

How We Die



Hiểu về sự chết

SHERWIN B. NULAND

Phân tích khoa học về chương cuối đời người

Đặng Ly dịch, ThS.BS. Nguyễn Hồng Phúc hiệu đính

HIỂU VỀ SỰ CHẾT

—★—

Tác giả: Sherwin B. Nuland

Dịch giả: Đặng Ly

Hiệu đính: Nguyễn Hồng Phúc

Omega Plus phát hành

Nhà xuất bản Thế Giới – 2016

CREDITS

—★—

Scan: Nhantinh, V/C

PDF và OCR: inno14

Soát lỗi: annie_tuongminh, fyafog, Lan Giao, picicrazy, Thang@96,
tranthitam, Trúc Quỳnh Đặng, Tuyệt Nhung, vinhtruyen92

Hiệu đính và tạo ebook: Caruri

ebook©vctvegroup

31-12-2018

Lời giới thiệu

Ai cũng muốn biết tường tận về cái chết, nhưng chẳng mấy ai sẵn lòng công nhận điều đó. Dù là để lường trước những sự kiện vào giây phút lâm chung của bản thân, hay cao hơn nữa là để biết những điều sẽ xảy ra với người thân đang trong cơn thập tử nhất sinh của mình – mà cũng có thể do bẩm sinh ai cũng tò mò về cái chết – nên chúng ta không ngừng suy nghĩ về giây phút cuối đời. Đối với hầu hết mọi người, cái chết vẫn là một bí ẩn, vừa hấp dẫn vừa đáng sợ. Chúng ta bị những lo âu mà mình cho là hải hùng nhất lôi cuốn đến không thể cưỡng lại; bị lôi kéo về phía chúng bởi một niềm phấn khích nguyên thủy, nảy sinh từ cảm giác thích đùa giỡn với hiểm nguy. Con người và cái chết cũng không khác thiêu thân và ngọn lửa là mấy.

Về mặt tâm lý, có vẻ không ai trong chúng ta có thể đối mặt với suy nghĩ về trạng thái chết của chính mình, nghĩa là trạng thái vô thức vĩnh viễn, trạng thái không có khoảng không cũng không có khoảng không trống rỗng – chỉ đơn giản là trạng thái hư không. Điều này dường như rất khác so với cái “hư không” trước khi có sự sống. Cũng giống như với bất cứ nỗi kinh hoàng hay sự cảm dỗ mờ mờ nào khác, chúng ta tìm mọi cách để kháng cự sức mạnh của cái chết cùng cảm giác ớn lạnh mà nó mang lại. Chính sự cận kề của cái chết đã khơi dậy những phương pháp truyền thống (như các câu chuyện cổ tích, truyện ngụ ngôn, những giấc mơ và thậm chí là truyện cười) mà chúng ta, dù vô tình hay hữu ý, vẫn dùng để che đậy thực tế về nó. Thời nay, chúng ta đã thêm vào một điều mới: Chúng ta đã tạo ra cách chết hiện đại. Cách chết hiện đại diễn ra trong bệnh viện hiện đại, nơi nó được che giấu, được thanh tẩy khỏi sự tàn lụi hữu cơ, và cuối cùng là được gói ghém vào để tiến hành lễ mai táng hiện đại. Giờ đây chúng ta có thể ngăn chặn sức mạnh không chỉ của cái chết mà còn của cả chính tự nhiên. Chúng ta che mắt để tránh phải nhìn, nhưng lại hé rộng các kẽ ngón tay thêm một chút,

bởi có gì đó khiến chúng ta không thể nào cưỡng lại được việc nhìn trộm một cái.

Chúng ta soạn ra những kịch bản mong muốn dành cho những người thân đang lâm bệnh của mình, và diễn xuất của họ chỉ thành công vừa đủ để duy trì kỳ vọng của chúng ta. Niềm tin vào khả năng xảy ra những kịch bản như vậy đã từng là một truyền thống của xã hội phương Tây, truyền thống mà trong nhiều thế kỷ qua đã coi chết lành là sự cứu rỗi của linh hồn, sự nâng đỡ tinh thần cho bạn bè và gia đình, và tán dương nó trong văn học cùng những hình ảnh biểu trưng về *ars moriendi**, nghệ thuật chết. Ban đầu, *ars moriendi* là một nghi thức tôn giáo và tâm linh, được chủ nhà in thế kỷ thứ XV William Caxton miêu tả là “nghệ thuật chết vì sự lành mạnh của linh hồn con người”. Theo thời gian, nó đã phát triển thành khái niệm về cái chết đẹp, thực sự là cách chết đúng đắn. Nhưng ngày nay *ars moriendi* bị cản trở bởi chính những nỗ lực của chúng ta nhằm che đậy, làm giảm nhẹ và đặc biệt là ngăn chặn cái chết, dẫn đến các cảnh hấp hối ở những nơi khuất kín như: phòng chăm sóc đặc biệt, các khoa nghiên cứu ung thư, và phòng cấp cứu. Chết lành dần trở nên thần bí. Thực tế, nó vốn vẫn là một điều thần bí, nhưng chưa bao giờ thần bí như ngày nay. Yếu tố chính tạo nên sự thần bí của cái chết lành là lý tưởng khao khát được “chết trong phẩm giá”.

Không lâu trước đây, tại phòng khám của mình, tôi đã tiếp một vị luật sư bốn mươi ba tuổi đã được tôi phẫu thuật ung thư vú giai đoạn đầu ba năm trước. Mặc dù đã khỏi bệnh và tràn đầy hy vọng vào việc điều trị lâu dài, nhưng hôm đó chị vẫn có vẻ bồn chồn lạ kỳ. Cuối buổi khám, chị hỏi liệu chị có thể ở lại thêm chút nữa để trò chuyện không. Rồi chị bắt đầu kể về cái chết của mẹ mình mới diễn ra gần đây ở một thành phố khác, vì cùng một chứng bệnh mà chính chị gần như chắc chắn đã được chữa khỏi. Chị nói: “Mẹ tôi mất trong đau đớn, và dù các bác sĩ có cố gắng đến thế nào, họ cũng chẳng thể khiến mọi chuyện dễ dàng hơn với bà. Chẳng hề có cái kết bình an như tôi trông đợi. Tôi đã nghĩ rằng sẽ là an ủi tinh thần nếu tôi trò chuyện với mẹ về cuộc đời của bà, về những kỉ niệm lúc mẹ con tôi ở bên nhau. Nhưng điều đó chẳng thể xảy ra – bà quá đau đớn, và phải dùng quá nhiều

thuốc Demerol giảm đau.” Và rồi trong cơn giận dữ ứa nước mắt, chị nói, “Bác sĩ ơi, chẳng có gì là phẩm giá trong cái chết của mẹ tôi cả!”

Bệnh nhân của tôi rất cần một lời trấn an rằng không có gì bất thường trong cách mà mẹ cô mất, rằng cô không làm điều gì sai để ngăn mẹ mình trải nghiệm một cái chết với phẩm giá “thiên liêng” mà cô đã tiên liệu. Mọi nỗ lực và kỳ vọng của cô đều vô nghĩa, và giờ đây người phụ nữ vô cùng thông minh này đang tuyệt vọng. Tôi cố gắng giúp cô hiểu rằng niềm tin vào khả năng chết trong phẩm giá là nỗ lực của chúng ta, và của xã hội, nhằm đối phó với chuỗi các sự kiện mang tính phá hủy mà về bản chất có liên quan tới quá trình phân rã nhân tính của người đang hấp hối. Tôi thường không thấy phẩm giá trong quá trình chết của chúng ta.

Việc kiếm tìm phẩm giá đích thực thất bại khi thân thể chúng ta suy yếu. Hiếm khi – rất hiếm khi – những kiểu chết độc nhất vô nhị được ban cho một người nào đó có tính cách độc nhất vô nhị, và may mắn lắm điều đó mới xảy ra, nhưng sự hội tụ của vận may này không phải phổ biến, và trong bất cứ trường hợp nào, không phải ai cũng có thể kỳ vọng có được nó ngoại trừ một số rất ít người.

Tôi viết cuốn sách này nhằm vén bức màn bí ẩn của quá trình chết. Mục đích của tôi không phải là miêu tả cảnh tượng kinh hoàng của quá trình giảm sút sức khỏe đầy đau đớn và ghê rợn, mà là trình bày nó ở góc độ thực tế sinh học và lâm sàng, đúng như những gì những người đã chứng kiến và trải qua nó nhìn thấy và cảm nhận được. Chỉ bằng cách thảo luận thẳng thắn chi tiết về cái chết, chúng ta mới có thể đối phó tốt nhất với những vấn đề vẫn làm cho chúng ta sợ hãi nhất. Chỉ khi biết rõ sự thật về cái chết và chuẩn bị tâm lý cho nó, chúng ta mới giúp bản thân thoát khỏi nỗi sợ về xứ sở vô hình của cái chết – nỗi sợ thường dẫn ta đến chỗ tự dối mình và vỡ mộng.

Có vô vàn tác phẩm văn học viết về cái chết và sự hấp hối. Hầu như tất cả đều nhằm mục đích giúp mọi người đối phó với tổn thương về mặt cảm xúc liên quan tới diễn tiến và hậu quả của nó; nhưng các chi tiết về suy thoái vật chất cơ bản vẫn chưa được nhấn mạnh. Chỉ trong những tập san chuyên

ngành chúng ta mới thấy mô tả về các diễn tiến thực tế của các căn bệnh khác nhau khiến chúng ta kiệt quệ sinh lực và lấy đi sự sống của chúng ta.

Sự nghiệp và những trải nghiệm suốt cuộc đời tôi đã chứng thực cho quan sát của John Webster* rằng quả thực có đến “mười nghìn cánh cửa khác nhau để con người ra đi”; mong muốn của tôi là giúp thực hiện lời cầu nguyện của nhà thơ Rainer Maria Rilke: “Lạy Chúa, xin hãy ban cho mỗi chúng con cái chết của riêng mình.” Cuốn sách này là về những cánh cửa, và những đường lối riêng dẫn tới đó; tôi đã cố gắng viết nó trong chừng mực hoàn cảnh cho phép, những lựa chọn của chính chúng ta có thể sẽ mang đến cho ta cái chết của riêng mình.

Tôi đã lựa chọn sáu loại bệnh phổ biến nhất trong thời đại của chúng ta, không chỉ vì đó là những bệnh chết người sẽ xảy đến với số đông chúng ta mà còn vì lý do khác nữa: Sáu căn bệnh này có những đặc điểm được xem là đặc trưng cho các tiến trình chung phổ biến mà chúng ta sẽ trải qua khi dần chết đi. Sự ngừng trệ của hệ tuần hoàn, hiện tượng thiếu sự vận chuyển oxy tới các tế bào, sự lụi dần của chức năng não bộ, sự suy yếu của các bộ phận cơ thể, sự phá hủy các tế bào sống – là những vũ khí của mọi thần chết. Những điểm tương đồng đó sẽ giải thích cách chúng ta chết vì các chứng bệnh không được mô tả đặc biệt trong cuốn sách này. Những loại bệnh mà tôi lựa chọn không chỉ là những con đường phổ biến nhất dẫn tới cái chết của chúng ta, đây còn là những loại bệnh mà ai cũng phải trải qua các triệu chứng của chúng, cho dù cơn bệnh cuối đời có hiểm gặp thế nào đi nữa.

Mẹ tôi mất vì ung thư ruột kết một tuần sau sinh nhật mười một tuổi của tôi, và điều đó đã định hình cuộc đời tôi. Con người tôi trở thành thế này mà không phải thế kia, tất cả đều liên quan trực tiếp hay gián tiếp tới cái chết của mẹ. Khi tôi bắt đầu viết cuốn sách này, anh trai tôi vừa mới mất được gần một năm, cũng vì ung thư ruột kết. Hơn một nửa thế kỷ qua, trong cuộc sống công việc cũng như đời tư của mình, tôi đã sống với nhận thức cái chết luôn cận kề, và đã lao động cùng với sự hiện diện không ngừng của nó trong suốt thời gian này, chỉ trừ thập kỷ đầu tiên. Đây là cuốn sách mà trong đó tôi sẽ cố gắng nói về những điều mình đã học được.

New Haven, tháng Sáu năm 1993

SHERWIN B. NULAND

Tiếng Latin trong nguyên bản, mang nghĩa nghệ thuật chết, xuất hiện khoảng từ 1415 đến 1450, nói về những nghi lễ và cách thức để được chết một cách tốt đẹp nhất, phải lễ nhất theo những lời giáo huấn của Thiên Chúa giáo cuối thời Trung Cổ.

Trong cuốn sách này, các chú thích là của người dịch. Những chú thích của biên tập viên sẽ được ghi rõ là (BTV).

John Webster (1580-1634): nhà soạn kịch người Anh nổi tiếng với những vở kịch được coi là kiệt tác của sân khấu Anh hồi thế kỷ XVII như: *Nữ Công tước Malfi*...

LƯU Ý CỦA TÁC GIẢ

Ngoại trừ Robert DeMatteis, tên riêng của các bệnh nhân và gia đình họ đều được thay đổi để bảo vệ quyền riêng tư. Cũng cần lưu ý rằng, thực tế “Bác sĩ Mary Defoe” xuất hiện trong Chương VIII là đại diện cho tập thể ba bác sĩ trẻ tại Bệnh viện Yale-New Haven.

1.

TRÁI TIM BỊ BÓP NGHỆT

Mọi cuộc đời đều khác biệt so với những cuộc đời đã qua trước nó và mọi cái chết cũng vậy. Sự độc nhất vô nhị của mỗi người chúng ta thậm chí còn kéo dài đến tận cách chúng ta chết. Mặc dù hầu hết mọi người đều biết rằng có nhiều bệnh tật khác nhau đưa chúng ta tới giờ phút lâm chung bằng những con đường khác nhau, nhưng rất ít người hiểu được tường tận sự phong phú của hằng hà sa số những con đường mà sức mạnh cuối cùng của linh hồn con người có thể bứt ra khỏi thể xác. Cái chết xuất hiện trước mỗi một người lại mang đến một diện mạo khác, cũng giống như mỗi chúng ta có một diện mạo riêng khi xuất hiện trước mọi người. Mỗi người đàn ông sẽ về trời theo cách mà đến trời cũng không biết, mỗi người phụ nữ sẽ đi tới chặng đường cuối cùng theo cách của riêng họ.

Lần đầu tiên trong sự nghiệp chuyên môn của mình, tôi thấy đôi mắt tàn nhẫn của cái chết, chúng nhìn chăm chăm vào gương mặt của người đàn ông năm mươi hai tuổi, đang nằm vẻ như thư thái giữa những nếp ga phủ trên chiếc giường mới dọn, trong một căn phòng riêng tại bệnh viện thực tập của một trường đại học y lớn. Tôi vừa bước vào năm thứ ba của mình ở trường y, và số phận trớ trêu của tôi là phải cùng một lúc đối mặt với cả cái chết lẫn bệnh nhân đầu tiên của mình.

James McCarty là một nhà điều hành trong ngành Xây dựng, ông từng rất tráng kiện, những thành công trong kinh doanh đã cuốn ông vào lối sống mà giờ đây chúng ta đều biết là chẳng khác gì tự sát. Nhưng những mầm mống căn bệnh của ông đã diễn ra từ gần bốn mươi năm trước, khi chúng ta vẫn chưa hiểu nhiều về những hiểm họa của một cuộc sống tốt đẹp – khi thuốc lá, thịt đỏ, những tảng thịt muối hun khói ngon lành, bơ, và bụng bia vẫn

được coi là phần thưởng vô hại cho sự thành công. Ông để mặc cho cơ bắp của mình nhão ra và ngồi ì một chỗ. Dù từng chỉ đạo nhân viên trong công ty xây dựng phát đạt của mình ngay tại công trường, giờ đây ông lại hài lòng với việc lãnh đạo một cách độc đoán sau bàn giấy. Phần lớn thời gian trong ngày, McCarty đưa ra các thông báo từ chiếc ghế xoay thoải mái, từ đây, ông nhìn thẳng xuống Câu lạc bộ New Haven Green and Quinnipiack, quán đồ nướng thỏa mãn được tính háu đói vào bữa trưa của ông.

Những biến cố xảy ra trong lần nhập viện của McCarty thật dễ nhớ bởi sự xuất hiện ngắt quãng đáng chú ý của chúng đã ngay lập tức và mãi mãi in hằn vào tâm trí tôi. Tôi không bao giờ quên được điều mình đã thấy, đã làm đêm hôm đó.

McCarty được chuyển vào phòng cấp cứu của bệnh viện khoảng 8 giờ tối trong một đêm nóng nực và ẩm ướt đầu tháng Chín, rên rỉ vì cơn tức ngực bóp nghẹt đằng sau xương ức dường như đang lan ra cổ họng và chuyển xuống cánh tay trái của ông. Cơn đau ngực đã bắt đầu từ một giờ trước đó, sau bữa tối no nê như thường lệ của ông, mấy điều thuốc hiệu Camels, và một cú điện thoại khó chịu từ cô con út trong số ba người con của ông – một cô gái trẻ được nuông chiều vừa mới bắt đầu bước vào năm thứ nhất tại một trường đại học dành cho những cô nàng sành điệu.

Bác sĩ thực tập đã khám cho McCarty trong phòng cấp cứu ghi chép lại rằng trông ông nhợt nhạt, vã mồ hôi và mạch đập không đều. Trong mười phút để đẩy máy đo điện tim xuống sảnh và đặt máy cho bệnh nhân, trông ông bắt đầu khá hơn và nhịp tim rối loạn của ông đã trở lại bình thường. Tuy nhiên, kết quả điện tim phát hiện ra sự xuất hiện của một ổ nhồi máu cơ tim, nghĩa là một vùng nhỏ trên vách ngăn của tim đã bị thương tổn. Tình trạng của ông có vẻ ổn định, và mọi thứ đã được chuẩn bị để đưa ông lên giường trên tầng – những năm 1950 chưa có phòng chăm sóc đặc biệt động mạch vành. Bác sĩ riêng của McCarty tới khám cho ông và đã trấn an bản thân rằng bệnh nhân của ông giờ đây đã khá hơn và có vẻ như đã qua cơn nguy hiểm.

McCarty vào viện lúc 11 giờ đêm, và tôi đến cùng với ông ta. Không phải trực đêm đó, nên tôi vừa dự một bữa tiệc mà hội nam sinh tổ chức để dự dỗ những sinh viên vừa nhập trường tham gia vào hội. Một cốc bia và tinh thần tiệc tùng rất hào hứng đã khiến tôi cảm thấy đặc biệt tự tin, và tôi quyết định tới thăm bộ phận chăm sóc mà tôi vừa mới được phân công sáng nay, kỳ thực tập đầu tiên của tôi trong lĩnh vực Nội khoa. Sinh viên trường y năm thứ ba, vừa mới bắt đầu tiếp xúc với các bệnh nhân, có xu hướng hăm hở tới mức sốt sắng, và tôi chẳng khác gì so với hầu hết bọn họ. Tôi tới bộ phận đó, lảng nhãng theo đuổi bác sĩ thực tập nội trú, hy vọng gặp ca cấp cứu đáng chú ý và tỏ ra có ích bằng mọi cách. Nếu sắp có một thủ thuật ở khu này, như là chọc tủy sống* hoặc dẫn lưu màng phổi*, tôi muốn có mặt ở đó để thực hiện.

Khi tôi bước vào bộ phận này, bác sĩ thực tập nội trú Dave Bascom nắm lấy cánh tay tôi như thể anh thấy nhẹ người khi thấy tôi: “Giúp tôi với, được không? Joe [sinh viên trực] và tôi cần phải xuống dưới sảnh xử lý một ca bệnh bại liệt đang diễn biến xấu, và tôi muốn anh làm thủ tục khám nhập viện cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim vừa mới vào phòng số 507 – được không?”

Được không á? Chắc chắn là được rồi! Quá được ấy; thật là tuyệt vời, đó chính là lý do tôi quay trở lại khoa. Các sinh viên trường y bốn mươi năm trước được trao cho nhiều quyền hơn là hiện nay, và tôi biết rằng nếu thực hiện tốt thủ tục khám nhập viện, tôi sẽ được ghi nhận công lao trong quá trình hồi phục của McCarty. Tôi háo hức đợi vài phút cho tới khi một trong hai người y tá trực nhẹ nhàng chuyển bệnh nhân mới của tôi từ xe đẩy cấp cứu sang giường nằm. Khi cô ta hồi hả chạy xuống dưới sảnh để hỗ trợ việc cấp cứu bệnh nhân bại liệt, tôi lên vào phòng McCarty và đóng cửa lại. Tôi không muốn gặp rủi ro là Dave có thể quay trở lại và tiếp quản công việc.

McCarty chào đón tôi bằng nụ cười yếu ớt, gượng gạo, nhưng hẳn là ông đã không thể yên tâm trước sự có mặt của tôi. Nhiều năm sau, tôi vẫn thường tự hỏi điều gì đã vụt qua tâm trí của vị sếp cao huyết áp to béo, cứng rắn đó khi nhìn thấy gương mặt non choẹt của tôi (khi đó tôi mới hai mươi

hai tuổi) và nghe tôi nói rằng tôi tới để làm bệnh án và khám cho ông. Dù là gì đi nữa, ông cũng chẳng có nhiều cơ hội để suy ngẫm về điều đó. Khi tôi ngồi xuống cạnh giường, ông đột nhiên ngật đầu ra sau và rống lên không thành tiếng, tiếng rống dường như trào lên khỏi cổ họng từ nơi nào đó sâu thẳm trong trái tim đang bị cơn đau hành hạ của ông. Ông nắm tay đâm thùm thụp vào ngực mình, cùng lúc ấy mặt và cổ ông, trong giây lát, bỗng căng phồng lên và trở nên tím tái. Mắt ông dường như lồi về phía trước, như thể chúng đang cố gắng nhảy ra khỏi đầu ông vậy. Ông thở hắt ra, rồi chết.

Tôi gọi to tên ông, rồi gọi Dave, nhưng tôi biết không ai có thể nghe thấy tôi từ căn phòng đang sôi lên sùng sục với bệnh nhân liệt ở tận cuối hành lang. Tôi có thể chạy xuống sảnh và cố gắng tìm sự trợ giúp, nhưng điều đó có nghĩa là để mất đi những giây phút quý báu. Những ngón tay tôi đặt vào động mạch cảnh của McCarty, nhưng không hề có mạch, lặng ngắt. Vì những lý do mà cho tới tận hôm nay tôi vẫn không lý giải được, tôi đã bình tĩnh lạ thường. Tôi quyết định tự hành động. Khả năng gặp phải rắc rối vì những gì tôi sắp sửa làm dường như ít mạo hiểm hơn là để mặc một người chết mà không nỗ lực chút nào để cứu ông. Không có lựa chọn nào khác.

Thời đó, tất cả các phòng dành cho bệnh nhân động mạch vành đều được trang bị một gói lớn bọc bằng vải muslin trong đó đựng bộ dụng cụ phẫu thuật mở lồng ngực – một bộ dụng cụ có thể mở lồng ngực trong trường hợp tim ngừng đập. Phương pháp hồi sức tim phổi kín (Closed-chest cardiopulmonary Resuscitation – CPR) chưa được phát minh, và kỹ thuật tiêu chuẩn trong trường hợp này là thử xoa bóp tim trực tiếp, bằng cách cầm nó trên tay và tạo ra sự co bóp nhịp nhàng.

Tôi xé màng bọc vô trùng của bộ dụng cụ và cầm lấy con dao mổ đặt ở ngay vị trí sẵn sàng trong một bao riêng ở trên cùng. Những gì tôi làm tiếp theo dường như hoàn toàn vô thức, mặc dù trước đó tôi chưa bao giờ làm, hay chứng kiến việc này. Bằng một động tác thuần thục đến bất ngờ của bàn tay, tôi rạch một đường ngay dưới núm vú trái, từ xương ức của McCarty ra sau lưng, dài hết mức mà không làm ông dịch chuyển khỏi tư thế nửa nằm nửa ngồi. Chỉ một ít nước thẩm màu rỉ ra khỏi những động mạch và tĩnh

mạch mà tôi vừa rạch qua, nhưng máu không chảy thành dòng thực sự. Nếu cần một sự xác nhận rằng cái chết là do tim ngừng đập, thì chính là đây. Rạch một đường dài nửa qua phần cơ không máu, và tôi vào tới khoang ngực. Tôi với tay cầm lấy dụng cụ có hai tay cầm dạng kéo bằng thép có tên gọi là panh kẹp vết mổ tự giữ, luồn nhanh vào giữa các xương sườn, xoay răng kẹp của nó rộng vừa đủ để tay tôi có thể len vào bên trong và nắm lấy thứ mà tôi nghĩ là trái tim lặng ngắt của McCarty.

Khi chạm vào dải được gọi là màng ngoài tim, tôi nhận ra rằng trái tim hãy còn phập phồng ở bên trong. Dưới những đầu ngón tay, tôi có thể cảm nhận được sự run rẩy không đều, lạc nhịp. Tôi nhận ra hiện tượng này qua mô tả trong giáo trình, đó là tình trạng hấp hối, được gọi là rung thất, nhịp đập hấp hối của một trái tim đang dần cam chịu sự yên nghỉ vĩnh hằng của mình. Dùng bàn tay trần chưa khử trùng, tôi cầm lấy cây kéo và cắt màng ngoài tim. Tôi nắm lấy trái tim đáng thương đang giật giật của McCarty nhẹ nhàng hết sức có thể và bắt đầu một loạt những đợt ép ngắn, đều đặn và dứt khoát (xoa bóp tim), mục đích là duy trì lưu thông máu lên não cho tới khi thiết bị điện được đem tới để gây sốc nhằm đưa cơ tim đang rối loạn trở lại hoạt động bình thường.

Tôi đã từng đọc được rằng cảm giác cầm một trái tim loạn nhịp giống như cầm trong lòng bàn tay một túi ướt, bầy nhầy đựng đầy những con trùng ngo ngoạy, và cảm giác lúc đó chính xác là như vậy. Từ phản lực đang suy yếu nhanh chóng đối với lực bóp của bàn tay mình, tôi có thể nhận ra rằng quả tim này không căng máu, và nỗ lực nhằm ép được máu ra khỏi trái tim đó là vô ích, nhất là khi phổi không còn được nạp oxy vào nữa. Nhưng tôi vẫn tiếp tục. Rồi đột nhiên, một điều kinh hoàng xảy ra – cái xác McCarty, cái xác mà phần hồn khi đó đã hoàn toàn lìa bỏ nó, lại ngật đầu ra sau và nhìn trần trối lên trần nhà, cái nhìn đờ đẫn, không tri giác của đôi mắt chết trợn trừng, gào lên một tiếng kinh khiếp hãi hùng với thiên đường xa lắc, hệt như tiếng chó tru dưới địa ngục. Về sau tôi mới biết rằng mình đã nghe thấy một dạng tiếng nấc hấp hối của McCarty, âm thanh phát ra do hiện tượng co thắt các cơ thanh quản, kết quả của sự gia tăng độ axit trong máu của người vừa

mới qua đời. Dường như đó là cách ông cho tôi biết mình phải dừng lại – những nỗ lực của tôi hòng đem lại cho ông sự sống chỉ là vô ích.

Một mình trong căn phòng với tử thi, tôi nhìn sâu vào đôi mắt vô hồn và thấy điều mà tôi nên nhận ra sớm hơn – đồng tử của McCarty đã rơi vào tình trạng giãn nở rộng màu đen, dấu hiệu của chết não, và hiển nhiên là sẽ không bao giờ phản ứng lại với ánh sáng nữa. Tôi bước lùi khỏi cảnh tượng chết chóc rồi bò trên chiếc giường đó và chỉ lúc đó mới nhận ra rằng người mình ướm đầm. Mồ hôi chảy khắp gương mặt, và đôi tay cùng chiếc áo bờ lu sinh viên thấm đầy máu đen chảy ra từ vết rạch trên ngực của McCarty. Tôi đã khóc, trong cơn nức nở run rẩy. Tôi cũng nhận ra rằng mình đã gào lên với McCarty, hòng làm cho ông sống lại, hét tên ông vào tai trái như thể ông có thể nghe thấy tôi, và khóc ròng vì thất vọng và đau khổ trước thất bại của mình, cũng như của ông.

Cánh cửa mở bật ra và Dave lao bổ vào phòng. Chỉ liếc qua là anh đã thấy hết cảnh tượng và hiểu ngay. Đôi vai tôi vẫn rung lên, và nước mắt vẫn chảy không thể nào kiểm soát. Anh bước vòng qua tôi về mé chiếc giường, và rồi như thể chúng tôi là diễn viên trong một bộ phim cũ về Thế chiến II, anh quàng tay quanh vai tôi và nói rất khẽ, “Ổn thôi mà, bạn mến – ổn rồi. Cậu đã làm tất cả những gì có thể.” Anh ấn tôi ngồi xuống chính chiếc giường đó và bắt đầu nói với tôi một cách kiên nhẫn, nhẹ nhàng tất cả các sự kiện về mặt điều trị và mặt sinh vật học khiến cho cái chết của McCarty chắc chắn vượt ngoài tầm kiểm soát của tôi. Nhưng tất cả những gì tôi có thể nhớ về điều anh nói, với giọng nói mượt mà dịu dàng, là: “Giờ cậu đã biết làm một bác sĩ là thế nào rồi đấy.”

Các nhà thơ, nhà văn, nhà sử học, những người vui tính và những người thông minh thường viết về cái chết nhưng hiếm khi chứng kiến nó. Các bác sĩ và y tá thấy nó thường xuyên thì lại hiếm khi viết về nó. Đa phần mọi người đều chứng kiến nó một hoặc hai lần trong đời, trong những tình cảnh mà họ quá rối trí với những những cảm xúc mãnh liệt, nên không thể lưu giữ được những ký ức đáng tin cậy. Những người sống sót sau nạn diệt chủng nhanh chóng hình thành những hàng rào tâm lý hòng chống lại cảm giác hãi

hùng của những điều họ từng chứng kiến. Hàng rào này mạnh mẽ đến nỗi những hình ảnh khủng khiếp đó bóp méo cả những sự kiện thực tế mà họ từng là nhân chứng. Có rất ít mô tả xác thực về những cách thức mà chúng ta chết đi.

Ngày nay, rất ít người trong chúng ta thực sự chứng kiến cái chết của những người thân yêu. Không còn nhiều người qua đời tại nhà nữa, và những người chết tại nhà thường là nạn nhân của những căn bệnh kéo dài hoặc những căn bệnh thoái hóa mãn tính. Trong các trường hợp đó, thuốc giảm đau và thuốc gây mê đã che giấu một cách hiệu quả những sự kiện sinh học đang diễn ra. Trong số khoảng 80% người Mỹ chết trong bệnh viện, phần lớn, hay chí ít là những chi tiết của giây phút cuối cùng khi cái chết cận kề lại bị che đậy khỏi những người thân cận nhất với họ trên đời.

Cả một thần thoại đã được dựng lên xung quanh quá trình hấp hối. Giống như hầu hết các thần thoại khác, nền tảng của nó là nhu cầu tâm lý bẩm sinh của toàn nhân loại. Các thần thoại về cái chết một mặt đều có ý nghĩa chống lại nỗi sợ hãi và mặt khác là đáp ứng mặt đối lập của nó – những ước ao. Mục đích của chúng là giúp chúng ta thoát khỏi nỗi sợ về những điều có thể xảy ra trong thực tại. Mặc dù nhiều người trong chúng ta hy vọng được chết nhanh gọn hoặc chết trong giấc ngủ “để tôi sẽ không phải chịu đựng đau đớn”, nhưng đồng thời chúng ta lại bám lấy hình ảnh về những khoảnh khắc cuối cùng của mình – một sự kết hợp giữa ơn huệ của Thượng đế với cảm thức về sự kết thúc; chúng ta cần tin vào một quá trình tổng kết lại toàn bộ cuộc đời với ý thức hoàn toàn sáng rõ – hoặc như thế, hoặc là một cú rơi hoàn hảo vào trạng thái vô ý thức không đau đớn.

Hình ảnh mỹ thuật biểu trưng cho nghề y được biết đến nhiều nhất là bức tranh nổi tiếng của Ngài Luke Fildes được vẽ năm 1891 mang tên *The Doctor* (Bác sĩ). Khung cảnh là một ngôi nhà tranh của dân chài bên bờ biển nước Anh, nơi một bé gái đang nằm yên lặng, dường như bất tỉnh, khi cái chết tiến gần. Chúng ta nhìn thấy ông bố bà mẹ đang đau khổ của cô bé và vị bác sĩ trầm ngâm, thương cảm ngồi bên giường trắng đêm, bất lực không thể nổi lòng vòng vây dần siết chặt của thần chết. Khi được phỏng vấn về bức

tranh, họa sĩ nói rằng, “Đối với tôi, chủ đề này sẽ bị thương hơn bất kỳ chủ đề nào, có thể rất khủng khiếp nhưng vì thế mà đẹp hơn.”

Fildes rõ ràng là đã hiểu rõ hơn về cái chết. Trước đó mười bốn năm, ông từng chứng kiến cái chết của con trai mình vì một căn bệnh truyền nhiễm đã cướp đi sinh mạng của rất nhiều trẻ em hồi những năm cuối của thế kỷ XIX, không lâu trước buổi bình minh của y học hiện đại. Chúng ta không biết căn bệnh nào đã giết chết Phillip Fildes, nhưng hẳn nó không thể là một cái kết êm ái đối với cuộc đời ngắn ngủi của cậu bé. Nếu là bệnh bạch hầu, cậu bé đã bị nghẹt thở cho đến chết; nếu là sốt phát ban, cậu đã bị mê sảng và có những cơn sốt cao dữ dội; nếu vì viêm màng não, cậu có thể bị đau đầu không thể kiểm soát và co giật. Có lẽ đứa trẻ trong *The Doctor* đã trải qua những đau đớn cực độ như vậy và giờ đây đã chìm vào cơn hôn mê bình yên cuối cùng – nhưng dù là điều gì đã xảy ra trong những giờ phút trước khi cái chết “đẹp đẽ” ấy diễn ra, thì chắc chắn điều đó cũng đã vượt ra ngoài sức chịu đựng của cô gái bé bỏng và cha mẹ em. Chúng ta hiếm khi có thể nhẹ nhàng đi vào giấc ngủ ngon lành đó.

Francisco Goya, tám thập kỷ trước, đã trung thực hơn – có lẽ vì ông sống trong thời kỳ mà cái chết hiện diện ở khắp mọi nơi. Bức tranh của ông được gọi bằng những tên khác nhau trong tiếng Anh là *Diphtheria* hay *The Croup* (đều có nghĩa là Bệnh bạch hầu), được thực hiện theo phong cách của trường phái Hiện thực Tây Ban Nha và trong suốt thời kỳ chủ nghĩa hiện thực ở Âu châu. Trong bức tranh, chúng ta thấy một vị bác sĩ đang giữ chắc đầu một bệnh nhân nhỏ tuổi bằng cách đặt một tay trên cổ cậu bé, trong khi chuẩn bị luồn những ngón tay của bàn tay còn lại vào cổ họng của cậu bé để xé đi lớp màng bạch hầu sẽ cướp đi sinh mạng cậu bé nếu không được lôi ra. Tên gốc tiếng Tây Ban Nha của bức tranh, và của chứng bệnh, thể hiện trọn vẹn sức mạnh trong sự thẳng thắn của Goya, cũng như sự quen thuộc với cái chết mỗi ngày ở thời đại đó. Ông gọi nó là *El Garrotillo* (bệnh bạch hầu thanh quản), thể hiện sự bóp nghẹt mà qua đó, căn bệnh sẽ giết chết nạn nhân của mình. Những ngày tháng đối đầu với thực tế về cái chết như vậy từ lâu đã không còn nữa, chỉ ít là ở phương Tây.

Dù dùng bất cứ lý do tinh thần nào để che đậy, thì khi đã lựa chọn từ *đối đầu*, tôi cần dừng lại một chút; cân nhắc xem liệu ngay cả bản thân, thậm chí sau gần bốn mươi năm từ vụ James McCarty, có thi thoảng sa vào nếp phản ứng tinh thần phổ biến trong thời đại chúng ta – coi cái chết là kết thúc và có lẽ là thử thách cuối cùng trong cuộc đời của bất cứ ai – một trận đánh dàn quân mà chúng ta buộc phải chiến thắng. Theo quan điểm đó, cái chết là một đối thủ ác nghiệt cần phải vượt qua, cho dù bằng những vũ khí đầy ấn tượng của dược sinh học công nghệ cao hay bằng sự thừa nhận có ý thức sức mạnh của nó, một sự mặc nhận gọi lên phong thái bình thản mà thuật ngữ hiện tại gọi là: “Chết với phẩm giá” – cách xã hội chúng ta thể hiện mong muốn chung, đó là giành chiến thắng nhẹ nhàng trước cái chung cuộc khắc nghiệt và thường là đáng sợ của những hơi thở hắt cuối cùng.

Nhưng thực tế, chết không phải là một cuộc đối đầu. Nó chỉ là một sự kiện trong chuỗi các sự kiện tuần tự nhịp nhàng của tự nhiên. Không phải cái chết mà bệnh tật mới là kẻ thù thật sự, mới là thế lực quái ác đòi hỏi sự đối đầu. Cái chết là sự dừng xuất hiện khi cuộc chiến kiệt quệ đã qua đi. Thậm chí cuộc đối đầu với bệnh tật cũng nên được tiếp cận với nhận thức rằng có nhiều bệnh tật của loài người chúng ta chỉ là một phương tiện trong cuộc hành trình bất khả kháng mà theo đó mỗi người chúng ta trở về trạng thái không tồn tại về vật chất, và có lẽ cả về linh hồn, giống như trạng thái mà từ đó chúng ta xuất hiện khi được thụ thai. Mỗi chiến thắng trước một số bệnh lý nghiêm trọng, cho dù có vẻ vinh quang đến đâu, cũng chỉ là một sự trì hoãn trước cái kết không thể nào tránh khỏi.

Y học đã ban tặng cho con người phúc lành của việc tách rời các tiến trình bệnh lý có thể đảo ngược với những tiến trình không thể đảo ngược, không ngừng bổ sung những phương thức mới nhằm đẩy cán cân về phía kéo dài sự sống. Nhưng công nghệ y sinh học hiện đại cũng góp phần tạo ảo tưởng lầm lạc của chúng ta, đó là chối bỏ hành trình tất yếu dẫn tới cái chết của mỗi chúng ta. Trái ngược hoàn toàn với những mong mỏi của rất nhiều bác sĩ thực nghiệm, y học vẫn sẽ luôn luôn là một Nghệ thuật, như người Hy Lạp cổ ban đầu đã gán cho nó. Một trong những đòi hỏi khắt khe nhất mà tính nghệ thuật của y học yêu cầu ở các bác sĩ là họ phải quen với những

vùng ranh giới mơ hồ giữa các phân loại điều trị mà cơ may thành công được phân loại như sau: chắc chắn, có nhiều khả năng, có thể hoặc vô phương cứu chữa. Những khoảng cách không thể vạch rõ giữa “có nhiều khả năng” và tất cả những gì ở phía bên kia chính là những điểm mà các bác sĩ thận trọng thường xuyên gặp phải, trong tay chỉ có sự phán đoán được tích lũy nhờ những trải nghiệm sống để định hướng cho những kiến thức cần phải được chia sẻ với người bệnh.

Tại thời điểm cuộc đời của James McCarty đột ngột kết thúc, hậu quả sự hoạt động sai hỏng của trái tim ông là điều không thể tránh khỏi. Mặc dù hồi đầu những năm 1950, lượng kiến thức về bệnh tim đã tương đối lớn, nhưng các liệu pháp điều trị sẵn có lại rất ít ỏi và thường không thỏa đáng. Ngày nay, một bệnh nhân với triệu chứng như McCarty có thể hy vọng được xuất viện không chỉ còn sống mà còn với một trái tim được cải thiện nhiều tới mức có thể sống thêm được nhiều năm nữa. Các bác sĩ thực nghiệm đã đạt được nhiều thành tựu đến mức, một trong số 80% những bệnh nhân sống sót sau cơn đau tim đầu tiên có lý do chính đáng để tin rằng một cơn co thắt tim là tia chớp hy vọng sáng chói nhất của đời mình, bởi nó đã làm lộ ra một căn bệnh có thể giết chết họ nếu không được phát hiện sớm trong khi rõ ràng vẫn còn có thể điều trị được.

Thực tế, thế cân bằng đã chuyển dịch nhiều đến mức, hiệu quả của việc điều trị bệnh tim thường xuyên nghiêng về phía “có nhiều khả năng”. Tuy nhiên, cũng không nên coi điều đó có nghĩa là trái tim từng trải qua nguy hiểm giờ đây là trái tim bất tử. Mặc dù tuyệt đại đa số các bệnh nhân tim mạch ngày nay qua khỏi được thời kỳ đầu, nhưng hằng năm vẫn có hơn nửa triệu người Mỹ qua đời do dạng thức nào đó của căn bệnh mà McCarty mắc phải; 4,5 triệu người khác mới được chẩn đoán là đang bị căn bệnh này hành hạ. 80% những người chết vì bệnh tim là nạn nhân của dạng thức phổ biến của căn bệnh này: Thiếu máu cục bộ cơ tim (hay bệnh động mạch vành, hoặc bệnh tim mạch vành, như rất nhiều tên gọi của nó) là nguyên nhân hàng đầu dẫn tới cái chết tại các quốc gia công nghiệp trên thế giới.

Tim của James McCarty ngừng hoạt động vì nó không có đủ oxy; nó không có đủ oxy vì nó không có đủ hemoglobin, loại protein trong hồng cầu có chức năng vận chuyển oxy; nó không có đủ hemoglobin vì nó không có đủ máu; nó không có đủ máu vì các mạch nuôi dưỡng, các động mạch vành, đã bị xơ cứng và thu hẹp lại bởi một tiến trình được gọi là xơ vữa động mạch (hiểu nôm na là quá trình chai cứng động mạch). Chứng xơ vữa động mạch xuất hiện do sự kết hợp của thực đơn xa hoa hằng ngày của McCarty với thói quen hút thuốc lá, không tập luyện thể thao, yếu tố huyết áp cao, và một chút di truyền bẩm sinh nhất định. Rất có thể là, cú điện thoại từ cô con gái được cưng chiều đã tác động làm co thắt động mạch vành vốn đã bị thu hẹp lại rất hẹp của ông, tương tự như nó đã tác động lên những nắm tay siết chặt đầy giận dữ của ông. Cú thít chặt cấp tính đó có thể chỉ vừa đủ để làm vỡ hoặc nứt một phần những lớp động do chứng xơ vữa động mạch, gọi là các mảng, trên thành động mạch vành. Khi điều này xảy ra, mảng xơ vữa bị phá vỡ trở thành một ổ bệnh mà từ đó hình thành cục máu đông mới, gây ra tình trạng tắc nghẽn hoàn toàn và bóp nghẹt dòng tuần hoàn máu vốn đã bị tổn thương. Sự tắc nghẽn cuối cùng này gây ra hiện tượng được gọi là “chứng thiếu máu cục bộ” (*ischemia*) hoặc thiếu máu, do đó nhanh chóng làm một vùng cơ tim đủ lớn của McCarty bị cắt nguồn dinh dưỡng, phá vỡ nhịp đập thông thường của tim, biến nó thành nhịp đập hỗn loạn của hiện tượng rung thất.

Cũng có thể không cơ tim nào của McCarty thực sự ngừng hoạt động do thiếu máu cấp tính. Chỉ riêng chứng thiếu máu cục bộ cũng có thể gây ra rung thất, đặc biệt trong một trái tim đã bị một cơn đau tim trước đó làm tổn thương. Và các hợp chất tương tự adrenaline do cơ thể sản sinh trong những lúc căng thẳng cũng có thể có tác động như vậy. Cho dù nguyên nhân là gì đi nữa, thì hệ thống liên lạc điện tử mà nhờ đó, tim của James McCarty hoạt động đều đặn và phối hợp nhịp nhàng, cũng đã suy kiệt và mạng sống của McCarty cũng vậy.

Giống như nhiều thuật ngữ y học khác, *ischemia* là một từ có lịch sử thú vị và sự kết hợp đa sắc màu. Nó sẽ xuất hiện liên tục giữa những câu chuyện trong cuốn sách dài tường thuật về cái chết này, bởi nó là một động lực quá

phổ biến – và quá âm ỉ – dẫn tới sự dập tắt năng lượng sống. Mặc dù giảm cung lượng tim có thể là ví dụ kịch tính nhất trong những mối hiểm nguy tiềm ẩn của hiện tượng này, nhưng tiến trình bóp nghẹt nguồn oxy và dinh dưỡng vẫn là mẫu số chung cho vô vàn các căn bệnh trọng.

Khái niệm *ischemia* và bản thân từ này được đưa ra vào giữa thế kỷ XIX bởi một người nhỏ bé tài giỏi đến xác xược xứ Pomeran, ông bắt đầu sự nghiệp đa khía cạnh với vai trò là một *gã ương ngạnh* trong giới nghiên cứu, và sáu mươi năm sau kết thúc nó, được công nhận rộng rãi với biệt hiệu “Giáo hoàng của Y học Đức”. Chưa từng có người nào đóng góp nhiều hơn vào hiểu biết về cách thức bệnh tật tàn phá các mô và tế bào của con người hơn Rudolf Virchow (1821-1902).

Virchow, giáo sư về bệnh lý học tại Đại học Berlin trong gần năm mươi năm, đã viết hơn hai nghìn đầu sách và báo, không chỉ về y học mà còn về nhân học và chính trường Đức. Ông là một thành viên Nghị Viện phóng khoáng đến nổi, một thành viên chuyên quyền, Otto von Bismarck, có lần đã thách đấu với ông. Được trao quyền lựa chọn vũ khí, Virchow đã nhạo báng cuộc đọ sức này, xóa sổ nó trước cả khi nó diễn ra, bằng cách đòi quyết đấu bằng dao mổ^{*}.

Một trong rất nhiều mối quan tâm nghiên cứu của Rudolf Virchow là niềm say mê với các cách bệnh tật ảnh hưởng tới động mạch, tĩnh mạch và những phần tử máu chứa bên trong chúng. Ông đã làm sáng tỏ những nguyên lý của hiện tượng tắc mạch, nghẽn mạch, và bệnh bạch cầu, đồng thời phát minh ra những thuật ngữ để mô tả chúng. Khi tìm kiếm một thuật ngữ để chỉ rõ cơ cấu mà theo đó các tế bào và mô bị tước khỏi nguồn cung cấp máu của chúng, Virchow chộp lấy (từ này đã được lựa chọn một cách thận trọng) từ *ischano* trong tiếng Hy Lạp – “Tôi kìm lại” hay “Tôi chặn” – có nguồn gốc từ từ *segh* trong tiếng Anh-Ấn, ám chỉ việc “túm lại” hay “nắm chặt” hay “bắt phải ngừng lại”. Bằng cách kết hợp với từ *aima*, hay “máu”, người Hy Lạp đã tạo ra từ *ischaimos*, để diễn tả nghĩa kìm hãm dòng máu. *Ischemia* là từ được Virchow lựa chọn để chỉ những hậu quả của việc

thu hẹp hoặc ngừng hoàn toàn tuần hoàn máu tới một số cấu trúc của cơ thể, cho dù nhỏ như tế bào hay lớn như chân hay một phần của cơ tim.

Tuy nhiên, *thu hẹp* là một thuật ngữ tương đối. Khi hoạt động của một cơ quan gia tăng, nhu cầu oxy của nó tăng lên, nhu cầu máu của nó cũng vậy. Nếu các động mạch bị thu hẹp không thể mở rộng để điều chỉnh theo nhu cầu này, hoặc nếu vì lý do nào đó chúng co thắt lại khiến dòng chảy bị hạn chế thêm nữa, thì nhu cầu của cơ quan đó sẽ không được đáp ứng, và nó sẽ nhanh chóng rơi vào trạng thái thiếu máu cục bộ. Trong đau đớn và giận dữ, trái tim gào thét cảnh báo, và tiếp tục như vậy cho tới khi những kêu gào la hét đòi nhiều máu hơn được đáp ứng, thường là do phản ứng tự nhiên của nạn nhân. Người này, nhờ được cảm giác căng tức trong lồng ngực cảnh báo, sẽ giảm hoặc ngừng hoạt động đang hành hạ cơ tim của mình.

Một ví dụ dễ gặp về tiến trình này là các cơ bắp hoạt động quá mức của một vận động viên cuối tuần^{*} – người trở lại chạy bộ khi thời tiết ấm lên vào tháng Tư hằng năm. Sự chênh lệch giữa nhu cầu máu của các cơ bắp thiếu luyện tập với lượng máu có thể cổ chảy qua những động mạch yếu ớt của anh ta có khả năng sẽ gây ra thiếu máu cục bộ. Bắp chân không nhận được đủ oxy và kêu thét trong cơn co giật đau đớn, để cảnh báo người vận động có thiếu sót ấy ngừng các nỗ lực của mình trước khi một nhóm các tế bào cơ bị chết vì thiếu nguồn sống – tiến trình này được biết với tên gọi chứng nhồi máu. Những cơn đau quặn quai khi bắp chân bị bắt hoạt động quá mức được gọi là chứng chuột rút hay vọp bẻ. Khi nó bắt nguồn từ cơ tim, chúng ta sử dụng thuật ngữ tao nhã hơn là chứng đau thắt ngực (*angina pectoris*). Đau thắt ngực chính là một cơn chuột rút ở tim. Nếu nó kéo dài đủ lâu, nạn nhân sẽ phải chịu đựng một cơn nhồi máu cơ tim.

Angina Pectoris (Chứng đau thắt ngực) là cụm từ Latin dịch theo nghĩa đen là “sự nghẹt thở” hay “bóp nghẹt” (*angina*) “vùng ngực” (*pectoris*, sở hữu cách của *pectus*, “ngực”). Nhờ một nhà từ ngữ văn khoa khác, bác sĩ người Anh nổi tiếng William Heberden (1710-1801) ở thế kỷ XVIII, chúng ta có được không chỉ một thuật ngữ mà còn cả một trong những mô tả xác

đáng nhất về các triệu chứng đi kèm với nó. Năm 1768, khi bàn về các hình thức khác nhau của đau ngực, ông viết:

Nhưng có một sự rối loạn ở lồng ngực thể hiện rõ qua các triệu chứng riêng biệt và rõ ràng, đáng kể đối với những mối nguy hiểm đi kèm với nó, và không phải là cực kỳ hiếm hoi – đáng được đề cập đến nhiều hơn. Vị trí của nó, cảm giác bóp nghẹt và lo âu khiến chúng ta chú ý tới nó, có thể khiến nó được gọi một cách thích hợp là cơn đau thắt ngực.

Những người mắc chứng bệnh này bị tác động đột ngột khi đang bước đi (đặc biệt hơn nếu là đi lên dốc và ngay sau bữa ăn), với một cảm giác đau đớn và khó chịu nhất trong lồng ngực, như thể sẽ tước đoạt luôn cả mạng sống, nếu nó cứ tăng lên hoặc tiếp diễn; nhưng ngay khi người đó đứng yên, tất cả trạng thái khó chịu này biến mất.

Heberden đã khám đủ số lượng bệnh nhân – “gần một trăm người bị rối loạn này” – để có thể nghiên cứu về các biến cố và tiến trình của nó:

Nam giới dễ mắc căn bệnh này nhất, đặc biệt là khi qua tuổi năm mươi.

Sau khi đã diễn ra liên tục trong khoảng một năm hoặc hơn, tình trạng này sẽ không chấm dứt ngay lập tức khi đứng yên như trước nữa; và nó sẽ xuất hiện không chỉ khi người bệnh đang đi mà cả khi họ nằm, đặc biệt nếu họ nằm nghiêng về bên trái, và buộc họ phải ra khỏi giường. Trong một vài trường hợp bị bệnh lâu năm, cơn đau có thể bị kích hoạt do di chuyển bằng ngựa, hoặc bằng xe ngựa kéo, và thậm chí là khi nuốt, ho, đại tiện, hoặc nói, hay do bất cứ xáo trộn tinh thần nào.

Heberden từng sốt ruột trước tiến trình phát triển không ngừng của căn bệnh: “Vì nếu không có sự cố nào xen vào, mà căn bệnh cứ thế tiến triển đến mức nặng nhất, thì các bệnh nhân đều đột nhiên quy xuống và tử vong gần như ngay lập tức.”

James McCarty không bao giờ có được sự xa xỉ của những cơn đau thắt ngực liên tiếp; ông không qua nổi trải nghiệm đầu tiên của chứng thiếu máu cục bộ cơ tim. Não ông chết vì trái tim loạn nhịp và cuối cùng ngừng đập không còn có thể đẩy máu lên não được nữa. Não thiếu máu cục bộ dần dần tới tình trạng chết của mọi mô khác trong cơ thể.

Vài năm trước, tôi gặp một người đàn ông hồi tỉnh lại một cách kỳ diệu sau cái chết vì tim mạch bất ngờ như vậy. Irv Lipsiner là một tay môi giới

chứng khoán cao ráo, vai rộng, một vận động viên đầy tham vọng trong suốt cuộc đời mình. Mặc dù phải dùng insulin vì chứng đái tháo đường lâu năm, nhưng căn bệnh không ảnh hưởng tới tình trạng sức khỏe thể chất của ông, hoặc nhìn qua thì có vẻ là như vậy. Ông đã bị một cơn đau tim nhẹ khi ở tuổi bốn mươi bảy. Ở chính tuổi đó, cha ông cũng qua đời vì lý do tương tự. Sự kiện này để lại một chấn thương rất nhỏ cho cơ tim của ông và ông tiếp tục cuộc sống năng nổ của mình mà không kiêng khem gì.

Chiều muộn một ngày thứ Bảy năm 1985, khi ông ở tuổi năm mươi tám, sau hai tiếng đồng hồ Lipsiner chơi tennis trên sân bóng trong nhà ở Yale thì hai bạn chơi của ông ra về, bắt buộc phải chuyển từ đánh đôi sang đánh đơn. Ván đánh mới chỉ vừa bắt đầu thì, không có cảnh báo hay cơn đau nào báo, ông sụp xuống nền bất tỉnh. Thật may mắn, hai bác sĩ đang chơi ở sân bên cạnh lao bổ sang trợ giúp ông và thấy ông đã đờ đẫn, không phản xạ và không thở. Không có cả nhịp tim. Chẩn đoán chính xác rằng ông bị rung thất, họ ngay lập tức thực hiện hồi sức tim phổi tổng hợp, duy trì việc đó trong quãng thời gian mà với họ dường như dài vô tận, cho tới khi xe cấp cứu tới. Tới lúc đó thì Lipsiner đã bắt đầu có phản xạ, thậm chí hồi phục lại nhịp tim bình thường vì ông đang được đặt ống nội khí quản và đưa vào xe cứu thương. Chẳng bao lâu, ông tỉnh dậy trong phòng cấp cứu Bệnh viện Yale-New Haven và tự hỏi, theo lời kể của ông, “việc quái gì mà nặng xị hết cả lên vậy”.

Trong hai tuần, Lipsiner được xuất viện, bình phục hoàn toàn khỏi sự kiện bị rung thất. Tôi gặp ông vài năm sau đó, trong trại ngựa nơi ông sinh sống. Hằng ngày, ông dành thời gian rảnh để cưỡi ngựa hoặc chơi tennis, thường là đánh đơn. Đây là mô tả của Irv Lipsiner về cảm nhận khi chạm mặt cái chết trên sân tennis:

Điều duy nhất tôi có thể nhớ được – không phải là đau đớn, mà chỉ là ngã sụp xuống. Và rồi ánh sáng biến mất, như thể anh đang ở trong một căn phòng nhỏ và gạt công tắc điện ấy. Điều duy nhất khác biệt là nó diễn ra rất chậm. Nói cách khác, nó không tắt phụt đi như vậy [đến đây, ông bật ngón tay tanh tách]. Nó tắt đi giống như thế này [ông dùng tay chậm rãi khoát một vòng tròn xuống phía dưới, giống như một chiếc máy bay quay vòng nhẹ nhàng hạ thấp để tiếp

đất], từ từ và gần như thành một vòng xoáy, giống – [ông ngáp ngừng suy nghĩ, rồi mím môi lại và thối ra một hơi thở nhẹ dần chậm rãi] – thế này. Sự thay đổi từ ánh sáng sang bóng tối rất rõ ràng, nhưng tốc độ mà nó diễn ra thì – thế nào nhỉ, từ từ thôi.

Tôi ý thức được là mình sụp xuống. Tôi cảm thấy như có ai đó giằng cuộc sống ra khỏi người mình. Cảm giác giống như là – tôi nghĩ đến một cảnh – tôi có một con chó bị ô tô đâm, và khi tôi nhìn thấy con chó trên nền đất – nó đã chết rồi – trông nó vẫn như thể chỉ có điều là co rút lại. Ông biết đấy, co rút lại – nhưng vẫn hình dạng đó. Đó chính là cảm nhận của tôi. Tôi cảm thấy như – [ông phát ra một âm thanh giống như không khí thoát ra từ một quả bóng bay] “Phiiii.”

Ánh sáng của Lipsiner tắt đi chính xác theo đúng cách đó bởi vì tuần hoàn máu tới não bộ của ông bị ngắt quãng đột ngột. Khi oxy trong dòng máu đang bị ì trệ của các cơ quan dần cạn, não bắt đầu suy yếu – tầm nhìn và nhận thức bị lụi dần theo kiểu vòng xoáy từ từ của mặt đồng hồ chứ không phải tắt đột ngột kiểu một chiếc công tắc. Đó chính là vòng xoáy chậm dần vào quên lãng của Irv Lipsiner, và gần như đã chạm tới cái chết. Hà hơi thối ngạt và xoa bóp lồng ngực làm hồi sức tim phổi đã đẩy không khí vào phổi ông và đưa máu tới các bộ phận còn sống cho tới khi tim ông, vì những lý do của riêng nó, quyết định phục hồi lại trách nhiệm của mình. Giống như hầu hết những cái chết bất ngờ vì bệnh tim ở những người không nhập viện, cơn bệnh của Lipsiner do rung thất gây ra.

Lipsiner không cảm thấy cơn đau vì thiếu máu cục bộ. Có thể nguyên nhân của tình trạng loạn nhịp tim của ông là một sự kích thích hóa học nhất thời nào đó ở khu vực siêu nhạy cảm còn di chứng lại trên tim ông sau cơn đau tim năm 1974. Về lý do tại sao rối loạn nhịp tim lại xảy ra vào đúng lúc đó thì không có gì chắc chắn; nhưng một phỏng đoán hoàn toàn đáng tin cậy là nó có liên quan tới tình trạng căng thẳng do chơi tennis quá nhiều vào chiều thứ Bảy đó, việc đó có thể gây ra hiện tượng giải phóng quá nhiều adrenaline vào vòng tuần hoàn máu, điều này có thể khiến cho một động mạch vành bị co thắt và kích hoạt nhịp tim không đều. Những thay đổi thất thường hiếm hoi đến mức bệnh tim do thiếu máu cục bộ không khiến trái

tim của Lipsiner chịu thêm tổn thương mới nào, mặc dù ông không bao giờ chơi tennis hơn hai giờ liên tiếp nữa.

Thực tế, Lipsiner đã không trải qua một cơn co thắt tim nào trước khi bắt đầu bị loạn nhịp tim, điều đó khiến trường hợp cụ thể về hiện tượng co thắt tim này có phần bất thường – phần lớn những người chết bất đắc kỳ tử đều hầu như chắc chắn cảm thấy cơn đau thiếu máu cục bộ kiểu điển hình. Tương tự như ở bắp, cơn đau của bệnh tim do thiếu máu cục bộ ập đến bất ngờ và dữ dội. Tính chất chung nhất của nó, theo những người chịu đựng cơn đau mô tả, là thắt lại, hoặc siết lại. Thịnh thoảng nó biểu hiện dưới dạng một áp lực đè xuống, giống như có một tải trọng với khối lượng quá lớn ép vào phía trước lồng ngực và lan xuống dưới cánh tay trái hoặc lên trên vùng cổ và quai hàm. Cảm giác rất đáng sợ, ngay cả đối với những người thường xuyên trải qua nó, bởi mỗi lần tái diễn, nó lại đi kèm với một nhận thức (quả là một nhận thức rất thực tế) về khả năng cái chết đang lơ lửng trước mắt. Những người bị lên cơn có thể bỗng dưng vã mồ hôi lạnh, cảm thấy buồn nôn, thậm chí là nôn mửa. Thường kèm theo thở nhanh. Nếu thiếu máu cục bộ không thuyên giảm trong vòng khoảng mười phút, tình trạng thiếu oxy có thể trở nên không cứu vãn nổi, một số cơ tim quá thiếu oxy sẽ chết dần, tiến trình này được gọi là nhồi máu cơ tim. Nếu điều này xảy ra, hoặc nếu tình trạng thiếu oxy kéo dài đủ lâu để làm rối loạn hệ thống dẫn truyền trong tim, khoảng 20% nạn nhân sẽ chết trong quá trình vật lộn với cơn đau trước khi tới được phòng cấp cứu. Con số đó sẽ giảm xuống ít nhất là một nửa nếu bệnh nhân được chuyển kịp tới bệnh viện trong giai đoạn mà các bác sĩ chuyên khoa tim gọi là “giờ vàng”.

Rất cuộc, khoảng từ 50 tới 60% những người bị bệnh tim do thiếu máu cục bộ sẽ chết trong vòng một tiếng đồng hồ từ khi cơn đau bắt đầu, cho dù đó có là cơn đau đầu tiên hay không. Vì có 1,5 triệu người Mỹ bị nhồi máu cơ tim hằng năm (70% trong số đó xảy ra ở nhà), không khó khăn gì để hiểu tại sao bệnh tim mạch vành lại là yếu tố gây chết người lớn nhất ở Mỹ, cũng như ở mọi quốc gia công nghiệp hóa trên thế giới. Hầu hết những người qua khỏi tất cả những cơn nhồi máu thì cuối cùng sẽ tử vong do khả năng bơm máu của tim suy yếu dần.

Nếu tính cả các nguyên nhân tự nhiên, có khoảng 20 tới 25% người Mỹ đột tử – được định nghĩa là cái chết bất ngờ trong vòng vài giờ bị các triệu chứng tấn công ở những người không nhập viện mà cũng không dưỡng bệnh ở nhà. Và trong những cái chết này, 80 tới 90% là do bệnh tim bẩm sinh, số còn lại là vì các bệnh ở phổi, hệ thần kinh trung ương, hoặc các mạch mà tâm thất trái bơm máu vào, động mạch chủ. Khi cái chết không chỉ xảy đến bất ngờ mà còn ngay lập tức, thì chỉ có một vài trong số đó không phải là kết quả của bệnh tim do thiếu máu cục bộ.

Nạn nhân của bệnh tim do thiếu máu cục bộ bị phản bội bởi chính chế độ ăn uống, thói quen hút thuốc và sự lơ là trong việc thực hiện các việc vặt trong nhà như tập thể dục và duy trì huyết áp bình thường. Đôi khi, chỉ thông tin về huyết thống cũng đã tiết lộ về căn bệnh, dưới hình thức của bệnh sử gia đình hoặc chứng đái tháo đường; đôi khi nó chính là kẻ gây ra tính bốc đồng và sự hung hăng mà các bác sĩ chuyên khoa tim ngày nay gọi là tính cách Nhóm A. Theo một cách nào đó, người có cơ tim sẽ bị chứng đau thắt ngực hành hạ trong tương lai rất giống cậu học trò quá nhiều tham vọng luôn giơ cao cánh tay đầy phấn khích khi giáo viên tìm kiếm người xung phong – “Em ạ, em ạ; em có thể làm bài đó tốt hơn bất cứ ai!” Rất dễ nhận ra anh ta, và thần chết sẽ chọn đúng anh ta. Trong những lựa chọn của căn bệnh thiếu máu cục bộ cơ tim có rất ít sự ngẫu nhiên.

Rất lâu trước khi chúng ta biết đến nguy cơ tiềm ẩn của cholesterol, thuốc lá, bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp, thế giới y học đã bắt đầu ghi nhận những đặc điểm đặc biệt ở những người dường như đã được định sẵn là sẽ chết vì bệnh tim mạch. William Osler^{*}, tác giả cuốn giáo trình y học vĩ đại đầu tiên của nước Mỹ năm 1892, có thể đã miêu tả James McCarty khi ông viết: “Không phải người yếu thần kinh mới dễ có nguy cơ đau thắt ngực, mà chính những người khỏe mạnh, sung mãn cả về thể chất lẫn tinh thần, sắc sảo và đầy tham vọng, những người sở hữu động cơ luôn ở chế độ ‘tiến về phía trước với tốc độ cao nhất’. Những chiếc công tơ mét của họ sẽ cho bạn biết về họ.”

Bất chấp những tiến bộ về y học, vẫn còn nhiều người chết ngay trong cơn đau tim đầu tiên. Cũng giống như Lipsiner may mắn, đa số họ thực sự không chết vì nhồi máu cơ tim mà là nạn nhân của nhịp tim đột nhiên bị rối loạn bởi ảnh hưởng của thiếu máu cục bộ (hoặc đôi khi là những thay đổi hóa học cục bộ) đối với hệ thống dẫn truyền vốn dĩ nhạy cảm do một tổn thương trước đó, dù nó có được nhận ra hay không. Nhưng ngày nay cách thức thông thường mà theo đó mọi người đầu hàng bệnh tim do thiếu máu cục bộ không phải là cách của Lipsiner hay McCarty. Phổ biến nhất là quá trình suy sụp diễn ra dần dần, với nhiều cảnh báo và đợt điều trị thành công trước trát gọi cuối cùng. Sự hủy hoại ngày một nhiều các cơ tim diễn ra trong hằng tháng hoặc hằng năm trời, cho tới khi chiếc máy bơm máu vốn đã bị vây hãm và suy kiệt đơn giản là không hoạt động nữa. Rồi nó cũng đầu hàng, vì thiếu sức lực hoặc vì hệ thống chỉ huy đang điều khiển sự phối hợp điện của nó không còn khả năng phục hồi lại sau một lần mất kiểm soát khác nữa của nó. Những bác sĩ trong phòng thí nghiệm, những người tin rằng y học là khoa học, đã đạt được nhiều thành tựu đến mức các bác sĩ điều trị, những người biết rằng nó là một nghệ thuật, nhờ tính toán thời gian cần trọng và lựa chọn khéo léo những gì họ có, có thể thường xuyên kéo dài thời gian ổn định và cải thiện sức khỏe cho các bệnh nhân mắc bệnh tim.

Tuy nhiên, thực tế là mỗi ngày vẫn sẽ có đến một nghìn năm trăm người Mỹ chết vì bệnh tim do thiếu máu cục bộ, cho dù diễn tiến đột ngột hay từ từ. Mặc dù các biện pháp phòng ngừa và cách thức điều trị hiện đại đã đều đặn giảm con số này xuống từ giữa những năm 1960, nhưng rõ ràng, không một tốc độ suy giảm nào có thể thay đổi bức tranh tổng thể đối với phần đông những người đã được chẩn đoán ngày hôm nay hay những người được chẩn đoán trong thập kỷ tới. Căn bệnh tàn nhẫn này, giống như rất nhiều nguyên nhân dẫn tới cái chết khác, là một tiến trình phát triển không ngừng, vai trò tối hậu của nó trong sinh thái học trên hành tinh của chúng ta là dập tắt sự sống của con người.

Để làm sáng tỏ chuỗi các sự kiện dẫn tới việc mất dần khả năng bơm máu hiệu quả của tim, đầu tiên, cần xem xét một vài đặc điểm kỳ lạ có thể khiến

tim vận hành với sự chính xác phi thường khi nó khỏe mạnh. Đây sẽ là chủ đề trong phần đầu tiên của chương tiếp theo.

Chọc tủy sống (*lumbar puncture* hay *spinal tap*): thủ thuật lấy một mẫu dịch não tủy để làm xét nghiệm. Dịch não tủy là chất lỏng bao quanh não và tủy sống.

Dẫn lưu màng phổi (*Chest Tube Placement*): một kỹ thuật ngoại khoa nhằm đặt ống thông vào trong khoang màng phổi để thoát chất khí hay dịch hiện diện bất thường trong khoang màng phổi ra một hệ thống bình kín không hút hoặc có hút.

Có một dị bản khác của câu chuyện này, trong đó Virchow yêu cầu quyết đấu bằng xúc xích, chiếc xúc xích chưa nấu chín và chứa đầy vi khuẩn được dành làm vũ khí cho Otto von Bismarck (BTV).

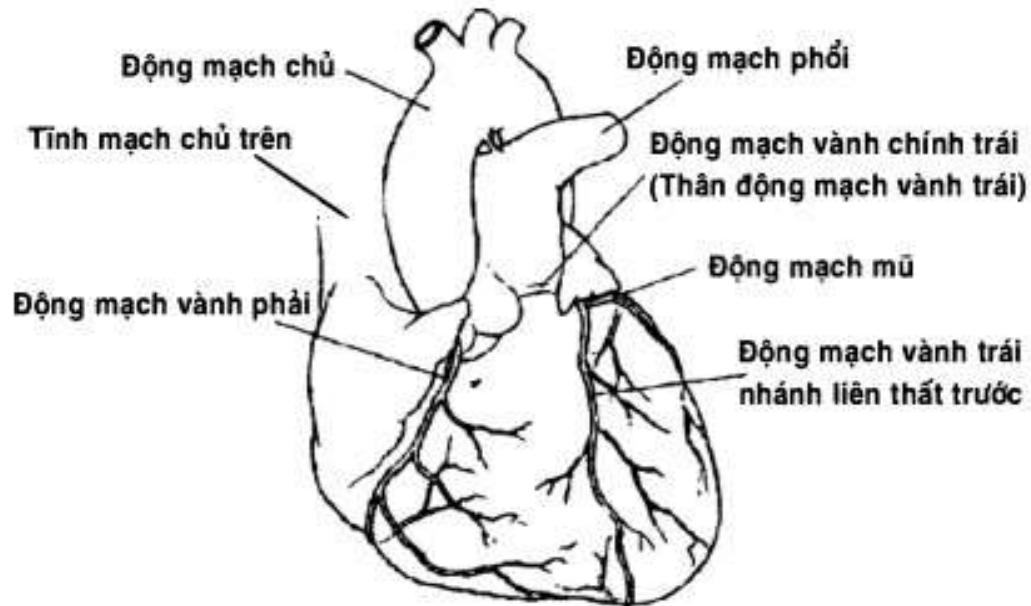
Người chỉ luyện tập vào cuối tuần (BTV).

William Osler (1849-1919): bác sĩ người Canada và là một trong bốn người sáng lập ra Bệnh viện Johns Hopkins. Ông là người tạo ra chương trình bác sĩ nội trú đầu tiên đào tạo các bác sĩ, ông được coi là cha đẻ của Y học hiện đại.

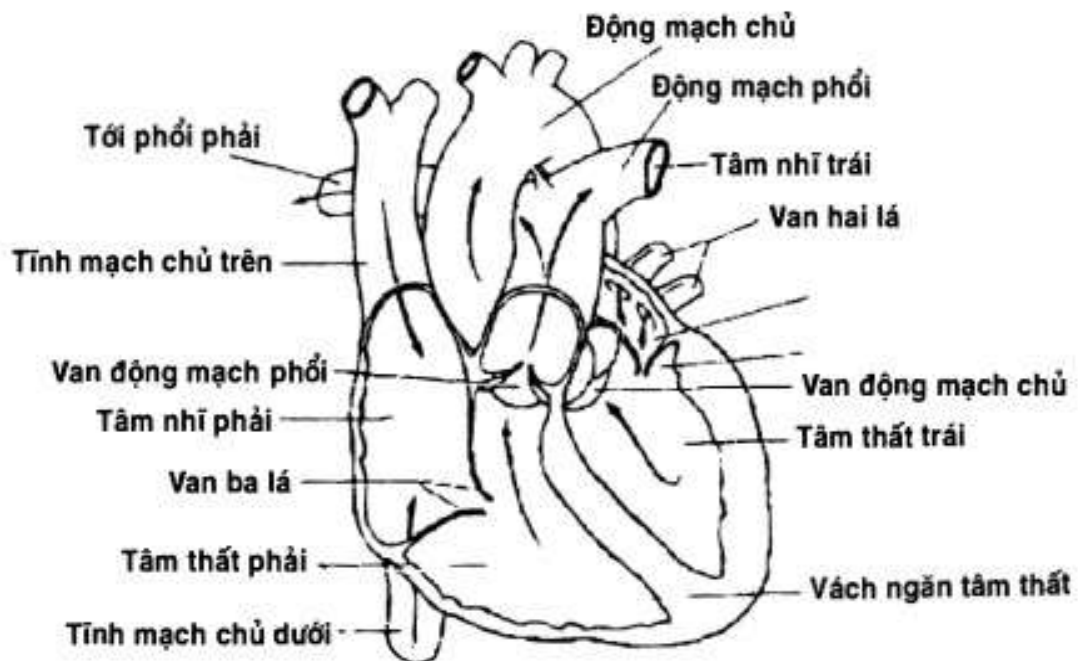
2.

TRÁI TIM – VÀ TIẾN TRÌNH SUY TIM

**Bề ngoài tim người trưởng thành
thể hiện các động mạch vành**



**Biểu đồ mặt cắt của tim bình thường
với các mũi tên chỉ hướng chảy của dòng máu**



Đứa trẻ nào cũng biết, trái tim có hình dạng giống như trên tấm thiệp ngày lễ tình nhân. Gần như toàn bộ cấu tạo của nó là cơ, được gọi là cơ tim, bao quanh một khoảng không rộng ở chính giữa, khoảng không này được chia thành bốn ngăn: Một vách mô thẳng đứng chắn từ trước ra sau được gọi là vách ngăn, phân chia khoảng không rộng thành các phần bên trái và phải, và một tấm ngang, vuông góc với vách ngăn chia tiếp từng phần này thành các phần bên trên và bên dưới, tạo nên bốn phần tổng cộng. Vì chúng có một mức độ độc lập nhất định với nhau, các phần ở hai phía của vách ngăn thẳng đứng thường được gọi là tim bên trái và tim bên phải. Với mỗi bên, ở giữa tấm ngang chia thành phần trên và dưới có một van thông một chiều với độ rộng vừa khít cho phép máu di chuyển dễ dàng từ ngăn trên (được gọi là tâm nhĩ) xuống ngăn dưới (tâm thất), ở một trái tim khỏe mạnh, những van này đóng khít khi tâm thất đầy, để ngăn máu chảy ngược trở lại tâm nhĩ. Tâm nhĩ là ngăn nhận, còn tâm thất là ngăn bơm. Do đó, phần cơ tim bao quanh phía trên của tim không nhất thiết phải dày bằng phần cơ tâm thất khỏe mạnh hơn ở phía dưới.

Như vậy, có thể nói chúng ta không có một mà là hai trái tim, gắn sát cạnh nhau nhờ vách ngăn, mỗi bên đều có một ngăn trên để nhận và một ngăn dưới để bơm. Hai trái tim có nhiệm vụ tương đối khác nhau: Chức năng của tim bên phải là nhận dòng máu “đã sử dụng” trở về từ các mô rồi đưa nó một quãng ngắn qua phổi, nơi nó sẽ được làm mới lại bằng cách nạp oxy; ngược lại, tim bên trái nhận dòng máu giàu oxy quay ngược lại từ phổi và bơm tới các phần còn lại của cơ thể. Nhận ra sự phân chia lao động này, hàng thế kỉ nay các bác sĩ đã phân biệt giữa hai đường đi của máu bằng việc gọi chúng là tiểu tuần hoàn và đại tuần hoàn.

Một vòng tuần hoàn bắt đầu từ hai tĩnh mạch lớn nhận dòng máu nghèo oxy thẫm màu từ cả phần dưới và phần trên của cơ thể; dung lượng, các điểm xuất phát, và các vị trí tương đối của hai mạch rộng màu xanh này phản ánh đúng cái tên đã được các bác sĩ Hy Lạp gán cho chúng từ hơn 2.500 năm trước: tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới. Hai tĩnh mạch trút hết máu của chúng sang tâm nhĩ phải, từ đó, máu chảy xuống qua van đang mở (van nhĩ-thất, hay van ba lá) tới tâm thất phải. Tâm thất phải bơm

máu với một áp lực tương đương với khối lượng của một cột thủy ngân cao xấp xỉ 35 ml tới một ống lớn gọi là động mạch phổi, động mạch phổi sẽ chia thành những ống riêng biệt dẫn tới phổi. Được nạp khí oxy đã lọc qua các túi khí siêu nhỏ (được gọi là túi phổi – *alveoli* – tiếng Latin chỉ “các lỗ hoặc ngăn nhỏ”), dòng máu giờ đây có màu đỏ tươi hoàn thành tuần hoàn phổi bằng cách quay ngược lại các tĩnh mạch phổi tới tâm nhĩ trái, để rồi được dẫn xuống tâm thất và từ đó truyền đi khắp cơ thể, tới cả các tế bào sống xa nhất nơi đầu ngón chân cái.

Vì cần phải có một áp lực xấp xỉ 120 ml thủy ngân để tạo ra một sức ép mạnh như vậy, cơ của tâm thất trái rộng hơn 120 mm, tạo nên thành tim vững chãi và dày dặn nhất trong cả bốn buồng. Đẩy ra ngoài khoảng 70 ml máu mỗi lần co bóp, chiếc bơm khỏe khoắn này bơm khoảng 7 triệu ml máu mỗi ngày, với 100 nghìn nhịp đập nhịp nhàng và mạnh mẽ. Cơ chế hoạt động của một trái tim sống là một kiệt tác của tạo hóa.

Các chuỗi diễn biến phức tạp này đòi hỏi sự phối hợp phức tạp được thực hiện bởi những thông điệp gửi đi từ các sợi siêu nhỏ bắt nguồn từ một khối mô có hình elip gần phía trên tâm nhĩ phải, trong thành phía sau của nó, rất gần với lối vào của tĩnh mạch chủ trên. Ở đúng điểm này, nơi đường tĩnh mạch trút hết máu vào tâm thất, dòng máu bắt đầu hành trình vòng quanh qua tim và phổi, và có lẽ không có điểm nào phù hợp hơn để xác định vị trí cội nguồn của các nhân tố kích thích khiến cho hành trình này diễn ra. Phần mô nhỏ bé này, được gọi là nút xoang nhĩ (*sinoatrial* – SA), là một máy điều hòa nhịp tim điều khiển nhịp đập phối hợp của tim. Một chuỗi các sợi mang thông điệp của nút xoang nhĩ tới một trạm chuyển tiếp nằm giữa tâm nhĩ và tâm thất (và vì vậy được gọi là nút nhĩ thất, *atrioventricular* – AV), từ đây chúng được truyền tới cơ tâm thất qua một mạng lưới các sợi chia nhánh gọi là bó His, đặt theo tên người đã phát hiện ra nó, nhà giải phẫu người Thụy Sĩ thế kỉ XIX đã trải qua hầu hết sự nghiệp của mình ở Đại học Leipzig.

Nút xoang nhĩ là máy phát điện bên trong dành riêng cho tim; các dây thần kinh từ bên ngoài có thể ảnh hưởng tới tốc độ đập, nhưng chính dòng điện từ nút xoang nhĩ quyết định trạng thái đều đặn đến kinh ngạc cho nhịp

điều hoàn hảo của tim. Bàng hoàng với mỗi lần quan sát thấy sự độc lập đầy kiêu hãnh của một trái tim động vật đã bị bóc trần, những con người thông thái của nền văn minh cổ đại đã tuyên bố rằng cơ chế tối thượng của đám thịt tự vận hành này hẳn phải là nơi cư ngụ của linh hồn.

Máu trong các buồng tim chỉ chảy qua; nó không ngừng lại để nuôi dưỡng những cơ tim đang co bóp nhịp nhàng để đẩy nó đi suốt cả vòng tuần hoàn. Các dưỡng chất cần thiết cho công việc nặng nhọc đó của cơ tim được cung cấp bởi một nhóm các mạch tách rời và riêng biệt, vì chúng bắt nguồn từ các động mạch vây quanh bao lấy trái tim như một vương miện, nên được gọi là động mạch vành. Các nhánh của động mạch vành chính đi thẳng xuống đầu nhon của trái tim, tỏa ra các nhánh nhỏ đưa dòng máu đỏ tươi giàu oxy tới cơ tim đang đập phập phồng nhịp nhàng. Khi khỏe mạnh, những động mạch vành này là người bạn của tim; khi bị bệnh, chúng phản bội lại tim tại chính những thời điểm cần thiết nhất.

Đáng ra nhiệm vụ của động mạch vành là bảo vệ cơ tim, nhưng chúng lại phản bội tim thường xuyên đến mức sự phản trắc của chúng là nguyên nhân của ít nhất nửa số cái chết ở Mỹ. Các mạch máu động mạch này nhẹ tay với phái yếu hơn so với những kẻ thường xuyên ra ngoài săn bắt và câu cá – nhồi máu không chỉ ít gặp hơn ở phụ nữ, nó còn có xu hướng xuất hiện muộn hơn với họ. Độ tuổi trung bình gặp cơn nhồi máu đầu tiên ở phụ nữ là quãng tuổi 65, còn đàn ông thường kinh qua trải nghiệm khủng khiếp này sớm hơn mười năm. Mặc dù khi đến độ tuổi đó, động mạch vành đã thu hẹp đến mức đáng báo động, đủ để đe dọa khả năng sinh tồn của cơ tim, nhưng tiến trình đã bắt đầu từ trước đó rất lâu. Một nghiên cứu thường được trích dẫn về những người lính bị giết trong chiến tranh Triều Tiên phát hiện ra rằng có khoảng 3/4 trong số các nam thanh niên trẻ tuổi này mắc chứng xơ vữa động mạch vành. Có thể thấy những mức độ khác nhau của chứng bệnh này ở hầu hết những người Mỹ trưởng thành, bắt đầu từ thuở thanh niên và tăng dần lên theo tuổi tác.

Chất gây tắc nghẽn có dạng khối màu trắng ngà được gọi là mảng, chúng bám dày đặc vào thành bên trong động mạch và nhô ra phần ống dẫn chính

của nó. Các mảng được tạo thành từ các tế bào và mô liên kết, với một lõi chính bao gồm các mảnh vụn và loại chất béo thường gặp gọi là lipid, xuất phát từ tiếng Hy Lạp *lipos*, có nghĩa là “béo” hay “dầu”. Bởi vì kết cấu của nó có rất nhiều phần là lipid, nên mảng được gọi là vữa động mạch (atheroma), hình thành từ từ *athere* trong tiếng Hy Lạp, có nghĩa là “cháo” hay “cháo đặc”, còn *oma* mang nghĩa khối u. Tiến trình hình thành vữa động mạch cho đến nay vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất của chứng xơ cứng động mạch, thường được gọi là chứng xơ vữa động mạch.

Khi một khối xơ vữa động mạch phát triển, nó tăng trưởng về kích cỡ và có xu hướng kết thành khối với các mảng gần đó đồng thời với việc hấp thụ canxi từ dòng máu. Kết quả là hiện tượng tích tụ dần một khối lượng lớn lớp vữa động mạch cứng lấp đầy lòng mạch với kích thước đáng kể, khiến nó ngày càng cứng thêm, nặng nề thêm, và thu hẹp lại. Một động mạch bị xơ vữa được ví như một đoạn ống cũ kỹ, được bảo dưỡng kém, đã qua sử dụng quá lâu, đường kính trong bị lấp bởi những lớp gỉ và cặn bám lô nhô.

Thậm chí trước cả khi người ta biết rằng nguyên nhân gây ra chứng đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim là do sự thu hẹp động mạch vành, một vài bác sĩ đã bắt đầu tiến hành các quan sát tim mạch của những người tử vong vì bệnh này. Edward Jenner, cũng là người đã giới thiệu vắc-xin phòng bệnh đậu mùa vào năm 1798, vốn là một nhà nghiên cứu lâu năm về bệnh tật, ông đã hình thành thói quen khám nghiệm tử thi các bệnh nhân tử vong của mình một cách tối đa. Thời kỳ này, các bác sĩ tự tiến hành các cuộc khám nghiệm tử thi. Từ hoạt động mổ xẻ của mình, Jenner đã bắt đầu nghi ngờ rằng hiện tượng thu hẹp mà ông phát hiện ra ở các động mạch vành của người chết có liên hệ trực tiếp tới chứng đau thắt ngực mà ông đã phát hiện ra ở các bệnh nhân khi còn sống. Trong một lá thư gửi cho đồng nghiệp, ông viết về một kinh nghiệm vừa mới trải qua khi mổ tim trong một cuộc khám nghiệm tử thi như vậy:

Con dao của tôi đụng phải thứ gì đó cứng và sạn. Tôi nhớ là đã ngược lên trần nhà, nó thật cũ kỹ và vụn nát, trong đầu tôi chợt nảy ra ý nghĩ rằng có thể một số mẫu vữa đã rơi xuống.

Nhưng xem xét kỹ lưỡng hơn thì nguyên nhân thật sự đã lộ ra: các vành đã trở thành những ống cứng như xương.

Bất chấp những quan sát của Jenner và sự tiến triển dần dần trong hiểu biết về cách mà hiện tượng tắc nghẽn động mạch vành gây tổn thương cho tim, phải đến tận năm 1878 mới có một bác sĩ chẩn đoán được chính xác chứng nhồi máu cơ tim. Bác sĩ Adam Hammer ở St. Louis, một người Đức tị nạn tránh cuộc đàn áp theo sau các cuộc cách mạng bất thành năm 1848, đã gửi tới một tạp chí y học ở Vienna báo cáo về ca bệnh của ông, mang tựa đề “Ein Fall von thrombotischem Verschluss einer der Kranzarterien des Herzens” (Hiện tượng tắc nghẽn ở một nhánh trong các động mạch vành của tim). (Ở đây có một sự lắt léo thú vị của ngôn ngữ: Thuật ngữ tiếng Đức gọi động mạch vành là *Kranzarterie*, *Kranz* là một vòng hoa hoặc một vương miện bằng hoa, do đó nó đã đưa ra một ý nghĩa hoàn toàn mới mẻ và khá thi vị cho hình ảnh trái tim.) Hammer đã được mời đến để khám và hội chẩn cho một người đàn ông ba mươi tư tuổi bị đột quỵ, tình hình tiến triển xấu đi rất nhanh mà cái chết đã cận kề. Mặc dù các bác sĩ đã biết về cơ chế của chứng thiếu máu cục bộ cơ tim, nhưng chẩn đoán nó là nguyên nhân gây ra chứng nhồi máu chưa bao giờ được thực hiện, thậm chí chưa bao giờ được nghĩ đến. Trong khi đứng nhìn bệnh nhân qua đời một cách tuyệt vọng, Hammer đưa ra giả thuyết với đồng nghiệp của mình rằng một động mạch vành bị bít lại hoàn toàn đã làm chết cơ tim, và ông đã quyết định buộc phải mổ để khám nghiệm tử thi hòng chứng minh giả thuyết mới của mình. Không dễ dàng gì để có được sự cho phép của gia đình đang buồn khổ, nhưng Hammer dày dạn kinh nghiệm đã vượt qua được những ngăn cản của họ bằng cách áp dụng kịp thời thứ dung môi lâu đời hòa tan mọi miễn cưỡng – tiền. Như ông đã viết rất chân thật trong bài báo của mình: “Đứng trước phương thuốc phổ biến này, thậm chí cả những mối hoài nghi tế nhị nhất, gồm cả những nghi ngại về tôn giáo, rốt cuộc cũng phải chào thua.” Sự kiên trì của Hammer đã được đền đáp với việc tìm ra được một cơ tim màu xám vàng nhợt nhạt (màu sắc của nó là dấu hiệu của chứng nhồi máu) và một động mạch vành bị bít lại hoàn toàn, xác nhận tiên đoán của ông.

Trong suốt những thập kỉ tiếp theo, các nguyên lý của bệnh tim do thiếu máu cục bộ và nhồi máu dần được hình thành. Với phát minh điện tâm đồ vào năm 1903, các bác sĩ đã có thể lần theo các thông điệp mà hệ thống dẫn truyền của tim truyền đạt, và họ nhanh chóng học được cách lý giải những biểu đồ tạo ra bởi những thay đổi xung điện xảy ra khi cơ tim gặp nguy hiểm do giảm lượng máu cung cấp. Những kỹ thuật chẩn đoán khác nhanh chóng được phát hiện, bao gồm cả việc cơ tim bị tổn thương sẽ giải phóng những hóa chất hoặc enzym nhất định có thể xác định trong máu cũng hỗ trợ việc phát hiện ra nhồi máu.

Một cơn nhồi máu riêng lẻ liên quan tới phần thành cơ được nuôi dưỡng bởi động mạch vành cụ thể đã bị tắc, phần đó được ước tính phổ biến nhất là từ 3 tới 7 cm² bề mặt. Thủ phạm điển hình gây ra gần một nửa số vụ là động mạch vành trái nhánh liên thất trước, một ống dẫn xuống bề mặt trước của tim trái về phía đầu mút của nó, nhỏ dần khi tỏa ra các nhánh nhỏ đi vào cơ tim. Mỗi liên quan thường xuyên của động mạch này cho thấy xấp xỉ một nửa cơn nhồi máu liên quan tới thành trước của tâm thất trái. Thành sau của nó được nuôi dưỡng bởi động mạch vành phải, chịu trách nhiệm cho khoảng 30 tới 40% sự tắc nghẽn; thành bên được nuôi dưỡng bởi động mạch mũ trái, đóng góp khoảng từ 15 tới 20%.

Tâm thất trái, phần khỏe nhất của bơm tim và Nguồn cội của cơ bắp khỏe mạnh nuôi dưỡng mọi cơ quan và mô của cơ thể, bị tổn thương trong hầu hết các cơn đau tim – mỗi liều thuốc, mỗi lát bơ, mỗi miếng thịt, và cả việc tăng huyết áp đều khiến cho các động mạch vành xơ cứng càng cản trở lưu thông máu nhiều hơn.

Khi một động mạch vành đột ngột hoàn tất tiến trình tắc nghẽn, một giai đoạn thiếu oxy cấp tính xảy ra. Nếu tình trạng thiếu oxy diễn ra lâu và nghiêm trọng đến mức các tế bào cơ bị khựng lại và thiếu máu tức thì không thể hồi phục được, thì theo sau đó sẽ là đau thắt ngực do nhồi máu: Mô cơ của tim bị tác động sẽ chuyển từ thiếu máu cục bộ nghiêm trọng tới chết cục bộ. Nếu khu vực chết đủ nhỏ, không làm bệnh nhân tử vong do rung thất hay một kiểu nhịp tim bất thường không kém phần nguy hiểm, thì cơ bị ảnh

hưởng, giờ đã sưng và phồng lên, sẽ có khả năng duy trì bám víu vào sự tồn tại mong manh cho tới khi, qua tiến trình lành bệnh dần dần, được thay thế bởi mô sẹo. Vùng mô này không đủ sức tham gia vào quá trình co bóp mạnh mẽ của các phần còn lại của cơ tim. Mỗi khi một người hồi phục sau một cơn đau tim ở bất kỳ cấp độ nào, người đó sẽ mất thêm chút ít cơ vào khu vực mô sẹo đang ngày càng mở rộng, và sức mạnh tâm thất của người đó sẽ yếu đi một chút.

Khi chứng xơ vữa động mạch tiến triển, tâm thất có thể yếu dần đi ngay cả khi không có cơn đau tim trực tiếp nào. Hiện tượng tắc nghẽn động mạch vành ở các nhánh nhỏ hơn của các mạch chính có thể không đưa ra tín hiệu cảnh báo nào, nhưng dù vậy, chúng vẫn không ngừng làm giảm sức co bóp tim. Cuối cùng, tim bắt đầu suy yếu. Chính chứng bệnh tim mạn tính, chứ không phải cái kết đột ngột như ở những người như James McCarty, đã tước đi mạng sống của xấp xỉ 40% nạn nhân của bệnh động mạch vành.

Những sự kết hợp khác nhau giữa các tình huống gây ra và độ hư hại của mô sẽ quyết định kiểu và mức độ nguy hiểm mà mỗi trái tim phải đối mặt ở bất cứ giai đoạn suy giảm nhất định nào. Nhân tố này hay nhân tố khác có thể trội hơn ở một thời điểm nhất định nào đó: Có khi là sự siêu nhạy cảm với hoạt động co bóp hay chứng huyết khối ở các động mạch vành đã bị tắc một phần; có lúc là cơ tim yếu với hệ thống dẫn truyền mất tỉnh táo và quá kích đến mức gây ra rối loạn nhỏ ở nhịp tim; đôi khi chính hệ thống dẫn truyền, đã trở nên ì trệ miễn cưỡng trong việc truyền đi các tín hiệu, do đó mà nó làm cho tim hoạt động ngập ngừng, chậm chạp, hoặc thậm chí là cho phép tim ngừng hoàn toàn; đôi khi là một tâm thất quá nhiều sẹo và yếu tới mức không đủ sức đẩy ra lượng máu cần thiết vừa được rót vào nó từ tâm nhĩ.

Khi cộng 20% bệnh nhân tim chết trong cơn đau tim đầu tiên kiểu McCarty với số người đột tử sau hằng tuần hoặc hằng năm bệnh nặng dần, thì số người chết bất ngờ chiếm tới 50 đến 60% số người bị bệnh tim do thiếu máu cục bộ. Những người còn lại chết từ từ và không hề dễ chịu vì một trong những biến chứng của thứ được gọi là chứng suy tim sung huyết

mạn tính. Mặc dù (hay có lẽ do) tỉ lệ tử vong vì những cơn đau tim đã giảm xấp xỉ 30% trong hai hoặc ba thập kỉ qua, tỉ lệ tử vong vì chứng suy tim sung huyết lại tăng lên 1/3.

Chứng suy tim sung huyết mạn tính là kết quả trực tiếp từ sự bất lực của cơ tim yếu mòn và dày sẹo, không thể co bóp đủ mạnh để đẩy đi lượng máu cần thiết trong mỗi lần đập. Khi lượng máu đã vào tim không được bơm một cách hiệu quả vào vòng tiểu tuần hoàn và đại tuần hoàn, một ít máu sẽ quay ngược lại vào các tĩnh mạch đang đưa nó trở lại về tim từ phổi và các cơ quan khác, gây ra một phản áp lực trong các bộ phận này. Kết quả của hiện tượng sung huyết này là một ít thành phần dịch trong máu bị đẩy qua các thành mạch rò rỉ của những mạch nhỏ nhất, gây sưng, hay phù, ở mô. Vì vậy, các bộ phận như thận và gan bị ngăn không cho hoạt động hiệu quả, tình hình thậm chí còn tệ hơn nữa bởi thực tế là chiếc bơm bị suy yếu của tâm thất trái đẩy đi lượng máu mới được nạp oxy ít hơn mức nó nhận, làm giảm cả nguồn dinh dưỡng của các cơ quan vốn đã sưng phù. Theo cách này, hiện tượng giảm tốc độ tuần hoàn máu sẽ đi kèm với hiện tượng giảm dòng máu ra vào các mô.

Phản áp suất do máu được đẩy ra không hết khiến các buồng tim phồng lên và giữ nguyên tình trạng giãn nở. Cơ tâm thất trở nên dày hơn hòng cố gắng bù đắp cho sự suy yếu của chính nó. Vì vậy tim nở rộng ra và có vẻ như dãn hơn, nhưng giờ đây nó chỉ là một thứ “thùng rỗng kêu to”. Hồn hển và phì phò, nó tăng tốc độ đập, cố gắng bơm ra nhiều máu hơn. Chẳng bao lâu, nó thấy mình rơi vào tình trạng tệ chưa từng thấy khi phải chạy nhanh hơn chỉ để bắt kịp. Những nỗ lực của trái tim đã sưng phồng và trở nên dày hơn đòi hỏi nhiều oxy hơn lượng mà các động mạch vành đã bị hẹp có thể đem lại, và cơ tim sút kém có thể bị tổn hại thêm nữa, hoặc có thể những nhịp đập bất thường đó mới sẽ xuất hiện. Một vài trong số những bất thường đó có thể gây chết người – rung thất và những rối loạn tương tự trong nhịp tim giết gần một nửa số bệnh nhân bị suy tim. Vì vậy, cho dù có khoa trương đến đâu, trái tim bị suy yếu vẫn sẽ tiếp tục yếu thêm, theo kiểu một vòng luẩn quẩn khi cố gắng che đậy những thiếu hụt của chính mình bằng việc cố sức đền bù cho chúng. Như một đồng nghiệp chuyên khoa tim

mô tả: “Suy tim sinh ra suy tim.” Người chủ của trái tim này bắt đầu chết dần.

Bệnh nhân ngày càng bị hụt hơi nhiều kể cả khi vận sức ít nhất, vì cả tim lẫn phổi đều không đáp ứng được khối lượng công việc tăng thêm đòi hỏi ở chúng. Một số người bị bệnh thấy khó nằm được lâu hơn một lúc, bởi vì họ cần tư thế thẳng đứng và sự trợ giúp của trọng lực để rút dịch thừa ra khỏi phổi. Tôi biết nhiều bệnh nhân không thể ngủ nổi nếu đầu và vai không được kê lên rất nhiều gối, và kể cả khi đó họ rất dễ gặp những cơn khó thở kinh hoàng bùng lên trong đêm. Các bệnh nhân suy tim đồng thời phải chịu đựng sự bơ phờ và mệt mỏi triền miên, hậu quả của sự kết hợp giữa việc rã sức để thở với việc các mô bị thiếu dinh dưỡng do tim không đẩy được máu ra.

Áp lực tăng cao từ tĩnh mạch chủ truyền ngược trở lại các tĩnh mạch của cơ thể khiến cho bàn chân và mắt cá sưng phồng lên, nhưng khi bệnh nhân nằm liệt giường, trọng lực lại khiến cho dịch tập trung ở các mô của lưng dưới và bắp đùi. Mặc dù ngày nay hiếm gặp, nhưng trong những năm tôi còn học trường y, không khó để thấy một bệnh nhân ngồi thẳng đuồn trên giường, bụng và bắp chân sưng phồng đầy những dịch, thở hỗn hển, gồng vai đến gần như co giật và há hốc miệng đấu tranh quyết liệt cho từng hơi thở như thể đó là cơ hội sống sót cuối cùng. Trong những cái miệng há ngoác giữa cuộc đấu tranh đang dần thất bại chống lại cái chết đang đến gần, người ta thường có thể nhận ra màu xanh tím của môi và lưỡi do thiếu oxy, khô kiệt cho dù các bệnh nhân hấp hối đang ứ đầy nước. Các bác sĩ sợ làm bất cứ điều gì có thể tăng thêm nỗi lo sợ vốn dĩ đã kinh hoàng của người bệnh đang bị nhấn chìm trong những mô ứ đầy nước, chỉ nghe thấy tiếng thở khò khè và tiếng rít khiếp hãi của cơn hấp hối đau đớn của chính mình. Thời kỳ này, chúng tôi chẳng có gì nhiều để cung cấp cho người bệnh ở giai đoạn cuối ngoài thuốc giảm đau, với sự hiểu biết đầy đủ và khoan dung rằng mỗi chút thuyên giảm lại khiến cái chết đến gần hơn.

Mặc dù ngày nay ít gặp hơn, nhưng những cảnh như vậy thỉnh thoảng vẫn diễn ra. Gần đây, một giáo sư về tim mạch viết cho tôi: “Có rất nhiều bệnh

nhân bị suy tim sung huyết không chữa được ở giai đoạn cuối phải trải qua những giờ cuối cùng – hoặc những ngày cuối cùng – của cuộc đời thật dưới sự hành hạ của chứng phù nề, trong khi các bác sĩ chỉ có thể đứng nhìn bất lực và dùng morphine để giảm đau. Thật không phải là một cái kết dễ chịu.” Không chỉ có chính trái tim mà cả sự tổn hại lâu dài do các mô phù nề, thiếu máu gây ra cũng dẫn đến vô vàn những cách chết khác nữa. Cuối cùng, chính các cơ quan bị quá sức cũng ngừng hoạt động. Khi thận hay gan hỏng thì sự sống cũng mau chóng kết thúc. Suy thận, hay hội chứng tăng u-rê huyết, là hồi kết cho một số bệnh nhân tim mạch, và đôi khi, suy chức năng gan, với dấu hiệu thường thấy là xuất hiện bệnh vàng da, cũng vậy.

Trái tim không chỉ tự lừa bản thân đi vào chỗ hoạt động quá tích cực, mà nó còn lừa gạt cả những cơ quan khác có thể giúp nó thoát khỏi rắc rối của mình. Thận có thể lọc vừa đủ muối và nước thừa ra khỏi máu để giảm gánh nặng cho tim, nhưng tình trạng suy yếu do sung huyết chỉ khiến nó làm điều ngược lại. Bởi vì thận cảm nhận đúng rằng nó nhận được máu ít hơn bình thường, nó bù đắp bằng cách sản sinh ra các hoóc-môn gây ra hiện tượng hấp thụ lại muối và nước mà nó đã lọc, vì vậy chúng quay trở lại tuần hoàn máu. Kết quả là tổng lượng dịch trong cơ thể tăng thêm thay vì giảm đi, bởi vậy tăng thêm các rắc rối cho tim vẫn đang làm việc quá sức. Các cơ quan giống hệt nó đang cố gắng trở thành bạn bè thì vô tình đã trở thành kẻ thù của nó.

Hai lá phổi nặng nề và sưng nước cùng tuần hoàn máu ì trệ là môi trường sinh sôi lý tưởng cho vi khuẩn và viêm nhiễm, đó là lý do tại sao nhiều bệnh nhân bệnh tim tử vong vì viêm phổi. Thế nhưng, những lá phổi nặng nề và sưng nước không cần đến sự giúp đỡ của các vi khuẩn để giết mình. Sự xấu đi đột ngột của tình trạng úng nước, được gọi là phù phổi cấp tính, là sự kiện cuối cùng thường hay xảy ra đối với những bệnh nhân mang bệnh tim lâu năm. Cho dù vì lý do gì, tổn thương mới của tim hay sự quá tải nhất thời do chơi thể thao hoặc cảm xúc không mong đợi, hay có lẽ chỉ là thêm quá nhiều muối vào chiếc sandwich (tôi biết một người tử vong vì thứ mà vài người có thể gọi là “suy tim cấp tính vì tẩm nhiều gia vị”), lượng dịch quá dư thừa cũng bị giữ lại và tràn ngập buồng phổi. Thiếu không khí cấp tính xảy ra bất

ngờ nhanh chóng, hơi thở khò khè, hỗn hển bắt đầu, và cuối cùng tình trạng nghèo oxy của máu gây ra chết não hoặc rung thất và các kiểu rối loạn nhịp tim khác, từ đó thì không thể hồi phục được nữa. Trên khắp thế giới, ngay tại thời điểm hiện tại, có những người đang hấp hối theo cách này.

Chuyến đi cuối cùng của vài người trong số họ được phản ánh chính xác trong bệnh sử của một người mà tôi đã chứng kiến cái chết của người đó. Trong khuôn khổ tham khảo về bệnh tim mạn tính, Horace Giddens có thể được coi như điển hình. Biểu đồ thể hiện các chi tiết về căn bệnh của ông chính là một trong những hình mẫu phổ biến về diễn biến đi xuống không thể cứu vãn của chứng thiếu máu cục bộ cơ tim.

Giddens là một giám đốc ngân hàng thành đạt ở một thị trấn nhỏ miền nam nước Mỹ, khi chúng tôi gặp nhau vào cuối những năm 1980, ông bốn mươi lăm tuổi. Ông vừa mới trở lại nhà sau một thời gian dài nằm tại Bệnh viện Johns Hopkins ở Baltimore, bác sĩ riêng đã gửi ông tới đó trong tuyệt vọng với hy vọng rằng tiến trình suy tim và chứng đau thắt ngực tăng lên vùn vụt của ông có thể chậm lại, hay chí ít thì cũng được cải thiện; hầu như mọi phương pháp điều trị đương thời đều đã thất bại. Mặc kẹt trong cuộc hôn nhân chỉ toàn mâu thuẫn, Giddens đã thực hiện một hành trình khó khăn tới Baltimore để cách ly khỏi sự thù hằn đến mệt mỏi của bà vợ, Regina, cũng như để tìm được sự khuây khỏa cho trái tim mình. Nhưng đã quá muộn – người ta nhận thấy rằng bệnh tình của ông đã tiến triển quá xa, vượt quá khả năng giúp đỡ của bất kỳ phương pháp trị liệu hiện có nào. Sau tất cả các xét nghiệm và hội chẩn, tế nhị hết sức có thể, các bác sĩ ở bệnh viện Hopkins nói với ông rằng ngay cả họ cũng không giúp được ông – không một phương pháp điều trị nào phù hợp với ông ngoại trừ việc dùng thuốc giảm đau. Đối với Horace Giddens, sẽ không phẫu thuật thông động mạch, không tim nhân tạo, không ghép tim. Tôi đã tới thăm ông hoàn toàn xã giao vào tối ông trở về từ Baltimore, can đảm đối mặt với một điều chắc chắn là cái chết sẽ nhanh chóng đến với ông.

Mặc dù biết rõ rằng Giddens đang trên đường về, người vợ nhẵn tâm của ông dường như không biết hoặc thậm chí là không quan tâm tới việc chính

xác là mấy giờ ông về. Khi ông bước vào nhà, tôi đang ngồi lặng lẽ trên ghế, lắng nghe cuộc đối thoại trong gia đình mà không tham dự gì hết. Chứng kiến giây phút đó quả rất đau lòng. Giddens cao lớn, hốc hác lê bước vào phòng khách, mặt mày nhăn nhó vì khó thở, người quằn gầy của gia đình đỡ chắc lấy đôi vai hẹp của ông. Qua bức ảnh lớn trên cây đàn piano, tôi có thể nói rằng ông đã từng là một người cường tráng dễ coi, nhưng giờ đây gương mặt xám ngoét của ông đầy mệt mỏi và buồn bã. Ông bước đi khó khăn, như thế phải vô cùng cố gắng và thận trọng, có vẻ thiếu tự tin vào sự thăng bằng của mình; ông cần được giúp đỡ mới tới được chiếc ghế bành.

Tôi biết lịch sử chứng đau thắt ngực của Giddens, và tôi cũng biết rằng ông đã phải chống đỡ với nhiều cơn nhồi máu cơ tim khốc liệt. Nhìn vào đôi vai hẹp đang nhấp nhô giành giật lấy từng hơi thở dốc, tôi cố gắng hình dung ra tình trạng của tim ông và đồng thời, cố gắng tập trung lại trong tâm trí mình những yếu tố của cách nó hạ gục ông. Sau gần bốn mươi năm làm bác sĩ, kiểu phỏng đoán này là mối bận tâm thường xuyên của tôi khi đến gặp một người bệnh với tư cách là một con người. Nó là một phản ứng tự động, một cuộc tự kiểm tra, và theo cách riêng của nó, cũng là một kiểu thấu cảm nữa. Tôi làm như thế thường xuyên, hầu như không hề suy nghĩ gì. Tôi chắc rằng nhiều đồng nghiệp của tôi cũng vậy.

Thứ mà tôi hình dung đằng sau xương ức của Horace Giddens là một trái tim sưng phồng, mềm nhũn không còn có thể đập với sinh lực mạnh mẽ nữa. Hơn 7,6 cm thành cơ của nó đã được thay thế bằng một mảnh sụn trắng nhạt, ngoài ra còn có nhiều khu vực tạo sụn nhỏ hơn khác. Cứ mấy nhịp lại có một cơn co thắt đột biến bắt nguồn từ một ổ bệnh nổi loạn nào đó ở tâm thất trái, can dự vào nỗ lực vô ích của cơ vòng duy trì nhịp đập đều đặn của nó. Như thể các phần khác nhau của tâm thất đang cố gắng thoát ra khỏi tiến trình tự động bên trong, trong khi nút xoang nhĩ (SA) vật lộn để giữ lấy quyền lực đang bị giảm sút của mình. Tôi biết rõ tiến trình này: Sự ác nghiệt của chứng thiếu máu cục bộ đã cắt đứt các thông điệp mà nút xoang nhĩ của Giddens đang cố gắng truyền tới tâm thất. Không nhận được hiệu lệnh quen thuộc, tâm thất cuống cuống khởi động nhịp đập của riêng mình, bắt đầu mỗi nhịp đập từ bất kỳ điểm tùy ý nào trên cơ tim quyết định đối mặt với thử thách.

Bất cứ sự gia tăng căng thẳng hay giảm sút oxy hóa nhỏ nào cũng đều dẫn đến tình trạng mà người Pháp gọi là “loạn nhịp thất”, trong khi những nhịp co bóp vô ích và hỗn loạn lan qua toàn bộ cơ tim, dọn đường cho hiện tượng nhịp đập nhanh rồi rạc gọi là nhịp nhanh thất rồi sau đó là rung thất. Khi quan sát những cử chỉ ngập ngừng đó của Giddens, tôi có thể dễ dàng nhận ra ông đã tiến gần tới chuỗi sự kiện cuối cùng đến mức nào.

Các tĩnh mạch chủ và tĩnh mạch phổi đã phồng lên và căng ra vì áp lực sinh ra do máu chảy ngược vào chúng khi tim yếu đi. Lá phổi dai nhách giống như miếng bọt biển dầm nước màu xanh tái, quá tải vì phù nề và hầu như không còn có thể phồng lên xẹp xuống như chiếc ống bể màu hồng êm ái như trước nữa. Toàn bộ hình ảnh máu bị bóp nghẹt gợi cho tôi nhớ tới một cuộc khám nghiệm tử thi của một người đàn ông thắt cổ tự tử – gương mặt tím tái của ông ta bị sưng phồng và ứ máu, hầu như không còn nhận ra là của con người.

Khi quan sát lỗ mũi ông phồng lên theo mỗi hơi thở khó nhọc, tôi không thể không nhận thấy rằng đầu mũi của Giddens có màu hơi xanh, và môi ông cũng vậy – tình trạng ứ nước của phổi đã ngăn sự trao đổi oxy thỏa đáng. Dáng đi lê bước chậm rãi là kết quả của các mắt cá và bàn chân sưng phù, các ngón chân dường như sưng tướng lên, chen chúc chật ních bên trong, làm phồng cả đầu mũi giày. Mọi cơ quan trong cơ thể sưng nước của ông đều đã ít nhiều phù nề.

Bơm máu suy yếu chỉ là một phần lý do khiến cho việc đi lại trở thành một nỗ lực lớn lao đến vậy với Giddens. Ông phải khổ sở lắm mới cố bước được một bước, ông biết rằng thậm chí tăng thêm dù chỉ một hoạt động cũng có thể gây ra cơn đau thắt ngực khủng khiếp, vì những mạch mảnh như sợi tóc trong động mạch vành xơ cứng của ông không thể cung cấp thêm bất cứ nhu cầu phụ trội nào đối với máu nữa.

Giddens ngồi xuống ghế bành và nói vắn tắt với người trong gia đình, dường như không nhận ra sự có mặt của tôi. Sau đó, mệt mỏi cả về thể chất lẫn tinh thần, ông chậm chạp leo lên cầu thang dẫn vào phòng ngủ, ngừng nhiều lần để nhìn xuống và nói vài lời với vợ. Khi thấy ông làm như vậy, tôi

chợt nhớ đến một thói quen thường được những người tạm gọi là bị khuyết tật tim viện đến hòng che đậy tình trạng tiến triển bệnh tật của họ: Một bệnh nhân cảm thấy cơn đau thắt ngực tấn công khi đang đi dạo hăng ngày sẽ thấy thật hữu ích nếu dừng lại và vờ nhìn chăm chăm vào cửa sổ một cửa hàng cho tới khi cơn đau qua đi. Vị giáo sư y khoa sinh trưởng ở Berlin, người đầu tiên mô tả cho tôi về thủ tục giữ thể diện (và đôi khi là giữ mạng sống) đó gọi nó bằng cái tên tiếng Đức là *Schaufenster schauen* hay “ngó nghiêng cửa hàng”. Chiến lược *Schaufenster schauen* đang được Giddens sử dụng để có đủ thời gian nghỉ ngơi hòng tránh đi rắc rối nghiêm trọng khi ông chậm chạp đi về giường nghỉ.

Horace Giddens mất vào một chiều mưa chỉ hai tuần sau đó. Mặc dù có mặt, tôi không thể làm được gì để giúp ông. Tôi không thể làm gì ngoài việc ngồi đó trong khi vợ ông xỉ vả ông, cho tới khi ông bất ngờ đưa tay lên cổ họng, như thể diễn tả bằng cử chỉ những phản ứng hóa sinh khắc nghiệt của cơn đau thắt ngực đang lan tỏa. Vẻ mặt càng lúc càng xanh xao, ông bắt đầu thở hổn hển, run rẩy rờ rẫm tìm kiếm ống dung dịch nitroglycerin* để trên bàn cà phê ngay trước chiếc xe lăn ông đang ngồi. Ông chỉ có thể xoay xở để chạm được ngón tay vào nó, nhưng nó tuột khỏi bàn tay run rẩy của ông, rơi xuống sàn và vỡ tan, làm đổ hết số thuốc quý giá có thể làm giãn động mạch vành đủ để cứu mạng ông. Đau đớn kinh hoàng và vã mồ hôi lạnh, ông cầu xin Regina tìm người quản gia, người biết ông cất hộp thuốc dự phòng ở đâu. Bà ta không nhúc nhích. Càng kích động, ông cố gắng hét to, nhưng âm thanh thoát ra từ miệng ông chỉ là tiếng thì thầm khàn khàn, quá nhỏ để người ở phòng ngoài có thể nghe thấy, vẻ mặt ông nhìn thật thương tâm, khi nhận ra những nỗ lực của mình là hoàn toàn vô ích.

Tôi thấy buộc phải lao vào để giúp đỡ Giddens, nhưng có gì đó khiến tôi ngồi im trên ghế. Tôi không hành động gì, và không ai khác làm gì hết. Ông giận dữ nhảy bật từ xe lăn tới cầu thang, bước những bước đầu tiên như một người chạy đua liều lĩnh cố gắng với sức lực ít ỏi cuối cùng để tới được điểm an toàn. Ở bậc thứ tư, ông trượt chân, hổn hển vội vã hóp lấy không khí, nắm lấy tay vịn cầu thang, và, trong một nỗ lực lớn lao mệt mỏi của hành động cuối cùng đầy đau khổ, quỵ xuống đất. Chết cứng tại chỗ, tôi

nhìn chăm chăm vào chỗ ông trên cầu thang và thấy đôi chân ông khuỵu xuống. Mọi người trong căn phòng đó đều nghe thấy tiếng thân hình ông đổ vật xuống phía trước, thoát khỏi tầm nhìn.

Giddens vẫn còn sống, nhưng chỉ ngắc ngoải. Regina, với sự khản trương lạnh lùng của một sát thủ giàu kinh nghiệm, gọi to hai người giúp việc vào đưa ông lên phòng. Bác sĩ gia đình đã được mời đến. Một phút sau, và rất lâu trước khi bác sĩ tới, bệnh nhân đau khổ của ông ta đã qua đời.

Mặc dù tôi đã giả định rằng cơ chế cụ thể giết chết Horace Giddens là rung thất, nhưng cũng rất có thể là do phù phổi cấp, hoặc tình trạng của giai đoạn cuối được gọi là sốc tim, trong đó tâm thất trái quá yếu để giữ được huyết áp đủ cao để duy trì sự sống. Trong số những người sẽ chết vì bệnh tim do thiếu máu cục bộ, ba sự kiện này chịu trách nhiệm cho đại đa số những cái chết. Chúng có thể xuất hiện trong lúc ngủ và xảy ra nhanh đến mức chỉ mất một phút trước khi cái chết ập tới. Nếu được hỗ trợ y tế ngay lập tức, những triệu chứng đi kèm tồi tệ nhất của chúng có thể được giảm bớt nhờ morphine hoặc loại thuốc giảm đau khác. Phép màu của y sinh học hiện đại có thể trì hoãn chúng trong vài năm. Nhưng mọi chiến thắng trước bệnh tim do thiếu máu đều chỉ là thắng lợi nhất thời. Sự tiến triển không ngừng của chứng xơ vữa động mạch sẽ tiếp diễn, và mỗi năm sẽ có hơn nửa triệu người Mỹ chết theo quy luật của tự nhiên: Mặc dù có vẻ nghịch lý, nhưng cái chết tự nhiên là cách thức duy nhất để giống loài chúng ta tồn tại mãi.

Đến giờ, hẳn lý do tại sao tôi không thể động tay giúp người đàn ông bất hạnh đang hấp hối ngay trước mắt mình đã trở nên rõ ràng. Tôi chứng kiến tấn bi kịch của Horace Giddens khi đang ngồi thoải mái ở hàng thứ bảy của rạp hát, trong buổi tái diễn vở kịch xuất sắc *The Little Foxes*^{*} của Lillian Hellman. Những mô tả lâm sàng tỉ mỉ của bà về nhân vật hư cấu đang hấp hối vì bệnh tim do thiếu máu cục bộ vào năm 1900 không thể nào chính xác hơn được nữa, như thể nó được viết bởi một bác sĩ chuyên khoa tim mạch vậy. Toàn bộ những mô tả của tôi ở trên đơn giản là được rút ra từ những lời chỉ dẫn trên sân khấu của Miss Hellman. Vị bác sĩ chính thức đã gặp

Giddens ở bệnh viện Johns Hopkins gần như chắc chắn là William Osler, người mà tôi đã trích lời ở mấy trang trước.

Vở kịch của Hellman đã miêu tả sinh động, chính xác cách thức thực tế mà rất nhiều nạn nhân của tắc nghẽn động mạch vành vẫn tử vong ngày nay. Bất chấp tất cả những thủ thuật gia tăng sự an ủi và trì hoãn mà thuốc men hiện đại mang lại trong cuộc chiến chống lại bệnh tim, cảnh cuối cùng trong cuộc vật lộn của một trái tim ốm yếu, giờ đây khi đã gần sát với buổi bình minh của thế kỉ XXI, thường vẫn giống hệt với cảnh mà Horace Giddens là nhân vật chính cách đây cả trăm năm.

Mặc dù nhiều nạn nhân của bệnh tim do thiếu máu cục bộ vẫn chết ở ngay thời kì đầu tiên giống như James McCarty, đa phần đều theo một tiến trình giống như Horace Giddens, nghĩa là qua khỏi cơn nhồi máu ban đầu hay những dấu hiệu của thiếu máu cục bộ, rồi tiếp đó là một giai đoạn dài sinh hoạt cẩn trọng. Ở thời của Giddens, sống cẩn trọng được thực hiện chính xác theo hàm ý của từ này, một cuộc sống không căng thẳng cả về thể chất lẫn tinh thần. Nitroglycerin được kê để trị chứng đau thắt ngực, và một liều thuốc an thần nhẹ được dùng để giảm bớt lo lắng. Thuyết hư vô về phép chữa bệnh thịnh hành trong giới bác sĩ ở trường đại học thời đó có thể là lý do khiến họ không khuyến khích sử dụng lá mao địa hoàng để gia tăng sức co bóp của tâm thất. Lá mao địa hoàng có thể không ngăn ngừa được chứng co thắt động mạch vành đã giết Giddens, nhưng nó chắc chắn làm giảm chứng suy tim sung huyết mạn tính trầm trọng mà ông phải chịu đựng trong suốt những tháng cuối cùng.

Ngày nay, mọi thứ đều đã khác. Số lượng phong phú các lựa chọn sẵn có để điều trị bệnh tim do thiếu máu cục bộ phản ánh thành công của những thành tựu khoa học về y sinh hiện đại, từ những thay đổi đơn giản trong lối sống cho tới việc cấy ghép tim. Thiếu máu cục bộ gây hại theo nhiều cách khác nhau, và cơ tim cần được giúp đỡ để chống lại tất cả những điều đó. Công việc của bác sĩ chuyên khoa tim chính là cung cấp sự giúp đỡ đó. Để làm điều này, họ phải biết bản chất của kẻ thù và những đặc điểm của chiến lược mà nó sử dụng trong bất cứ chiến dịch cụ thể nào. Cụ thể, các bác sĩ

chuyên khoa tim bắt đầu bằng việc đánh giá không chỉ tình trạng hiện tại của tim bệnh nhân và động mạch vành của nó mà còn dự tính khả năng tình huống xấu hơn sắp xảy ra để chủ động thực hiện các bước phòng ngừa thiết thực. Để đạt được mục đích này, một loạt các xét nghiệm đã được phát triển và hiện nay được sử dụng rất phổ biến, tên và chữ viết tắt của chúng trở thành một phần trong cách nói thông thường của bệnh nhân và bạn bè họ: Chụp xạ hình tim với Thallium (Thallium stress test), MUGA, chụp X-quang động mạch vành (coronary angiogram), Siêu âm tim (cardiac ultrasound), và Điện tâm đồ (Holter monitor) chỉ là một vài trong số đó.

Thậm chí với thông tin khách quan có được từ các xét nghiệm này, các bác sĩ cũng không thể đưa ra những lời khuyên xác đáng cho bệnh nhân nếu không hiểu biết nhiều về họ hoặc tính cách của họ. Sẽ là không đủ nếu chỉ đo lượng máu chứa trong tâm thất được đẩy ra trong mỗi lần co bóp hoặc biết được đường kính còn dư ra của những động mạch vành đã bị thu hẹp lại, cơ chế của co bóp cơ tim, hiệu suất tim, độ siêu nhạy cảm với các nhân tố kích thích hệ thống điện của tim, hay bất cứ nhân tố nào khác được xác định một cách cần mẫn và chung chung trong các phòng thí nghiệm hoặc thiết bị X-quang. Bác sĩ chuyên khoa tim mạch phải có một cảm giác rõ ràng về các loại căng thẳng tồn tại trong cuộc sống của bệnh nhân và chúng có khả năng thay đổi thế nào.

Tiền sử gia đình, chế độ ăn uống và thói quen hút thuốc lá, khả năng tuân thủ chỉ dẫn về thuốc men, các kế hoạch và hy vọng cho tương lai, độ đáng tin cậy của hệ thống hỗ trợ trong gia đình và bạn bè, kiểu tính cách, cùng khả năng thay đổi nếu cần thiết – tất cả những yếu tố này phải được chú trọng thích đáng khi đưa ra các quyết định về phương pháp điều trị và tiên lượng lâu dài cho bệnh nhân. Chính kỹ năng của bác sĩ chuyên khoa tim mạch với tư cách là một bác sĩ điều trị đã giúp họ kết thân với bệnh nhân của mình và hiểu rõ về người đó – đặc điểm cố hữu trong nghệ thuật y khoa là hiểu rõ rằng các xét nghiệm và thuốc men sẽ chỉ có tác dụng hạn chế nếu không có trao đổi chuyện trò.

Sau xét nghiệm và tư vấn là đến lúc điều trị. Mục đích của điều trị là nhằm giảm bớt căng thẳng cho tim, gây dựng sức chịu đựng và độ dẻo dai cho tim về lâu dài, điều chỉnh những bất thường cụ thể phát hiện ra trong suốt quá trình xét nghiệm. Ngầm ẩn trong tất cả các biện pháp điều trị là sự bức thiết phải làm bất cứ điều gì có thể để làm chậm quá trình tiến triển của chứng xơ vữa động mạch, với nhận thức rằng không bao giờ có thể hoàn toàn chấm dứt được nó. Đồng thời, ngầm ẩn một luận điểm rằng tim không chỉ đơn thuần là một cái bơm ngu xuẩn thờ ơ – nó là một thành viên năng nổ, nhiệt tình của hoạt động sống, có khả năng thích nghi, điều chỉnh, và, trong phạm vi nào đó, còn có khả năng sửa chữa.

Không hề biết đến những kiến thức trên, nhưng năm 1772 William Heberden đã mô tả điều mà giờ đây chúng ta có thể coi như một ví dụ kinh điển về việc một chương trình luyện tập nếu được thiết kế thích hợp có thể tạo cho tim khả năng phản ứng như thế nào với những thời điểm khó khăn khi bị buộc phải hoạt động nhiều hơn. Viết về những bệnh nhân bị đau thắt ngực, ông kể: “Tôi biết một người đã đặt cho mình nhiệm vụ cửa gỗ nửa tiếng mỗi ngày, và gần như đã khỏi bệnh.” Mặc dù cửa tay giờ đây được thay thế bằng đạp xe tại chỗ, nhưng nguyên lý thì vẫn vậy.

Hiện nay có vô số các loại thuốc tim khác nhau có thể hỗ trợ cơ tim và hệ thống dẫn truyền của nó chống lại những biến chứng của chứng thiếu máu, và hẳn sẽ còn có thêm nhiều loại nữa. Thậm chí có cả các loại thuốc có thể sử dụng trong vài giờ đầu tiên sau cơn tắc động mạch vành, có tác dụng làm tan cục máu nghẽn mới hình thành vừa bít nốt khoảng không cuối cùng ở các mạch bị xơ vữa. Có những loại thuốc giảm tính dễ kích ứng của thành tim, ngăn ngừa co thắt, làm giãn động mạch vành, tăng cường nhịp tim, giảm mức tăng nhịp tim, loại bỏ lượng nước và muối thừa trong suy tim sung huyết, làm chậm tiến trình kết cặn, giảm nồng độ cholesterol trong máu, giảm huyết áp, làm dịu căng thẳng – và tất cả các loại thuốc này đều có thể có những tác dụng phụ không mong muốn, hay nói thẳng ra là nguy hiểm, dĩ nhiên còn có những thuốc khác nữa để điều trị những tác dụng phụ ấy. Bác sĩ tim mạch ngày nay bước đi trên ranh giới mong manh giữa việc làm bệnh nhân khô kiệt tới mức họ quá yếu để sống một cách bình thường, với việc để

cho họ nạp vào quá nhiều chất lỏng đến mức có nguy cơ bị suy tim sung huyết nghiêm trọng.

Chưa từng có lĩnh vực nào thuộc thể yếu của con người nhận nhiều đóng góp phi thường từ các công nghệ điện tử như lĩnh vực kiểm soát bệnh tim. Mặc dù công tác chẩn đoán là hoạt động đầu tiên được hưởng lợi ích từ những phép màu của công nghệ điện tử, công tác điều trị cũng được củng cố nhờ những nhà vật lý học và các kỹ sư làm việc trong lĩnh vực này. Giờ đây chúng ta có máy điều hòa nhịp tim để thực hiện công việc của nút xoang nhĩ; chúng kích hoạt một cách an toàn những nhịp đập đều đặn và có thể dự đoán. Có những máy khử rung tim không chỉ lấy lại khả năng kiểm soát khi cơ chế hoạt động của tim trở nên hỗn loạn, mà còn có thêm ưu điểm là có thể cấy trực tiếp vào người bệnh, nhờ đó, việc phản ứng với những nhịp đập bất thường diễn ra một cách tự động và tức thời.

Các bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ chuyên khoa tim mạch đã phát minh ra những phương pháp phẫu thuật để chỉnh hướng cho máu chảy vòng qua chỗ tắc nghẽn trong các động mạch vành và để nối rộng các mạch bị thu hẹp bằng bóng. Các kỹ thuật này lần lượt được gọi là ghép tim nhân tạo, hay CABG (dễ đoán là sẽ được phát âm giống như *cabbage* – cải bắp), và phương pháp nong mạch vành. Khi tất cả các phương pháp khác đều đã thất bại, một bệnh nhân hiếm hoi đạt đủ các tiêu chuẩn sẽ được thay thế trái tim cũ của mình bằng một trái tim khỏe mạnh của người khác. Khi ứng viên được lựa chọn một cách cẩn thận, tất cả những phương pháp phẫu thuật này đều có tỉ lệ thành công cao. Thế nhưng, sau mỗi cuộc phẫu thuật, tiến trình của chứng xơ vữa động mạch vẫn tiếp tục choán lấy đời sống. Động mạch đã được nối rộng thường xuyên bị bít trở lại, những mạch được cấy ghép hình thành mảng xơ vữa, và các triệu chứng của chứng thiếu máu cục bộ thường xuyên quay trở lại những thành tim đã từng bị.

Dù chúng ta có trì hoãn nó đến đâu thì sau đó, các nạn nhân của chứng xơ vữa động mạch vành vẫn gần như chắc chắn sẽ chết vì đau đốn – nó có thể xuất hiện bất ngờ trong khoảng thời gian mà người bệnh có vẻ như đang phản ứng rất tốt với việc điều trị, có thể bởi các tác động dần dần của suy

tim sung huyết. Mặc dù so với trước khi có các phương thức phòng tránh hiệu quả, các triệu chứng rõ rệt hơn của suy tim sung huyết mạn tính không còn phổ biến như trước, nhưng nó vẫn giữ một ảnh hưởng đáng kể đối với cái chết của nhiều người bị bệnh tim do thiếu máu cục bộ. Khi trái tim đã yếu đến mức suy tim sung huyết xuất hiện, thì triển vọng là rất xấu. Gần một nửa số nạn nhân của nó sẽ chết trong vòng 5 năm. Như chúng tôi đã chú thích ở trên, trong những năm gần đây, số cơn đau tim thực sự đã giảm mạnh, trong khi đó tỉ lệ suy tim lại gia tăng đáng kể, và rất có thể sẽ còn tiếp tục tăng. Bây giờ, có nhiều trường hợp như Horace Giddens hơn và những trường hợp như James McCarty thì giảm đi nhiều.

Có nhiều lý do cho hiện tượng này. Dễ nhận thấy nhất là không chỉ các bác sĩ mà cả cộng đồng cũng đã phát triển đáng kể khả năng học hỏi của họ trong việc đối phó với các tình huống khẩn cấp xảy ra do nhồi máu cơ tim. Phản ứng nhanh chóng của những người hỗ trợ y tế lành nghề và hiệu quả của quá trình di chuyển tới phòng cấp cứu đồng nghĩa với điều trị tốt hơn trong suốt những giờ then chốt đầu tiên, và chính công tác hồi sức tích cực trong bệnh viện cũng đã được cải thiện đáng kể. Nhưng có một nhân tố khác cũng quan trọng không kém. Các phương pháp chăm sóc y tế hiệu quả hơn nói chung cũng giúp gia tăng số lượng người sống sót với tuổi thọ cao hơn, lứa tuổi mà khả năng bơm máu của tim yếu đi và suy tim sung huyết là những vấn đề phổ biến. Tỉ lệ mắc phải chứng suy tim ở những người trẻ hơn 55 tuổi thực sự giảm xuống – chủ yếu tăng ở phần dân số có tuổi cao hơn 65. Hơn hai triệu người Mỹ bị suy tim ở mức độ nào đó khiến cho hoạt động của họ bị hạn chế và sức sống của họ bị bào mòn. Khi trở nên trầm trọng, nó dẫn tới tỉ lệ tử vong là 50% trong hai năm. Ba mươi năm nghìn người sẽ chết vì suy tim hằng năm, ít hơn nhiều so với 515 nghìn người sẽ chết vì cơn đau tim thực sự, nhưng dù sao, đó vẫn là một con số lớn.

Những người mà tim không đầu hàng vì rung thất thì rốt cuộc sẽ tử vong vì những lý do đã được liệt kê bên trên: Họ không thể thở đủ tốt để làm giàu oxy máu, thận hoặc gan của họ không thải được các chất độc khỏi cơ thể, vi khuẩn lan tràn qua các hệ cơ quan của họ, hoặc đơn giản là họ không thể giữ được một huyết áp đủ cao để duy trì sự sống, đặc biệt là chức năng của não

bộ. Tình trạng được nêu cuối cùng này được gọi là sốc tim. Sốc tim và phù phổi cấp là những kẻ thù phổ biến hơn cả của trái tim, khiến người bệnh phải thường xuyên chiến đấu ở phòng chăm sóc đặc biệt và phòng cấp cứu. Các bệnh nhân và những đồng minh y tế của họ sẽ chiến thắng hầu hết các cuộc chiến đó, ít nhất thì cũng là tạm thời.

Đã từng vô số lần quan sát những cuộc tranh đấu quyết liệt ấy, và cũng thường xuyên là người tham chiến hay dẫn dắt họ, tôi có thể chứng thực cho sự phối hợp đầy nghịch lý giữa nỗi đau khổ của con người với quyết tâm giành chiến thắng lạnh lùng kiên định đã thổi bùng lên cảm giác cấp bách tràn qua tâm trí của những chiến binh đầy nhiệt huyết. Cuộc chiến đấu hỗn loạn của toàn đội phản ánh nhiều hơn cả các bộ phận của nó, và tuy thế, công việc điên cuồng cũng được hoàn thành, thậm chí đôi khi còn thành công.

Dù có vẻ hỗn loạn đến mấy, tất cả những nỗ lực hồi sức đều tuân theo phác đồ cơ bản như nhau. Bệnh nhân, gần như lúc nào cũng đã bất tỉnh vì thiếu máu lên não, sẽ nhanh chóng được bao quanh bởi một nhóm người có nhiệm vụ đưa họ ra khỏi tình trạng nguy kịch bằng cách chấm dứt tình trạng loạn nhịp tim hoặc đảo ngược hiện tượng phù phổi, hoặc là cả hai. Một ống thở nhanh chóng được luồn qua miệng bệnh nhân, xuống khí quản, nhờ đó khí oxy nén có thể được đẩy vào làm căng phổi đang nhanh chóng bị ngập nước của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân bị rối loạn nhịp tim, các bản điện cực rộng bằng kim loại sẽ được đặt vào ngực bệnh nhân và một luồng điện 200 jun sẽ được bắn qua tim với nỗ lực làm ngừng tình trạng quẫn quại bất lực, hy vọng một nhịp đập đều đặn sẽ trở lại, như vẫn thường xảy ra.

Nếu nhịp đập mong đợi không xuất hiện, một thành viên của đội sẽ bắt đầu ép một cách nhịp nhàng lên tim bằng cách ấn lòng bàn tay vào phần thấp nhất của xương ức với tốc độ khoảng một nhịp trên một giây. Bằng cách ép hai tâm thất giữa mặt phẳng của xương ức mềm dẻo phía trước với cột sống phía sau, máu bị đẩy ra ngoài, đi vào hệ tuần hoàn để duy trì sự sống cho não và các cơ quan cần thiết khác. Khi hình thức ép tim ngoài lồng ngực này hiệu quả, ta có thể cảm nhận được mạch ở những chỗ xa như cổ và

bện. Mặc dù có thể có người nghĩ khác, nhưng xoa bóp qua một lồng ngực còn nguyên vẹn đem lại kết quả tốt hơn nhiều so với co bóp trực tiếp bằng tay, vốn là phương pháp duy nhất được biết đến khi tôi phải đương đầu quyết liệt với cơ tim ương bướng của James McCarty bốn mươi mấy năm về trước.

Đến thời điểm này, các thiết bị truyền tĩnh mạch đã được cải để truyền thuốc điều trị tim, và những ống nhựa rộng hơn, gọi là ống truyền tĩnh mạch trung tâm, nhanh chóng được luồn vào tĩnh mạch chủ. Nhiều loại thuốc khác nhau được tiêm thẳng vào ống truyền tĩnh mạch với các mục đích: giúp kiểm soát nhịp đập, giảm sự mất cảm của cơ tim, tăng cường sức co bóp của tim, và dẫn dịch thừa ra khỏi phổi để thải ra qua thận. Mỗi ca làm hồi tỉnh mỗi khác. Cho dù phác đồ chung là như nhau, nhưng mọi chuỗi hành động, mọi phản ứng với xoa bóp và thuốc men, và sự sẵn sàng đập trở lại của tim đều khác nhau. Điều chắc chắn duy nhất, cho dù có được nói ra hay không, là các bác sĩ, y tá, và kỹ thuật viên đều đang đấu tranh chống lại không chỉ cái chết mà còn cả chính sự không chắc chắn của họ nữa. Trong hầu hết các ca hồi sinh tổng hợp, những sự bất định này có thể được quy về hai câu hỏi chính: Chúng ta có đang làm đúng việc cần làm không? và, Chúng ta có nên làm bất cứ việc gì hay không?

Thường là không gì có thể giúp được. Thậm chí khi câu trả lời đúng cho cả hai câu hỏi đều rõ ràng là có, hiện tượng rối loạn nhịp có thể đã vượt quá khả năng chữa trị, cơ tim không phản ứng lại với thuốc, trái tim ngày một mềm nhũn chống lại sự xoa bóp, và rồi nỗ lực cứu sống sụp đổ hoàn toàn. Khi não bị thiếu oxy lâu hơn khoảng thời gian từ hai tới bốn phút then chốt, tổn thương của nó sẽ không thể hồi phục được.

Thực tế, rất ít người sống sót khi bị ngưng tim, thậm chí tỉ lệ này còn ít hơn ở những người vốn đã bị bệnh nặng và đang điều trị tại bệnh viện. Chỉ có khoảng 15% bệnh nhân đang nằm viện dưới tuổi 70 và hầu như 0% những người nhiều tuổi hơn có thể trông đợi được cứu sống, cho dù đội CPR, bằng cách nào đó, thành công trong những nỗ lực miệt mài của mình. Khi hiện tượng ngưng tim xảy ra ở ngoài bệnh viện, chỉ từ 20 tới 30% sống

sốt, và số đó hầu hết là những người phản ứng nhanh với CPR. Nếu đến khi tới được phòng cấp cứu mà vẫn không có phản ứng gì, thì khả năng sống sót gần như bằng không. Đại đa số những người phản ứng được lại đều là nạn nhân của rung thất, giống như Irv Lipsiner.

Những con người trẻ tuổi ngoan cường thấy đồng tử của bệnh nhân không phản ứng lại với ánh sáng, rồi giãn ra cho tới khi biến thành một vòng tròn đen thẫm bất động. Cả nhóm miễn cưỡng dùng những nỗ lực của mình lại, và toàn bộ khung cảnh chuyển từ hình ảnh sống còn về cuộc giải cứu đầy chất anh hùng sang sự buồn bã chán nản vì thất bại.

Bệnh nhân chết một mình giữa những người xa lạ: thiện chí, đồng cảm, cam kết quyết tâm duy trì sự sống cho bệnh nhân – nhưng dù sao vẫn là những người lạ. Không có phẩm giá ở đây. Đến lúc đó Hội Y khoa Bác ái đã dừng cuộc chiến hăng hái của họ, căn phòng vương vãi đầy những tàn tích của chiến dịch vừa thất bại. Nằm giữa cảnh tượng tan hoang đó là tử thi của bệnh nhân, đã mất hết mọi quan tâm tới những người mà mấy phút trước còn đang cố gắng cứu thoát con người từng sở hữu cái linh hồn vừa rời khỏi nó.

Những gì vừa xảy ra là đỉnh điểm của một loạt các sự kiện sinh học liên tục. Cho dù do lập trình sẵn trong gen của bệnh nhân, bị ảnh hưởng do các thói quen trong cuộc sống của họ, hay như trong các trường hợp thường gặp là kết hợp của cả hai điều trên, thì động mạch vành của người bệnh cũng không thể cung cấp đủ lượng máu để nuôi dưỡng cơ tim của người đó; nhịp tim không đều, não bị thiếu oxy trong một thời gian dài, và người đó qua đời. Có xấp xỉ 350 nghìn người Mỹ chịu đựng tình trạng ngưng tim mỗi năm, đại đa số đều tử vong; chưa đến 1/3 các cơn này xảy ra trong bệnh viện. Thông thường, không có cảnh báo nào cho cái kết cuối cùng sắp đến. Cho dù trước đây tim đã phải chịu đựng hiện tượng thiếu máu đến mức nào đi nữa, sự ra đi của nó vẫn có thể xảy ra đột ngột. Trong số khoảng 20%, nó thậm chí còn có thể diễn ra, như trong trường hợp Lipsiner, không hề đau đớn. Bất kể có điều bí ẩn nào được gắn với một cái chết như thế thì đều là do người sống đặt ra. Đó là sự tưởng nhớ dành cho linh hồn con người mà

cuộc đời vừa qua đã giành chiến thắng trước những cảnh huống tồi tệ đa phần chúng ta sẽ trải nghiệm khi chết, hoặc khi chúng ta tiến đến những giây khắc cuối cùng của mình.

Trải nghiệm về cái chết không chỉ phụ thuộc vào trái tim. Nó là một tiến trình trong đó tất cả mô của cơ thể đều tham dự, theo cách thức và nhịp điệu của riêng chúng. Từ có ý nghĩa nhất ở đây là *tiến trình*, không phải là *hành động*, *khoảnh khắc*, hay bất cứ thuật ngữ nào mang nghĩa là một thời điểm khi linh hồn ra đi. Ở các thể hệ trước, kết thúc của nhịp tim ngập ngừng biểu hiện kết thúc của sự sống, như thể sự tĩnh lặng đột ngột bao trùm lên nó phát ra một tín hiệu không lời của sự cáo chung. Nó là một khoảnh khắc thành linh, có thể ghi nhận được của biên niên sử cuộc đời và đánh dấu sự chấm dứt hoàn toàn.

Ngày nay luật pháp định nghĩa cái chết, với sự mơ hồ vừa đủ, là hiện tượng não ngừng hoạt động. Mặc dù trái tim có thể vẫn còn đập và tủy xương vô tư vẫn tạo ra những tế bào mới, không lịch sử của người nào có thể sống lâu hơn bộ não của anh ta. Não chết từ từ, giống hệt những gì Irv Lipsiner đã trải qua. Cũng như vậy, mọi tế bào khác trong cơ thể dần chết đi, bao gồm cả những tế bào mới được hình thành trong tủy. Chuỗi các sự kiện mà theo đó các mô và các cơ quan dần dần từ bỏ lực sống của mình trong mấy tiếng đồng hồ trước và sau khi cái chết được chính thức tuyên bố chính là cơ chế sinh học thực sự của quá trình chết. Chúng sẽ được bàn tới ở chương sau, nhưng trước tiên cần phải miêu tả dạng hấp hối kéo dài, đó là tuổi già.

Bề ngoài tim người trưởng thành thể hiện các động mạch vành

Biểu đồ mặt cắt của tim bình thường với các mũi tên chỉ hướng chảy của dòng máu

Trong điều trị bệnh lý tim mạch, nhóm thuốc nitroglycerin được sử dụng hết sức rộng rãi, đặc biệt với bệnh nhân bị bệnh thiếu máu cơ tim (cả cấp tính như nhồi máu cơ tim hay cơn đau thắt ngực không ổn định lẫn mạn tính) và suy tim.

Vở kịch được viết từ năm 1930 của nhà soạn kịch người Mỹ nổi tiếng Lillian Hellman (1905-1984).

3.

BẢY MƯƠI NĂM CUỘC ĐỜI

Không ai chết vì tuổi già, hoặc luật pháp sẽ quy định như vậy nếu các chuyên viên định phí bảo hiểm thống trị thế giới. Cứ mỗi tháng Giêng, ngay khi mùa đông siết chặt vòng tay khắc nghiệt xám xịt của nó, chính phủ Mỹ lại phát hành “Báo cáo sớm về Số liệu Thống kê Tỉ lệ Tử vong Chính thức” hằng năm. Không thể tìm thấy ở đâu trong 15 nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong hay bất cứ chỗ nào khác trong bản tóm tắt vô hồn ấy danh sách những người vừa qua đời. Trong sự ngăn nắp đến ám ảnh của mình, bản Báo cáo gán các phân loại triệu chứng lâm sàng của một số bệnh lý gây tử vong cho những người ở tuổi tám mươi và chín mươi vào các cột gọn gàng. Cũng không có ai trong số ít ỏi những người có độ tuổi lên tới ba con số thoát khỏi các thuật ngữ được người lập bảng sắp xếp theo thứ tự. Mọi người đều bị buộc phải chết vì một bệnh tật xác định, không chỉ theo lệnh của Bộ Y tế và Dịch vụ Dân sinh Mỹ mà còn bởi sắc lệnh toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới. Trong 35 năm với tư cách một bác sĩ được cấp phép hành nghề, tôi chưa bao giờ liều lĩnh ghi “Chết già” vào giấy chứng tử, tôi biết rằng xác nhận đó sẽ quay trở lại với một ghi chú ngắn gọn từ viên chức lưu giữ hồ sơ nào đó thông báo rằng tôi đã phạm luật. Ở bất cứ nơi nào trên thế giới, chết già đều là bất hợp pháp.

Các chuyên viên định phí bảo hiểm dường như không thể chấp nhận một hiện tượng tự nhiên trừ khi nó được định nghĩa rõ ràng đến mức trùng khớp với một phân loại riêng biệt và dễ miêu tả. Báo cáo thường niên về số người tử vong của liên bang rất rõ ràng – không giàu trí tưởng tượng, và đối với tôi thì không phản ánh hoàn toàn cuộc sống thật (và cái chết thật), nhưng dù sao thì cũng rất nghiêm cẩn. Tôi tin chắc rằng có nhiều người chết già. Bất chấp

các chẩn đoán khoa học tôi vẫn viết vội vàng trên ô xác nhận trong các giấy chứng tử hòng làm hài lòng Vụ Thống kê Sinh tử và Giá thú, tôi biết rõ hơn như thế.

Tại bất cứ thời điểm nào, có khoảng 5% dân số người cao tuổi Mỹ sống trong các cơ sở chăm sóc dài hạn. Nếu đã ở đó lâu hơn khoảng sáu tháng, đại đa số họ sẽ không bao giờ rời khỏi trại an dưỡng mà còn sống, trừ khi là để đến bệnh viện trong một thời gian lưu trú ngắn ngủi, nơi một bác sĩ gia đình trẻ tuổi nào đó cuối cùng sẽ điền vào một tờ giấy chứng tử hợp thức. Tất cả những người già này chết vì lý do gì? Mặc dù bác sĩ của họ ghi chép các nguyên nhân như đột quỵ, suy tim, hay viêm phổi với đầy tinh thần trách nhiệm, những người cao tuổi này thực tế đã tử vong vì một cái gì đó trong họ đã suy kiệt. Rất lâu trước khi có khoa học y tế, mọi người đều hiểu điều này. Vào ngày 5 tháng Bảy năm 1814, Thomas Jefferson* ở tuổi 71, đã viết cho John Adams* ở tuổi 78 rằng: “Nhưng những cỗ máy của chúng ta giờ đây đã hoạt động suốt bảy mươi hay tám mươi năm, và chúng ta phải nghĩ rằng, chúng đã kiệt sức rồi, chỗ này thì một cái trục, chỗ kia thì một bánh xe, giờ là một bánh răng, tiếp là một cái lò xo, sẽ rời ra hết thảy; cho dù chúng ta có thể để người thợ hàn gắn chúng lại trong chốc lát, rốt cuộc tất cả cũng sẽ đều ngừng hoạt động.”

Cho dù là biểu hiện công khai qua phương diện thể chất trong não bộ hay ở sự chậm chạp của hệ thống miễn dịch bị lão hóa, thứ đang mất dần đi không gì khác hơn chính là sức sống. Tôi không định tranh cãi với những người khăng khăng đòi viện dẫn những đặc tính được đưa ra trong phòng thí nghiệm về biểu hiện bệnh nhỏ li ti, hòng thỏa mãn những đòi hỏi gượng ép của quan điểm toàn cầu về y sinh học của họ – tôi chỉ nghĩ là họ đã bỏ qua điểm mấu chốt.

Ngay khi nhận thức được về sự sống, tôi đã bắt đầu một tiến trình dài quan sát những người đang dần dần chết đi theo tuổi tác. Nhân viên thống kê có thể thuyết phục tôi rằng Nguyên nhân Tử vong trên giấy chứng tử của bà tôi chẳng gì hơn là một sự lảng tránh quy luật tự nhiên vĩ đại được hợp pháp hóa. Năm tôi ra đời bà đã 78 tuổi, mặc dù những giấy tờ nhập cư đã ố vàng

của bà xác nhận rằng bà mới chỉ có 73 tuổi – hai mươi năm năm trước tại đảo Ellis, bà đã quyết định trẻ đi so với thực tế, bởi vì người ta nói với bà rằng con số 49 sẽ dễ chấp nhận hơn con số 54 đối với viên chức người Mỹ lạnh lùng, ra dáng quân nhân trong bộ đồng phục cài cúc đồng, người đã đưa ra những câu hỏi lỗ mãng mà bà cho là có tính quyết định tới việc bà được tiếp nhận. Như bạn thấy đấy, tôi không phải là thành viên đầu tiên của gia đình sợ bị chính phủ không chấp thuận đến mức phải gian dối chút đỉnh.

Ba thế hệ của gia đình tôi sống trong một căn hộ bốn phòng ở Bronx, sáu người cả thảy – bà tôi, bà cô già Rose, bố mẹ tôi, anh trai tôi, và tôi. Hồi đó, thật khó có thể hình dung nổi việc đưa bố mẹ già cả tới một trong những viện dưỡng lão ngày đó còn ít ỏi. Ngay cả khi ý định đó có tồn tại đi nữa, dù rất hiếm, thì đơn giản là chẳng có cách nào hết. Nửa thế kỉ trước, đối với những người như chúng tôi, việc xua đuổi bố mẹ già cả bị coi là một hành động chối bỏ trách nhiệm một cách nhẫn tâm, một sự chối bỏ tình yêu thương.

Trường trung học của tôi chỉ cách chung cư của chúng tôi có nửa dặm nhà, và thậm chí khoảng cách tới trường đại học cũng không quá hai mươi phút đi bộ. Mỗi sáng, bà tôi nhét một chiếc sandwich nhỏ và một quả táo vào chiếc túi giấy màu nâu để tôi kẹp dưới cánh tay với đồng sách vở khi rời nhà tới khu học xá xanh tươi trên đồi.

Hằng ngày, từ rất sớm, bác Rose và bố tôi biến mất trong chuyến tàu điện ngầm đưa họ tới xưởng may quần áo ở Manhattan. Mẹ tôi mất khi tôi được mười một tuổi, và tôi trở thành cậu bé núp váy bà. Trừ thời gian nằm viện vì mổ ruột thừa và hai lần đi trại hè tốn kém tiền bạc, mỗi lần nửa tháng, thuở đó hầu như ngày nào tôi cũng gắn bó với bà. Dù không hề nhận ra, tôi đã trải qua mười tám năm đầu tiên của đời mình chứng kiến bà già yếu dần rồi mất.

Tôi và anh trai hay gọi bà bằng tiếng Yiddish là “Bubbeh”, và bà gọi chúng tôi là Herschel (anh trai tôi tên là Harvey) và Shepsel. Tới giờ, mọi người vẫn gọi tôi là Shep, và đó là kỉ niệm về Bubbeh của tôi.

Cuộc đời của Bubbeh chưa bao giờ dễ dàng. Giống như nhiều người Đông Âu nhập cư khác, chồng bà tới bờ biển vàng của nước Mỹ trước và

đem hai con trai theo cùng, để vợ ở nhà với bốn cô con gái nhỏ trong một làng xinh xắn ở Belarus suốt bảy năm ròng. Ít năm sau khi gia đình được đoàn tụ trong một căn hộ đông đúc (vì sống cùng với những người họ hàng khác) trên đường Rivington phía hạ tây New York, ông tôi và cả hai người con trai nối tiếp nhau qua đời không rõ vì lao phổi hay bệnh cúm.

Lúc đó, ba trong số bốn người con gái của bà đang làm việc tại các xí nghiệp bóc lột công nhân tàn tệ thuộc ngành may mặc, vì vậy cũng có chút ít tiền bạc. Tận dụng số tiền trợ cấp do một tổ chức từ thiện Do Thái hỗ trợ, Bubbeh đã co kéo đủ tiền để đặt cọc mua một trang trại rộng hai trăm mẫu Anh gần Colchester, Connecticut, và gia nhập vào một nhóm nông dân lớn, những người cũng làm tương tự. Giống như những người khác, bà làm việc trên đồng với sự giúp đỡ của những người làm công, hết người này đến người khác, thường là những người Ba Lan nhập cư không nói được nhiều tiếng Anh giống như bà tôi. Thật khó mà biết làm cách nào người phụ nữ cao mét rưỡi có ý chí thép ấy sống sót được qua giai đoạn đó vì trang trại không được năng suất lắm. Thu nhập thực sự của nó, cũng chỉ vừa đủ cho chi phí hằng ngày, đến từ những khoản đóng góp nhỏ của gia đình và bạn bè từ cố quốc trú lại đó một thời gian ngắn để lánh khỏi mối đe dọa của dịch lao phổi, đang ở gần vùng Quận Mười, hạ Manhattan.

Là nơi nương tựa và nguồn can đảm giúp chống lại sự huyên náo ồn ào khó hiểu của nước Mỹ, Bubbeh đóng một vai trò mà tôi chỉ có thể miêu tả bằng tiếng Yiddish là *mater et magistra* (hiển mẫu và tôn sư) cho một nhóm mở rộng những người nhập cư trẻ tuổi đang đấu tranh sinh tồn. Mặc dù bà không thể nói một câu đầy đủ bằng tiếng Anh, nhưng không biết bằng cách nào bà hiểu được các quy định và nhịp điệu của cuộc sống Mỹ. Nếu ở quê hương cũ có “những giáo sĩ phi thường”, thì cái thị tộc đang dần mở rộng này đã tìm được vị “thánh nữ” trên quê hương mới này, và tôn vinh bà là *tante*, hay “bà bác”. Trong vai trò *Tante Peshe*, chỉ được dịch đại khái là *Bà bác Pauline*, sự mạnh mẽ của bà bao trùm lên cả một tập thể rộng lớn và nghèo túng những cháu trai cháu gái tự nhận, vài người trong số đó chỉ trẻ hơn bà có chút ít.

Cuối cùng, buộc phải bỏ trang trại khi tất cả các cô con gái đều kết hôn chỉ trừ có một người. Nhưng trước đó khá lâu, người con gái lớn nhất của bà, Anna, đã mất ở độ tuổi hai mươi sau khi sinh nở, và người chồng trẻ tuổi đã bỏ đi để theo đuổi cuộc sống riêng của mình. Đau đớn vì mất con, thương cho đứa cháu, Bubbeh đã nuôi nấng cậu bé ở trang trại như con bà. Khi cậu bé đến tuổi niên thiếu thì trang trại bị bán đi, và thời kỳ sống ở quận Bronx của gia đình chúng tôi bắt đầu.

Khi tôi mười một tuổi, bác Rose là người con duy nhất còn sống của bà tôi. Một người mất từ khi còn ẵm ngửa, những người khác mất khi đang ở trên vùng đất mà họ đã mang giấc mơ của mình tới đó. Bubbeh khi đó đã 89 tuổi, một con người nhỏ xíu và mệt mỏi, người đã giữ cho ngọn lửa sức sống cháy, dù leo lét, vì lợi ích của ba đứa cháu nhỏ: anh trai tôi và tôi, cũng như người em họ mười ba tuổi Arline của tôi. Arline đến với chúng tôi hai năm trước khi mẹ em mất trong cuộc phẫu thuật thận thất bại; sau đó em đã về sống với gia đình bố khi mẹ tôi mất vì bệnh ung thư không lâu sau sinh nhật lần thứ mười một của tôi. Ghi chép về thời gian góa bụa dài dặc của Bubbeh là một biên niên tế nhạc toàn những tranh đấu, bệnh tật, và chết chóc. Hy vọng của bà lụi dần cho tới ngày xuống mồ cùng với chồng và sáu đứa con. Giờ đây chỉ còn lại bác Rose và ba đứa chúng tôi, những người sinh ra trên mảnh đất này, nơi những hứa hẹn đã biến thành nỗi buồn tan nát.

Chắc là sau khi mẹ tôi mất, tôi mới lần đầu tiên nhận thức được là Bubbeh đã già tới mức nào. Từ ký ức đầu tiên của mình, tôi đã chơi đùa với làn da nhăn nheo, khô ráp ở mu bàn tay hoặc khuỷu tay của bà, nhẹ nhàng kéo căng nó ra như một lớp bơ mỏng, rồi kinh ngạc nhìn ngắm nó chậm chạp trở về chỗ cũ với một vẻ lặng lẽ bình thản khiến tôi nghĩ tới món mạch nha. Bà sẽ vỗ đét vào tay tôi khi tôi làm thế, giả vờ khó chịu vì sự ngỗ nghịch của tôi, còn tôi sẽ cười trêu chọc lại cho tới khi mắt bà lộ ra vẻ thích thú với sự vô lễ vờ vĩnh của tôi. Thực ra, bà thích tôi chạm vào bà, cũng giống như tôi thích bà chạm vào tôi. Sau đó, tôi nhận ra rằng tôi có thể tạo ra một hõm nông trên nếp da mỏng ở cẳng chân bà chỉ bằng cách ấn thật mạnh vào làn da ẩn sau lớp tất bông của bà, tới tận xương. Mất một lúc cái hõm mới đầy lại được và

biến mất. Chúng tôi cùng nhau ngồi lặng lẽ nhìn nó diễn ra. Theo thời gian, cái hôm ngày một sâu hơn và mất nhiều thời gian hơn để đầy trở lại.

Bubbeh đi từ phòng này sang phòng khác bằng đôi dép lê cùng sự cẩn trọng vô biên. Năm tháng trôi qua, bước đã trở thành lê bước, và cuối cùng là đi mà như trượt chậm rãi, không bao giờ đôi chân rời khỏi sàn nữa. Nếu có bất cứ lý do nào khiến bà phải đi nhanh hơn một chút, hoặc nếu bà phiền lòng vì đứa cháu nào trong số chúng tôi, bà sẽ thở hỗn hển như thể thấy dễ thở hơn nếu há to miệng để hít không khí vào. Thỉnh thoảng, bà còn đưa lưỡi ra, ngay phía trên môi dưới như thể hy vọng hấp thu được nhiều oxy hơn qua bề mặt lưỡi vậy. Tôi thì không biết điều này, tất nhiên rồi, nhưng bà bắt đầu dần dần bị sa vào chứng suy tim sung huyết. Hầu như chắc chắn, suy tim trở nên trầm trọng hơn bởi sự suy giảm đáng kể lượng oxy mà dòng máu cao niên có thể hấp thụ được từ các mô đã lão hóa của lá phổi già nua.

Dần dần, thị lực của bà cũng bắt đầu kém đi. Đầu tiên, việc của tôi là giúp bà xỏ kim, nhưng khi thấy mình không thể điều khiển những ngón tay được nữa, bà dừng hẳn việc khâu vá, và những lỗ thủng trên tất và áo sơ mi của tôi phải đợi đến khi bác Rose mệt mỏi kinh niên của tôi có chút thời gian rảnh rỗi vào buổi tối mới được vá, bác luôn cười phá lên trước nỗ lực kém cỏi của tôi khi dạy tôi khâu vá. (Nhìn lại ngày xưa, dường như thật khó hình dung là có ngày tôi trở thành bác sĩ phẫu thuật; Bubbeh hẳn sẽ rất tự hào, và kinh ngạc). Sau vài năm, Bubbeh không còn nhìn được để rửa bát đĩa hay quét nhà nữa, bởi vì bà không thể biết chỗ nào bám bụi hay dính bẩn. Tuy nhiên, bà đã không ngừng cố gắng, trong một nỗ lực vô vọng hòng giữ lại được chút ít bằng chứng về sự hữu dụng của mình. Sự cố gắng bền bỉ của bà để quét tước trở thành lý do cho vài va chạm nho nhỏ hằng ngày hẳn đã khiến bà cảm thấy ngày càng bị cô lập hơn với những người còn lại.

Khi bước vào độ tuổi thiếu niên, tôi thấy dấu hiệu cuối cùng của tính hăng hái ngày xưa của bà đã biến mất và bà trở nên gần như nhu mì. Bà luôn luôn nhẹ nhàng với lũ trẻ chúng tôi, nhưng sự hiền lành nhu mì này là điều gì đó thật mới mẻ – có lẽ là một kiểu rút lui hơn là nhu mì, là sự khuất phục trước

thể chất ngày càng suy yếu đang âm thầm tăng thêm sự ngăn cách giữa bà với chúng tôi và cuộc sống.

Những hiện tượng khác cũng bắt đầu nảy sinh. Khi đó, việc đi lại chậm chạp và run rẩy khiến bà không thể vào nhà vệ sinh ban đêm, vì vậy bà ngủ với một hộp cà phê Maxwell House to tướng dưới gầm giường. Hầu như đêm nào tôi cũng bị đánh thức bởi cổ găng vụng về của bà khi tìm kiếm cái hộp trong bóng tối hoặc vì tiếng động của dòng nước yếu ớt chảy vào thành kim loại. Đã nhiều lần tôi nằm bất động trong bóng tối trước bình minh, nhìn qua phía bên kia phòng, quan sát Bubbeh cúi gập người đầy khó nhọc dọc theo giường, một tay run rẩy nâng cao chiếc hộp cà phê dưới lớp váy ngủ trong khi tay kia cố gắng giữ vững người trên tấm đệm.

Tôi không hiểu tại sao Bubbeh phải thức giấc thường xuyên để đi tiểu đêm như vậy với chiếc hộp cà phê, cho tới tận nhiều năm sau này khi tôi học về hiện tượng dung lượng bàng quang thu hẹp đáng kể theo tuổi tác. Không giống như nhiều người già, Bubbeh không bao giờ mất kiểm soát, mặc dù tôi chắc rằng bà có đái són nhưng tôi không bao giờ biết. Chẳng phải chờ đến tận những tháng cuối cùng, thỉnh thoảng bà vẫn bị phản bội bởi mùi khai thoang thoang mà chỉ khi đứng rất gần hoặc ôm siết lấy thân hình mảnh dẻ của bà tôi mới ngửi thấy.

Bubbeh rụng chiếc răng cuối cùng khi tôi vừa bước vào tuổi dậy thì. Bà giữ tất cả chúng lại trong một chiếc ví đựng tiền lẻ để ngay đằng sau ngăn kéo trên cùng của chiếc tủ gương mà bà và bác Rose dùng chung. Một trong những nghi lễ bí mật trong thời thơ ấu của tôi là lên vào chỗ ngăn kéo và nhìn chăm chăm đầy sợ hãi vào ba mươi chiếc răng trắng ngà đó, không chiếc nào giống chiếc nào. Đối với tôi, chúng chính là rất nhiều những dấu mốc nhỏ xíu trong quá trình lão hóa của bà và cũng là lịch sử của gia đình.

Thậm chí khi không còn răng, bằng cách nào đó Bubbeh vẫn ăn được hầu hết các loại thức ăn. Tới cuối đời, bà không còn đủ sức để làm điều đó nữa, và cơ thể bà bị thiếu dinh dưỡng. Lượng thức ăn đưa vào không đủ càng làm tăng sự suy giảm thường xuyên do tuổi tác gây ra cho các cơ bắp, và nó làm thay đổi hình dáng của cơ thể bà, khiến bà dường như quắt lại so với quý bà

hơi mập mạp, to khỏe mà tôi từng biết. Các nếp nhăn nhiều thêm, nước da chuyển dần sang tái nhợt, da mặt bà chảy xệ, và vẻ đẹp lão bà từng giữ được cho tới tận độ tuổi chín mươi cuối cùng cũng mất đi.

Có những lý giải đơn giản cho rất nhiều điều mà tôi thấy trong suốt những năm tháng già yếu của bà tôi, nhưng không hiểu sao, ngay cả bây giờ, chúng dường như vẫn chưa thỏa đáng. Tất cả đều ổn thỏa nếu coi các yếu tố nguyên nhân đó là hiện tượng suy giảm lưu thông máu tới não, hoặc sự suy thoái do lão hóa ở các tế bào não, tình vi đến độ phải viện đến kính hiển vi điện tử mới chứng tỏ được – có một tình trạng tách biệt về mặt trí tuệ nhất định được phát hiện trong bản mô tả thuần sinh học về cái chết của chính những mô đã từng cho phép những người thọ đến chín mươi tuổi suy nghĩ sáng suốt và thỉnh thoảng còn có những suy nghĩ táo bạo. Ở đây, có thể viện dẫn các nhà nghiên cứu về sinh lý học, cũng như công trình của các bác sĩ nội tiết, các nhà tâm thần kinh – miễn dịch học, và cộng đồng các nhà lão khoa hiện đại đang phát triển nhanh chóng, để giải thích cho mọi điều đang trải ra trước đôi mắt thuở niên thiếu của tôi. Nhưng cái nhìn thực tế đó là điều cần được chú ý, cái nhìn về một tiến trình mà tất cả chúng ta đều liên tục trải nghiệm. Mặc dù, có thể tiến trình ấy luôn ở xung quanh chúng ta, nhưng bên trong chúng ta vẫn còn có điều gì đó xoay chuyển nhận thức của chúng ta khỏi thực tại về quá trình già đi. Điều gì đó trong chúng ta không chịu chấp nhận tính tức thời của nhận thức, dù tận mắt chứng kiến điều đó ở những người già, rằng: cơ thể chúng ta cũng đang đồng thời và tinh tế trải qua một tiến trình không thể nào lay chuyển được mà điểm cuối chính là sự già nua và cái chết.

Và như thế, những tế bào não của bà tôi cũng đã bắt đầu chết đi từ rất lâu trước đó, ngay cả các tế bào của tôi và của các bạn cũng đang chết trong ngày hôm nay. Nhưng vì bà già hơn tôi bây giờ rất nhiều, và vì bà đang rút dần khỏi sự phấn khích của thế giới xung quanh, sự suy giảm số lượng các tế bào não và sự giảm sút trong phản ứng của chúng đã dẫn tới những thay đổi hiển nhiên trong hành vi của bà. Giống như tất cả những người già khác, bà ngày càng hay quên và thấy khó chịu khi bị nhắc nhở về điều đó. Nổi tiếng vì đối xử thẳng thắn với mọi người, bà trở nên cáu kỉnh công khai và

thiếu kiên nhẫn với vài người bạn mà bà vẫn còn giữ liên hệ, và dường như bà đang cố tỏ ra có ích bằng cách xúc phạm ngay cả những người trước kia vẫn trông cậy vào sự chỉ dẫn của bà. Rồi cũng đến lúc bà bắt đầu ngồi im lặng ngay cả khi có mặt người khác. Cuối cùng, bà chỉ nói khi buộc phải nói, một cách lạnh nhạt và chẳng có mấy cảm xúc.

Điều rõ rệt nhất, nhưng phải thừa nhận là chỉ trong hồi tưởng thôi, là sự rút bỏ dần dần khỏi cuộc sống. Khi tôi còn là một cậu bé con, thậm chí tới năm tôi lên mười, bà vẫn cầu nguyện trong giáo đường vào các ngày lễ trọng đại của đạo Do Thái. Đến khó khăn như một cuộc hành hương qua năm dãy nhà, không hiểu bằng cách nào, bà vẫn băng qua được các chỗ nứt vỡ trên vỉa hè của quận Bronx với quyển kinh cũ kẹp chặt dưới nách vì sợ sẽ mắc tội nếu để nó rơi xuống đất. Tôi đưa bà tới đó. Tôi tiếc từng tiếng phàn nàn lắm lắm, tôi ước mình không thỉnh thoảng – không, không phải thỉnh thoảng mà là thường xuyên – thấy hổ thẹn khi bị bắt gặp đi với một bà già đầu trọc chiếc khăn màu đen, chân lê từng bước – chiếc khăn là tất cả đối với văn hóa Shtetl^{*} nhưng đã biến mất ngay khi bà kiên quyết từ chối đem theo nó xuống mồ. Ông bà của những người khác có vẻ trẻ hơn nhiều, họ nói tiếng Anh, và không phụ thuộc – còn ông bà tôi là sự nhắc nhở không chỉ về thế giới Do Thái Đông Âu đã mất mà còn về cả sự mâu thuẫn đầy xáo trộn của riêng tôi về gánh nặng cảm xúc mà giờ tôi vẫn gọi một cách hoa mỹ là di sản của mình.

Với bàn tay không bận giữ sách, Bubbeh nắm chặt lấy cánh tay tôi, thỉnh thoảng còn nắm chặt lấy ống tay áo tôi khi tôi dẫn bà đi vô cùng chậm chạp xuyên qua các con phố, rồi xuống các bậc thang dẫn vào phòng thay áo lễ của nhà thờ, rồi dẫn bà tới ghế của bà giữa các bà khác mà chúng tôi gọi là bà lão, nhưng chỉ rất ít trong số họ có vẻ ngoại quốc hay tiêu tụy như bà tôi. Một lúc sau, tôi để bà lại đó, đầu bà gần như gục lên cuốn sách ố nhòe cũ kỹ mà bà đã cầu nguyện từ thời con gái. Nội dung được in bằng cả tiếng Hebrew lẫn tiếng Yiddish, nhưng bà chỉ cầu nguyện ở phía bên tiếng Yiddish bởi vì đó là thứ ngôn ngữ duy nhất bà biết. Suốt cả nghi lễ dài của những buổi lễ này, bà khế lắm lắm lời kinh mà mỗi năm lại càng thêm khó đọc và cuối cùng trở thành không thể. Khoảng 5 năm trước khi bà qua đời,

Bubbeh không còn đi được quãng đường dài tới nhà thờ được nữa, thậm chí với sự giúp đỡ của cả hai cậu cháu trai. Phụ thuộc chủ yếu vào trí nhớ dài hạn vẫn còn nguyên vẹn của mình, bà tụng đọc những nghi lễ ở nhà, ngồi bên cửa sổ mở như bà vẫn thường làm vào các sáng thứ Bảy trong suốt những năm tháng tôi biết bà. Sau một vài năm, ngay cả việc đó cũng trở nên quá sức. Bà chỉ có thể đọc được vài câu và ký ức của bà về những lời kinh bà học khi còn trẻ đã mất sạch. Cuối cùng, bà không còn cầu kinh nữa.

Đến lúc Bubbeh ngừng cầu kinh, bà gần như ngừng tất cả những việc khác. Bà ăn rất ít – bà dành hầu hết mỗi ngày ngồi lặng lẽ bên cửa sổ, và thi thoảng bà nói về cái chết. Nhưng bà chẳng có bệnh tật gì. Tôi chắc rằng vài bác sĩ nhiệt tình có thể chỉ ra bệnh suy tim mạn tính của bà và thêm vào đó là khả năng có yếu tố xơ vữa động mạch, có lẽ vị bác sĩ đó sẽ kê đơn thuốc với lá mao địa hoàng. Đối với tôi, điều đó giống như việc đề cao hiện tượng thoái hóa các khớp xương của bà bằng cách gọi nó là viêm khớp mạn tính. Tất nhiên, nó là chứng viêm khớp, và tất nhiên bà bị suy tim mạn tính, nhưng chỉ vì sự linh hoạt và dẻo dai của bà đang lụi dần dưới sức nặng của thời gian. Trong đời mình, bà chưa từng ốm một ngày nào.

Các chuyên viên thống kê của chính phủ và các nhà khoa học y tế lâm sàng khẳng định rằng quá trình tuần hoàn chậm chạp và một trái tim già nua phải được gán cho những tên gọi thích đáng. Tôi không tranh cãi về điều này, miễn là họ đừng đồng thời khẳng định rằng khi gán một cái tên cho tình trạng sinh học tự nhiên thì *suy ra* nó là một căn bệnh. Giống như tế bào thần kinh, tế bào cơ của trái tim là một trong những tế bào không thể tái tạo được – khi già đi, nó sẽ kiệt sức và chết. Các tiến trình sinh học trong suốt cuộc đời đã và đang thay thế các bộ phận của các cấu trúc đang chết đi bên trong từng tế bào không còn thực hiện được chức năng của mình nữa. Cơ chế mà theo đó phần màng tế bào hay cấu trúc nội bào mới được tạo ra có thể thay thế cho những phần vừa chết do sử dụng quá nhiều cuối cùng sẽ không thể hoạt động nữa. Sau cả một đời tái tạo các bộ phận, khả năng trẻ hóa của các tế bào thần kinh và tế bào cơ dần dần mất đi. Chiến thuật tái tạo liên tục bên trong từng tế bào cơ tim lúc này bị đánh bại bởi một chiến lược lẩn át ồ ạt mà qua đó, quá trình lão hóa đạt được mục tiêu cuối cùng của

mình là hủy diệt. Giống như răng của bà tôi, lần lượt các tế bào cơ tim ngừng sống – trái tim đánh mất đi sức mạnh của nó. Tiến trình tương tự diễn ra trong não và phần còn lại của hệ thần kinh trung ương. Thậm chí hệ miễn dịch cũng không miễn nhiễm được tuổi già.

Những thay đổi mà ban đầu chỉ ở khía cạnh sinh hóa và bên trong tế bào đã trở nên rõ rệt ở chức năng của tất cả các cơ quan. Có sự giảm dần lượng máu tim bơm ra khi nghỉ ngơi, và khi trái tim bị căng thẳng do tập thể thao hoặc do cảm xúc, khả năng tăng cường của nó thấp hơn so với đòi hỏi của cánh tay, phổi, và tất cả các cấu phần khác của cơ thể. Nhịp tim tối đa có thể đạt được từ một trái tim hoàn toàn khỏe mạnh rớt xuống một nhịp mỗi năm, con số này rất đáng tin cậy, bạn có thể xác định nhịp đập tối đa bằng cách lấy 220 trừ đi số tuổi. Nếu bạn 50 tuổi, trái tim bạn có thể đạt khoảng 170 nhịp một phút, thậm chí dưới những điều kiện khủng khiếp nhất của cảm xúc hay tập luyện thể thao. Đây chỉ là một vài trong số những cách thức mà cơ tim đang lão hóa và xơ cứng đánh mất đi khả năng thích ứng với những thử thách hiện diện trong cuộc sống hằng ngày.

Tốc độ tuần hoàn máu giảm xuống. Tâm thất trái mất nhiều thời gian hơn để đầy và nhiều thời gian nghỉ ngơi hơn sau mỗi lần co bóp; mỗi nhịp đập đẩy một lượng máu ít hơn so với năm trước đó, và thậm chí là một phần nhỏ hơn lượng nó chứa được. Có lẽ trong một nỗ lực bù đắp, huyết áp có xu hướng tăng lên phần nào. Trong độ tuổi từ 60 tới 80, huyết áp tăng thêm tới 20 mm Hg. Một phần ba số người trên 65 tuổi bị tăng huyết áp.

Không chỉ có cơ tim mà cả hệ thống dẫn truyền trong tim cũng chết dần chết mòn qua mỗi thập kỉ. Đến trước tuổi 75, nút xoang nhĩ có thể mất khoảng 90% tế bào, bó His chỉ còn chứa chưa đến một nửa số sợi ban đầu của mình. Có những thay đổi về điện tâm đồ đi kèm với tất cả những suy giảm của mô cơ và mô thần kinh, và có thể dễ dàng nhận ra chúng trên dấu mực in của điện tâm đồ.

Khi chiếc bơm già đi, lớp màng bên trong và các van dày thêm. Hiện tượng vôi hóa xuất hiện trong các van và cơ; màu sắc của cơ tim thay đổi phần nào khi chất màu vàng nâu còn được gọi là mỡ nâu (lipofuscin^{*}) tích

lại trong các mô của nó. Giống như gương mặt của một người cao tuổi dạn dày sương gió, trái tim trông cũng tương ứng với tuổi tác của nó. Nó cũng hoạt động đúng với tuổi tác của mình. Không cần phải viện ra một căn bệnh để giải thích cho sự suy yếu của nó. Sự suy yếu của tim ở những người lớn hơn 75 tuổi phổ biến gấp mười lần so với những người ở độ tuổi từ 45 tới 65. Đây chính xác là lý do tôi có thể dễ dàng làm lõm các mô trên da của bà tôi, và nó cũng chính là nguồn gốc không thể chối bỏ được về hơi thở ngắn nhẹ của bà. Nó cũng có thể là lý do cho việc các triệu chứng phổ biến nhất của một cơn đau tim ở những bệnh nhân cao tuổi là suy tim nặng, chứ không phải hình ảnh kinh điển về cơn đau ngực không ngừng.

Không chỉ trái tim mà cả các mạch máu cũng chịu ảnh hưởng của thời gian. Các thành động mạch dày lên. Giống như chủ nhân của mình, chúng đánh mất đi độ dẻo dai; chúng không còn khả năng co bóp và giãn nở với sự nhiệt tình của tuổi trẻ nữa, và vì vậy mà cơ chế điều tiết của cơ thể thật khó khăn để kiểm soát được lượng máu đi vào các cơ và các cơ quan để thỏa mãn nhu cầu thay đổi không ngừng của chúng. Hơn nữa, chứng xơ vữa động mạch tiếp tục con đường kiên định của mình theo mỗi năm trôi qua. Thậm chí khi không phải do chứng béo phì vì thừa cholesterol hay thuốc lá hoặc bệnh đái tháo đường làm cho nó xuất hiện ở giai đoạn trẻ hơn, các thành động mạch vẫn dần thu hẹp lại vì chứng xơ vữa động mạch càng ngày càng tích lũy do sự tiếp xúc kéo dài từ thập kỉ này sang thập kỉ khác của dòng máu chảy.

Chẳng bao lâu, từng cơ quan bắt đầu nhận được ít dinh dưỡng hơn so với nhu cầu của chúng để thực hiện nhiệm vụ được tự nhiên giao phó. Ví dụ, tổng lượng máu chảy tới thận giảm 10% qua mỗi thập kỉ sau tuổi bốn mươi. Thực tế, chỉ có một vài sự suy giảm của các cơ quan là do sự sụt giảm lượng máu đầu ra từ tim và các mạch bị hẹp lại gây ra, nhưng những nhân tố này làm trầm trọng thêm tác động của những thay đổi nhất định do tuổi tác trong thận. Ví dụ, giữa độ tuổi từ 40 tới 80, một quả thận bình thường sẽ mất khoảng 20% khối lượng của mình và phát triển các khu vực tạo sẹo bên trong lõi của nó. Sự dày lên của các mạch máu nhỏ li ti trong thận tiếp tục làm giảm lưu lượng máu và dẫn đến việc hủy hoại các đơn vị lọc máu của cơ

quan này, tất nhiên, các đơn vị này đóng vai trò cốt lõi trong khả năng lọc sạch nước tiểu khỏi các tạp chất của thận. Theo thời gian, khoảng 50% các đơn vị lọc sẽ chết.

Những thay đổi trong cấu trúc của nó làm giảm đi tính hiệu quả của thận. Với tuổi tác tăng lên, nó đánh mất đi không chỉ khả năng thải ra lượng Natri dư thừa mà còn cả khả năng giữ lại nó trong cơ thể phòng khi cần thiết. Kết quả là sự bất ổn trong lượng muối và nước ở người cao tuổi có xu hướng làm tăng khả năng hoặc suy tim hoặc mất nước. Đây là một trong những lý do chính khiến cho các bác sĩ chuyên khoa tim vô cùng khó khăn trong việc điều trị cho người cao tuổi khi phải bước đi trên ranh giới nhỏ hẹp giữa tránh “vỏ dừa” của quá thừa Natri và suy tim với “vỏ dừa” của các mô già yếu khô héo.

Kết quả của tất cả những thiếu hụt này là thận càng ngày càng có xu hướng không hoàn thành được trách nhiệm của nó. Thậm chí nếu không suy sụp hoàn toàn mà chỉ hoạt động chuệch choạc, nó cũng phục hồi chậm chạp hơn so với cơ quan trẻ tuổi hơn, và dễ để cho chủ nhân của nó suy sụp hoàn toàn dưới áp lực của căng thẳng cao độ – cái chết do suy thận là lỗi ra đi phổ biến khi một người cao tuổi yếu đi bởi một căn bệnh nào đó khác, như ung thư giai đoạn cuối hoặc rối loạn chức năng gan. Tạp chất của máu tích nhiều thêm; những cơ quan khác, đặc biệt là não, bị đầu độc; và cái chết vì hội chứng có tên gọi tăng u-rê máu là không tránh khỏi, thường theo sau một thời kỳ hôn mê. Sự kiện cuối cùng phổ biến nhất trong các bệnh nhân bị hội chứng tăng u-rê máu là nhịp tim không ổn định (chứng loạn nhịp tim) gây ra do thận không loại bỏ được lượng máu thừa kali. Nạn nhân của chứng suy thận thường nhiễm bệnh mà hoàn toàn không hay biết, rồi đột nhiên chết trong một khoảnh khắc khi nhịp tim không ổn định. Rất hiếm khi những người trong số đó kịp nói lời cuối cùng.

Cho dù thận là phần quan trọng nhất của đường tiết niệu trong việc phát triển những đổi thay theo tuổi tác, thì bàng quang cũng vẫn bị ảnh hưởng. Về cơ bản, bàng quang là một quả bóng dày có vách ngăn được hình thành từ cơ mềm dẻo. Khi tuổi tăng thêm, quả bóng mất đi độ căng của nó và

không thể giữ được lượng nước tiểu nhiều như trước đây được nữa. Những người già cần đi tiểu thường xuyên hơn, và đây chính là lý do bà tôi tỉnh giấc một tới hai lần mỗi đêm để vật lộn trong bóng tối với cái hộp cà phê của mình.

Quá trình lão hóa cũng ảnh hưởng tới sự phối hợp ăn khớp tinh tế giữa cơ bàng quang và cơ chế đóng mở mang chức năng giữ không cho nước tiểu lọt qua. Kết quả là hiện tượng mất kiểm soát tiểu tiện của tuổi già, điều mà ở một vài người trở thành một vấn đề lớn, đặc biệt nếu nó bị các vấn đề nhiễm trùng, rối loạn tiền liệt tuyến, rối loạn thần kinh, hoặc thuốc men làm cho phức tạp thêm. Những rối loạn của công suất làm rỗng bàng quang thường là nhân tố chính trong việc làm phát sinh nhiễm trùng đường tiết niệu, một kẻ thù nguy hiểm của người cao tuổi suy nhược.

Giống như cơ tim, các tế bào não cũng không có khả năng tái tạo. Chúng tồn tại từ thập kỉ này qua thập kỉ khác bởi vì các thành phần cấu trúc khác nhau của chúng luôn được thay thế khi chúng kiệt sức, giống như các chi tiết trong một thiết bị vậy. Mặc dù các nhà nghiên cứu sinh vật học về tế bào sử dụng các thuật ngữ khó hiểu hơn so với các thợ máy (những thuật ngữ như *organelle* – cơ quan tế bào, *enzyme*, và *mitochondrium* – ty thể), những thực thể này cũng đòi hỏi một cơ chế thay thế hiệu quả đúng như với máy móc. Giống như cơ thể và từng cơ quan của nó, mọi tế bào đều có các bộ phận tương ứng với những bánh răng chuyên, bánh xe và lò xo. Khi cái cơ chế thay thế các bộ phận già nua bằng những bộ phận mới kiệt sức, các dây thần kinh hay tế bào cơ không còn có thể sống sót qua được quá trình phá hủy không ngừng diễn ra bên trong nó.

Cơ chế thay thế bộ phận này đòi hỏi sự tham gia của một số cấu trúc phân tử nhất định bên trong tế bào. Nhưng thời gian sống của các phân tử trong các hệ thống sinh học là có hạn. Vượt ra khỏi quãng thời gian đã quy định đó, những va chạm chống lại lẫn nhau không ngừng giữa chúng làm tính chất của chúng thay đổi đủ để chúng không thể sinh ra được bộ phận thay thế mới nữa. Qua quá trình hao mòn và phá hủy, chúng đạt tới giới hạn về tuổi thọ của mình, theo đó làm giới hạn tuổi thọ của tế bào não mà chúng

phụng sự. Đây là tiến trình sinh học được các nhà khoa học gọi là sự lão hóa tế bào. Các tế bào chết dần và những đồng chí của nó cũng vậy. Khi đã đủ các tế bào chết đi, não bắt đầu thể hiện tuổi già của mình.

Cứ mỗi thập kỉ qua đi sau tuổi năm mươi, não mất đi 2% trọng lượng. Khi bà tôi mất ở tuổi 97, não bà nhẹ hơn khoảng 10% so với khi bà tới đất nước này. Các nếp cuộn não – những nếp cuộn xoắn, nổi ở vỏ não, nơi chúng ta thực hiện rất nhiều việc tiếp thu và tư duy khiến chúng ta khác biệt với những sinh vật khác của Chúa – chịu đựng mức teo đi lớn nhất và mất đi các nếp nhăn. Đồng thời, các rãnh giữa chúng (các khe) trở nên rộng hơn. Hiện tượng tương tự cũng xảy ra với các buồng chứa chất lỏng sâu trong lòng não, được gọi là các não thất, giống như ở trong tim. Như thể một dấu ấn sinh học của tiến trình lão hóa, mỡ nâu làm biến màu các tế bào màu trắng và xám, truyền cho bộ não đang co lại một thoáng màu vàng kem sẫm đậm màu hơn cùng với quá trình lão hóa. Thậm chí lão hóa cũng được mã hóa theo màu sắc.

Cũng hiển nhiên như những thay đổi vô cùng dễ nhận thấy trong bộ não đang khô héo, sự lão hóa thể hiện rõ nhất ở những đặc điểm bề ngoài cực nhỏ. Đặc biệt đáng chú ý là sự suy giảm số lượng các tế bào thần kinh, hay các nơ ron, đây là kết quả của sự suy yếu chết người của các bộ phận thay thế vừa được miêu tả. Các sự kiện xảy ra trong vỏ não tiêu biểu cho toàn bộ. Vùng vận động ở vỏ não trước mất đi khoảng từ 20 tới 50% lượng nơ ron; vùng thị giác ở phía sau mất đi khoảng 50%; vùng cảm giác nằm ở hai cạnh cũng mất đi khoảng 50%. May mắn thay, các vùng tư duy cao hơn của vỏ não lại mất tế bào ở mức thấp hơn đáng kể, phần nhiều có vẻ được bù đắp do sự chùng chéo và dư thừa chức năng. Thậm chí có thể là lượng nơ ron thần kinh ít hơn gia tăng hoạt động của mình, nhưng dù với lý do nào đi nữa, những khả năng vận dụng trí tuệ như lập luận và phán đoán thường ít bị suy yếu cho tới tận giai đoạn lão hóa cuối cùng.

Thú vị thay, nghiên cứu mới nhất gợi ra rằng một số tế bào thần kinh vỏ não nhất định có vẻ như thực ra lại dồi dào hơn sau khi đã trưởng thành, và những tế bào này tập trung ở chính những khu vực mà các tiến trình tư duy

cao cấp hơn xảy ra. Khi những khám phá này được bổ sung vào những quan sát đã được xác nhận rằng các nhánh chằng chịt (được gọi là nhánh tế bào thần kinh) của nhiều tế bào thần kinh tiếp tục phát triển ở những người già khỏe mạnh không mắc chứng Alzheimer, các khả năng trở nên khá hấp dẫn: Các nhà thần kinh học có thể đã thực sự khám phá ra nguồn gốc của sự thông thái mà chúng ta vẫn hay nghĩ rằng mình có thể tích lũy được theo tuổi tác.

Do vậy, ngoại trừ các vùng có vị trí đặc biệt, vỏ não không chỉ mất dần các tế bào thần kinh mà hầu như tất cả các tế bào chúng còn giữ lại được còn thể hiện những dấu hiệu tuổi tác, như việc quá trình thay thế nội bào dần giảm bớt hiệu quả. Kết quả cuối cùng là não nhỏ hơn so với khi chúng ta còn trẻ, và hoạt động cũng không tốt như trước nữa. Trong cuộc sống thường nhật, điều này thể hiện qua vô số những cử chỉ chậm chạp mà chúng ta thấy hằng ngày ở những người cao tuổi, và chẳng chóng thì chầy sẽ ở chính chúng ta. Như vậy, não trở nên chậm chạp trong khi thực hiện các chức năng của mình và chậm chạp cả trong khả năng hồi lại sau chấn thương về mặt sinh học – nó phục hồi kém hơn sau các sự kiện đe dọa đến sự sống còn của nó.

Một trong những sự kiện nguy hiểm nhất trong số đó là một sự can thiệp vào nguồn cung máu. Khi dòng máu tới một số khu vực nhất định của não bị cắt đứt (một thảm họa thường xảy ra đột ngột), sẽ xuất hiện một hoạt động bất thường hoặc cái chết tức thì của mô thần kinh được nuôi dưỡng bởi động mạch bị nghẽn. Đây chính xác là ý nghĩa của thuật ngữ *đột quy*. Những cơn đột quy có thể xảy ra cho bất cứ ai vì nhiều lý do, nhưng lý do phổ biến nhất đối với người cao tuổi là chứng xơ vữa động mạch làm nghẽn các nhánh của hai mạch máu lớn nhất nuôi dưỡng não, động mạch cảnh trong trái và phải. Khoảng 20% bệnh nhân đột quy được nhập viện mau chóng qua đời sau khi lên cơn và 30% đòi hỏi thời gian chăm sóc dài hơi cho tới lúc chết.

Mặc dù giấy chứng tử của các bệnh nhân đột quy vẫn thường được ghi bằng các thuật ngữ văn hoa như *tai biến mạch máu não* (CVA) hay *huyết khối tĩnh mạch não* (ngày nay thuật ngữ chính xác chỉ đơn giản và ngắn gọn

là *đột quy*), có ý nghĩa hơn cả thuật ngữ trên giấy tờ pháp lý là con số được viết vào khoảng trống sau mục *Tuổi*: Đa phần thường là một con số lớn. Đàn ông và phụ nữ qua ngưỡng tuổi 73 có tỉ lệ bị đột quy cao gấp mười lần so với những người ở độ tuổi từ 55 tới 59.

Thực ra, “Tai biến mạch máu não” (CVA) chính là điều được ghi trong giấy chứng tử của bà tôi. Nhưng giờ tôi biết rõ hơn, và kể cả hồi đó tôi cũng đã biết. Mặc dù bác sĩ đã giải thích cái từ loằng ngoằng ông viết là gì, chẩn đoán của ông chẳng có mấy ý nghĩa đối với tôi, và ngày nay thì nó còn ít ý nghĩa hơn nữa. Giả sử ông ấy đã muốn gọi chứng CVA của bà tôi là “sự kiện cuối cùng” hay một khái niệm nào đó tương tự như vậy, thì hẳn tôi đã hiểu điều đó có nghĩa gì, nhưng nói với tôi rằng cái tiến trình tôi đã chứng kiến trong mười tám năm vừa kết thúc bằng một căn bệnh cấp tính thì thật là phi lý.

Đây không chỉ đơn thuần là vấn đề về ngữ nghĩa. Sự khác biệt giữa CVA với tư cách là sự kiện cuối cùng với CVA là nguyên nhân dẫn đến cái chết là sự khác biệt giữa thế giới quan thừa nhận xu thế không gì lay chuyển nổi của lịch sử tự nhiên, với thế giới quan tin rằng, việc chống lại những lực lượng bình ổn môi trường và nền văn minh của chúng ta nằm trọn trong phạm vi ảnh hưởng của khoa học. Tôi không phải là người theo trường phái Bảo thủ – tôi tự hào về những ân sủng diệu kỳ của thành tựu khoa học hiện đại. Tôi chỉ đề nghị là chúng ta hãy sử dụng kiến thức ngày một phát triển của mình với sự khôn ngoan cũng ngày một gia tăng. Trong thế kỉ XVII và XVIII, thời kì đầu của những người đầu tiên bênh vực cho các phương pháp thực nghiệm, tức là cho khoa học, thường nói về thứ mà họ gọi là sự hài hòa trong giới sinh vật, và về sự hài hòa tự nhiên nói chung. Nếu tôi hiểu các từ này một cách chính xác, thì chúng đề cập tới kiểu quy luật tự nhiên tồn tại để bảo vệ môi trường cho trái đất và các dạng sống của nó. Với tôi, quy luật tự nhiên này tiến hóa theo các nguyên lý của Darwin về sự sinh tồn trên trái đất, giống như tất cả các loài cây cối hay thú vật khác. Để điều này được duy trì, loài người không thể đủ sức phá hủy sự cân bằng – hay sự hài hòa, nếu bạn đồng ý với từ này – bằng cách vá vúi qua loa một trong những yếu tố thiết yếu nhất của nó, đó chính là sự đổi mới không ngừng trong các loài

riêng biệt và sự tăng cường sinh lực đi kèm với nó. Đối với thực vật và động vật, sự làm mới đòi hỏi cái chết đi trước để sự khỏe khoắn mạnh mẽ có thể thay thế cho cái yếu ớt mệt mỏi. Đây chính là ý nghĩa của chu trình tự nhiên. Chuỗi diễn biến này không có gì là bệnh hoạn hay ốm yếu – trên thực tế, nó là sự đối chọi với ốm đau. Gọi một tiến trình tự nhiên bằng tên của một chứng bệnh là bước đầu tiên trong nỗ lực chữa chạy nó và do đó, thành ra cản trở nó. Cản trở nó là bước đầu tiên dẫn tới việc cản trở sự tiếp diễn của chính điều mà chúng ta đang cố gắng bảo tồn, sau cùng, đó chính là trật tự và chế độ vận hành của vũ trụ chúng ta.

Và như vậy, Bubbeh phải chết đi, như bạn và tôi một ngày nào đó cũng sẽ phải chết vậy. Tôi chỉ là nhân chứng cho quá trình suy giảm sức sống của bà mà thôi, tôi đã có mặt khi nó đưa ra dấu hiệu đầu tiên cho cái kết của mình. Đó là một buổi sáng sớm bình thường; Bubbeh và tôi đang làm những việc bình thường. Vừa kết thúc bữa sáng vài phút trước, tôi vẫn đang gập người trên mục thể thao của tờ *Daily News* khi cảm thấy có điều gì đó thật lạ trong cách Bubbeh cố gắng lau sạch mặt bàn ăn. Cho dù chúng tôi đã nhận ra từ lâu rằng nhiệm vụ của người nội trợ là quá sức với bà, bà đã không bao giờ ngừng cố gắng, và dường như không hề biết đến cái thực tế là ai đó trong chúng tôi luôn phải làm lại công việc sau khi bà chậm rãi lê bước ra khỏi phòng. Nhưng khi rời mắt khỏi tờ báo và ngược lên, tôi thấy những vệt lau xoay tròn của bà thậm chí còn kém hiệu quả hơn cả bình thường. Bàn tay đang lau của bà trở nên vô định, như thể cứ tự cử động mà không có mục tiêu hay định hướng nào cả. Vòng tròn không còn là vòng tròn nữa và mau chóng trở thành những nhát kéo lê chậm chạp, vô ích của chiếc giẻ ướt mà bàn tay yếu ớt của bà chỉ đủ sức giữ và lướt trên mặt bàn, không có mục đích hay trọng lượng gì hết. Gương mặt bà hướng thẳng về phía trước. Dường như bà đang nhìn vào thứ gì đó bên ngoài cửa sổ đằng sau chiếc ghế tôi ngồi thay vì nhìn vào mặt bàn trước mặt bà. Đôi mắt vô hồn của bà mờ đục; gương mặt bà không chút thần sắc nào. Thậm chí những gương mặt vô cảm nhất cũng thể hiện điều gì đó, nhưng ngay khoảnh khắc trống rỗng hoàn toàn đó, tôi biết tôi đã mất bà rồi. Tôi kêu lên, “Bubbeh, Bubbeh!” nhưng

cũng chẳng có gì khác cả. Bà đã ở ngoài tầm tiếng gọi của tôi. Chiếc khăn lau trượt khỏi tay bà và bà lặng lẽ đổ sụp xuống sàn.

Tôi nhảy đến bên cạnh bà và gọi tên bà lần nữa, nhưng tiếng kêu ấy cũng bất lực như nỗ lực của tôi để hiểu được điều gì đang xảy ra. Bằng cách nào đó, tôi không hề nhớ bằng cách nào, tôi đỡ bà lên và loạng choạng đi về căn phòng của hai bà cháu. Tôi đặt bà nằm lên giường của tôi. Bà thở to và nặng nhọc. Bà thở dốc với những luồng hơi dài và mạnh chỉ thoát ra được từ một bên khóe miệng, và má bà phập phồng như thể cánh bướm ướt nhoẹt càn phồng lên mỗi khi bà hít thở những hơi dài ồn ã vọng lên từ nơi nào đó sâu thẳm trong họng. Tôi không thể nhớ rõ là bên nào nữa, nhưng toàn bộ một nửa mặt của bà dường như nhợt nhạt và mềm nhũn ra. Tôi lao bổ đến điện thoại và gọi cho một bác sĩ có phòng khám gần nhà. Rồi tôi gọi cho bác Rose ở xưởng may quần áo tại Đại lộ 17, nơi bác đang làm việc. Bác Rose về tới nhà trước khi vị bác sĩ có thể thoát ra khỏi phòng đợi đầy ắp những bệnh nhân của buổi sáng sớm, nhưng chúng tôi biết rằng dù thế nào ông cũng chẳng làm được gì nữa. Khi bác sĩ đến, ông ta nói với chúng tôi là Bubbeh vừa bị một cơn đột quỵ, và không thể sống quá được vài ngày.

Bà trụ lại kiên cường hơn dự đoán của vị bác sĩ. Chúng tôi bám trụ cùng bà, không chịu buông tay – sẽ chẳng bao giờ có bất cứ ai làm khác cả. Bubbeh vẫn ở trên giường tôi, bác Rose chiếm cứ chiếc giường đôi mà bà với bác vẫn cùng nằm, còn Harvey thì mang cho tôi chiếc giường gấp từ căn phòng mà anh và bố tôi vẫn ngủ. Việc này khiến anh phải ngủ trên sofa ngoài phòng khách trong 14 đêm tiếp theo.

Trong vòng 48 tiếng đồng hồ, chúng tôi bắt đầu chứng kiến hành động ác nghiệt nhất trong số rất nhiều những hành động tàn ác mà qua đó, sự sống bắt đầu rời bỏ người bạn thân niên nhất của nó – hệ miễn dịch đã kiệt sức của Bubbeh cùng lá phổi già nua yếu mòn không thể chống chọi lại được cuộc tấn công ồ ạt của lũ vi khuẩn giờ đây đang lao tới chống lại bà. Hệ miễn dịch là sức mạnh vô hình cho phép chúng ta phản ứng lại với những cuộc tấn công của những kẻ thù có khả năng gây chết người mà hoàn toàn vô hình trong mắt người thường. Không cần kiến thức hay sự can dự có ý

thức của chúng ta, những tế bào và phân tử cam lạng của hệ miễn dịch vẫn luôn luôn thích ứng với những hoàn cảnh thay đổi của cuộc sống hằng ngày cùng những nỗi đe dọa vô hình của nó. Mẹ Thiên nhiên – tấm khiên mạnh mẽ nhất của chúng ta và, tất yếu, cũng là kẻ thù mạnh nhất của chúng ta – đã khoác lên ta tấm áo choàng, thấm đẫm chúng ta trong những tế bào và phân tử ấy, để chúng ta có thể sống sót được qua những cuộc chạm trán không ngừng với môi trường mà Người đã tạo ra (và đang nỗ lực bảo tồn), đồng thời thách thức từng sinh vật sống vượt qua những hiểm họa giấu mặt trong những thử thách liên miên của Người. Khi chúng ta già đi, tấm áo choàng bảo vệ đã xơ xác và thứ thấm đẫm chúng ta khô cạn đi – hệ miễn dịch của chúng ta, giống như mọi thứ khác, dần dần suy yếu.

Sự suy giảm của hệ miễn dịch là trọng tâm chính trong nghiên cứu của các nhà lão khoa. Họ đã chứng tỏ được những khiếm khuyết không chỉ trong phản ứng của cơ thể người cao tuổi với sự tấn công mà cả trong cơ chế giám sát mà qua đó nó nhận ra được kẻ tấn công mình. Kẻ thù thấy dễ dàng xâm nhập vào thành lũy hơn bằng cách qua mặt người bảo vệ già lão của hệ miễn dịch; khi đã lọt vào trong, chúng lấn át những người bảo vệ yếu ớt hơn. Ở trường hợp của bà tôi, kết quả là chứng viêm phổi.

William Osler là một trong hai người rất băn khoăn về chứng viêm phổi ở người cao tuổi. Trong phiên bản đầu tiên của ấn phẩm đã được tái bản 14 lần của ông – *Những nguyên tắc và Thực tiễn Y dược* (The Principles and Practice of Medicine), ông đã gọi nó là “kẻ thù đặc biệt của tuổi già,” nhưng ở chỗ khác, ông lại khẳng định một điều tương đối khác: “Chứng viêm phổi có thể được gọi một cách hữu hảo là người bạn của tuổi già. Ra đi vì bệnh này trong một trận ốm cấp tính, ngắn ngủi và thường là không đau đớn, người cao tuổi thoát khỏi ‘sự tàn nhẫn của quá trình phân hủy từ từ’ thường khiến cho giai đoạn cuối cùng quá mức đau khổ.”

Tôi không còn nhớ là liệu bác sĩ có kê đơn penicillin để chống lại “người bạn của tuổi già” không nhưng tôi hoài nghi điều đó. Có lẽ một cách ích kỉ, tôi không muốn bà mất, và không ai khác trong gia đình tôi muốn điều đó

cả. Bác sĩ hẳn thực tế và cư xử sáng suốt hơn rất nhiều so với chúng tôi, những người từ chối buông xuôi.

Tình trạng hôn mê bất động và hiện tượng mất phản xạ ho của bà đã ngăn không cho bà làm sạch chất nhầy đặc sệt trữ trong khí quản gây ra tiếng khò khè trong từng hơi thở. Harvey ra hiệu thuốc ở góc phố và phát hiện ra có một thiết bị có thể dùng để hút chất nhầy ngay một nhiều đang dâng lên từ phổi của bà, báo hiệu cái chết lơ lửng trên đầu. Dụng cụ này được làm từ hai ống cao su dài, phân cách nhau bởi một hộp thủy tinh, giúp anh hút ra chỗ đờm dãi khi nó tích tụ lại. Nó đòi hỏi anh phải cho đầu của một ống cao su trong thiết bị vào khí quản của bà và đầu của ống còn lại vào miệng anh. Thậm chí bác Rose cũng không thể làm việc đó, và tôi chỉ thỉnh thoảng mới cáng đáng được, vì vậy nó trở thành món quà của Harvey tặng cho Bubbeh, hoặc chí ít thì chúng tôi cũng nghĩ về nó như một món quà.

Bằng cách đó, và chắc chắn là nhờ sự đổi ý của Thần Chết (đối với tôi là một nhân vật của trí tưởng tượng, nhưng lại là một thực thể nghiêm túc với những tín đồ của Cựu Thế giới), Bubbeh qua khỏi được chứng viêm phổi, và thậm chí bà còn thoát được cả cơn đột quỵ nữa. Có lẽ nước mắt và những lời cầu nguyện của chúng tôi quan trọng hơn cả thiết bị hút-bằng-miệng của Harvey và những mảnh vụn còn lại của sức mạnh trong hệ miễn dịch khò khè của bà. Bất kể là gì đi nữa, bà dần dần thoát khỏi hôn mê, khôi phục lại phần lớn khả năng nói cùng chút ít khả năng vận động, và sống như trước đây thêm vài tháng, vì chúng tôi nhiều hơn là cho chính bà. Cuối cùng, những ngày tại thế của bà cũng cạn, bà không qua nổi cơn đột quỵ thứ hai trong buổi sáng sớm một ngày thứ Sáu của tháng Hai giá lạnh. Theo luật Do Thái, thân thể bà được an táng vào chiều muộn ngày hôm đó.

Tôi có được điều mà một số người gọi là ký ức lưu ảnh. Mặc dù thỉnh thoảng nó lại bỏ rơi tôi khi tôi cần đến những bản ghi tổng hợp của nó nhất, nó hầu như vẫn là một đồng minh đáng tin cậy trong việc lưu trữ hồ sơ cuộc đời tôi. Nhưng có một vài hình ảnh trong cái kho lưu giữ khổng lồ ấy tôi thà mất đi còn hơn. Một trong số chúng là hình ảnh cậu bé lên tám tuổi đứng một mình trước cỗ quan tài gỗ thông đơn sơ của một phụ nữ già nua mà nó

gần như không còn nhận ra được, cho dù mới 12 tiếng trước, nó vừa đầm đìa nước mắt hôn lên đôi má không còn phản ứng của bà. Người nằm trong cỗ quan tài khác xa so với người vẫn được gọi là bà tôi. Bà teo quắt lại và trắng bệnh như bằng sáp. Thi hài đó bị co lại khỏi sự sống.

Ngày nay, các bác sĩ được đào tạo để chỉ tư duy về sự sống và các chứng bệnh đe dọa đến nó. Thậm chí cả các nhà bệnh học giải phẫu mổ xẻ tử thi cũng tìm kiếm các manh mối để chữa trị, rốt cuộc cũng chỉ vì lợi ích của sự sống; về thực chất, điều họ làm là vận ngược chiếc đồng hồ vài giờ hoặc vài ngày về lúc trái tim còn đập, để tái lập lại tội ác đã cướp đi sự sống của bệnh nhân. Những người suy nghĩ tường tận nhất về cái chết thường là những triết gia hay nhà thơ chứ không phải là các bác sĩ. Tuy nhiên, cũng có một vài bác sĩ hiểu rằng cái chết và hậu quả của nó không nằm ngoài những giới hạn tình trạng của con người, và bởi vậy, đáng được sự quan tâm của người chữa bệnh.

Một trong số những người như vậy là Thomas Browne^{*}, sống ở thế kỉ XVII phi thường, thời kỳ phương pháp khoa học và lập luận quy nạp lần đầu tiên bắt đầu ảnh hưởng tới cách tư duy của những người có giáo dục, và khiến họ đặt câu hỏi về sự thật rất có ý nghĩa với thế hệ cha ông mình. Năm 1643, Browne đã xuất bản một ghi chép quý báu đầy tính tư duy, *Religio Medici*, “Tín ngưỡng của một bác sĩ”, tác phẩm mà ông mô tả là “một bài học riêng hướng tới chính tôi”. Kiệt tác nhỏ này thường được xuất bản cùng với một tập tài liệu về những đau khổ kéo dài của một người sắp chết, nhan đề “Lá thư gửi một người bạn”, trong đó tác giả viết: “Ông chỉ còn lại chưa đến một nửa thân mình và để lại phía sau một phần lớn mà ông không mang được xuống mồ.” Tôi đã có quá nhiều dịp đứng cùng với các gia đình bên giường của người chết và chứng kiến sự hoài nghi của họ đối với chính tiến trình đang phô bày ra mắt trước họ bức tranh toàn cảnh thường-là-đau-đớn của nó. Họ hỏi tại sao nó lại khác hẳn với trông đợi của họ và tại sao dường như chỉ có họ phải trải qua điều mà họ coi là sự đơn độc của nỗi đau khổ. Tôi nghĩ tôi đã bị buộc phải trải qua chính sự đơn độc này khi chứng kiến cái chết của Bubbeh và rồi sau đó là hình ảnh về thi hài hoàn toàn xa lạ ấy.

Sức mạnh của sự sống lấp đầy các mô của chúng ta với sự rung động nhịp nhàng và thoải căng chúng lên với niềm tự hào được sống. Dù cho nó ra đi với một vụ ồn ào, như với Irv Lipsiner, hay một chuỗi rên rỉ triền miên như với bà tôi, nó vẫn thường để lại đằng sau một hình hài của sự hư ảo teo quắt. Khi Charles Lamb^{*} nhìn thấy thi hài của nhà hài kịch nổi tiếng người Anh R. W. Elliston^{*}, ông đã cảm động đến mức viết: “Trời ơi, trông ông mới *nhỏ bé* làm sao. Tất cả chúng ta trông sẽ đều như thế – các vị vua, những vị hoàng đế – đều bị vắt kiệt trong chuyến du hành cuối cùng.” Chính Browne đã viết: “Tôi không sợ hãi cái chết nhiều cho lắm, không bằng việc hổ thẹn về điều ấy; chính sự nhục nhã và đê tiện của bản chất chúng ta, trong một khoảnh khắc có thể làm biến dạng chúng ta, những bạn bè gần gũi, vợ con đều đứng ngậy sợ hãi và giật mình vì chúng ta.”

Những lời của Thomas Browne, hay của Lamb, chắc đã có thể an ủi tôi về cỗ quan tài của bà. Ngày hôm đó chắc sẽ dễ dàng hơn nhiều với tôi, và ký ức về nó sẽ bớt đau đớn hơn, nhưng tôi biết không chỉ có bà tôi mà cả những người khác cũng nhỏ bé hơn khi chết – khi linh hồn con người rời đi, nó mang theo những phần sinh động của sự sống. Khi đó, chỉ còn lại hình hài vô tri vô giác, cái phần tối thiểu nhất trong tất cả những gì làm nên con người chúng ta.

Hồi tưởng lại những năm tháng vừa kết thúc, có lẽ tôi cũng nhận ra sự tương đồng trong trải nghiệm về cái chết trong một câu đọc được ở vài trang mở đầu cuốn sách của Browne: “Chúng ta đến với thế giới mình chưa biết tới mới mãnh liệt và đau đớn làm sao, nhưng thông thường lại chẳng dễ dàng gì để thoát ra khỏi nó.”

Thomas Jefferson (1743-1826): Tổng thống thứ ba của Mỹ và là một trong những người theo chủ nghĩa tự do nhiệt thành lớn nhất thời cận đại.

John Adams (1735-1826): Phó Tổng thống đầu tiên của Mỹ (1789-1797) và là Tổng thống thứ hai của Mỹ (1797-1801).

Thị trấn nhỏ với cư dân Do Thái đông đúc tồn tại ở trung tâm và Đông Âu trước khi xảy ra vụ thảm sát Holocaust.

Một trong những chất mềm biểu hiện tình trạng “hao mòn” của mô bào về già, được các nhà khoa học nhận ra dưới kính hiển vi nhờ một phương pháp nhuộm màu đặc biệt, tích tụ trong các tế bào không có khả năng phân chia như tế bào cơ tim, gan.

Thomas Browne (1605-1682): một học giả người Anh và là tác giả của nhiều công trình khác nhau về khoa học, y học và tôn giáo.

Charles Lamb (1775-1834): nhà văn và viết tiểu luận người Anh, nổi tiếng với tác phẩm *Tiểu luận của Elia* và cuốn sách cho thiếu nhi *Những chuyện về Shakespeare* công bố cùng với chị gái của mình, Mary Lamb.

Robert William Elliston (1774-1831): diễn viên và là giám đốc nhà hát ở Anh.

4.

NHỮNG CÁNH CỬA DẪN TỚI CÁI CHẾT VÌ TUỔI GIÀ

Bà tôi đã lựa chọn một con đường “thoát ra khỏi nó” như cách nói của Thomas Browne, điều khó có thể xem là độc đáo. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, đột quỵ là nguyên nhân phổ biến thứ ba gây ra tử vong ở các nước đang phát triển trên thế giới. Hơn 150.000 người Mỹ, tương đương 1/3 số người bị đột quỵ, tử vong vì nó mỗi năm. 1/3 khác còn sống với tình trạng tàn phế nghiêm trọng vĩnh viễn. Chỉ có bệnh tim và ung thư mới vượt trội hơn đột quỵ về sức mạnh giết chóc. Sau một thời kỳ dài suy giảm, gần đây tỉ lệ mắc phải chứng bệnh này đã bình ổn: xấp xỉ 0,5 tới 1 ca đột quỵ trên 1.000 người dân mỗi năm. Nhưng con số này thể hiện trên phạm vi toàn bộ dân số của chúng ta. Khi người ta có tuổi, xu hướng bị đột quỵ tất nhiên gia tăng. Không có ước tính xác suất nào cho phụ nữ Do Thái suốt ngày ngồi, giữ chế độ ăn giàu cholesterol hằng ngày trong gần một thế kỉ, nhưng chúng ta biết rằng trong một nhóm ngẫu nhiên một nghìn nam nữ người Mỹ hoặc Tây Âu quá tuổi 75, có khoảng 20 đến 30 người sẽ bị đột quỵ mỗi năm – ở những người cao tuổi nhất, nguy cơ cao gấp khoảng 30 lần so với những người còn lại.

Đột quỵ (Stroke) là một thuật ngữ phổ biến đến nỗi có những lúc cách sử dụng nó thật mù mờ. Đối với bác sĩ, đột quỵ là hiện tượng suy giảm chức năng thần kinh do sự giảm lưu lượng máu qua một số động mạch nhất định cung cấp dưỡng chất cho não. Thêm nữa, sự suy giảm phải kéo dài hơn 24 giờ mỗi lần mới được gọi là đột quỵ. Bất cứ tình trạng nào khác đều được xếp vào dạng một cơn thiếu máu cục bộ tạm thời, hay TIA. Mặc dù các cơn

TIA thường tự hết trong vòng một giờ đồng hồ, cũng có một số cơn kéo dài hơn trước khi các triệu chứng biến mất.

Nếu tất cả những điều này đều có vẻ quen thuộc, thì cũng có lý do của nó. Về cơ bản, nó cũng chính là cơ chế mà theo đó sự suy giảm của tim phát sinh khi một trong các động mạch của nó không chuyển đi được lượng máu cần thiết. Nó chính là cơ cấu chung của chứng thiếu máu cục bộ, sự ngắt quãng của dòng máu, hiện tượng mô bị khô, đó là mẫu số chung của quá trình tiêu diệt các tế bào trong rất nhiều bộ phận của cơ thể. Nó đã cướp đi mạng sống của James McCarty, cũng cướp cả Bubbeh của tôi đi nữa, và bằng cách này hay cách khác, nó sẽ mang đi hầu hết những người hiện nay còn sống. Cơ chế hoạt động của nó là bóp nghẹt các mô của nạn nhân. Dòng máu ngừng lại vì lý do rất giống với khi nó ngừng chảy trong các động mạch vành của tim. Sự gia tăng chứng xơ vữa động mạch đã đạt tới điểm quyết định mà tại đó một nhánh của một trong những động mạch cảnh trong bị bít kín hoàn toàn. Hiện tượng tắc nghẽn này có thể là do sự hoàn tất của tiến trình xơ vữa động mạch trong chính nhánh đó, hoặc nó có thể xuất hiện vì một mẫu mảng bám đã tách ra khỏi thành của một động mạch lớn hơn và trở thành một cục nghẽn bị đẩy lên phía não, bít kín một mạch vốn đã bị tổn thương.

Hoặc, cũng có thể đột quỵ và chứng thiếu máu cục bộ đi kèm theo nó bị gây ra bởi một biểu hiện tương đối khác của vô vàn các đặc điểm trong bệnh về mạch máu não, có thể kể đến như hiện tượng xuất huyết bên trong não, hiện tượng này ở những người cao tuổi gần như luôn do tăng huyết áp kéo dài. Do thành mạch đã suy yếu sau những năm dài chịu áp lực cao bất thường, mạch bị xơ vữa yếu ớt cuối cùng cũng bỏ cuộc ở một vài điểm, kết quả là khiến cho máu tràn vào mô não xung quanh. Một đợt chảy máu trong não như vậy mang tỉ lệ tử vong cao gấp đôi tỉ lệ 20% vẫn thường được ước tính cho những cơn đột quỵ do tắc nghẽn. Xuất huyết là nguyên nhân cho khoảng 25% cơn đột quỵ, còn lại là do tắc mạch máu.

Cần rất nhiều năng lượng để giữ cho động cơ của não hoạt động hiệu quả. Phần lớn số năng lượng đó có được từ khả năng phân tích các glucosơ thành

các yếu tố cấu thành là CO₂ và nước của các mô, một quá trình hóa sinh đòi hỏi một lượng lớn oxy. Não không có khả năng giữ lại chút glucosơ nào để dự trữ; mà phụ thuộc vào nguồn cung tức thời liên tục được chuyển đến nó nhờ dòng máu chảy qua các mạch. Hiển nhiên, điều tương tự cũng đúng với lượng oxy. Não thiếu máu cục bộ chỉ mất vài phút để dùng hết cả hai trước khi nó bị ngạt. Các tế bào thần kinh vô cùng nhạy cảm với chứng thiếu máu cục bộ; những thay đổi có tính chất phá hủy không thể phục hồi bắt đầu trong khoảng từ 15 tới 30 phút từ khi khởi phát thiếu máu. Sau không quá một giờ kể từ khi bắt đầu thiếu máu cục bộ, khó tránh khỏi chứng nhồi máu ở những phần mô não quan trọng.

Sự phá hủy tế bào gây ra các triệu chứng khác nhau, tùy thuộc vào mạch nào bị tắc nghẽn. Mặc dù ít nhất một nửa trong số cả tá nhánh của động mạch cảnh trong đặc biệt dễ bị ảnh hưởng bởi tắc nghẽn, nhánh thường liên quan tới đột quỵ do thiếu máu cục bộ nhất là một nhánh trong đôi động mạch não giữa. Động mạch não giữa (MCA) cung cấp máu cho hầu hết bề mặt bên của bán cầu não và một vài trung tâm nằm sâu bên dưới vỏ não. MCA nuôi dưỡng các vùng thần kinh cảm giác và vận động chính trên vỏ não – các khu vực tập trung vào cử động của tay và mắt, cũng như mô cảm giác chuyên biệt để nghe. Nó nuôi dưỡng khu vực có liên quan tới “các chức năng tinh thần cao hơn”, như nhận thức, tư duy tổ chức, vận động tự ý, và phối kết hợp tất cả những khả năng này. Ở bán cầu não trội hơn (bán cầu phải với những người thuận tay trái và bán cầu trái với 85% những người còn lại), MCA cung cấp dưỡng chất cho các vùng cảm giác và vận động ngôn ngữ. Thông tin cụ thể về cách phân bố địa lý này lý giải tại sao có quá nhiều nạn nhân đột quỵ đánh mất năng lực bày tỏ và hiểu được ngôn ngữ nói và viết.

Nhiều cơn đột quỵ MCA không phải do sự tắc nghẽn thực sự ngay tại chỗ gây ra mà là bởi những mẩu rơi ra từ lớp xơ vữa động mạch ở động mạch cảnh trong chính, hoặc từ tim dưới dạng những mẩu nhỏ của cục nghẽn hình thành đã lâu. Mẩu nhỏ rời ra sau đó trở thành một cục nghẽn (*embolus*). Ở đây chúng ta bắt gặp một thuật ngữ khác trong số các thuật ngữ do Rudolf

Virchow đóng góp, từ tiếng Hy Lạp *embolos*, có nghĩa là cái nêm hoặc cái nút, có nguồn gốc từ hai từ mang nghĩa là “quăng hoặc ném vào”. Theo nghĩa đen, một cái nút đã bị quăng vào động mạch và bị dòng máu đưa đi trong cơ thể cho tới khi nêm vào phần co hẹp của mạch máu thì nó sẽ bít lại hoàn toàn. Ở những trường hợp phổ biến hơn, khi hiện tượng bít lại không phải là do một cục nghẽn, thì nó là kết quả của sự hoàn thiện cuối cùng của quá trình tích tụ xơ vữa động mạch. Ở cả hai trường hợp, mô được mạch máu này nuôi dưỡng ngay lập tức bị mất nguồn oxy và glucosơ, và trong vòng vài phút sẽ bị tổn thương đủ để gây ra các triệu chứng. Nếu tình trạng tắc nghẽn không được giải phóng nhanh chóng, vùng não đó sẽ chết do chứng nhồi máu.

Nếu ai đó định gọi tên nhân tố có mặt trong mọi cái chết, dù ở cấp độ tế bào hay cả hành tinh, thì chắc chắn nó sẽ là thiếu oxy. Bác sĩ Milton Helpen, người giữ chức Bác sĩ Pháp y trưởng của thành phố New York trong hai mươi năm, được cho là đã khẳng định điều đó khá rõ ràng trong một câu duy nhất: “Cái chết có thể do vô số bệnh tật và rối loạn khác nhau, nhưng trong mọi trường hợp, nguyên nhân sinh lý học cơ bản là sự đổ vỡ trong chu trình cung cấp oxy của cơ thể.” Nghe thì có thể rất đơn giản đối với một nhà hóa sinh lão luyện, nhưng tuyên bố này đã bao hàm tất cả.

Nhiều cơn đột quỵ quá nhỏ đến mức chỉ có một ít hoặc không có triệu chứng đáng kể tức thời nào để xác định điều gì đã xảy ra. Nhưng với thời gian, những cơn đột quỵ nhỏ này tích lũy lại, và bằng chứng của sự hủy hoại dần dần trở nên rõ ràng ngay cả với người quan sát hời hợt nhất. Walter Alvarez, bác sĩ lâm sàng vĩ đại của thế hệ trước ở Chicago, đã dẫn lời “một quý bà thông thái” từng nói với ông: “Thần chết cứ lấy đi của tôi từng chút một.” Mô tả lâm sàng của ông chỉ ra rất rõ ràng:

Bà thấy rằng, với mỗi cơn choáng váng hay chóng mặt hoặc rối loạn thì bà lại già thêm một chút, yếu thêm một chút, và mệt mỏi thêm một chút; bước đi của bà ngập ngừng hơn, trí nhớ của bà ít đáng tin hơn, chữ viết khó đọc hơn, và hứng thú với cuộc sống bớt tha thiết. Bà biết rằng trong mười năm hoặc hơn, bà đang bước từng bước xuống mồ.

William Osler được cho là đã nói về những người bị phản bội bởi chính tuần hoàn não của họ rằng: “Những người này mất nhiều thời gian để chết ngang với để trưởng thành.”

Gần 10% người cao tuổi được chẩn đoán mất trí nhớ do một loạt những cơn đột quỵ nhỏ như thế tạo nên, một khái niệm được Alvarez phổ biến năm 1946, sau khi quan sát nó ở chính cha mình. Giờ đây được gọi là chứng mất trí đa đột quỵ (multi-infarct dementia), đặc trưng của quá trình này là một loạt những suy yếu nhỏ đột ngột thất thường. Thú vị là, dạng xơ cứng động mạch não này được Alois Alzheimer miêu tả lần đầu tiên năm 1899, tám năm trước khi ông giới thiệu kiểu giảm sút trí tuệ khá khác biệt mà ngày nay chúng ta vẫn quen gọi bằng tên ông.

Quá trình nhồi máu não tinh vi có thể cứ thế tiếp diễn, tích lũy sự suy thoái từng bước thất thường ở chức năng não trong chừng một thập kỉ hoặc hơn, cho tới khi một cơn đột quỵ nặng hoặc một quá trình gây chết người nào khác xảy ra đột ngột, hoàn tất mục tiêu cuối cùng của tiến trình chậm chạp.

Chứng nhồi máu nghiêm trọng do đột quỵ MCA dẫn tới mất cảm giác và sự suy yếu dễ nhận thấy nhất ở một phần của gương mặt và ở điểm xa nhất đối diện với bên não nơi cơn đột quỵ xảy ra; chứng nhồi máu kiểu này cũng gây ra một chứng bệnh gọi là chứng mất ngôn ngữ – mất đi năng lực diễn tả – mặc dù khả năng nhận thức có xu hướng được bảo toàn khá tốt. Tắc nghẽn ở các mạch khác sản sinh ra một loạt các triệu chứng, không chỉ được xác định dựa vào khu vực mà mạch đó nuôi dưỡng, mà còn qua lượng dinh dưỡng bổ sung được đưa vào từ các mạch không bị tổn thương gần đó. Rối loạn thị giác và ngôn ngữ, liệt, mất cảm giác, khó giữ thăng bằng – tất cả những điều này đều là biểu hiện phổ biến của đột quỵ.

Đột quỵ nặng thường dẫn đến hôn mê. Nếu cơn đột quỵ có phạm vi đủ rộng hoặc nếu có thêm những biến chứng phát sinh sau đó, như huyết áp hoặc cung lượng tim giảm do suy tim hoặc loạn nhịp tim, quá trình hồi phục bị ngăn lại và khu vực thiếu máu cục bộ có thể thực sự tăng lên. Nếu nó trở nên đủ lớn, mô não sẽ bắt đầu sưng lên. Bị ép trong giới hạn cố định của hộp

sọ, bộ não bị sưng càng tổn thương hơn do bị đẩy áp sát vào màng bao phủ và khung xương, một phần của nó có thể thực sự bị ép xuống dưới qua một nếp gấp ở những màng phân cách phần não “cao hơn” và “thấp hơn”, hay thân não – tức là tách phần suy nghĩ khỏi phần liên quan tới những cơ chế tự động hơn như kiểm soát tim và hô hấp, chức năng tiêu hóa và bàng quang, cùng một nhóm chức năng khác. Khi điều này xảy ra, huyết áp gây tổn hại cho trung tâm thân não kiểm soát tim và hơi thở nhiều đến nỗi cái chết sẽ đến ngay sau đó, không vì chứng loạn nhịp tim thì vì suy tim và suy hô hấp.

Suy giảm các chức năng trọng yếu chỉ là một phần trong hàng loạt cơ chế có thể có mà qua đó, các cơn đột quỵ giết chết khoảng 20% số nạn nhân, hay thậm chí là còn nhiều hơn nữa khi nguyên nhân là xuất huyết não do tăng huyết áp. Nếu tổn thương não đủ nặng, tất cả các loại kiểm soát thông thường đều thất bại. Thỉnh thoảng, bệnh đái tháo đường có từ trước tiên triển ngoài kiểm soát khiến tính axit của máu tăng đến mức không còn phù hợp cho sự sống nữa; thỉnh thoảng chức năng phổi suy yếu vì chứng liệt cơ của thành ngực; huyết áp có thể tăng tới mức nguy hiểm – những vấn đề trên nằm trong những biến chứng gây chết người phổ biến nhất của những cơn đột quỵ nặng.

Và, đây là con đường của bà tôi – viêm phổi. Ngoại trừ da, phổi của người cao tuổi dễ bị ảnh hưởng hơn bất cứ hệ thống cơ quan nào khác bởi tất cả những tổn thương mà môi trường ô nhiễm có thể gây ra. Dù hiện tượng mất khả năng đàn hồi là do nguyên nhân đó hay đơn giản chỉ bởi tiến trình thông thường của tuổi tác, thì thời gian trôi đi vẫn dẫn tới việc khả năng phòng lên hoặc xẹp xuống trọn vẹn bị suy giảm. Các cơ chế làm sạch chất nhầy yếu đi, và đường khí vốn đã hẹp càng dễ bị các mảnh vụn lấp đầy. Tình hình xấu đi bởi không còn khả năng duy trì độ ẩm và nhiệt độ phù hợp trong những nhánh nhỏ hơn của cuống phổi. Sự suy nhược cơ thể hoàn toàn này bị phức tạp hóa bởi sự yếu kém của khả năng sản sinh ra các kháng thể cục bộ với vai trò là một phần của phản ứng miễn dịch nhìn chung đã suy yếu ở người già.

Các vi khuẩn viêm phổi nằm yên chờ sự xuất hiện của bất kỳ tổn thương thêm nào có thể ngăn cản hơn nữa những hàng rào phòng thủ vốn đã bị phá hủy của người già. Hôn mê là một liên minh hoàn hảo của họ. Nó tước đi mọi cách thức tinh táo hùng chống lại những hiện tượng đang phá hủy thân xác họ, thậm chí còn phá hoại một thiết bị an toàn rất cơ bản như phản xạ ho. Bất cứ mảnh vụn nôn trớ hay vật chất ngoại lai nào, mà trong tình huống bình thường sẽ bị tổng mạnh ra ngoài ngay khi có dấu hiệu đầu tiên của việc nó xâm nhập vào đường khí, giờ đây cũng trở thành phương tiện cho các vi khuẩn hô hấp tiến thẳng vào các mô hô hấp. Những túi khí siêu nhỏ được gọi là túi phổi giờ đây sưng lên và bị phá hoại vì bị viêm. Kết quả là, quá trình trao đổi khí hợp lý bị ngăn lại, và oxy trong máu giảm đi trong khi cacbonic lại tăng dần lên cho tới khi không thể duy trì được các chức năng sống nữa. Khi oxy giảm đến một mức độ nhất định, sẽ có nhiều tế bào não chết hơn, và tim hoặc bị rung thất hoặc ngừng đập. Chứng viêm phổi chiến thắng.

Tuy nhiên, cuộc tấn công chớp nhoáng của viêm phổi vẫn có cách khác nữa để gây tử vong – các cơ quan đầu não thoái rữa của nó nằm trong phổi, đóng vai trò như một ổ bệnh mà từ đó các sinh vật gây chết người có thể xâm nhập vào dòng máu và phát tán tới mọi cơ quan của cơ thể. Các bác sĩ gọi là nhiễm trùng, và phần còn lại của thế giới gọi là nhiễm độc máu, tiến trình này tạo ra một loạt các diễn biến sinh học dẫn tới phá vỡ sự lành lặn của tim, phổi, các mạch máu, thận và gan, với sự suy giảm quyết liệt cuối cùng trong huyết áp tới các mức độ sốc, theo ngay sau đó là cái chết. Khi nhiễm trùng, ngay cả những loại thuốc kháng sinh mạnh nhất cũng thường không chống lại được cuộc tấn công mạnh mẽ của vi khuẩn.

Dù sự kiện cuối cùng là chứng viêm phổi, suy tim, hay hiện tượng nhiễm axit của chứng đái tháo đường không kiểm soát, sự thật nổi bật nhất về đột quy là nó luôn được phát hiện song hành với những người bạn của mình – lực lượng giết người có mặt khắp nơi ở người già. Một cơn đột quy chỉ là một phần trong cả một phạm vi rộng lớn của giai đoạn bệnh mạch máu não, căn bệnh mà, dù có thể tiến triển nhanh hơn do tự tàn phá bản thân, cũng không bao giờ có thể được chặn lại trong quá trình diễn biến kiên định của

nó. Henry Gardiner, người biên soạn tuyển tập các tác phẩm của Thomas Browne phiên bản năm 1845, đã thêm vào phần phụ lục một trích đoạn dài của Francis Quarles*, một nhà văn thế kỉ XVII, với nội dung rất thích đáng: “Quyền năng của con người có thể lựa chọn hoặc tự do đi mau về chóng, hoặc chủ động rút ngắn lại, chứ không phải là kéo dài hay mở rộng các giới hạn đời sống tự nhiên của mình.” Và với sự thông thái tuyệt vời, Quarles thêm: “Người đó chỉ (nếu có) sở hữu nghệ thuật kéo dài lỗi nển của mình, tức là tận dụng nó thật triệt để.” Không có cách nào ngăn cản tuổi già thực hiện bốn phận khắc nghiệt của nó, nhưng một cuộc đời trọn vẹn sẽ dùng chất lượng để bù lại cho số lượng hữu hạn của nó.

Nhiều bác sĩ, đặc biệt là những người dành phần lớn thời gian trong phòng thí nghiệm, có chung một sự hoài nghi với các nhà thống kê về quy luật tất yếu của cái chết vì tuổi già. Đọc miêu tả của tôi về những ngày cuối cùng của Bubbeh, chắc hẳn họ đã chỉ ra rằng, rối cuộc, viêm phổi và những bệnh nhiễm trùng khác trở thành nguyên nhân gây tử vong có thể xác định phổ biến thứ hai khi người ta đã đạt tới độ tuổi đại thọ 85, chứng xơ vữa động mạch là nguyên nhân phổ biến nhất. Bà tôi bị cả hai, bởi vậy, họ có thể khẳng định, cách chết của bà ủng hộ thể giới quan của họ và biện luận cho sự can thiệp mạnh mẽ vào việc điều trị những căn bệnh đã định danh hòng kéo dài sự sống. Đối với tôi, điều này còn nguy hiểm hơn cả khoa học.

Tôi chấp nhận quan điểm của các bác sĩ này, nhưng có đầy bằng chứng cho thấy cuộc sống có những giới hạn tự nhiên cố hữu. Khi đạt tới những giới hạn này, cho dù không có bất cứ chứng bệnh đặc biệt hay tai nạn nào, đơn giản là ngọn bắc cuộc đời cũng sẽ lụi tắt.

May mắn thay, đa số những bác sĩ điều trị chuyên chăm sóc người cao tuổi đều đã hiểu điều này. Các bác sĩ lão khoa sẽ được hoan nghênh vì đã đóng góp rất nhiều trong việc làm sáng tỏ các bệnh lý gây đau đớn cho những người đang dần dần bị những khiếm khuyết trong sức lực đã lão hóa và đang tàn lụi của họ lấn át, nhưng những vị bác sĩ ấy còn đáng được ngưỡng mộ hơn nữa vì lòng từ bi họ mang vào công việc của mình. Mới đây

tôi có trao đổi với giảng viên lão khoa của trường mình, bác sĩ Leo Cooney, người sau đó đã tóm tắt quan điểm của mình trong hai đoạn thư súc tích:

Đa số các bác sĩ lão khoa là những người tiên phong tin tưởng vào việc từ chối những can thiệp mạnh mẽ chỉ nhằm kéo dài sự sống. Chính các bác sĩ lão khoa là người không ngừng công kích các bác sĩ chuyên về thận – khi họ thăm tách những người rất lớn tuổi, các bác sĩ chuyên về phổi – khi họ luồn ống vào những người sống thực vật, và thậm chí cả các bác sĩ phẫu thuật, những người dường như không thể không mổ cho các bệnh nhân mà bệnh viêm phúc mạc lẽ ra đã trở thành một cách chết đầy khoan dung với họ.

Chúng tôi ước gì nâng cao được chất lượng cuộc sống cho những người cao tuổi hơn, không chỉ là kéo dài nó.

Vì thế, chúng tôi mong muốn được chứng kiến những người cao tuổi độc lập và sống một cuộc đời đầy phẩm giá trong thời gian dài nhất có thể. Chúng tôi làm việc để giảm đi tình trạng mất kiểm soát, kiểm soát sự lẫn lộn, và giúp cho các gia đình đương đầu với những căn bệnh tàn phá như Alzheimer.

Về cơ bản, các bác sĩ lão khoa có thể được coi là các bác sĩ chăm sóc chủ yếu cho những người cao tuổi – giải pháp của thời đại này cho vấn đề thiếu bác sĩ gia đình, người biết rõ bệnh nhân của mình cũng như bệnh tình của họ. Nếu bác sĩ lão khoa là một chuyên gia, thì chuyên môn của người đó chính là một người cao tuổi trọn vẹn. Vào cuối năm 1992, chỉ có 4.084 bác sĩ lão khoa được chứng nhận ở Mỹ; cùng thời điểm đó, có khoảng 17.000 chuyên gia tim mạch.

Người ta có thể nghi ngại phần nào bằng chứng chứng minh cho khẳng định của tôi, rằng: những giới hạn tự nhiên đối với cuộc đời của một người cho phép rất ít sự can thiệp. Trên thực tế có một vài nghiên cứu kỹ lưỡng đã được thực hiện với những người cao tuổi còn khỏe mạnh. Trong các nghiên cứu này, những thay đổi về chức năng đặc trưng theo tuổi tác được đánh giá ở những người không bị các bệnh có thể ảnh hưởng tới chức năng đó. Kết quả giống như tôi đã miêu tả – tiến trình lão hóa tiếp diễn, bất chấp bất cứ điều gì khác đang xảy ra. Có thể nói quá trình lão hóa vừa độc lập vừa tương thuộc, theo nghĩa là, đương nhiên nó góp phần vào bệnh tật và ngược lại, nó

có thể bị bệnh tật thúc đẩy nhanh hơn. Nhưng dù có bệnh hay không, cơ thể vẫn sẽ tiếp tục già đi.

Sự bất đồng quan điểm của tôi với nhiều nhà nghiên cứu trong phòng thí nghiệm, những người nghiên cứu chức năng sinh lý của quá trình lão hóa, tập trung quanh triết lý điều trị. Khi có thể xác định được một căn bệnh bằng cách gán cho nó một cái tên, sự tàn phá của nó trở thành đối tượng của việc điều trị, với mục tiêu tiềm tàng là chữa lành.

Và suy cho cùng, đó chính là lý do để một bác sĩ khoa học hiện đại trở thành một chuyên gia. Bất chấp mối quan tâm là làm dịu đi nỗi đau đớn mà con người phải chịu đựng, và bất chấp sự chân thành trong nỗ lực của họ, bác sĩ chuyên khoa bình thường làm điều họ làm vì bị thu hút bởi những điều chưa lý giải được ở căn bệnh và mong mỗi chinh phục được nó bằng cách giải quyết từng tình huống khó xử khơi gợi trí tò mò của họ, cho dù họ là một nhà nghiên cứu hay là một thầy thuốc điều trị. Ở mỗi điểm cực của cuộc đời, tức là ở các nhóm tuổi nhi đồng và cao niên, các bệnh nhân may mắn được chỉ dẫn bởi một người tương đương với người mà hiện nay chúng ta gọi là bác sĩ gia đình.

Chẩn đoán bệnh và tìm cách chiến thắng nó bằng trí tuệ của mình là những thử thách thúc đẩy mọi chuyên gia giỏi giang trong lĩnh vực của họ. Họ say mê bệnh lý học. Khi đối mặt với sự thật rằng chắc chắn họ không thể điều trị được căn bệnh đó, người-hy-vọng-chữa-bệnh thường sẽ quay đi. Nếu điều chưa lý giải được về bản chất là không thể giải quyết, nó sẽ không thể khiến bất kỳ ai, trừ một phần rất nhỏ các bác sĩ điều trị những hệ cơ quan đặc biệt và các phân loại bệnh tật, quan tâm lâu dài được. Tuổi già là điều không thể giải quyết và cũng không thể tránh khỏi. Bằng việc gán những cái tên khoa học của các bệnh có thể chữa trị cho những biểu hiện của nó, quá nhiều chuyên gia được người cao tuổi tin tưởng đến khám chữa bệnh vẫn giữ lấy điều chưa lý giải được và niềm say mê của họ. Họ cũng tin họ đã trao cho bệnh nhân một chút hy vọng, mặc dù đến cuối cùng thì hy vọng đó luôn tỏ ra phi lý.

Liệu có thể nghi ngờ rằng các tiến trình vật lý bên trong đi kèm với quá trình lão hóa không thể tránh khỏi sẽ khiến cho con người càng ngày càng dễ tử vong hơn không? Liệu có thể nghi ngờ rằng khả năng điều động các lực lượng cần thiết để đánh bại những mối nguy hiểm chết người luôn lẫn khuất của chúng ta mỗi năm lại mỗi giảm không? Liệu có thể nghi ngờ rằng sự bất lực ngày một tăng này là kết quả của hiện tượng các mô và các cơ quan của chúng ta ngày một suy yếu về sức lực không? Liệu có thể nghi ngờ rằng hiện tượng suy yếu là do sự suy kiệt về tổng thể trong cấu trúc và chức năng thông thường? Liệu có thể nghi ngờ rằng việc sự suy kiệt tổng thể, cho dù trong một động cơ hay một con người, cuối cùng sẽ dẫn tới sự ngưng hoạt động không? Liệu có thể nghi ngờ rằng Thomas Jefferson biết rõ mình đang nói gì không?

Những hiểu biết mà Jefferson thể hiện thực tế đã có cả nghìn năm. Trong cuốn sách lâu đời nhất về y khoa hiện nay của Trung Quốc, hay một nước nào đó – *Huang Ti Nei Ching Su Wen* (Hoàng Đế Nội kinh tố vấn^{*}), được viết cách đây khoảng 3.500 năm – vị hoàng đế thần thoại được truyền thụ về tuổi già bởi vị thầy thuốc uyên thâm Kỳ Bá như sau:

Khi con người già đi, xương của họ khô và giòn như rơm [chứng loãng xương/osteoporosis], thịt của họ sút đi và có nhiều khí trong ngực hơn [bệnh khí thũng/ emphysema], cùng những cơn đau bên trong bụng [chứng rối loạn tiêu hóa mạn tính/chronic indigestion]; có một cảm giác khó chịu trong tim [chứng đau thắt ngực hoặc sự rối loạn của chứng loạn nhịp tim mạn tính], gáy và phần trên cùng của vai bị nhiễm bệnh, cơ thể bưng bưng sốt [nhiễm trùng đường tiểu cấp], họ chỉ còn da bọc xương [mất đi số cơ cần thiết], mắt họ phồng lên và giãn ra. Rồi khi mạch đập của gan [suy tim phải] vẫn có thể bắt được nhưng mắt thì không còn nhận ra nổi đường chỉ nữa [bệnh đục nhân mắt], cái chết sẽ tấn công. Có thể nhận thấy giới hạn cuộc sống của một người khi người đó không còn thắng được bệnh tật của mình nữa; khi đó cái chết của họ đã tới.

Câu hỏi chủ chốt không phải là *liệu có phải* tuổi già dẫn tới sự suy nhược, sự bất lực trong chiến thắng bệnh tật, rồi đến cái chết hay không, mà là *tại sao* ngay từ đầu người ta lại già đi? Người truyền giáo trong quyển *Ecclesiastes* của Kinh Cựu ước là một trong những người đầu tiên thuộc tín

ngưỡng phương Tây chỉ ra rằng: “Đối với mọi thứ, chỉ có một mùa, và đối với mọi mục đích trên thiên đường, chỉ có một thời điểm: Thời điểm sinh ra, và thời điểm chết đi,” nhưng chủ đề đó quá sáo mòn như tiếng dội vọng qua nền văn chương của ta trong tất cả các kỉ nguyên. Trước Người truyền giáo, Homer^{*} đã viết: “Loài người cũng giống như lá cây. Khi một thế hệ đâm chồi nảy lộc, một thế hệ khác suy tàn.” Và có những lý do thỏa đáng cho việc một thế hệ phải nhường bước cho thế hệ tiếp theo, như đã được nói rõ trong một lá thư khác của Jefferson viết cho John Adams ngày gần cuối đời: “Có một thời điểm chín muồi cho cái chết, đối với những người khác cũng như đối với chính chúng ta, khi thích hợp, chúng ta nên rút lui và nhường chỗ cho lớp khác. Khi đã sống hết thời mình, chúng ta chẳng nên ao ước lấn phần thế hệ khác.”

Nếu không “lấn át thế hệ khác” là con đường tự nhiên (và quan sát đơn giản đã xác nhận đúng như vậy), thì chắc hẳn tự nhiên buộc phải đưa ra một vài phương tiện chắc chắn để chúng ta, giống như những chiếc lá của Homer, dần dần đạt tới mức độ mà tại đó chúng ta “rút lui và nhường chỗ cho lớp khác,” như cách nói của Jefferson. Các nhà khoa học thuộc mọi tầng lớp đã cố gắng xác định cơ chế mọi sinh vật sống thực hiện điều này, và chúng ta vẫn không biết chắc nó là cái gì.

Về cơ bản, có hai đường lối riêng biệt trong lập luận để lý giải về tiến trình lão hóa. Một nhấn mạnh vào sự phá hủy các tế bào và cơ quan không ngừng tăng lên do quá trình thực hiện các chức năng thông thường của chúng trong môi trường bình thường của đời sống hằng ngày. Lập luận này thường được gọi là nguyên lý “hao mòn”. Lập luận còn lại cho rằng quá trình lão hóa tùy thuộc vào khoảng thời gian sống đã được định trước trong di truyền, khoảng thời gian này kiểm soát không chỉ tuổi thọ của các tế bào riêng lẻ mà còn của cả các cơ quan và toàn bộ sinh vật, ví dụ như chính chúng ta. Trong những mô tả của luận điểm sau, hình ảnh thường xuyên được viện dẫn là một “cuốn băng gen” bắt đầu chạy ngay tại thời điểm được thụ thai và phát một chương trình liên tục đã định trước không chỉ giờ chết (ít nhất theo nghĩa ẩn dụ) mà còn cả giờ bắt đầu phát những giai điệu báo hiệu về cái chết sắp tới. Khi được phân tích tới hàm ý riêng biệt nhất của nó,

nguyên lý này có thể ngụ ý, ví dụ như, ngày hoặc tuần của lần phân bào đầu tiên của bệnh ung thư đã được quyết định vào thời điểm sự kiện tương tự xảy ra trong trứng vừa được thụ tinh.

Theo cách sử dụng của những người khởi xướng nguyên lý “hao mòn”, từ *môi trường* có thể chỉ môi trường của hành tinh này hoặc môi trường bên trong và bao quanh tế bào. Có thể là chính những nhân tố như bức xạ nền (cả của mặt trời và công nghệ), chất gây ô nhiễm, vi trùng, và chất độc trong bầu khí quyển dần dần dẫn đến sự phá hoại làm thay đổi bản chất của thông tin di truyền được các tế bào truyền lại cho thế hệ sau của chúng. Thậm chí có thể môi trường không đóng vai trò gì – thông tin sai lệch có thể phát sinh từ các lỗi ngẫu nhiên trong quá trình truyền lại. Dù là cách nào, thì những biến đổi được tích lũy trong ADN cũng có thể gây ra các lỗi trong chức năng của tế bào, dẫn tới cái chết của nó và những thay đổi dễ nhận thấy trong toàn bộ cơ thể biểu hiện dưới dạng quá trình lão hóa. Tiến trình này của cái chết rõ rệt về mặt tế bào được một số người gọi là “thảm họa lỗi”.

Một số mối nguy hiểm về môi trường bắt nguồn trong các mô của chúng ta và bên trong tế bào. Tôi đã mô tả cuộc oanh tạc không ngừng gây ảnh hưởng tới trạng thái tự nhiên cơ bản của phân tử, nhưng còn có những cơ chế khác nữa. Để duy trì được trạng thái khỏe khoắn, các tế bào phải phá vỡ một cách hiệu quả những hợp chất độc hại từ chính quá trình trao đổi chất của chúng. Nếu có sự rò rỉ khỏi cơ chế này ở bất kỳ cấp độ nào, các sản phẩm phụ gây hại có thể tích lũy lại và ảnh hưởng tới không chỉ chức năng mà còn cả chính ADN; dù nguyên nhân của nó là môi trường, những lỗi ngẫu nhiên trong di truyền, hay các hợp chất độc hại của quá trình trao đổi chất, thì sự phát triển các lỗi trong ADN cũng bị nhiều người coi là một nhân tố chính trong tiến trình lão hóa.

Mặc dù chúng ta không nên quá coi trọng các tài liệu đáng sợ của những người mô tả sự diệt vong thuộc phong trào New Age (Thời đại Mới), chắc chắn là một số học thuyết lỗi thời của họ, ví dụ như andehyt và các gốc oxy tự do, cần phải được chú ý bởi vì chúng có thể có vai trò trong quá trình phá hủy và lão hóa của chất nguyên sinh nếu không phân hóa một cách thích

đáng thành những chất bột nguy hiểm hơn. Một gốc tự do là một phân tử có quỹ đạo ngoài gồm một số lẻ các điện tử. Những cấu trúc như vậy phản ứng cực kỳ mạnh mẽ, bởi vì trạng thái bền vững có thể đạt được chỉ bằng cách thu được thêm một điện tử hoặc mất đi một điện tử đơn lẻ. Phản ứng mạnh mẽ của các gốc tự do đã biến chúng hoặc thành kẻ tội đồ hoặc là vị anh hùng của vô vàn các nguyên lý sinh vật học, từ những khởi nguồn của sự sống trên hành tinh này cho tới các cơ chế lão hóa. Một vài người hoạt động xã hội xông xáo hơn trong chúng ta mong muốn có được khả năng kéo dài sự sống; họ tin rằng nạp thêm carotin beta hoặc vitamin E hay C trong thực đơn thường ngày sẽ cứu các mô của chúng ta thoát khỏi quá trình oxy hóa bởi các gốc tự do. Rủi thay, vẫn chưa có bằng chứng đáng tin cậy để chứng tỏ rằng họ đúng.

Nguyên lý còn lại trong hai nguyên lý cơ bản về lão hóa là lời tuyên bố rằng toàn bộ tiến trình đã được các nhân tố di truyền quy định từ trước. Trong công thức này, bên trong từng sinh vật sống có tồn tại một chương trình di truyền sở hữu chức năng chấm dứt dần các tiến trình sinh lý học của sự sống bình thường, và cuối cùng là của bất cứ sự sống nào. Ở loài người, những người khác nhau thực hiện chương trình đó theo những cách khác nhau, hay ít nhất là những đặc điểm nổi bật nhất của nó cũng biến đổi khác nhau ở mỗi người. Điều này tạo điều kiện cho các hiện tượng riêng rẽ như suy giảm miễn dịch, da nhăn nheo, phát triển các khối u ác tính, sự tấn công của chứng mất trí, giảm tính đàn hồi của các mạch máu, và nhiều hiện tượng khác của quá trình lão hóa.

Gần ba mươi năm về trước, lý thuyết về di truyền gây được sự chú ý mạnh mẽ khi bác sĩ Leonard Hayflick^{*} chứng minh rằng các tế bào của người được nuôi cấy trong phòng thí nghiệm sau một thời gian sẽ bắt đầu từ từ ngừng phân chia. Đến lúc, chúng hoàn toàn ngừng lại, và chết đi. Người ta phát hiện ra số lần phân chia tế bào tối đa luôn là có hạn, và vào khoảng năm mươi lần. Các nghiên cứu được tiến hành trên dạng phổ biến của tế bào gọi là nguyên bào sợi – là loại tế bào tạo nên khung cấu trúc cho tất cả các mô của cơ thể, và các phát hiện này có thể được ngoại suy tương tự với các

tế bào khác. Khả năng sinh sôi nảy nở dường như vô tận của tế bào ung thư tất nhiên thoát khỏi sự hữu hạn đầy kỉ luật của sự sống thông thường.

Những nghiên cứu của Hayflick giúp giải thích tại sao mỗi loài lại biểu lộ một khoảng thời gian sống đặc trưng và tại sao các cá thể bên trong các loài có xu hướng có những khoảng thời gian sống tương quan chặt chẽ với khoảng thời gian đó của các bố mẹ chúng – sự đảm bảo tốt nhất về tuổi thọ là lựa chọn đúng bố mẹ.

Trạng thái dư thừa của các nhân tố lão hóa đặc trưng đã lấn sân sang lĩnh vực khoa học, và phỏng đoán của tôi là, hầu như tất cả chúng đều có một mức độ hợp lý nhất định. Nói cách khác, lão hóa chắc chắn là kết quả của tất cả những yếu tố này kết hợp lại, với tầm quan trọng của các thành phần riêng lẻ biến đổi khác nhau đối với từng người trong chúng ta. Một vài nhân tố trong số này phổ biến ở tất cả các sinh vật sống. Trong số đó có những thay đổi xuất hiện ở các phân tử và các cơ quan tế bào. Những thay đổi xuất hiện ở các tế bào, các mô, và các cơ quan có thể là đặc trưng ở riêng một loài, giống những thay đổi xảy ra ở tất cả thực vật hoặc động vật. Bằng chứng, như cách nói của bác sĩ Hayflick, “có sức thuyết phục mạnh mẽ rằng những thuộc tính này của tính không bền vững về mặt hóa sinh, mà theo niềm tin phổ biến được coi là những thay đổi do tuổi tác, có vô số nguyên nhân”.

Một vài trong số các hiện tượng sinh học này đã được mô tả, như bản thân chương trình di truyền, quá trình tạo ra các gốc tự do, sự không ổn định của các phân tử, đời sống hữu hạn của tế bào, và các lỗi về trao đổi chất và di truyền đã tích lũy lại. Có nhiều yếu tố có thể có khác đã tìm được những vị trí quán quân mạnh mẽ trong các đại sảnh khoa học. Ví dụ, một số nhà nghiên cứu cho rằng chất mỡ nâu (lipofuscin) không chỉ đơn giản là một sản phẩm ôn hòa của sự phá vỡ nội bào, làm đổi màu một cách vô hại các cơ quan đang lão hóa; họ tin rằng sự tích tụ của nó có thể gây chết người. Những người khác lại chú trọng rất nhiều vào những thay đổi hoóc-môn gián tiếp thông qua hệ thần kinh; có những người đề xuất nguyên lý rằng một trong những thay đổi cơ bản nhất xảy ra trong hệ miễn dịch là sự suy

giảm khả năng của nó trong việc nhận ra các mô của chính người chủ của mình, kết quả là, hiện tượng cơ thể đào thải một số các mô cấu thành chính nó đã gây ra các bệnh thoái hóa ở người cao tuổi.

Nguyên lý còn lại cho rằng các phân tử trong mô cấu trúc, được gọi là collagen, trở nên liên kết lại tạp với nhau. Sự kết hợp của những liên kết này cản trở dòng lưu chuyển các chất dinh dưỡng và bài tiết, đồng thời làm giảm không gian cần thiết để các quá trình quan trọng xảy ra. Trong các ảnh hưởng khác của nó, liên kết lại tạp có thể phá hoại ADN, đến lượt nó, hiện tượng này lại gây ra các loại đột biến hoặc cái chết của tế bào. Và có một nguyên lý tương đối mới rằng các hệ thống sinh lý học – và có lẽ cả những thay đổi về mặt giải phẫu học có thể đi kèm với chúng – sẽ trở nên bớt phức tạp đi theo tuổi tác, và bởi vậy mà cũng bớt hiệu quả đi; sự phức tạp suy giảm có thể là kết quả của những tiến trình cơ bản hơn khác, có thể là bao gồm cả một vài tiến trình đã được mô tả.

Hơn nữa, gần đây, người ta đang ngày càng quan tâm đến một hiện tượng phổ biến giữa các loài, có vẻ là một dạng chết được lập trình của tế bào. Tiến trình này, được các nhà nghiên cứu đặt tên là sự tự sát của tế bào – *apoptosis* (bắt nguồn từ tiếng Hy Lạp, có nghĩa là “rụng khỏi”), được khởi xướng bởi hoạt động của một protein được gọi là gen *myc* (tiền gen sinh ung *myc*)* – protein này khởi động một loạt những phản ứng di truyền mạnh mẽ dưới những điều kiện bất thường đặc biệt. Ví dụ, khi các chất dinh dưỡng bị loại bỏ khỏi những dạng thức nhất định của các tế bào sinh trưởng trong môi trường nuôi cấy, *myc gen* sẽ kích hoạt một quá trình mà trong đó, tế bào trải qua một sự kiện tương tự như một vụ nổ dòn, hiện tượng này trong khoảng từ 20 tới 25 phút sẽ phá hủy tế bào đó. Tế bào đó đúng theo nghĩa đen sẽ “rụng khỏi” sự sống. Cái chết được lập trình thể này đóng vai trò quan trọng với sự phát triển của cơ thể trưởng thành, bởi vì nó là một phương tiện mà qua đó, một số tế bào nhất định không còn hữu ích cho quá trình phát triển có thể được thay thế bởi những tế bào thích hợp cho giai đoạn tiếp theo. Người ta cũng đã tìm ra những ví dụ cho thấy có hiện tượng *apoptosis* trong những cá thể đã trưởng thành đầy đủ, gây ra bởi những sự kiện khác nhau trong môi trường của các tế bào bị nhiễm bệnh.

Bởi vì *apoptosis* là một trạng thái trong đó cái chết của tế bào xảy ra như một hậu quả trực tiếp của quá trình biểu hiện gen, điều này khơi gợi lên mong muốn nghiên cứu về khả năng rằng protein myc hoặc thứ gì đó rất giống nó có thể hoạt động như một “gen chết”. Cái chết do gen này có thể được kích hoạt bởi đủ các loại yếu tố môi trường và sinh lý, và có vẻ nó mang tới sự phù hợp giữa một vài nguyên lý khác nhau đã mô tả trong những đoạn trên. Lối nghiên cứu này được sự chứng thực về mối gắn kết giữa protein myc và cấu trúc khác được đặt tên là protein tối đa (*max protein*) làm cho trở nên có triển vọng hơn rất nhiều. Khi chúng gắn kết, tế bào được hướng dẫn, theo cách nào chưa rõ, để thực hiện một trong ba việc – trưởng thành, phân chia, hoặc tự hủy qua quá trình *apoptosis*. Bởi vậy, dựa trên cách nó thể hiện chính mình, gen myc rõ ràng đóng một vai trò quyết định trong phát triển, trong quy tắc sinh trưởng, và cuối cùng là trong một dạng thức đã được lập trình về cái chết. Hiện nay, những hàm ý của các phát hiện mới này rõ ràng là không đếm xuể, không chỉ với hiểu biết về các quá trình thông thường mà còn với các quá trình bệnh lý nữa, đặc biệt là ung thư.

Những người đề xuất ra thỏa hiệp bình đẳng lại đang khám phá những con đường khác có thể dẫn đến việc làm sáng tỏ những quan điểm dường như hoàn toàn khác nhau. Ví dụ như, những thay đổi về miễn dịch trong quá trình lão hóa có thể là kết quả của những ảnh hưởng về hoóc-môn chịu sự chi phối của các sự kiện về thần kinh mang tính di truyền – hoặc ngược lại. Không thiếu các lý thuyết, không thiếu các nhà vô địch, và không thiếu sự phù hợp giữa các khái niệm. Điều nổi lên từ tất cả các số liệu thực nghiệm và các suy đoán mà chúng gợi ra là không thể tránh khỏi quá trình lão hóa, và sự hữu hạn của cuộc sống.

Thế còn những danh sách do liên bang đưa ra liệt kê những bệnh lý được đặt tên chính thức, được cho là dẫn tới cái chết của người già thì sao? Mọi nhóm bệnh gây chết người cho người cao tuổi đều bao gồm chủ yếu là những “ngghi phạm” thường thấy. Trong hàng trăm căn bệnh đã được biết tới cùng những đặc điểm đi trước của chúng, khoảng 85% người cao tuổi sẽ chết bởi những biến chứng của một trong chỉ bảy vấn đề tồn tại chính: chứng xơ vữa động mạch; chứng tăng huyết áp; đái tháo đường khởi phát ở

người trưởng thành (*đái tháo đường thể 2*), béo phì, tình trạng suy sụp tinh thần như Alzheimer và các chứng mất trí khác, ung thư, và giảm sức đề kháng dẫn tới nhiễm trùng. Nhiều người cao tuổi khi chết sẽ mắc vài bệnh trong số đó. Và không chỉ vậy; nhân viên của bất cứ phòng chăm sóc đặc biệt của bất cứ bệnh viện lớn nào cũng có thể xác nhận một quan sát hằng ngày rằng, việc người bệnh ở giai đoạn cuối là nạn nhân của cả bảy loại trên không phải là hiếm. Bảy loại bệnh này tạo thành lực lượng hùng hậu lung lay và tiêu diệt những người cao tuổi trong chúng ta. Đối với đại đa số những người sống qua tuổi trung niên, chúng là những sứ giả của thần chết.

Khám nghiệm tử thi không phổ biến như vài thập kỉ trước đây. Với độ chính xác tỉ mỉ mà công tác chẩn đoán trước khi chết ngày nay có thể đạt được, thì theo đánh giá của các bác sĩ điều trị, khám nghiệm tử thi đã trở thành thủ tục rườm rà không cần thiết trong nghiên cứu bệnh lý học hàn lâm. So với kỉ nguyên trước đây, số người chết vì chẩn đoán sai đã ít hơn rất nhiều – tuyệt đại đa số chết vì sự bất lực của chúng ta trong việc thay đổi tiến trình của một căn bệnh đã được xác định chính xác. Trong thập kỉ vừa qua hoặc lâu hơn, tỉ lệ phần trăm khám nghiệm tử thi ở bệnh viện của tôi đã giảm xuống còn khoảng 20%, trong khi, nhiều năm trước đây tỉ lệ cố định là khoảng gấp đôi con số đó. Tỉ lệ quốc gia bây giờ vào khoảng 13%.

Trong thời hoàng kim của khám nghiệm tử thi, tôi có thể lấy được giấy phép khám nghiệm tử thi từ gia đình của tất cả bệnh nhân đã chết của mình, chỉ trừ một số rất ít. Ngày nay, tôi không cố gắng đến mức đó, nhưng khi có dịp, tôi vẫn rất coi trọng việc có mặt để xem xét các phát hiện cùng với nhà nghiên cứu bệnh học khi họ tìm ra chúng. Sau sáu năm đào tạo bác sĩ nội trú và ba mươi năm hành nghề, tôi đã chứng kiến số lượng khá lớn các cuộc khám nghiệm tử thi. Phạm vi rộng lớn của chứng xơ vữa động mạch và hiện tượng teo đi được phát hiện trong cơ thể của những người già là điều bình thường, dường như chẳng đáng để nhận xét khi người giải phẫu đang tìm kiếm những vị trí mà một loại ung thư có thể đã di căn tới hoặc từng bị nhiễm trùng. Quan sát tỉ mỉ các mô và nhìn vào bên trong các cơ quan, cả người giải phẫu lẫn bác sĩ phẫu thuật đều có xu hướng bỏ qua khung cảnh quen thuộc của tiến trình lão hóa dần dần hiện ra với từng nhát cắt của con

dao. Chú ý tới nó cũng bất bình thường như một người lái xe mô tô bình luận về hiện tượng trượt lá của khung cảnh mùa đông khi nhìn sang phía bên phải đường – nó ở ngay kia, và đó là tất cả những gì về nó.

Tuy nhiên, vài tuần sau đó, khi báo cáo khám nghiệm tử thi được gửi đến hộp thư bác sĩ phẫu thuật, là tôi, tôi vẫn thường ngạc nhiên về tình trạng rất tiến bộ của những mảnh vụn sinh vật học gần như không nhận thấy được mà qua đó nhà nghiên cứu bệnh học và tôi vừa tiến hành nghiên cứu. Trong bản phân tích chi tiết những phát hiện của mình, ông đã tỉ mỉ đưa vào tất cả những sai lệch ông phát hiện được so với thể trạng thông thường. Khi tôi đọc bản tóm tắt của ông, tất cả chúng đều bật trở lại trong trí nhớ và nhận vị trí bám theo những dấu hiệu chính mà chúng tôi đã chuyên chú lần theo. Chỉ khi điều này bắt đầu xảy ra, tôi mới đánh giá đầy đủ về toàn bộ bối cảnh bệnh nhân của mình qua đời.

Một vài phát hiện qua khám nghiệm tử thi không liên quan gì tới hoàn cảnh của cái chết. Chúng đơn giản là kết quả của một quá trình giống hệt với quá trình lão hóa, trong đó một hoặc hai dạng bệnh lý cụ thể đã xuất hiện gây tử vong cho bệnh nhân. Những phát hiện không gây chết người này có thể không trực tiếp góp phần gây nên cái chết, nhưng chúng tạo ra bối cảnh cho nó.

Mới đây tôi đã tìm đến sự giúp đỡ của một đồng nghiệp ở Bệnh viện Yale-New Haven. Tiến sĩ G. J. Walker Smith là giám đốc của khoa xét nghiệm tử thi, một người kỳ cựu sắc sảo trong căn buồng lát đá, nơi các bác sĩ của người chết cố gắng hết sức để trả lời câu hỏi mà người sáng lập ra chuyên ngành buồn thảm của họ, nhà giải phẫu Giovanni Battista Morgani^{*} đã đặt ra hơn hai trăm năm trước: *Ubi est morbus?* – “Căn bệnh nằm ở đâu?” Cùng với nhau, nhà bệnh học và bệnh nhân vừa mới qua đời thực hiện bốn phận đã hứa như được in trang trọng trong những tấm bảng treo trên tường của hàng trăm căn phòng xét nghiệm tử thi trên toàn thế giới: *Hic est locus ubi mors gaudet succurso vitae* – “Đây là nơi cái chết hân hoan tới để giúp cho sự sống.”

Căn phòng xét nghiệm tử thi là lãnh địa của Walker Smith, cũng giống như căn phòng phẫu thuật là lãnh địa của tôi. Khi tôi nói với ông là tôi quan tâm đến việc xác nhận những cảm tưởng từ lâu của mình khi xem một vài bản báo cáo cuối cùng về các bệnh nhân cao tuổi tử vong, ông đã làm tốt hơn cả vậy – bản thân ông cũng trở nên hứng thú, và chẳng bao lâu, ông cũng say mê dự án này chẳng kém gì tôi. Ông tìm thấy hai mươi ba bản báo cáo về bệnh nhân, những nghiên cứu trong các báo cáo này đã được thực hiện trước khi có tình trạng khan hiếm như ngày nay. Chúng tôi đã cùng nhau xem xét các phát hiện trong mười hai người đàn ông và mười một phụ nữ ở tuổi từ 84 trở lên, chết trong khoảng thời gian mười sáu tháng kể từ tháng Mười hai năm 1970 tới tháng Tư năm 1972. Độ tuổi trung bình của họ là 88, và người già nhất là 95 tuổi.

Mặc dù có nhiều biến thiên trong cách phân bố của những bệnh lý như xơ vữa động mạch và sự thoái hóa cực nhỏ của hệ thần kinh trung ương, tuy nhiên, khi quan sát tổng thể thì có một sự tương đồng ở những phát hiện đã gây ấn tượng rõ ràng với cả hai chúng tôi.

Kiểu chết đặc trưng của mỗi người dường như phụ thuộc vào trình tự liên quan của các mô của người đó với tiến trình thoái hóa. Một mạch chung giữa hai mươi ba bệnh nhân, ít nhất cũng theo thông tin được phản ánh trong giấy chứng tử, là hiện tượng mất đi sức sống xuất hiện cùng sự đói ăn và nghẹt thở – khi các động mạch hẹp lại, biên độ giữa sự sống và cái chết cũng hẹp lại. Có ít dinh dưỡng hơn, ít oxy hơn, và độ đàn hồi sau chấn thương cũng giảm. Mọi thứ hao mòn và đông cứng cho tới khi sự sống cuối cùng bị tiêu diệt. Thứ chúng ta gọi là cơn đột quỵ cuối cùng, hay nhồi máu cơ tim, hay sự nhiễm trùng chỉ đơn giản là một lựa chọn của các yếu tố hóa lý mà chúng ta đã chưa nhận thức thấu đáo, mục tiêu của nó là dần hạ màn một vở kịch đã gần với phần kết của nó hơn người ta tưởng, thậm chí ở một người già cho tới lúc đó vẫn có vẻ khỏe mạnh sôi nổi.

Một người thọ tám mươi tuổi chết vì nhồi máu cơ tim không chỉ là một công dân cao tuổi đã tơi tả vì bệnh tim – họ là nạn nhân của một tiến trình âm ỉ liên quan tới toàn bộ con người họ, và tiến trình đó được gọi là lão hóa.

Chứng nhồi máu chỉ là một trong những biểu hiện của nó, trong trường hợp của người này thì nó đã đánh bại mọi biểu hiện khác, cho dù bất cứ biểu hiện nào khác cũng có thể sẵn sàng chộp lấy họ nếu một vị bác sĩ trẻ nào đó xoay xở cứu chữa cho người đó trong phòng chăm sóc tim tích cực. Bảy trong số những người cao tuổi của Walker Smith tử vong vì nhồi máu cơ tim; bốn người khác bị đột quỵ ở giai đoạn cuối đời; tám người tử vong vì nhiễm trùng, trong đó có ba người biến vào cõi vĩnh hằng khi tay trong tay với người bạn của tuổi già, chứng viêm phổi; có ba người ung thư nặng trong nhóm, mặc dù chương kết với một người là viêm phổi, và người khác là đột quỵ. Quan sát ấn tượng nhất cũng là điều được mong đợi nhất: Tất cả hai mươi ba người này đều bị bệnh xơ động mạch nghiêm trọng trong các mạch ở tim hay não, và hầu hết đều bị ở cả hai nơi, cho dù họ không thể hiện triệu chứng nào đòi hỏi phải điều trị cho tới tận sự kiện cuối cùng. Ở tất cả những người già được nghiên cứu, kiểu gì cũng có một trong hai bộ máy hệ trọng này đã đến sát lúc ngừng hoạt động.

Một phát hiện khác không gây ra sự ngạc nhiên nào là tính thường xuyên của căn bệnh có thể gọi tên trong các cơ quan khác ở bất cứ người nào, bệnh này không đóng vai trò gì trong cái chết của bệnh nhân. Trong các báo cáo của các nhà nghiên cứu bệnh học, những căn bệnh như vậy được xác định rõ là “phụ”. Vì vậy, ngoài ba bệnh nhân chết vì u ác tính, ba người khác cũng được phát hiện chắc chắn có bệnh ung thư “phụ” – trong phổi, tuyến tiền liệt, và vú; hai phụ nữ và một nam giới bị phồng động mạch chủ hoặc các động mạch lớn ở khoang bụng được gọi là chứng phình mạch, gây ra bởi sự suy yếu do xơ vữa động mạch; trong số hai mươi người có não được nghiên cứu dưới kính hiển vi, phát hiện mười một người bị chứng nhồi máu từ trước, dù chỉ một người đã có tiền sử đột quỵ; mười bốn người được phát hiện có những thay đổi lớn về xơ vữa động mạch trong các động mạch của thận; một vài người bị nhiễm trùng đường tiểu; và một người đàn ông chết vì ung thư dạ dày di căn làm hoại thư chân.

Người ta đã biết rõ rằng những người rất già chết vì những căn bệnh mà họ có thể dễ dàng vượt qua nếu họ trẻ hơn một chút, nhưng mức độ điều này xảy ra trong trường hợp căn bệnh cực kỳ đơn giản lại thật đáng ngạc nhiên:

Một trong những đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chết vì vỡ ruột thừa, hai người vì nhiễm trùng do phẫu thuật túi mật hoặc ống mật, một người vì biến chứng của chỗ loét trong hệ tiêu hóa bị thủng, và một người khác nữa vì viêm túi thừa. Tất cả các bệnh này đều là nhiễm trùng. Nhiễm trùng chỉ xếp sau chứng xơ vữa động mạch trong số các nguyên nhân phổ biến nhất gây ra cái chết ở những người từ 85 tuổi trở lên. Thêm hai bệnh nhân tử vong vì xuất huyết – một người vì loét tá tràng còn người kia vì gãy xương chậu. Là người có tham gia vào hoạt động phẫu thuật vô cùng tích cực trong suốt giai đoạn những cuộc khám nghiệm tử thi này được thực hiện, tôi có thể chứng thực khả năng rằng không ai trong số bảy người đã được điều trị tại bệnh viện đại học này chết nếu khi đó họ đang ở tuổi ngoài năm mươi.

Chỉ hai trong số hai mươi ba bệnh nhân của Walker Smith thoát khỏi được sự tàn phá đáng kể của mô não. Thực tế, một trong số họ đã chứng tỏ có sức đề kháng khác thường với chứng xơ vữa động mạch, ít nhất ở não và tim. Mức độ canxi hóa ở các động mạch vành của người đàn ông tám mươi chín tuổi này chỉ ở mức vừa phải, và ông vẫn giữ “mức teo não thấp hơn dự đoán ở não bộ của người ở tuổi này” như trích dẫn từ báo cáo khám nghiệm tử thi. Nhưng ông bị ở thận, đây không chỉ là vị trí bị nhiễm trùng mạn tính (được gọi là viêm thận – pyelonephritis) – chứng bệnh đã không ngừng gieo rắc vào đường tiểu vi khuẩn đường ruột, mà còn là nạn nhân của những vết sẹo và sự phá hủy những nhánh động mạch nhỏ li ti và các đơn vị lọc của chúng. Nhưng không phải là căn bệnh thận mạn tính đã giết ông – ông chết bởi một khối u ác tính được gọi là đa u tủy xương (*multiple myeloma*), biến chứng từ chứng viêm phổi. Và bởi vậy, giống như mọi người khác trong số hai mươi ba người già gồm cả đàn ông lẫn đàn bà ấy, người này bị đem đi bởi một vài trong số bảy viên kỵ sĩ.

Một người khác thoát được sự tàn phá của quá trình lão hóa não bộ là một giáo sư tiếng Latin tám mươi bảy tuổi, nguyên trưởng khoa của Đại học Yale. Có vẻ hoạt bát và khỏe mạnh (và không có bằng chứng lâm sàng về bệnh tim), khi khám nghiệm tử thi, ông được phát hiện đã từng suýt bị nhồi máu cơ tim, với sự kết hợp thú vị của “vấn đề rắc rối [liên quan đến xơ vữa động mạch] trầm trọng của các động mạch vành và vấn đề rắc rối tối thiểu ở

các mạch não”. Thực tế, một trong số các động mạch vành của ông đã bị bít lại hoàn toàn. Trái tim đã trải qua một sự biến màu thành nâu nhạt vì hao mòn; thận trông cũng đã già đi. Vị giáo sư đã bị đánh thức khi đang ngủ trong một đêm tháng Mười hai lạnh lẽo bởi đợt tấn công bất ngờ của một cơn đau nhức nhối ở bụng. Các chẩn đoán về chỗ loét trong hệ tiêu hóa thủng lỗ chỗ được đưa ra ở phòng cấp cứu và xác nhận ở phòng khám nghiệm tử thi bốn ngày sau đó, sau khi hệ miễn dịch mệt mỏi và trái tim chỉ được nuôi dưỡng vừa đủ của ông tỏ ra không còn đủ sức để bảo vệ ông khỏi chứng viêm phúc mạc xảy ra sau đó. Và như vậy, bộ não tương đối lành lặn của vị giáo sư không có ích lợi gì cho ông khi sự sống của ông bị đe dọa ở một nơi khác.

Bài học rút ra từ lịch sử của hai mươi ba trường hợp đơn giản là sự xác nhận về bài học mà trải nghiệm hằng ngày vẫn chỉ ra. Cho dù nó là tình trạng hỗn loạn của quá trình sinh hóa rối loạn hay là kết quả trực tiếp của hiện tượng đối lập của nó – một hành trình theo gen di truyền được sắp xếp cẩn thận dẫn tới cái chết – chúng ta chết vì tuổi già bởi vì chúng ta đã hao mòn, hỏng hóc và được lập trình để đầu hàng. Những người rất già không chết vì bệnh tật – con đường của họ đổ sập vào cõi vĩnh hằng.

Vì có rất ít con đường dẫn tới cái chết của người già, và bởi vì những viên đá lát đường cơ bản của chúng có sự hòa trộn lẫn nhau như vậy, thật hợp lý khi đặt ra câu hỏi tại sao sự phát triển của một trong số chúng lại đem tới nguy cơ cao như vậy trong việc nuôi dưỡng những con đường khác. Phải chăng tất cả những biểu hiện bệnh này đều cùng có một nguyên nhân chung là sẽ hoạt động mạnh hơn khi chúng ta già đi? Tất nhiên, suy xét này đã được đưa vào các lý thuyết khác nhau về lão hóa. Ví dụ, một trong những lý thuyết đề xuất rằng, quá trình chúng ta phát triển và trưởng thành là một phần của mô hình trao đổi chất do một bộ phận bên trong não bộ được gọi là vùng dưới đồi (vùng não điều khiển thân nhiệt, đói, khát...) kiểm soát, bộ phận này có thể điều chỉnh hoạt động của hoóc-môn. Ngay từ khi sự sống bắt đầu, cơ chế này cho phép cơ thể thích ứng với môi trường bên ngoài. Sự phát triển của những khả năng thích nghi này tất yếu dẫn tới sự phát triển, trưởng thành, và rồi già đi, như thế theo một lịch trình. Nếu có sự thật trong

luyện điểm thần kinh nội tiết về lão hóa này, thì sự xuất hiện của những căn bệnh ở người cao tuổi là cái giá một cơ thể phải trả cho khả năng thích nghi suốt đời của nó với môi trường xung quanh và với những thay đổi diễn ra trong những tế bào của chính nó.

Toàn bộ tiến trình trải ra như thể một phần của một kế hoạch lớn, một chiến lược tổng quát giám sát sự phát triển của cơ thể từ những giai đoạn phát triển đầu tiên tới khoảnh khắc cái chết xảy đến, hoặc ít nhất tới tình trạng hỗn loạn diễn ra ngay trước nó. Trong vấn đề này, các nhà lý luận về sinh lý học đồng tình với những nhà cổ vấn về mất mát, những người đã chỉ ra giá trị của câu châm ngôn rằng cái chết là một phần của sự sống.

Đây là những khả năng thúc đẩy những suy đoán về tầm quan trọng cơ bản trong việc đưa ra quyết định về cuộc sống của chính chúng ta. Khi một người cao tuổi nhận được đề xuất về khả năng làm dịu đi căn bệnh ung thư hoặc thậm chí là chữa chạy nó, giả định rằng người đó sẵn sàng chịu đựng phương pháp hóa trị hoặc phẫu thuật triệt căn, người đó nên phản ứng thế nào? Người ấy sẽ chịu đựng suốt quá trình điều trị, chỉ để năm sau chết vì chứng xơ vữa động mạch trong mạch máu não? Rốt cuộc thì, căn bệnh về mạch máu não rất có thể là kết quả của một quá trình tương tự đã làm giảm khả năng miễn dịch của người đó đối với khối u ác tính từ căn bệnh ung thư đang cố gắng giết người đó. Nhưng rồi, những biểu hiện khác nhau của quá trình lão hóa tiến triển với các mức độ khác nhau, vì vậy mà nó có thể lâu hơn ít nhiều so với tiên đoán của người đó trước khi cơn đột quy của họ ra tay. Những tình huống có thể xảy ra này chỉ có thể được dự đoán qua việc đánh giá tình trạng hiện tại của tiến trình lành tính, như mức độ tăng huyết áp và tình trạng bệnh tim. Đây là những kiểu xem xét nên đưa vào mọi quyết định lâm sàng liên quan tới những người bệnh cao tuổi, và các bác sĩ có kinh nghiệm luôn luôn sử dụng chúng một cách cẩn trọng. Những bệnh nhân sáng suốt cũng nên làm như vậy.

Cho dù là kết quả của hao mòn, hồng hóc và cạn kiệt nguồn tài nguyên hay do được lập trình sẵn trong gen, mọi cuộc đời đều có một khoảng thời gian có hạn và mỗi loài đều có tuổi thọ riêng. Đối với loài người, khoảng

thời gian này xấp xỉ từ 100 tới 110 năm. Điều này có nghĩa là, thậm chí nếu có thể ngăn chặn hay chữa trị được mọi bệnh tật đem con người đi trước khi quá trình lão hóa làm điều đó, hầu như sẽ không ai sống quá được một thế kỉ hoặc hơn như vậy một chút. Mặc dù người viết thánh ca hát rằng “Tuổi tác của chúng tôi đến được bảy mươi...”^{*}, có vẻ như người ta đã quên mất rằng nhà tiên tri Isaiah trong Kinh Cựu ước là một nhà tiên tri tốt hơn, hoặc ít nhất cũng là một nhà quan sát tốt hơn, người đã chỉ ra cho tất cả những người biết lắng nghe rằng “đứa trẻ sẽ qua đời một trăm năm nữa”. Ở đây ông đang nói về New Jerusalem, nơi có lẽ sẽ không có trẻ thơ qua đời và không bệnh tật: “Từ đó sẽ không còn một đứa trẻ nào của thời đại, cũng không có người già nào không sống trọn ngày tháng của mình.” Liệu chúng ta có để ý tới lời cảnh báo của Isaiah và tránh hành xử như kiểu McCarty, giải quyết các vấn đề nghèo đói, yêu thương láng giềng, ai mà biết chúng ta có thể đưa ra lời tiên tri của tiên tri gần đến mức nào? Khoa học y tế và điều kiện sống được cải thiện đã đưa chúng ta đi cả một chặng đường dài. Xã hội phương Tây trong chưa đầy một trăm năm đã tăng hơn gấp đôi tỉ lệ sống của trẻ em mới chào đời. Chúng ta đã thay đổi diện mạo của cái chết. Theo khuôn mẫu nhân khẩu học hiện đại, đại đa số chúng ta giờ đây ít nhất cũng đạt tới thập kỉ đầu tiên của tuổi già, và chúng ta không thể tránh khỏi cái chết bởi một trong những cách nó tàn phá cơ thể chúng ta.

Mặc dù khoa học y sinh đã tăng tuổi thọ trung bình của nhân loại lên rất nhiều, con số tối đa được ghi nhận có thể xác minh trong lịch sử không hề thay đổi. Ở các quốc gia phát triển, chỉ một trong số mười nghìn người sống qua tuổi một trăm. Bất cứ khi nào có thể kiểm tra một cách nghiêm túc những tuyên bố rất có thể sẽ phá kỷ lục, chúng đều không thể chứng minh được. Theo đó, tuổi thọ cao nhất được xác nhận chắc chắn là 114. Thú vị là con số đó đến từ Nhật Bản, nơi có những công dân sống lâu hơn công dân của bất cứ quốc gia nào khác, với tuổi thọ trung bình ước tính là 82,5 với phụ nữ và 76,2 với nam giới.

Có rất nhiều những bằng chứng khác ủng hộ cho luận điểm về giới hạn thời gian sống xác định của các loài. Trong những manh mối, rõ ràng nhất là sự biến thiên lớn trong độ tuổi tối đa có thể đạt tới giữa các nhóm động vật

khác nhau, tồn tại trùng khớp với tuổi thọ vô cùng đặc trưng của riêng từng loài. Một quan sát khác về sinh vật học có tính chất gợi mở là số lượng con trung bình của bất cứ hình thái sinh vật nào cũng đều chứng tỏ mối liên hệ nghịch đảo với quãng đời tối đa của hình thái đó. Một động vật như con người – cần không chỉ một thời gian thai nghén đáng kể mà còn cần một khoảng thời gian dài quá mức trước khi thể hệ con cái độc lập được về mặt sinh học – đòi hỏi độ tuổi sinh sản kéo dài để đảm bảo sự tồn tại của loài, và đó chính là thứ chúng ta được trao cho. Loài người là động vật có vú sống lâu nhất.

Trong những giới hạn tương đối hẹp, nếu các tiến trình lão hóa có sức đề kháng với bất kỳ thay đổi nào trừ một số những thay đổi nhất định được nhiều người biết đến trong thói quen cá nhân, tại sao chúng ta cứ khẳng khẳng theo đuổi những nỗ lực từ trước tới nay là vô ích hòng sống nhiều hơn mức có thể? Tại sao chúng ta không cam chịu số phận với khuôn mẫu không thể thay đổi được của tạo hóa? Mặc dù mấy thập kỉ gần đây đã chứng kiến mối bận tâm của chúng ta đối với cơ thể mình và tuổi thọ của chúng đã đạt tới một mức độ đáng kể mà các thế hệ trước chưa biết tới, những kiểu tìm kiếm đầy hy vọng này vẫn luôn thôi thúc ít nhất một vài thành viên trong những xã hội có để lại các ghi chép về sự tồn tại của những tìm tòi ấy. Từ thời Ai Cập đã có bằng chứng về nỗ lực của những người cao tuổi hòng kéo dài đời sống của họ – tài liệu Ebers Papyrus* hơn 3.500 năm trước đây đã có một đơn thuốc cải lão hoàn đồng.

Thậm chí khi khoa học đã bắt đầu soi sáng buổi bình minh của một loại thuốc mới vào thế kỉ XVII, Hermann Boerhaave*, bác sĩ hàng đầu thời đó, đã khuyên một bệnh nhân cao tuổi tìm cách lấy lại sức khỏe của mình bằng cách ngủ giữa hai người trinh nữ, gợi nhớ tới nỗ lực vô ích của vua David* khi làm điều tương tự. Lịch sử đã đưa chúng ta qua thời kỳ què mùa của sữa mẹ và thứ khoa học giả hiệu của các tuyến giả hòng làm trẻ lại phần sinh lực đã giảm sút, và giờ đây chúng ta đang ở trong cái được gọi là thời đại của vitamin, cả C và E. Tuy nhiên chưa bao giờ có ai thành công trong việc vay mượn được bất cứ khoảng thời gian nào. Gần đây nhất, một số nghiên cứu viên đã từng nói với chúng tôi rằng hoóc-môn sinh trưởng có thể hứa hẹn

gia tăng khối lượng phần nạc của cơ thể và mật độ xương, và một số người trong chúng tôi khẳng định rằng như vậy nó cũng khiến cho con người trẻ ra. Giờ đây chúng ta nghe được những lời đồn đoán âm ỉ rằng thứ được gọi là liệu pháp gen chính là câu trả lời, qua đó, việc cắt và ghép các ADN sẽ cộng thêm cả thập kỉ hoặc hơn nữa vào khoảng thời gian sống tối đa. Các nhà khoa học tình tảo cố gắng trong vô vọng nhằm thuyết phục những người đang la hét rằng nó chưa có thực và không nên thành hiện thực. Bài học không bao giờ được rút ra là – sẽ luôn có những người khẳng khẳng tìm kiếm Tuổi nguồn Trẻ trẻ, hay ít nhất thì cũng trì hoãn thứ luật trời không thể nào tránh khỏi.

Có sự hão huyền trong tất cả những điều này, và nó hạ phẩm giá của chúng ta. Ở mức tối thiểu, nó cũng không đem lại cho chúng ta chút danh giá nào. Chẳng những còn lâu mới có chuyện không thể thay thế được, chúng ta còn nên bị thay thế. Những ý nghĩ kỳ quặc về việc ngăn chặn cái chết không phù hợp với những lợi ích tốt đẹp nhất của giống loài chúng ta cũng như sự tiếp tục của tiến trình phát triển của loài người. Thẳng thắn hơn, chúng không phù hợp với những lợi ích tốt đẹp nhất cho con cháu chúng ta. Tennyson^{*} đã nói rõ điều này: “Người già phải chết; nếu không thế giới sẽ ngáy một cũ mòn, sẽ chỉ nuôi dưỡng lại quá khứ mà thôi.”

Qua con mắt của tuổi trẻ, mọi điều không ngừng được nhìn nhận lại và tái phát hiện với lợi thế là kiến thức về điều đã xảy ra trước đó; chính tuổi trẻ mới không bị sa lầy vào những phương thức tiếp cận cũ kỹ với các thách thức của cái thế giới bất toàn này. Mỗi thế hệ trẻ đều khao khát chứng tỏ bản thân mình – và, trong khi chứng tỏ mình, đạt được những điều lớn lao cho nhân loại. Trong các sinh vật sống, chết đi và nhường lại sân khấu là con đường của tự nhiên – tuổi già là bước chuẩn bị cho việc lên đường, rút lui dần khỏi đời sống, khiến cho cái kết của nó dễ chấp nhận hơn không chỉ với những người cao tuổi mà còn cho những người mà họ đã tin cậy trao lại thế giới này.

Ở đây tôi không biện luận để chống lại người cao tuổi linh lợi và có ích. Tôi không ủng hộ việc nhẹ nhàng tiến vào màn đêm bao bọc, như thế là lão

suy trước tuổi. Cho tới khi trở thành bất khả, các bài tập khỏe khoắn cho cơ thể và đầu óc vẫn luôn tăng cường từng khoảnh khắc sống và ngăn ngừa tình trạng cách ly khiến cho quá nhiều người trong chúng ta trở nên già nua hơn chúng ta vốn thế. Tôi chỉ nói đến sự hão huyền phù phiếm trong những nỗ lực né tránh những điều tất yếu vốn là thành phần cần thiết trong điều kiện của nhân loại. Sự tồn tại dai dẳng chỉ có thể làm tan nát trái tim của những người ta yêu quý và của chính chúng ta nữa, chưa nói tới phần ngân quỹ xã hội nên được sử dụng vào việc chăm sóc những người chưa được sống trọn vẹn quãng thời gian của mình.

Khi chấp nhận rằng có những giới hạn xác định đối với cuộc sống, thì người ta cũng sẽ nhận thấy cuộc sống cũng có sự cân đối. Có một khuôn khổ sống mà tất cả niềm vui và thành tựu đều nằm gọn trong đó – và cả nỗi đau nữa. Những người sống lâu hơn tự nhiên cho phép sẽ mất đi khuôn khổ của mình, và cùng với nó, đánh mất đi cảm xúc thích hợp trong mối quan hệ với những người trẻ hơn, chỉ có được nỗi oán giận tuổi trẻ vì lấn chiếm sự nghiệp và tài nguyên của họ. Thực tế của việc chỉ có một khoảng thời gian có hạn thích hợp để thực hiện những điều bổ ích trong cuộc sống của chúng ta chính là thứ tạo ra sự cấp bách phải làm chúng. Nếu không, chúng ta có thể đình trệ lại vì trì hoãn. Thực tế hiển nhiên là từ phía sau lưng mình, như một nhà thơ cảnh báo cô tình nhân e lệ, chúng ta “luôn luôn nghe thấy/ Cổ xe thời gian hối hả gần kề” đề cao thế giới này và khiến cho thời gian thành vô giá.

Người tạo ra kiểu bài viết mà chúng ta gọi là tiểu luận, Michel de Montaigne, một nhà xã hội học người Pháp thế kỉ XVI đã nhìn nhận nhân loại qua lăng kính kỹ lưỡng của thực tế không tô vẽ mà cũng chẳng khoan dung, và lắng nghe những điều tự dối mình của nó bằng đôi tai của một kẻ hoài nghi. Trong 59 năm cuộc đời mình, ông đã suy nghĩ rất nhiều về cái chết, và đã viết về việc cần phải chấp nhận mọi dạng thức trong vô số những dạng thức khác nhau của con người là tất yếu như nhau: “Cái chết của bạn là một phần trong trật tự của vạn vật, nó là một phần sự sống của thế giới... nó là điều kiện cho sự tạo thành của bạn.” Và cũng trong tiểu luận đó, tiêu đề

“Nghiên cứu Triết học là Học chết”, ông đã viết, “Hãy nhường chỗ cho những người khác, như những người khác đã nhường chỗ cho bạn.”

Montaigne tin rằng, trong thời đại bạo lực và bất ổn này, cái chết là dễ dàng nhất đối với những người trong suốt cuộc đời mình đã trao cho nó nhiều suy nghĩ nhất, như thế luôn luôn sẵn sàng cho việc nhất định nó sẽ tới. Ông đã viết, chỉ bằng cách này mới có thể chết “một cách nhẵn nài và yên bình”, sau khi đã trải nghiệm cuộc sống trọn vẹn hơn nhờ nhận thức không ngừng rằng cái kết có thể tới sớm. Từ triết lý này, ông hình thành lời khuyên của mình: “Sự hữu dụng của cuộc sống không cốt ở độ dài ngày tháng, mà ở việc sử dụng thời gian; một người có thể có tuổi thọ rất cao nhưng lại sống chẳng được bao nhiêu.”

Francis Quarles (1592-1644): nhà thơ người Anh nổi tiếng với tác phẩm biểu tượng mang nhan đề là *Biểu tượng*.

Bộ sưu tập lớn về các y luận châm cứu của người Trung Quốc biên soạn khoảng đầu công nguyên. Đa phần lý thuyết trong cuốn này được trình bày qua lời vấn đáp giữa Hoàng Đế, một vị vua truyền thuyết, tương truyền sống trong khoảng từ 2697-2597 TCN, và Kỳ Bá, một vị quan chuyên về châm cứu và các vấn đề huyền bí.

Tác giả của các tác phẩm *Illiad* và *Odyssey*, được coi là một trong những nhà thơ Hy Lạp cổ đại xuất sắc nhất.

Leonard Hayflick sinh ngày 20/5/1928 tại Philadelphia, Pennsylvania, là một nhà giải phẫu người Mỹ. Ông là Giáo sư về giải phẫu tại Đại học California, San Francisco, Mỹ.

Bình thường lượng protein myc cân bằng đối nghịch với các protein khác – ví dụ như P53 vốn có vai trò làm chậm lại sự phân bào. Khi myc bị đột biến thành gen sinh ung sẽ gia tăng biểu hiện và kích thích tế bào phân chia.

Giovanni Battista Morgagni (1682-1771): nhà giải phẫu người Ý, được coi là cha đẻ của bệnh học giải phẫu hiện đại.

Nguyên văn trong Thánh thi: *The days of our years are threescore years and ten; and if by reason of strength they be fourscore years, yet is their strength labour and sorrow; for it is soon cut off, and we fly away.* (Tuổi tác

của chúng tôi đến được bảy mươi; còn nếu khỏe mạnh thì đến tám mươi, nhưng sự kiêu căng của nó bất quá là lao khổ và buồn thảm, vì đời sống chóng qua, rồi chúng tôi tan biến đi.) (*Tham khảo bản dịch tại trang web: bibleglot.com*)

Còn được biết tới là Papyrus Ebers, ghi chép về thuốc thảo dược của người Ai Cập vào khoảng năm 1550 TCN.

Herman Boerhaave (1668-1738): nhà thực vật học người Hà Lan và cũng là một bác sĩ nổi tiếng ở châu Âu.

David (1404-970 TCN): vị vua thứ hai của Vương quốc Israel thống nhất. Ông trị vì Judah từ khoảng năm 1010 TCN đến năm 1002 TCN, trị vì toàn vương quốc thống nhất từ khoảng năm 1005 TCN đến năm 970 TCN.

Alfred Tennyson (1809-1892): nhà thơ người Anh dưới thời trị vì của Nữ hoàng Victoria và là một trong những nhà thơ nổi tiếng nhất nước Anh.

5.

BỆNH ALZHEIMER

Thực tế, mọi căn bệnh đều có thể được miêu tả theo luật nhân – quả. Các triệu chứng mà một bệnh nhân trình bày với bác sĩ của mình, và những phát hiện trên cơ thể suy ra từ việc khám bệnh, là các kết quả trực tiếp của những thay đổi về bệnh lý rất cụ thể bên trong các tế bào, các mô và các bộ phận, hoặc của những rối loạn trong các quá trình hóa sinh. Khi những biến đổi cơ bản này được xác định, chúng có thể được chứng minh là chắc chắn đã dẫn tới các biểu hiện lâm sàng. Mục đích của công tác chẩn đoán là hòng tìm ra nguyên nhân, sử dụng kết quả của nó làm manh mối.

Ví dụ như chứng tắc nghẽn do xơ vữa trong động mạch đang nuôi dưỡng một phần cơ tim sẽ gây ra đau thắt ngực hoặc chứng nhồi máu, cùng với những triệu chứng do tình trạng này gây ra; một khối u gây ra tình trạng cung cấp thừa insulin sẽ làm giảm mạnh lượng đường trong máu, ngăn trở nguồn dinh dưỡng cần thiết tới não và dẫn tới hôn mê; một virus tấn công vào các tế bào vận động trong tủy sống sẽ gây ra chứng liệt ở các cơ mà những tế bào này gửi các thông điệp tới; một đoạn ruột bị xoắn lại quanh một sợi của mô sẹo sau phẫu thuật ở bên trong, kéo theo sự tắc nghẽn ở ruột, từ đó gây ra chướng bụng, nôn mửa, mất nước, và mất cân bằng hóa học trong máu, rồi điều này sẽ dẫn tới chứng loạn nhịp tim; ruột thừa bị thủng khiến cho ổ bụng tràn đầy mủ, dẫn tới viêm phúc mạc, làm tràn vào dòng máu các loại vi khuẩn gây ra sốt cao, nhiễm trùng và sốc. Danh sách những ví dụ này là vô tận và đầy trong các giáo trình y khoa.

Bệnh nhân tới gặp bác sĩ khi có một hoặc nhiều biểu hiện hay triệu chứng – đau thắt, hoặc hôn mê, hoặc liệt chân, hoặc nôn mửa dai dẳng và chướng bụng, hoặc sốt kèm theo đau bụng – và công việc thăm khám bắt đầu. Khi

sử dụng thuật ngữ *pathophysiology* (sinh lý bệnh học), điều các bác sĩ muốn nói tới là các chuỗi những sự kiện dẫn tới một loạt các triệu chứng có thể quan sát được và những phát hiện lâm sàng khác.

Sinh lý bệnh học là chìa khóa để chẩn bệnh. Đối với một bác sĩ, từ này có hàm nghĩa rộng, truyền tải cả triết học lẫn thẩm mỹ thi ca – không ngạc nhiên gì, một phần gốc Hy Lạp của nó, *physiologia*, mang ý nghĩa cả về triết học và thi ca: “một câu hỏi về bản chất của vạn vật”. Khi *pathos* – “sự đau đớn” hay “bệnh tật” – là tiền tố của nó, chúng ta có một sự diễn đạt theo đúng nghĩa đen về điều cốt lõi trong công cuộc truy tìm của bác sĩ, đó là đặt ra câu hỏi về bản chất của đau đớn và bệnh tật.

Công việc của bác sĩ trở thành nhận biết nguyên nhân chủ yếu của căn bệnh bằng cách lần ngược lại theo chuỗi sự kiện cho tới khi tìm ra kẻ chủ mưu – do vi trùng hay do hoóc-môn gây ra, thuộc về hóa học hay thuộc về cơ cấu, thuộc về gen hay thuộc về môi trường, khối u lành tính hay ác tính, bẩm sinh hay mới mắc phải. Việc điều tra được thực hiện bằng cách lần theo những manh mối để lại trên tổn thương có thể nhận biết được do thủ phạm gây ra trên cơ thể. Theo đó tội ác được phục dựng lại và một kế hoạch điều trị được đặt ra để giải thoát bệnh nhân khỏi ảnh hưởng của kẻ chủ mưu của căn bệnh.

Theo một nghĩa nào đó, lúc này, mỗi bác sĩ đều là một nhà sinh lý bệnh học, một điều tra viên nhận dạng căn bệnh bằng cách lần theo các căn nguyên của các triệu chứng của nó. Khi điều này đã được thực hiện thì có thể lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp. Bất kể mục tiêu là cắt bỏ nguồn gây bệnh, phá hủy nó bằng thuốc hay X-quang, trung hòa nó bằng thuốc giải độc, củng cố các cơ quan nó đang tấn công, tiêu diệt các vi trùng là nguyên nhân gây bệnh, hay đơn giản là kìm hãm nó cho tới khi hàng phòng thủ của chính cơ thể có thể vượt qua nó, thì một kế hoạch hành động vẫn phải được tổ chức chống lại từng căn bệnh nếu người bệnh có bất cứ cơ may nào đánh bại nó. Khi một bác sĩ tham gia vào cuộc chiến chống lại cái chết của bệnh nhân, hiểu biết của ông về nguyên nhân và kết quả là kho vũ khí mà ông sẽ tìm đến khi lựa chọn vũ khí cho mình.

Kết quả nghiên cứu y sinh học của thế kỉ vừa qua là *sinh lý bệnh học* của đại đa số các căn bệnh đều đã được biết rõ, hay chí ít thì cũng được biết đủ rõ để có biện pháp điều trị hiệu quả. Nhưng vẫn còn một vài căn bệnh mà trong đó mối liên hệ giữa nguyên nhân và kết quả chưa được vạch ra rõ ràng như chúng ta hy vọng, và một vài căn bệnh như thế nằm trong số những tai họa lớn nhất của thời đại chúng ta. Chứng bệnh mà ngày nay gọi là “chứng mất trí do lão suy kiểu Alzheimer” không chỉ thuộc vào phân loại này mà còn mang thêm tới cả những phiền toái mà nguyên nhân cơ bản của nó vẫn tiếp tục vượt ngoài tầm hiểu biết của các nhà khoa học kể từ lần đầu tiên vấn đề gây được sự quan tâm của giới y học năm 1907.

Biểu hiện bệnh cơ bản của chứng Alzheimer là sự thoái hóa tăng dần và hiện tượng mất đi số lượng lớn tế bào thần kinh trong các phần của vỏ não gắn với những phần chức năng cao hơn, như trí nhớ, việc học tập, và óc phán đoán. Mức độ trầm trọng và bản chất của chứng mất trí ở người bệnh tại bất cứ thời điểm cho trước nào đều cân xứng với số lượng và vị trí của các tế bào đã bị bệnh. Bản thân sự suy giảm mật độ tế bào thần kinh đã đủ để lý giải cho hiện tượng mất trí nhớ và những suy giảm nhận thức khác, nhưng có một nhân tố khác dường như cũng đóng vai trò ở đây – cụ thể là, một sự suy giảm rõ rệt acetylcholine, hóa chất được những tế bào này sử dụng để truyền các thông điệp.

Đây là những yếu tố cơ bản của những điều đã biết về căn bệnh Alzheimer, nhưng chúng quá ít ỏi để có thể cung cấp một mối liên hệ trực tiếp giữa một bên là những phát hiện về cấu trúc và hóa học, với một bên là những biểu hiện cụ thể mà bệnh nhân thể hiện tại bất cứ thời điểm nào. Vô số những chi tiết sinh lý bệnh học của căn bệnh vẫn vượt quá những nỗ lực kiên định nhất của khoa học y khoa trong việc xác định chúng. Những đặc điểm nổi tiếp trong danh sách dài các nguyên nhân, kết quả, và phương pháp điều trị xuất hiện trong những đoạn trên không hề tương đồng với tình trạng kiến thức (hay thiếu kiến thức) của chúng ta về bệnh Alzheimer. Chúng ta chẳng biết chút nào về điều có thể chữa trị nó cũng như điều gây ra nó.

Do đó, trong quá trình mô tả cách thức bệnh Alzheimer giết chết các nạn nhân của mình, sẽ là không khả thi khi thi thoảng ngừng lại giữa lúc tường thuật quá trình đi xuống để liên hệ các triệu chứng cụ thể với các giai đoạn sinh lý bệnh mà chúng thể hiện. Những chỗ đi chệch ra để giải thích như vậy sẽ gây khó hiểu và không thỏa mãn. Nhưng có một vài điều rất thú vị sẽ có khả năng thực hiện được, và tôi xin giới thiệu chúng ở đây trong một danh sách khác: sẽ là khả thi khi mô tả các thay đổi về bệnh lý cơ bản xuất hiện trong não, và một vài lĩnh vực nghiên cứu đang nỗ lực để làm sáng tỏ chúng; sẽ là khả thi khi sử dụng sự phát triển dần dần theo thời gian của những gì hiện tại chúng ta biết về căn bệnh theo cách mà những khía cạnh thường khó hiểu của chức năng não bị rối loạn có thể được làm cho dễ hiểu; sẽ là khả thi khi ghi lại sự tàn phá cảm xúc xảy đến với gia đình các nạn nhân; sẽ là khả thi khi nói về những điều xảy ra với một người bị nhiễm bệnh – và họ qua đời như thế nào.

“Mọi việc đã trở nên trầm trọng chỉ mười ngày trước kỉ niệm đám cưới lần thứ năm mươi của chúng tôi.” Janet Whiting nhớ lại sáu năm khổ sở của chồng bà khi suy sụp dần đến những giai đoạn cuối của căn bệnh Alzheimer. Tôi đã biết Janet và chồng bà, Phil, từ khi tôi còn nhỏ. Họ là một cặp vợ chồng mới cưới trẻ trung và rất cuốn hút, gia đình tôi tới thăm căn hộ của họ lần đầu tiên vào cuối những năm 1930; hồi đó ông khoảng 22 tuổi còn bà khoảng 20. So với bố mẹ tôi – những người nhập cư thu mình trầm lặng ở tuổi bốn mươi, vợ chồng Whiting có vẻ giống như một đôi diễn viên điện ảnh, một cặp trẻ con còn chưa đủ lớn để làm bất cứ việc gì trong căn hộ vừa mới trang bị đồ đạc ngoài chơi đồ hàng.

Tôi không nghi ngờ gì về tính xác thực của sự hào hứng mà rõ ràng Janet và Phil cảm nhận về nhau – điều tôi nghi ngờ là liệu có chắc rằng cặp đôi có cuộc sống chung quá tươi vui này thực sự đã kết hôn không. Tôi đã chắc rằng họ chỉ thử thôi; từ quan sát cá nhân, tôi biết rằng những người đã kết hôn không cư xử như vậy. Nếu cặp Whiting hy vọng mọi việc sẽ tốt đẹp, họ phải ngừng hành động như thế họ phát điên lên vì nhau như thế.

Họ gần như không bao giờ làm như vậy. Họ giữ được trong cuộc hôn nhân đó một sự quan tâm dịu dàng dành cho nhau mà tôi dần dần học được cách trân trọng khi đủ lớn để biết điều gì đó về mối quan hệ giữa một người đàn ông và một người phụ nữ. Thậm chí những hành động thể hiện tình cảm không ngưng ngừng úp mở cũng không bao giờ biến mất. Khi năm tháng qua đi, Phil làm nên một sự nghiệp thành công trong ngành kinh doanh bất động sản, và căn hộ ở Bronx được thay thế bằng ngôi nhà đẹp đẽ ở Westport, Connecticut, nơi ba đứa trẻ mang dòng họ Whiting được nuôi nấng. Sau khi con cái đã phượng trưởng, Janet và Phil chuyển tới khu chung cư xa xỉ ở Stratford. Khi Phil nghỉ hưu khỏi công việc chính thức ở tuổi 64, thì con cái ông từ lâu đã có sự nghiệp thành công, có nhiều tiền bạc, và tương lai dường như được bảo đảm.

Sau vài thập kỉ không gặp gia đình Whiting, từ khi hơn hai mươi tuổi tới khi ngoài bốn mươi, tôi gặp lại họ năm 1978, khi họ đang sống trong khu chung cư, không xa ngôi nhà của tôi ở gần New Haven. Dành cả một tối với hai con người nồng nhiệt này đồng nghĩa với việc ngưỡng mộ sự thanh thản trong mối quan hệ của họ, cùng sự tôn trọng tế nhị ẩn trong dù là những ám chỉ nhẹ nhàng nhất tới nhau. Hôn nhân của họ còn mãi nguyện hơn cả sự hứa hẹn của những tháng đầu tiên. Khi Phil cuối cùng đã nghỉ việc hoàn toàn, ông và Janet đã chuyển hẳn tới Delray Beach, Florida, tôi và vợ cảm thấy rằng chúng tôi bị giằng khỏi hai người bạn quý giá đó. Điều chúng tôi không biết là có những điều lạ kỳ nho nhỏ đã bắt đầu xảy ra.

Thậm chí trước cả khi chuyển đi, Phil, người có trí tuệ sắc sảo vốn luôn say sưa với những tác phẩm phi hư cấu trong từng giây phút rảnh rỗi, đã ngừng đọc sách. Chỉ hồi tưởng lại, Janet mới thấy việc đó đã có vẻ lạ lùng, và chỉ khi hồi tưởng lại, nhiều năm sau bà mới thấy mình hiểu tại sao ông bắt đầu khẳng khẳng muốn bà lên kế hoạch trong ngày sao cho ông lúc nào cũng có bà bên cạnh. “Tôi không nghỉ hưu để ở một mình,” ông cầu nhàu khi bà rời nhà và dành cả buổi chiều trong thị trấn. Trong những ngày đầu, ông hiếm khi bộc phát những cơn giận dữ; giờ đây thì chúng xuất hiện thường xuyên hơn, và trở thành những trận hờn giận bùng nổ trong suốt vài năm cuối cùng ở Stratford; dần dà, có vẻ như Phil tìm lý do để chỉ trích cô

con gái Nancy – những chuyến thăm của cô tới khu chung cư thường kết thúc trong nước mắt trước khi cô bắt tàu quay về căn hộ riêng ở thành phố New York. Sau khi chuyển tới Florida, những cơn lú lẫn không thể nào giải thích nổi diễn ra thường xuyên hơn, Phil phản ứng với chúng bằng sự hoài nghi và giận dữ, như thể ai đó luôn luôn phạm lỗi. Ví dụ như, hơn một lần ông tới nhầm cửa hàng cắt tóc quen, rồi mắng mỏ người thợ cắt tóc vô tội vì cố tình bỏ lỡ cuộc hẹn mà thực ra là ông đã đặt ở nơi khác. Một lần, ông dọa đâm một người lái xe mô tô hốt hoảng tại một cây bơm xăng, chỉ vì người đó chạm vào vòi bơm sát bên cạnh – điều này xuất hiện ở một người đàn ông trong suốt cuộc đời chưa bao giờ động chân động tay khi giận dữ.

Cuối cùng, đã xuất hiện dấu hiệu trầm trọng đầu tiên cho thấy những vấn đề tệ hại mới không chỉ đơn thuần là sự cáu bẳn của một nhà điều hành về hưu đang già đi và không lúc nào thấy mãn nguyện. Một tối, Janet mời vợ chồng Ruth và Henry Warner, bà và Phil không gặp họ đã mấy năm, tới ăn tối. Phil vốn luôn là một chủ nhà niềm nở, nhã nhặn, tự hào về bàn tiệc của vợ mình và những hiểu biết về rượu rộng rãi của chính ông. Ông là một người dễ mến, và ông biết cách làm toát ra bầu không khí thoải mái thân thiện mà chính sự hiện diện của ông thể hiện. Dù ở nhà mình hay nhà người khác – không hề có sự khác biệt – Phil giống như một vị chủ quán trọ hào hiệp chỉ mong muốn cho tất cả mọi người xung quanh đều vui vẻ, khỏe mạnh.

Và mọi việc cũng như vậy tại bữa tối đó. Thức ăn của Janet rất ngon, rượu của Phil được chọn thuần thực, cuộc trò chuyện bên bàn ăn lúc thì đầy cảm xúc lúc thì thoải mái vô tư, buổi tối được bao bọc trong bầu không khí ấm áp của niềm vui thân tình đúng kiểu một chuyến thăm nhà Whiting. Vợ chồng Warner nói rằng, những đêm tốt đẹp của họ trong màn sương ấm áp của cảm giác dễ chịu đó được ghi nhớ rất rõ từ những năm trước đó.

Vào buổi sáng hôm sau, Phil không tài nào nhớ được bất kỳ điều gì về việc này. Ông không hề nhận thức được kể cả việc có gặp gỡ gia đình Warner, và không có giải thích nào thuyết phục được ông rằng họ đã tới thăm. Janet nhớ lại: “Điều đó khiến tôi phát hoảng.” Tối tận giờ phút đó,

tâm trí Janet vẫn cố tìm cách hợp lý hóa những thay đổi không thể chối cãi được nữa trong lối hành xử gần đây của Phil. Tuy nhiên, ngay cả tại điểm cùng cực của buổi sáng đó, bà vẫn cố gắng biện minh cho những cơn bất an gần đây nhất mà bà chứng kiến. “Tôi nghĩ, à, thỉnh thoảng mình cũng quên, và có thể ông ấy sẽ nói về chuyện đó sau.” Bà quá thất vọng, cố tránh né những suy nghĩ hải hùng hiển nhiên ngày một tăng trong nhận thức của mình đến nỗi bà gần như đã thuyết phục được bản thân về sự vô hại của lần suy sụp mới nhất của chồng.

Nhưng một vài tuần sau đó, những biện hộ mong manh của Janet đã bị lấn át bởi một biểu hiện không thể nào chối cãi buộc bà phải nhìn thẳng vào nó, nhất quyết không để cho những nỗ lực bào chữa đã kiệt sức của bà làm phân tán hay thậm chí lu mờ. Một chiều nọ, khi trở về nhà sau vài tiếng ra ngoài, bà đối mặt với Phil, ông cảm thấy bị tổn thương và giận dữ kết tội bà đi thăm người yêu. Đáng buồn hơn cả lời buộc tội là danh tính của vị “người yêu” giả định kia: đó là anh họ Walter của Phil, đã mất nhiều năm về trước. “Đến lúc đó, tôi thậm chí còn không biết đó là Alzheimer – tôi chỉ biết rằng tôi đã hoảng sợ. Điều kinh khủng gì đó đang xảy ra với Phil, và tôi không thể nào lờ đi hoặc cố biện minh cho nó thêm được nữa.”

Nhưng, dù rốt cuộc hành động có thể sẽ là cách xác nhận điều không thể khác, Janet vẫn do dự tìm kiếm sự xác minh về mặt y tế. Có lẽ bà vẫn hy vọng rằng Phil chỉ đơn giản là đang trải qua một vài chuyển biến về cảm xúc hoặc rằng những cơn hành xử không phù hợp của ông sẽ không tiến triển nữa, hoặc thậm chí có thể biến mất theo thời gian. Cuối cùng, những cơn đó không chỉ ngăn ngủi mà còn không được nhớ nữa. Ngay khi khoảnh khắc đó qua đi, Phil có vẻ như không nhận thức được điều mình vừa nói hay làm. Ngay cả bây giờ, khi nghĩ lại điều đó, Janet không nhớ lại được rất nhiều những lời nói dối nho nhỏ bà buộc phải tự nhủ với bản thân mình vừa để trấn an mỗi lo âu đang tăng lên không ngừng vừa để trì hoãn việc công nhận nỗi tuyệt vọng.

Nhưng cuối cùng, việc bà tiếp tục lảng tránh những suy nghĩ của mình về hiện tượng mất dần tâm trí của Phil đã trở thành bất khả. Ngày càng thường

xuyên, ông thức dậy vào nửa đêm, gào lên bắt Janet ra khỏi giường. Ông sẽ la lớn: “Cô đang làm gì ở đây? Kể từ khi nào mà em gái lại ngủ với anh trai như thế?” Lần nào bà cũng kiên nhẫn làm theo yêu cầu của ông và để ông vùng vẫy trong cơn giận dữ trong khi bà nằm thức chong chong cho tới sáng trên đi văng trong phòng khách. Ông sẽ nhanh chóng ngủ ngon lành trở lại, rồi thức dậy vào buổi sáng mà không nhớ chút gì về cơn giận của mình.

Rồi cũng đến lúc không thể trì hoãn thêm được nữa. Một hôm, khoảng hai năm sau câu chuyện xảy ra với gia đình Warner, khi cuối cùng bà cũng đã tự thuyết phục được mình, Janet đã dùng vài chiêu dụ dỗ giờ chẳng ai còn nhớ để thuyết phục Phil tới gặp bác sĩ của họ. Sau khi xem xét cẩn thận bệnh sử và khám xét, bác sĩ ra khỏi phòng khám và thông báo tên bệnh của Phil. Đến lúc đó, Janet đã phần nào quen thuộc với những đặc điểm của căn bệnh Alzheimer, nhưng ngay cả tiên lượng của bà về kết quả chẩn đoán cũng không làm giảm bớt sự choáng váng hay cảm giác tuyệt vọng khi nghe thấy những lời đó từ bác sĩ. Bà và bác sĩ quyết định không nói với Phil. Sẽ chẳng có gì khác biệt nếu họ nói với ông – thời điểm đó, ông đã ở tình trạng không thể đi xa hơn một nhận thức tạm thời về những hàm ý của một chẩn đoán như vậy, và sẽ không bao giờ duy trì bất cứ nỗ lực nào để mô tả nó. Trong vòng vài phút nghe họ nói, ông sẽ trở lại trạng thái không biết gì về tình trạng tinh thần của mình như thể họ chưa từng nói ra.

Thực tế thì vài tháng sau, Janet đã nói với ông. Khi những cơn hành xử vô lý của ông trở nên thường xuyên hơn và sự lú lẫn của trí nhớ kéo dài hơn, thì có những lúc bà không thể nào kiểm soát được sự thiếu kiên nhẫn của mình, và luôn cảm thấy một cảm giác hồ thẹn trào lên ngay khi bà đối xử với người đàn ông tốt bụng này một cách giận dữ nóng nảy hay thậm chí là nói những lời sắc lẹm. Một lần, sau một cuộc đấu khẩu khó chịu vô cùng, bà gắt lên với ông: “Ông không thấy có gì bất thường với mình à? Ông không biết là ông đã mắc chứng Alzheimer sao?” Khi tả lại cơn giận dữ ấy, bà nói với tôi: “Tôi cảm thấy thật khủng khiếp ngay khi điều ấy thoát ra khỏi miệng mình.” Nhưng sự hối hận của bà là không cần thiết. Cứ như thể là bà vừa bình luận về thời tiết. Phil không biết thêm được gì về cảnh ngộ khổ khổ của ông so với trước khi bà nói ra. Trong chừng mực mà ông quan tâm,

chẳng có gì khiếm nhã vừa xảy ra với ông cả – thậm chí ông còn không thể nhớ được cả tính hay quên của chính mình. Với bất cứ người quen tình cờ nào đã có cơ hội gặp Phil Whiting già cả tốt bụng, ông có vẻ chẳng khác gì trước kia, và đó chính xác là điều ông nghĩ về mình.

Janet đã làm điều mà đa phần mọi người ở hoàn cảnh đau khổ của bà làm. Bà quyết định tự mình chăm sóc Phil chừng nào còn có thể, và bà bắt đầu tìm kiếm những cuốn sách để giúp bà hiểu về tình trạng tâm trí của những người bị chứng Alzheimer. Có một vài cuốn bổ ích, nhưng tốt nhất trong số đó là cuốn *The 36-Hour Day* (tạm dịch: *Ngày 36 tiếng*). Trong đó, bà thấy những phần trình bày xác nhận điều bác sĩ đã nói với bà nhiều ngày trước, như: “Về cơ bản, căn bệnh tiến triển chậm chạp nhưng không ngừng tiến triển,” và “Bệnh Alzheimer thường dẫn tới cái chết trong khoảng bảy tới mười năm, nhưng nó có thể tiến triển nhanh hơn (ba tới bốn năm) hoặc chậm hơn (tối đa là 15 năm).” Khi đang băn khoăn tự hỏi liệu có phải bà không chỉ đơn giản đang chứng kiến sự tàn phá của tình trạng lão hóa thông thường không, thì Janet tình cờ gặp được câu này: “Chứng mất trí không phải là kết quả tự nhiên của lão hóa.”

Vậy là Janet nhanh chóng biết rằng đây là một căn bệnh thật sự bà sẽ phải đương đầu, và rằng đi cùng với nó là sự chắc chắn không gì lay chuyển được của sự tàn phá và cái chết. *The 36-Hour Day* và những cuốn sách khác đã dạy cho bà về những thay đổi về cơ thể và cảm xúc bà có thể thấy ở Phil, cũng như cho bà những lời khuyên quan trọng về việc chăm sóc không chỉ cho Phil mà còn cho chính bà nữa trong suốt những năm chắc chắn sẽ căng thẳng và đau khổ. Nhưng cuối cùng bà nhận ra rằng: “Chúng chỉ là ngôn ngữ – chứ không thực sự thấu hiểu. Chính trái tim mới khiến bạn làm được những điều này.” Cho dù bà có đọc rộng đến đâu, và cho dù bà có cố gắng bao nhiêu đi nữa để chuẩn bị cho bản thân trước điều có thể xảy ra như được mô tả rõ ràng trong *The 36-Hour Day*: “Thình thoảng người mắc chứng mất trí nhớ... có thể ném đồ vật xung quanh [hoặc] đập vào bạn”, bà cũng không bao giờ có thể tiên lượng được hàng loạt các sự kiện dẫn tới những vấn đề vượt khỏi tầm tay bà vào một tối tháng Ba năm 1978, sau một năm chăm sóc tận tụy của bà. Đó là buổi tối “chỉ mười ngày trước lễ kỉ niệm lần thứ 50

đám cưới của chúng tôi” khi “mọi việc đến hồi nguy kịch”. Đây là mô tả của bà về việc đó với tôi 5 năm sau:

Ông ấy không biết tôi là ai – ông ấy nghĩ tôi đã đột nhập vào nhà và đang ăn trộm đồ đạc của Janet. Rồi ông ấy bắt đầu đuổi tôi chạy vòng quanh và ném đủ các thứ vào người tôi. Ông ấy làm vỡ một vài món đồ cổ của tôi bởi vì ông ấy không biết chúng là cái gì. Rồi ông ấy nói rằng ông ấy sẽ gọi cho Nancy và nói cho nó biết chuyện gì đang xảy ra. Và, ông ấy gọi cho con bé thật, con bé ngay lập tức biết chuyện gì đang xảy ra. Nó nói với ông ấy: “Bố đưa máy cho người phụ nữ đó đi,” vậy là ông ấy ném điện thoại cho tôi và nói: “Đây – con gái tôi sẽ nói chuyện với bà – nó sẽ bảo bà xéo đi!” Khi tôi nhận cuộc gọi, Nancy bảo: “Mẹ ơi, mẹ ra khỏi nhà ngay lập tức đi. Con sẽ gọi cho cảnh sát.” Khi tôi đặt máy, Phil chộp lấy điện thoại và gọi cho cảnh sát khu vực.

Thật điên rồ, tôi ở lại trong nhà, còn ông ấy bắt đầu ném các thứ vào tôi. Vì vậy tôi cũng gọi cho cảnh sát. Tưởng tượng xem, ba chiếc xe cảnh sát xuất hiện còn tôi thì ngượng chín người! Các nhân viên cảnh sát đi vào và tôi cố gắng nói với họ chuyện gì đang xảy ra, nhưng Phil nói: “Bà ấy không phải là vợ tôi. Đi theo tôi, tôi sẽ chỉ cho các anh thấy ảnh của vợ tôi.” Bằng cách đó, ông ấy dẫn một viên cảnh sát vào phòng ngủ và chỉ cho anh ta thấy bức ảnh cưới của chúng tôi. Tất nhiên, khi viên cảnh sát nhìn bức ảnh, anh ta nói: “Cô dâu này trông giống hệt vợ ông, đang đứng ở ngay đây,” còn Phil thì khẳng định: “Bà ta không phải là vợ tôi!”

Lúc đó, hàng xóm của chúng tôi bước vào và ông ấy nhận ra bà ta. Khi chứng kiến việc đang xảy ra, bà ấy nói với Phil rất nhẹ nhàng rằng: “Phil, anh biết là tôi yêu quý anh và tôi không nói dối anh đâu. Người phụ nữ này chính là Janet đấy – quay lại đây và nhìn xem.” Vậy là ông ấy nghe lời. Ông ấy quay lại và nhìn tôi như thể ông ấy nhìn thấy tôi lần đầu tiên. “Janet,” ông ấy nói, “ơn Chúa là em đây rồi! Có ai đó đã ở đây định ăn cắp quần áo của em.” Chuyện là thế đấy.

Một trong những viên sĩ quan dễ dàng Phil đi vào trong xe của anh ta. Suy nghĩ “Họ sẽ nghĩ là anh đang bắt tôi đấy” của Phil được gạt đi bằng lý lẽ “Ồ, không, họ sẽ chỉ nghĩ là chúng tôi đang đưa một người bạn đi chơi thôi.” Phil có vẻ như thỏa mãn với giải thích đơn giản như vậy. Ông được đưa tới một bệnh viện gần đó, ông ở đó cho tới khi việc thu xếp một chỗ trong nhà dưỡng lão được hoàn tất.

Nancy bay đến với mẹ, họ tới thăm bệnh viện hằng ngày. Ban đầu họ ngạc nhiên với việc Phil dễ dàng quen với lễ thói trong phòng bệnh, nhưng rồi họ nhanh chóng nhận ra là ông thực sự chẳng biết mình đang ở đâu. “Ông ấy giới thiệu chúng tôi với mọi người ngồi ở bàn của khu điều trị và nói với chúng tôi họ là các thư ký của ông ấy, còn bệnh viện là một khách sạn ông đang quản lý.” Ông thường nhận ra Janet, nhưng lần nào cũng phải nói với ông rằng người phụ nữ trẻ hơn chính là con gái ông. Có lúc, ông nghĩ Janet là bạn gái ông, và cuối cùng thì ông không biết bà là ai nữa.

Trong vòng một tuần, người ta tìm được một khu an dưỡng tốt, Phil được chuyển tới đó. Vài ngày sau, Janet tổ chức lễ kỉ niệm 50 năm ngày cưới của họ tại đây, bên người đàn ông thi thoảng biết tại sao bà lại đến và thi thoảng thì không. Ông chẳng hề hay biết gì về tình trạng mất trí thực sự của ông cũng như tấn thảm kịch xảy ra với gia đình mình.

Trong suốt hai năm rưỡi sau đó, ngày nào Janet cũng dành phần lớn thời gian ở bên Phil, trừ những khoảng nghỉ ngơi ngắn mà con cái bà vật nài. Họ có thể cảm thấy sự mệt mỏi triền miên của bà và họ biết khi nào thì sự hành xác của bà cần được ngắt mạch. Ngay cả những phút oán giận của bà cũng không lọt ra ngoài nhận thức của họ, nhưng họ cũng hiểu cả những điều đó nữa, và sẵn sàng tha thứ cho bà còn hơn cả bà tự tha thứ cho bản thân mình. Bất chấp sự chăm sóc tận tụy của bà, tình yêu của bà, người bạn tốt nhất của bà đã bỏ bà lại để rơi vào một vũng lầy không ý thức.

Janet trở thành một tình nguyện viên trong phòng vật lý trị liệu, và trong một thời gian ngắn, bà đã tham gia vào những hoạt động của một nhóm hỗ trợ cho các gia đình của bệnh nhân Alzheimer. Nhưng các nhóm hỗ trợ chỉ có thể san sẻ phần nào gánh nặng của mỗi người. Trong một thời gian ngắn, Janet biết rằng mỗi nạn nhân của chứng mất trí gây ra cho những người yêu thương họ một kiểu đau đớn độc nhất, và rằng mỗi cá nhân bị tổn thương có một cách hoàn toàn riêng biệt để chống đỡ. Ba người con thấy không thể chứng kiến nỗi suy tàn của người cha yêu quý của mình, và đó là điều tốt đẹp. Họ giúp đỡ về mặt tinh thần cho mẹ, coi đó là việc tẩm bổ tinh thần cho mẹ để bà thực hiện những nhiệm vụ mà họ biết là mẹ mình phải đảm đương.

Joey, người con út, bằng cách nào cố gắng thu xếp để tới thăm cha hai lần trong suốt khoảng thời gian hãn hữu của mình, nhưng cha anh chẳng nhận ra mà cũng chẳng nhớ được anh. Những chuyến thăm đó gây ra cho anh nỗi đau khổ không thể nào chịu nổi và chẳng giúp ích gì cho cha anh hết. Điều giúp ích cho mẹ anh – và đây thực sự là sự trợ giúp cần thiết nhất – chính là cảm giác vững chãi từ sự hỗ trợ không phải đến từ bất cứ nhóm người hay cuốn sách nào, mà từ sự tận tụy bền bỉ của gia đình và một vài người bạn với lòng trung thành xuất phát từ tình yêu.

“Chính trái tim mới khiến bạn làm được những điều này.” Điều ở trong trái tim Janet đã khiến bà làm cho Phil những việc mà chỉ có bà – không y tá, không bác sĩ, không nhân viên xã hội nào – có thể làm được. Dù ông biết bà hay không, có điều gì đó hầu như không thể nào bù đắp nỗi trong ông đã giữ lại một nhận thức mù mờ, xa xôi rằng bà là một nhân tố an toàn, chắc chắn, và có thể đoán biết được trong cái môi trường vô nghĩa, không thể kiểm soát nổi xung quanh. “Khi thấy tôi tới, ông ấy giơ tay lên vẫy, nhưng ông ấy chẳng hề biết tôi là ai. Ông ấy chỉ biết tôi là người tới thăm ông ấy, sẽ ngồi lại với ông ấy.”

Ban đầu, cảm giác choáng váng khi chứng kiến sự suy tàn đều đặn của Phil mỗi ngày một khủng khiếp. Bằng cách nào đó, Janet có thể giữ bình tĩnh khi bà vẫn hiện diện bên ông, dù không phải lúc nào cũng vậy: “Có những lúc trong năm đầu tiên ở trại dưỡng lão, tôi thấy mình vỡ vụn. Rồi họ dẫn tôi vào một căn phòng và trò chuyện với tôi, trò chuyện mãi cho tới khi tôi cảm thấy dễ chịu hơn chút ít để có thể đương đầu. Nhưng mỗi tối tôi trở về nhà và lại phát điên lên.” Dần dần, bà trở nên quen thuộc với tình trạng ngày một tệ hơn của Phil, nhưng bà nhận ra sẽ khó khăn biết bao cho những người khác cũng quan tâm tới ông. Và bà cũng muốn bảo vệ ông, muốn người ta nhớ tới ông như ông trước đây, một người đàn ông tốt bụng sôi nổi không chỉ đầy phẩm giá mà còn có phong cách rất riêng. “Tôi đã không để cho bạn bè chúng tôi tới thăm trại dưỡng lão – tôi không muốn họ thấy ông ấy như vậy.”

Ở trại dưỡng lão, tiến trình của Phil giống như những cuốn sách đã báo trước: “chậm rãi nhưng không ngừng tiến triển”. Đầu tiên, ông giữ lại được một vài bản tính tốt đẹp, hình như ông tin rằng mình chính là chủ một ngôi nhà đầy ắp những người đau ốm mà ông nhận trách nhiệm chăm sóc. Ăn vận đàng hoàng, ông đi từ bệnh nhân này sang bệnh nhân khác, hỏi han từng người một với lòng nhân từ của ông chủ: “Hôm nay anh thế nào? Tôi hy vọng anh cảm thấy dễ chịu.” Thỉnh thoảng, nếu Janet hay các y tá xao lãng, ông sẽ đẩy một người ngồi trên xe lăn ra phía cổng trước của tòa nhà để đi dạo. Rồi sau đó, ông sẽ bị tóm lấy khi đang vui vẻ đẩy xe “người bệnh” dễ dãi và ngu ngơ của mình qua sự hỗn loạn của những dòng giao thông và người đi bộ.

Trong suốt những giai đoạn giữa của căn bệnh, Phil ngày càng bộc lộ rõ sự phi lý rõ rệt giữa những suy nghĩ mà ông dường như cố gắng thể hiện với những lời thực tế nói ra. Mặc dù đây là điều thỉnh thoảng vẫn xảy ra với các nạn nhân đột quy, họ thường nhận thức được sự bất lực của mình trong việc nói ra đúng những từ cần nói. Phil không nhận ra được sự bất lực ấy của mình. Janet nhớ một dịp đặc biệt, trong khi họ đang đi dạo cùng nhau, đột nhiên ông quát bà: “Những con tàu sẽ tới muộn đấy – làm gì đó đi!” Khi bà trả lời rằng bà không biết những con tàu ở đâu, ông bắt bẻ đầy tức giận: “Mắt bà có vấn đề gì đấy, bà không nhìn thấy à?” rồi chỉ xuống dây giày không buộc của mình. Thốt nhiên bà hiểu ra. “Ông ấy muốn tôi buộc lại dây giày, nhưng ông ấy lại nói theo cách đó. Ông ấy biết mình muốn nói gì, nhưng ông ấy không thể sử dụng đúng từ ngữ, và thậm chí còn chẳng nhận ra điều ấy.”

Sau khi ở trại dưỡng lão một thời gian, Phil bắt đầu lên cân, cuối cùng đã tăng lên hơn hai chục cân so với cân nặng vốn đã hào phóng của ông. Nhưng rồi ông ngừng ăn, thực tế là ông quên cách nhai. Janet phải cho ngón tay vào miệng ông để moi ra những mẩu thức ăn vì sợ ông sẽ nghẹn. Đến lúc đó, ông không còn nhớ nổi tên mình. Mặc dù khả năng nhai của ông phục hồi, ông không bao giờ biết mình là ai nữa. Cho tới khi ông ngừng nói hoàn toàn, ông chỉ thỉnh thoảng nhìn Janet, trong một khoảnh khắc ngắn ngủi, với sự dẹt dẹt như xưa. Chọn chính xác những lời ông đã sử dụng hàng bao nhiêu

lần trong suốt nửa thế kỉ cùng chung sống, ông thì thầm, với tất cả sự dịu dàng và sự tận tụy quen thuộc của những ngày đã qua rất lâu rồi: “Anh yêu em – em thật đẹp, và anh yêu em.” Ngay sau khi những lời đó thốt ra, ông lại chuội về phía bên kia, phía của sự quên lãng.

Cuối cùng, tất cả liên hệ và kiểm soát đều mất sạch. Phil trở nên hoàn toàn mất kiểm chế và gần như không hề ý thức gì về việc đó. Mặc dù tỉnh táo hoàn toàn, ông không hề nhận thấy việc gì đang xảy ra. Quần áo của ông thấm đẫm nước tiểu và thi thoảng còn bị bôi cả phân vào, người ta phải cởi hết quần áo ông ra để vệ sinh cho sạch những thứ bẩn thỉu làm ô uế phần người nhỏ bé còn lại trong ông. Janet nói: “Đây chính là người đàn ông từng luôn tự hào về diện mạo của mình, và rất tự trọng. Thậm chí anh có thể nói rằng ông ấy là một người cả thẹn. Nhìn Phil trần truồng đứng đó trong khi những người trợ giúp tắm cho ông, mà ông lại không biết gì về việc đang diễn ra...” Rồi, đôi mắt loáng ướt của bà rưng rưng, bà nói: “Thật là một căn bệnh khiến cho người ta nhục nhã! Nếu có bất cứ cách nào khiến ông ấy có thể biết được điều gì đang xảy ra với mình, ông ấy sẽ không muốn sống nữa. Ông ấy quá kiêu ngạo để chịu đựng điều đó, và tôi mừng là ông ấy không bao giờ biết. Thật quá sức chịu đựng đối với bất cứ ai.”

Thế nhưng, chính bà phải chịu đựng điều đó và không bao giờ đặt câu hỏi về việc ấy. Bà gặp con cái thường xuyên, bà ngồi với những người vợ và chồng của các bệnh nhân khác có chung nỗi đau khổ với bà. “Chúng tôi ngồi và khóc cùng nhau. Khi tôi mạnh mẽ hơn chút ít, tôi cố gắng giúp họ. Bạn dần rơi vào trạng thái cố tình làm ngơ một số vấn đề – đó chính là điều tôi tự dạy mình.” Bà biết được rằng Alzheimer, dù thường là căn bệnh của tuổi già, nhưng cũng có thể xảy ra với một số người trẻ hơn. Có một người đàn ông mới ở độ tuổi bốn mươi mà đã ở trại dưỡng lão. Chỉ có đôi mắt anh ta là còn cử động.

Về cuối, Phil bắt đầu giảm cân nhanh chóng. Trong suốt năm cuối cùng của cuộc đời mình, ông dường như chỉ còn da bọc xương; Janet phải mua giày mới cho ông vì khi ông trở nên khô kiệt và nhỏ bé hẳn đi, chân ông rút đi tới hai cỡ, và trông già hơn rất nhiều. Người đàn ông khỏe mạnh tráng

kiện, trong suốt thời thanh niên đã mặc vừa khít bộ com lê cỡ 48 ấy đã giảm đi tới sáu chục cân.

Và bất chấp tất cả những việc đó, ông không bao giờ ngừng đi lại. Ông đi một cách ám ảnh, không ngừng, bất cứ lúc nào phòng nhân sự cho phép. Janet cố gắng đi cùng với nhịp bước nhanh nhẹn của ông nhưng nhanh chóng mệt lả – trong khi ông vẫn tiếp tục. Thậm chí khi đã yếu đến mức gần như không đứng nổi, bằng cách nào đó ông vẫn có đủ sức đi đi lại lại quanh buồng. Khi kiệt sức đến mức không thể tiếp tục, ông sẽ loạng choạng cả đoạn dài cho tới khi Janet và y tá nắm lấy vai ông, đặt ông yên vị xuống ghế, ông quá mệt và quá yếu để đi xa hơn.

Khi đã ngồi xuống, thân hình yếu ớt ấy gục xuống vì Phil không còn sức giữ cho thân mình thẳng lên nữa. Các y tá đã phải buộc ông lại vì sợ ông ngã ra sàn. Ngay cả lúc đó, đôi chân ông vẫn không bao giờ ngừng ngo ngoáy. Ngồi đó, không nhận thức được về thế giới xung quanh, bị buộc vào chiếc ghế bằng một chiếc khăn vòng quanh eo, hụt hơi vì quá sức, nhưng ông vẫn di chuyển hai bàn chân như thể đang bước đi thật nhanh. Ông cứ muốn làm như thế, như thể theo đuổi thứ gì đó ông đã đánh mất mãi mãi. Hoặc có lẽ chẳng phải là vậy. Có lẽ điều gì đó trong ông biết định mệnh đang chờ những người ở giai đoạn cuối của căn bệnh Alzheimer, và ông đang chạy trốn khỏi nó.

Trong suốt những tháng cuối đời, buổi đêm Phil bị trói vào giường để ngăn ông thức dậy tiếp tục đi lại không ngừng. Tối ngày 29 tháng Giêng, 1990, năm thứ sáu từ khi ông bị bệnh, thở hỗn hển sau khi gắng sức bước đi thật nhanh, ông vấp phải một chiếc ghế và ngã lăn ra sàn, không còn sinh khí. Vài phút sau, khi các nhân viên hỗ trợ y tế tới, họ đã cố gắng làm hô hấp nhân tạo nhưng không có kết quả và nhanh chóng đưa ông tới bệnh viện, chỉ cách đó có một cánh cửa. Bác sĩ ở phòng cấp cứu thông báo ông qua đời vì rung thất dẫn tới ngưng tim, rồi gọi cho Janet. Bà vừa mới rời trại dưỡng lão chưa được mười phút trước khi Phil bắt đầu chuyến đi cuối cùng tới cái chết.

Khi ông ấy mất, tôi thấy mừng. Tôi biết là thật kinh khủng khi nói thế, nhưng tôi mừng vì ông ấy được giải thoát khỏi căn bệnh nhức nhối ấy. Tôi biết ông ấy đã không phải khổ sở, và tôi biết ông ấy không biết chuyện gì đang xảy ra với mình, và tôi biết ơn vì điều đó. Thật là một điều may mắn – đó là điều duy nhất khiến tôi tiếp tục, tất cả những năm tháng đó. Nhưng thật là khủng khiếp khi phải chứng kiến điều đang xảy ra với người mà tôi yêu tha thiết. Anh biết đấy, khi tôi tới bệnh viện sau khi Phil qua đời, họ hỏi tôi là có muốn nhìn ông ấy không. Tôi nói là không. Bạn tôi, một con chiên sùng kính của đạo Thiên chúa, đi cùng với tôi, bà ấy đã không thể hiểu được lời từ chối đó. Nhưng tôi không muốn nhớ gương mặt của cái chết đó. Anh phải hiểu là – không phải vì tôi mà tôi có cảm giác đó. Mà là vì ông ấy.

Và cuộc tàn phá Phil Whiting kết thúc như vậy. Thậm chí giữa quá trình suy sụp đau lòng dẫn tới teo não của ông, gia đình ông cũng không buộc phải chứng kiến hình ảnh cuối cùng của tình trạng tàn tạ héo mòn vẫn thường thể hiện trên cơ thể nạn nhân đã mất ý thức của nó. Thông thường, các bệnh nhân giai đoạn cuối vốn đã trầm lặng sẽ trở nên bất động, cơ thể họ mang những tư thế kỳ quặc khi họ đông cứng hoặc suy sụp dẫn tới chết. Nhưng rất lâu trước khi kết thúc, việc trông nom từng giờ một trở thành bất khả đối với hầu hết các gia đình. Với hành xử không đoán trước được, hiện tượng đi lang thang và phá phách của người bệnh phải được ngăn chặn hoặc ít nhất thì cũng phải được xử lý trong những tình huống khi những người chăm sóc thì né tránh và thiệt hại thì đã có. Đây là lý do chính đáng để các tác giả của cuốn *The 36-Hour Day* lựa chọn tựa sách này. Một phút lơ là cảnh giác có thể gây ra tổn thương về thân thể cho bệnh nhân và những người khác, hoặc một cuộc xung đột với láng giềng dẫn tới hành động mà gia đình hoàn toàn chưa sẵn sàng cho nó. Năng lượng bị tiêu hao, lòng kiên nhẫn mất dần, và thậm chí cả những người chồng hay người vợ kiên quyết nhất cũng nhanh chóng thấy mình dường như đã quá sức chịu đựng. Thậm chí cả những khía cạnh hằng ngày của việc chăm sóc người bệnh cũng trở thành một việc không tưởng, thách thức những nỗ lực tốt nhất của những người phục vụ khéo léo và tận tâm nhất.

Không đơn giản để tìm được một cơ sở mà người ta có thể, với cảm giác an toàn tuyệt đối, giao phó một người vốn có ý nghĩa rất nhiều trong đời họ.

Mặc dù có nhiều lý do cho tình trạng thiếu thốn, có lẽ lý do quan trọng nhất là một thống kê khắc nghiệt: bệnh Alzheimer tấn công hơn 11% dân số Mỹ trên 65 tuổi. Tổng số người Mỹ bị bệnh, bao gồm cả các bệnh nhân dưới 60 tuổi – áng chừng khoảng 4 triệu người. Sức ép đối với các nguồn lực sẽ còn tiếp tục tăng thêm. Các dự đoán cho thấy đến năm 2030, dân số Mỹ trên 65 tuổi sẽ đạt hơn 60 triệu người. Với chi phí trực tiếp và gián tiếp cho chứng mất trí ở tất cả các dạng đã lên tới khoảng 40 tỉ đô-la mỗi năm (và hầu hết đều liên quan tới những người bị bệnh Alzheimer), quy mô của vấn đề gây choáng váng hơn bao giờ hết. Còn có gì để nghi ngờ về việc một gia đình lo lắng đang cố gắng làm điều tốt đẹp nhất thường có thể bị quá tải và cần phải được chỉ dẫn?

May mắn thay, ở Mỹ vẫn có những cơ sở chăm sóc lâu dài thích hợp, loại Janet Whiting có thể tìm được, dù còn thiếu về số lượng. Một vài trong số đó thậm chí còn có các chương trình nghỉ ngơi, cung cấp nơi ăn chốn ở trong thời gian ngắn, cho phép những người chăm sóc quá mệt mỏi có được vài ngày hoặc vài tuần giải toả. Có cả một vài chương trình dành cho người hấp hối nữa. Cho dù gia đình có ngần ngại đến đâu đi nữa, lưu trú lâu dài thường là cách duy nhất lấy lại được đôi chút sự thanh thản.

Thời gian trôi qua, các bệnh nhân sẽ dần dần bị lệ thuộc hoàn toàn. Những người không chết vì một tiến trình lặp đi lặp lại như vậy, như đột quỵ hay nhồi máu cơ tim, rất có thể sẽ sa vào một tình trạng được gọi một cách tàn nhẫn nhưng lại rất sinh động là trạng thái sống thực vật. Đến lúc đó, tất cả chức năng cao hơn của não bộ đều đã mất đi. Thậm chí trước cả khi đó, một vài bệnh nhân đã không thể nhai, đi lại, hoặc thậm chí là nuốt nước bọt. Những nỗ lực cho ăn có thể gây ra những đợt ho và nghẹt thở làm người chứng kiến hoảng hốt, đặc biệt khi người đó cảm thấy phải chịu trách nhiệm. Đây là giai đoạn khi gia đình phải đối mặt với các quyết định khó khăn, như cho ăn qua đường ống và các biện pháp y tế mạnh tay cần thiết nhằm tránh những tiến trình tự nhiên tấn công người bệnh một cách đột ngột.

Nếu quyết định không dùng đường ống cho ăn, chết đói có thể là lựa chọn nhân ái cho những người không nhận thức được hoặc không hề có cảm giác

gì về quá trình đó. Chết đói có vẻ như thích hợp hơn so với các lựa chọn khác, chứng liệt và thiếu dinh dưỡng mà hầu như là chắc chắn sẽ xảy đến thậm chí là với người bệnh ở giai đoạn cuối được cho ăn cẩn thận nhất bằng luôn ống. Vệ sinh không kiểm soát, bất động, và hàm lượng protein trong máu thấp khiến cho người bệnh không thể tránh khỏi bị thối loét vì nằm liệt giường. Thật khủng khiếp khi phải chứng kiến quá trình này ăn sâu đến mức phơi ra hết bắp thịt, đường gân, và thậm chí là cả xương, được che phủ dưới hàng lớp mô cấu bẩn, đang chết và cả mủ. Khi điều đó xảy ra, những tổn thương tâm lý với gia đình sẽ được giảm bớt đi chút ít do ý thức được rằng nạn nhân không hề hay biết về điều đó.

Vệ sinh không kiểm soát, nằm bất động cùng nhu cầu đặt ống thông dẫn tới nhiễm trùng đường tiểu. Mất khả năng nhận biết hay nuốt nước bọt gây ra việc hít nước mũi vào và gia tăng khả năng viêm phổi. Ở đây lại một lần nữa, quyết định khó khăn về điều trị phải được đưa ra, liên quan không chỉ đến lương tâm của mỗi cá nhân mà còn tới tín ngưỡng tôn giáo, quy tắc xã hội, và y đức. Thỉnh thoảng, cách giải quyết tốt nhất có thể là không đưa ra các quyết định này và để tự nhiên khắc nghiệt làm theo cách của nó.

Khi đã vào đà, thì thoảng tiến trình đó có thể rất nhanh. Đại đa số những người trong tình trạng sống thực vật do bệnh Alzheimer sẽ chết vì một loại nhiễm trùng nào đó, cho dù nó xuất hiện trong đường tiểu, trong phổi, hay ở những đám loét hôi hám đầy vi khuẩn do nằm liệt giường. Trong cơn sốt nhẹ xảy ra sau đó, được gọi là nhiễm trùng máu, vi khuẩn tấn công vào đường huyết, nhanh chóng gây sốc, loạn nhịp tim, gây vón cục bất thường, suy thận và gan, rồi tử vong.

Trong suốt tiến trình, các thành viên trong gia đình đã trải nghiệm những cảm xúc yêu ghét lẫn lộn, bất lực, và khủng hoảng. Họ sợ điều họ đang nhìn thấy, cũng như điều họ chưa được thấy. Cho dù họ có được nhắc nhở thường xuyên đến thế nào, nhiều người vẫn tiếp tục tin rằng họ đang dung thứ cho nỗi đau khổ có ý thức. Nhưng thật khó để buông tay. Những công cụ pháp lý như ý nguyện điều trị và giấy ủy quyền dài hạn có thể có chức năng như những chỉ dẫn soạn trước, nhưng hiếm khi có người thực hiện các văn bản

này; một người vợ hay người chồng đang đau khổ, hay đám con cái vốn đã đau đầu với các vấn đề gia đình của riêng chúng, trôi dạt trên một biển những cảm xúc mâu thuẫn. Khó khăn của việc ra quyết định được nhân lên gấp bội bởi khó khăn của việc sống với điều đã được quyết định.

Bệnh Alzheimer là một trong những biến cố lớn dường như được thiết kế riêng để thử thách tinh thần con người. Lòng cao thượng và sự trung thành của Janet Whiting không phải là duy nhất, thậm chí xét theo phạm vi rộng hay hẹp hơn, còn có thể là chuẩn mực. Nhiều điều trong cách hành xử của Janet không phải là ngoại lệ, thực tế, những người cung cấp sự trợ giúp chuyên nghiệp hầu hết đều cho rằng các gia đình hiếm khi nghi ngờ vai trò của chính họ trong quá trình chăm sóc. Tất nhiên, chi phí khá lớn. Xét về các phương diện tàn phá cảm xúc, xao lãng mục tiêu và trách nhiệm cá nhân, những mối quan hệ bị xáo trộn, và hiển nhiên cả nguồn tài chính nữa, thiệt hại cao tới mức không thể chịu đựng được. Không có nhiều bi kịch đẫm máu hơn như thế.

Thường có vẻ như các gia đình của bệnh nhân Alzheimer đi chệch khỏi những đại lộ thênh thang ngập tràn ánh nắng của cuộc sống đang tiếp diễn, mắc kẹt hàng nhiều năm trong những con ngõ cụt đau khổ của riêng mình. Sự giải thoát duy nhất đến cùng cái chết của người mà họ yêu thương. Và thậm chí đến lúc đó, những ký ức và mất mát đáng sợ vẫn còn đeo bám, và do đó, sự nhẹ nhõm cũng chỉ là phần nào. Một cuộc đời tốt đẹp, những cảm xúc hạnh phúc và mãn nguyện cùng chia sẻ về sau sẽ mãi được nhìn qua lăng kính hoen ố của những năm cuối đời.

Rất có thể ở tất cả các nền văn hóa đều có một bài học chung là đặt tên cho một con quỷ sẽ giúp giảm bớt đi sự đáng sợ của nó. Thịnh thoảng tôi tự hỏi liệu có phải lý do thật sự của việc các nhà tiên phong về y khoa luôn cố gắng xác định và xếp loại các căn bệnh cụ thể là nhằm để đương đầu với nó hơn là để hiểu được nó. Không biết vì sao, cuộc đương đầu lại an toàn hơn khi chúng ta dán nhãn cho một sự việc, như thế chính hành động đó bắt con thú hung ác phải ngồi yên một lúc và có vẻ như có thể thuần hóa được; nó đặt những điều trước đó còn hoang dã không thể kiềm chế dưới ít nhiều sự

kiểm soát. Khi chúng ta đặt tên cho một căn bệnh, chúng ta khai hóa nó – chúng ta bắt nó phải chơi theo luật của chúng ta.

Đặt tên cho một căn bệnh là bước đầu tiên trong việc tổ chức chống lại nó. Không chỉ có cộng đồng khoa học hình thành các tổ chức hiện đại tương đương với đội hình đội ngũ như trong quân đội mà cả cộng đồng bệnh nhân, gia đình, và những người tình nguyện cũng vậy. Kể từ giai đoạn những năm 30 đến 60 của thế kỉ này, các bệnh nhân và họ hàng đã chia sẻ vấn đề của mình, thỉnh thoảng cả phí tổn, với các nhóm như Quỹ Quốc gia cho Trẻ em Bại liệt, Hội Ung thư Mĩ, và Hiệp hội Đái tháo đường Mĩ. Những người phải gánh chịu những tai họa này, cùng những người quan tâm đến họ, không nhất thiết phải cô đơn nữa.

Trong trường hợp bệnh Alzheimer, hiếm khi có bệnh nhân nào nhận ra được nhu cầu có người đồng hành trong hành trình khó nhọc đó. Nhưng chắc hẳn không có sự hạn chế về thời gian của chúng ta mà trong đó, sự hiện diện của các tổ chức hỗ trợ có thể giúp đỡ rất kiên định để đảm bảo trấn an tinh thần cho những nhân chứng gần cận nhất với quá trình suy tàn. Ở Mĩ, giờ đây có gần 200 hiệp hội và hơn 1.000 nhóm hỗ trợ nằm dưới sự bảo hộ của Hiệp hội Bệnh Alzheimer và Các bệnh Rối loạn Liên quan (Alzheimer's Disease and Related Disorders Association – ADRDA), cùng các tổ chức tương tự ở các quốc gia khác. Hoạt động của những hội này không chỉ mang tới sự giúp đỡ mà còn góp phần tăng quỹ tài trợ cho nghiên cứu và những cải thiện trong khám chữa bệnh. Số lượng có sức mạnh của nó, thậm chí khi số lượng đó chỉ là một hay hai người hiểu biết, có khả năng làm vơi đi nỗi đau đớn bằng hành động đơn giản là lắng nghe.

Nỗi đau đớn đó có nhiều phần, và một vài phần không thể được giải tỏa trừ khi có một người lắng nghe, thấu hiểu và thông cảm. Liệu có thể nào gánh nặng của căn bệnh này không trở thành một nguồn oán giận và đôi khi là sự khinh ghét đối với tất cả những người nó kéo lê theo trên đường đi ghê tởm của mình không? Có ai có thể cắt xén bớt một mảnh lớn của đời mình mà không xáo động? Có con người đơn độc nào có thể nhẫn nại đứng nhìn

khi người yêu thương nhất của mình bị cuốn vào tình trạng suy tàn và mất trí?

Mỗi gia đình đều cần được giúp đỡ để hiểu rõ bản chất xấu xa của cuộc tấn công không chỉ vào chính bệnh nhân mà vào cả những người xung quanh. Nói như thế không có nghĩa là có bất cứ sự giúp đỡ nào có thể đem lại sự giải thoát khỏi nỗi đau – nó chỉ có thể khiến cho nỗi đau khổ trở nên có thể thấu hiểu được và mang lại một vài khoảng thời gian nghỉ ngơi trong cuộc thử thách. Chính sự am hiểu rằng những cảm xúc giận dữ và thất vọng của gia đình là điều phổ biến và không thể tránh khỏi, sự đảm bảo rằng những đôi tai hiểu biết sẽ lắng nghe và những trái tim thông hiểu sẽ chia sẻ – đó là những nhận thức có thể gạt bỏ được nỗi cô đơn và những cảm giác ăn năn hối lỗi vô lý, cái cảm giác sẽ thối phồng nỗi tuyệt vọng ngập tràn ập đến với mỗi thành viên bị căn bệnh Alzheimer đánh gục về tinh thần.

Con đường quay trở lại từ tình trạng cô lập bắt đầu từ lời tuyên bố tên gọi của những triệu chứng đáng báo động. Chính hành động đó sẽ khởi động một quá trình mà qua đó, các thành viên gia đình có thể liên kết các lực lượng phòng thủ của mình với hàng triệu người khác sẽ kề vai sát cánh cùng với họ. Một trăm năm trước, tên của căn bệnh này chưa tồn tại, mặc dù, những khía cạnh của quá trình gắn liền với nó đã được quan sát và mô tả hàng thế kỉ như một phần chưa rõ ràng của bức tranh toàn cảnh khổng lồ mang tên lão suy.

“Chứng mất trí kiểu Alzheimer” là tên chính thức của căn bệnh ở thời điểm hiện tại. Căn bệnh này được chẩn đoán mới trên vài trăm nghìn người mỗi năm ở Mỹ. Nó chịu trách nhiệm cho khoảng từ 50 tới 60% những người bị bệnh mất trí ở lứa tuổi trên 65 và gây đột quỵ cho nhiều người ở tuổi trung niên. Hiệp hội Bệnh Tâm thần Mỹ mô tả sự tấn công của nó là âm ỉ, với một “diễn biến suy giảm tiến triển trên diện rộng, tất cả các nguyên nhân cụ thể khác đã bị loại trừ bởi bệnh sử, thăm khám và các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm. Chứng mất trí liên quan tới tổn hại trên nhiều khía cạnh của năng lực trí tuệ như trí nhớ, óc phán đoán, tư duy trừu tượng, và các

chức năng sinh học cao hơn khác ở vỏ não, cũng như những thay đổi trong nhân cách và hành xử.”

Bản thân chứng mất trí được định nghĩa là “Sự tổn hại của các năng lực trí tuệ đủ để gây cản trở cho hoạt động nghề nghiệp hoặc xã hội.” Đằng sau những từ ngữ có vẻ đơn giản này là hàng thế kỉ của những nghi vấn cùng những định nghĩa và phân loại mơ hồ.

Các tài liệu tham khảo về điều mà ngày nay chúng ta gọi là chứng lão suy, và thậm chí là các quyết định pháp lý liên quan tới tình trạng này, đã xuất hiện hàng nghìn năm trong các hồ sơ lịch sử và văn chương của nền văn minh phương Tây. Các tác giả về y khoa từ cổ xưa đã mô tả nó, và các bác sĩ cũng dần dần thừa nhận rằng những người trẻ hơn, cũng như người già, thỉnh thoảng có thể hiện các bằng chứng cho thấy óc phán đoán và trí nhớ sút kém, và sự thiếu hụt về trí tuệ nói chung của một tình trạng tự nhiên có tính chất tăng tiến. Tuy nhiên, thuật ngữ *dementia* (chứng mất trí) không được coi như một thuật ngữ y khoa cho tới tận năm 1801, khi nó được Philippe Pinel^{*} giới thiệu. Philippe Pinel khi đó là một bác sĩ gao cội ở Le Salpêtrière, một bệnh viện Paris có vài nghìn phụ nữ đau ốm kinh niên và mắc bệnh nan y cùng chia sẻ cơ sở vật chất với với hàng trăm người đau ốm và mất trí. Pinel được gọi là cha đẻ của phương pháp điều trị hiện đại đối với các căn bệnh tâm thần, trước hết là vì sự chính xác trong những mô tả và phân loại của ông với các hội chứng tâm thần, sau đó là vì ông đã đưa yếu tố chưa từng được áp dụng, là lòng tốt con người, vào công tác chăm sóc bệnh nhân tâm thần sống trong các cơ sở điều trị, nhiều người trong số đó trước đây bị giữ bằng xiềng xích. Ông đã gọi nguyên tắc mới của mình là “điều trị bệnh điên bằng lương tâm”.

Pinel đã hệ thống hóa các khái niệm của mình về căn bệnh tâm thần trong cuốn sách xuất bản năm 1801, nó đã trở thành một trong những cuốn sách kinh điển trong biên niên sử của y học tâm lý, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*^{*}. Trong tài liệu này, ông đã mô tả hội chứng tâm thần phân liệt mà ông gán cho cái tên *démence* (tiếng Anh là “dementia” – mất trí), được định nghĩa là một kiểu “thiếu mạch lạc” trong các năng lực trí

tư duy. Trong một đoạn ngắn có tựa đề “Đặc điểm đặc trưng của chứng mất trí”, Pinel đã phác thảo một nhóm các triệu chứng mà ngay lập tức được thừa nhận bởi bất cứ ai từng chăm sóc một bệnh nhân có cùng tình trạng mà ngày nay được gọi là Alzheimer:

Hiện tượng nổi tiếp nhanh chóng hoặc thay thế liên tục các ý nghĩ riêng biệt, cùng các cảm xúc không liên kết và nhanh chóng phai mờ [không liên kết với nhau hay với các sự kiện thực tế bên ngoài]. Những hành động lặp đi lặp lại không ngừng đầy vô lý: quên hoàn toàn tất cả trạng thái trước đó; giảm tri giác đối với các ấn tượng bên ngoài; mất hẳn khả năng suy xét; hoạt động không ngừng.

Pinel có thể đã mô tả chính Phil Edward Whiting. Những cụm từ *thiếu mạch lạc* và *không liên kết* hoàn toàn xác đáng, vô cùng phù hợp với những mạng lưới tế bào não đã mất tác dụng, cũng các chất dẫn truyền thông điệp giờ đây được thừa nhận là những phát hiện nền tảng của căn bệnh. Pinel có thể phân biệt chứng mất trí ông đưa ra với tình trạng lão suy được quan sát theo kiểu thông thường của quá trình lão hóa.

Với nhiều bác sĩ điều trị, *thiếu mạch lạc* (incoherence) có thể được coi là một từ đồng nghĩa tuyệt vời cho *chứng mất trí* (dementia). Năm 1835, ấn phẩm mang tên *A Treatise on Insanity* (tạm dịch: Chuyên luận về Bệnh điên) của James Prichard, một bác sĩ kỳ cựu ở Bệnh viện Bristol, Anh, đã chỉ ra rằng các bệnh nhân trải qua một loạt các giai đoạn khi căn bệnh tiến triển, ông gọi là “vài cấp độ của hiện tượng tư duy không mạch lạc”. Ông thừa nhận bốn cấp độ sau: trí nhớ giảm sút, năng lực tư duy bất hợp lý và mất hẳn, mất khả năng nhận thức, và cuối cùng là mất đi hành động thuộc về bản năng và chủ động. Cho tới tận ngày nay, những quan sát này vẫn còn hữu ích trong việc lập biểu đồ về quá trình suy giảm dần dần của từng bệnh nhân. Thực tế, các tác giả hiện đại cũng có viết về các giai đoạn của căn bệnh và chúng gần như giống hệt những giai đoạn của Prichard.

Học trò và người kế thừa trí tuệ của Philippe Pinel là Jean Etienne Dominique Esquirol*, cựu sinh viên trường y nghìn năm tuổi tại Montpellier. Những quan sát liên quan tới *démence* (chứng mất trí) trong công trình năm 1838 của Esquirol, *Des Maladies mentales**, đã đứng vững qua thử thách

của thời gian. Khi những điều này đã được nghiên cứu, thảo luận xa hơn về các triệu chứng của chứng mất trí là điều cần thiết đối với những người sẽ làm quen với tiến trình lâm sàng của nó như chúng ta thấy ngày nay. Về các bệnh nhân của mình, Esquirol đã nói:

[Họ] không có ước ao cũng chẳng ghét bỏ; không căm thù cũng chẳng yêu thương. Họ tiếp nhận những vật mà họ từng vô cùng yêu quý với sự lãnh đạm thờ ơ nhất. Họ gặp họ hàng thân thích và bạn bè chẳng hề mừng vui, và rời bỏ họ chẳng hề hối tiếc. Họ bức bối vì những thiếu hụt người ta áp đặt cho họ, và vui mừng rất ít trước những niềm vui được tạo ra cho họ. Những gì đang xảy ra quanh họ không còn đánh thức được sự quan tâm của họ nữa; và các sự kiện trong cuộc sống chẳng hề được quan tâm, bởi vì họ chẳng còn gắn bản thân với kỉ niệm hay bất cứ hy vọng nào. Bàng quan với tất cả, không có gì tác động tới họ hết... Nhưng họ nóng nảy, giống như tất cả sinh vật yếu nhược khác với năng lực trí tuệ yếu kém hoặc hạn chế. Tuy nhiên, nỗi giận dữ của họ chỉ kéo dài trong khoảnh khắc...

Hầu hết những người đã sa vào một trạng thái của chứng mất trí có *một vài kiểu thói quen hay thú vui kỳ quặc* [chữ in nghiêng của Esquirol]. Vài người không ngừng đi lại, như thể tìm kiếm thứ gì đó họ không tìm thấy. Dáng đi của những người khác lại chậm chạp và họ đi lại thật khó khăn. Những người khác, ngày qua ngày, tháng tiếp tháng, năm nối năm, ngồi ở một chỗ, thẳng đơ trên giường, hay dang chân tay trên mặt đất. Người này viết không ngừng, nhưng các ý nghĩ chẳng liên hệ hay gắn kết gì với nhau. Từ họ nổi từ kia...

Tình trạng xáo trộn đối với khả năng nhận thức rành mạch này được kết hợp với các triệu chứng sau. Khuôn mặt tái xanh, đôi mắt mờ đục và ướt nước, đồng tử nở rộng, cái nhìn vô định, nét mặt vô hồn. Cơ thể lúc thì gầy mòn và yếu ớt; lúc lại nặng nề những thịt... Khi chứng liệt làm phức tạp hóa chứng mất trí, các triệu chứng liệt sẽ lần lượt thể hiện. Đầu tiên, khớp bị gượng; ngay sau đó, vận động được thực hiện thật khó khăn; và cánh tay cử động trong đau nhức... Người bệnh ở trạng thái mất trí không tưởng tượng và cũng không hề tư duy. Người bệnh có rất ít hoặc không có ý nghĩ gì. Không có ý chí cũng chẳng có quyết tâm, mà đầu hàng; não bộ ở trong tình trạng suy yếu.

Giống như tất cả các giáo sư y khoa Pháp giỏi giang ở vào thời của mình, Esquirol đã đích thân tiến hành khám nghiệm tử thi các bệnh nhân của mình khi họ qua đời. Thời đó kính hiển vi còn vô cùng sơ khai nên độ chính xác

chưa cao, ông đã phải dựa vào những hình ảnh thô để tiến hành các quan sát của mình. Thế nhưng, những phát hiện thật đáng chú ý:

Các nếp cuộn của bộ não bị teo lại, tách rời khỏi nhau, nông hoặc phẳng dẹt, bị ép và nhỏ, đặc biệt ở vùng trán. Không hiếm trường hợp một hoặc hai nếp cuộn ở chỗ lồi lên của não bộ bị xẹp xuống, teo lại, và hầu như bị phá hủy, còn khoảng trống thì chứa đầy huyết thanh.

Theo đó, Esquirol đã xác định được quá trình teo não bộ lý giải cho sự sụt giảm trí tuệ. Những quan sát của ông sau này được các điều tra viên xác nhận lại nhiều lần. Tuy nhiên, các phân tích bằng kính hiển vi thì phải đợi đến các nghiên cứu của Alois Alzheimer^{*}.

Khoa học y tế đã trải qua nhiều thay đổi sâu rộng trong bảy thập kỉ kể từ những thành tựu của Esquirol tới những thành quả của Alzheimer, nhưng không có gì quan trọng hơn sự phát triển của kính hiển vi có độ phân giải cao. Việc sử dụng khéo léo hệ thống quang học mới của loại kính này cho phép các nhà khoa học tại các trường y ở Đức thu được nhiều phát hiện lớn lao ở nửa sau thế kỉ XIX và thập kỉ đầu thế kỉ XX. Chính trong truyền thống sử dụng kính hiển vi một cách tỉ mỉ của người Đức, Alois Alzheimer đã tiến hành nghiên cứu về chứng mất trí.

Ban đầu Alzheimer bắt đầu sự nghiệp của mình như một bác sĩ điều trị quan tâm tới các căn bệnh về thần kinh và tâm thần, nhưng ông lại được đào tạo kĩ càng về các phương pháp phòng thí nghiệm. Vốn là người có uy tín ở lĩnh vực khám chữa chứng mất trí do lão hóa, và bắt đầu được biết đến qua những mô tả rõ ràng về bệnh tích vi thể^{*} của mình, ông được Emil Kraepelin – một nhà tiên phong về tâm thần học thực nghiệm – mời tới làm việc tại Đại học Heidelberg năm 1902. Khi Kraepelin được mời tới Đại học Munich năm sau đó để đảm nhận khoa mới về nghiên cứu và điều trị, ông đã đưa Alzheimer (khi đó 39 tuổi) theo mình. Kỹ năng của Alzheimer cùng với việc sử dụng các kỹ thuật nhuộm màu mô mới phát triển cho phép ông xác định những thay đổi trong cấu trúc tế bào đi liền với bệnh giang mai, chứng múa giật Huntington (Huntingtons chorea), chứng xơ cứng động mạch, và tình trạng lão suy. Có lẽ đặc điểm khác biệt nhất trong công trình của Alzheimer là, dựa trên kinh nghiệm của chính ông với các bệnh nhân, ông có khả năng

liên hệ các phát hiện trong khám nghiệm tử thi hiển vi với các triệu chứng bộc lộ trước khi chết của các nạn nhân xấu số của tiến trình thoái hóa này. Những mối tương quan như thế là những yếu tố cơ bản trong việc truy tìm nguyên nhân và kết quả của sinh lý bệnh học.

Năm 1907, Alzheimer xuất bản bài luận mang tên *On a Distinctive Disease of the Cerebral Cortex* (tạm dịch: Về một căn bệnh đặc trưng của vỏ não), báo cáo về tình trạng của một phụ nữ nhập viện tâm thần vào tháng Mười một năm 1901. Alzheimer giới thiệu về một phụ nữ 51 tuổi đã trải qua lần lượt các triệu chứng ghen tị, trí nhớ suy giảm, hoang tưởng, mất năng lực suy xét, mất khả năng nhận thức, ngẩn ngơ, và cuối cùng là: “Sau bốn năm rưỡi bị bệnh, cái chết đã tới. Cuối cùng, bệnh nhân hoàn toàn ngơ ngẩn; bà nằm trên giường, chân co quắp bên dưới người, và bất chấp mọi sự phòng ngừa, bà vẫn bị loét do nằm lâu quá.”

Mô tả tiến trình lâm sàng của bệnh nhân không phải là lý do Alzheimer báo cáo về trường hợp của bà. Những bệnh nhân như thế đã quen thuộc với các bác sĩ thậm chí còn trước cả Pinel và Esquirol, mặc dù hai bác sĩ điều trị người Pháp này là những người đầu tiên tách chúng vào một phân loại mới của chứng mất trí. Thực tế, thuật ngữ *presenile dementia* (chứng mất trí hiện thời) đã được giới thiệu rất lâu trước Alzheimer, thậm chí là ngay từ năm 1868, để phân biệt những người mới đang ở tuổi trung niên khi mắc bệnh. Alzheimer cũng không muốn mình chỉ đơn thuần tạm bằng lòng với mô tả thêm về vỏ não của người bị điên mà rõ ràng đã bị teo đi khi chỉ nhìn bằng mắt thường. Mục đích của ông trong bài luận năm 1907 là kể lại điều ông phát hiện ra khi tách não của người phụ nữ này thành nhiều phần, sử dụng các chất nhuộm màu đặc biệt với những lát nhỏ, và nghiên cứu chúng dưới kính hiển vi.

Alzheimer đã phát hiện ra nhiều tế bào của vỏ não có một hay một vài sợi giống như tóc, trong các tế bào khác chúng kết thành các nhóm, với mật độ ngày một tăng lên. Tại chỗ có vẻ như đã ở giai đoạn sau, nhân và toàn bộ tế bào bị phân hủy, chỉ để lại một bó dày đặc các sợi. Alzheimer coi hiện tượng các sợi hấp thu một loại thuốc nhuộm khác so với các tế bào thông thường là

bằng chứng chứng tỏ sự lắng đọng của một vài chất độc hại sinh ra trong quá trình trao đổi chất là nguyên nhân cho kết quả chết người. Khoảng từ 1/4 đến 1/3 tế bào vỏ não của bệnh nhân hoặc có chứa các sợi hoặc biến mất hoàn toàn.

Ngoài quá trình phá hủy ở các tế bào, Alzheimer còn tìm thấy vô số các cục hoặc mảng cực nhỏ rải khắp vỏ não, các mảng này không thấm thuốc nhuộm. Trong những năm sau đó, người ta đã chứng minh được rằng những chất này được cấu thành từ những phần bị thoái hóa ở những đoạn kéo dài của dây thần kinh liên lạc được gọi là các sợi axon (sợi trục), tụm lại quanh một lõi protein beta-amyloid^{*}. Cho tới ngày nay, sự hiện diện không đối của những thứ được gọi là mảng lão suy và đám rối là những tiêu chuẩn đầu tiên dựa vào đó, chẩn đoán hiển vi về căn bệnh Alzheimer được đưa ra.

Tuy nhiên, người ta đã thừa nhận rằng không phải chỉ ở người bị bệnh Alzheimer mới phát hiện các mảng dạng tinh bột hay các đám rối thần kinh. Có rất nhiều các bệnh mạn tính khác ở bộ não con người mà trong đó có thể được xác định một trong hai hoặc cả hai hiện tượng này. Thậm chí trong quá trình lão hóa thông thường, cả hai dạng cấu trúc này đều có xuất hiện ít nhất ở một vài chỗ, cho dù hầu như không có số lượng lớn đặc trưng như của bệnh Alzheimer. Chúng ta sẽ biết nhiều hơn về tiến trình lão hóa não bộ khi những nguồn gốc các mảng và đám rối của căn bệnh này đã được phát hiện.

Alzheimer đủ thông thái để nhận ra rằng “chúng ta dường như đang đối đầu với một tiến triển bệnh đặc biệt.” Người dẫn dắt ông, Kraepelin, tiến một bước xa hơn: Đề cập tới một hiện tượng mới trong tái bản lần thứ tám cuốn giáo trình của mình vào năm 1910, ông đã đặt tên cho nó là “bệnh Alzheimer”. Kraepelin có vẻ không chắc chắn về tầm quan trọng của lứa tuổi tương đối trẻ ở bệnh nhân Alzheimer, bởi vì thực tế là bệnh sử của nó tương tự với bệnh sử của những người trước đó đã được xếp vào bệnh mất trí vì lão suy. Ông viết: “Ý nghĩa lâm sàng của bệnh Alzheimer vẫn chưa rõ ràng. Mặc dù các phát hiện qua giải phẫu đã gợi ý rằng căn bệnh này có liên quan tới dạng vô cùng nghiêm trọng của chứng mất trí vì lão suy, nhưng một vài trường hợp lại đi ngược lại điều này; cụ thể là thực tế căn bệnh có thể

phát sinh thậm chí ở độ tuổi gần 60. Người ta mô tả những trường hợp như vậy ít nhất cũng ở dạng *senium praecox* (chứng già sớm), nếu không, căn bệnh này cũng ít nhiều độc lập với tuổi tác.” Sự không chắc chắn này ở một người được nhiều người coi như vị cao tăng của tâm thần học có thể ảnh hưởng khiến các tác giả sau này chú trọng hơn tới việc sử dụng thuật ngữ *senium praecox* của Kraepelin và bỏ qua đề xuất của ông rằng “căn bệnh này ít nhiều độc lập với tuổi tác”. Chắc hẳn, từ hậu quả của sự diễn giải không chính xác này, khái niệm cho rằng bệnh Alzheimer là một chứng mất trí *trước tuổi già* bị đóng đinh trong thuật ngữ y khoa tới hơn một nửa thế kỉ.

Trong một vài năm sau bài viết của Alzheimer, những nhà nghiên cứu khác cũng báo cáo về các bệnh nhân tương tự. Trong từng trường hợp, tiền trình lâm sàng không khác với người phụ nữ trong nguyên bản của Alzheimer, và các cuộc khám nghiệm tử thi khám phá ra hiện tượng teo lan rộng, dù có liên quan tới toàn bộ não, lại đặc biệt rõ ràng là ở vỏ não. Qua kiểm tra bằng kính hiển vi, số lượng lớn các mảng lão suy và đám rối có thể được biểu thị. Đến năm 1911, đã có thêm mười hai báo cáo như vậy.

Lứa tuổi tương đối trẻ của một vài bệnh nhân dường như làm nổi bật các phát hiện từ các mô tả khám nghiệm tử thi sau này, trong đó các mảng lão suy và các đám rối được phát hiện ở tất cả các độ tuổi và có vẻ như ở các lịch sử điều trị vô cùng đa dạng. Tới năm 1929, đã có bốn báo cáo về căn bệnh với các bệnh nhân ở độ tuổi dưới bốn mươi, và thậm chí một trường hợp đã bắt đầu có những triệu chứng đó ở tuổi lên bảy. Vấn đề có thể bị nhấn mạnh hơn bởi một cách chọn lọc nhất định trong quá trình làm báo cáo – các bác sĩ dễ có khả năng viết về các trường hợp có vẻ bất thường hơn những trường hợp không có gì đặc biệt. Đồng thời, ở những quốc gia (và là đa số) mà khám nghiệm tử thi là không bắt buộc, phần lớn các báo cáo được thực hiện là về các bệnh nhân “gây chú ý”. Còn điều gì gây chú ý hơn một người trẻ mắc phải căn bệnh của người già? Do đó, đến cuối những năm 1920, đại đa số các trường hợp bị bệnh Alzheimer trong y văn thế giới đều là các bệnh nhân thuộc nhóm tuổi tương đối trẻ từ 55 tới 60.

Mặc dù các bác sĩ điều trị am hiểu đều hiểu rõ rằng các tiêu chí về tuổi tác vẫn luôn có những ranh giới mờ nhạt, hội chứng này vẫn tiếp tục được gọi là chứng mất trí tiền lão suy (presenile dementia) của bệnh Alzheimer trong hàng thập kỉ. Lần đầu tiên tôi biết tới căn bệnh này là khi bắt gặp cái tên đó trong các giáo trình suốt những năm học ở trường y vào những năm 1950.

Quá trình “chứng mất trí tiền lão suy của bệnh Alzheimer” được chuyển biến chính xác hơn thành “chứng mất trí lão suy thuộc típ Alzheimer” là một câu chuyện kể về sự tiến triển của văn hóa sinh y học trong 1/3 cuối của thế kỉ XX. Nói như vậy, tôi muốn nhắc tới sự kết hợp giữa khoa học, sự can thiệp của chính phủ, và một yếu tố có lẽ được hiểu đúng nhất qua cụm từ bảo vệ người dùng. Trong sáu mươi năm sau công trình ban đầu của Alzheimer, bằng chứng được tích lũy chậm chạp, có rất ít hoặc không có căn cứ vững chắc nào để phân biệt giữa lão suy với các hình thức tiền lão suy của căn bệnh khi cả hai đều được đặc trưng bởi cùng biểu hiện bệnh qua kính hiển vi. Sau khi cuối cùng vấn đề cũng được bàn luận nghiêm túc ở hội nghị năm 1970 về bệnh Alzheimer và các bệnh liên quan, đã bắt đầu xuất hiện sự nhất trí về mặt khoa học rằng cứ khẳng khẳng giữ lấy cách phân biệt tùy tiện như vậy không chỉ sai lầm mà còn chệch hướng.

Một trong những tác động hiển nhiên của quan điểm vừa thay này là việc đưa một số lượng vô cùng lớn các bệnh nhân cao tuổi và gia đình của họ vào phạm vi chẩn đoán. Khi các mối quan tâm nghiên cứu được khích lệ, các nhà khoa học khá đúng đắn khi bắt đầu kêu gọi gây quỹ và tìm kiếm nó từ các nguồn của chính phủ. Ở Mỹ, điều này đồng nghĩa với việc lôi kéo Viện Sức khỏe Quốc gia (NIH) và kêu gọi mọi sự ủng hộ của những người cao tuổi có ảnh hưởng chính trị. Việc hình thành Viện Lão hóa Quốc gia (NIA) là kết quả tự nhiên của quá trình này. Sự kết hợp những nỗ lực giữa các nhà khoa học, NLA, và những người chăm sóc đã dẫn tới việc hình thành ADRDA. Kết quả của tất cả những nỗ lực đó là ngân sách nghiên cứu về bệnh Alzheimer ở Mỹ năm 1989 đã gấp khoảng tám trăm lần so với chỉ mười năm trước đó.

Bất chấp những tiến triển vượt bậc trong suốt khoảng mười lăm năm cuối thế kỉ trong lĩnh vực chăm sóc người bệnh và hỗ trợ những người phải thực hiện việc chăm sóc đó, những tiến bộ trong các khía cạnh y sinh học của căn bệnh như nguyên nhân, cách điều trị, cách phòng ngừa, vẫn chưa dẫn tới việc phát hiện ra bất cứ nguyên nhân rõ ràng nào của căn bệnh, một phương pháp để chữa trị, hay bất cứ cách thức nào có thể phòng ngừa được nó.

Có một vài bằng chứng cho thấy có thể một phẩm chất bẩm sinh trong gen đối với bệnh Alzheimer, nhưng điều này kém thuyết phục khi bàn đến các bệnh nhân cao tuổi và chưa được chứng minh một cách thỏa đáng với người trẻ, cho dù một số khiếm khuyết nhất định về nhiễm sắc thể đã được xác định trên số lượng nhỏ những người mắc bệnh. Những nghiên cứu về tác động của các yếu tố bên ngoài như nhôm và các tác nhân môi trường khác, các loại virus, chấn thương ở đầu, sự giảm sút tín hiệu cảm giác đến có lúc mang lại những phát hiện có tính gợi ý và có lúc thì lại chẳng có gì. Ở những nghiên cứu mù mờ khác, các thay đổi trong hệ miễn dịch cũng được nghiên cứu mà không có kết quả rõ rệt nào, và thậm chí tên hung đồ hiểm ác có mặt ở khắp nơi là thuốc lá cũng đã bị vài người nghi ngờ. Điều rất có khả năng là, người ta sẽ chứng tỏ được rằng có nhiều con đường khác nhau mà mỗi con đường ấy cuối cùng sẽ dẫn tới quá trình thoái hóa của bệnh Alzheimer.

Một số thay đổi về y sinh học và thể chất nhất định đã được phát hiện là những yếu tố đi kèm với tiến trình của căn bệnh, nhưng vai trò của chúng vẫn chưa được làm rõ. Ví dụ, sinh thiết vỏ não của một người bệnh cho thấy mức độ giảm từ 60 tới 70% lượng acetylcholine, nhân tố chủ chốt trong quá trình truyền hóa chất của các xung động thần kinh. Thực tế, các nỗ lực tìm kiếm phương pháp điều trị hiệu quả đã tập trung trên diện rộng vào việc tìm kiếm các loại thuốc có thể cải thiện những khiếm khuyết trong dẫn truyền thần kinh.

Gần đây, các bằng chứng dường như chỉ ra rằng acetylcholine có thể đóng một vai trò trong việc kiểm soát quá trình sản sinh amyloid của cơ thể. Có vẻ như lượng amyloid tăng khi acetylcholine ở mức thấp. Phát hiện này cung cấp một mối liên kết trực tiếp khả dĩ giữa các đặc điểm hóa học của

căn bệnh với bệnh tích vi thể của nó, và điều đó có thể dẫn tới các phương thức điều trị mới. Đặc biệt gây chú ý là gợi ý cho rằng beta-amyloid là chất độc đối với các tế bào thần kinh; nếu ý tưởng vẫn còn gây tranh cãi này được chứng minh, có thể sẽ có một vài lý do thích đáng để lạc quan đối với việc tìm kiếm phương pháp điều trị hiệu quả. Để minh họa cho mức độ tranh cãi khoa học, cần phải hiểu rõ rằng các nhà sinh học thần kinh vẫn tiếp tục bất đồng với câu hỏi liệu amyloid có gây ra sự thoái hóa của các tế bào thần kinh hay không, hay chỉ đơn thuần là kết quả từ sự suy sụp của những tế bào này.

Đồng thời, một đặc điểm siêu nhỏ thứ ba đã được thêm vào bộ đôi đám rối và mảng lão suy, đó là sự hiện diện của các không gian rỗng bên trong một số tế bào nhất định ở đồi hải mã (hippocampus) được gọi là các không bào, bao quanh dày đặc những hạt nhỏ bị biến màu không có ý nghĩa rõ ràng. *Hippocampus* (đồi hải mã) tiếng Hy Lạp nghĩa là cá ngựa, được các bác sĩ thời xưa dùng để chỉ cấu trúc dạng cong thanh nhả bên trong thùy thái dương của não này, bởi vì hình dáng thon dài của nó gợi tới hình ảnh của loài vật kỳ dị kia. Đồi hải mã liên quan tới việc lưu giữ ký ức. Những chức năng khác của nó vẫn còn là bí ẩn, và không ai dám chắc về tầm quan trọng của những không bào và những hạt nhỏ mà nó chứa đựng.

Vì vậy các nhà khoa học phòng thí nghiệm vẫn làm việc một cách lúng túng và miệt mài. Thật khó tin rằng, với số lượng khổng lồ các nghiên cứu đã hoàn thành và nhiều phát hiện đã được nghiên cứu cẩn thận, tình hình kiến thức hiện tại lại không phải là khúc đạo đầu cho một giai đoạn khi những phát hiện nhỏ bắt đầu kết hợp thành một vài nhóm lớn. Rốt cuộc thì, đó là con đường vận hành quen thuộc của khoa học trong 1/3 cuối của thế kỉ XX, chứ không phải những bước nhảy vọt vĩ đại.

Các bác sĩ giờ đây đã đạt tới trình độ có thể đưa ra các chẩn đoán chính xác tới 83% các ca bị bệnh mà không phải dùng đến những biện pháp cực đoan như sinh thiết não. Trong một vài lý do quan trọng để nỗ lực chẩn đoán sớm có một lý do trực tiếp, đó là có những hiện tượng có thể điều trị lại thể hiện đầy đủ những đặc điểm của chứng mất trí, khiến người ta có thể nhầm

với nó, do vậy làm cho tấn thảm kịch thêm tồi tệ. Trong số các hiện tượng đó có trầm cảm, thuốc men, thiếu máu, u não lành, suy chức năng tuyến giáp, và một số ảnh hưởng có thể điều trị do chấn thương, như những cục máu chèn lên não.

Không có niềm an ủi nào trong chẩn đoán bệnh Alzheimer. Nỗi đau đớn có thể được làm dịu bớt nhờ chăm sóc tốt, các nhóm hỗ trợ, cùng những bạn bè thân thiết và gia đình. Nhưng đến cuối cùng, điều cần thiết cho bệnh nhân và những người thân yêu là cùng bước qua thời kỳ gần kề cõi chết vô cùng quanh co, trong tiến trình đó, tất cả sẽ thay đổi mãi mãi. Không có phẩm giá nào ở kiểu chết này. Nó là một hành động độc đoán của tự nhiên và sự sỉ nhục với tính người của các nạn nhân của nó. Nếu có chân lý nào để tìm kiếm, thì nó hẳn phải là sự hiểu biết rằng, con người có khả năng yêu thương và trung thành đủ để vượt qua không chỉ sự sa sút về thể chất mà còn cả sự chán nản về tinh thần của những năm tháng khổ đau.

Philippe Pinel (1745-1826): bác sĩ người Pháp, người đã đưa ra những phương pháp nhân đạo trong chăm sóc và chữa trị cho người bệnh tâm thần.

Tạm dịch *Luận giữa triết học và y học về bệnh điên*.

Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840): bác sĩ tâm thần Pháp. Ông là học trò cứng của Philippe Pinel.

Tạm dịch *Bệnh tâm thần*.

Aloysius “Alois” Alzheimer (1864-1915): thầy thuốc, bác sĩ tâm thần và nhà nghiên cứu về bệnh lý thần kinh người Đức. Ông là người đầu tiên nhận ra và miêu tả trường hợp “chứng suy giảm trí nhớ” sau đó được gọi là bệnh Alzheimer.

Biểu hiện cực nhỏ của bệnh.

Amyloid-beta (chất ức chế hay Abeta): peptide của 36-43 axit amin liên quan cơ bản đến bệnh Alzheimer.

6.

ÁN MẠNG VÀ SỰ THANH THẢN

“Con người là một sinh vật lệ thuộc vào không khí”: được tuyên bố với phong cách thẳng thắn giản dị như ở bất cứ câu cách ngôn phổ biến nhất nào của Hippocrates, câu nói đó chứa đựng bí kíp sinh tồn của con người. Sự phụ thuộc vào không khí của cả nhân loại, và thực tế là của tất cả sinh vật trên mặt đất, đã được những người trong các bộ lạc nguyên thủy thừa nhận rất lâu trước khi có một số người trong họ được phân biệt với đồng loại của mình bằng tên gọi “người chữa bệnh”. Bất chấp công nghệ tinh vi trong nghiên cứu phân tử tối tân, và bất chấp những thuật ngữ ngày càng khó hiểu trong tài liệu hiện nay của lĩnh vực này, vòng tròn kiến thức luôn luôn quay về điểm khởi đầu của nó: Để sống, con người buộc phải có không khí.

Vào cuối thế kỉ XVIII, người ta đã khám phá ra rằng sự sống không phụ thuộc vào không khí nói chung mà chỉ phụ thuộc vào một nhân tố cốt lõi – thành phần phổ biến của nó, oxy. Quan niệm coi con người như một sinh vật ưa khí bắt buộc khi đó mang một ý nghĩa cụ thể hơn: Chúng ta không có lựa chọn – không có oxy, các tế bào của chúng ta sẽ chết và chúng ta chết cùng với chúng. Theo đó, quá trình hấp thụ oxy mau chóng được chứng minh là lý do khiến cho màu của máu ngay lập tức chuyển từ đỏ sẫm mệt mỏi sang đỏ tươi đầy sức sống khi nó chảy qua phổi; hành trình đến với các tế bào của các mô ở xa của cơ thể được thừa nhận là nguyên nhân của tình trạng kiệt sức của máu khi nó trở về suy yếu và mệt mỏi sau một hành trình dài, khao khát không khí. Kể từ đó, vai trò của những yếu tố quan trọng nhất này của tự nhiên đã được khám phá qua nhiều thế hệ hàng nghìn các nhà nghiên cứu, họ đã ghi lại những khám phá của mình bằng hầu hết các ngôn ngữ viết trên

toàn thế giới. Oxy là tiêu điểm của thấu kính mà qua đó các tiến trình duy trì sự sống của mọi sinh vật sống phải được nghiên cứu.

Sau bao nhiêu năm tháng cùng tất thảy những nghiên cứu, các nhà nghiên cứu về sinh lý học con người đều quay trở lại với một vài từ vốn luôn cố hữu trong hiểu biết của con người về điều anh ta cần làm để duy trì sự sống: Con người là một sinh vật lệ thuộc vào không khí. Tôi có thể rút được một trong vô số những biến thể của câu cách ngôn đó từ gần như bất kể bài nào trong vô khối các bài viết về chủ đề này trong hai thế kỉ qua. Tôi đã thấy nó trong một số ra mới đây của tờ *Bản tin Đại học Phẫu thuật Mỹ*, mang tiêu đề “Có gì mới trong phẫu thuật – 1992”. Nó xuất hiện không phải như một bản tóm tắt về tri thức lâu đời mà như một điều chắc chắn ở cấp độ phân tử, đã được minh chứng bằng thực nghiệm. Điều thậm chí còn tiết lộ nhiều hơn chính là môi trường xung quanh của tuyên bố; nó là cái tát vào giữa bài báo sắc mùi chuyên môn của tờ *Bản tin* về những phát triển mới mẻ nhất trong chăm sóc tích cực, cái chuyên ngành mới toanh được tạo ra để bảo vệ ranh giới của sự sống mong manh của người bệnh trong chiến trường cuối cùng phải giành giật giữa những lực sống đã mỏi mệt với cuộc tấn công mạnh của bệnh tật hòng áp đảo chúng.

Nơi gặp gỡ mới của chuyên môn là bộ phận chăm sóc tích cực; chiến thuật phòng thủ chủ yếu của nó là duy trì nguồn cung cấp oxy đáng tin cậy tới các tế bào bị bao vây của cơ thể. Đương nhiên ông bà tổ tiên thuở nguyên thủy của chúng ta hẳn đều đồng ý rằng đây là cách làm đúng đắn. Milton Helpert quá cố, người chủ của những phòng khám nghiệm tử thi mà các bệnh nhân được gửi tới để nghiên cứu nếu cuộc chiến thất bại, đã dành cả sự nghiệp của mình để tìm kiếm “mười nghìn cánh cửa” dẫn tới cái chết, và ông luôn đi đến một câu trả lời cơ bản giống nhau: không đủ oxy.

Oxy có một lộ trình cực kỳ trực tiếp trong việc di chuyển từ không khí được hít vào tới điểm đến cuối cùng, tức là tế bào lệ thuộc không khí. Sau khi dễ dàng vượt qua những vách ngăn mỏng của các túi phổi và mạng lưới mao mạch đi kèm, các phân tử oxy tự kết nối với protein sắc tố của các tế bào hồng cầu mà chúng ta gọi là hemoglobin. Sau đó, các phân tử phối hợp,

gọi là các oxyhemoglobin, được đưa từ phổi tới tâm thất trái và rồi ra ngoài qua động mạch chủ, tới những con đường cao tốc rộng rãi và những đường mòn nhỏ hẹp của tuần hoàn động mạch, cho tới khi chúng tới được những mao mạch xa xôi trong các mô, chất dinh dưỡng của các mô ấy chính là mục tiêu của cuộc hành trình này.

Khi tới nơi, oxy tự tách khỏi người bạn đồng hành của nó là hemoglobin. Nó rời khỏi tế bào hồng cầu giống như một hành khách rời khỏi chiếc xe lửa, và đi vào tế bào mô đơn lẻ cùng với các chất hóa sinh cần thiết cho chức năng thông thường của tế bào đó. Trong hoạt động có thể được coi như một sự trao đổi, carbon dioxide khuếch tán vào máu đang lưu thông, máu này cũng mang theo các phế phẩm của sự sống tế bào, để bị phá hủy hoặc giải phóng thông qua những bộ phận thanh lọc đa chức năng xuất chúng: gan, thận và phổi.

Giống như bất cứ hệ thống phân phối và tiếp nhận hiệu quả nào, hệ thống này cũng phụ thuộc vào một dòng lưu thông ổn định có thể tiên đoán, trong trường hợp này, yếu tố lưu thông chính là máu. Sốc là thuật ngữ thường được sử dụng để mô tả diễn biến của các sự kiện phát sinh khi lưu lượng máu không đáp ứng đủ nhu cầu của các mô. Mặc dù có thể có nhiều cơ chế khác nhau gây ra sốc, nguyên nhân chính của các trường hợp là hoạt động bơm của tim bị trục trặc (như trong trường hợp nhồi máu cơ tim) hoặc vì sự sụt giảm lớn trong lưu lượng máu (như khi xuất huyết). Hai cơ chế này lần lượt được gọi là sốc tim (*cardiogenic shock*) và sốc giảm thể tích (*hypovolemic shock*). Một nguyên nhân khác phổ biến của sốc là nhiễm trùng máu, lối dẫn vào dòng máu của các chất gây nhiễm trùng. Thứ được gọi là sốc nhiễm khuẩn (*septic shock*) có những tác động mạnh lên chức năng tế bào, vấn đề này sẽ được thảo luận sau, nhưng một trong những hoạt động chính của nó là gây ra một sự phân phối lại máu, do đó máu dồn vào một số mạng tĩnh mạch lớn nhất định, như trong ruột, vì vậy thất thoát khỏi tuần hoàn chung. Bất kể là nguyên nhân nào, tất cả các dạng sốc đều có chung một kết quả: Các tế bào bị mất đi nguồn trao đổi hóa sinh và oxy, yếu tố then chốt trong cái chết của chúng.

Các tế bào này có chết hay không, và liệu chúng có chết đủ nhiều khiến bệnh nhân cũng chết theo hay không, sẽ được quyết định bởi độ kéo dài của cơn sốc. Nếu kéo dài đủ lâu, nó luôn gây tử vong. Tất nhiên, *đủ lâu* là một thuật ngữ tương đối. Vậy thì bao nhiêu là đủ lâu? Nó tùy thuộc vào mức độ thiếu trong tuần hoàn. Nếu dòng chảy ngừng lại hoàn toàn, như khi tim ngừng đập, cái chết xảy đến trong vòng vài phút; nếu nó chỉ giảm xuống tới mức độ nào đó ít hơn mức cần để tồn tại, cái chết sẽ đến chậm hơn và xảy ra với các tốc độ khác nhau trong các mô khác nhau, tùy thuộc vào lượng oxy các tế bào của chúng đòi hỏi. Não bộ đặc biệt dễ bị tổn thương khi thiếu oxy và glucôzơ, nó suy yếu nhanh chóng; bởi vì khả năng tồn tại của nó là tiêu chuẩn pháp lý cho sự sống, rõ ràng có một ranh giới rất mong manh giữa cái chết và sự tiếp tục tồn tại ở những người bị tổn thương tuần hoàn não hoàn toàn. Sự can thiệp vào quá trình cung cấp oxy tới não là một yếu tố trong muôn vàn những cái chết dữ dội.

Mặc dù khả năng tồn tại của não hiện nay là tiêu chuẩn pháp lý để xác định tình trạng tử vong, cách thức truyền thống mà các bác sĩ điều trị vốn luôn chẩn đoán cái chết vẫn còn đôi chút hữu ích. *Chết lâm sàng* là thuật ngữ được sử dụng để chỉ khoảng thời gian ngắn sau khi tim ngừng đập hoàn toàn, lúc đó không có tuần hoàn máu, không thở, và không có dấu hiệu của chức năng não, nhưng vẫn còn có thể cứu được. Nếu hiện tượng ngừng lại này xảy ra bất ngờ, như khi ngừng tim (*cardiac arrest*) hoặc xuất huyết ồ ạt, vẫn còn một chút thời gian trước khi các tế bào cần cho sự sống mất khả năng tồn tại. Trong khoảng thời gian đó, các biện pháp như hồi sức tim phổi (*cardio pulmonary resuscitation* – CPR) hay truyền máu cấp (*rapid transfusion*) có thể thành công trong việc hồi tỉnh một người mà cuộc sống dường như đã kết thúc – thời gian này gần như chắc chắn không quá bốn phút. Đây là những khoảnh khắc đầy kịch tính mà chúng ta đọc được và thấy diễn ra trong các cảnh trên ti vi. Mặc dù những nỗ lực này thường là vô ích, nhưng số lần chúng thành công cũng vừa đủ để nên được khuyến khích trong những điều kiện thích hợp. Bởi vì những người có khả năng sống sót sau khi chết lâm sàng là những người có các bộ phận khỏe mạnh nhất và không bị những bệnh như ung thư giai đoạn cuối, hoặc bị chứng xơ cứng

động mạch hay chứng mất trí làm suy nhược, việc họ tiếp tục tồn tại vẫn còn khả thi và có giá trị tiềm tàng với xã hội, ít nhất là về khả năng cống hiến. Vì lý do này mà các nguyên tắc của CPR nên được phổ biến cho tất cả những người muốn thực hiện.

Xảy ra ngay trước cái chết lâm sàng (hoặc đi kèm với các dấu hiệu ban đầu của nó) thường là một giai đoạn cực kỳ ngắn được gọi là *giai đoạn hấp hối (agonal phase)*. Từ *hấp hối (agonal)* được sử dụng bởi các bác sĩ lâm sàng để mô tả các sự kiện có thể quan sát được, xảy ra khi sự sống đang cố gắng thoát ra khỏi các huyết tương đã tổn thương quá nặng đến nỗi không thể duy trì sự sống thêm nữa. Giống như người anh em song sinh cùng gốc từ của mình, sự đau đớn (*agony*) bắt nguồn từ tiếng Hy Lạp *agon*, có nghĩa là sự đấu tranh. Chúng ta nói “death agonies”(những đau đớn trong cái chết) cho dù người chết còn lâu mới nhận thức được về nó, và cho dù phần lớn các hiện tượng phát sinh là do sự co thắt cơ bắp gây ra bởi tình trạng dư axit cuối cùng của máu. Khoảnh khắc hấp hối và cả chuỗi các sự kiện mà chúng là một phần có thể xảy ra trong tất cả các dạng thức của cái chết, dù đột ngột hay theo sau một giai đoạn dài suy sụp do cơn bệnh bước vào giai đoạn cuối, như ở bệnh ung thư.

Những cuộc vật lộn hiển hiện của khoảnh khắc hấp hối giống như cơn bùng nổ dữ dội của sự phản kháng trời dậy từ trong sâu thẳm tiềm thức nguyên thủy, nổi lên chống lại cuộc ra đi quá gấp gáp của linh hồn; cho dù có sự chuẩn bị thậm chí là hằng tháng vì bệnh tật trước đó đi nữa, cơ thể vẫn thường có vẻ miễn cưỡng phải đồng ý với sự chia biệt này. Trong khoảnh khắc hấp hối cuối cùng, đợt tấn công chớp nhoáng của sự quên lãng cuối cùng sẽ đi kèm với hoặc hiện tượng ngừng thở hoặc một loạt ngắn ngủi những hơi thở hỗn hển nặng nhọc; đôi khi, có thể còn có những cử động khác nữa, như việc dây thanh quản bị siết chặt tạo thành một tiếng ho khiếp hãi ở James McCarty. Đồng thời, lồng ngực hoặc vai thỉnh thoảng sẽ phập phồng một hoặc hai lần, và có thể sẽ có một cơn co giật hấp hối ngắn ngủi. Giai đoạn hấp hối hợp nhất với chết lâm sàng, và từ đó dẫn đến chết vĩnh viễn.

Vẻ ngoài của một gương mặt vừa mới qua đời không thể hiểu lầm với tình trạng bất tỉnh. Trong vòng một phút sau khi tim ngừng đập, gương mặt bắt đầu có màu xám trắng nhợt nhạt chết chóc không thể nhầm lẫn; một cách lạ kỳ, nét mặt nhanh chóng trông giống tử thi, thậm chí cả với những người trước đây chưa bao giờ nhìn thấy người chết. Tử thi con người trông như thể tinh chất của người đó đã rời bỏ họ, và đúng là như vậy. Họ xẹp xuống và không còn sinh khí, không còn được thổi phồng lên bởi linh hồn sống mà người Hy Lạp gọi là *pneuma* (tinh thần). Sự đầy đặn sống động đã mất đi; họ đã “bị vắt kiệt cho hành trình cuối cùng”. Thân thể của người chết đã bắt đầu quá trình co rút – trong vài giờ, họ sẽ có vẻ “chỉ còn lại chưa tới một nửa thân mình”. Irv Lipsiner đã tái hiện sự xẹp xuống này bằng việc thổi hơi thở của mình qua đôi môi mím chặt. Không có gì ngạc nhiên khi chúng ta nói về người mới mất là họ đã trút hơi thở cuối cùng.

Chết lâm sàng có một vẻ ngoài riêng biệt. Một vài giây quan sát các nạn nhân của tình trạng tim ngừng đập (*cardiac arrest*) hoặc xuất huyết không kiểm soát sẽ quyết định tính thích đáng của những nỗ lực làm hồi tỉnh. Nếu còn bất cứ nghi ngờ nào, hãy xem xét đôi mắt. Nếu mở, thì thoát tiên chúng chờ dẫn vô hồn, nhưng nếu công tác làm hồi tỉnh không bắt đầu, trong vòng bốn tới năm phút, chúng sẽ lộ lên vẻ lấp lánh rồi trở nên u tối, trong khi đôi đồng tử giãn ra và mất đi mãi mãi ánh nhìn cảnh giác. Chẳng mấy chốc, như thể có một lớp màng mỏng xám đục phủ lên mắt, để cho không ai có thể nhìn vào trong và thấy linh hồn đã ra đi. Vẻ căng tròn đầy đặn của nó vốn dựa trên cái mà giờ không còn ở đó nữa, nhãn cầu nhanh chóng xẹp xuống, vừa đủ để nhận được ra. Từ lần xẹp xuống đó, không còn gì trở dậy được nữa.

Sự thiếu vắng của tuần hoàn máu được xác nhận bởi hiện tượng mất mạch – ngón tay tìm kiếm của người quan sát trên cổ hoặc háng không còn phát hiện được dấu hiệu nào của mạch đập bên dưới nữa, và các cơ bắp xung quanh, nếu chúng không còn trong cơn co giật, đã bắt đầu khoác lên vẻ mềm nhũn của những miếng thịt bày trong cửa hàng. Làn da đã mất đi tính co giãn của nó, độ bóng nhẹ nhàng từng lấp lánh phản chiếu ánh sáng của tự

nhiên cũng mất đi. Đến thời điểm đó, sự sống đã chấm dứt – dù CPR đến đâu cũng không thể hồi sinh nó được nữa.

Để được tuyên bố là đã chết một cách hợp pháp, phải có bằng chứng không thể chối cãi rằng não bộ đã ngừng hoạt động mãi mãi. Các đơn vị chăm sóc tích cực và chấn thương hiện đang sử dụng những tiêu chuẩn rất cụ thể về chết não. Chúng bao gồm các dấu hiệu như mất hết phản xạ, không có phản ứng với kích ứng mạnh mẽ từ bên ngoài, và không có hoạt động điện – điều này được thể hiện qua một đường điện não đồ thẳng tắp trong một số giờ nhất định. Khi những tiêu chuẩn này đã được đáp ứng (như khi não bộ chết vì tổn thương ở đầu hoặc đột quỵ nặng), tất cả những sự hỗ trợ nhân tạo có thể được rút ra và tim, nếu vẫn còn đập, sẽ nhanh chóng ngừng lại, kết thúc toàn bộ tuần hoàn máu.

Khi tuần hoàn máu ngừng lại, cái chết của tế bào có thể tự hoàn tất. Hệ thần kinh trung ương chết đầu tiên còn mô liên kết của các cơ và các cấu trúc dạng sợi sẽ chết cuối cùng. Khi có sự kích thích điện, thỉnh thoảng có thể có hiện tượng co cơ thậm chí là vài giờ sau khi chết. Một số ít các quá trình hữu cơ, được gọi là kỵ khí bởi vì chúng không đòi hỏi khí oxy, cũng sẽ tiếp diễn trong vài giờ, ví dụ như khả năng tế bào gan phân giải cồn (alcohol) thành các thành phần cấu thành của nó. Hiện tượng được cho là nhiều người biết tới là tóc và móng tay sẽ tiếp tục dài ra trong những khoảng thời gian khác nhau sau khi chết là không có thật – không có chuyện như vậy xảy ra.

Trong hầu hết các cái chết, tim ngừng đập trước khi não ngừng hoạt động. Đặc biệt trong những cái chết bất ngờ vì tổn thương không phải chấn thương ở đầu, tim ngừng đập gần như luôn là kết quả của việc mất máu quá nhanh và quá nhiều – bác sĩ phẫu thuật chấn thương gọi hiện tượng mất máu như thế là *kiệt máu (exsanguination)*. Kiệt máu có thể có nguyên nhân là vết rách ở một mạch chính hoặc tổn thương ở các bộ phận chứa đầy máu như lá lách, gan, hay phổi; thỉnh thoảng chính tim cũng bị rách.

Mất khoảng một nửa tới 2/3 lượng máu trong cơ thể trong một khoảng thời gian ngắn thường là đủ để tim ngừng đập. Vì tổng lượng máu tương

đương với khoảng 7-8% trọng lượng cơ thể, chảy ra một lượng máu khoảng 3,8 lít ở một người đàn ông nặng chừng 77 cân hoặc 2,8 lít ở một người phụ nữ nặng khoảng 60 cân có thể đủ để gây ra chết lâm sàng. Với vết rách ở một mạch có kích cỡ của động mạch chủ, quá trình này mất chưa tới một phút; một vết rách trên lá lách hoặc gan có thể mất vài giờ hoặc thậm chí vài ngày, trong những trường hợp hiếm hoi khi hiện tượng rỉ máu không ngừng vẫn không được phát hiện.

Với việc mất đi vài lít máu đầu tiên, áp lực máu bắt đầu giảm và tim đập nhanh hơn nhằm cố gắng bù đắp cho khối lượng máu suy giảm trong từng nhịp đập. Cuối cùng, mọi nỗ lực điều chỉnh bên trong vẫn không thể bù đắp được sự hao hụt – áp lực và lượng máu tới não bộ trở nên quá thấp để duy trì nhận thức, và bệnh nhân rơi vào hôn mê. Vỏ não suy yếu đầu tiên, nhưng những bộ phận “thấp hơn” của não bộ, như thân não và tủy sống, bám trụ được lâu hơn một chút, vì vậy hô hấp vẫn tiếp tục, mặc dù càng lúc càng rối loạn. Cuối cùng, trái tim gần như trống rỗng ngừng đập, thỉnh thoảng rung lên trước khi ngừng hẳn. Khi đó, giai đoạn hấp hối bắt đầu, và sự sống lịm dần.

Toàn bộ chuỗi sự kiện khắc nghiệt này – xuất huyết, kiệt máu, ngừng tim, khoảnh khắc hấp hối, chết lâm sàng, và cuối cùng là tử vong hoàn toàn – đã diễn ra trong một vụ giết người vô cùng tàn bạo xảy ra cách đây vài năm ở một thành phố nhỏ thuộc tiểu bang Connecticut cách không xa bệnh viện tôi làm việc là mấy. Cuộc tấn công diễn ra tại một hội chợ đường phố đông đúc, trước mắt hai mươi con người tháo chạy khỏi đó vì khiếp sợ cơn cuồng nộ điên khùng của kẻ giết người. Hẳn chưa bao giờ nhìn thấy nạn nhân của mình trước cuộc tấn công dã man chớp nhoáng. Cô bé chín tuổi xinh đẹp, nhanh nhẹn.

Katie Mason đến thăm hội chợ từ một thị trấn lân cận, cùng với mẹ cô bé, Joan, và cô em gái sáu tuổi, Christine. Đi cùng với họ là bạn của Joan, Susan Ricci và hai đứa con của cô, Laura và Timmy, cùng tầm tuổi với con nhà Mason. Katie và Laura thực ra là bạn chí thân, học cùng lớp ba lê từ hồi mới lên ba. Khi họ chen chúc cùng đám đông ở một quầy hàng trên vỉa hè phía

trước siêu thị Woolworth, Christine bé bỏng giật tay mẹ, mãi mê chú ý tới những người cưỡi ngựa Pony ở mé đường bên kia, van vãn được dẫn sang đó. Tách khỏi Katie và những người khác, Joan cùng cô con gái nhỏ băng qua đường, hướng về phía đó. Ngay khi họ vừa đặt chân sang vỉa hè đối diện, Joan nghe tiếng một người đàn ông từ đâu đó đằng sau cô và rồi tiếng một đứa trẻ hét lên chói tai. Cô ngoảnh lại, rời tay khỏi Christine và bước vài bước về phía tiếng hét. Mọi người đang chạy tán loạn khắp mọi hướng, cố gắng tránh xa một người đàn ông cao lớn, lôi thôi đứng chặn lên một cô bé nằm sõng soài, cánh tay phải của hắn vươn ra điên cuồng đánh liên tiếp vào cô bé. Dù qua sự mờ mịt của nhận thức bị đông cứng lại, Joan ngay lập tức nhận ra rằng đứa trẻ đang nằm trước mặt cô, dưới bàn chân của gã đàn ông điên cuồng chính là Katie. Ban đầu, cô chỉ thấy cánh tay, rồi nhận ra ngay rằng trong bàn tay là một vật dài đầy máu. Đó là một con dao sắc dài khoảng hai chục phân.

Bằng tất cả sức lực, hắn đâm vào rút ra không ngừng, nhanh như chuyển động của cái pít tông, tấn công vào mặt và cổ Katie. Ngay lập tức, mọi người đều bỏ chạy – chỉ còn trơ lại kẻ giết người và nạn nhân. Không bị cản trở khỏi hành động điên cuồng, gã đàn ông ban đầu cúi người, sau đó thì ngồi sát cạnh đứa trẻ, không ngừng đâm những nhát chí tử bằng bàn tay tàn bạo. Khi vỉa hè nhuộm đỏ máu đứa trẻ, cách đó khoảng hai chục bước chân, Joan, lúc đó cũng đơn độc, đứng như trời trồng vì bàng hoàng và kinh hãi. Sau này cô nhớ lại rằng không khí dường như đặc đến mức cô không thể đi qua nổi nó – cơ thể cô hết nóng rồi lạnh, và cô bị bao phủ trong một màn cách ly mờ ảo.

Trừ những cú đâm điên cuồng vào đứa trẻ câm lặng của cánh tay không ngừng hết nâng lại lên hạ xuống đó, hầu như không có một cử động nào trong toàn bộ khung cảnh kinh hoàng đó. Bất cứ ai nhìn ra từ siêu thị Woolworth hay từ chỗ trú ẩn nào khác đều có thể nhìn thấy cảnh tượng hoang đường của sự điên rồ và chém giết đang diễn ra trên đường phố vắng như tờ đó.

Mặc dù Joan chắc rằng cảnh tượng rùng rợn sẽ không chấm dứt, chắc hẳn cô đã không đứng yên bất động quá vài giây, nhưng trong suốt khoảng thời gian dường như dài đằng đặc đó, cô thấy con dao không ngừng đâm đi đâm lại vào khuôn mặt và thân hình con mình. Hai người đàn ông bất ngờ từ đâu xuất hiện, tóm lấy tên giết người, gào thét khi họ cố gắng đè hẳn xuống. Nhưng không thể ngăn hẳn lại được – với sự quyết tâm điên loạn, hẳn vẫn đâm vào Katie. Thậm chí khi một trong hai người đàn ông bắt đầu nện những cú đá với chiếc giày nặng trịch vào mặt hẳn, hẳn vẫn không chú ý, mặc dù đầu hẳn đã bị lật từ bên nọ sang bên kia bởi lực của cú đá. Một viên cảnh sát chạy tới và chộp lấy cánh tay cầm vũ khí; chỉ đến khi đó ba người đàn ông mới xoay sở để khống chế được kẻ điên rồ đang vật lộn và ghì hẳn xuống đất.

Khi kẻ tấn công điên cuồng bị kéo khỏi Katie, Joan lao tới và ôm lấy con gái. Nhẹ nhàng lật người con lên và nhìn vào gương mặt nhỏ bé nát bươm, cô nhẹ nhàng gọi: “Katie, Katie” như thể cô đang thăm thì với một đứa trẻ nằm trong nôi. Đầu và cổ cô bé đầy máu, chiếc váy của cũng đầm máu, nhưng đôi mắt cô bé thì vẫn trong veo.

Con bé nhìn tôi chăm chăm và nhìn ra xa, một cảm giác ấm áp bùng lên trong tôi. Đầu con bé ngửa ra sau. Rồi tôi nâng nó lên một chút, tôi nghĩ nó vẫn còn thở. Tôi gọi tên nó vài lần và nói với nó rằng tôi yêu nó. Sau đó tôi biết rằng tôi phải đưa nó tới một nơi an toàn – tôi phải đưa nó tránh xa khỏi gã đàn ông này, nhưng đã quá muộn rồi. Tôi bế nó trên tay. Tôi đưa nó đi cách đó một đoạn ngắn, rồi tôi nghĩ, mình đang làm cái gì thế này? Mình có thể mang nó đi đâu đây? Tôi quỳ trên hai đầu gối và nhẹ nhàng đặt nó xuống. Ngực con bé bắt đầu phập phồng nặng nề và nó bắt đầu nôn ra máu. Máu ộc ra cả đồng lớn, liên tiếp – tôi không nghĩ con bé có nhiều máu thế; tôi biết nó đã hết sạch máu rồi. Tôi hét lên nhờ giúp đỡ, nhưng tôi chẳng làm được gì để nó ngừng nôn.

Lúc đầu khi tôi chạy tới với con bé, tôi thấy có chút lấp lánh trong đôi mắt nó, gần giống như thể con bé nhận ra tôi. Nhưng khi tôi đặt con bé xuống đất, ánh mắt con bé đã khác hẳn. Thậm chí khi nó nôn ra máu, chúng càng trở nên đờ đẫn hơn. Lúc đầu tiên tôi chạy tới bên nó, nhìn nó vẫn còn sức sống – lúc đó thì không còn nữa.

Trong mắt con bé không phải là cái nhìn đau đớn mà thay vào đó là cái nhìn kinh ngạc. Rồi khi tình hình thay đổi, nó vẫn còn giữ nét đó trên gương mặt, nhưng đôi mắt thì đã mờ đi đôi chút. Một người phụ nữ chạy tới – tôi đoán cô ta là y tá. Cô ta bắt đầu làm CPR. Tôi không nói gì, nhưng tôi nghĩ thầm, tại sao cô ta lại làm việc đó? Katie không còn ở trong cơ thể nó nữa rồi. Con bé ở đằng sau tôi, ngay phía trên tôi, lơ lửng. Sự sống của nó không còn ở bên trong nó nữa, và nó sẽ không quay trở lại. Cơ thể nó giờ chỉ còn là cái vỏ. Đến lúc đó, mọi thứ đều khác hẳn đi so với lúc đầu tiên tôi chạy tới bên nó – tôi có một nhận thức rằng con gái mình đã chết. Tôi cảm thấy nó không còn trong cơ thể nó nữa, rằng nó đã ở một nơi nào khác.

Xe cứu thương tới, họ đưa con bé ra khỏi vùng máu và cố gắng đẩy không khí vào phổi nó bằng bóng bóp cứu thương. Đôi mắt nó vẫn mở và nó vẫn có cái nhìn đờ đẫn ấy. Cái nhìn trên gương mặt con bé là cái nhìn kinh ngạc tột cùng, kiểu: “Chuyện gì đang xảy ra vậy?” Nó là sự kết hợp của bất lực, bối rối, và kinh ngạc chứ hoàn toàn không phải là cái nhìn hoảng sợ, và tôi nhớ rằng đã thấy khuây khỏa khi không phải thế, bởi vì lúc đó tôi đang tìm kiếm bất cứ cảm xúc giải tỏa nào...

Sau đó, tôi trải qua hằng tháng trời tự hỏi mình: Con bé đã cảm thấy đau đớn bao nhiêu? Tôi cần phải biết điều đó. Tôi thấy nó đã chảy hết cả máu trong người khi nó nôn ra. Ngực và gương mặt nó đầy những vết đâm, vết rạch. Chắc nó đã phải quay đầu từ bên nọ sang bên kia, vật lộn để thoát khỏi gã đàn ông đó. Sau đó, tôi được biết rằng không rõ hẳn xuất hiện từ đâu và đẩy Laura sang một bên. Hẳn tóm lấy tóc Katie rồi ném con bé xuống đất. Chính Laura đã hét lên chứ không phải Katie. Tôi phải biết con bé đã trải qua cái gì, cảm thấy điều gì...

Bạn biết cái nhìn đó trông như thế nào không? Nó giống như một sự giải thoát. Sau khi nhìn thấy hấn tấn công con bé như vậy, tôi cảm thấy yên lòng khi thấy cái nhìn giải thoát ấy. Hẳn con bé đã giải thoát mình khỏi nỗi đau đó, bởi vì gương mặt con bé không hề thể hiện nó. Tôi nghĩ, có thể con bé đã chìm vào trạng thái sốc. Nó nhìn đầy kinh ngạc nhưng không hoảng sợ – dù với tôi, sự việc thật kinh hoàng, nó không như vậy với con bé. Cô bạn Susan của tôi cũng đã thấy cái nhìn đó, và nói rằng có thể Katie đã bỏ cuộc, nhưng khi tôi nói với cô ấy rằng tôi nghĩ nó là một cái nhìn giải thoát, cô ấy bảo: “Đúng là thế, cậu nói đúng đấy!”

Chúng tôi từng có một tấm chân dung của con bé, và trong mắt con bé cũng là cái nhìn giống như vậy. Đôi mắt mở to nhưng không trong trạng thái kinh hoàng – nhìn nó giống như sự ngây thơ – một sự giải thoát ngây thơ. Là mẹ con bé, giữa đám máu me và mọi thứ khác, tôi thực sự thấy dịu đi khi nhìn vào mắt nó. Có một lúc khi đang ở bên con bé, tôi cảm thấy như nó đã

thoát ra ngoài cơ thể, lơ lửng trên không mà nhìn xuống chính mình. Mặc dù con bé đã bất tỉnh, tôi cảm thấy rằng bằng cách nào đó nó biết là tôi ở đó, rằng mẹ nó đã ở đó khi nó hấp hối. Tôi đã đưa con bé đến thế giới này và tôi đã ở đó khi con bé rời đi – bất chấp những kinh hoàng và khiếp sợ, tôi đã ở đó.

Xe cứu thương nhanh chóng đưa Katie tới bệnh viện gần nhất, chỉ mất khoảng vài phút. Mặc dù cô bé rõ ràng đã không còn mạch và chết não trên đường đi, và vượt quá cả trạng thái chết lâm sàng, đội cấp cứu khẩn cấp vẫn làm tất cả những gì có thể để cứu sống cô bé, thậm chí biết chắc chắn rằng những nỗ lực của họ sẽ vô ích. Rốt cuộc rồi họ cũng đầu hàng, nổi thất vọng và cơn giận dữ của họ chuyển thành đau khổ. Mắt đẫm lệ, một bác sĩ nói với Joan điều mà cô đã biết.

Người đàn ông giết Katie Mason là một kẻ mắc chứng tâm thần phân liệt thể hoang tưởng, 39 tuổi, tên là Peter Carlquist. Hai năm trước, hắn đã được tha bổng với lý do bị bệnh tâm thần khi cố dùng dao sát hại bạn cùng phòng, người mà hắn buộc tội là đã bỏ khí độc vào lò sưởi của họ. Hắn đã có một lịch sử dài những cuộc tấn công mọi người như vậy, gồm cả chị gái và nhiều bạn học cùng lớp phổ thông. Khi chưa đầy sáu tuổi, hắn đã nói với bác sĩ tâm thần là có một con quỷ đội mồ sống dậy và chui vào cơ thể hắn. Có lẽ là hắn đúng.

Sau cuộc tấn công bạn cùng phòng, Carlquist đã bị đưa vào sống trong cơ sở dành cho những kẻ điên đến mức gây tội ác ở các khu đất rải rác của bệnh viện tâm thần công, tọa lạc ở vùng ngoại ô thành phố mà Katie Mason tới thăm trong ngày tháng Bảy định mệnh. Chỉ một thời gian ngắn trước đó, một nhóm cố vấn đánh giá là hắn đã bình phục đủ để được chuyển sang một nhóm bệnh tâm thần nhẹ hơn, nơi các bệnh nhân được phép tự ký giấy để ra ngoài vài giờ một lần. Vào buổi sáng xảy ra cuộc tấn công, Carlquist đã đi ra khỏi trại, bắt chuyến xe buýt nội đô đi vào thị trấn, và dạo quanh một cửa hàng dụng cụ địa phương. Sau khi mua một con dao săn, hắn đi tới hội chợ đường phố. Và trong đám đông bên ngoài Woolworth, hắn đã thấy hai cô bé xinh xắn mặc váy giống hệt nhau. Đâu đó trong tâm trí hỗn loạn của hắn ẩn chứa bí mật về lý do tại sao hắn lại chọn cô bé Katie tóc sẫm màu làm nạn

nhân của mình thay vì cô bé tóc vàng Laura. Lao bổ về phía trước, hấn túm lấy cô bé, ném cô bé xuống đất, và bắt đầu hành động ma xui quỷ khiến của mình.

Katie Mason chết vì xuất huyết cấp dẫn tới sốc giảm thể tích. Mặc dù cô bé bị đâm vào nhiều vị trí ở phần trên cơ thể, nguyên nhân mất máu chủ yếu là một động mạch cảnh bị đứt hoàn toàn trút hết máu sang một vết rách ở thực quản. Máu chảy xuống thực quản tới dạ dày; đó là nguồn cơn của việc nôn ra lượng máu khổng lồ.

Một chuỗi những sự kiện đặc trưng diễn ra ở những người chảy máu cho tới chết. Đầu tiên, họ sẽ thở rất mạnh, đó là nỗ lực bù đắp của cơ thể để đưa càng nhiều oxy càng tốt vào lượng máu tuần hoàn đang giảm sút; nhịp tim sẽ tăng lên vì cùng lý do. Khi mất nhiều máu hơn, áp lực trong các mạch bắt đầu giảm nhanh và động mạch vành nhận được ngày càng ít máu. Nếu có điện tâm đồ, nó sẽ cho thấy bằng chứng của thiếu máu cục bộ cơ tim; chứng thiếu máu cục bộ làm chậm nhịp của quả tim thiếu oxy. Khi áp lực máu và nhịp đập của mạch xuống đủ thấp, não không còn nhận đủ lượng oxy và glucơ, theo sau là tình trạng bất tỉnh, tiếp đến là chết não. Cuối cùng, tim thiếu máu cục bộ đập chậm dần cho tới khi ngừng hẳn, thường là không hề có rối loạn nhịp tim. Với nhịp tim đứng yên, tuần hoàn ngừng, hô hấp dừng, có một số những hiện tượng hấp hối, và rồi chết lâm sàng sẽ xuất hiện. Khi một mạch máu có kích cỡ của động mạch cảnh đã bị cắt hẳn ra, toàn bộ chuỗi sự kiện này có thể diễn ra trong chưa tới một phút.

Tất cả những điều này giải thích cách Katie Mason chết. Nhưng nó không lý giải hiện tượng mà mẹ cô bé chứng kiến, trùng hợp với những mô tả của các nhân chứng khác trước những sự kiện khủng khiếp tương tự. Tại sao một đứa trẻ bất ngờ bị lưỡi dao của kẻ mắc bệnh tâm thần hiển nhiên là có ý định giết cô bé tấn công mà trên mặt lại không hề có cái nhìn khiếp đảm, thực tế chỉ là một trạng thái bình yên rõ rệt và sự giải thoát, một vẻ ngạc nhiên hơn là khiếp sợ? Đặc biệt khi cân nhắc đến sự tàn bạo đã để lại dấu vết trên gương mặt cô bé và phần trên cơ thể trong suốt khoảng thời gian ngắn ngủi khi cô bé chắc hẳn vẫn còn hoàn toàn tỉnh táo và chứng kiến sự

việc đang xảy ra với mình – tại sao không có bằng chứng gì về nỗi kinh hoàng, hay thậm chí là sợ hãi?

Điều được Joan Mason mô tả thực ra là điều đã khiến người ta kinh ngạc hàng trăm năm nay. Đối với một vài người lính, trạng thái không đau đớn và sợ hãi từng là nhân tố quyết định đối với năng lực chiến đấu của họ bất chấp những vết thương gây tàn phế, không cảm thấy gì ngoài sự phấn khích chiến đấu cho tới khi mối nguy hiểm trước mắt qua đi, sau đó là lúc những cơn đau về thể chất và tinh thần, hoặc cái chết, cuối cùng cũng xuất hiện. Điều này hiệu quả hơn nhiều so với trạng thái “chiến đấu hay bỏ chạy” khi adrenalin đột ngột tăng mạnh.

Trong tiểu luận “Làm hay tay quen”, Michel de Montaigne^{*} đưa ra giả thuyết rằng việc cả đời quen thuộc với nhiều cách chết sẽ làm những giờ phút cuối cùng của con người nhẹ nhõm hơn:

Tôi cho rằng có một cách nào đó để khiến cho nó quen thuộc với chúng ta, và một vài dạng thử nghiệm xem nó là cái gì. Chúng ta có thể có được kinh nghiệm, nếu chưa trọn vẹn và hoàn hảo, thì chí ít cũng sẽ không hoàn toàn vô ích với chúng ta, và điều đó có thể làm cho chúng ta tự tin hơn và an tâm hơn. Nếu chúng ta không thể chinh phục được nó, chúng ta có thể tiếp cận và nhìn ngắm nó; nếu chúng ta không thể trở thành bất khả xâm phạm, thì ít nhất chúng ta cũng khám phá và tự mình làm quen dần với con đường đó.

Montaigne kể lại chi tiết một trải nghiệm bị ném ra khỏi lưng ngựa “với tốc độ sấm sét trên con đường tôi đang phóng rất nhanh”. Bị va đập và chảy máu, ban đầu ông nghĩ rằng mình bị một phát súng hỏa mai bắn vào đầu. Nhưng trước sự ngạc nhiên của mình, ông vẫn khá bình tĩnh: “Tôi không chỉ trả lời đôi điều trước những câu hỏi họ đặt ra cho tôi, mà hơn thế, người ta còn kể rằng tôi đủ bình tĩnh để yêu cầu họ mang một con ngựa tới cho vợ tôi, tôi thấy cô ấy đang lê bước mệt mỏi một mình trên đường.”

Ông mô tả một cảm giác yên bình, mặc dù ông đã từ chối những viên thuốc ngủ được kê cho mình, “tin tưởng chắc chắn rằng mình bị thương nặng trên đầu. Thực tế, tình trạng của tôi lúc đó rất dễ chịu và thanh thản, tôi không bị nỗi đau đớn nào đè nặng, không bởi người khác hay chính bản thân mình; vô cùng suy nhược và yếu ớt, mà không có bất cứ nỗi đau đớn nào”.

Ông đã trải qua hai hay ba tiếng đồng hồ thanh thản đợi cái chết không bao giờ tới, khá bằng lòng với việc “lướt đi quá đổi ngọt ngào và sau đó là một cách êm ái và dễ chịu”. Cuối cùng, “tôi cảm thấy mình bị cuốn vào một cơn đau khủng khiếp, tứ chi như tử và dập nát vì cú ngã, rồi vô cùng ốm yếu trong hai tới ba đêm sau đó, đến mức tôi nghĩ rằng mình lại đang chết một lần nữa, nhưng là một cái chết đau đớn hơn nhiều.”

Cho dù là tác động nào đã trấn an tâm hồn chấn thương trầm trọng của Montagne, nó cũng đã biến mất. Sau giai đoạn vài tiếng đồng hồ ban đầu, ông chịu đựng cơn đau khủng khiếp. Cảm giác yên bình đã biến mất, tình trạng buông xuôi và sự chấp nhận một cái chết dễ dàng thấy trước cũng vậy. Thực tế của nỗi đau đớn và sự sợ hãi trở nên vô cùng mãnh liệt.

Những câu chuyện giống như của Montagne không phải là hiếm – thỉnh thoảng chúng được những người kể gán cho đặc tính thần bí, như thể có sự kiện không thể lý giải và có lẽ siêu phàm nào đó đã diễn ra. Nhưng với một bác sĩ đã dành cả sự nghiệp gắn bó với chấn thương gây ra do phẫu thuật, và những chấn thương khác do bạo lực của đời sống hiện đại gây ra, thì có một nguyên mẫu cho những câu chuyện như thế về sự thanh thản và buông xuôi trên gương mặt mà lẽ ra phải đầy những vết hằn của nỗi đau đớn và khiếp hãi. Nguyên mẫu là kết quả của một mũi tiêm thuốc tê hoặc một vài loại thuốc giảm đau chứa ma túy có tác dụng mạnh khác. Khi thuốc men được lựa chọn tốt với liều lượng đủ cao, nỗi sợ hãi trôi qua và cảm giác đau đớn của vết rạch hay tổn thương khó chịu nhất cũng rút xuống thành một đám mây êm ái của sự lãnh đạm. Nhiều bệnh nhân kể lại một cảm giác dễ chịu, và tôi từng chứng kiến một trạng thái phờ phơ nhẹ nhõm sau một liều vừa đủ thuốc mê dạng moóc-phin.

Không có gì là cường điệu khi tin rằng tự cơ thể con người biết cách tạo ra những chất giống như moóc-phin đó và biết cách tính toán thời gian cho việc giải phóng các chất đó hòng đáp ứng ngay thời điểm cần thiết. Thực tế, “thời điểm cần thiết” có thể chính là tác nhân kích thích khởi đầu quá trình.

Trên thực tế, các loại thuốc giảm đau tự sinh như vậy có tồn tại, và chúng được gọi là các endorphin. Chúng được gán cho cái tên đó rất nhanh sau khi

được phát hiện ra vào khoảng hai chục năm trước – bằng cách kết hợp hai từ mô tả chúng: Chúng là các hợp chất giống như moóc-phin nội sinh (endogenous morphinelike). *Nội sinh* xuất hiện trong từ điển y khoa ít nhất một thế kỉ trước đây, phỏng theo từ *endon* tiếng Hy Lạp, nghĩa là “bên trong” hay “ở trong” và *gennao*, có nghĩa là “Tôi sản xuất”. Theo đó, nó đề cập tới những hợp chất hoặc điều kiện chúng ta tạo ra bên trong cơ thể mình. Tất nhiên, *Morphine* gợi nhớ đến Morpheu, vị thần La Mã của giấc ngủ và mơ mộng.

Nhiều cấu trúc trong não bộ có khả năng tiết ra endorphin để phản ứng lại với căng thẳng, bao gồm vùng dưới đồi (vùng não điều khiển thân nhiệt, đói, khát) và một vùng được gọi là chất xám quanh cuống não, cũng như tuyến yên. Cùng với ACTH, một hoóc-môn hoạt hóa tuyến thượng thận, người ta biết rằng các phân tử endorphin, cũng giống như những chất gây tê khác, có khả năng tự liên kết bên trên các cơ quan thụ cảm, trên bề mặt của một số tế bào thần kinh nhất định. Tác động là biến đổi nhận thức cảm giác thông thường. Các endorphin dường như đóng một vai trò đáng kể không chỉ trong việc gia tăng ngưỡng chịu đau mà còn trong việc thay đổi các phản ứng cảm xúc. Thêm nữa, có bằng chứng rằng chúng còn tương tác với những hoóc-môn giống như adrenalin nữa.

Ở một người bình thường, không căng thẳng, không bị chấn thương thì không có dấu hiệu của hoạt động làm giảm đau và biến đổi tâm trạng của endorphin. Cần có một cấp độ tổn thương rõ rệt nào đó, cho dù về thể chất hay cảm xúc, thì chúng mới chuyển sang trạng thái hành động. Cấp độ, hay thậm chí là chất lượng, của tổn thương cần thiết này vẫn chưa được xác định rõ.

Ví dụ như, tác động kích thích đơn giản của kim châm cứu cũng có thể dẫn đến việc tiết ra các endorphin. Trong những năm thực hiện hàng loạt chuyến đi công tác tới các trường y ở Trung Quốc, tôi trở nên hứng thú với châm cứu sau khi quan sát một vài buổi minh họa về tác động của nó với tư cách là một lựa chọn để gây mê trong đại phẫu. Trong năm 1990, tôi đã thám Giáo sư Cao Xiaoding, một nhà tâm thần học đứng đầu Khoa Gây tê

bằng Châm cứu của Đại học Y Thượng Hải và Nhóm Cộng tác Nghiên cứu Chứng mất Cảm giác, một cơ sở gồm ba mươi khoa thành viên và sáu phòng thí nghiệm về dược lý thần kinh (*neuropharmacology*), sinh lý học thần kinh (*neurophysiology*), hình thái học thần kinh (*neuromorphology*), hóa sinh học thần kinh (*neurobiochemistry*), tâm lý học lâm sàng (*clinical psychology*), và khoa học máy vi tính. Đội của Giáo sư Cao đã cung cấp một khối lượng vô cùng lớn bằng chứng lâm sàng và thực nghiệm ấn tượng chỉ ra rằng nền tảng cho thành công không thể nghi ngờ của châm cứu trong những ứng dụng nhất định là kích thích sự tiết ra endorphin nhờ tác động vào các cây kim bằng cách rung hoặc xoay. Mặc dù sự gia tăng đáng kể các mức endorphin trong quá trình châm cứu đã được ghi trong các tài liệu nhiều lần, không chỉ ở Thượng Hải mà còn ở một vài phòng thí nghiệm ở phương Tây nữa, nhưng lối mòn thần kinh mà theo đó dấu hiệu kích thích chạm tới được não vẫn chưa được làm sáng tỏ. Nó có thể tương tự như cơ chế kích hoạt phản ứng gây căng thẳng quen thuộc.

Kể từ cuối những năm 1970, người ta đã chứng minh được sự có mặt của các endorphin khi xảy ra sốc vì mất quá nhiều máu hoặc nhiễm trùng máu; sự gia tăng của chúng trong tổn thương về thể chất ở tất cả các dạng đã được dẫn chứng rất rõ trong tài liệu về phẫu thuật. Cho tới cách đây không lâu, hiện tượng này còn chưa được nghiên cứu ở trẻ em, nhưng một báo cáo gần đây của trường Đại học Pittsburgh đã chứng minh mô hình tương tự như ở người trưởng thành – cụ thể là, sự gia tăng đáng kể lượng endorphin ở các bệnh nhân bị tổn thương trầm trọng nhất, khi so sánh với những người bị tổn thương nhẹ hơn. Một vài trẻ mà tổn thương chỉ là trầy da cũng thể hiện sự gia tăng đôi chút mức độ của các hoóc-môn này.

Chúng ta sẽ không bao giờ biết mức độ endorphin của Katie Mason (và một số đồng nghiệp điều trị đòi hỏi khẩn trương bằng chứng của tôi chắc chắn sẽ tìm thấy sai sót trong giả định của tôi rằng nó đã rất cao), nhưng tôi tin rằng tự nhiên đã can thiệp, như nó vẫn thường xuyên làm, và cung cấp lượng thuốc chính xác để mang đến cho một đứa trẻ đang hấp hối một biện pháp xoa dịu. Sự gia tăng endorphin có vẻ như trở thành một cơ chế sinh lý bẩm sinh để bảo vệ động vật có vú và có lẽ cả những động vật khác, hòng chống

lại những mối nguy về tinh thần và thể xác trước sự kinh hoàng và nỗi đau đớn. Nó là một phương kế để tồn tại, và bởi vì nó có giá trị tiến hóa nên hầu chắc nó đã xuất hiện trong suốt thời kỳ hoang dã của thời kỳ tiền sử, khi những sự kiện đe dọa sự sống thường xuyên bất ngờ xuất hiện. Nhiều mạng chắc hẳn đã được cứu vì không có phản ứng hoảng sợ trước mối nguy hiểm bất ngờ.

Joan Mason dường như cũng đã được bảo vệ bởi các endorphin của mình. Cô đã nói với tôi rằng, nếu không nhờ cảm giác ấm áp gần như siêu phàm và cảm giác được bao bọc bởi một màn hào quang cách ly dày dặn, cô tin rằng mình có thể đã bị một cơn đau tim và chết trên đường phố đó bên cạnh con gái mình. Người tiền sử cổ xưa sở hữu trái tim và hệ thống tuần hoàn không đầu hàng nỗi khiếp sợ lúc bị một con thú tấn công là người đã sống sót để sinh ra thế hệ sau có phản ứng rất giống mình.

Mặc dù có nhiều câu chuyện kiểu này, nhưng có rất ít nỗ lực nghiên cứu nó một cách hệ thống. Chúng ta đã đọc bài viết mang tính triết học của Montaigne, hay câu chuyện của một người lính, hoặc có lẽ là bản mô tả của người leo núi đã trải nghiệm một sự thanh thản nội tại bất thường khi rơi tự do xuống một cái chết bất ngờ chắc chắn sẽ xảy ra. Một vài người trong chúng ta cũng có những câu chuyện của riêng mình để kể lại. Và rồi, tất nhiên, có những lần endorphin thất bại và cái chết đến với sự đau đớn trọn vẹn không hề được giảm bớt của nó.

Bởi vì với vài người, các endorphin dường như có liên quan tới những vấn đề của cơ thể, và với những người khác thì là các vấn đề về tinh thần, nên việc khảo sát trải nghiệm của một người có mục tiêu là hàn gắn cả hai sẽ mang lại rất nhiều thông tin. Nhiều người quên rằng nhà thám hiểm vĩ đại David Livingstone* từng là một người truyền giáo về y khoa. Ông đã sống sót sau một vài lần thoát chết trong suốt những chuyến thâm nhập châu Phi của mình, nhưng trong đó có một lần là một ví dụ điển hình cho cách chất nguyên sinh và ngoại chất đôi khi hợp tác chặt chẽ với nhau nhất đúng vào khoảnh khắc mà chúng dường như sẽ tách rời nhau mãi mãi.

Vào tháng Hai năm 1844, khi ấy Livingstone ba mươi tuổi, một hôm ông phải đối mặt với một con sư tử bị thương khi cố gắng bảo vệ một số thành viên bộ lạc bản xứ trong đoàn của mình. Hàm của con thú giận dữ ngoạm lấy ông ở phần trên bên mé trái cơ thể, ông cảm thấy mình bị nhấc bổng khỏi mặt đất và bị rung lắc dữ dội khi hàm răng của con sư tử cắm sâu vào thịt, bẻ gãy vụn xương cánh tay bên trong và xé toạc mười một vết rách lờm chớm. Một người cải đạo cao tuổi tên là Mebalwe trong đoàn của Livingstone đã nhanh trí cầm lên một khẩu súng trường và nổ súng, điều này đủ để khiến con thú hoảng sợ đến mức thả con mồi ra và lao vội đi, nó chết cách đó một đoạn ngắn do viên đạn Livingstone bắn ra ngay trước khi bị vồ.

Nhà thám hiểm bị thương đã có rất nhiều thời gian để suy ngẫm về vụ thoát chết trong gang tấc của mình trong hơn hai tháng ông hồi phục vì mất máu, gãy xương nghiêm trọng, và chỗ nhiễm trùng nặng đã bắt đầu mưng mủ trong một thời gian ngắn. Càng kinh ngạc trước sự sống sót của mình bao nhiêu, ông càng ngạc nhiên bấy nhiêu vì cảm giác bình yên của mình khi bị con sư tử vồ. Sau này ông đã mô tả lại sự kiện đó và cảm giác thanh thản không thể diễn tả được của mình trong tự truyện xuất bản năm 1857, *Những chuyến đi và hoạt động nghiên cứu của Hội truyền giáo ở Nam Phi*.

Gầm lên dữ dội vào tai tôi, nó lắc tôi như một con chó săn lắc con chuột. Cú lắc tạo ra một trạng thái ngán ngờ hết như cảm giác của con chuột sau cú lắc đầu tiên của con mèo. Nó gây ra một trạng thái mơ màng, trong đó không còn cảm giác đau đớn hay hoảng sợ, mặc dù khá tỉnh táo trước mọi việc đang xảy ra. Nó giống như điều những bệnh nhân đang chịu một phần tác dụng của thuốc mê mô tả, họ chứng kiến toàn bộ cuộc phẫu thuật nhưng không cảm thấy lưỡi dao. Điều kiện khác thường này không phải là kết quả của bất cứ quá trình tư duy nào. Cú lắc đã tiêu diệt nỗi sợ hãi, và không cho phép cảm giác kinh hoàng nào khi nghĩ về con thú.

Trạng thái khác thường này chắc hẳn xuất hiện trong tất cả những con vật bị giết bởi các loài động vật ăn thịt; và nếu vậy, nó quả là một sự dự phòng đầy khoan dung mà Đấng Tạo hóa nhân từ ban cho chúng ta để giảm bớt đi nỗi đau đớn của cái chết.

Trong thời kỳ xa xưa đó, khi khoa học phòng thí nghiệm chỉ vừa mới bắt đầu mỗi hợp tác lâu dài của mình với y học lâm sàng, lý giải của

Livingstone về sự bình tĩnh khác thường của ông là một trong những điều chắc hẳn nhận được sự đồng tình của hầu hết mọi người. Hẳn cần phải có khả năng biết trước, hoặc có lẽ là một sự chối bỏ niềm tin, để viện dẫn tới sinh lý học trong những thời khắc bình minh này, khi những phân tích hóa học và kính hiển vi vừa mới chào đời. Để Livingstone bằng cách nào đó trực cảm được những nguyên tắc của thay đổi sinh hóa liên quan tới căng thẳng của tình trạng tỉnh táo là điều khá không chắc chắn. Thiếu đi một bước nhảy vọt của tầm nhìn tiên tri, vượt quá cả khả năng của một nhà truyền giáo Cơ đốc đã được thụ phong, ông chắc chắn đã không thể tiên đoán được việc sẽ khám phá ra một hiện tượng như vậy.

Tôi đã từng có kinh nghiệm cá nhân về một tình huống tương tự. Bản chất tôi không phải là người hay sợ hãi, nhưng có hai tình huống làm tôi sợ đến mức vô lý: bị nhìn xuống từ trên độ cao khủng khiếp, và bị nhấn sâu xuống nước. Chỉ cần nghĩ về một trong hai mối đe dọa ấy thôi là tôi đã nổi lên một cơn đau quặn thắt ở cơ vòng, từ đầu ống tiêu hóa xuống tận cuối cùng. Không chỉ là tôi thận trọng với chỗ nước sâu, hay thậm chí còn sợ hãi nó – tôi dờ cả người vì nó, trở nên hèn nhát, nổi hèn nhát vì ám ảnh. Trong một bể bơi xung quanh toàn những thanh niên trẻ trung khỏe mạnh, bất cứ ai cũng có thể cứu tôi mà chẳng tốn mấy công sức, tôi đã hơn một lần có cảm giác chắc chắn mình sắp chết đuối tới nơi; cảm giác đó bùng lên trong đầu tôi chỉ vì tôi nhận ra là mình đã đi quá khoảng vài chục phân so với độ sâu của mình.

Cùng với một đồng nghiệp người Mỹ và nửa tá thành viên chuyên khoa của trường Đại học Y Hồ Nam gần trung tâm phía nam thành phố Trường Sa của Trung Quốc, tôi rời khỏi một bữa tiệc sang trọng (trong suốt bữa ăn kéo dài hai tiếng đồng hồ đó, toàn bộ lượng cồn tôi uống là một chai bia Thanh Đảo lúc đầu bữa), tán gẫu và đi bộ dọc theo con đường vắt một đoạn ngắn ngang qua một chỗ có vẻ là một cái hồ nước nông. Tôi mặc đầy đủ lễ phục, và mang theo một cái túi quàng qua vai. Đã từng ở nhà khách này hai năm trước, tôi không lạ lẫm gì với địa hình, nhưng dường như tôi đã không để ý tới độ hẹp của vỉa hè quanh co hay sự thiếu vắng ánh đèn bên ngoài trong đêm yên ắng đó. Khi quay nửa người lại để nhấn mạnh một nhận xét với

một trong những người chủ nhà đi phía sau, tôi bất ngờ thấy mình bị hẫng chân phải. Trong một khoảnh khắc, tôi đã ngập đến tận đầu trong làn nước đen ngòm tăm tối, và tiếp tục chìm xuống. Đồng thời với sự lóe lên của nhận thức rằng mình vẫn đang ở phương thẳng đứng và tiếp tục chìm sâu hơn, tôi cảm nhận một sự kinh ngạc điếng người cùng một cảm giác thích thú trở trêu nhẹ nhàng nhưng không thật rõ ràng, như thể tôi bị cuốn vào một màn biểu diễn mua vui ngớ ngẩn và khờ khạo không diễn ra theo kế hoạch đã vạch. Cùng lúc đó, tôi thấy khó chịu với bản thân mình vì cái điều tôi ngay lập tức nhận ra, đó là, một chút vụng về có thể gây cản trở cho thành công mỹ mãn của tôi ở Hồ Nam. Đáng chú ý nhất là không có cảm giác sợ hãi và hoàn toàn không có suy nghĩ rằng tôi có thể chết đuối.

Mặc dù không nhận thức được về việc đó, chắc là cuối cùng tôi cũng chạm đáy và theo bản năng, đạp chân bật lên như một người bơi đầy kinh nghiệm, bởi vì tôi nhanh chóng thấy mình vươn thẳng dần lên, cho tới khi đầu tôi ngoi lên khỏi mặt nước. Tóm lấy mấy bàn tay với ra của những người bạn đồng hành đang la hét và sợ chết khiếp của mình, tôi bò lên khỏi hồ, đặt chân vào những viên đá lô nhô bên thành bể. Cái túi vẫn ở trên vai; tất cả những gì tôi mất là một cặp kính và đôi chút yếu tố cần thiết cho sự đường hoàng mà người Trung Quốc gọi là *mianzi*, hay “thể diện”. Mất một lúc, tôi đứng đó, trên lối đi, cảm thấy ngu xuẩn, ngượng ngùng, và đột nhiên lạnh buốt.

Cú nhúng nước của tôi chắc kéo dài không quá vài giây, và việc tiết ra các endorphin chỉ là một giả định không có bằng chứng khả thi. Nhưng tôi kể lại tình tiết này như một bằng chứng cá nhân cho một tình huống bất ngờ không dự đoán trước lẽ ra đã gây mất kiểm soát hỗn loạn, nhưng lại chỉ tạo ra một ảnh hưởng khách quan của sự bình tĩnh và những quan sát khá hợp lý về tình thế mà tôi đã rơi vào (theo đúng nghĩa đen). Yếu tố choáng váng về mặt cảm xúc dường như đã kích hoạt một phản ứng căng thẳng lấy đi mất của tôi nhận thức về mối nguy hiểm, do đó ngăn được sự rã rời do kinh hãi có thể đã diễn ra. Có vẻ như, tôi đã được cứu thoát khỏi những cái đập tay vô hiệu và việc hít vào vài lít nước tù đọng, chưa kể đến xác suất khá cao của việc va đầu vào những viên đá nhọn hoắt chỉ cách đó vài xentimet.

Tính chất nghiêm trọng của những khoảnh khắc nguy hiểm ngăn ngủi mà tôi trải qua thực sự chẳng là gì so với cuộc tấn công cảm giác đã xảy đến với Montaigne hay Livingstone, và tôi cũng không vô cảm đến mức so sánh chúng với những sự kiện bi thảm đã xảy ra với Katie Mason bé bỏng. Thế nhưng, ngoại trừ sự khác biệt lớn lao về cấp độ, tất cả những sự kiện này dường như đều minh họa cho cùng một hiện tượng – sự thanh thản rõ rệt thay vì kinh sợ, và cam chịu thay vì vật lộn để tự chuốc lấy thất bại. Nhiều người đã suy ngẫm về lý do tại sao những chuyện này lại nên diễn ra như vậy, và các câu trả lời trải rộng ra trên toàn bộ phạm vi triết học, từ thuyết duy linh cho tới khoa học. Cho dù nguồn gốc là gì đi nữa, nhân loại và nhiều loài động vật có vẻ như thường được bảo vệ tại khoảnh khắc khi cái chết bất ngờ chạm tới – được bảo vệ không chỉ khỏi nỗi kinh hoàng về chính cái chết mà còn khỏi những kiểu hành động phản tác dụng nhất định có thể khiến cái chết chắc chắn xảy ra hoặc kéo dài nỗi đau đớn của nó.

Ở đây tôi đã chạm tới miền đất hiểm nguy, nhưng không thể tránh khỏi được. Mới gần đây, hiện tượng được gọi là (và thường xuyên được viết hoa để nhấn mạnh) Kinh nghiệm Cận-Tử đã được thảo luận nhiều. Không một người quan sát có óc xét đoán nào có thể coi thường rất nhiều những câu chuyện từ những người suýt nữa sang thế giới bên kia được tập hợp lại bởi những người điều tra đáng tin cậy phỏng vấn những người sống sót đáng tin. Những người tìm cách giải thích những khám phá của họ trên một nền tảng khoa học hợp lý đã viện dẫn đủ nguyên nhân khả thi, từ các vấn đề về tâm thần tới các vấn đề về hóa sinh. Những người khác thì tìm kiếm lời giải thích trong niềm tin tôn giáo hoặc cận tâm lý học, trong khi vẫn có những người khác chấp nhận những trải nghiệm đó theo vẻ bề ngoài của chúng, tin rằng chúng không chỉ có thật mà thực tế, còn là những bước đầu tiên dẫn vào một thế giới bên kia đầy hạnh phúc sung sướng, gần như luôn là trên thiên đường hoặc nơi nào đó tương tự như vậy.

Nhà tâm lý học Kenneth Ring^{*} đã phỏng vấn 102 người qua khỏi những chấn thương nghiêm trọng hoặc các căn bệnh hiểm nghèo. Bốn mươi chín người trong số họ đạt tiêu chuẩn của ông về trải nghiệm cận tử sâu hoặc vừa phải, và năm mươi ba người được xếp vào phân loại mà ông gọi là “không

trải nghiệm”. Đại đa số những người được phỏng vấn bị đau ốm đã phải chịu đựng một cơn bệnh bất ngờ, như nhồi máu cơ tim hoặc xuất huyết. Bác sĩ Ring đã tìm thấy những chi tiết tiếp nối nhau cơ bản ở những người phản ứng tích cực: bình thần và cảm giác dễ chịu; tách khỏi cơ thể; đi vào bóng tối; nhìn thấy ánh sáng; đi vào ánh sáng. Những đặc điểm khác, ít phổ biến hơn bao gồm một cuộc nhìn lại về cuộc đời của người đó, một cuộc gặp gỡ với một “hình dáng”, gặp lại những người thân yêu đã qua đời, và đưa ra quyết định quay trở lại. Một vài bệnh nhân của bác sĩ Ring đã đi xa tới mức bị coi là chết lâm sàng, nhưng đa số chưa tới điểm đó, chỉ đơn thuần là nguy hiểm tới tính mạng.

Tôi cũng chẳng có nhiều cơ sở để giải thích hội chứng gọi là Lazarus này hơn so với đa số những người khác đã từng nghiên ngẫm về nó, nhưng tôi xin được bày tỏ nhiều kính trọng hơn một chút đối với những thực tế đã được quan sát so với những hiện tượng có vẻ mơ mộng hơn, đặc biệt là những người đã đi xa tới mức gọi đối tượng của những nghiên cứu thông thái rờm của họ là Trải nghiệm *Sau* cái Chết. Để làm điều đó, tôi thấy sẽ rất hữu ích khi quan sát những hậu quả sinh học có thể xảy ra của những hiện tượng này – chức năng của nó có thể là gì, và nó có ích lợi ra sao trong việc bảo tồn các cá thể và các loài?

Tôi tin rằng kinh nghiệm cận tử là kết quả của vài triệu năm tiến hóa sinh học, và nó có chức năng bảo vệ sự sống cho các loài. Rất có thể, về bản chất nó tương tự với tiến trình được mô tả trong những phần trên đây. Thực tế của việc dường như trong một số ít các trường hợp, nó xuất hiện ngay cả khi “cái chết” đã kéo dài hay tương đối hết căng thẳng cũng không thay đổi kỳ vọng của tôi vào việc một ngày nào đó, người ta sẽ chứng tỏ được rằng nó chịu sự chi phối, nếu không bởi riêng các endorphin, thì cũng bởi vài cơ cấu sinh hóa tương tự khác. Tôi sẽ không ngạc nhiên nếu một số các yếu tố khác đã từng được cho là các nguyên nhân khả thi của hiện tượng này thể hiện rằng chúng có giữ một vai trò, như cơ chế bảo vệ tâm lý gọi là giải thể nhân cách, tác động ảo giác của nỗi kinh hoàng, những cơn co giật bắt nguồn từ các thù thái dương của não bộ, và sự oxy hóa trong não không đủ. Đến lượt mình, việc giải phóng các chất sinh hóa thực tế có thể là hậu quả hoặc tác

nhân kích thích của một hoặc một vài tiến trình như vậy. Trong vài trường hợp, khi hiện tượng này diễn ra trong giai đoạn kéo dài của cái chết ở những bệnh nhân giai đoạn cuối, tất nhiên, các yếu tố khác cũng có thể có một vai trò, như là thuốc gây mê dạng tiêm hoặc các chất độc được sản sinh ra bởi chính căn bệnh đó.

Giống như rất nhiều các giải thích khác về những hiện tượng khó hiểu, có vẻ thần bí, giải thích này không có mâu thuẫn gì với những người theo tôn giáo giữa chúng ta. Tôi không phải là người đầu tiên thắc mắc về những cách thức thần bí mà Chúa được coi là đã thực hiện những ý nguyện bí ẩn của Người, cũng chẳng phải là nguồn tin đồn đại rằng có thể Người sử dụng các hóa chất để thực hiện việc đó. Vì là một người hoài nghi thâm căn cố đế, tôi tin chắc rằng chúng ta đừng nên chỉ đặt câu hỏi về tất cả mọi chuyện mà còn nên sẵn sàng tin tưởng rằng mọi điều đều có thể. Nhưng trong khi những người theo chủ nghĩa hoài nghi chân chính có thể sống vui vẻ hạnh phúc trong tình trạng bất khả tri lâu dài, một vài người trong chúng ta ước ao được tin. Điều gì đó bên trong linh hồn thiên về lý trí của tôi quả có nổi loạn trước những việ dẫn của cận tâm lý học, nhưng chắc chắn không phải là về Chúa. Sẽ không có gì làm tôi hài lòng hơn là bằng chứng về sự tồn tại của Người, và cả thế giới bên kia đầy sung sướng nữa. Bất hạnh thay, tôi không thấy có bằng chứng nào cho việc đó trong kinh nghiệm cận tử.

Tôi không hề nghi ngờ sự tồn tại của hiện tượng cận tử và cảm giác bình yên đôi khi xuất hiện khi cái chết bất ngờ đe dọa. Tuy nhiên, tôi nghi ngờ về tần số xuất hiện của nó trong những tình huống khác ngoài những tình huống bất ngờ. Đương nhiên, sự thoải mái và bình yên, và đặc biệt là sự thanh thản tỉnh táo, của những ngày bám trụ cuối cùng ở cõi trần lại được các nhà bình luận đánh giá quá; chúng ta không thể được thỏa mãn trọn vẹn bằng cách bị ru ngủ trong những mong đợi phi lý.

Michel Eyquem de Montaigne (1533-1592): một trong những nhà văn có ảnh hưởng nhất thời kỳ Phục Hưng. Ông được coi là người đã đưa tiểu luận thành một thể loại văn học.

David Livingstone (1813-1873): bác sĩ và nhà truyền giáo tiên phong người Scotland thuộc Hội Truyền giáo London, ông cũng là một nhà thám hiểm châu Phi.

Kenneth Ring (sinh năm 1936): giáo sư về tâm lý học tại Đại học Connecticut và nhà nghiên cứu trong lĩnh vực nghiên cứu cận tử.

7.

TAI NẠN, TỰ TỬ VÀ AN TỬ

Trong một bài diễn văn thường được trích dẫn năm 1904 tại Harvard, bài giảng Ingersoll về Sự bất tử của Con người, William Osler đã nói về việc sở hữu thứ mà ông mô tả là những hồ sơ ghi lại giờ phút lâm chung của khoảng năm trăm người, “nghiên cứu chi tiết về các hình thức của cái chết và cảm giác khi hấp hối”. Osler nói rằng, chỉ có chín mươi ca thể hiện bằng chứng về sự đau đớn hay khổ sở. Trong số năm trăm đó, “dù cách này hay cách khác thì đại đa số đều không có tín hiệu gì; như khi họ sinh ra, cái chết của họ là một giấc ngủ và sự quên lãng”. Theo mô tả của Osler thì lúc hấp hối là “mê sảng, nhưng dễ thay đổi, nhìn chung là không ý thức và vô tư lự”. Lewis Thomas còn đi sâu hơn: “Tôi mới chỉ thấy nỗi đau đớn trong cái chết có một lần, ở một bệnh nhân bị bệnh dại.” Tại thời điểm những phát biểu của họ, cả Osler và Thomas (Thomas hiện nay vẫn còn sống) đều nằm trong số những nhà khoa học y học được tôn trọng nhất kỉ nguyên của họ.

Thế nhưng tôi thấy khó hiểu. Tôi từng chứng kiến quá nhiều người chết trong đau khổ, quá nhiều gia đình bị giày vò bởi việc túc trực bên người hấp hối, nên không thể cho rằng quan sát lâm sàng của tôi vì lý do nào đó là một sự hiểu lầm về thực tế. Rất nhiều bệnh nhân của tôi, đông hơn nhiều so với lượng 1/5 số bệnh nhân của Osler, đã trải qua những tuần và ngày cuối cùng ngập ngụa trong đau đớn khổ sở, và tôi đã ở đó để chứng kiến. Có lẽ sự khác biệt trong quan điểm của Thomas là kết quả của việc ông đã dành phần lớn sự nghiệp của mình trong các phòng thí nghiệm; có lẽ lý giải của Osler về hồ sơ năm trăm bệnh nhân phản ánh tư tưởng lạc quan nổi tiếng của ông rằng, thế giới thực sự là một nơi tuyệt vời hơn nhiều so với nhìn nhận của chúng ta, cũng như lòng nhiệt tâm của ông với vai trò một nhà thông thái về

vạn vật để truyền đi triết lý lạc quan đó. Dù là điều gì đã truyền cảm hứng để hai nhà nghiên cứu y học nhân đạo nhất này đưa ra tuyên bố của mình, tôi buộc phải bất đồng một cách đầy kính cẩn.

Nhưng rồi, có lẽ tôi lại không bất đồng chút nào. Hoặc có khi chính Osler và Thomas đã bất đồng với sự lý tưởng hóa của chính họ nhưng chỉ chưa sẵn sàng nói ra như vậy mà thôi. Rất có thể là họ đều tránh né câu hỏi, và làm điều ấy một cách khéo léo. Khi mô tả điều mà họ ngụ ý là không có nỗi đau đón khi chết, họ đã tiện dịp mà tàng lờ đi những sự kiện tức thời xảy ra trước những ngày hoặc những giờ mà họ nói đến một cách vững lòng. Với liều thuốc giảm đau mạnh hoặc trận hôn mê cuối cùng xuất hiện ở một số người vào giai đoạn cuối của một cuộc chiến khó khăn, thời khắc thực sự khi trái tim ngừng đập quả thực thường là yên bình. Theo cách đó, nhiều người tránh được một sự chuyển tiếp đầy đau khổ; nhưng nhiều người khác lại phải chịu đau đón cả về thể xác lẫn tinh thần cho tới tận khi gần sát với khoảnh khắc cuối cùng, hoặc thậm chí ngay cả ở khoảnh khắc cuối cùng. Có một sự trầm lặng dễ thương phong cách thời đại Victoria trong việc phủ nhận khả năng của một khúc dạo đầu bi thương dẫn tới cái chết, và đó là điều mà mọi người đều muốn nghe. Nhưng nếu yên bình và phẩm giá là điều mà chúng ta tự lừa dối bản thân để trông đợi, thì hầu hết chúng ta sẽ chết mà vẫn băn khoăn không biết mình hay bác sĩ của mình đã làm sai điều gì.

Đối với chính Osler, cái kết quả thật tỏ ra rất thanh thản. Tuy nhiên, cái giá để có được cái kết đó là rất nhiều đau khổ mà ngay cả bản chất vui vẻ bất diệt của ông đã không thể chiến thắng nổi. Căn bệnh cuối cùng của ông kéo dài hai tháng nằm liệt giường, bắt đầu bằng các triệu chứng được cho là do cảm lạnh, rồi cúm, rồi viêm phổi. Mặc dù ông đã dùng cảm chống đỡ những trận sốt cao và những cơn ho dữ dội đầy đau đón, đôi khi thật khó khăn để đảm bảo với vợ ông và những người bạn đang lo lắng rằng chủ nghĩa lạc quan của ông không hề suy chuyển. Khi bị ốm đã lâu, ông viết trong một lá thư gửi người thư ký cũ của mình: “Tôi đang trải qua một thời gian kinh khủng – sáu tuần nằm liệt giường! – bệnh viêm phế quản kịch phát, không có trong bất cứ cuốn sách nào của ông đâu! Hầu như không có dấu hiệu nào về mặt thể chất; ho không ngừng, mấy tiếng ngán rồi đến cả

tràng, tệt như ho gà vậy... Rồi một đêm hôm nọ, là viêm màng phổi cấp tính lúc mười một giờ. Một cơn đau nhói rồi nổ đom đóm mắt, đau đốn mỗi khi ho và thở sâu, nhưng 12 tiếng sau, một cơn xé toạc cả màng phổi thành mảnh vụn, kèm theo nó là cơn đau... Tất cả liệu pháp điều trị cuống phổi đều vô ích – không có gì mà các bác sĩ giỏi giang của tôi không thử làm, nhưng điều duy nhất trong bất cứ cuộc thăm khám nào để kiểm tra tình trạng ho là thuốc giảm đau – uống một lọ Paregoric* hoặc tiêm một mũi morphine.”

Đến khi đó, thậm chí một tinh thần phơi phới như Osler cũng mất đi khả năng truyền sự lạc quan tới những người xung quanh. Ông đã phải trải qua hai cuộc phẫu thuật có gây mê toàn thân để hút mủ tích tụ trong ngực, và mỗi cuộc phẫu thuật chỉ cải thiện được cho ông trong thời gian ngắn ngủi. Nỗi đau đốn khiến ông mong mỏi có được cái chết mà ông đã mô tả mười lăm năm trước “nhìn chung không có ý thức và vô tư lự”. Đến lúc cuối đời, Osler dừng cảm đã thừa nhận cả sự khó khăn trong hành trình của mình lẫn niềm khao khát được chấm dứt khổ đau: “Tình trạng chết dần cứ kéo lê một cách khó chịu – và ở năm thứ 71 của một con người thì bên cạnh chẳng còn xa nữa.”

Hai tuần sau đó, Osler qua đời, ở tuổi bảy mươi. Ông đã sống bảy chục năm đúng như được hứa hẹn trong Sách Thánh thi. Chứng viêm phổi của ông đã không phải là “căn bệnh cấp tính, ngắn ngủi, thường không đau đốn” như ông từng mô tả rất lâu trước đó, và nó đương nhiên không hoàn thành nhiệm vụ của mình với tư cách “người bạn của tuổi già”, vì gần như chắc chắn ông hãy còn nhiều năm khỏe mạnh trước mắt nếu không bị nó đánh gục. Và như thế, cơn hấp hối đã phản bội lại những mong đợi của ông, như nó sẽ làm với hầu hết tất cả chúng ta.

Rốt cuộc thì hấp hối là một vấn đề hỗn tạp. Dù nhiều người trở nên “không ý thức và vô tư lự” bởi bị sa vào hay đẩy vào tình trạng hôn mê hoặc nửa mê nửa tỉnh; dù một vài người may mắn khác thực sự được ban cho một giai đoạn chuyển tiếp cực kỳ bình yên và thậm chí còn tỉnh táo vào lúc cuối của một cơn trọng bệnh; dù hàng nghìn người mỗi năm thực sự chết mà

không có lấy một khoảnh khắc khó chịu; dù các nạn nhân của chấn thương và cái chết bất ngờ đôi khi được ban cho món quà là sự giải thoát khỏi nỗi đau đớn kinh hoàng – thừa nhận tất cả những sự kiện có thể xảy ra này – ít hơn rất nhiều số 1 /5 người chết mỗi ngày được hưởng những trạng thái dễ dàng như vậy. Và thậm chí với những người có được cách thức thanh thản trong cuộc chia ly, giai đoạn những ngày hoặc những tuần trước khi nhận thức suy sụp hoàn toàn thường là ngập tràn đau khổ về tinh thần và kiệt quệ về thể chất.

Quá thường xuyên, các bệnh nhân và gia đình họ ấp ủ những kỳ vọng không thể được đáp ứng, kết quả là khiến cho cái chết trở nên khó khăn hơn nhiều bởi vỡ mộng và sự thất vọng đối với chất lượng công việc của một cộng đồng y học có lẽ không thể làm gì tốt hơn được nữa – hoặc tệ hơn, không làm tốt hơn bởi vì vẫn tiếp tục chiến đấu thật lâu sau khi thất bại đã trở thành điều không thể tránh được. Do tiên lượng rằng đại đa số mọi người sẽ chết một cách thanh thản dù trong bất cứ hoàn cảnh nào, các quyết định điều trị thỉnh thoảng được đưa ra lúc gần cuối đời sẽ đẩy người đang hấp hối, dù muốn hay không, vào một loạt những nỗi thống khổ ngày càng tệ hơn mà không gì giải thoát khỏi được – cuộc phẫu thuật mà lợi ích còn đang trong nghi vấn và tỉ lệ biến chứng cao, phương pháp hóa trị liệu với những ảnh hưởng xấu và phản ứng không rõ ràng, cùng những giai đoạn chăm sóc tích cực kéo dài vô ích. Tốt hơn nên biết hấp hối là như thế nào, và tốt hơn nên đưa ra những lựa chọn có vẻ phù hợp nhất để ngăn chặn điều tệ hại nhất của nó. Điều không thể bị ngăn chặn thường có thể ít nhất là được làm giảm nhẹ đi.

Bất kể người ta có nghĩ là mình đã thuyết phục được bản thân rằng tiến trình hấp hối không đáng sợ đến đâu đi chăng nữa, nhưng rồi họ sẽ vẫn tiếp cận cơn bệnh cuối đời với nỗi kinh hoàng. Một ý thức thực tế về điều sắp tới đóng vai trò như một cơ chế phòng thủ chống lại phép phù thủy của nỗi sợ hãi vô biên và nỗi kinh hoàng rằng người đó đang đi chệch hướng. Mỗi căn bệnh là một tiến trình đặc biệt – nó phá hủy theo cách của riêng mình trong khuôn khổ những khuôn mẫu vô cùng riêng biệt. Khi đã quen với những khuôn mẫu của căn bệnh làm ta đau đớn, chúng ta bớt đi những tưởng tượng

của mình. Hiểu biết chính xác cách thức giết người của một căn bệnh sẽ giúp giải thoát chúng ta khỏi những nỗi kinh sợ không cần thiết về những điều mà ta có thể buộc phải chịu đựng khi chết đi. Theo đó, chúng ta có thể được chuẩn bị tốt hơn để nhận ra những hoàn cảnh thích hợp để yêu cầu trợ giúp, hoặc có thể bắt đầu suy nghĩ xem liệu có nên chấm dứt toàn bộ hành trình hay không.

Có kiểu hấp hối có rất ít hoặc không thể, hoặc có lẽ là không nên, có sự chuẩn bị. Nhìn chung, chết vì bạo lực thường thuộc phạm vi của những người còn trẻ. Thậm chí khi đã được cảnh báo trước, đám thanh niên cũng không hề để ý tới lời khuyên về việc làm quen dần với con đường dẫn tới cõi chết. Đám thanh niên cũng không bị ảnh hưởng bởi những thống kê – chấn thương, được định nghĩa là tổn thương hoặc vết thương trên cơ thể, là nguyên nhân hàng đầu dẫn tới cái chết cho tất cả những người dưới tuổi 44 ở Mỹ. Mỗi năm, nó giết khoảng 150 nghìn người Mỹ ở tất cả các lứa tuổi; thêm vào đó là khoảng 400 nghìn người tàn tật vĩnh viễn. 60% ca tử vong xảy ra trong vòng 24 giờ sau khi bị tổn thương.

Không có gì ngạc nhiên khi nguyên nhân chấn thương hàng đầu ở Mỹ là do ô tô. Có khoảng 35% tổn thương nghiêm trọng đối với những người lái xe ô tô và 7% ở những người đi xe mô tô. Những tổn thương liên quan tới phương tiện giao thông ít nhất cũng có được tiếng tốt là đa số các trường hợp là vô tình, không chủ ý. Không giống như những vết thương vì súng (chiếm khoảng 10% trong tất cả các tổn thương nghiêm trọng) và dao (chiếm con số tương đương). Tai nạn xảy ra với người đi bộ chiếm khoảng 7 tới 8%, và thêm 17% là do ngã, thường xảy ra ở những người rất già hoặc rất nhỏ. 15% những tổn thương nghiêm trọng còn lại xuất phát từ nhiều nguồn khác nhau, bao gồm tai nạn lao động, ngã xe đạp và một phân loại tổn thương vì tự sát.

Vào một ngày cuối hè năm 1899, một nhà môi giới bất động sản 68 tuổi, có cái tên thật trở trêu là Henry Bliss^{*}, bước ra khỏi xe điện ở thành phố New York và bị một chiếc ô tô lao qua cán chết, do đó đã giành được danh hiệu không chắc chắn lắm là người tử nạn đầu tiên của giao thông bằng xe

hơi của Mỹ. Kể từ đó, gần ba triệu người đã chết vì chấn thương do xe hơi. Nguyên nhân đóng góp quan trọng nhất cho những cái chết này chính là rượu. Rượu là nhân tố có mặt trong xấp xỉ 50% những cái chết vì xe hơi ở Mỹ. 1/3 trong số những người tử vong là nạn nhân do việc nhậu nhẹt của người khác.

Sau khi đã tranh luận rằng cái chết của mỗi cá nhân là thành phần thiết yếu trong khuôn mẫu của tính liên tục sinh học, tôi bổ sung vào đây chân lý hiển nhiên rằng, tự nhiên không đòi hỏi sự giúp đỡ nào hết. Những sự can thiệp ở cấp tế bào của tự nhiên khiến cho sự tự tiêu diệt và tàn sát lẫn nhau của chúng ta trở nên vô ích và phản tác dụng. Chấn thương tước đoạt đi thế hệ con cháu của các loài và xâm phạm chu trình chặt chẽ của sự thay mới và cải thiện. Cái chết vì chấn thương của một con người không phục vụ cho mục đích hữu ích nào cả. Đối với các loài thì nó cũng là tấn bi kịch không khác gì với các gia đình bị bỏ lại.

Thế thì thật mỉa mai làm sao khi hiện giờ có quá ít nỗ lực về y sinh học trong xã hội chúng ta tập trung vào việc phòng tránh và điều trị các chấn thương. Chỉ mới gần đây bạo lực mới được thừa nhận như một vấn đề nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng ở Mỹ – số người chết vì súng ở Mỹ cao gấp bảy lần con số này ở Anh; tần số tự sát, khía cạnh bị thương nhất của bạo lực, đã tăng gấp đôi ở trẻ em và thanh thiếu niên trong vòng 30 năm qua, một sự gia tăng gần như hoàn toàn do súng cầm tay. Tự sát giờ đây là nguyên nhân tử vong thứ ba ở những nhóm người trẻ tuổi này.

Có những người tranh luận đầy thuyết phục rằng con số về số người tự sát là quá thấp, chúng không tính đến hình thức âm thầm tự phá hoại bản thân từ từ mà một số người gọi là “tự sát vì thói quen hằng ngày”: ma túy, rượu, lái xe không an toàn, thói quen tình dục nguy hiểm, tham gia băng đảng, và các con đường thách thức các quy tắc xã hội khác của đám thanh niên. Tự sát vì thói quen hằng ngày không chỉ hạn chế số ngày sống sót mà còn cả chất lượng cuộc sống nữa. Nó tước đi của chúng ta tài năng, niềm say mê, và do vậy cả những cống hiến cho xã hội đáng lẽ được thực hiện bởi những cuộc đời đang dở mà chúng ta đang mất đi, thường từ rất lâu trước khi

chúng ta thật sự mất chúng. Những mất mát như vậy không thể đo tính được, chúng chậm rãi ăn mòn dần những khía cạnh của kết cấu nền văn minh của chúng ta.

Thuật ngữ *trimodal* (ba giai đoạn) được áp dụng để chỉ chuỗi thời gian của giai đoạn hấp hối vì chấn thương: tử vong ngay lập tức, tử vong sớm, và tử vong muộn. “Tử vong ngay lập tức” diễn ra trong vòng vài phút bị chấn thương. Nó chiếm quá nửa những vụ chết người do chấn thương và thường là kết quả của chấn thương ở não, tủy sống, tim, hoặc một mạch máu chính. Tiến trình sinh lý học hoặc là tổn hại não bộ nghiêm trọng hoặc kiệt máu.

“Tử vong sớm” diễn ra trong vòng vài giờ đầu tiên. Nguyên nhân phổ biến là tổn thương ở đầu, phổi hoặc các cơ quan ở bụng, kèm theo chảy máu ở các khu vực này. Tử vong có thể vì tổn thương não, mất máu, hoặc nghẹt đường thở. Thực tế, bất kể khoảng thời gian là bao nhiêu, khoảng 1/3 cái chết do tổn thương là vì tổn thương não và 2/3 là do chảy máu. Mặc dù “tử vong ngay lập tức” vượt ra ngoài khả năng can thiệp của y học, sự sống của nhiều bệnh nhân rơi vào phân loại “sớm” có thể được cứu bằng điều trị kịp thời. Ở đây, vận chuyển nhanh chóng, các đội xử lý tổn thương lành nghề, và các phòng cấp cứu sẵn sàng chiến đấu tạo ra sự khác biệt mấu chốt. Ước chừng khoảng 25 nghìn người Mỹ tử vong hằng năm bởi vì nguồn tài nguyên không sẵn sàng mọi lúc mọi nơi. Có thể thấy ví dụ về hiệu quả của hệ thống vận chuyển nhanh chóng ở các bài học trong những cuộc xung đột về quân sự của chính quốc gia này. Trong bốn cuộc chiến tranh lớn gần đây, thay đổi tiến bộ trong y học luôn đi liền với việc giảm bớt thời gian di chuyển. Kết quả là các số liệu thống kê tử vong được cải thiện đáng kể từ cuộc chiến này sang cuộc chiến tiếp theo.

“Tử vong muộn” chỉ những người tử vong trong vài ngày hoặc vài tuần sau khi bị chấn thương. Ước khoảng 80% trong số những người thuộc phân loại này tử vong do những biến chứng từ nhiễm trùng, suy phổi, thận và gan. Những người này vượt khỏi được sự mất máu hoặc tổn thương đầu ban đầu, nhưng thường chịu những tổn thương ở các bộ phận khác, như lỗ thủng ở ruột, dập lá lách hoặc gan, hoặc có thể là một tổn thương nặng ở phổi.

Không hiếm trường hợp cần được phẫu thuật để cầm máu, chống viêm phúc mạc, hoặc làm lành một cơ quan bị phá hủy, có thể là cắt bỏ nó trong quá trình này. Nhiều trong số những người này, thay vì bình phục một cách suôn sẻ, thì trong vòng một vài ngày lại bắt đầu sốt, tế bào bạch huyết tăng, và xu hướng ở một số người là máu đang tuần hoàn của họ dồn tích vào những bộ phận không thích hợp trong cơ thể, như các mạch máu của ruột, và bởi vậy mà bị biến mất khỏi tuần hoàn chung. Tất cả những tiến triển này là đặc điểm của nhiễm trùng lan rộng dần dần trở nên kháng thuốc kháng sinh và các thuốc điều trị khác.

Nếu căn nguyên của nhiễm trùng là một ổ áp xe hoặc nhiễm trùng sau vết mổ, thì việc đặt ống dẫn lưu phẫu thuật thường sẽ đảo ngược lại sự phá hủy và cho phép bệnh nhân hồi phục. Tuy nhiên, ở nhiều người không tìm thấy áp xe có thể dẫn lưu, thế nên các triệu chứng tiếp tục tiến triển. Đến cuối tuần đầu tiên sau chấn thương, suy hô hấp bắt đầu xuất hiện dưới dạng phù phổi và những diễn biến giống như bị viêm phổi, dẫn đến giảm oxy hóa trong máu. Phổi là một trong những mục tiêu đầu tiên của nhiễm trùng, nhưng mau chóng theo sau nó là gan và thận. Toàn bộ hội chứng đang tiến triển được cho là đại diện cho một phản ứng viêm trước sự xuất hiện của vô số vi khuẩn trong máu và những yếu tố xâm nhập khác sản sinh các chất độc. Những yếu tố xâm nhập này có thể là những vi khuẩn, virus, nấm, hay thậm chí là các mảnh siêu nhỏ của mô chết. Nếu các vi khuẩn này có thể được xác định, thì thường thấy chúng bắt nguồn từ hệ thống tiết niệu, theo sau thường là đường hô hấp và hệ tiêu hóa. Trong nhiều trường hợp, da và những vết rạch ở chỗ phẫu thuật là những nơi khởi nguồn. Để phản ứng với sự xuất hiện các chất độc trong tuần hoàn máu, có vẻ như phổi và các cơ quan khác tạo ra và giải phóng những chất hóa học nhất định có ảnh hưởng độc hại tới các mạch máu, các cơ quan, và thậm chí là các tế bào, bao gồm các thành tố của máu. Các tế bào mô dần trở nên không thể tách đủ oxy từ hemoglobin gần như đồng thời với việc lượng hemoglobin được đưa tới chúng giảm đi do tuần hoàn giảm. Những sự kiện này rất tương đồng với bức tranh cổ điển về sốc tim hay sốc giảm lưu lượng máu mà ảnh hưởng

toàn thể của chúng được gọi là sốc nhiễm khuẩn. Nếu sốc nhiễm khuẩn không phản ứng với điều trị, các cơ quan sống sẽ lần lượt suy sụp.

Sự cố sốc nhiễm khuẩn không giới hạn trong những vấn đề về chấn thương. Nó được coi là một trong nhiều căn bệnh mà theo đó, các cơ cấu phòng bệnh của bệnh nhân đã trở nên suy yếu. Thực tế, không hiếm hoi gì, nó là sự kiện cuối cùng trong loạt các căn bệnh như đái tháo đường, ung thư, viêm tụy, xơ gan, và bỏng trên diện rộng, áp đảo các nạn nhân của nó với tỉ lệ tử vong từ khoảng 40 tới 60%. Sốc nhiễm khuẩn là nguyên nhân trực tiếp hàng đầu dẫn tới tử vong trong các phòng chăm sóc tích cực ở Mỹ, gây ra từ 100 nghìn tới 200 nghìn cái chết mỗi năm.

Khi phổi đã mất đi đôi chút khả năng oxy hóa máu, tuần hoàn máu đã suy giảm do cơ tim nhìn chung đã suy yếu và dồn vào các mạch máu ở ruột, một số cơ quan sẽ bắt đầu thể hiện những ảnh hưởng của việc thiếu dinh dưỡng. Chức năng não thoái hóa. Gan mất đi một phần khả năng tạo ra các hợp chất cần thiết cho cơ thể và phá hủy những chất mà nó không cần. Suy gan làm trầm trọng thêm sự suy giảm đồng thời ở hệ miễn dịch và sản lượng sút giảm của các chất chống nhiễm trùng. Cùng lúc đó, lưu lượng máu tới thận giảm, cản trở hoạt động lọc máu thích hợp, tạo ra một lượng nước tiểu không thỏa đáng và dần dần làm cho nhiễm trùng đường tiểu nặng hơn, hiện tượng này làm dồn lại những chất độc trong máu.

Tất cả việc này có thể bị biến chứng do sự phá hủy của các tế bào ở thành dạ dày và ruột, kết quả là gây loét và chảy máu. Sốc, suy thận, chảy máu trong dạ dày-ruột thường là những hiện tượng cuối cùng ở người tử vong vì hội chứng suy đa cơ quan hậu chấn thương (syndrome of posttraumatic failure of multiple organs). Nói cách khác, suy đa cơ quan (Multiple Organ failure – MOF) là điểm kết thúc của nhiễm trùng, và vì vậy, cũng là điểm kết thúc phổ biến với nhiều bệnh nhân có tiến trình chính yếu có thể là chấn thương hoặc có ít nhất một trong số các căn bệnh “tự nhiên” hơn của loài người. Tất cả các đặc điểm của hội chứng dường như đều do những ảnh hưởng của các chất độc trong các hệ cơ quan khác nhau của cơ thể gây ra. Kết quả cuối cùng của bất cứ bệnh nhân nào đều liên quan tới số lượng các

cơ quan không thể chống lại được cuộc tấn công. Nếu có ba cơ quan bị lôi kéo vào, tỉ lệ tử vong sẽ lên tới gần 100%.

Toàn bộ tiến trình diễn ra mất khoảng từ hai tới ba tuần, thỉnh thoảng kéo dài hơn. Một trong số những bệnh nhân của tôi, bị nhiễm trùng do viêm tụy, sống lay lắt tới hằng tháng trời trong khi tất cả chúng tôi – bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ tư vấn, bác sĩ gây mê, nhân viên nội trú, y tá, và kỹ thuật viên – đã viện tới mọi kỹ thuật chẩn đoán và chữa bệnh khả thi ở trung tâm y tế trường đại học hòng ngăn lại cơn sóng cồn sắp tới gần của việc suy đa cơ quan, tất cả đều không có kết quả.

Chứng kiến thử thách của các bệnh nhân tử vong vì sốc nhiễm khuẩn là điều vô cùng khó khăn. Diễn biến của những sự kiện gây tử vong cuối cùng tuân theo một khuôn mẫu có thể dự đoán được. Đầu tiên là sốt, mạch nhanh, và suy hô hấp, hoặc ít nhất cũng là một vài bằng chứng của hiện tượng oxy hóa không đủ được tìm thấy khi phân tích máu. Người ta sẽ đặt một ống trong khí quản để hỗ trợ cho hệ hô hấp bị tổn thương, nhưng việc đó sẽ nhanh chóng trở nên rõ ràng là không có kết quả giúp ích đáng kể nào. Nếu bệnh nhân chưa dùng thuốc an thần, mức độ nhận thức bắt đầu lên xuống thất thường. Chụp CT, siêu âm, nhiều lần phân tích máu, và cấy đa vi khuẩn được thực hiện, tất cả đều nỗ lực tìm kiếm một vài nguồn gốc có thể điều trị của chứng nhiễm trùng, và thường là đều vô ích. Các nhà tư vấn trong các nhóm cùng đổ về quanh căn buồng nhỏ, suy nghĩ và trò chuyện, nhìn chung góp phần vào việc tăng thêm bầu không khí của tình trạng bất ổn. Bệnh nhân bị đẩy qua đẩy lại như con thoi giữa phòng chăm sóc tích cực và phòng chụp X-quang khi có yêu cầu về kỹ thuật hình ảnh nào đó hòng tìm ra một ổ mưng mủ hay ổ viêm. Mỗi lần chuyển từ giường tới cáng và ngược lại trở thành một bài rèn luyện hậu cần với việc gỡ ra bao nhiêu đường ống và dây dợ. Tinh thần và kế hoạch của gia đình cùng nhóm điều trị thay đổi theo từng bộ báo cáo mới của phòng thí nghiệm, nhưng chỉ những báo cáo tốt nhất được chia sẻ với người khắc khoải trên giường, miễn là người đó vẫn có thể nhận thức đầy đủ ý nghĩa của chúng. Các thuốc kháng sinh được đưa vào, thay đổi, ngừng lại với hy vọng về loại vi trùng nào đó có thể điều trị xuất hiện trong tuần hoàn máu, rồi bắt đầu lại; chỉ ở khoảng 50% số nạn

nhân của suy đa cơ quan, nghiên cứu về máu mới tạo được các vi khuẩn sẽ phát triển trong điều kiện nuôi cấy ở phòng thí nghiệm.

Những biến đổi khác nhau trong các thành tố máu xuất hiện, và cơ chế đông máu có thể bị ngăn chặn, thậm chí tới mức chảy máu tự phát. Suy gan đôi khi sinh ra bệnh vàng da ngay khi thận thể hiện bằng chứng nghiêm trọng đầu tiên của quá trình suy yếu đi nhanh chóng. Thăm tách có thể được thử nhằm trì hoãn nếu vẫn còn hy vọng xoay chuyển tình thế. Đến lúc này, nếu không phải trước đó, người bệnh đau khổ, giả sử rằng họ vẫn có thể tổ chức được những suy nghĩ của mình, bắt đầu tự hỏi liệu những điều được làm vì họ có đủ để biện hộ cho những việc được làm với họ không. Mặc dù người đó không thể biết, nhưng các bác sĩ của họ cũng đang bắn khoản điều tương tự.

Thế nhưng mọi người vẫn tiếp tục, bởi vì cuộc chiến vẫn chưa thất bại. Nhưng toàn bộ thời gian này, có điều gì đó không được chú ý đang âm thầm diễn ra – bất chấp những ý định tốt đẹp nhất, các thành viên của đội đã bắt đầu tách mình khỏi người mà họ đang đấu tranh để cứu sống. Một tiến trình làm giải thể nhân cách được hình thành. Bệnh nhân mỗi ngày càng ít giống một con người, mà giống một thử thách phức tạp trong chăm sóc tích cực hơn, thách thức tài năng của một vài trong số những chiến binh điều trị xông xáo xuất sắc nhất của bệnh viện. Đối với hầu hết các y tá và một vài bác sĩ biết về người đó trước khi sa vào nhiễm trùng, người đó vẫn còn là phần nào con người trước đây, nhưng với các siêu chuyên gia tư vấn, những người đã xác định được những bằng chứng ở mức phân tử về sự sống đang suy yếu dần đi của người bệnh, thì người đó chỉ là một ca bệnh, một trường hợp thú vị. Các bác sĩ kém bệnh nhân tới ba chục tuổi gọi người đó bằng tên trống không. Còn đỡ tệ hơn là bị gọi bằng tên bệnh hoặc số giường.

Nếu người hấp hối còn chút may mắn, đến lúc này họ sẽ không còn nhận thức được về màn kịch mà mình thủ vai chính nữa. Người đó đã chuyển từ trạng thái nửa tỉnh nửa mê tới phản ứng tối thiểu hoặc thậm chí là hôn mê, có khi là tự phát khi các cơ quan của người đó suy yếu, có khi là do sự hồ

trợ của thuốc an thần và các loại thuốc khác. Gia đình người đó chuyển từ lo lắng tới thất vọng, và cuối cùng là tuyệt vọng.

Không chỉ gia đình mà cả các y tá và các bác sĩ đã từng ở bên người hấp hối từ giai đoạn đầu tiên dần dần cũng bị ảnh hưởng bởi sức nóng của cuộc thử thách gặt gao tại trung tâm chiến dịch đang lụn bại của họ. Họ bắt đầu nghi vấn chính cái phương pháp mà theo đó họ và đám cố vấn đưa ra các quyết định điều trị hoặc lựa chọn theo đuổi, với nỗi thất vọng tăng dần, lại một dấu hiệu chẩn đoán không có triển vọng khác. Họ tự dằn vặt với nhận thức không thể nào tránh khỏi đang tăng dần lên rằng họ đang nhân lên nỗi đau khổ của một đồng loại hòng duy trì một hy vọng phục hồi thật mong manh; những bác sĩ dằn vặt nhất đương đầu với một phần động lực của họ, là niềm phấn khích khi giải quyết câu đố và nắm lấy chiến thắng vẻ vang vào phút chót khi trò chơi có vẻ như không thể nào thắng nổi.

Sự tách biệt của họ với bệnh nhân khiến cho một vài thành viên của nhóm điều trị dần dần gần gũi hơn với gia đình, như thể một sự xoay chuyển của lòng cảm thông đã diễn ra qua những tuần dài thức đêm. Đặc biệt gần đến lúc cuối, cảm giác an ủi mà người hấp hối không còn tiếp nhận được nữa lại được trao cho những người đã bắt đầu than khóc. Hiếm khi có những lời trăng trối ở phòng chăm sóc tích cực (ICU) – mọi sự an ủi có thể có chắc chắn phải đến từ cái ôm nồng ấm của một y tá hoặc niềm khuây khỏa từ vài câu nói của bác sĩ.

Cuối cùng, cả những người chưa thể buông tay – ngay cả họ – cũng cảm thấy sự nhẹ nhõm tới cùng với việc chấm dứt nỗi đau khổ lâu dài. Tôi từng chứng kiến các y tá từng trải khóc không giấu giếm khi một bệnh nhân ICU qua đời; tôi đã chứng kiến các bác sĩ phẫu thuật trung tuổi quay mặt đi để các đồng nghiệp trẻ tuổi không thấy những giọt nước mắt. Hơn một lần, giọng nói và cả tâm hồn tôi nữa tan vỡ trước khi tôi có thể nói ra điều phải nói.

Tất nhiên, những cảnh này không chỉ giới hạn với những bệnh nhân ICU – chúng cũng xuất hiện trong những phòng bệnh chung và phòng cấp cứu. Rất ít những người chăm sóc con bệnh có thể thờ ơ lãnh đạm trước những

cái chết quá sớm vì bị bệnh tật hoặc vì bạo lực vô cớ. Nhưng khi chết sớm là kết quả của tự vẫn, nó gợi lên một tâm trạng khá khác biệt so với kết quả của cái chết thông thường – tâm trạng đó không phải là sự lãnh đạm. Trong một cuốn sách về những con đường dẫn tới cái chết, từ *tự sát* xuất hiện như một sự chệch hướng đầy thất vọng. Có vẻ như chúng ta tự tách mình khỏi chủ đề tự vẫn giống như cách người tự vẫn cảm thấy mình tách khỏi những người còn lại khi suy nghĩ về cái chết mà mình lựa chọn. Tâm thần bất ổn và cô đơn, người đó bị lôi tới cái chết bởi vì dường như không còn nơi nào để tới. Những người bị bỏ qua và bỏ lại đằng sau này không làm sao hiểu được điều đó.

Tôi đã thấy thái độ của chính mình đối với vấn đề tự hủy hoại bản thân được phản ánh trong phản ứng của đứa con cả của mình. Tôi và vợ đã lái xe hàng trăm dặm tới thành phố nơi con gái tôi học trung học, vì chúng tôi nhất trí rằng chúng tôi nên ở bên cạnh con bé khi nó nghe tin sốc về việc một trong những người bạn yêu quý nhất của nó tự sát. Dịu dàng hết mức có thể, và ban đầu không nhắc gì đến vài chi tiết ít ỏi mà chúng tôi có, chúng tôi nói cho con gái chuyện xảy ra. Tôi là người nói, và chỉ nói trong hai hay ba câu ngắn ngủi. Khi tôi kết thúc, trong giây lát, con bé nhìn chúng tôi chăm chăm đầy ngờ vực trước khi nước mắt bắt đầu chan chứa chảy trên gò má đỏ bừng của nó. Rồi trong một cơn giận dữ không kiểm soát, con bé òa lên: “Thật là một đứa ngu ngốc! Sao nó có thể làm điều đó chứ?” Như vậy đấy, sau cùng, điểm mấu chốt là thế. Sao cô gái có thể làm điều ấy với bạn bè, gia đình mình và với những người cần cô ấy chứ? Sao một đứa trẻ thông minh như thế lại có thể có một hành động ngớ ngẩn đến vậy để rồi bỏ chúng ta mà đi? Trong một thế giới có trật tự không có chỗ nào cho một chuyện như thế – nó không bao giờ nên xảy ra. Tại sao, không hỏi bất cứ ai trong chúng ta, cô gái trẻ đáng yêu này lại cứ thế tự tước đi mạng sống của mình?

Những điều như vậy dường như không thể giải thích được với những người đã chứng kiến tự vẫn. Nhưng với những người không liên quan làm trong lĩnh vực y tế, những người đầu tiên xem xét tử thi, có một yếu tố khác để suy ngẫm, điều này cản trở lòng thương cảm. Có gì đó ở tự vẫn quá khó hiểu đối với tâm hồn nồng nhiệt của những người nguyện dâng hết đời mình

để chống lại bệnh tật đến nỗi lòng cảm thông của họ có xu hướng giảm bớt đi hoặc thậm chí là ghen hằn lại. Những người không làm trong lĩnh vực y tế, cho dù là bối rối và nản lòng trước một hành động như vậy, hay giận dữ vì sự vô ích của nó, dường như cũng không đau lòng lắm trước thi hài người chết vì tự sát. Đó từng là trải nghiệm của tôi khi quan sát những ngoại lệ, nhưng chúng rất ít. Có thể có cú sốc về mặt cảm xúc, thậm chí là thương hại, nhưng hiếm khi có nỗi đau khổ đi kèm với những cái chết không mong muốn này.

Tốc độ đi cuộc sống của ai đó hầu như luôn là điều sai trái. Tuy nhiên, có hai tình huống không sai trái lắm. Hai tình huống đó là thể trạng yếu đuối không thể chịu đựng nổi của người cao tuổi tàn phế, và sự tàn phá của căn bệnh ở giai đoạn cuối.

Trong suốt cuộc đời dài của mình, nhà hùng biện vĩ đại người Ý Seneca^{*} đã suy tư rất nhiều về tuổi già:

Tôi sẽ không từ bỏ tuổi già nếu nó để cho những phần tốt đẹp hơn của tôi được nguyên vẹn. Nhưng nếu nó bắt đầu làm lung lay tâm trí tôi, nếu nó phá hủy lần lượt từng khả năng trí tuệ của tôi, nếu nó không để lại cho tôi cuộc sống mà chỉ là hơi thở, tôi sẽ rời bỏ thân thể đã mục ruỗng hoặc sắp gục ngã đó. Tôi sẽ không tìm đến cái chết để thoát khỏi bệnh tật chùng nào nó còn có thể chữa trị được, và để cho tâm hồn tôi không sút mẻ. Tôi sẽ không vì đau đớn mà chống lại bản thân, vì như vậy chết có nghĩa là bị đánh bại. Nhưng tôi biết rằng nếu tôi phải đau đớn mà không có hy vọng được cứu giúp, tôi sẽ ra đi, không phải vì nỗi sợ hãi chính nỗi đau ấy, mà bởi vì nó ngăn cản tất cả những điều có thể cho tôi sự sống.

Những lời này rõ ràng là dễ hiểu đến mức sẽ chẳng có mấy người phản đối rằng, tự sát có thể là một trong số những lựa chọn mà những người già yếu nên cân nhắc khi cuộc sống càng lúc càng khó khăn hơn, ít nhất là những người không bị những ý thức tự kết tội ngăn cản làm như vậy. Có lẽ triết lý mà Seneca thể hiện lý giải cho thực tế của việc tỉ lệ tự vẫn ở người già yếu là nam giới, da trắng cao gấp năm lần so với tỉ lệ trung bình quốc gia. Cái chết của họ chẳng phải là “tự sát có lý trí” được bênh vực mạnh mẽ trên những tờ nhật báo về đạo đức và các trang cáo phó của bản tin hằng ngày sao?

Không hẳn là như vậy. Kẽ hở trong tuyên bố của Seneca là một ví dụ ẩn tượng về sai lầm đã ngấm vào gần như tất cả mọi cuộc tranh luận công khai về quan điểm hiện đại đối với tự vẫn – một tỷ lệ lớn cả đàn ông lẫn phụ nữ cao tuổi tự sát vì họ phải chịu đựng những căn bệnh có thể chữa trị được. Với đơn thuốc và liệu pháp thích hợp, đa số họ sẽ được xua đi đám mây thất vọng nặng nề tô xám mọi lý lẽ, khi đó họ sẽ nhận ra rằng thân xác suy tàn cũng chẳng quá đáng như họ nghĩ, và rằng hy vọng thuyên giảm ít vô vọng hơn đã tưởng. Tôi đã hơn một lần chứng kiến một người già muốn tự sát gượng dậy được khỏi tình trạng suy sụp, và bằng cách đó tìm lại được một người bạn đầy sôi nổi. Khi những người như vậy trở lại với cái nhìn ít chán nản hơn về thực tại, nỗi cô đơn của họ dường như bớt âm ảm hơn và nỗi đau của họ dễ chịu đựng hơn vì cuộc sống đã thú vị trở lại và họ nhận ra rằng vẫn có những người cần đến họ.

Tất cả những điều này không phải để nói rằng không có tình huống nào mà những lời của Seneca đáng được chú ý. Nhưng nếu có như vậy, thì học thuyết của người La Mã lại xứng đáng với việc hội đàm, tham vấn, cũng như ảnh hưởng thấm dần của một thời kỳ dài suy nghĩ kỹ càng. Một quyết định kết thúc cuộc đời nên có thể được bào chữa đối với những người mà chúng ta tôn trọng như tôn trọng chính bản thân mình. Chỉ khi nào tiêu chuẩn đó được đáp ứng đầy đủ thì mới nên cân nhắc đến việc lựa chọn cái chết.

So với một tiêu chuẩn thế này, thì hành động tự sát của Percy Bridgman gần như không thể bị trách cứ. Bridgman là một giáo sư Harvard, nghiên cứu về lĩnh vực vật lý học áp lực cao, giành giải Nobel năm 1946. Ở tuổi 79 và trong giai đoạn cuối của bệnh ung thư, ông tiếp tục làm việc cho tới khi không thể làm được nữa. Sống tại ngôi nhà nghỉ mát ở Randolph, New Hampshire, ông hoàn thành chú dẫn cho tổng tập gồm bảy cuốn công trình khoa học của mình, gửi tới Nhà xuất bản Đại học Harvard, rồi nổ súng tự tử vào ngày 20 tháng Tám năm 1961, để lại một bức thư tuyệt mệnh, trong đó ông tóm tắt lại một cuộc tranh luận về ý đức từng thu hút sự quan tâm của cả thế giới: “Để cho Xã hội phải buộc một người làm điều này với chính bản thân mình thì thật chẳng tử tế gì. Chắc hẳn, đây là ngày cuối cùng tôi có thể tự làm việc này.”

Khi mất, có vẻ như Bridgman nhận thức hoàn toàn sáng rõ rằng ông đã đưa ra lựa chọn đúng đắn. Ông đã làm việc cho tới tận ngày cuối cùng, giải quyết nốt những vấn đề còn dang dở, và tiến hành kế hoạch của mình. Tôi không chắc ông đã cân nhắc bao nhiêu khi tham khảo ý kiến của những người khác, nhưng chắc chắn ông đã không giữ bí mật quyết định của mình với bạn bè và các đồng nghiệp, bởi vì có bằng chứng đầy đủ về việc ông ít nhất đã thông báo trước cho một vài người trong số họ. Ông đã ốm tới mức cảm thấy không chắc rằng mình có thể tập trung sức mạnh thêm nữa để tiến hành quyết định sắt đá của mình không.

Trong lời nhắn nhủ cuối cùng, Bridgman thể hiện sự xót xa khi phải thực hiện hành động của mình mà không có sự giúp đỡ. Một đồng nghiệp đã ghi lại một cuộc trò chuyện, trong đó Bridgman đã nói: “Tôi những muốn tận dụng được tình huống mà trong đó, tôi tự thiết lập một nguyên tắc chung; cụ thể là, khi cái kết chung cuộc đã hiển hiện như lúc này đây, người ta có quyền yêu cầu bác sĩ của mình chấm dứt nó giúp anh ta.” Nếu cần một câu nói duy nhất để tóm gọn cuộc chiến mà tất cả chúng ta đều đang dự phần, thì bạn vừa đọc nó rồi đấy.

Không có một thảo luận đương thời nào về tự sát, ít nhất là không có thảo luận nào do một bác sĩ viết ra, có thể nói tránh đi vấn đề vai trò của bác sĩ trong hỗ trợ bệnh nhân đi đến cái chết. Từ cốt yếu trong câu này là các bệnh nhân – không chỉ là *con người* mà là *bệnh nhân*, đặc biệt là các bệnh nhân của vị bác sĩ đang suy nghĩ về việc trợ giúp. Cộng đồng các Hippocrates không nên phát triển thêm một chuyên ngành mới cho những người đưa đường tới nhà mổ để các bác sĩ chuyên khoa ung thư cắt rút lương tâm, các bác sĩ phẫu thuật và những bác sĩ khác có thể chuyển sang cho họ những người đang ao ước được thoát ra khỏi tình cầu. Mặt khác, bất cứ mức độ tranh cãi nào về sự tham dự của các bác sĩ cũng nên được chào đón nếu nó đưa ra ánh sáng một thông lệ ngầm vốn đã tồn tại từ thuở Aesculapius* còn quần tã.

Tự vẫn, đặc biệt là hình thức gây tranh cãi mới mẻ này, gần đây đã trở nên thịnh hành. Trong những thế kỉ trước, những người tự vẫn bị coi như đã

phạm trọng tội với chính bản thân mình; ở mức tệ nhất, tội ác của họ được coi như tội phạm giết người. Cả hai quan điểm đều ngằm ẩn trong những lời của Immanuel Kant^{*}: “Tự sát không đáng ghê tởm vì Chúa ngăn cấm nó; Chúa ngăn cấm nó bởi vì nó đáng ghê tởm.”

Nhưng ngày nay mọi việc đã khác; chúng ta có một gợi ý mới mẻ về tự vẫn, được trợ giúp và có thể được khuyến khích bởi các cố vấn tự phong về những giới hạn sức chịu đựng của con người. Chúng ta đọc trong các tờ báo khổ nhỏ và những tạp chí hào nhoáng của chúng ta rằng, trong những hoàn cảnh cho phép nhất định, hành động của những người đã khuất được ca tụng với lòng kính trọng thường dành riêng cho những vị anh hùng của Thời đại Mới mà một vài người trong số họ có vẻ đã trở thành. Như những biểu tượng của văn hóa nhạc pop, sinh viên y và những người khác, những người hỗ trợ họ – chúng tôi được thết đãi màn trình diễn của những kẻ bán cái chết công khai sẵn sàng rao giảng các triết lý của mình trong những cuộc trò chuyện trên truyền hình. Họ ca tụng lòng vị tha của chính mình ngay cả khi hệ thống pháp luật tìm cách truy tố họ.

Năm 1988, trên *Tập san của Hiệp hội Y học Mỹ* xuất hiện một bản báo cáo của một bác sĩ phụ khoa trẻ đang trong quá trình đào tạo, trong chút thời gian ngắn ngủi của một đêm, đã giết hại – *giết hại* là từ duy nhất thích hợp cho việc này – một cô gái hai mươi tuổi bị ung thư bởi vì anh ta thấy vui lòng khi diễn giải lời cầu xin giải thoát của cô là lời cầu xin cái chết mà chỉ anh ta có thể ban tặng. Phương pháp của anh ta là tiêm một liều morphine gấp ít nhất hai lần lượng được khuyến cáo vào tĩnh mạch, rồi đứng bên cạnh cho tới khi hơi thở của cô ấy “trở nên không đều rồi ngừng hẳn”. Kẻ tự ý cho phép mình ra tay này chưa bao giờ gặp nạn nhân. Thực tế đó đã không hề ngăn cản anh ta khỏi không chỉ việc tiến hành, mà thực tế, còn đăng tải các chi tiết trong nhiệm vụ nhân từ do nhận thức sai của anh ta, thậm chí sự chắc chắn thái quá ngằm ẩn về hiểu biết của anh ta. Hippocrate cau mày, và những người kế thừa ông khóc than trong lòng.

Mặc dù các bác sĩ Mỹ nhanh chóng đạt tới sự nhất trí về việc kết án cách hành xử của bác sĩ phụ khoa trẻ tuổi này, họ lại phản ứng khác hẳn trong

một vụ tương đối khác xảy ra ba năm sau đó. Viết trên *Tạp chí Y học New England*, một bác sĩ nội khoa ở Rochester, New York, đã mô tả một bệnh nhân mà ông chỉ nêu danh là Diane. Ông cố tình tạo điều kiện cho người này tự sát bằng cách kê thuốc an thần như được yêu cầu. Diane, mẹ của cậu con trai đang học đại học, là bệnh nhân của bác sĩ Timothy Quill đã lâu. Ba năm trước, bà được chẩn đoán bị bệnh bạch cầu đặc biệt nghiêm trọng, và bệnh tình của bà đã tiến triển tới mức “đau tận xương tủy, yếu ớt, mệt nhọc, và các cơn sốt bắt đầu thống trị cuộc sống của bà”.

Thay vì đồng ý hóa trị liệu, phương pháp mang đến rất ít cơ hội ngăn lại cuộc tấn công chết chóc của căn bệnh ung thư của bà, Diane ngay từ đầu đã nói rõ với bác sĩ Quill và các cố vấn của ông rằng, bà sợ sự suy nhược vì điều trị và việc mất kiểm soát cơ thể nhiều hơn sợ chết. Chậm rãi, kiên nhẫn, với lòng cảm thương hiếm có cùng sự trợ giúp của các đồng nghiệp, Quill đi tới chấp nhận quyết định của Diane và sự vững chắc của những nền tảng cho quyết định đó. Quá trình ông thừa nhận một cách từ từ việc ông nên giúp đẩy nhanh cái chết của bà là một ví dụ mẫu mực về mối quan hệ đầy nhân đạo có thể tồn tại và được đề cao giữa một bác sĩ với một bệnh nhân bị bệnh giai đoạn cuối, đã lựa chọn một cách sáng suốt và với những ý kiến tham vấn, xác nhận rằng nó là cách thức đúng đắn dẫn để bà ra đi. Đối với những người có thể giới quan cho phép họ có lựa chọn này, cách bác sĩ Quill đương đầu với vấn đề gai góc của sự đồng tình (sau đó được kể lại tỉ mỉ trong một cuốn sách thông tuệ và thẳng thắn xuất bản năm 1993) có thể xứng đáng trở thành một điểm tham khảo trong phạm trù y đức. Các bác sĩ như vị bác sĩ phụ khoa trẻ nọ, cũng như những người chế tạo ra máy tự sát, có rất nhiều điều để học hỏi từ các bệnh nhân như Diane và các bác sĩ như Timothy Quill.

Quill và vị bác sĩ phụ khoa đại diện cho các phương pháp đối nghịch hoàn toàn chi phối các cuộc thảo luận về vai trò của bác sĩ trong việc giúp các bệnh nhân chết – một lý tưởng và một đáng sợ. Các cuộc tranh luận đã nổ ra, và tôi hy vọng sẽ tiếp tục diễn ra, về lập trường đạo đức mà cộng đồng y học và những người khác nên có, và có rất nhiều sắc thái quan điểm.

Ở Hà Lan, những nguyên tắc chỉ đạo về an tử đã được vạch ra với sự đồng tâm nhất trí, cho phép các bệnh nhân tỉnh táo và có đầy đủ thông tin thực thi cái chết trong những hoàn cảnh được kiểm soát cẩn thận. Phương thức thông thường là bác sĩ điều trị đem lại giấc ngủ sâu bằng thuốc an thần rồi tiêm một liều thuốc làm tê liệt cơ để gây ngừng thở. Nhà thờ Giáo hội Cải cách Hà Lan đã thông qua một chính sách, được mô tả trong xuất bản phẩm *Euthanasie en Pastoraat* (tạm dịch: *An tử và Đoàn Mục sư*) – không cản trở việc tự nguyện kết thúc cuộc đời khi bệnh tật đã khiến cho nó không thể chịu nổi. Chính sự lựa chọn ngôn từ của họ cho thấy sự nhạy cảm của những người ở nhà thờ đối với những khác biệt giữa việc này với tự vẫn thông thường, hay *zelfmoord*, nghĩa đen là “tự sát”. Một thuật ngữ mới đã được đưa ra để nói đến cái chết trong những tình huống an tử: *zelfdoding*, có thể dịch sát nghĩa nhất là “tự chết”.

Mặc dù về cơ bản, thủ tục này vẫn còn bất hợp pháp ở Hà Lan, nó vẫn không bị khởi tố chừng nào mà các bác sĩ điều trị liên quan không vượt ra ngoài các nguyên tắc chỉ đạo. Những nguyên tắc này bao gồm những yêu cầu tự nguyện lặp đi lặp lại hòng chấm dứt nỗi đau khổ dữ dội cả về thể chất và tinh thần, kết quả của căn bệnh nan y không có triển vọng cứu chữa nào khác. Điều kiện bắt buộc là tất cả các lựa chọn khác đều đã cạn hoặc bị từ chối. Số lượng bệnh nhân trải qua an tử trong quốc gia có khoảng 14,5 triệu dân này xấp xỉ 2.300 người mỗi năm, chiếm khoảng 1% tổng số người chết. Thông thường, công việc được tiến hành tại nhà bệnh nhân. Điều thú vị là đại đa số yêu cầu bị các bác sĩ từ chối, bởi vì chúng không đáp ứng đủ các tiêu chuẩn.

Tình trạng khốn quẫn là cốt lõi của vấn đề. Các bác sĩ gia đình thực hiện thăm khám tại gia là những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chủ yếu ở Hà Lan. Khi một người bệnh ở giai đoạn cuối yêu cầu được an tử hoặc hỗ trợ để tự tử, người đó chưa chắc đã tìm đến một chuyên gia để xin lời khuyên. Khả năng là bác sĩ và bệnh nhân đã biết nhau nhiều năm, như Timothy Quill và Diane, và ngay cả khi đó thì việc tham vấn và xác minh từ một bác sĩ khác vẫn là bắt buộc. Thời gian và chất lượng mối quan hệ của Quill với Diane đã trở thành những cân nhắc chính trong quyết định không

kết tội ông của hội đồng xét xử uy nghiêm Rochester vào tháng Bảy năm 1991.

Ở Mỹ và các quốc gia dân chủ nói chung, tầm quan trọng của việc thể hiện ra các quan điểm bất đồng không nằm ở khả năng đạt được sự đồng tâm nhất trí lâu dài mà nằm ở sự thừa nhận rằng sẽ không tồn tại khả năng ấy. Qua việc nghiên cứu các khía cạnh của quan điểm được thể hiện trong những cuộc thảo luận như thế, chúng ta nhận thức được về những điều cần cân nhắc trong quá trình ra quyết định có thể không bao giờ ảnh hưởng tới việc tự vấn lương tâm của chúng ta. Không giống như các cuộc tranh luận đương nhiên ở trên vũ đài công luận, tự các quyết định sẽ luôn luôn được đưa ra một cách thích đáng trong phạm vi nhỏ bé, bất khả xâm phạm của lương tâm con người. Và chính xác là nên như vậy.

Dấn thân vào tất cả những điều này, một tổ chức mang tên Hemlock Society (Cộng đồng Hemlock) đã tự sỉ nhục chính mình. Những trang này không phải là diễn đàn để phê bình cách thức còn nhiều tranh cãi mà nhóm tự lực đầy thiện chí của những người nói chung là thông minh này đã thừa nhận công khai các quyết định tự tử của những người đang phải chịu đựng tình trạng mất dần khả năng suy xét. Tôi cũng không có ý định công bố quá rộng rãi sự coi thường của mình đối với cách thức lầm lạc mà người sáng lập ra Cộng đồng Hemlock, Derek Humphry, đã thể hiện bản thân dưới ánh đèn sân khấu của phương tiện thông tin đại chúng trong suốt quá trình quảng bá cho cuốn sách dạy dỗ về cái chết hết sức khờ khạo của ông ta, *Final Exit* (tạm dịch: *Lối thoát Cuối cùng*). Nhưng không ai nên đưa ra phán xét cuối cùng về *Final Exit* mà khi chưa nhận thức được về một số liệu thống kê đáng chú ý: Cuộc điều tra năm 1991 do Trung tâm Kiểm soát Dịch bệnh của chính phủ Mỹ thực hiện cho thấy 27% trong số 11.631 học sinh trung học đã “suy nghĩ nghiêm túc” về việc tự vẫn trong năm trước, và cứ 12 người thì có một người đã thực sự thử. Hằng năm, quá nửa triệu người Mỹ trẻ tuổi được phát hiện là đã thử tự sát, cộng thêm một nhóm lớn những người đã thử mà không bao giờ tiết lộ.

Trong một lá thư vào tháng Sáu năm 1992 gửi tới *Tập san của Hiệp hội Y khoa Mỹ*, hai bác sĩ tâm thần tại Trung tâm Nghiên cứu Trẻ em Yale đã khuyên: “Với những ví dụ ghê sợ, những chỉ dẫn rõ ràng và biện hộ mạnh mẽ cho việc tự sát của mình, *Final Exit* có thể có ảnh hưởng đặc biệt nguy hại tới các thanh thiếu niên. Với tỉ lệ cao trong thử và tự sát thành công, nhóm người này thể hiện sự dễ bị ảnh hưởng bởi những tác động có tính chất mô phỏng và những yếu tố văn hóa ca ngợi hoặc biểu dương tự vẫn.”

Nỗi tuyệt vọng, sự thất vọng triền miên của căn bệnh mạn tính, cùng niềm đam mê cái chết của một vài tầng lớp trong xã hội chúng ta không phải là những biện minh đủ mạnh cho việc dạy mọi người cách tự giết hại bản thân, để giúp họ làm điều đó, hay ban phúc lành cho nó. Không một người nào với năng lực suy xét yếu kém lại ở vào vị thế đưa ra quyết định then chốt về việc kết thúc cuộc đời mình – về điểm này, không có ý kiến bất đồng nào, thậm chí ở cả các nhà đạo đức học vốn vẫn tranh luận hết sức thuyết phục về khái niệm vừa mới được biết tới gần đây là “tự sát có lý trí”. Như bác sĩ Quill đã chỉ ra, không có lý nào mà cuốn sách vỡ lòng về cái chết của Derek Humphry lại “giải quyết được những vấn đề không rõ ràng mang tính cá nhân, luân thường đạo lý và đạo đức sâu xa mà nó nêu lên về ý nghĩa của an tử và trợ tử”. Cũng như với tất cả các vấn đề liên quan đến cuộc sống con người, không có câu trả lời chung nào, nhưng nên có một quan điểm chung về sức chịu đựng và yêu cầu. Có lẽ sẽ là quá đáng nếu đòi hỏi phải có một phương thức chung trong việc đưa ra quyết định được quy định chi tiết hơn những chỉ dẫn đã được mô tả. Cho tới khi có một phương thức tốt đẹp hơn, cách thức của bác sĩ Quill – với sự cảm thông, trò chuyện từ tốn, tham khảo ý kiến, thắc mắc và những giả định đầy thách thức – sẽ là đủ tốt.

Mặc dù triết lý của Humphry có thể bị chỉ trích, nhưng phương pháp của ông thì không. Kỹ thuật nổi tiếng tới tận bây giờ là uống một lượng thuốc ngủ ngay trước khi chụp quanh đầu một túi nhựa chắc chắn, không có không khí cũng thực hiện công việc tốt chẳng kém gì những đề xuất của Humphry, cho dù không chính xác như cơ chế sinh lý học mà ông mô tả. Bởi vì cái túi quá nhỏ, lượng oxy được sử dụng hết rất nhanh, rất lâu trước khi lượng cacbonic hít thở vào có bất cứ ảnh hưởng đáng kể nào. Chắc chắn là suy não

sẽ diễn ra rất nhanh, nhưng điều thực sự gây ra cái chết là mức độ oxy hóa trong máu thấp làm chậm nhịp tim nhanh chóng dẫn đến sự tắc nghẽn hoàn toàn và ngừng tuần hoàn. Có thể có một vài triệu chứng của suy tim cấp tính khi tốc độ co bóp tâm thất giảm, nhưng nó hầu như không tạo ra khác biệt gì, bởi vì cái chết đã được hoàn tất một cách vô cùng hiệu quả. Mặc dù có người sẽ cho rằng có thể có những cơn co giật vào phút cuối hay nôn mửa trong túi, điều này hình như rất hiếm, nếu như không muốn nói là chưa từng xuất hiện. Bác sĩ Wayne Carver, trưởng ban thẩm định y khoa của bang Connecticut đã chứng kiến đủ những ca tự sát kiểu này để đảm bảo với tôi rằng gương mặt họ không tái nhợt hay sưng phồng. Thực tế, trông họ khá bình thường – chỉ là đã chết thôi.

Hằng năm, khoảng 30 nghìn người Mỹ tự sát, đa phần họ là những thanh niên trẻ tuổi. Tất nhiên, con số này chỉ tính đến những người chắc chắn là chết do tự vẫn. Vết nhơ vẫn gắn liền với tự sát đủ khiến cho các gia đình, và chính bản thân đối tượng, sẽ thường xuyên “ngụy trang” cho tình huống thật. Có khi, những người còn sống khẩn khoản yêu cầu các bác sĩ thông cảm viết điều gì đó khác trên giấy chứng tử. Nam giới cao tuổi, như đã nhắc tới ở trên, tự sát ở tỉ lệ cao nhất trên một nghìn người, đầu hàng sự căng thẳng vì bệnh tật thể chất và nỗi cô đơn, đặc biệt dễ rơi vào tuyệt vọng.

Đại đa số các vụ tự sát vẫn sử dụng những cách đã lỗi thời như súng cầm tay, đâm dao, thắt cổ, uống thuốc, và khí ga hoặc kết hợp vài cách khác nhau. Không hiếm vụ tự sát đã được lập kế hoạch một cách tẻ nhạt bị thất bại, đặc biệt là khi người thực hiện quần trí và xúc động mạnh. Trong cơn tuyệt vọng, thỉnh thoảng những người này vẫn cố gắng cho tới khi họ thành công, kết quả là cơ thể được phát hiện ra đã từng bị đâm, bị bắn, và cuối cùng là dùng thuốc độc hoặc thắt cổ. Khi cuối cùng Seneca cũng kết liễu cuộc đời mình, thì đó không phải do ông lựa chọn mà là theo lệnh của hoàng đế Nero*. Mặc dù người ta có thể nghĩ rằng nhiều năm suy ngẫm về chủ đề này đã biến ông thành chuyên gia trong cách hoàn thành việc đó, nhưng trường hợp này thì không phải vậy – ông là một chính khách lừng danh, nhưng ông không biết nhiều về cơ thể con người. Trong quyết tâm kết thúc mọi việc, ông đã đâm dao sâu vào các động mạch ở tay; khi máu không chảy đủ nhanh

để đáp ứng yêu cầu của ông, ông đã cắt tĩnh mạch ở hai chân và đầu gối. Như thế vẫn không đủ, ông uống thuốc độc, cũng vẫn chẳng có tác dụng gì. Cuối cùng, như Tacitus^{*} ghi chép: “Ông được đưa vào phòng tắm [hơi], hơi nước ở đó đã khiến ông chết ngạt.”

Các loại thuốc an thần, một tác nhân tự sát hiện đại hơn, gây chết người bằng nhiều cách. Trạng thái hôn mê chúng gây ra sâu đến mức đường thở trên có thể bị tắc nghẽn bởi vì đầu gục xuống trong một tư thế nguy hiểm, cắt ngang đường khí đi vào. Điều đó, hoặc việc hít phải chất nôn mửa, gây ra trạng thái ngạt. Thuốc an thần liều cao cũng gây ra giãn cơ ở các thành mạch, khiến các động mạch giãn nở đủ nhiều để làm cho máu vào lưu thông giảm đi do bị tích lại. Với liều lượng lớn như vậy, thuốc triệt tiêu khả năng co bóp của cơ tim và theo đó có thể gây ra tình trạng tim ngừng đập.

Bên cạnh thuốc an thần, có vài ba chất được lý phổ biến khác cũng kết liễu cuộc đời: heroin, giống như một số loại ma túy tiêm vào tĩnh mạch, giết người bằng cách gây ra chứng phù phổi nhanh chóng, mặc dù cơ chế khiến điều này xảy ra vẫn chưa được biết tới; xyanua gây ức chế một trong các tiến trình sinh hóa mà theo đó các tế bào sử dụng khí oxy; thạch tín làm tổn hại một vài cơ quan, nhưng cách thức gây chết người cơ bản của nó là tạo ra nhịp tim bất ổn, thỉnh thoảng đi kèm với hôn mê và co giật.

Khi một người chuẩn bị tự sát nối một đầu ống vào đường ống khí thải ô tô và hít vào ở đầu kia, người đó đã lợi dụng sức hút mà hemoglobin có đối với carbon monoxide (CO), khả năng kết hợp của nó với chất khí này cao hơn 200 tới 300 lần so với oxy. Bệnh nhân tử vong vì não và tim bị tước đi lượng oxy được cung cấp thỏa đáng. Màu sắc được carboxyhemoglobin truyền vào máu khiến cho nó có màu đỏ tươi hơn đáng kể, và thật ngược đời, thậm chí còn rực rỡ hơn trạng thái bình thường của nó. Kết quả là da và các lớp màng nhầy của người chết vì carbon monoxide nhuộm một màu đỏ anh đào nổi bật. Việc không có hiện tượng chuyển sang màu tái xanh đặc thù của trạng thái ngạt hơi có thể đánh lừa những người phát hiện ra cái xác má ửng hồng chùng như rất khỏe mạnh, nhưng thực tế là đã chết rồi.

Treo cổ cũng dẫn tới điều tương tự, nhưng với một cơ chế ít nhẹ nhàng hơn nhiều. Trọng lượng của cơ thể nạn nhân tạo đủ lực để siết chặt thòng lọng và dẫn đến nghẽn cơ chế đường thở trên. Hiện tượng tắc nghẽn thỉnh thoảng xảy ra do sự chèn ép hoặc vỡ khí quản, nhưng nó cũng có thể là kết quả của việc dịch chuyển lên trên của đáy lưỡi, bít mất lối vào của không khí. Bởi vì thòng lọng siết lại cắt đứt sự lưu thông qua tĩnh mạch cảnh và các tĩnh mạch khác, máu đã được khử oxy bị ngăn lại, chảy ngược vào các mô trên mặt và đầu. Phát hiện ra tử thi người treo cổ bị sưng phồng, đôi khi có phần lưỡi bị cắn thè ra trên một gương mặt sưng húp xanh tái với đôi mắt lồi ghê sợ là cảnh tượng hãi hùng mà chỉ những người can đảm nhất mới có thể nhìn thẳng vào mà không khiếp hãi.

Trong một vụ treo cổ hợp pháp hay theo phán quyết của tòa án, người hành hình cố gắng tránh trạng thái ngạt nhưng thỉnh thoảng vẫn thất bại. Khi nút thắt của thòng lọng đã vào đúng chỗ một cách chính xác ngay dưới góc của quai hàm người bị kết tội, cú rơi xuống đột ngột từ một khoảng từ 1,5m tới 2m sẽ làm gãy và trật khớp cột sống ngay dưới xương sọ. Do đó, dây xương sống bị đứt làm đôi, gây ra cú sốc tức thì và liệt đường hô hấp. Cái chết nếu không xảy ra tức thời thì cũng sẽ tới rất nhanh chóng, mặc dù trái tim có thể vẫn tiếp tục đập trong một vài phút nữa.

Chuỗi các sự kiện khi nghẹt thở do thắt cổ tự tử tương tự như diễn biến trong tất cả những trường hợp ngạt thở cơ học khác, vô tình hay cố ý, như làm ngạt thở hay tắc thở. Tắc thở không do tự sát được minh họa bằng vụ “café coronary” (mạch vành ở quán cà phê) nổi tiếng, trong đó một miếng thức ăn to tướng bất ngờ làm nghẽn khí quản của người đang dùng bữa, thường là khi đã say mèm. Phát hoảng lên vì không thở nổi, nạn nhân bị tăng cacbon dioxide trong máu (*hypercarbia*), kích động, trong một nỗ lực vô ích hòng tự cứu mình, chộp lấy cổ họng và lồng ngực như thể lên một cơn đau tim (vì vậy mà có cái tên *café coronary*). Người đó sẽ xông vào phòng tắm, hy vọng nôn được ra vật gây nghẹt khí quản, bởi vì thậm chí trong những khoảnh khắc chết người, người ta vẫn thấy hồ thẹn khi làm việc đó trước mặt những bạn bè cùng ăn đang nhìn chăm chăm – những người có thể đang ngồi đó kinh ngạc và không thể làm bất cứ điều gì. Nếu như người

đó đang ở nhà và chỉ có một mình, họ chắc hẳn sẽ tử vong. Nhưng phương pháp cấp cứu cho người bị ngạt (bằng cách ép mạnh vào cơ hoành) có thể cứu người đó nếu đang ở chốn công cộng và một người chứng kiến nào đây biết cách thực hiện nó.

Nếu miếng thức ăn không bị ép ra ngoài, quá trình ngạt thở sẽ tiếp tục mà không bị ngăn trở. Mạch tăng nhanh, áp lực máu gia tăng, và mức độ carbon dioxide trong máu tăng lên nhanh chóng tới một trạng thái được gọi là *hypercarbia*. Hypercarbia tạo ra cảm giác lo sợ tột bậc, và lượng khí oxy giảm đi khiến cho nạn nhân đang hoảng hốt trở nên tím tái hoặc tái xanh tái tử. Người đó nỗ lực mỗi lúc một hăng hái để đưa được không khí qua vật cản, giờ đóng vai trò như cái nêm chèn ngày càng khít chỗ đó hơn. Giống như trong một vụ treo cổ, nó dẫn đến bất tỉnh, và thỉnh thoảng gây ra co giật vì không còn oxy hóa và tăng thán huyết não (*hypercarbia*). Trong một khoảng thời gian ngắn, những nỗ lực hít thở trở nên yếu ớt hơn và nông hơn. Nhịp tim trở nên không đều và cuối cùng là ngừng lại.

Về bản chất, chết đuối là một dạng ngạt thở mà miệng và mũi bị bít bằng nước. Nếu chết đuối do tự sát, nạn nhân sẽ không chống lại việc hít nước vào, nhưng nếu do tình cờ như thường thấy, người đó sẽ cưỡng lại bằng cách nín thở cho tới khi hết hơi và tăng thán huyết đến mức không thể tiếp tục được nữa. Lúc này, không khí di chuyển theo tất cả các đường xuống phổi đều bị nước cản trở. Nếu cuộc chiến diễn ra khi người đuối nước đang vẫy vùng ở gần bề mặt nước, có thể sẽ có đủ không khí được hít vào để tạo ra một rào chắn bằng bọt nước. Bọt nước và nước trong đường thở có thể gây ra nôn mửa để phản ứng lại, điều này càng tăng thêm rắc rối vì thúc đẩy lượng axit trong dạ dày trào lên miệng, từ đây chúng có thể bị hít vào trong khí quản.

Nếu đuối nước diễn ra trong môi trường nước ngọt, nước bị hấp thu vào tuần hoàn máu thông qua phổi, làm loãng máu và rối loạn trạng thái cân bằng tinh tế của các phần tử hóa học và vật lý. Các hồng cầu bị phá hủy vì mất cân bằng, thải vào tuần hoàn một lượng lớn kali, nguyên tố hoạt động như một chất độc đối với tim do dẫn tới rối loạn nhịp. Nếu đuối nước xảy ra

trong môi trường nước biển, tiến trình gần như ngược lại. Nước thoát khỏi tuần hoàn và đi vào các túi phổi – hình ảnh của việc này cũng chính là hình ảnh của chứng phù phổi. Phù phổi có thể cũng xuất hiện trong quá trình đuối nước ở bể bơi vì clo hoạt động như một chất kích thích đối với mô của phổi.

Trong cuộc vùng vẫy của nạn nhân đuối nước, ban đầu, việc hít nước vào được trì hoãn, sau đó là được tiếp tay bởi một trong những cơ chế sinh tồn cố hữu của cơ thể. Khi ngụp nước đầu tiên thâm nhập đường thở, thanh quản theo phản xạ sẽ co thắt và khép nhằm cố gắng ngăn ngừa việc hít thêm vào. Nhưng trong hai hoặc ba phút, oxy máu giảm sẽ nổi lòng sự co thắt và nước lại tràn vào. Chính hớp nước cuối cùng này khiến nước bị hít vào nhiều đến mức lượng nước hấp thu trong đuối nước ngọt có thể lên tới nhiều nhất là 50% thể tích máu.

Cơ thể người chết nặng hơn nước, và đầu là phần nặng nhất. Theo đó, tử thi của nạn nhân bị đuối nước sẽ luôn chìm phần đầu xuống dưới đáy và giữ trạng thái lơ lửng trong vị trí đó cho tới khi quá trình phân hủy thải ra đủ lượng khí trong các mô để nổi lên mặt nước. Tiến trình này diễn ra trong vòng từ vài ngày cho tới vài tuần, tùy theo nhiệt độ và điều kiện nước. Khi cơ thể quay trở lên, thật khó có thể tin được rằng thứ thối rữa này đã từng chứa đựng linh hồn con người và cùng chia sẻ bầu sinh khí tự nhiên với phần còn lại của nhân loại mạnh khỏe.

Đuối nước giết gần 5.000 người ở Mỹ mỗi năm, và rượu liên quan tới khoảng 40% số đó. Trừ những trường hợp tự sát hay bị giết hại, hầu như nó luôn xảy ra trong các tình huống bất ngờ và thường không có cảnh báo gì. Tuy nhiên, đại đa số nạn nhân đuối nước ít nhất cũng có chút ít cảm giác về khả năng xảy ra của nó, vì nó thường diễn ra khi họ đang ở lân cận vùng nước sâu. Mỗi năm, có khoảng 1.000 người Mỹ chết vì điện giật, tuy nhiên, họ gần như không bao giờ nghi ngờ rằng mình sắp chết, ngay cả khi họ đang làm việc gần nguồn điện cao thế. Thêm nữa, nguyên nhân phổ biến nhất trong chết vì điện giật là rung thất gây ra bởi dòng điện chạy qua tim. Rối loạn nhịp tim hay ngưng tim cũng có thể có nguyên nhân là dòng điện cao áp chạy vào trung tâm tim của não. Nếu trung tâm thở của não bị tổn

thương, ngừng hô hấp là nguyên nhân gây ra cái chết. Mặc dù đa số các vụ chết người vì điện giật xảy ra ở những người làm việc gần dây cáp điện cao thế, những tai nạn về điện ở nhà cũng có thể giết chết nhiều trẻ em và người trưởng thành mỗi năm.

Trong những cách thức khác nhau kể trên, các nạn nhân của giết người, tự tử, và tai nạn đều bị tước đi nguồn cung cấp oxy để duy trì sự sống. Phần thuật lại nguyên nhân và hiệu ứng sinh lý học này chưa thể đi hết lượt điểm danh của các binh sĩ trong đội ngũ những cái chết bạo lực. Cũng như vậy, một phần thảo luận ngắn gọn về sự thanh thản lúc cuối đời, những trải nghiệm cận tử, hay tự sát có hỗ trợ không vượt quá được việc bắt đầu nêu lên nhiều vấn đề gần đây mới được thêm vào danh mục dài lê thê các mối quan tâm đáng được chú ý – còn hơn cả chú ý, mà là sẫm soi – của không chỉ các nhà triết học và khoa học mà của tất cả chúng ta. Trong những vấn đề động chạm tới cái chết, các vấn đề thuộc phạm vi lâm sàng và đạo đức chưa bao giờ xa rời nhau đến mức chúng ta có thể xem xét một điều mà bỏ qua điều còn lại.

Một loại cơn long não, thuốc giảm đau.

Bliss trong tiếng Anh nghĩa là hạnh phúc, niềm vui sướng nhất.

Lucius Annaeus Seneca (thường được gọi là Seneca hay Seneca Trẻ) (4 TCN-65 CN): triết gia người La Mã thuộc trường phái triết học khắc kỉ. Ông từng là thầy giáo và cố vấn cho hoàng đế Nero Bạo chúa, sau này ông bị ép phải tự tử vì bị cho là đồng lõa trong âm mưu ám sát hoàng đế Julio Claudian.

Một vị thần về thuốc và chữa bệnh trong thần thoại Hy Lạp.

Immanuel Kant (1724-1804): một trong những triết gia nổi tiếng người Đức.

Nero Claudius Caesar Augustus Germanicus (37-68): vị hoàng đế thứ năm và cũng là cuối cùng của triều đại Julius Claudius.

Tacite (tên đầy đủ là Publius Cornelius Tacitus): sử gia người La Mã nổi tiếng nhất của nhân loại, sống vào thế kỉ thứ I.

8.

CÂU CHUYỆN VỀ AIDS

“Hãy gọi tôi là Ishmael.” Cô ấy mỉm cười khi hồi nhớ lại ký ức trở trêu ấy, và đưa ánh mắt xa xôi về phía căn phòng nơi người cha của một gia đình trẻ đang nằm hấp hối.

“Mới chỉ bốn tháng trước, nhưng là cả một đời, thật đấy. Hôm đó, tôi bước vào phòng khám, và anh ấy ở đó, ngồi trong căn buồng nhỏ đợi vị bác sĩ có phép thần vĩ đại tới để giúp đỡ anh ấy. Vị bác sĩ đó là tôi. ‘Xin chào, ông Garcia,’ tôi nói, tươi vui và hồ hởi, đúng thái độ một bác sĩ nội trú trẻ nên có. Và anh ấy đứng bật dậy, đó là một người đàn ông Tây Ban Nha nhỏ bé với nụ cười rạng rỡ. ‘Hãy gọi tôi là Ishmael’ là điều anh ấy đã nói – tưởng tượng xem! Ishmael của tôi không có cơ hội sống. Anh ấy sẽ chết trong vài ngày nữa, nhưng tôi sẽ nhớ về anh ấy đến hết đời.” Cô ngừng lại; tôi có thể đoán chắc rằng những lời tiếp theo đã bị mắc lại trong cổ họng khô khốc của cô ấy, bởi vì chúng nghe thật nát lòng khi cô ấy cuối cùng cũng có thể thốt ra: “Anh ấy là bệnh nhân đầu tiên của tôi bị mắc chứng bệnh chết tiệt này!”

Hết cơn bệnh này tới cơn bệnh khác đã diễn ra kể từ buổi chiều mùa hè khi Ishmael* Garcia nhảy khỏi ghế và chìa lòng bàn tay rộng mở của mình bắt lấy đôi tay của bác sĩ Mary Defoe, và cả hai đều đã thay đổi rất nhiều so với họ trước đây. Mặc dù cô đã gặp vô vàn những bệnh nhân AIDS khi học ở trường y, Mary chưa bao giờ thực sự nhận thức được trọn vẹn mức độ của tấn bi kịch cá nhân cho tới khi cô thực sự đảm nhận trách nhiệm đáng sợ của một bác sĩ vừa mới tốt nghiệp.

Từ buổi chiều tháng Bảy đầy nắng khi lần đầu tiên anh tự giới thiệu ở khoa AIDS cho tới tận buổi sáng tháng Mười một lạnh lẽo xám xịt khi cô

thông báo là anh đã mất, Mary Defoe và Ishmael Garcia đã là bác sĩ và bệnh nhân. Cho dù nhập viện hay được theo dõi ở phòng khám của bệnh nhân ngoại trú, anh coi cô như bác sĩ riêng của mình. Thỉnh thoảng, các bác sĩ nội trú khác đảm đương việc chăm sóc anh trong những khoảng thời gian ngắn khi Mary luân phiên làm những công việc khác, nhưng họ luôn tìm lại nhau và tiếp tục cuộc hành trình của họ tới kết thúc nghiệt ngã mà cả hai đều biết đã nằm ở phía trước.

Ngay từ đầu quá trình đào tạo, đa số các bác sĩ đều phát triển quan hệ với các bệnh nhân sẽ trở thành những mô hình mà họ sẽ dựa vào để phản ứng lại với bệnh tật và cái chết trong suốt sự nghiệp của mình. Đối với Mary Defoe, Ishmael Garcia chắc chắn sẽ đại diện cho việc gợi lại một hình ảnh xưa cũ đã mất từ lâu đối với những thế hệ bác sĩ hiện đại – sự bất lực khi đối mặt với bệnh dịch chết người trên một người trẻ tuổi.

Trong các tính toán về cái chết, trước năm 1981 chắc chắn không có tính toán nào kể đến nhân tố HIV, *human immunodeficiency virus* (virus làm suy giảm miễn dịch ở người). Những dấu hiệu đầu tiên về sức mạnh tập trung của nó đã gây bàng hoàng ngay đúng vào lúc khoa học y sinh bắt đầu đưa ra những lời chúc mừng thận trọng cho chính mình vì đạt tới mức tiến bộ nơi mà cuộc chinh phục cuối cùng đối với căn bệnh lây nhiễm rất cuộc có vẻ như đã ở trong tầm mắt. AIDS không chỉ làm bẽ mặt những người săn lùng vi khuẩn; nó còn lay chuyển cả niềm tin của tất cả chúng ta vào việc công nghệ và khoa học có thể bảo vệ loài người trước những biến động của thiên nhiên. Trong một số năm bùng nổ, hầu như tất cả các bác sĩ trẻ đang được đào tạo đều đang điều trị cho một trong những bệnh nhân sắp chết vì bệnh này.

Tôi và bác sĩ Defoe bước vào phòng của Ishmael – một cách yên ắng, mặc dù anh ấy không thể nghe thấy bất cứ âm thanh nào chúng tôi có thể gây ra. Chúng tôi im lặng đến mức ấy là vì lòng tôn trọng chứ không phải do cần thiết. Khi một người đang hấp hối, những bức tường trong phòng người đó dựng lên như một nhà nguyện, và thật đúng đắn khi đi vào đó với sự tôn kính lặng lẽ.

Thật khác biệt làm sao khi so sánh cảnh tượng này với màn kịch điên cuồng thường diễn ra trong những giây phút cuối đời của bệnh nhân, vì những nỗ lực tuyệt vọng hòng kéo dài sự sống cho người đó thêm chỉ vài tuần hay vài tháng – và đôi khi chỉ là vài giờ hoặc vài ngày – trong khi đợi cái chết đến. Sau những đau đớn không thể đo tính được của Ishmael Garcia khi chìm vào những cơn sốt và chập chờn mê tỉnh, sự lãng quên này cũng đã tới; ít nhất, những giây phút cuối cùng cũng xứng đáng được yên lành.

Ánh đèn trên cao trong phòng đã được tắt và những tấm rèm đã được kéo xuống chặn ánh sáng chói của cái nắng trưa mùa thu, tắm toàn bộ không gian trong một ánh nắng ban ngày dịu dịu nhẹ nhàng. Người đàn ông mê man trên giường đang sốt cao – nước da hơi vàng trên vầng trán anh trái ngược hẳn với màu trắng ảm đạm của chiếc vỏ gối mới thay. Dù bị những tác động phá hủy của căn bệnh tàn phá, nhưng vẫn có thể thấy rằng anh đã từng rất điển trai.

Tôi đã xem biểu đồ của Ishmael, và tôi biết rằng với những hơi thở cuối cùng của anh, nỗ lực mạnh mẽ làm hồi tỉnh sẽ phá vỡ mất sự thanh bình. Giữa một khoảnh khắc trong những tháng kinh hoàng trước đó, anh đã cầu xin vợ mình đảm bảo rằng các bác sĩ làm tất cả mọi điều có thể để bảo toàn mạng sống cho anh – rằng chị đừng cho phép họ bỏ cuộc. Và giờ đây, Carmen không thể khiến cho bản thân tin vào điều mà đội điều trị AIDS đang nói với chị: rằng điều có thể đã trở thành không thể.

Mặc dù Ishmael đã ly thân vợ được ba năm trước khi anh đổ bệnh, nhưng chị vẫn là người nhà hợp pháp của anh, và chị là người đại diện cho gia đình anh. Thực tế, chị đã chỉ đại diện cho chính mình, bởi vì Carmen và chồng đã cùng đưa ra một quyết định cứng rắn là giữ kín các chẩn đoán. Bố mẹ và cả hai người chị của Ishmael đều không biết tên căn bệnh của anh. Nếu có biết, thì họ cũng không bao giờ nói đến nó.

Khi nhận ra Ishmael ốm đến mức nào, Carmen đã để cho anh quay về nhà. Không hiểu bằng cách nào, chị đã có đủ sức mạnh gạt sang một bên những năm anh không chung thủy và nghiện ngập, thậm chí là cả tình cảnh gần như bần cùng mà anh đã đẩy chị cùng ba cô con gái vào vì sự vô trách

nhệm của mình. Anh quay trở về để chị có thể trở thành y tá của anh, là người nhà hay người bạn duy nhất để anh chia sẻ những hiểu biết của mình về cái kết cuối cùng. Chị bảo, dù thế nào đi nữa, anh cũng đã từng là một người cha tốt, và chị nợ anh điều này. Vì lợi ích của ba cô con gái và vì những kỉ niệm về một cuộc sống từng có với nhau, chị cho phép người chồng hấp hối trở về.

Từ chối để mặc cho anh chết khi thời khắc đã điểm, Carmen khẳng khái là chị đang làm điều tốt đẹp cuối cùng cho Ishmael – rất cuộc, nó cũng là điều mà chị tin là mình đã hứa với anh. Chị từ chối nói với các bác sĩ về lý do tại sao chị lại không nghe những lý lẽ hợp lý của họ, và không ai trong số họ đành lòng ép buộc chị. Họ nói với tôi, họ cho rằng đâu đó trong sâu thẳm ý thức của chị, sự tận tụy rõ ràng của Ishmael với các cô con gái khiến Carmen cảm thấy tội lỗi vì đã hắt hủi người chồng hoang đàng của mình, cũng như vì đã kiên quyết chối từ đáp lại những khoảng thời gian anh cư xử tử tế và những lời hứa hẹn cải đổi của anh. Nhân viên điều trị đã đi xa tới mức tổ chức một cuộc hội ý với chủ tịch ủy ban Đạo đức Sinh học của bệnh viện, nhưng khi họ nói với anh rằng việc làm hồi tỉnh có thể sẽ thành công, anh vẫn không bỏ qua tiếng gọi từ trái tim Carmen. Trong những hoàn cảnh như thế này, ai biết được thế nào là sáng suốt?

Ishmael không bao giờ cô đơn trong căn phòng đó. Ba cô con gái luôn ở bên anh, lúc nào cũng có mặt, theo dõi người cha yêu quý qua lớp ép nhựa của tấm ảnh phóng to cỡ 60 x 90 cm đặt ngay trên bậu cửa sổ rộng. Các bé đã ở đây, ba đứa trẻ tóc vàng loăn xoăn xinh đẹp trong những bộ váy dự tiệc, mỉm cười với cả thế giới và với người cha vào một ngày hạnh phúc gấp nhiều lần ngày hôm nay. Tôi ra dấu về phía bức ảnh, tỏ ý hỏi Mary.

“Vâng,” cô ấy trả lời, “hai đứa lớn đến đây gần như hằng ngày, nhưng Carmen không đưa đứa nhỏ nhất đến. Đứa trẻ sáu tuổi chỉ chơi một mình quanh chân giường – con bé không hiểu gì hết. Đứa mười tuổi thì khóc; nó đứng cạnh giường bố từng phút nó ở đây, lau và vuốt ve gương mặt anh ấy, nó không thể nào nín khóc được. Tôi cố gắng không đi vào phòng khi hai đứa ở đó – thật quá sức chịu đựng của tôi.”

Một cuốn Kinh thánh tiếng Tây Ban Nha nằm dưới chân bức ảnh lũ trẻ. Nó được mở từ chương 27 tới chương 31 sách Thánh thi, và một vài đoạn thơ được đánh dấu bằng những sắc màu khác nhau. Tôi đã chép số thứ tự của đoạn thơ vào phiếu thư mục và tìm kiếm chúng khi trở về nhà:

27:9: Xin chớ ẩn mặt Chúa với tôi, chớ xô đuổi kẻ tôi tớ Chúa khi Chúa nổi giận. Khi trước Chúa là sự tiếp trợ tôi, xin chớ lìa tôi, chớ bỏ tôi. Lạy Đức Chúa Trời là Đấng cứu rỗi tôi.

27:10: Khi cha mẹ bỏ tôi đi, thì Đức Giê-hô-va sẽ tiếp nhận tôi.

28:6: Đáng ngợi khen Đức Giê-hô-va thay! Vì Ngài đã nghe tiếng cầu khẩn của tôi.

Tôi kinh ngạc khi biết rằng Ishmael theo tiếng Do Thái có nghĩa là “Chúa đã nghe”.

Thế nhưng, với Ishmael đang nằm trên giường, dường như Chúa không nghe thấy. Người không nghe thấy và dường như cũng không nhìn thấy. Tất nhiên Người đã không hành động, bất chấp nỗi đau khổ mà Người đã chứng kiến. Trong hoàn cảnh này, Ishmael Garcia giống như Job, đối mặt với nỗi đau khổ mà ban đầu Chúa không những không ra tay hành động mà còn im lặng, như thể đã lựa chọn là không nhìn hay nghe thấy. Nếu Chúa có nghe thấy những lời cầu khẩn của Garcia hay nhìn thấy nỗi thống khổ của anh, Người cũng đã không hề đổi ý. Người không bao giờ làm thế, với cái căn bệnh chết tiệt này.

Tôi thích tin rằng Chúa không liên quan gì tới việc này hơn. Chúng ta đang chứng kiến trong thời đại của mình một trong những biến cố lớn lao của tự nhiên hoàn toàn vô nghĩa, không có tiền lệ, và, bất chấp rất nhiều tuyên bố ngược lại, không mang ẩn dụ hữu ích nào. Nhiều tu sĩ cũng đồng ý rằng Chúa không đóng vai trò gì trong những vấn đề như thế này. Trong cuốn *Euthanasie en Pastoraat* (tạm dịch: *An tử và Đoàn Mục sư*) đã trích dẫn ở chương trước, các giám mục của Nhà thờ Giáo hội Cải cách Hà Lan đã không hề do dự giải quyết một cách khá cụ thể câu hỏi lâu đời về mối liên quan của những điều thiêng liêng trong nỗi đau khổ không thể lý giải nổi của nhân loại: “Quy luật tự nhiên của vạn vật không nhất thiết phải được

đánh đồng với ý muốn của Chúa.” Quan điểm của họ được một số lượng lớn người Cơ đốc và giới tăng lữ Do Thái ở các giáo phái khác nhau chia sẻ; bất cứ lập trường nào thiếu nhẫn nại hơn đều là nhẫn tâm và chất thêm gánh nặng lên những người đã cố gắng hết sức. Mặc dù có rất nhiều điều để học hỏi từ căn bệnh truyền nhiễm AIDS, những bài học nó đưa ra lại thuộc vào lĩnh vực khoa học và xã hội, và tất nhiên không nằm trong phạm vi ảnh hưởng của giải thích tôn giáo. Chúng ta đang đối đầu không phải với một sự trừng phạt mà là với một tội ác – một trong những tội ác ngẫu nhiên mà thỉnh thoảng tự nhiên phạm phải với chính những tạo vật của nó. Như Anatole France* nhắc nhở chúng ta, tự nhiên trung lập; nó không phân biệt giữa thiện và ác.

Có nhiều vấn đề về bệnh AIDS hơn so với những gì thực tế lâm sàng trần trụi của nó thể hiện. Mặc dù một tuyên bố như vậy có thể áp dụng cho bất cứ bệnh tật nào, với căn bệnh truyền nhiễm đặc biệt này thì nó lại càng phù hợp. Nhưng bất chấp những hàm ý về văn hóa và xã hội của AIDS, cần phải hiểu rõ một vài biểu hiện lâm sàng và khoa học của nó trước khi toàn bộ tấn thảm kịch phơi bày cách nó giết các nạn nhân của mình. Trường hợp của Ishmael Garcia là một nguyên mẫu.

Tháng Hai năm 1990, Garcia có xét nghiệm máu đầu tiên dương tính với HIV. Xét nghiệm được thực hiện là một phần của việc đánh giá vết thương hở không chịu lành trên cánh tay trái của anh, chính vết thương đã đưa anh tới phòng khám của bệnh viện Yale-New Haven. Hiện tượng nhiễm trùng gần như chắc chắn do thói quen chích ma túy của anh gây ra. Bởi vì anh cảm thấy khá ổn, đặc biệt khi vết thương đã lành nhanh chóng sau khóa điều trị ngắn bằng kháng sinh cho bệnh nhân ngoại trú, anh không đến cuộc hẹn tiếp theo nào ngoại trừ cuộc hẹn mà anh đã được thông báo về chẩn đoán. Tháng Giêng năm 1991, anh ho khan, ngày một nặng hơn trong mấy tuần trời. Khi bị ho nặng hơn, cảm giác căng tức trong ngực Ishmael xuất hiện, trầm trọng hơn khi ho hay hít thở sâu. Sau hơn một tháng, mọi việc ngày một tệ hơn, anh bắt đầu hoảng sợ vì sự xuất hiện của hai triệu chứng mới: sốt và thờ dốt dù chỉ với một hoạt động nhỏ nhất. Khi hiện tượng khó thở nghiêm trọng đến mức nó tăng thêm ngay cả khi không có hoạt động gì ngoài việc đi

quanh căn phòng nhỏ xíu chỉ kê đủ đồ đạc của anh ở vùng lân cận New Haven, thì anh biết đã đến lúc phải tới bệnh viện.

Trong phòng cấp cứu, xét nghiệm X quang lồng ngực cho thấy vùng phổi của Ishmael bị làn hơi trắng mỏng thâm nhập, thể hiện những khu vực rộng mà ở đó, một số loại nhiễm trùng đang ngăn cản việc lấy oxy một cách thích hợp. Phân tích máu động mạch cho thấy mức oxy thấp bất thường, phản ánh sự hấp thu kém hiệu quả của mô phổi bị nhiễm trùng. Khi bác sĩ nội trú thăm khám nhìn vào miệng bệnh nhân đang bị sốt, anh thấy dấu hiệu quen thuộc xuất hiện ở hầu hết các bệnh nhân mới bị AIDS – lưỡi Ishmael bị phủ một lớp nấm tựa lưỡi màu trắng đục đặc trưng.

Những phát hiện ở vùng ngực trùng với dạng viêm phổi phổ biến nhất ở AIDS, gây ra bởi một loại ký sinh được gọi là trùng bào tử *Pneumocystis carinii*. Ishmael được cho nhập viện và các bác sĩ đã luồn một thiết bị soi như con rắn, gọi là ống soi phế quản, vào sâu trong khí quản của anh, từ đó lấy ra một mẫu nhỏ để cấy vi khuẩn. Và nghiên cứu hiển vi đã phát hiện ra hàng loạt dày đặc những cấu trúc hình cầu của chứng viêm phổi *Pneumocystis*. Được kê thuốc chống nấm để trị tưa miệng và bắt đầu tiến trình dùng kháng sinh liều cao đặc biệt chữa viêm phổi (được gọi là pentamidine*), anh dần dần hồi phục. Trong thời gian nằm viện, Ishmael bị phát hiện là thiếu máu và có lượng bạch cầu rất thấp. Mặc dù anh khẳng định rằng mình vẫn ăn uống tốt, anh bị suy dinh dưỡng đến mức protein trong máu giảm. Khi cân, anh ngạc nhiên phát hiện ra rằng mình đã giảm đi gần hai cân so với cân nặng thông thường của mình là xấp xỉ sáu mươi tư cân. Tuy nhiên, tin xấu nhất anh nhận được là điều mà anh chưa hiểu nổi: Tế bào chỉ điểm nhiễm HIV, tế bào lympho (tế bào bạch huyết) T4, hay CD4, được phát hiện ở mức 120 trên một milimet khối máu, thấp hơn rất nhiều so với bình thường.

Không ai biết liệu Ishmael có tuân theo những chỉ dẫn xuất viện khi dùng các đơn thuốc đã được kê không, những thuốc này có tác dụng là ngăn chặn những giai đoạn tiếp theo của chứng nhiễm trùng phổi mà anh mắc phải, lúc đó đã được gọi là PCP (*Pneumocystis carinii Pneumonia* – viêm phổi do

nhiễm trùng bào tử *Pneumocystis carinii*). Chắc có lẽ là anh đã không làm như thế, bởi vì anh quay trở lại 11 tháng sau đó, vào tháng Giêng năm 1992, với các triệu chứng tương tự nhưng nặng hơn. Lúc này, anh kêu ca thêm về chứng đau đầu khủng khiếp và buồn nôn, có lúc đến mức quay cuồng. Một đánh giá về dịch tủy của anh đã chứng tỏ anh bị viêm màng não, gây ra bởi một sinh vật giống như men được gọi là *Cryptococcus neoformans**. Anh cũng được phát hiện đã nhiễm khuẩn bên tai phải, nhưng tinh thần anh đã mụ mị đến mức không nhận thức được về nó. Lượng CD4 của anh đã giảm xuống 50 – sự phá hủy của HIV với hệ thống miễn dịch tiến triển nhanh chóng. Mặc dù Ishmael hầu như đã đầu hàng trước sự kết hợp của ba hình thức nhiễm trùng riêng rẽ, khả năng xoay sở khéo léo của đội điều trị AIDS ở Yale-New Haven đã đưa anh vượt qua. Sau ba tuần ở bệnh viện, anh có thể quay trở lại với Carmen và các cô con gái, chất thêm một hóa đơn giá trị khoảng mười hai nghìn đô-la. Bởi vì anh đã mất bảo hiểm y tế sau khi bị đuổi việc khỏi nhà máy vì nghiện ngập, chi phí được bang Connecticut đảm đương.

Vào đầu tháng Bảy năm 1992, Ishmael, lúc này cực kỳ đúng hẹn với phòng khám, bị một ổ áp xe lớn gây đau ở dưới nách trái, cần phải được phẫu thuật cắt bỏ. Trong chính cuộc gặp này, lần đầu tiên anh đã gặp Mary Defoe. Vài tuần sau đó, cô theo dõi việc điều trị ngoại trú của anh đối với bệnh viêm xoang và một lần nhiễm trùng tai khác, đồng thời với việc chữa lành ổ áp xe.

Khi Ishmael hồi phục sau những căn bệnh vì nhiễm khuẩn, một lần nữa anh lại nhận ra mình thường bị choáng váng và chóng mặt, thỉnh thoảng còn khó giữ thăng bằng. Không lâu sau khi bắt đầu những triệu chứng khó chịu này, trí nhớ của anh bắt đầu bị tàn phá ngày một nhiều. Carmen nhận ra rằng không phải lúc nào anh cũng hiểu được ngay cả những câu đơn giản. Các triệu chứng ngày một tăng lên vào tháng tiếp theo, tới mức hầu như lúc nào anh cũng lú lẫn và uể oải. Bất chấp lòng biết ơn dành cho các bác sĩ, Carmen đã phải nhượng bộ những lời cầu khẩn của anh rằng đừng đưa anh tới phòng cấp cứu. Cả chị và Ishmael đều sợ ý nghĩa ẩn đằng sau việc phải nằm viện

một lần nữa. Giờ đây anh còn sụt cân nhanh hơn, và họ biết rằng, một khi nhập viện, anh có thể không bao giờ được về nhà nữa.

Cuối cùng Carmen cũng gọi cấp cứu, khi một sáng nọ chị thức dậy và thấy chồng mình đã lịm hẳn đi. Lúc đó, Ishmael hầu như đã hôn mê, cánh tay trái co giật không kiểm soát, và anh hầu như không phản ứng lại những mệnh lệnh hét vào tai mình. Thỉnh thoảng, toàn bộ nửa người trái lại lên một cơn co giật ngắn. Chụp CT cho thấy những phát hiện hầu như trùng khớp với kiểu nhiễm trùng não gây ra bởi một sinh vật đơn bào được gọi là *Toxoplasma gondii**, mặc dù các xét nghiệm máu không xác nhận chẩn đoán đó. Những hình ảnh rất rõ rệt và bao gồm hàng loạt khối nhỏ ở cả hai bán cầu não. Những thương tổn tương tự thường được thấy ở các bệnh nhân AIDS có khối u ác tính được gọi là *lymphoma* (ung thư hạch bạch huyết), nhưng Ishmael nhìn giống với những người bị nhiễm ký sinh trùng *Toxoplasma* hơn.

Tại thời điểm đó, nhân viên y tế quyết định rằng cho dù chẩn đoán không được xác định chắc chắn, thì an toàn nhất là bắt đầu điều trị *Toxoplasma*, bởi vì nó phổ biến hơn nhiều so với *lymphoma* ở các bệnh nhân AIDS. Sau hai tuần điều trị bằng thuốc và chỉ tiến triển rất ít, Ishmael được chuyển sang phòng phẫu thuật để các nhà giải phẫu thần kinh khoan một lỗ nhỏ trên hộp sọ của anh, lấy ra một mẫu nhỏ của não để sinh thiết. Nghiên cứu mô bằng kính hiển vi không xác định được sinh vật đơn bào trong não, nhưng nó đã thể hiện những thay đổi mà nhà nghiên cứu bệnh học tin rằng khởi nguồn từ việc chữa trị chứng bệnh do *Toxoplasma* gây ra. Điều này cổ vũ cho nhóm AIDS tiếp tục việc điều trị của mình cho dù phải đối mặt với tình trạng chẩn đoán không rõ ràng. Tuy nhiên, trong vòng một tuần, tình trạng của Ishmael xấu đi rõ rệt. Bởi vì *Toxoplasma* không được xác định chắc chắn, các thành viên trong nhóm khi trước đã phản bác chẩn đoán đó giờ đây khuyên dùng liệu pháp phóng xạ cho bệnh đoán chừng là u lympho ở não. Trước khi xuất hiện HIV, u lympho ở não cực kỳ hiếm, nhưng giờ đây nó được thấy thường xuyên ở các bệnh nhân AIDS.

Đầu tiên, Ishmael phản ứng với việc điều trị bằng X quang bằng việc tỉnh lại phần nào từ tình trạng hôn mê sâu trước đó. Thậm chí anh còn có thể nuốt được những ngụm nhỏ sữa trứng và thức ăn nhuyễn được y tá hay Carmen đút từng thìa vào miệng. Nhưng những chiến thắng đó thật ngắn ngủi. Anh hôn mê trở lại, tình trạng sốt nhẹ tăng lên đến mức 39-39,5°C mỗi ngày, và anh nhiễm thêm chứng viêm phổi do nhiễm khuẩn, bổ sung vào vài loại nhiễm trùng lan rộng khác không rõ bản chất và trong bất cứ trường hợp nào, đều kháng lại việc điều trị. Đây là tình trạng được ghi nhận vào buổi trưa tháng Mười một mà tôi và Mary Defoe đứng cạnh giường Ishmael.

Mặc dù hôn mê sâu, gương mặt Ishmael trông đầy lo lắng. Có lẽ vẫn có vài nhận thức mong manh về những nỗ lực của anh hùng đẩy không khí ra vào hai buồng phổi đã bị nhiễm trùng, hoặc về lượng oxy giảm dần đang được đưa tới các mô sắp chết. Anh đã bị nhiễm trùng, và toàn bộ cơ chế sống của anh đã suy yếu. Hoặc có thể vẻ mặt lo lắng của anh không liên quan gì tới nỗi đau đớn về thể chất của các mô đã ngừng thở. Có thể, điều gì đó bên trong anh đang cố gắng truyền đạt rằng anh đã quá kiệt quệ để tiếp tục – rằng anh đang cố gắng chết đi mà không thể. Thế nhưng, không lẽ thực sự anh lại muốn chết? Sẽ không có bất cứ sự đấu tranh nào xứng đáng với nỗi thống khổ, để có cơ hội nhìn thấy các con gái của anh thêm một lần nữa ư? Không ai biết tại sao gương mặt của những người hấp hối lại trông như thế – vẻ mặt khó chịu có thể cũng vô nghĩa như vẻ mặt thanh thản.

Đoạn đường khó nhọc của Ishmael kết thúc vào sáng hôm sau. Carmen linh cảm thấy cái chết tới gần, đã nghỉ một ngày làm việc tại nhà máy làm hộp các tông ở New Haven và ngồi cạnh giường anh khi từng giây chậm chạp mỗi lúc một kéo dài hơn giữa những nhịp thở của anh, cho tới khi chúng ngừng hẳn lại. Không cần phải được vận động, đêm qua chị đã nói với Mary rằng không cần làm hồi tỉnh – chị có thể thấy lời hứa của mình với chồng đã được giữ trọn; mọi điều có thể đều đã được làm. Khi Ishmael ngừng thở, chị chỉ bước ra ngoài thông báo cho người y tá vẫn ngồi với chị gần hết cả buổi sáng. Rồi, Carmen làm điều mà chị vẫn cứ từ chối hết lần này tới lần khác khi Ishmael vẫn còn sống – chị yêu cầu được xét nghiệm HIV.

Trong khu vực tôi sống ở nước Mĩ, miền Đông Bắc, AIDS đã trở thành kẻ giết người hàng đầu của đàn ông trong lứa tuổi từ 25 tới 44 – khu vực mà cái chết của nhóm độ tuổi này đến từ bạo lực đường phố, nghiện hút, và cuộc chiến giữa các băng nhóm trở thành một phần quen thuộc của môi trường đô thị, giống như sự nghèo đói và tuyệt vọng đã nuôi dưỡng họ. Làm thế nào người ta có thể bắt đầu hiểu được ý nghĩa của nỗi đau khổ này? Chẳng có hiểu biết nào được phát hiện, không có bài học nào được khám phá. AIDS như phép ẩn dụ, AIDS như chuyện ngụ ngôn, AIDS như chủ nghĩa tượng trưng, AIDS như lời oán trách, AIDS như một phép thử về nhân tính của nhân loại, AIDS là một hình ảnh thu nhỏ về nỗi thống khổ chung – chính các kiểu tác phẩm ngụ ý khoa học này đã ngốn năng lượng trí tuệ của các nhà đạo đức học và văn học ngày nay, cứ như thể nhất định phải có điều gì đó tốt đẹp được rút ra từ tai họa xấu xa này. Nhưng ngay cả lịch sử cũng khiến chúng ta thất vọng; những phép so sánh sự tương đồng với những căn bệnh truyền nhiễm trong quá khứ luôn tỏ ra là không đủ.

Chưa từng có căn bệnh nào có sức tàn phá như AIDS. Cơ sở để tôi đưa ra tuyên bố này dựa trên sinh lý bệnh học kinh hoàng của một bệnh dịch nguy hiểm hơn là trên bản chất bùng nổ của sự xuất hiện và lan tràn ra toàn cầu của nó. Trước đây, khoa học y khoa chưa bao giờ đương đầu với một loại vi khuẩn phá hủy chính các tế bào của hệ thống miễn dịch vốn có nhiệm vụ tổ chức sức đề kháng của cơ thể để chống lại nó; hệ miễn dịch chống lại hàng đàn kẻ xâm lược thứ phát đã bị thất bại trước khi nó có cơ hội dựng lên một hàng rào phòng thủ.

Thậm chí sự bắt đầu của AIDS cũng dường như là độc nhất vô nhị. Giờ đây có đủ bằng chứng dịch tễ học để nghiên cứu về nguồn gốc có thể có của sự bùng nổ, và những con đường mà qua đó, nó đã giành được ảnh hưởng nặng nề hiện thời của mình. Một số nhà nghiên cứu cho rằng virus này từng có tính địa phương ở một dạng khác trong số những động vật linh trưởng Châu Phi nhất định, khi đó, nó không mang mầm bệnh và vì vậy không gây ra bệnh gì. Có lẽ, máu của một con vật bị nhiễm virus này đã tiếp xúc với da hoặc bề mặt vết thương của một hoặc nhiều người dân làng địa phương, sau đó dần dần lây lan ra người khác ở khu vực lân cận. Đặt công trình lên các

mô hình toán học, những người đề xướng thuyết này ước chừng rằng, sự lây nhiễm đầu tiên từ động vật linh trưởng sang con người có thể diễn ra trong khoảng một trăm năm trước. Do tính thừa thớt trong sự tương tác giữa các cộng đồng, bệnh truyền đi chậm chạp từ ngôi làng bắt nguồn giả thuyết của nó. Khi các hình thái văn hóa bắt đầu thay đổi kể từ nửa sau thế kỉ XX, mọi người du lịch từ nơi này tới nơi khác nhiều hơn, dân đô thị hóa mạnh hơn thì việc lây nhiễm tăng lên nhanh chóng. Khi đã tích tụ được một lượng lớn những người nhiễm bệnh, các hình thức du lịch quốc tế mang virus ra toàn thế giới. AIDS là một thứ bệnh dịch hạch được truyền đi bằng máy bay phản lực.

Rất lâu trước khi nó xuất đầu lộ diện dưới dạng một ca bệnh AIDS đơn lẻ có thể nhận dạng, virus này đã lây truyền trong hàng nghìn người không chút nghi ngờ. Ý niệm mơ hồ ban đầu về căn bệnh mới mẻ xuất hiện dưới dạng hai bài báo ngắn gọn trong các số tháng Sáu và thứ Bảy năm 1981 của *Báo cáo hằng tuần về Nạn dịch và Tử vong* do Trung tâm Kiểm soát Dịch bệnh (CDC) phát hành. Các bài báo mô tả sự xuất hiện của hai dịch bệnh trước đây vô cùng hiếm hoi ở tổng cộng bốn mươi một người đàn ông đồng tính trẻ ở thành phố New York và California. Một trong số các căn bệnh đó là PCP (viêm phổi do nhiễm trùng bào tử *Pneumocystis carinii*), và căn bệnh còn lại là Sarcoma Kaposi* (KS). Người ta không biết tới việc *Pneumocystis carinii* gây bệnh ở những người có hệ miễn dịch còn nguyên vẹn. Hầu hết tất cả các ca PCP được báo cáo trước thời gian này đều xuất hiện ở những bệnh nhân có hệ miễn dịch bị triệt tiêu vì mục đích cấy ghép các cơ quan, hoặc do trị liệu hóa học hoặc vì suy dinh dưỡng, tuy nhiên cũng có một vài trường hợp được ghi chép lại có khiếm khuyết bẩm sinh về hệ miễn dịch. KS được phát hiện ở những người đàn ông đồng tính là loại hiếm chiến hơn nhiều so với loại tìm thấy từ trước tới nay. Trong số bốn mươi một bệnh nhân, ở một số ít những người có máu được xét nghiệm tế bào lympho T – một trong những trụ cột chính cho hệ miễn dịch của cơ thể – đều phát hiện thấy có số lượng giảm đi rõ rệt. Một số nhân tố vẫn chưa được biết tới đã phá hủy số lượng lớn những tế bào này và vì vậy làm tổn thương nghiêm trọng khả năng miễn dịch của những người đàn ông trẻ này.

Trong vòng một vài tháng, đã có thêm một vài công bố về những trường hợp tương tự với thứ được gán cho cái tên là hội chứng suy giảm hệ miễn dịch liên quan tới người tình dục đồng giới nam (*Gay-Related Immunodeficiency Syndrome*) hay GRID. Ở các cuộc họp về y học, trong các lá thư, và qua cả điện thoại, các chuyên gia về bệnh truyền nhiễm nói chuyện với nhau về các bệnh nhân tương tự mà họ đang chữa trị. Đến tháng Mười hai, một tuyên bố ngắn gọn súc tích đến khó tin trên trang xã luận của *Tạp san Y học New England* đã vạch ra tầm vóc của vấn đề, với một cách thức nhạy cảm và hầu như có thể tiên đoán, đặt ra khuôn khổ nghiên cứu cần phải thực hiện cũng như những hàm ý về mặt xã hội cần phải được xác định:

Sự phát triển này đưa ra một vấn đề nan giải cần được giải quyết. Giải pháp cho nó chắc chắn là thú vị và quan trọng với nhiều người. Các nhà khoa học (và những người chỉ đơn thuần là tò mò) sẽ hỏi: Tại sao lại là nhóm này? Điều này cho chúng ta biết gì về khả năng miễn dịch và sự hình thành của các khối u? Những nhà nghiên cứu về các vấn đề sức khỏe cộng đồng sẽ muốn đặt sự bùng nổ này vào quan điểm xã hội. Các hiệp hội người đồng giới nam, thường linh hoạt và có nhiều thông tin về các vấn đề sức khỏe đúng đắn, sẽ muốn tiến hành các biện pháp để giáo dục và bảo vệ các thành viên của mình. Những người theo chủ nghĩa nhân đạo sẽ muốn ngăn chặn cái chết và đau khổ không cần thiết.

Mặc dù người viết xã luận, bác sĩ David Durack của Đại học Duke có thể không biết, nhưng đã có khoảng 100 nghìn người trên khắp thế giới bị nhiễm bệnh.

Đến lúc đó, hơn một tá hình thái vi khuẩn đã được nhận dạng từ mô của những người đàn ông trẻ bị nhiễm bệnh, và hầu hết trong số đó đều là những vi khuẩn phát triển mạnh trong điều kiện hệ miễn dịch bị tổn thương nghiêm trọng. Phần phản ứng miễn dịch bị ảnh hưởng đã được phát hiện là phần phụ thuộc vào các tế bào lympho T, và điều này được hỗ trợ bởi sự suy giảm lớn về số lượng của một số tế bào nhất định (tế bào T4 hay CD4) trong máu. Bởi vì khả năng miễn dịch suy yếu tạo cơ hội cho những vi trùng thông thường thì lành tính gây ra rắc rối nghiêm trọng, những căn bệnh kéo theo được gọi là các bệnh nhiễm trùng cơ hội. Khi bài xã luận của bác sĩ Durack xuất hiện, nó đã được thừa nhận rằng “tỉ lệ tử vong cao đáng sợ” và “các bệnh nhân chỉ

là... những người không tình dục đồng giới thì nghiện ngập”. Căn bệnh được đổi tên thành Hội chứng Suy giảm Miễn dịch (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) hay AIDS.

Như đã lưu ý ở trên, sự xuất hiện của AIDS, như thể từ trên trời rơi xuống, là một đòn choáng váng với những thành viên của tổ chức sức khỏe cộng đồng, những người trong suốt nửa cuối thập niên 1970 đã tự thuyết phục mình rằng mối đe dọa của bệnh tật do vi khuẩn và virus gây ra đã trở thành quá khứ. Những thách thức hiện tại và tương lai với khoa học y khoa, nhiều điều đã là chắc chắn, nằm ở cuộc xâm lăng của những căn bệnh làm yếu nhược mạn tính như ung thư, bệnh tim, chứng mất trí, đột quỵ, và chứng viêm khớp. Ngày nay, sau đúng một thập kỉ rưỡi, chiến thắng đầy tham vọng của y khoa đối với bệnh truyền nhiễm đã trở thành một ảo tưởng, trong khi chính các vi khuẩn đang giành những vinh quang không ngờ tới. Những năm 1980 đem lại hai nguồn sợ hãi – cuộc trỗi dậy của vi khuẩn có sức đề kháng với thuốc gây mê và sự xuất hiện của AIDS. Cả hai vấn đề sẽ còn tồn tại với chúng ta trong một thời gian dài nữa. Bác sĩ Gerald Friedland, người quản lý đơn vị AIDS ở Yale, đã nhấn mạnh tình hình bằng những lời lẽ ảm đạm báo trước một mối đe dọa vô tận: “AIDS giờ đây tồn tại với chúng ta trong suốt lịch sử loài người.”

Mặc dù có những cuộc phản kháng của một vài nhà hoạt động xã hội về AIDS, lượng thông tin được thu thập kể từ thời đó về loại virus làm suy giảm miễn dịch ở người và tiến trình được thực hiện nhằm củng cố hàng rào phòng chống những cuộc tấn công dữ dội của nó vẫn không có gì hơn một sự kinh ngạc. Thực tế, *kinh ngạc* chính là từ được sử dụng để mô tả tốc độ nhanh chóng của tiến trình ở khoảng năm thứ bảy của đại dịch. Trong năm 1988, Lewis Thomas^{*}, một trong số những người có thành tựu nổi bật với vai trò nhà tiên phong trong miễn dịch học đã viết:

Trong một khoảng thời gian dài quan sát nghiên cứu sinh trắc học, tôi chưa bao giờ thấy bất cứ thứ gì được thực hiện trong các phòng thí nghiệm có tác động tới virus gây bệnh AIDS. Xét đến việc căn bệnh mới chỉ được nhận dạng bảy năm trước, và tác nhân của nó, virus HIV, là một

trong những sinh vật phức tạp và khó lường nhất trên trái đất, thì thành tích này thật là một điều đáng kinh ngạc.

Thomas đã tiếp tục chỉ ra rằng thậm chí ở thời điểm tương đối sớm như vậy, các nhà khoa học cũng đã biết “về cấu trúc, thành phần cấu tạo, hoạt động, và các tế bào mục tiêu của HIV nhiều hơn của bất cứ virus nào khác trên thế giới”.

Không chỉ trong phòng thí nghiệm mà trong cả lĩnh vực điều trị, các dấu hiệu đáng khích lệ đã xuất hiện: bệnh nhân ngày nay sống lâu hơn, những thời kỳ không dấu hiệu đang kéo dài hơn, và mức độ thoải mái của họ đang cải thiện. Những thay đổi này bắt kịp với những hiểu biết ngày càng tăng về những con đường lan ra toàn cầu, những tiêu chuẩn đánh giá về sức khỏe cộng đồng, cùng những thay đổi về mặt xã hội và hành vi sẽ cần thiết nếu chúng ta giành được khả năng kiểm soát tối ưu với đại dịch.

Phần nhiều tiến trình này được thực hiện qua sự cộng tác linh hoạt giữa các trường đại học, chính phủ, và ngành công nghiệp dược phẩm. Bộ ba này là một hiện tượng được chào đón trong ngành y sinh học Mỹ. Sự tồn tại của nó chịu ơn rất nhiều các chiến dịch mạnh mẽ do các nhóm hỗ trợ bệnh nhân AIDS tiến hành, ban đầu hầu hết những chiến dịch này chỉ dành riêng cho cộng đồng người đồng tính nam. Các nhóm gây áp lực dành cho bệnh nhân là một nhân tố tương đối mới trong phương trình nghiên cứu y sinh học, nhưng là một yếu tố có tác động ngày một mạnh mẽ. Do nỗ lực của nhóm vận động chống lại bệnh AIDS cũng như những yêu cầu của các bác sĩ, khoảng 10% trong số 9 tỉ đô-la ngân sách của Viện Sức khỏe Quốc gia giờ đây được dùng vào việc nghiên cứu về HIV. Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Mỹ liên tục bị tạo sức ép để nói lỏng những tiêu chuẩn khắt khe trong việc đánh giá các dược phẩm thử nghiệm mà tổ chức này đã cần mẫn phát triển. Theo cách nào đó, điều này nhằm tới mục đích tốt đẹp; phê duyệt có điều kiện được cấp cho các chất chữa bệnh đã chứng tỏ có đủ hiệu lực dưới các điều kiện ở phòng thí nghiệm. Tuy nhiên, nguy cơ luôn gắn liền với việc nói lỏng hàng rào bảo vệ gắt gao là điều luôn phải được ghi nhớ – ngay cả trong những lúc có dịch bệnh.

Đặc biệt gây ấn tượng là hàng loạt những phát hiện sớm, bắt đầu hầu như ngay lập tức khi có báo động của Trung tâm Kiểm soát Dịch bệnh (CDC). Nhiều trường hợp PCP ở những người lạm dụng ma túy IV* không phải là người đồng tính đã được báo cáo vào cuối năm 1981. Điều này làm gia tăng khả năng rằng, phương thức lan truyền của căn bệnh mới cũng tương tự như viêm gan B, một loại virus thường thấy trong nhóm đó. Người ta lập luận rằng, tác nhân gây bệnh đang được tìm kiếm phải là một loại virus. Năm 1982, giả định này nhận được tin tưởng của một báo cáo CDC rằng chín người trong số nhóm đầu tiên gồm mười chín bệnh nhân ở khu vực Los Angeles có thể có sự kết nối thông qua quan hệ tình dục với một người đàn ông, và từ chín người này, có thể liên kết tới bốn mươi người khác đã được chẩn đoán ở mười thành phố khác nhau. Phát hiện này đã xác lập sự lây truyền qua đường tình dục và tính dễ lây lan của căn bệnh với một mức độ chắc chắn không còn chút hồ nghi nào.

Đến giữa năm 1984, virus suy giảm miễn dịch ở người đã được tách ra và chứng tỏ là tác nhân gây ra AIDS, phương thức nó tấn công vào hệ miễn dịch đã được làm sáng tỏ. Đồng thời, những phá hủy lâm sàng của tiến trình căn bệnh cũng đã được mô tả và xét nghiệm máu đã phát triển. Trong khi việc này được hoàn thành trong phòng thí nghiệm và thực nghiệm lâm sàng, các nghiên cứu của những chuyên viên sức khỏe cộng đồng và các nhà dịch tễ học đã làm sáng tỏ hình thức chung và tầm cỡ của đại dịch.

Ban đầu, có sự hoài nghi đáng kể trong cộng đồng khoa học về việc có thể tìm được bất cứ loại thuốc nào có khả năng công phá chính virus này. Phần lớn các mối lo ngại khởi lên từ những điều đang dần được biết về đặc điểm của vi trùng, đặc biệt là việc nó tồn tại bằng cách hợp nhất chính mình với chính chất liệu gen (ADN) của tế bào lympho mà nó tấn công. Không chỉ là: HIV được phát hiện có khả năng ẩn nấp trong nhiều tế bào và mô khác nhau, nơi nó không chỉ được bảo vệ mà còn rất khó bị tìm ra. Thêm vào đó, nó còn lừa gạt phản ứng kháng thể của cơ thể bằng một ngón nghề xuất sắc: màng bao ở ngoài cùng của virus được hình thành từ protein và chất béo, trong khi vi khuẩn chủ yếu được bao quanh bởi hydrat-cacbon. Phản ứng miễn dịch của cơ thể dễ bị protein kích hoạt hơn nhiều so với hydrat-cacbon. Tuy

nhien, HIV lại phủ bên ngoài lớp màng protein bằng một lớp hydrat-cacbon, nói cách khác, nó trở thành một virus đội lốt vi khuẩn. Kiểu nguy trang quý quyết này thành công trong việc làm giảm sản sinh kháng thể. Như thế tất cả những điều này vẫn còn chưa đủ, HIV biến đổi rộng khắp, cho phép nó tự biến mình thành một loài có phần khác biệt nếu phản ứng kháng thể của cơ thể hoặc một loại thuốc chống virus mới bằng cách nào đó vượt qua được những chương ngại đặt ra trước nó.

Với tất cả những khó khăn này, cộng thêm thực tế là HIV tiêu diệt trụ cột chính của hàng phòng thủ của cơ thể bằng cách phá hủy các tế bào lympho mà nó sống bên trong, quả là có lý do để nản lòng thối chí. Gần như tuyệt vọng, các nhà nghiên cứu bắt đầu tiến hành các đánh giá trong phòng thí nghiệm trên nhiều loại thuốc khác nhau mà họ nghĩ có thể có khả năng chống lại được loại virus giới lẩn tránh này. Khi đối mặt với thực tế rằng, chính sự hai mặt của HIV sẽ ngăn cản sự phát triển sớm của vắc-xin nhằm huy động khả năng miễn dịch của chính cơ thể, các nhà khoa học đã chọn phương pháp tương tự với phương pháp họ từng sử dụng để chống lại những bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn để chống lại AIDS: Họ bắt đầu tìm kiếm các được chất hoạt động tương tự như thuốc kháng sinh, bằng cách tiêu diệt sinh vật lây bệnh hoặc ngăn ngừa sự sinh sôi của nó mà không dựa vào hệ miễn dịch như tuyến phòng thủ hàng đầu.

Một vài chất được kiểm tra từng được dự định dùng cho những mục đích khác, cho thấy có hiệu quả hạn chế, và lại được đem xếp lại trên giá. Khi có thêm hiểu biết về những đặc điểm cụ thể của virus này (đặc biệt là sau khi HIV trở nên có sẵn dưới dạng có thể dùng trong phòng thí nghiệm vào năm 1984), việc tập trung hơn vào nghiên cứu các hợp chất hiệu quả trở nên khả thi hơn. Cuối mùa xuân năm 1985, ba trăm loại thuốc đã được thử nghiệm tại Viện Ung thư Quốc gia, và mười lăm loại trong số đó được phát hiện có khả năng ngừng việc tái sản sinh HIV trong ống nghiệm. Hứa hẹn nhất trong số chúng là một chất ban đầu được mô tả như một loại thuốc trị ung thư vào năm 1978, với công thức hóa học 3-azido, 3-deoxythymidine, hay AZT (thường được gọi là zidovudine^{*}). AZT đã được thử nghiệm cho bệnh nhân đầu tiên vào ngày 3 tháng Bảy năm 1984, các nghiên cứu lâm sàng trên diện

rộng đã bắt đầu ở mười hai trung tâm y tế Mỹ. Đến tháng Chín năm 1986, đã có bằng chứng đầy đủ cho thấy rằng thuốc có thể giảm tần số nhiễm trùng cơ hội và cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân AIDS, ít nhất cho tới khi virus biến đổi chống lại nó. Nó là liệu pháp hiệu quả đầu tiên được tìm ra có khả năng chống lại phân loại virus đặc biệt trong đó có HIV, được gọi là các retrovirus^{*}. Mặc dù thuốc rất đắt đỏ và có khả năng độc hại, nó đã nhanh chóng trở thành rường cột của việc điều trị HIV. Việc phát hiện ra hiệu lực của AZT đã cổ vũ cho công cuộc tìm kiếm các chất tương tự khác. Chất đầu tiên được xác định là dideoxyinosine^{*} (ddl hay didanosine) và công việc vẫn còn tiếp tục.

Sự phát triển của AZT chỉ là một ví dụ của những nỗ lực điên cuồng đôi khi cần thiết để chống lại HIV ở thời điểm ban đầu đó. Từ lúc bắt đầu, lượng thông tin được tiết lộ đôi khi làm cho những người không có chuyên môn choáng váng.

Có những hiểu biết ngày càng sâu hơn về sinh học phân tử, các phương thức theo dõi và ngăn ngừa được cải thiện, hoạt động báo cáo thống kê được liên tục sửa đổi, hiểu biết về bệnh học do các cơ quan cơ hội gây ra được gia tăng, và, ờn trời, các loại thuốc mới chống lại những động vật mang bệnh lây truyền cùng những virus mà chúng kéo theo sau đó.

Không dễ để giải thích hay hiểu được cơ chế mà những kẻ xâm chiếm cơ hội phá hủy cơ thể của trẻ em hay người lớn bằng bệnh AIDS. Những người nhiễm HIV và những người chăm sóc họ phải đối mặt với cả một đạo quân hỗn loạn các vấn đề đến mức người ta không thể không suy ngẫm với một cảm giác biết ơn kinh hoàng vì đã có nhiều thành tựu như thế được đạt tới. Khi một bác sĩ ở thể hệ tôi thực hiện việc đi thăm khám quanh bệnh viện với một nhóm gồm các bác sĩ và y tá về AIDS, tất cả những gì họ có thể làm là nói một cách văn hoa rằng các thầy thuốc lành nghề này mới hiểu biết nhiều làm sao và thật là nhiều kiến thức về AIDS đã được học hỏi trong một thời gian quá ngắn. Mọi bệnh nhân trong khoa đều mang vô số bệnh truyền nhiễm và thỉnh thoảng một hay hai người bị ung thư; mỗi người đều nhận ít nhất là bốn tới mười loại thuốc, không có bất cứ điều gì chắc chắn có thể dự

đoán về phản ứng cũng như độ độc hại – Ishmael Garcia nhận mười bốn. Hằng ngày, và đôi khi thường xuyên hơn, các quyết định mới phải được đưa ra với từng người đang điều trị (khu vực AIDS tương đối nhỏ trong bệnh viện của tôi có 40 giường, và luôn kín người).

Như thể sự mệnh mông của những thử thách lâm sàng là chưa đủ, các gia đình quần trí ở ngay bên cạnh chờ đợi câu trả lời cũng như sự an ủi; có các báo cáo để nhân viên điền vào, các biểu đồ để xem xét, các xét nghiệm để tiến hành, các sinh viên để dạy dỗ, các hội nghị để tham dự, cùng tài liệu mới không ngừng được đưa ra để đọc và thường xuyên đóng góp ý kiến. Và luôn luôn, trách nhiệm quan trọng nhất là chăm sóc cho những anh trai và chị gái đang ốm yếu vô cùng của tất cả chúng tôi, người ốm nhất trong số họ kiệt quệ, sốt cao, sưng phù, thiếu máu, đôi mắt họ tìm kiếm vài dấu hiệu của sự bảo đảm và hứa hẹn giải thoát khỏi nỗi đau đớn dần vạt của họ, điều thường đến chỉ cùng với cái chết. Cho dù bệnh nhân có gom được bao nhiêu tinh thần kiên gan và sức mạnh tinh thần trước cái chết cầm chắc trong tay đi nữa, mỗi lần diễn ra là một lần tiến trình khắc nghiệt dẫn tới cái chết của họ làm mất đi nhuệ khí của chúng ta.

Tên chính thức của anh là Ismail viết theo kiểu Tây Ban Nha. Nhưng vì anh và mọi người đều sử dụng tên viết theo tiếng Anh – Ishmael, ít nhiều tương đồng với tên anh trong tiếng Tây Ban Nha nên tôi sẽ gọi anh là Ishmael (TG).

Anatole France (tên thật là François-Anatole Thibault) (1844-1924): nhà văn Pháp đoạt giải Nobel Văn chương năm 1921.

Một loại thuốc chống vi trùng được dùng để ngăn ngừa và điều trị chứng viêm phổi vì Pneumocystis (PCP) gây ra bởi trùng bào tử Pneumocystis carinii, một dạng viêm phổi nặng thường thấy ở các bệnh nhân nhiễm HIV.

Một loại nấm hạt men có khả năng sống cả trong cơ thể thực vật và động vật.

Bệnh Toxoplasma do ký sinh trùng *Toxoplasma gondii* gây ra, được Nicolle và Manceaux mô tả lần đầu tiên năm 1908 khi phát hiện trong máu, lách và gan của *Ctenodactylus gondii*, một loài gặm nhấm ở Bắc Phi. Ký

sinh trùng này được đặt tên là *Toxoplasma* (dạng hình cung) *gondii* (tên loài gặm nhấm) vào năm 1909.

Một loại ung thư do virus nhân virus herpes 8 gây ra. Các khối u xuất hiện như các nốt màu đỏ hoặc màu tím trên da, miệng, phổi, gan hoặc đường tiêu hóa.

Lewis Thomas (1913-1993): bác sĩ, nhà thơ, người viết tiểu luận và nhà nghiên cứu người Mỹ.

Viết tắt của từ Intravenous – sử dụng ma túy qua đường tĩnh mạch.

Còn gọi là azidothymidine (AZT), một loại dược phẩm, được Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Mỹ công nhận là một loại thuốc điều trị có thể làm chậm tiến trình của bệnh HIV/AIDS. Zidovudine là chất tương tự thymidin có tác dụng ức chế in vitro sự sao chép của các retrovirus, bao gồm virus gây suy giảm miễn dịch ở người – HIV.

Các loại virus có vật chất di truyền RNA. Khi chúng xâm nhập vào tế bào chủ thì cần phải tổng hợp DNA từ RNA. Vì vậy chính enzym Transcriptase Reverse đã thực hiện quá trình đảo ngược kỳ diệu ấy. Gen mã hoá enzym sao mã ngược này nằm trong hệ gen của chính các loài retrovirus (ví dụ virus HIV).

Một loại thuốc kháng virus có thể ngăn chặn virus suy giảm miễn dịch ở người (HIV), và ở các tế bào sinh sôi nảy nở trong cơ thể người.

9.

CUỘC ĐỜI CỦA MỘT VIRUS VÀ CÁI CHẾT CỦA MỘT CON NGƯỜI

Những khám phá được đưa ra nhanh chóng về vòng đời của virus cung cấp nền tảng mà dựa vào đó có thể tìm những điểm nó dễ bị tổn thương để tấn công. Nói một cách đơn giản, một con virus không gì khác hơn là một mẫu rất nhỏ của vật liệu gen được bao quanh bởi protein và chất béo. Các virus là những sinh vật sống nhỏ nhất từng được biết tới, và chúng mang rất ít thông tin di truyền. Bởi vì chúng không thể tồn tại mà không có sự giúp đỡ của những cấu trúc phức tạp hơn, chúng phải sống bên trong các tế bào. Do một virus không thể tự sinh sôi (trong trường hợp của virus, các nhà khoa học thích sử dụng thuật ngữ *sao chép* hơn), ví dụ, giống một vi khuẩn, nó phải chui vào bên trong một tế bào và giành quyền kiểm soát cơ cấu gen của tế bào bằng cách hòa nhập vào nó. HIV hoàn tất việc này bằng phương thức đảo ngược lại tiến trình thông thường mà thông tin di truyền được truyền đi; vì lý do đó, nó được gọi là *retrovirus*.

Vật liệu gen của tế bào được tạo thành bởi những chuỗi phân tử được gọi là axit deoxyribonucleic (ADN); ADN là nơi chứa thông tin di truyền. Dưới những điều kiện sinh sản bình thường, ADN được sao, hay “chép” sang các chuỗi phân tử khác được gọi là ribonucleic acid (RNA), có chức năng như một khuôn điều khiển việc sản xuất các protein của tế bào mới. Tuy nhiên, trong một retrovirus, vật liệu gen lại là RNA. Retrovirus cũng mang một enzyme được gọi là phiên mã ngược (reverse transcriptase), khi virus xâm nhập vào tế bào chủ, enzyme này chuyển RNA thành ADN, sau đó ADN được tiến trình hợp thức thông thường dịch mã thành các protein.

Chuỗi các sự kiện diễn ra khi một tế bào lympho bị nhiễm HIV đại khái như sau: Virus kết lại thành các cấu trúc được gọi là các cơ quan thụ cảm CD4 trên màng bao quanh tế bào; tại những điểm này, nó bỏ màng bao khi được đưa vào tế bào, nơi RNA của nó được dịch mã thành ADN. Sau đó, ADN di cư tới nhân của tế bào lympho và tự chèn vào ADN của chính tế bào. Với phần còn lại của đời tế bào lympho đó và đời con cháu nó, nó vẫn nhiễm virus này.

Từ lúc này trở đi, mỗi khi một tế bào bị nhiễm bệnh phân chia, ADN virus được nhân đôi cùng với gen của chính tế bào và hiện tượng nhiễm virus vẫn còn ẩn mặt. Vì những lý do chưa biết, tại một vài thời điểm, ADN virus ra lệnh sản xuất RNA virus và các protein virus mới; theo cách này, các virus mới được sản sinh. Chúng nhú ra từ màng tế bào của tế bào lympho, được tự do, rồi tiếp tục nhiễm vào các tế bào khác. Nếu tiến trình đủ nhanh, nó có thể giết chết tế bào lympho chứa nó, tế bào này sẽ phá hủy khi các phân tử virus bung ra. Tuy nhiên có phương thức khác phá hủy tế bào lympho lợi dụng thực tế là những cấu trúc nhất định trên bề mặt của virus mới nhú ra có thể kết lại với các tế bào T chưa nhiễm bệnh, với kết quả là lượng lớn các tế bào tụ lại thành một khối gọi là hỗn bào. Bởi vì hỗn bào không còn khả năng thực hiện chức năng miễn dịch, việc kết thành khối tỏ ra là một cách rất hiệu quả để vô hiệu quá nhiều tế bào lympho cùng một lúc.

Như đã nói ở trên, tế bào bị HIV tấn công là tế bào lympho T, tế bào bạch huyết đóng vai trò chính trong phản ứng miễn dịch của cơ thể. Đặc biệt, chính một tập hợp con của các tế bào T gọi là các tế bào lympho CD4 hay T4 (mà tên gọi khác là tế bào trợ giúp T) bị chèn ép. Tế bào CD4 chiếm ưu thế trong hoạt động chung của hệ miễn dịch đến nỗi, nó được gọi là “tiền vệ” (“quarterback”).

Theo đó, HIV có thể ảnh hưởng tới các tế bào CD4 theo nhiều cách khác nhau. Nó có thể sao chép bên trong các tế bào này, có thể ngủ đông trong những khoảng thời gian dài, và cũng có thể giết chết hoặc vô hiệu hóa chúng. Chính sự suy yếu khủng khiếp của các tế bào lympho CD4, diễn ra dần dần theo thời gian, là nhân tố chính ngăn không cho hệ miễn dịch của

bệnh nhân hình thành một hàng phòng thủ hiệu quả, chống lại các loại nhiễm trùng khác nhau bởi các vi khuẩn, men, nấm, và vi sinh vật khác.

HIV còn tấn công một loại bạch cầu khác, được gọi là monocyte (bạch cầu đơn nhân to), 40% các tế bào này có cơ quan thụ cảm CD4 trên màng của chúng, và do đó có thể tiếp nhận virus. Còn thêm một nơi trú ẩn là đại thực bào (nghĩa đen là “người ăn khỏe”), có chức năng là ăn và tiêu diệt mảnh vụn tế bào bị nhiễm bệnh. Không giống như tế bào lympho CD4, cả đại thực bào và monocyte đều không bị phá hủy bởi HIV; chúng dường như chỉ được sử dụng để làm kho chứa và là ngôi nhà an toàn để vi khuẩn trú ẩn trong những thời kỳ dài.

Tất cả những điều đề cập trên đây chỉ là những nét phác thảo sơ sài về cách thức mà hệ miễn dịch dần dần bị HIV làm cho vô hiệu. Mặc dù một số người phản đối việc sử dụng các phép so sánh những điểm tương đồng với quân sự để khắc họa chân dung sinh lý bệnh học của căn bệnh, AIDS lại đặc biệt thích hợp với những so sánh miêu tả như thế. Thực tế, tiến trình này không phải là không giống việc gây dựng dần các lực lượng vũ trang, trong suốt những giai đoạn sau, cuộc bắn phá kéo dài bằng pháo và không kích phá hủy hàng phòng thủ của một quốc gia, chuẩn bị cho một cuộc xâm lược ồ ạt được tiến hành bởi một liên minh các bên tham chiến. Đội quân vi trùng giết chết nạn nhân của AIDS sau khi HIV tiêu diệt các tế bào CD4 của người đó bao gồm nhiều phần khác nhau, và từng phần trong đó đều có nhiệm vụ riêng, cơ chế gây chết người riêng của nó khi tấn công. Những nhà dịch tễ học thủ cựu nhất tiên lượng rằng đến trước năm 2000, trên trái đất sẽ có từ 20 tới 40 triệu người có huyết thanh dương tính bị bao vây hoặc đã bị xâm chiếm. Từ 40 tới 80 nghìn người Mỹ sẽ bị nhiễm bệnh mới hằng năm, cùng một lượng người chết tương đương.

Trong chừng mực đã được xác định, chỉ có ba con đường lây truyền: qua quan hệ tình dục, trao đổi máu (như với một cây kim, ống tiêm đã sử dụng, hoặc các sản phẩm từ máu), hoặc truyền từ người mẹ nhiễm bệnh sang con trong tử cung, trong thời gian sinh nở, hoặc thậm chí trong thời gian cho con bú sau sinh. Trong phòng thí nghiệm, HIV đã được tách ra từ máu, tinh dịch,

dịch nhờn âm đạo, nước bọt, sữa mẹ, nước mắt, nước tiểu, và tủy sống, nhưng chỉ máu, tinh dịch, và sữa mẹ được phát hiện truyền bệnh. Từ năm 1985, nguồn cung cấp máu dự trữ đã được bảo vệ cẩn thận để giảm thiểu nguy cơ nhiễm HIV từ truyền máu. Ở Mỹ và hầu hết các quốc gia phát triển, đại đa số những người bị nhiễm bệnh này qua con đường tình dục là người đồng tính nam hoặc những người đàn ông quan hệ tình dục với cả nam và nữ, nhưng ở châu Phi và Haiti, trội hơn hẳn lại là những người quan hệ tình dục khác giới. Mặc dù ở phương Tây, số lượng các trường hợp lây truyền bệnh qua quan hệ tình dục khác giới vẫn thấp, nó đang tăng lên một cách từ từ, số lượng trẻ sơ sinh nhiễm bệnh cũng vậy. Xấp xỉ 1/3 số người Mỹ bị nhiễm bệnh hằng năm là những người tiêm chích ma túy, và ít nhất một số lượng tương đương là người đồng tính nam. Số còn lại, hầu hết trong số họ là người da đen, phụ nữ Tây Ban Nha và Bồ Đào Nha, bị nhiễm bệnh từ quan hệ tình dục khác giới, và huyết thanh dương tính (*seropositivity*) của họ giải thích cho việc tại sao hằng năm lại có hai nghìn trẻ em bị nhiễm bệnh từ lúc sinh ra.

AIDS là một căn bệnh lây nhiễm thấp. HIV là một virus rất yếu – không dễ gì bị nhiễm phải virus này. Chất tẩy trắng bình thường dùng trong gia đình, pha loãng tỉ lệ 1/10 cũng giết được virus này một cách hiệu quả. Tương tự, rượu, hydrogen peroxide* và thuốc sát trùng lizon cũng có thể làm như vậy. Trong vòng hai mươi phút được rót ra mặt bàn và để khô, dung dịch chứa đầy virus không còn khả năng gây bệnh. Người ta không còn phải sợ bất cứ tên nào trong bốn tên ngáo ộp đến mức thường xuyên né tránh vì sợ vi trùng: côn trùng, bệ ngồi toilet, dụng cụ ăn uống, và hôn. Mặc dù chắc chắn có những trường hợp được coi là bị lây truyền sau chỉ một lần quan hệ tình dục, xét nghiệm huyết thanh dương tính thường đòi hỏi một liều rất cao virus hoặc tiếp xúc nhiều lần. Ở Mỹ, rủi ro bị huyết thanh dương tính qua quan hệ tình dục khác giới ngẫu nhiên là có thật nhưng rất nhỏ. Dù có thể rất cảm thấy vững dạ khi suy ngẫm đến những khó khăn mà virus phải vượt qua để gây bệnh cho chúng ta, nhưng cảm giác an toàn sẽ biến mất khi đối mặt với thực tế khắc nghiệt rằng, khi đã bị nhiễm bệnh, chúng ta cầm chắc cái

chết. Chỉ riêng suy xét đó cũng đủ giải thích cho những phòng ngừa mà các cơ quan sức khỏe cộng đồng khuyến khích chúng ta.

Virus này thường ra tay rất sớm sau khi xâm nhập vào vật chủ mới. Trong vòng chưa đầy một tháng, sự sao chép nhanh chóng khiến cho mật độ trong máu trở nên vô cùng cao, và nó duy trì trạng thái này khoảng từ hai tới bốn tuần. Mặc dù nhiều người mới bị nhiễm bệnh không có triệu chứng gì, những người khác trong suốt giai đoạn này sẽ bị sốt nhẹ, sưng hạch, đau cơ, phát ban, và thỉnh thoảng có triệu chứng ở hệ thần kinh trung ương như đau đầu. Vì những triệu chứng này không đặc trưng và có thể cũng đi kèm với cảm giác mệt mỏi chung chung, chúng thường bị nhầm lẫn quy cho là cúm hoặc mononucleosis^{*}. Khi hội chứng ngán ngủ này kết thúc, những kháng thể đầu tiên chống lại HIV bắt đầu xuất hiện trong máu; một xét nghiệm máu sẽ phát hiện ra chúng, và từ đó trở đi, bệnh nhân sẽ có huyết thanh dương tính. Mặc dù giai đoạn có triệu chứng ngán ngủ kết thúc, virus tiếp tục sao chép.

Rất có khả năng, hội chứng ngán giống mononucleosis gây ra bởi phản ứng đầu tiên của hệ miễn dịch của cơ thể với tín hiệu báo động được kích hoạt bởi một lượng lớn các phần tử virus mới đến lúc đó đã được sản sinh. Ban đầu, cơ thể thành công, và số lượng các phần tử virus trong máu giảm mạnh xuống mức thấp. Ở thời điểm này, có vẻ như những vi trùng còn lại rút lui sang các tế bào bạch huyết CD4, các u bạch huyết, tủy, hệ thần kinh trung ương và lá lách, nơi chúng ẩn binh bất động hằng năm trời, hoặc tái tạo chậm chạp tới mức tổng mật độ thấp trong máu gần như giữ nguyên. Thực tế, chỉ có từ 2 tới 4% các tế bào CD4 của cơ thể là ở trong máu. Hầu hết, những tế bào CD4 trong các hạch bạch huyết, lá lách và tủy, dần dần bị phá hủy trong suốt giai đoạn ngủ đông dài, nhưng sự hủy diệt này không được thể hiện trong máu cho tới tận cuối thời kỳ này – khi tổng lượng CD4, cho tới tận lúc đó vẫn không thay đổi, bắt đầu giảm xuống đột ngột, mở đường cho vô số các loại nhiễm trùng thứ phát tiêu biểu cho AIDS xảy ra. Lúc này, tổng lượng virus trong máu lại tăng lên. Lý do cho giai đoạn tương đối ít hoạt động kéo dài này chưa được biết tới, nhưng nó cũng có gợi ý rằng, hệ miễn dịch của cơ thể có thể đóng vai trò nào đó trong việc làm giảm

bớt nhiễm trùng, ít nhất với phần bị giới hạn trong máu. Khi hệ miễn dịch đã bị suy giảm đủ, lượng virus trong tế bào bạch huyết và tự do trong máu tăng lên rõ rệt.

Chuỗi các sự kiện này có thể giải thích tại sao hầu hết những người dương tính với HIV lại bị sưng hạch bạch huyết ở cổ và nách trong suốt giai đoạn từ hai tới bốn tuần đầu của các triệu chứng, hiện tượng này không suy giảm cho tới tận giai đoạn cuối. Khi giai đoạn này qua đi, bệnh nhân tiếp tục cảm thấy khỏe mạnh trong vòng trung bình từ ba tới năm năm, thậm chí là mười năm. Tới lúc cuối của thời gian này, xét nghiệm máu sẽ thường xuyên cho thấy số lượng tế bào CD4 giảm xuống đáng kể, từ mức bình thường là 800 tới 1.200 trên một milimet vuông giảm xuống dưới 400. Điều này có nghĩa là 80 tới 90% tế bào bạch huyết này đã bị phá hủy. Trong khoảng thời gian trung bình là 18 tháng sau đó, các xét nghiệm tiêu chuẩn về da để kiểm tra dị ứng bắt đầu cho thấy hệ miễn dịch đã bị suy yếu. Số lượng CD4 tiếp tục giảm, nhưng các bệnh nhân ở giai đoạn bệnh này có thể vẫn chưa bắt đầu thể hiện bằng chứng ốm lâm sàng. Trong khi đó, mức độ virus trong máu gia tăng và các hạch bạch huyết bị sưng từ từ bị phá hủy.

Khi tổng lượng tế bào CD4 giảm xuống dưới 300, đa số các bệnh nhân sẽ bị nhiễm nấm ở lưỡi hoặc vòm miệng được gọi là bị tưa, thể hiện qua các đốm trắng ở những khu vực này. Các loại nhiễm trùng khác có thể bắt đầu xuất hiện khi số lượng giảm xuống dưới 200 là mụn rộp quanh miệng, hậu môn, bộ phận sinh dục cũng như nhiễm trùng âm đạo nặng vì cùng loại nấm gây ra tưa lưỡi. Một phát hiện tiêu biểu là một tình trạng được gọi là oral hairy leukoplakia* (xuất phát từ tiếng Hy Lạp *leukos* – nghĩa là “trắng”, và *plakoeis* – nghĩa là “phẳng”) một nhóm các mảng trắng phẳng đứng trông khá mờ nhạt dạng phẳng như những nếp nhăn dọc theo hai mép bên cạnh lưỡi. Những thương tổn này là do virus khiến cho các lớp bề mặt bị dày lên.

Trong vòng một hoặc hai năm của thời gian này, nhiều bệnh nhân bắt đầu bị các loại nhiễm trùng cơ hội ở các khu vực dưới da và những phần hờ của cơ thể. Đến khi đó, tổng lượng tế bào CD4 thường đã giảm xuống dưới mức 200 khá xa, và nó tụt xuống nhanh chóng. Toàn bộ hội chứng suy giảm miễn

dịch bắt đầu trở nên rõ ràng khi các căn bệnh xuất hiện là do những vi trùng thông thường sống trong những người hoàn toàn khỏe mạnh, những người có hàng phòng thủ sinh lý học bình thường, có thể ngăn chặn được rắc rối. Lúc này đã tới giai đoạn mà sự phát bệnh trầm trọng có thể phát sinh do bất cứ sinh vật nào đòi hỏi một hệ miễn dịch nguyên vẹn để chống lại nó. Mặc dù những người mắc AIDS có nguy cơ cao dễ mắc những căn bệnh phổ biến như bệnh lao và viêm phổi do vi khuẩn, họ cũng nằm trong nhóm dễ nhiễm những bệnh bất thường khác vì vô số những ký sinh trùng, nấm, men, virus, và thậm chí các loại vi khuẩn mà các bác sĩ hiếm gặp trước khi HIV xuất hiện. Đối với một số trong những sinh vật này, không có phương pháp điều trị hiệu quả nào cho tới tận cuối những năm 1980, khi những nỗ lực của các phòng thí nghiệm ở các trường đại học và ngành công nghiệp được phẩm cuối cùng cũng được tưởng thưởng với sự phát triển của một nhóm thuốc thể hiện các cấp độ thành công khác nhau về mặt lâm sàng.

Mỗi loại vi trùng xâm lược tấn công vào hàng phòng thủ đã bị phá hủy của người đã bị tổn thương hệ miễn dịch vì mắc AIDS đều được trang bị vũ khí tấn công độc nhất của nó và hướng những cuộc tấn công dữ dội vào các đối tượng cụ thể. Chỉ gặp chút ít sự kháng cự của tế bào CD4 còn sót lại chặn đường đi của chúng, các đơn vị cá thể và hàng đoàn những kẻ giết người cơ hội phá hủy vùng lãnh thổ bao gồm các mô của người bệnh. Có lúc bằng cách vắt kiệt năng lượng và nguồn cung hỏa lực dự trữ ít ỏi của người đó, có khi bằng cách hạ gục một cấu trúc trung tâm như não bộ, tim, hoặc phổi – những đám nhiễm trùng sẽ ra tay. Mặc dù những cuộc tấn công nguy hại có thể bị làm chậm lại hoặc tạm ngừng một lúc bởi chất được phẩm mới nào đó, theo thời gian, chúng sẽ luôn luôn hồi phục lại, không trong dạng này thì dưới dạng kia. Một cuộc giao tranh có thể giành thắng lợi đầu đó, hoặc một trận chiến được ngăn chặn nhờ sử dụng kịp thời thuốc phòng bệnh, và do đó có được một vài tháng ổn định – nhưng kết quả cuối cùng của cuộc chiến đã được xác định trước. Những vi khuẩn xâm lược kiên định sẽ không chấp nhận điều gì ngoại trừ sự đầu hàng vô điều kiện chỉ xuất hiện cùng với cái chết của vật chủ của chúng.

Dù các bệnh nhân AIDS có thể chết vì bao nhiêu tiến trình bệnh lý đi nữa, thì cũng chỉ có một nhóm tương đối nhỏ các vi khuẩn có liên quan đến đại đa số các cái chết. Trước tiên là *Pneumocystis carinii*, loại vi trùng đầu tiên được xác định ở giai đoạn mới bắt đầu của bệnh dịch hạch trên toàn cầu. Con số giờ đây đã giảm xuống vì có thuốc phòng bệnh, nhưng tới tận khá gần đây, hơn 80% bệnh nhân có ít nhất một lần trải qua PCP, và nhiều người chết trong giai đoạn này, không vì suy hô hấp thì vì những vấn đề liên quan tới nó. Tùy thuộc vào độ khốc liệt của cuộc tấn công, một đợt nhiễm riêng lẻ thường giết chết khoảng từ 10 tới 50% nạn nhân của nó trước khi có những biện pháp chống trả hiệu quả. Nó vẫn là một nhân tố đáng kể trong cái chết của gần một nửa số người mắc AIDS, nhưng tỉ lệ này vẫn tiếp tục giảm.

Những triệu chứng của PCP về cơ bản là những điều mà Ishmael Garcia đã trải qua khi hơi thở của anh bị tổn thương dần dần từng bước cho tới khi anh tìm kiếm sự chữa trị. Thông thường thì ngoài phổi ra, sinh vật này còn có thể được phát hiện trong các phần khác của cơ thể. Khi khám nghiệm tử thi của các bệnh nhân chết vì loại nhiễm trùng này, đôi khi nó lan ra hầu hết các cơ quan chính, đặc biệt nhất là não, tim, và thận.

Giống như các bệnh nhân bị các kiểu viêm phổi khác, những người chết vì PCP bị ngạt thở vì phổi bị nhiễm trùng, không còn khả năng lấy oxy qua đường hô hấp. Khi những vùng mô rộng hơn cũng bị lôi kéo vào, ngày càng nhiều các túi phổi bị phá hủy, và rồi sẽ đến lúc mức oxy trong động mạch không thể tăng lên nữa, bất chấp tất cả các biện pháp hiện có nhằm đẩy khí vào các mô sống nước và bị bít kín. Tình trạng thiếu oxy và tích tụ carbon dioxide phá hủy não bộ và cuối cùng làm tim ngừng hoạt động. Thành thạo sự phá hủy mô trầm trọng tới mức tạo ra các lỗ hổng trong các khu vực bị phân hủy, rất giống như ở bệnh lao.

Phổi là cơ quan bị AIDS tấn công phổ biến nhất. Hầu như tất cả những kẻ cơ hội, cũng như các khối u, đều coi phổi như một mục tiêu. Trong những vòng thăm khám ở bệnh viện mà tôi từng tham dự, bệnh lao, các vi khuẩn hình thành mụn mủ, virus cytomegalic* (CMV) giống như herpes, và toxoplasmosis* nằm trong số những vấn đề phổ biến nhất được đưa ra thảo

luận. Trừ căn bệnh cuối cùng, tất cả chúng đều tìm kiếm một mái nhà trong mô hô hấp. Tỷ lệ mắc bệnh lao ở các bệnh nhân AIDS cao gấp khoảng năm trăm lần so với ở người bình thường.

Toxoplasmosis là một căn bệnh từng hiếm hoi đến mức khi lần đầu tiên chạm trán với nó ở một bệnh nhân AIDS giai đoạn đầu, tôi đã phải rất khó khăn mới nhớ ra được nó là cái gì. Trong chưa tới một thập kỉ, nó đã trở thành một kẻ tham chiến chính trong cuộc tấn công của HIV, tôi sẽ không bao giờ phải lục lại trí nhớ của mình về những chi tiết của nó nữa. Chứng kiến những điều nó làm với những người mất đi hàng phòng thủ thật hết sức nản lòng. Bản thân nó là một sinh vật đơn bào thường được phát hiện gây bệnh cho chim, cũng như mèo và những động vật có vú khác. Phổ biến nhất, nó thường truyền sang người qua thịt chưa được nấu đủ chín hoặc ăn thức ăn bị nhiễm phân động vật. *Toxoplasma* sống một cách vô hại ở khoảng 20 tới 70% người Mỹ, tần số xuất hiện của nó phụ thuộc vào nhóm kinh tế và xã hội được xét nghiệm. Tuy nhiên, ở một người bệnh không có khả năng miễn dịch, nó biểu hiện bằng sốt, viêm phổi, gan hoặc lá lách sưng to, phát ban, viêm màng não, viêm não, thỉnh thoảng liên quan tới tim hoặc các cơ khác. Tiêu điểm tấn công phổ biến nhất của nó ở bệnh AIDS là hệ thần kinh trung ương, nơi nó có thể gây ra sốt, đau đầu, suy yếu hệ thần kinh, co giật, và những thay đổi tâm thần trải dài từ rối loạn cho tới hôn mê sâu. Trên hình ảnh chụp CT, các khu vực bị nhiễm bệnh của não đôi khi giống với những thương tổn của u lympho đến nỗi rất khó để phân biệt chúng. Đây chính là tình thế khó xử trong chẩn đoán gây ra rất nhiều bất ổn trong việc chăm sóc Ishmael Garcia.

Hiếm bệnh nhân AIDS nào thoát được sự tàn phá hệ thần kinh của căn bệnh. Thậm chí ngay trong giai đoạn đầu mới nhiễm HIV, đã có một số ít người phải trải qua một giai đoạn tạm thời suy yếu hệ thần kinh, hiện tượng này đôi khi còn xuất hiện trước cả khi AIDS bất ngờ xảy ra; may mắn thay, biến chứng đặc biệt đau đớn này ít phổ biến hơn nhiều ở giai đoạn đầu so với giai đoạn sau của bệnh HIV – khi nó trầm trọng hơn và được gọi là phức hệ sa sút trí tuệ ở bệnh AIDS. Những ảnh hưởng cuối cùng của nó tới nhận thức, chức năng vận động, và hành vi có thể cực kỳ tiêu cực, nhưng lúc đầu

thường chỉ thể hiện dưới dạng tính hay quên và mất tập trung. Sau một thời gian, sự lãnh đạm và thờ ơ trở thành những triệu chứng phổ biến, trong khi một số lượng nhỏ hơn các bệnh nhân phàn nàn về những cơn đau đầu hoặc bị tai biến. Nếu những phát hiện này không được chú ý khi chúng mới xuất hiện ở người nhiễm HIV, chúng sẽ từ từ xấu đi. Trong trường hợp đó hoặc ở những bệnh nhân phổ biến hơn nhiều với những triệu chứng này xuất hiện ở giai đoạn AIDS, chức năng trí tuệ thường giảm sút, xuất hiện hiện tượng khó giữ thăng bằng hoặc kết hợp cơ bắp. Trong những giai đoạn phát triển nhất của phức hệ, các bệnh nhân bị loạn trí nghiêm trọng và có rất ít phản ứng với môi trường xung quanh; họ có thể bị liệt hai chân và chịu đựng những cơn rung mình hoặc co giật không thường xuyên. Những biến chứng này tồn tại mà không hề có bất cứ mối quan hệ nào với những tiến trình gây ra bởi toxoplasmosis não, u lympho não, hoặc những sự khiếm khuyết về thần kinh cơ hội như viêm màng não do nấm giống men *cryptococcus*^{*} gây ra. Phức hệ sa sút trí tuệ ở bệnh AIDS được cho là do chính virus này, nhưng nguyên nhân đích xác của nó thì chưa được biết, và hiện tượng teo não được quan sát trên hình ảnh chụp CT và sinh thiết không liên quan tới bất cứ yếu tố nào khác. Trong rất nhiều các vấn đề về thần kinh đi kèm với AIDS, vấn đề này và toxoplasmosis là phổ biến nhất. May mắn thay, những nỗ lực hữu ích của AZT đã giảm được phần nào tần suất của nó.

Hai anh em con chú con bác của mầm bệnh lao có chung điểm đặc biệt, đó là chúng đều là vi khuẩn phổ biến nhất lan tỏa khắp cơ thể người bị AIDS. Vi khuẩn *Mycobacterium avium* và *Mycobacterium intracellulare* (MAI), cùng được gọi là *Mycobacterium avium complex* (phức hợp MAC), xuất hiện ở khoảng một nửa số bệnh nhân AIDS khi họ chết, sau khi đã gây ra rất nhiều loại triệu chứng khác nhau khi người bệnh còn sống. MAI giờ đây là nguyên nhân gây ra cái chết phổ biến hơn PCP. Sốt, đổ mồ hôi trộm, sút cân, mệt mỏi, tiêu chảy, thiếu máu, đau đớn, vàng da thường có thể được quy cho cặp sinh đôi cướp bóc này. Mặc dù phức hợp này hiếm khi tự gây ra cái chết, những tác động phá hoại của nó lại có những đóng góp chủ yếu vào sự suy nhược và suy dinh dưỡng tổng thể, do đó làm suy yếu hơn nữa hàng phòng thủ chống lại những kẻ xâm lược khác.

Chỉ có một vài biểu hiện của AIDS. Kéo dài thêm danh sách cũng chỉ để kể tên một vài vấn đề phổ biến khác bao vây người bệnh, chứ không thể tiếp cận được bản kê đầy đủ những nỗi thống khổ: chứng mù do viêm võng mạc, kết quả của CMV, hoặc nhiễm toxoplasma; tiêu chảy nặng có thể có bất cứ nguyên nhân nào trong năm hay sáu nguyên nhân, hoặc thỉnh thoảng, không có nguyên nhân nào được xác định; viêm màng não hoặc viêm phổi thụ động cryptococcosis; bệnh tưa miệng hoặc chứng khó nuốt vì candidiasis, và có lẽ là chất nhầy rỉ ra từ các thương tổn trên da; sự xuất hiện của herpes quanh hậu môn; viêm phổi vì nấm hoặc vón cục máu histoplasma; vi khuẩn điển hình và không điển hình; vô số những sinh vật bò trườn lúc nhúc mang những cái tên như *Aspergillus*, *Strongyloides*, *Cryptosporidium*, *Coccidioides*, *Nocardia* – thời điểm của chúng đã tới và chúng hoạt động như những kẻ cướp phá sau một thảm họa tự nhiên, đó chính xác là những gì chúng làm. Mặc dù chúng không thể hiện sự nguy hiểm nào với những người có hệ miễn dịch bình thường, tất cả từng kẻ một trong số chúng đều là tai họa đối với những người có trữ lượng ít ỏi tế bào bạch huyết CD4.

Tim, thận, gan, tuyến tụy, và đường ruột đều bị ảnh hưởng theo vô số cách vì AIDS, tương tự với các mô thông thường ít được coi là các cơ quan đặc biệt, như da, máu, và thậm chí cả xương. Chứng phát ban, bệnh viêm xoang, đông máu bất thường, viêm tụy, buồn nôn, nôn mửa, các vết thương làm suy kiệt và chảy mủ, rối loạn thị giác, đau đốn, loét và xuất huyết dạ dày-ruột, nhiễm trùng âm đạo, đau họng, viêm tủy xương, nhiễm trùng cơ và van tim, áp xe gan và thận – còn rất nhiều thứ khác nữa. Căn bệnh này không chỉ làm suy kiệt và mất nhuệ khí, nhiều bệnh nhân còn cảm thấy bẽ bàng bởi những việc cụ thể xảy ra trong thử thách của chúng.

Chức năng thận và gan thường xuyên bị ảnh hưởng; có thể có những bất thường trong van và dẫn truyền của tim; đường tiêu hóa phản bội lại chủ nhân bằng nhiều cách; tuyến thượng thận và tuyến yên thỉnh thoảng mất đi khả năng của mình. Khi nhiễm vi khuẩn không còn kiểm soát được nữa, hình ảnh quen thuộc của nhiễm trùng diễn ra. Toàn bộ khoảng thời gian này, suy dinh dưỡng và thiếu máu càng làm suy yếu thêm khả năng làm chậm đi các tiến trình phá hủy của cơ thể. Suy dinh dưỡng thường trở nên trầm trọng

hơn vì một lượng lớn protein bị mất do thận bị phá hoại, kết quả của một căn bệnh tiến triển nhanh chóng từ một nguyên nhân chưa xác định, được gọi là suy thận do HIV gây ra (HIV-associated nephropathy). Suy thận cuối cùng có thể dẫn tới tăng u-rê máu trong vòng ba tới bốn tháng tấn công.

Thậm chí không có liên quan trực tiếp tới nhiễm trùng, tim của các bệnh nhân AIDS thỉnh thoảng lại phình to ra và có thể suy yếu, hoặc nó có thể tạo ra nhịp đập bất thường dẫn tới đột tử. Gan cũng dễ bị tấn công, không chỉ bởi vì chính bệnh AIDS mà còn bởi quá nhiều bệnh nhân đồng thời bị nhiễm virus viêm gan B, CMV, MAI, bệnh lao, và một số loại nấm đặc biệt ưa chuộng gan. Cơ quan bất hạnh này không chỉ bị hành hạ bởi căn bệnh mà còn bởi nỗ lực điều trị nó, ví dụ như chất độc của thuốc ảnh hưởng tới hoạt động của nó theo nhiều cách. Gan được phát hiện là có bất thường dưới một hình thức này hay hình thức khác ở 85% bệnh nhân được khám nghiệm tử thi.

Toàn bộ độ dài của đường dạ dày-ruột là một đường hầm xoắn khổng lồ, đầy cơ hội cho các loài dã thú khác nhau của AIDS. Từ herpes gây ra đủ các loại vết loét và nhiễm trùng ở xung quanh và trong miệng, tới các vết thương chảy mủ, cùng những vấn đề về khả năng tiết chế ở hậu môn. Nỗi đau đớn của những tháng cuối có thể bị nhân lên gấp bội bởi sự kéo theo của quá nhiều cấu trúc gây ức chế cho việc ăn, cản trở tiêu hóa, và sinh ra tiêu chảy ra nước không kiểm soát – vốn không chỉ là nguồn gốc của nỗi đau đớn không ngừng tái phát mà còn gây khó khăn cho việc giữ vệ sinh đúng mực tại những khu vực trầy da chảy máu quanh hậu môn và trực tràng. Để hình dung ra việc có được chút ít phẩm giá từ kiểu chết này vượt quá hiểu biết của hầu hết chúng ta. Và tuy thế, đôi khi sự mất phẩm giá lại đem tới những khoảnh khắc cao thượng chiến thắng thực tế thống khổ trong chốc lát – phát sinh từ các nguồn gốc sâu xa, chỉ còn biết kinh ngạc trước chúng, vì chúng vượt xa khả năng hiểu biết.

Một hệ miễn dịch nguyên vẹn không chỉ cần thiết để chống lại nhiễm trùng mà còn để ngăn chặn sự phát triển của các khối u. Thiếu đi hàng phòng thủ hiệu quả, một số loại tiến trình ác tính nhất định sẽ tìm được môi

trường thuận lợi để xuất hiện. HIV đặc biệt có lợi trong việc tạo ra một dạng ung thư mà trước đây hiếm gặp tới mức tôi chỉ gặp đúng một trường hợp, ở một người Nga nhập cư cao tuổi, kể từ khi tôi tốt nghiệp trường y gần bốn mươi năm trước. Tỷ lệ mắc phải khối u ác tính này, sarcome Kaposi (KS), đã được nhân lên với hệ số trên một nghìn – từ 0,2% ở dân số bình thường tới hơn 20% ở những người Mỹ mắc AIDS. Đến nay, nó vẫn là khối u phổ biến nhất được tìm thấy ở căn bệnh này, và với những lý do vẫn còn chưa xác định, nó gây đau đớn cho những người đàn ông có thiên hướng tình dục đồng giới với tỷ lệ lớn hơn (40 tới 50%) so với những người lạm dụng tiêm chích ma túy (2 tới 3%) hoặc người mắc chứng máu khó đông (1%). Những con số này chỉ phản ánh số người được chẩn đoán trong lúc sống. Khi tiến hành khám nghiệm tử thi, tần số xuất hiện KS cao gấp ba hoặc bốn lần, khiến cho sự xuất hiện của nó ở đâu đó trong cơ thể của những người đàn ông đồng tính thậm chí còn phổ biến hơn.

Năm 1879, Moritz Kaposi, một giáo sư về da liễu tại Đại học Y khoa Vienna, mô tả một thực thể mà ông gọi là “sarcoma đa sắc tố”, gồm một nhóm cục u nhỏ màu nâu đỏ hoặc đỏ hơi xanh bắt nguồn ở tay và chân rồi phát triển dọc theo những điểm xa nhất của cơ thể cho tới khi chạm tới thân người và đầu. Báo cáo của ông trình bày, theo thời gian các thương tổn nở rộng, loét ra, và lan vào các cơ quan bên trong. “Sốt, đi ngoài ra máu, haemoptysis [ho ra máu] và suy nhược xuất hiện trong giai đoạn này, rồi theo sau là cái chết. Khi khám nghiệm tử thi, những cục u nhỏ tương tự được tìm thấy với số lượng lớn trong phổi, gan, lá lách, tim và đường ruột.”

Sarcoma là từ bắt nguồn từ tiếng Hy Lạp, *sark*, có nghĩa là “thịt”, còn *oma* nghĩa là “khối u”. Những khối u này bắt nguồn từ cùng những loại tế bào làm phát triển mô liên kết, cơ bắp, và xương. Bất chấp sự cảnh báo của Kaposi về căn bệnh của ông rằng “tiên lượng bệnh bất lợi... và kết cục chết người không thể được ngăn chặn bằng cách cắt bỏ, cục bộ hay toàn thể, hoặc dùng thạch tín [một phương pháp điều trị ung thư tại thời điểm đó]”, mất cả thế kỷ, các bác sĩ vẫn không đánh giá đúng mức mối nguy hiểm của khối u ác tính bất thường này.

Bởi vì người ta biết rằng sự tiến triển của KS diễn ra một cách chậm chạp, đòi hỏi “ba tới tám năm hoặc hơn”, những giáo trình sau này sử dụng phổ biến nhất từ *indolent* (không đau) để mô tả diễn biến của nó. Vì vậy đã truyền đi một thông điệp sai lầm về bản chất gây chết người của khối u ác tính đó, cho dù một vài chuyên gia vẫn tiếp tục viết về những biểu hiện chết người của nó, như xuất huyết đường ruột ồ ạt. Thực tế, từ *indolent* xuất hiện trong báo cáo đầu tiên năm 1981 trên các tập san y khoa của Anh và Mỹ về sự bùng nổ của sarcoma Kaposi ở những người đàn ông đồng tính. Tuy nhiên, các tác giả của những báo cáo này đã quá hoảng hốt trước sự hiệu chiến dữ dội của một căn bệnh mà trước nay vốn được coi là phát triển chậm chạp, đến nỗi bài báo Mỹ này thấy cần phải nhắc nhở bạn đọc của mình rằng, tiến trình này thỉnh thoảng được biết tới là “phát bất thành linh, liên quan tới các cơ quan nội tạng trên diện rộng”; bài báo xuất bản ở Anh đưa ra trường hợp tương tự và dẫn ra rằng “nửa số bệnh nhân của chúng tôi đã chết trong vòng 20 tháng sau khi chẩn đoán”. Rõ ràng, đây là một dạng mới của KS, đột nhiên gây ra lo lắng hơn nhiều so với thậm chí cả cảnh báo của Kaposi.

Hàng thập kỉ trước khi KS trở thành yếu tố đi kèm với việc nhiễm HIV trong tâm trí các bác sĩ, nó đã thường xuyên được nhận ra vì sự trùng hợp ngẫu nhiên khi là một yếu tố gắn liền với các dạng khác nhau của ung thư bạch huyết, gọi là lymphoma. Ngày nay, KS và lymphoma, không nhất thiết xảy ra đồng thời, là hai khối u ác tính hàng đầu hành hạ những người mắc AIDS. Ngoại trừ những lý do do suy giảm miễn dịch, mối quan hệ giữa hai khối u đó vẫn chưa được làm sáng tỏ. Lymphoma liên quan tới AIDS, loại thường hay dính dáng nhất tới hệ thần kinh trung ương, hệ thống tiêu hóa, gan, và tủy xương, không hề kém hung hăng hơn KS.

Không giống như bất cứ bệnh dịch nguy hiểm nào khác được biết trước đó ở loài người, HIV không giới hạn cách bài binh bố trận các lựa chọn chết người của mình. Chỉ có chừng đó con đường dẫn đến cái chết với một người bị ung thư tuyến tụy, chẳng hạn như vậy; khi bị suy tim, hay suy thận, những sự kiện rất đặc trưng diễn ra; một cơn đột quỵ chết người nhằm vào một trọng điểm duy nhất trong bộ não, bắt đầu con đường dẫn tới sự suy tàn đã được đánh dấu rõ ràng của nạn nhân. Với HIV thì không như vậy – nó đưa

ra đường như vô tận những lựa chọn cho một hệ cơ quan này, và rồi tới cơ quan khác được an bài dựa trên nhiều hạng mục phân loại của các loại vi khuẩn và ung thư. Khi khám nghiệm tử thi, phát hiện có thể dự đoán nhất quán một cách duy nhất là sự suy yếu kiệt quệ của mô bạch huyết, một phần của hệ miễn dịch. Trên bàn mổ, thậm chí cả các thành viên của đội chăm sóc bệnh nhân AIDS cũng thường xuyên bị bất ngờ bởi sự liên quan của những khu vực không ngờ tới và mức độ tàn phá mà các mô của bệnh nhân phải chịu.

Suy hô hấp, nhiễm trùng, sự phá hủy mô não do khối u hoặc nhiễm trùng – đây là những nguyên nhân trực tiếp dẫn đến chết phổ biến hơn; một vài bệnh nhân xuất huyết trong não, hoặc phổi, hay thậm chí là đường dạ dày-ruột, một số chết vì bệnh lao lan rộng hoặc sarcoma; các cơ quan bị suy, các mô xuất huyết, nhiễm trùng ở khắp nơi. Và luôn luôn có hiện tượng suy dinh dưỡng. Bất kể cường độ của các biện pháp hoạt hóa để chống lại nó, không gì ngăn cản được đói ăn. Bộ phận chăm sóc các bệnh nhân AIDS giai đoạn cuối có đầy những con người gầy mòn, như những hồn ma với những đôi mắt thụt sâu đờ đẫn trong hốc mắt sâu hoắm, những gương mặt thường xuyên không biểu cảm gì, những thân hình khô xác héo hon, yếu ớt nhăn nheo trước tuổi. Đa số đều mất hết cả dũng khí. Virus đã cướp đi của họ tuổi trẻ, và nó sắp cướp cả của họ phần đời còn lại.

Nhà nghiên cứu bệnh học qua giải phẫu tử thi phân nguyên nhân gây ra cái chết thành hai cấp bậc khác nhau về: Họ nói tới nguyên nhân gần đúng của cái chết (*the proximate cause of death* – PCOD) và nguyên nhân tức thời của cái chết (*the immediate cause of death* – ICOD). Đối với những người còn trẻ này, PCOD sẽ là AIDS – còn ICOD cụ thể dường như không mấy quan trọng. Mức độ đau đớn là tương tự ở tất cả mọi người, dù chất lượng thì khác nhau. Tôi đã nói chuyện về những vấn đề này cách đây không lâu với bác sĩ Peter Selwyn, một trong những số ít giáo sư ở Yale quyết tâm cống hiến cho việc chăm sóc các bệnh nhân AIDS, người đã cố vũ cho những nỗ lực của các bác sĩ nội trú và sinh viên tại trường chúng tôi. Dù đóng góp rất nhiều về mặt chuyên môn cho những hiểu biết hiện tại về HIV, ông lại là người kiệm lời, diễn đạt những khái niệm rộng lớn bằng vài từ ít

oi. Ông nói đơn giản, “Tôi nghĩ, các bệnh nhân của tôi chết khi đã đến lúc.” Nó dường như là một tuyên bố phi lý, lơ lửng ở đó giữa những vấn đề rối rắm về y sinh học vẫn đang dang dở sau cuộc tranh luận dài của chúng tôi về sinh vật học phân tử và việc chăm sóc bên giường bệnh. Thế nhưng nó vẫn có lý. Cuối cùng, ông nói, có quá nhiều điều sai lầm đến nỗi rồi cũng đến lúc, những năng lực yếu ớt cố gắng nắm lấy sự sống dường như đầu hàng. Cái chết xuất hiện cùng với nhiễm trùng, các cơ quan bị phá hủy, đói ăn và chuyển khởi hành cuối cùng của linh hồn, tất cả dồn vào một lúc. Selwyn đã chứng kiến nó nhiều lần, và ông biết.

Tôi ở cách bệnh viện một trăm dặm. Đây là một trong những buổi chiều bất ngờ độ giữa thu, khi mọi thứ dưới bầu trời thiên nhiên trong xanh không gợn mây đều trở về đúng bản chất nên có của mình, nhưng hầu như lại chẳng bao giờ được như vậy. Mùa hè vừa qua mưa suốt, và có lẽ vì lý do đó, những ngọn đồi bao quanh trang trại của bạn tôi ngập tràn những sắc màu nồng ấm, khiến cho tâm hồn lớn lên trong thành phố của tôi gần như không thể dung chứa hay cảm nhận hết. Thiên nhiên trở nên ân cần một cách vô tư, cũng như thiên nhiên có thể tàn nhẫn một cách vô tư. Vào một khoảnh khắc như vậy, có vẻ như sẽ không thể có một ngày nào khác có được vẻ huy hoàng đến không tưởng như ngày hôm đó nữa. Ngay từ đầu, tôi đã cảm nhận một nỗi luyến tiếc ngày hôm nay cho dù tôi đang sống với nó. Tôi bị ám ảnh bởi sự thôi thúc ghi nhớ hình ảnh của từng cái cây bởi vì tôi biết sự sum suê tươi tốt của nó sẽ bắt đầu héo tàn ngay khi ngày mai tới, và sẽ không bao giờ có được dáng vẻ đúng như thế này nữa. Khi có gì đó đẹp dễ và tươi tốt, điều ấy nên được nhìn cho thật rõ, và giữ lấy thật gần, đến độ không ai quên được là trông nó như thế nào và cảm giác ra sao.

Tôi ngồi giữa căn bếp đầy nắng trong ngôi nhà nông trại của John Seidman, ngôi nhà được xây dựng một thế kỉ trước ở giữa một cánh đồng màu mỡ khoảng tám hecta, gần thị trấn Lomontville ở vùng thượng bang New York. Trong phòng ngủ trên lầu, mười năm trước, người bạn thân nhất của John, David Rounds, đã chết trong tay ông ở chặng cuối của một cơn bệnh nặng kéo dài. John và David còn hơn cả những bạn bè thân thiết nhất; họ chia sẻ một tình yêu lẽ ra đã thật lâu bền. Nhưng bệnh ung thư lại quyết

định theo hướng khác. David đã bị dứt ra khỏi John, và khỏi những người khác trong chúng tôi vốn đều yêu quý ông, vào đúng lúc tương lai có vẻ an toàn và chắc chắn cho cả hai. Mới hai năm trước, David đã giành giải thưởng Tony cho Diễn viên phụ xuất sắc nhất ở Broadway, còn sự nghiệp sân khấu của John thì đang tiến triển đầy hứa hẹn. Trong ngôi nhà nông trại đó, nỗi đau buồn đã trôi qua cả một thời gian dài trước khi cuộc sống lại bắt đầu nhịp điệu bình thường của nó.

Tôi đã biết John Seidman gần hai mươi năm, còn vợ tôi, Sarah, đã sống cùng nhà với ông và David rất lâu trước đó. Ông thân thiết với gia đình tôi đến mức hai đứa con bé bỏng của tôi gọi ông là bác. Tuy nhiên vẫn có một phần lớn trong cuộc đời ông mà ông và tôi chưa bao giờ nói tới, và tôi gần như chẳng biết gì về nó. Trong cái ngày rục rờ này, ngay trước khi về trắng lệt phù du của mùa thu biến mất, hai người chúng tôi đã ngồi cùng nhau và nói về cái chết – và về bệnh AIDS.

Cái chết đã trở nên quá quen thuộc với John. Như thể sự ra đi của David báo trước một chuỗi đau buồn, trong đó bạn bè, đồng nghiệp ở nhà hát, và thậm chí cả những người quen biết sơ giao của ông đau ốm, héo mòn, và chết đi. Trong thập kỉ trước, John đã nhắc đi nhắc lại chu kỳ phát hiện ra huyết thanh dương tính, tiến triển bệnh tật, chăm sóc thận trọng, suy sụp tới giai đoạn cuối căn bệnh, và cái chết – hết lần này tới lần khác. Trong những năm đầu tuổi bốn mươi, anh là một trong những nhân chứng của tấn thảm kịch. Đã từng có rất nhiều nhân chứng khác, và không ít trong số đó giờ đây đã chết. Những người đàn ông trẻ, và một vài phụ nữ trẻ, đã diu dắt nhau cùng xuống mồ trong những năm tháng hữu ích nhất của cuộc đời họ – điều đáng ra có và nên có đều đã mất. Nhiệt huyết, tài năng, và chắc chắn là cả những thiên tài của một thế hệ đã bị co lại, và xã hội của chúng ta cũng vậy.

Chúng tôi nói về bạn của John, Kent Griswold, mất năm 1990 vì toxoplasmosis và nhóm ba bệnh phổ biến: CMV, MAI, cùng vài ba cuộc vật lộn với PCP. Tôi muốn biết, liệu có thể có bất cứ phẩm giá nào trong một cái chết như vậy không? Có thể có bất cứ điều gì được vớt vát từ điều từng có, để đem lại ý thức về bản thân cho một người đang ở cận kề phút lâm chung,

khi ông đã trải qua quá nhiều? John nghĩ một lúc lâu trước khi trả lời, không phải vì ông chưa từng cân nhắc tới câu hỏi mà vì ông muốn đảm bảo là tôi sẽ hiểu. Ông nói, tìm kiếm cái phẩm giá khó nắm bắt đó có thể là không thích hợp với người đang hấp hối – ông ta đã thực thi cuộc chiến của mình rồi, và thường gần lúc cuối, những người xung quanh không thể nhận ra bất cứ suy nghĩ tinh tảo rõ rệt nào. Phẩm giá là thứ gì đó, John nói, mà những người sống sót cứ bám lấy – nó chỉ tồn tại trong tâm trí họ thôi, nếu nó có tồn tại đi nữa:

Những người bị bỏ lại chúng ta tìm kiếm phẩm giá để không nghĩ tiêu cực về mình. Chúng ta cố gắng chuộc lại sự bất lực của người bạn đang hấp hối của mình trong việc giành lấy một mức độ phẩm giá nhất định, có lẽ bằng cách áp đặt nó lên anh ta. Đó là chiến thắng khả dĩ duy nhất của chúng ta đối với tiến trình khủng khiếp của cái chết kiểu này. Với một căn bệnh như AIDS, chúng ta cần đối phó với nỗi buồn đau nhói lên khi chứng kiến một người bạn yêu quý mất đi cá tính, sự độc đáo của mình. Tới lúc cuối cùng, anh ấy cũng chẳng khác gì người gần đây nhất vừa trải qua chuyện này mà anh chứng kiến. Anh cảm thấy buồn vì phải chứng kiến ai đó mất đi cá tính riêng của họ và trở thành một vật mẫu lâm sàng.

Bao nhiêu phần trong “cái chết tốt đẹp” là cho người đang hấp hối và bao nhiêu phần là vì người đang giúp đỡ anh ta? Những điều này hiển nhiên có liên quan với nhau, nhưng câu hỏi đặt ra là bao nhiêu. Theo tôi, khái niệm về cái chết tốt đẹp nói chung không phải là điều có thể kiểm soát dễ dàng đối với một người đang hấp hối. Một “cái chết tốt đẹp” chỉ mang tính tương đối, và ý nghĩa thực sự của nó chỉ là giảm đi tình trạng lộn xộn nhếch nhác mà thôi. Không có nhiều điều để anh có thể xoay xở ngoài cố gắng giữ cho mọi thứ ngăn nắp và không đau đớn – giữ cho ai đó không cô đơn. Nhưng tiến dần tới những khoảnh khắc cuối cùng này, tôi nghĩ, thậm chí tầm quan trọng của việc không để cho ai đó cô đơn cũng là điều chúng ta suy luận ra thôi.

Khi hồi tưởng lại, và theo cách nào đó thì điều này nghe thật bạo tàn, kinh nghiệm của chính tôi là, cách duy nhất chúng ta có để biết liệu chúng ta có vừa giúp ai đó có một cái chết tốt đẹp hơn không là liệu chúng ta có cảm thấy hối tiếc hay không, hay liệu có điều gì mà chúng ta còn cảm thấy hối hận hay còn chưa làm không. Nếu chúng ta có thể chân thành nói rằng mình đã không bỏ lỡ cơ hội để làm những gì có thể, chúng ta đã làm điều tốt nhất có thể rồi. Nhưng thậm chí ngay cả điều đó, với tư cách là một thành quả tuyệt đối, cũng chỉ có giá trị tuyệt đối với bản

thân người đó mà thôi. Điều còn lại với anh vào lúc cuối cùng là một tình huống không thể khiến ai hạnh phúc được. Thực tế là anh đã mất ai đó. Không có cách nào để cảm thấy dễ chịu về điều ấy.

Một mối gắn kết mà chúng ta thực sự cần phải tin tưởng là hoàn toàn không thể bị phá vỡ trong cái chết chính là tình yêu. Nếu vào những khoảnh khắc bí ẩn dẫn tới cái chết này, bạn cảm thấy mình đang trao đi tình yêu, thì tôi cho rằng đây chính là điều khiến cho cái chết được “tốt đẹp”, nếu thực sự có bất cứ điều gì làm được việc đó. Nhưng nó là một phẩm tính rất chủ quan.

Trong suốt những tuần cuối cùng của mình trong bệnh viện, Kent không bao giờ ở một mình. Vào những giờ phút cuối cùng ấy, dù họ có thể hay không thể mang lại cho anh sự trợ giúp nào đi chăng nữa, chắc chắn rằng sự xuất hiện liên tục của bạn bè anh đã làm anh an lòng hơn cả những gì nhân viên chăm sóc có thể mang lại, cho dù sự chăm sóc của họ có tận tâm tới đâu. Không thể quan sát những bệnh nhân AIDS đồng tính mà không động lòng trước vòng tròn bè bạn, không nhất thiết đều phải là người đồng tính. Gần như có thể đoán trước, họ sẽ tập hợp lại với nhau như gia đình của người đó và gánh lấy trách nhiệm mà một người vợ hay một ông bố, bà mẹ bình thường có thể làm. Bác sĩ Alvin Novick, một trong số những nhà hoạt động vì AIDS sớm nhất ở Mỹ, là một trong số những người được tôn trọng nhất, đã gọi hiện tượng cùng nhau tận tụy này là “những người chăm sóc vây quanh”. Nó là một hành động yêu thương tập thể, nhưng nó còn hơn như thế. John miêu tả:

AIDS xảy đến với mọi người, đặc biệt là trường hợp những người đàn ông đồng tính, những người đã tạo ra những gia đình từ mối đồng cảm có ý thức – chúng tôi đã chọn những người sẽ trở thành gia đình của mình. Ý thức trách nhiệm của chúng tôi đối với nhau không dựa trên các hình thái xã hội thông thường. Trong nhiều trường hợp, gia đình truyền thống chối bỏ chúng tôi. Vì vậy, mái ấm tình cảm này lại càng quan trọng hơn.

Nhiều người trong cộng đồng rộng lớn hơn thực sự cảm thấy rằng chúng tôi đáng phải chịu những điều đang xảy ra với mình – nó là một dạng hình phạt đối với chúng tôi vì lối sống khác thường và tội lỗi của mình. Và vì vậy, mối quan tâm chung của chúng tôi là không để cho ai phải một mình chịu sự phán xét đó của xã hội. Trong chúng tôi, những người đang phải chịu đựng một kiểu tự ghê tởm mình nào đó có thể thấy dễ dàng khi nghĩ về AIDS như một dạng

hình phạt, nhưng ngay cả những người không nhận thức về xã hội nhiều đến như vậy cũng nhìn nhận nó theo cách đó. Bỏ mặc những người bạn đang phải một mình xoay xở với căn bệnh này là bằng cách nào đó đã phó mặc họ cho sự phán xét của thế giới không đồng tính.

John nói với tôi, mấy tuần cuối cùng của Kent giống như của những người bị AIDS, và cũng giống như của nhiều người mắc bất cứ căn bệnh nào từ từ tước đi sức sống đang đuối dần của họ. Theo sau những tháng dài nỗ lực chiến đấu với hết vấn đề bất ngờ này tới vấn đề bất ngờ khác, dường như anh trải qua một thời kỳ tạm ngưng bất cứ hiểu biết nào về sự suy giảm khả năng kiểm soát trầm trọng hơn với mỗi biến chứng mới. Khi ngừng cố gắng lĩnh hội, anh cũng ngừng đấu tranh chống lại những cuộc tấn công tiếp theo, như thể giờ đây chống trả không còn quan trọng nhiều như trước nữa – không còn bất cứ ý nghĩa nào cho việc đó nữa. Hay có lẽ nỗ lực cần có để hiểu được tầm quan trọng của các sự kiện đơn giản là đã ngốn quá nhiều phần năng lượng có hạn của anh.

Những tình tiết của một cuộc tấn công dữ dội gần đây nhất mất đi tính cấp bách của chúng. Có những người sẽ gọi sự thờ ơ rã rời đó là sự chấp nhận, nhưng hàm ý của chính từ đó lại là sự hoan nghênh. Có lẽ nó còn là sự thừa nhận thất bại, thừa nhận một cách bất lực rằng đã đến lúc rời khỏi cuộc chiến. Hầu hết những người hấp hối, không chỉ vì AIDS mà vì bất cứ căn bệnh dai dẳng nào, đều có vẻ không nhận ra rằng họ đã chạm tới giai đoạn này. Đối với một số ít người, khả năng tư duy vẫn còn nguyên vẹn đủ để họ có thể quyết định một cách tỉnh táo, nhưng đa phần quyết định được đưa ra cho họ bởi quá trình rơi dần vào trạng thái mất dần tri giác hay thậm chí là hôn mê. Đây là giai đoạn hấp hối mà William Osler và Lewis Thomas hiếm khi thấy gì ngoài sự thanh thản. Đối với hầu hết chúng ta, nó sẽ xuất hiện quá muộn để làm an lòng những người coi sóc bên giường bệnh.

Khi Kent đỡ mệt, thỉnh thoảng ông nói về mối lo lắng của mình với mức độ đau đớn về thể xác mà ông có thể chịu đựng, những tuần cuối cùng của ông có thể sẽ khó chịu như thế nào. Ông thể hiện ước nguyện tìm được thời điểm then chốt khi ông có thể tự quyết định có tiếp tục chiến đấu nữa hay

thôi. Không ai quanh ông biết chắc nguyện ước đó có được chấp nhận hay không.

Bằng cách nào đó, một người bạn có ảnh hưởng đã lấy cho Kent một căn phòng riêng rộng rãi ở bệnh viện, và trong không gian rộng lớn đó, dường như ông ngày một nhỏ hơn. Có vẻ rất khó nhìn thấy ông. Theo lời John: Ông ấy ngày càng teo nhỏ lại dưới những tấm khăn trải giường. Thậm chí khi khỏe mạnh nhất, Kent vẫn cần được giúp đỡ để đi vào phòng tắm, thời gian còn lại, ông nằm liệt giường hoàn toàn. Chưa từng là một người đàn ông to lớn, giờ đây ông dường như đang biến mất. Khi John miêu tả sự khô héo của Kent, tôi lại nghĩ tới việc Thomas Browne quan sát người bạn đang hấp hối của ông qua một tiến trình tương tự 350 năm trước: “Ông chỉ còn lại chưa đến một nửa thân mình và để lại phía sau một phần lớn mà ông không mang được xuống mồ.”

Vì chứng toxoplasmosis, Kent mất dần nhận thức tới mức không thể hiểu điều gì đang xảy ra xung quanh. Viêm võng mạc do CMV đầu tiên làm mù một mắt ông, sau đó là nốt mắt kia. Rồi đến lúc ông bị tàn phá tới mức không thể hiểu được nét mặt hay đoán được những biểu cảm của ông – là ông đang cười, hay là sự nhăn nhó làm méo mó khóe miệng câm lặng của ông? John nói về nó thật rõ ràng: “Một hình thức giao tiếp bị mất đi khi ai đó bị thu nhỏ quá mức.” Toàn bộ cơ thể của người đàn ông đang hấp hối này trở nên hết sức sạm màu, nhất là gương mặt ông.

Trước đây, Kent nói rõ rằng không được sử dụng phương pháp điều trị cấp tập nào khi chắc chắn là nó sẽ vô ích. Được chỉ dẫn như vậy, “những người chăm sóc xung quanh” của ông tham vấn bác sĩ, và cùng với nhau, họ cố gắng đưa ra những quyết định đúng đắn khi hoàn cảnh bắt buộc nổi nhau xuất hiện. Cuối cùng, không có quyết định nào để đưa ra nữa. Mọi việc đã trở nên rõ ràng – không còn gì để làm nữa. Như Peter Selwyn nói – thời khắc của Kent đã tới.

Kent ngày càng có ít nhận thức về bất cứ sự khó chịu nào. Việc ông nhận bất cứ trợ giúp nào về y tế không còn quan trọng nữa. “Nhiệm vụ của chúng tôi trở thành luôn giữ cho có người ở bên cạnh ông, chỉ là để giữ cho ông có

liên hệ, chí ít thì cũng nhiều hết mức ông có thể cảm nhận về bất cứ mối liên hệ nào. Quan trọng nhất là chúng tôi không muốn ông bị bỏ một mình.” Cuối cùng, Kent cứ thế lịm đi. Đến đây, John đi tới phần kết của câu chuyện.

Tôi không ở New York khi anh ấy qua đời – tôi ở đây, trong trang trại này một vài ngày. Tôi xuống xe buýt ở Port Authority và gọi vào máy của mình. Có một tin nhắn rằng Kent đã qua đời, và điều này khiến tôi choáng váng. Khi tôi gặp anh ấy lần cuối, anh không có vẻ gì đang sống cả, chắc chắn Kent không thể nhận thức được gì. Cho dù vẫn biết anh có thể chết bất cứ lúc nào, không hiểu sao ý tưởng rằng anh ấy thực sự ra đi – tôi chắc rằng, nỗi choáng váng có liên quan đến một thực tế rằng, sau chừng ấy thời gian tôi ở bên anh ấy, tôi phải biết tin đó theo cách thức vô vị này – đứng ngậy ra một mình trong một trạm điện thoại đầy bụi bẩn, nghe tin từ máy trả lời của tôi.

Kent chết giữa bạn bè, những người đã giúp giữ cho anh sống trong hai năm cuối đời. Anh không nằm trong số nhiều người đồng tính và nghiện ma túy bị gia đình tẩy chay – anh là người con duy nhất của một cặp vợ chồng luống tuổi và họ đã mất nhiều năm trước. Không có sự tận tụy của bạn bè, cái chết của anh và cả cuộc sống của anh nữa, sẽ nhanh chóng bị lãng quên.

Không nên hiểu là những gì được viết ra đây nhằm ám chỉ rằng các gia đình truyền thống hiếm khi quan tâm tới chăm sóc con cái (hay chồng hoặc vợ) chết vì AIDS. Ngược lại thì đúng hơn. Gerald Friedland miêu tả sự quay trở lại, sự đoàn tụ của các vị phụ huynh, cụ thể là những bà mẹ, với những đứa con nhiều năm trước họ đã chối bỏ. Đây là sự thật không chỉ những gia đình của những người đàn ông đồng tính mà ở cả gia đình của những người nghiện ma túy nữa. Tất nhiên, không phải tất cả những người đồng tính và không phải tất cả những người nghiện đều chia cắt với nguồn cội của mình, vì vậy mà không hiếm chuyện một người trẻ tuổi mắc AIDS dành những tháng cuối cùng của mình trong vòng tay chăm sóc ủng hộ của anh chị em hay bố mẹ, đôi khi cùng với một nhóm nhỏ những bạn bè của con cái họ hoặc với một người yêu dấu. Thông thường một vị phụ huynh thuộc tầng lớp trung lưu sẽ dễ từ bỏ công việc hoặc một mái ấm xa xôi hơn so với các thành viên của một gia đình đến từ một khu ổ chuột, nơi thậm chí chỉ một ngày nghỉ việc thôi cũng đồng nghĩa với việc mất đi không chỉ nguồn thu nhập

mà có thể là cả chính công việc với đồng lương rẻ mạt ấy nữa. Tôi đã từng trò chuyện với những người mẹ có bốn đứa con cùng bị chết vì AIDS – sự tàn bạo của virus này đã chạm tới mức độ vượt quá bất cứ thực tế nào có thể tưởng tượng được.

Ở bên giường bệnh của những người trẻ tuổi đang hấp hối, những người mẹ, người vợ, người chồng và người thân yêu – chị em gái, anh em trai, và bạn bè – túc trực, đang làm những gì có thể để xoa dịu bớt những cuộc tấn công dữ dội của cái chết đầy hỗn loạn. Năm tháng trôi qua, khi đứa con bị ốm thập tử nhất sinh, những lời thì thầm của bậc cha mẹ được lắng nghe. Đó là những lời động viên nhẹ nhàng và là những lời cầu nguyện.

Gerald Friedland nói về “sự đảo ngược của vòng đời mong đợi” – cha mẹ đang chôn cất con cái mình. Một sự lầm lạc đã tái diễn từ những thế kỉ trước, ngay khi chúng ta kết luận một cách thỏa nguyện rằng, nền khoa học của chúng ta đã chiến thắng nó. Không chỉ có virus lật ngược trở lại, mà cả khuôn mẫu của logic tự nhiên, mà theo đó tuổi trẻ nên chôn cất tuổi già, cũng vậy. Cuối cùng cũng có một bài học ẩn dụ ở đây – trong liệu pháp mà hiện tại là cách thức tốt nhất của chúng ta để ức chế sự lan truyền HIV: Với AZT và các thuốc khác, chúng ta cố gắng dừng sự sao chép ngược lại, bởi vậy cũng dừng cả sự đảo ngược đã lật ngược vòng đời lại. Kế hoạch của chúng ta phát huy tác dụng, nhưng không tốt như chúng ta muốn, và cái chết tiếp tục theo đuổi những người trẻ tuổi và thậm chí rất trẻ, trong khi những người lớn tuổi hơn chỉ có thể đứng đó và than khóc.

Chẳng ai biết phẩm giá hay ý nghĩa nào có thể được rút ra từ cái chết như vậy, ngoại trừ những người đã dành cuộc đời để nắm chặt lấy cuộc sống vừa mất đi. Những người trẻ tuổi đang chăm sóc y tế cho những người trẻ tuổi đang chết – và ở đây tôi nói tới không chỉ các bác sĩ và y tá, mà tới tất cả những người cán bộ nhân viên tận tụy – nhìn ngăm và tự hỏi rằng, liệu lòng vị tha như vậy tồn tại trong thế giới mà họ được dạy dỗ có phải là đáng hoài nghi không. Những việc làm hăng ngày của chính họ đã xoá bỏ sự hoài nghi đó – họ cũng là những người anh hùng theo một nghĩa nào đó. Chủ nghĩa anh hùng của họ rất thức thời và độc nhất đối với con đường mà họ đã chọn

– trở thành những người hoạt động trong lĩnh vực y tế, những người đã chiến thắng nỗi sợ hãi của chính mình, vượt qua cảm giác dễ bị tổn thương của mình vì lợi ích của những người mắc bệnh AIDS. Họ không đưa ra những phán xét về đạo đức – họ không phân biệt các tầng lớp xã hội, cách nhiễm bệnh, hay tư cách thành viên của các nhóm được liệt vào dạng nguy hiểm. Camus đã miêu tả rất đúng: “Điều gì đúng về tất cả các tội ác trên thế giới cũng là đúng về bệnh dịch. Nó giúp cho con người vượt lên trên chính họ.”

Giữa những câu chuyện vẫn còn tồn tại về các bác sĩ không sẵn sàng ở đây hay những bác sĩ phẫu thuật sợ HIV ở kia (và hơn 20% bác sĩ nội trú ở Mỹ được khảo sát trả lời sẽ điều trị cho những người nhiễm HIV nhưng nếu có cơ hội thì họ sẽ lựa chọn là không làm), thật phẫn khởi khi biết rằng những người bị nhiễm AIDS được trông nom bởi những người như vậy. Đối với những người con của chúng ta, những người đang chăm sóc cho những người con khác bị nhiễm HIV, gánh nặng vẫn bị chất thêm lên bởi nỗi đau buồn khi phải làm người phục vụ cho cái chết của những chàng trai cô gái cùng trang lứa, hoặc chỉ hơn họ chừng mười tuổi. Sự bất công đó chứa đựng nguồn gốc của sự chỉ trích bất bình nhất trong số những lời chỉ trích mà chúng ta ném vào tự nhiên vô tri vô giác vì đã tạo ra HIV – rằng nó cướp đi của chúng ta những mảnh tuyệt vời nhất của tấm vải mà từ đó, chúng ta được phép thiết kế nên tương lai của mình. Với những người trẻ tuổi chết vì AIDS, thật phù hợp khi nói lên những lời được nhà giải phẫu thần kinh Harvey Cushing viết bảy mươi năm trước khi ông tiếc thương những đồng đội hy sinh trong Thế chiến thứ I. Cushing than khóc rằng, họ đã “chết hai lần vì chết đi khi còn quá trẻ”.

Nước oxy già, có công thức hóa học H_2O_2 .

Còn gọi là bệnh sốt tuyến, tình trạng số bạch cầu đơn nhân cao bất thường, tác động tới các hạch ở nách, háng và cổ. Sau một thời gian ủ bệnh, có triệu chứng sốt, nhức đầu, viêm họng loét, ăn mất ngon.

Còn được gọi là hairy leukoplakia hay OHL: một mảng trắng trên lưỡi dạng nếp nhăn hay như sợi tóc, gây ra do virus Epstein-Barr thường xuất

hiện ở những người bị tổn thương hệ miễn dịch, đặc biệt là do virus HIV.

Loại virus thuộc nhóm Herpes, tên gọi từ tế bào bị nhiễm virus phồng to lên. Đây là tác nhân có thể gây nhiều bệnh cho mọi nhóm tuổi, từ những bất thường bẩm sinh đến các rối loạn bệnh lý, đặc biệt ở người suy giảm miễn dịch.

Nhiễm ký sinh trùng có thể gây ra triệu chứng giống cúm. Sinh vật gây bệnh, toxoplasmosis – *Toxoplasma gondii*, một trong những ký sinh trùng phổ biến nhất trên thế giới.

Nấm *Cryptococcus* có nhiều loài nhưng chủ yếu thường gặp loại *Cryptococcus neoformans* gây bệnh Cryptococcosis, còn gọi là bệnh nấm Blastomycose châu Âu.

10.

DÃ TÂM CỦA BỆNH UNG THƯ

Ngày xưa ngày xưa, có một người thợ nạo ống khói nhỏ bé tên là Tom. Cái tên thật ngắn gọn và hẵn là bạn từng nghe thấy nó trước đây, vậy nên bạn sẽ chẳng khó khăn gì mà nhớ lấy. Cậu sống trong một thị trấn tuyệt vời ở miền Bắc, nơi đầy những ống khói để nạo, Tom kiếm được ối tiền còn ông chủ của cậu thì tiêu số tiền ấy. Cậu không biết đọc cũng chẳng biết viết, và cậu chẳng quan tâm gì tới cả hai việc ấy; cậu chẳng bao giờ tắm rửa, vì tòa nhà nơi cậu sống không hề có nước. Cậu chẳng bao giờ được dạy cầu nguyện. Cậu cũng chẳng bao giờ nghe nói về Thượng đế hay Chúa trời, trừ trong một số câu mà bạn chưa bao giờ nghe thấy, và thật tốt đẹp biết bao nếu cậu cũng chưa từng nghe thấy những lời đó. Cậu đã khóc một nửa cuộc đời và cười nửa còn lại. Cậu khóc khi phải trèo lên những cái hốc tối tăm, chà xát đầu gối và khuỷu tay khốn khổ đến rớm máu; khi bồ hóng rơi vào mắt, mà điều này ngày nào chẳng xảy ra; và khi cậu không kiếm đủ miếng ăn, điều này cũng xảy hằng ngày.

Cuốn truyện kinh điển cho thiếu nhi của Charles Kingsley^{*} năm 1863, *The Water Babies* (tạm dịch: Những đứa trẻ dưới nước) bắt đầu như vậy. Tom là cách nói trại kiểu Anh đi của “cậu bé leo trèo”. Công việc của cậu không đòi hỏi phải đào tạo lâu dài và không có điều kiện tiên quyết nào để được bước chân vào nghề. Đa số những người được tuyển dụng để đảm nhiệm công việc đáng thất vọng này có độ tuổi từ bốn tới mười. Công việc hằng ngày bắt đầu thật đơn giản: “Sau một hoặc hai tiếng rên rỉ, và một cú đá từ ông chủ, Tom chui vào trong lò, trèo lên ống khói.”

Những chiếc ống khói này hơi giống với những dạng thẳng đứng theo thiết kế sau này. Thậm chí vào thời của Kingsley, khoảng giữa những năm

1800, chúng đã thẳng hơn trước kia, khi nhà phẫu thuật người Anh Percivall Pott chú ý tới mối nguy hiểm của chúng năm 1773. Ở thời của Pott, chúng không chỉ khúc khuỷu và mấp mô mà còn có một hình dạng khó chịu là xoay theo phương nằm ngang ở những khoảng cách ngắn trước khi lấy lại hướng thẳng đứng như đã định. Kết quả của tất cả các cấu trúc này là rất nhiều góc ngách, vết nứt nẻ, và những bề mặt phẳng tích đầy bồ hóng. Không chỉ có thế, việc bò ngoằn ngoèo trên đường lên ống khiến cho “cậu bé leo trèo” bị trầy xước da ở các phần khác nhau trên cơ thể, đặc biệt là những phần nhô ra hoặc thông xuống.

Từ *thông xuống* được sử dụng một cách cố ý ở đây để ám chỉ chính xác ý nghĩa của nó; rất thường xuyên, những người leo trèo nhỏ bé làm công việc đầy bụi bẩn của mình mà không có bất cứ lớp quần áo bảo hộ nào giữa các em và những bức tường bẩn thỉu mà các em phải bò trên đó. Các em gần như trần truồng. Chỉ có một lý do tốt đẹp và nghe có vẻ là một mảnh khoe nghề nghiệp cho tình trạng trần truồng khi làm việc này, hay ít nhất thì các ông chủ của những cậu bé cũng nghĩ là nó tốt đẹp và lành mạnh. Các ống khói rất hẹp, đường kính khoảng từ ba mươi tới sáu mươi xentimet. Tại sao lại gán lấy rắc rối khi phải tìm kiếm những cậu bé gầy nhom, nhỏ bé nếu chúng sẽ ngốn mất không gian quý báu bằng việc mặc áo quần? Vì vậy ông chủ nạo ống khói tuyển những cậu bé nhỏ nhất mà ông ta có thể tìm thấy, dạy cho chúng những nguyên lý cơ bản của việc trèo ống khói, và sút những cái mông trần truồng, đen như than của chúng vào trong lò mỗi sáng, hò hét bắt chúng leo lên đường ống chật khít, thiếu không khí để bắt đầu công việc hằng ngày.

Các vấn đề trở nên tệ hơn gấp bội bởi những thói quen cá nhân của chính những người nạo ống khói nghèo khổ. Xuất thân từ tầng lớp thấp nhất trong xã hội Anh, các em không bao giờ được học cách coi trọng vấn đề vệ sinh thân thể. Hơn nữa, nhiều em trong số những cậu bé bất hạnh đó chưa bao giờ biết đến mái ấm gia đình. Không hề có những đôi tay yêu thương của người mẹ chỉ dẫn, hay thậm chí là xách tai chúng lôi tới bồn tắm ấm áp. Nói chung, chúng là những đứa trẻ cầu bơ cầu bất bị bỏ rơi. Những bụi bặm đầy hắc ín vẫn nằm sâu trong nếp nhăn của làn da nơi bìu dái chúng hằng tháng

trời, tàn nhẫn ăn dần ăn mòn sự sống của chúng trong khi sự tàn ác của các ông chủ thì ăn mòn linh hồn chúng.

Percivall Pott (1714-1788) là nhà phẫu thuật xuất sắc nhất London trong thời của ông, và ông biết nhiều về cuộc sống khốn khó của những người thợ nạo ống khói ở Anh. Ông quan sát thấy rằng: “Số phận của những con người này có vẻ khắc nghiệt khác thường: thuở còn ấu thơ, chúng hầu như thường xuyên bị đối xử tàn bạo khủng khiếp, và gần như chết vì đói và rét; chúng bị đẩy vào những ống khói chật hẹp, thỉnh thoảng vẫn còn nóng, ở đó chúng bị sút sọc, bỏng, và gần như ngạt thở; khi đến tuổi dậy thì, chúng có nguy cơ cao bất thường đối với một căn bệnh nguy hiểm nhất, gây đau đớn, và dẫn đến chết người.” Những điều này được viết vào năm 1775; chúng xuất hiện ở một mục ngắn trong một bài báo rất dài của Pott, mang tựa đề “Những quan sát của nhà phẫu thuật liên quan tới bệnh đục nhân mắt, bệnh polip mũi, bệnh ung thư búi dái, các dạng khác nhau của thoát vị và sự biến dạng của ngón chân và bàn chân”. Đây là bài báo đầu tiên mô tả về một khối u ác tính do nghề nghiệp. Căn bệnh mất nhiều năm phát triển, nhưng đôi khi, nó bắt đầu xuất hiện ngay lúc mới dậy thì. Trong thập kỉ đầu của thế kỉ XIX, nó được báo cáo có ở trẻ lên tám.

Chắc chắn là Pott đang mô tả một khối u ác tính chết người mà ngày nay chúng ta gọi là ung thư biểu mô tế bào vảy. Điều ông quan sát được trên búi dái của những bệnh nhân trẻ tuổi của mình là “một vết loét xấu xí, đau đớn, trầy xước ở bề mặt, với những rìa cạnh cứng và sừng phồng lên: người trong nghề gọi nó là mụn cơm bồ hóng... Nó bám theo đường tinh dịch ngược lên bụng... Khi vào trong bụng, nó ảnh hưởng tới các cơ quan nội tạng rồi nhanh chóng tàn phá một cách đau đớn”.

Pott biết rõ rằng ung thư búi dái giết tất cả những ai là nạn nhân của nó, trừ một số ít trường hợp được phẫu thuật cắt bỏ ở ngay giai đoạn đầu. Ông đã cố gắng cứu chữa bằng phẫu thuật nhiều lần, mặc dù điều đó có nghĩa là, trong những ngày kinh khủng trước khi phát minh ra thuốc gây mê ấy, ông phải cột cậu bé đang gào thét vào một cái bàn và một người trợ lý phải dùng

vũ lực để giữ cậu bé cố định. Phẫu thuật tuyệt đối chỉ thích hợp với những cậu bé mà quá trình loét ra vẫn giới hạn ở một bên.

Thủ thuật này xâm phạm tới tinh thần cũng dữ dội như tới thể chất, bao gồm việc cắt đứt nhanh hết sức có thể tinh hoàn và nửa bìu dái của những thanh niên bất hạnh này. Những mô bị chảy máu được xử lý bằng cách ấn thẳng một miếng sắt nung nóng đỏ vào đó. nỗ lực khâu những vết thương cháy thành than góm guốc này luôn gây ra nhiễm trùng mưng mủ, vì vậy mà khu vực được phẫu thuật phải để mở nhằm làm khô dần những mẩu vảy kết và dịch trong hăng thàng ròng lành lại một cách chậm chạp.

Những kết quả của Pott không phải lúc nào cũng biện minh được cho thử thách. Ông đã chán nản với những nghiên cứu mà ông đeo đuổi cả thời gian dài với các bệnh nhân của mình: “Nhưng cho dù sau cuộc phẫu thuật như vậy, một vài trường hợp, các vết thương lành lại một cách tốt đẹp và các bệnh nhân rời khỏi bệnh viện với vẻ khỏe mạnh. Nhưng thường khoảng một vài tháng sau họ quay trở lại, không vì một căn bệnh nào đó ở tinh hoàn bên kia, thì ở các tuyến thuộc háng, hoặc với sự mệt mỏi bơ phờ, như mất hết sức lực, và cảm giác đau đớn thường xuyên và dữ dội bên trong, chứng tỏ rõ ràng có bệnh ở một vài cơ quan nội tạng, nhanh chóng dẫn tới một cái chết đau đớn.” Mặc dù phần trong ngoặc kép của Pott có thể hơi quá, nhưng mô tả của ông thì không. Nếu có bất cứ điều gì, thì ông chỉ nói giảm đi những nỗi đau đớn khổ sở theo những cậu bé đó xuống tận mồ.

Pott nhận ra sứ giả khủng khiếp này của cái chết bắt đầu như một khối u bất thường giới hạn trong một khu vực nhất định, sau đó, một tiến trình bắt đầu cuộc hành trình lan tỏa không ngừng của vết loét hôi thối mà qua đó, nó rỉ dần những lối mòn thối rữa của mình vào những cấu trúc xung quanh. Ông đã xuất bản các nghiên cứu điển hình của mình vào thời điểm thuận lợi cho việc trình bày rõ ràng một luận cương tập trung vào ảnh hưởng của các chất ngoại lai xâm nhập vào cơ thể. Một số nhà lý luận y khoa lỗi lạc trước đó vừa bắt đầu đưa ra khái niệm cho rằng, mô sống cần có một tác nhân kích thích, mà họ gọi là một “sự kích thích”, để khiến nó thực hiện các chức năng thông thường của mình. Từ nguyên lý về sự kích thích, chỉ còn một bước

ngắn nữa là tới khái niệm cho rằng, các cơ quan bị bệnh trở nên ốm yếu là bởi vì một phần hoặc toàn bộ chúng đã bị viêm – nói cách khác là bị kích thích quá mức. Pott đã lập luận rằng ung thư ở các bộ phận riêng lẻ của những người thợ nạo ống khói là kết quả trực tiếp của chứng viêm gây ra bởi phản ứng hóa học của bồ hóng.

Ngày nay, cảnh báo của Surgeon General* nhìn chúng ta chăm chăm từ tất cả quảng cáo thuốc lá, và không có nhiều người không nhìn nhận nó một cách nghiêm túc. Không có người Mỹ trưởng thành và biết chữ nào không nhận thức được về nguyên nhân gây ra ung thư từ nhựa thông và hắc ín, và hầu hết đều hiểu rằng những nguy cơ đó xuất hiện từ sự kích thích hóa học sản sinh trong mô sống do tiếp xúc triền miên với các chất độc. Dù ngày nay ý tưởng rằng sự kích thích kinh niên có thể gây ra bệnh tật có vẻ rất hiển nhiên, nhưng trước đây, không phải lúc nào nó cũng được các bác sĩ đánh giá cao. Ở thời điểm Percivall Pott quyết định tiến xa hơn việc mô tả lâm sàng thuần túy ung thư bìu dài bằng cách tuyên bố kết luận của ông rằng nó là kết quả của việc phản ứng cực kỳ đặc trưng với bồ hóng, lý thuyết về sự kích thích và chứng viêm vẫn rất không vững chắc, và quả thực hầu hết sau này đều bị loại bỏ. Mặc dù chính những người thợ nạo ống khói gọi căn bệnh của họ là “mụn cóc bồ hóng”, họ dường như không nắm bắt được ý tưởng rằng chính việc vệ sinh cho bản thân mình khỏi bụi bồ hóng bằng cách tắm rửa thường xuyên có thể ngăn ngừa nó. Họ chỉ chấp nhận một cách đương nhiên rằng một số người trong số họ sẽ phát bệnh và chịu đựng một cái chết đau đớn khổ sở – rủi ro nghề nghiệp.

Luận điểm của Pott rằng bồ hóng chính là nguyên nhân gây ra bệnh ung thư được thừa nhận tức thì. Nó trực tiếp dẫn tới một sắc lệnh của nghị viện rằng thợ nạo ống khói không được bắt đầu thời gian học việc trước tám tuổi và tất cả các cậu bé phải được tắm rửa ít nhất một lần một tuần. Cho tới năm 1842, không có chàng trai nào dưới 21 tuổi được phép trèo ống khói. Bất hạnh thay, luật vẫn bị vi phạm thường xuyên, nên vẫn có rất nhiều những thợ nạo ống khói dưới tuổi cho phép khi Charles Kingsley viết *The Water Babies* hai mươi năm sau đó.

Ngay từ thời của Hippocrates và thậm chí là trước đó, các bác sĩ Hy Lạp cổ đại đã hiểu rõ cách khối u ác tính theo đuổi quyết tâm không gì lay chuyển được của nó để phá hủy sự sống. Họ đặt một cái tên rất riêng cho những chỗ sưng tấy và những vết loét trầm trọng thường thấy ở bên trong ngực hoặc nhô ra từ trực tràng hoặc âm đạo; họ đặt cái tên đó theo bằng chứng tận mắt họ thấy, tận tay họ sờ. Để phân biệt chúng với những vết sưng tấy thông thường mà họ gọi là *oncos*, họ sử dụng thuật ngữ *karkinos*, hay “crab” (con cua), bắt nguồn một cách thú vị từ gốc Âu – Ấn mang nghĩa “hard” (cứng). *Oma* là một hậu tố ám chỉ “khối u”, *karkinoma* được sử dụng để chỉ một khối u ác tính. Hàng thế kỉ sau, từ Latin “crab”, *ung thư*, được sử dụng phổ biến. Trong khi đó, *oncos* được áp dụng cho các khối u ở bất cứ dạng nào, điều này lý giải tại sao chúng ta lại gọi một chuyên gia ung thư là một *oncologist*.

Karkinoma được cho là sinh ra từ sự ứ đọng một lượng dư thừa chất dịch giả định bên trong cơ thể, được gọi là mật đen, hay *melan cholos* (xuất phát từ *melas* – nghĩa là “đen”, còn *chole* là “mật”). Vì người Hy Lạp không giải phẫu cơ thể người, những bệnh ung thư mà họ thấy là những khối u ác tính đã bị loét ra ở vú hay da, cũng như những khối u ở trực tràng và đường sinh dục của phụ nữ đã phát triển quá lớn đến mức chúng nhô ra ở tất cả các phần hở của cơ thể. Theo đó, cách giải thích kỳ cục được hỗ trợ bởi quan sát thông thường là các bệnh nhân ung thư u uất thực sự, và vì với lý do rõ ràng là hợp lý.

Nguồn gốc của *karkinos* và *karkinoma* cũng như rất nhiều những thuật ngữ Hy Lạp được dựa trên sự quan sát và sờ nắn đơn giản. Như Galen, người tiên phong trong việc giải thích và hệ thống hóa y học Hy Lạp, đưa ra vào thế kỉ II, hình dạng của khối cứng như đá, âm thầm thâm nhập, loét ở giữa, mà ông thường thấy ở ngực phụ nữ, thì “giống hệt như chân của con cua vươn ra từ tất cả các phần của cơ thể nó”. Và không chỉ có những cái chân đào ngày càng sâu và rộng vào thịt nạn nhân – mà cả phần ở giữa cũng trực tiếp ăn mòn nạn nhân.

Nó giống như một động vật ký sinh xảo quyệt, mò mẫm, bám vào bề mặt tàn tạ của con mồi đã bị đẩy vào tình thế hiểm nghèo bằng những xúc tu có vuốt sắc nhọn. Các đầu vuốt không ngừng mở rộng phạm vi tìm kiếm quái ác của nó, trong khi phần lõi ghê sợ của ngực, đã bị đào bới, âm thầm ăn mòn sự sống, có thể chỉ tiêu hóa được những gì mà ban đầu nó đã làm mục rữa. Tiến trình rất thầm lặng; không có một thời điểm khởi đầu rõ ràng nào, và chỉ kết thúc khi kẻ bóc lột đã ngốn sạch những tàn dư cuối cùng trong sức sống của vật chủ.

Cho tới tận nửa sau thế kỉ XIX, ung thư đã được cho là thực hiện giết chóc một cách lén lút. Sức mạnh ẩn giấu của nó núp dưới lớp bóng tối kín bưng, người ta chỉ có cảm nhận được sự đau nhức đầu tiên của nó khi sự thâm nhiễm chết người đã bóp nghẹt quá nhiều mô bình thường, khiến không thể khôi phục lại hàng phòng thủ đã bị lấn át của vật chủ. Giống như chứng hoại thư ác tính, tên thủ phạm ợ ra nhai lại sự sống mà nó đã âm thầm nghiền nát.

Bây giờ thì chúng ta biết rõ hơn, bởi vì khi kẻ thù xưa cũ của chúng ta được quan sát qua kính hiển vi hiện đại, chúng ta nhận ra một đặc tính khác. Thực tế, khác xa một kẻ thù giấu mặt, ung thư vô cùng hung hăng với ác tâm tràn ngập giết chóc. Căn bệnh theo đuổi một cuộc chinh phạt tàn khốc, xoay vòng, không ngừng nghỉ, trong đó, nó không hề chú ý đến quy luật nào, không tuân thủ mệnh lệnh nào, và đập tan mọi kháng cự trong cuộc tàn phá giết người. Các tế bào của nó hành xử giống như các thành viên của một bầy người mọi rợ, chạy điên cuồng, không có người cầm đầu và vô phương hướng, chỉ có một mục đích duy nhất: cướp bóc tất cả mọi thứ trong tầm tay. Đây là điều mà các nhà khoa học y tế ám chỉ khi họ sử dụng từ *autonomy*^{*}. Hình thức và tốc độ nhân lên của các tế bào hủy diệt xâm phạm tất cả các luật lệ truyền thống bên trong sinh vật sống. Chất dinh dưỡng của những sinh vật này nuôi dưỡng nó chỉ để bị tàn phá bởi sự tàn bạo ngày càng lan rộng đã tách những tế bào mới ra đời ra khỏi chất nguyên sinh của chính nó. Theo nghĩa này, ung thư không phải là một kẻ ăn bám. Galen đã nhầm khi gọi nó là *praeter naturam*, “ở bên ngoài bản chất”. Những tế bào đầu tiên của nó là đứa con hoang của những ông bố bà mẹ vô tư đã chối bỏ chúng

bởi vì chúng xấu xí, biến dạng, và phóng túng. Trong cộng đồng các mô sống, đám đông mất kiểm soát gồm những kẻ lạc loài, chính là ung thư, hành xử như một băng đảng thanh niên hoang dã bất trị. Chúng là những kẻ tội phạm vị thành niên của xã hội tế bào.

Cách nhìn nhận ung thư phù hợp nhất là như một căn bệnh mừng mủ luôn thay đổi; nó là kết quả của một tiến trình gồm nhiều giai đoạn hình thành và phát triển không như mong muốn. Trong những điều kiện thông thường, các tế bào bình thường không ngừng được bổ sung khi chúng chết, không chỉ nhờ quá trình sản sinh lớp tế bào khoẻ mạnh trẻ trung hơn mà còn qua sự sao chép tích cực nhóm các tế bào gốc. Các tế bào gốc là những hình thái chưa hoàn thiện với tiềm năng khổng lồ trong việc tạo ra mô mới. Để cho con cháu của các tế bào gốc phát triển bình thường tới khi trưởng thành, chúng phải vượt qua một loạt các bước. Gần đến mức trưởng thành hoàn thiện, chúng mất đi năng lực sinh sôi nhanh chóng để cân bằng với sự gia tăng khả năng thực hiện các nhiệm vụ dành cho chúng khi trưởng thành. Ví dụ như, một tế bào đường ruột trưởng thành trọn vẹn thực hiện việc hấp thụ các chất dinh dưỡng từ các khoang ruột hiệu quả hơn rất nhiều so với việc sao chép; một tế bào tuyến giáp trưởng thành trọn vẹn xuất sắc nhất khi nó tiết ra hoóc-môn, nhưng khả năng sao chép của nó có khuynh hướng giảm đi nhiều so với lúc còn non trẻ hơn. Việc so sánh tương đồng với hành vi xã hội của cả một cơ thể hoàn chỉnh, như chúng ta, là điều không thể tránh được.

Một tế bào u bướu là một tế bào trong quá trình phát triển đã mất khả năng biệt hóa (*differentiate*), đây là thuật ngữ các nhà khoa học sử dụng để chỉ quá trình mà qua đó các tế bào trải qua các bước giúp cho chúng đạt tới tuổi trưởng thành khoẻ mạnh. Khối các tế bào dị thường chưa trưởng thành phát sinh từ việc chặn đứng khả năng biệt hóa được gọi là một *neoplasm*, bắt nguồn từ tiếng Hy Lạp chỉ một sự phát triển hoặc hình thành mới. Ở thời hiện đại, từ *neoplasm* được sử dụng đồng nghĩa với từ *tumor* (u, bướu). Những khối u hình thành từ những tế bào bị chặn lại khi đã tới rất gần trạng thái trưởng thành thì ít nguy hiểm nhất và vì vậy được gọi là u lành. Một khối u lành tính giữ lại tương đối ít tiềm năng sao chép không kiểm soát;

dưới kính hiển vi, nó rất giống với tế bào trưởng thành mà nó gần đạt tới. Nó phát triển chậm chạp, không xâm lấn các mô bao quanh hoặc lan ra các phần khác của cơ thể, thường được bao bọc bởi một lớp vỏ sợi dễ nhận thấy, và hầu như không bao giờ có khả năng giết chết vật chủ.

Một khối u ác tính – mà chúng ta gọi là ung thư – là một tạo vật khác hoàn toàn. Một ảnh hưởng hoặc một kết hợp các ảnh hưởng nào đó, dù là về mặt di truyền, môi trường, hay yếu tố khác, đã hoạt động như một cơ chế phát động, cản trở con đường trưởng thành từ quá sớm, do đó, sự tiến triển của các tế bào đã phải ngừng lại ở giai đoạn khi chúng vẫn còn có khả năng sao chép vô hạn. Các tế bào gốc bình thường vẫn cố gắng sản sinh con cái bình thường, nhưng sự phát triển của chúng liên tục bị ngăn lại. Chúng không đạt đến mức trưởng thành cần thiết để làm công việc mà chúng được sinh ra để thực hiện, hoặc không giống mấy với hình dạng trưởng thành mà chúng dự định. Các tế bào ung thư bị cố định ở lứa tuổi quá trẻ, chúng không thể học các quy tắc của cái xã hội mà chúng sẽ sinh sống. Cũng như rất nhiều các cá thể chưa trưởng thành ở tất cả các dạng sinh vật sống, mọi việc chúng làm đều quá đáng và không ăn nhập với các yêu cầu hoặc quy định của láng giềng.

Không trưởng thành trọn vẹn, một tế bào ung thư không tham gia vào một số hoạt động trao đổi chất phức tạp hơn như ở các mô lành trưởng thành. Ví dụ, một tế bào ung thư ở ruột không giúp đỡ việc tiêu hóa như bản sao trưởng thành của nó; một tế bào ung thư ở phổi không dính dáng gì tới quá trình hô hấp; điều tương tự cũng đúng với hầu hết các khối u ác tính khác. Các tế bào ác tính tập trung năng lượng của chúng vào việc sao chép hơn là dự phần vào nhiệm vụ mà một mô phải thực hiện để duy trì sự sống của cơ thể. Đứa con hoang của “sự gian dân” hiếu động thái quá (mặc dù là vô tính) không có nguồn lực để làm bất cứ việc gì ngoài gây ra rắc rối và chất thêm gánh nặng cho cộng đồng chăm chỉ xung quanh. Giống như tổ tiên của mình, chúng sao chép chứ không sản xuất. Là những cá thể, chúng phá phách xã hội quy củ và yên bình.

Các tế bào ung thư thậm chí còn không có được một cái chết đàng hoàng như chúng nên có. Tất cả tự nhiên đều thừa nhận cái chết là bước cuối cùng trong tiến trình trưởng thành bình thường. Các tế bào ác tính không đạt tới được điểm đó – tuổi thọ của chúng là vô tận. Những điều đúng với nguyên bào sợi của bác sĩ Haydick không áp dụng được cho tập hợp tế bào của một khối u ác tính. Các tế bào ung thư được nuôi cấy trong phòng thí nghiệm thể hiện khả năng vô biên trong việc phát triển và sinh sôi các khối u mới. Theo cách nói của các đồng nghiệp của tôi, chúng là “bất tử”. Sự kết hợp của cái chết bị trì hoãn với việc sản sinh không kiểm soát là những vi phạm lớn nhất của khối u ác tính với quy luật tự nhiên của vạn vật. Hai yếu tố này kết hợp với nhau là lý do chính khiến cho ung thư, không giống như mô thông thường, tiếp tục lan rộng trong suốt cuộc đời của nó.

Không biết gì đến luật lệ, ung thư là kẻ vô luân. Không có mục đích gì khác ngoài phá hủy sự sống, ung thư là kẻ vô đạo đức. Một đám các tế bào ác tính là một đám thanh thiếu niên du thủ du thực, càn quấy, tự hành, vô tổ chức, phá rối xã hội sinh ra nó. Đó là một lũ trẻ đường phố chăm chăm gây hại. Nếu chúng ta không thể giúp các thành viên của nó trưởng thành, thì bất kể điều gì chúng ta có thể làm để bắt chúng lại, đuổi chúng đi, hay khiến cho chúng chết đi – bất cứ điều gì có thể hoàn thành một trong những mục tiêu này – đều xứng đáng được ca ngợi.

Rồi cũng đến lúc không còn đủ đất đai của nhà – các cành nhánh của đám du côn sinh sôi, xâm chiếm các cộng đồng khác, và được cổ vũ bởi những đợt cướp bóc thoải mái của mình, chúng trút sự tàn phá lên toàn bộ cơ thể. Nhưng cuối cùng, không có chiến thắng nào dành cho ung thư. Khi giết chết nạn nhân của mình, nó cũng tự giết mình. Một căn bệnh ung thư được sinh ra cùng với mong muốn được chết.

Theo khía cạnh có thể, ung thư là một kẻ bất tuân luật lệ. Nhưng, không giống như một vài cá thể bất tuân luật lệ đáng được ca tụng, tế bào ác tính bất tuân luật lệ không có một tính chất bù đắp nào. Nó làm tất cả mọi điều có thể không chỉ để tách bản thân nó khỏi cộng đồng mà còn để phá hủy cả cộng đồng tế bào đã trao cho nó sự sống. Như thế để chắc chắn rằng nó

không bị nhầm lẫn với các thành viên trưởng thành tuân thủ luật lệ trong gia đình đã sinh ra nó, tế bào ung thư vẫn giữ vẻ bề ngoài, thậm chí là cả hình dạng, khác biệt và chưa trưởng thành. Đặc điểm này của khối u ác tính được gọi là *anaplasia* (giảm biệt hóa), xuất phát từ thuật ngữ tiếng Hy Lạp mang nghĩa là “không hình dạng”. Tế bào đặc điểm này sinh ra con cái giống như mình.

Nhưng dù nó có cố gắng hết sức đi nữa, chỉ có loại ung thư khác thường mới hình thành từ các tế bào đã thay đổi vẻ ngoài triệt để đến mức trở nên không thể nhận ra gốc gác ban đầu của nó. Ngoại trừ các trường hợp quá khác biệt, chỉ cần nhìn một mẫu mô bị bệnh thật kỹ qua ống kính hiển vi là đủ để phát hiện ra dòng giống tổ tiên của nó. Do đó, ung thư ruột có thể được xác định bởi vì nó vẫn có một vài đặc điểm cơ bản tiết lộ nguồn gốc từ ruột của mình. Thậm chí ở cách xa nguồn gốc, như khi dòng máu mang các tế bào của nó tới gan, cho dù giảm biệt hóa tới mức nào, bề ngoài của ung thư thường sẽ tố cáo nó. Thậm chí ngay cả ung thư, kẻ chẳng hề ăn năn hối lỗi gì về việc phản bội và chạy sang gia nhập vào Tập đoàn Ám sát về mặt sinh học, vẫn giữ lại vài đặc điểm có thể nhận ra được của gia đình cũ và trách nhiệm cũ của nó.

Cặp đặc điểm song sinh *autonomy* (tự hành) và *anaplasia* (giảm biệt hóa) định hình những hiểu biết hiện đại về bệnh ung thư. Cho dù chúng bị coi là “xấu xa, không hình dạng và phóng túng” hay hàn lâm hơn là “*anaplastic*” (giảm biệt hóa) và “*autonomous*” (tự hành), các tế bào của bệnh ung thư tinh quái hơn nhiều ý nghĩa khoa học ẩn chứa trong từ *malignant* (ác tính). Thực tế, *malevolent* (ác tâm) thể hiện chính xác hơn, bởi vì nó mang hàm ý về một ý định xấu xa.

Sự dị hình và xấu xí của một tế bào ung thư đơn lẻ thể hiện rõ ràng nhất trong tính bất quy luật ở hình dạng méo mó của nó. Trong khi vẻ ngoài của một tế bào thông thường ở một mô bình thường gần như không khác mấy với tế bào lân cận với nó, hình dạng và kích thước của các cá thể trong cộng đồng tế bào ung thư thường không có đồng phục cũng chẳng có kỉ luật, chúng có thể phồng, xẹp, dài ngoẵng, tròn xoe, hay theo một cách khác, biểu

thị rằng mỗi hình dạng được tạo ra như thế với một chủ tâm của chính nó – nó là một tác nhân độc lập. Ung thư là tình trạng mà ở đó, có một sự đổ vỡ xuất hiện trong giao tiếp và sự phụ thuộc lẫn nhau giữa các tế bào. Chuỗi các sự kiện đã được nhắc đến ở phần trên đã diễn ra, theo đó các đặc điểm di truyền của tế bào ác tính trở nên biến đổi, và mọi vấn đề khác liên quan đến căn bệnh đều kéo theo sau. Một vài nguyên nhân biến đổi do môi trường, cách sống, và các yếu tố khác đã được biết đến, một số đang được nghiên cứu, và một số rõ ràng vẫn chưa bị nghi ngờ.

Mặc dù bề ngoài lộn xộn và kích cỡ không đồng nhất, cộng đồng các tế bào ác tính không nhất thiết luôn hỗn loạn. Thực tế, trong một số hình thức ung thư, người ta phát hiện ra rằng, tất cả các cá thể đều lựa chọn một hình dạng cụ thể giống nhau, phù hợp với một yếu tố chung trong chủ tâm của chúng. Những khối u ác tính như vậy tồn tại như thể để thể hiện sự từ chối ngoan cố với việc tuân theo tính chất bất hòa quen thuộc mà người ta chờ đợi ở chúng; các tế bào của chúng tái sản sinh ra vô vàn những bản thể gần như giống hệt nhau, giống như triệu triệu những quả táo độc nhỏ bé, giống nhau đến nhợt nhạt nhưng lại khá khác biệt so với mô gốc của chúng. Thậm chí sự có thể dự đoán về tính không thể đoán trước được của khối u ác tính cũng không hề ổn định.

Cấu trúc trung tâm của tế bào ung thư, nhân của nó, lớn hơn và nổi bật hơn ở các họ hàng trưởng thành và thường cũng méo mó như chính tế bào. Ưu thế của nó so với chất nguyên sinh bao quanh được tăng cường bởi lòng tham dữ dội thể hiện khi nó thẩm chất nhuộm màu thí nghiệm tiêu chuẩn, một đặc điểm tạo cho nó một vẻ ngoài tối sẫm, đáng gờm. Phần nhân trông hiem ác thể hiện sự độc lập náo loạn theo cách khác nữa: Thay vì phân chia gọn gàng thành hai nửa cân đối trong suốt tiến trình sao chép, được gọi là sự phân bào, các nhiễm sắc thể (các thành phần của nhân mang ADN) tự sắp xếp thành các hình mẫu kỳ quái, cố gắng để nhân lên với vô số cấp độ thành công khác nhau, nói một cách bóng bẩy là cắm đầu cắm cổ, không cần bất cứ yếu tố chính xác hay độ tin cậy nào. Tốc độ phân bào của một vài bệnh ung thư nhanh đến mức liếc mắt qua kính hiển vi cũng bắt gặp vài lần các tế bào đang cố gắng sao chép như thấy ở mô thông thường đã trưởng thành, và

tất cả chúng đều có vẻ đang làm việc đó theo cách thức bừa bãi của riêng mình. Điều lạ kỳ nhỏ là thể hệ sau còn sống sót lại không phù hợp với môi trường xung quanh chúng, bên trong mô trật tự, nhất quán của các cơ quan mà ban đầu chúng vốn sinh ra để là một phần của các cơ quan này. Những “đứa khác” thích gây gổ là vô số các tế bào mới, thực tế là chúng không chỉ xâm chiếm mà còn gạt các láng giềng trưởng thành tuân thủ luật pháp của chúng ra khi chúng thâm nhập và chặn trước lãnh thổ bao quanh.

Nói gọn lại, ung thư không có tính xã hội. Thoát khỏi những ràng buộc chi phối các tế bào lành tính, các mô mới hình thành theo đuổi các mối quan hệ áp chế và không kiểm soát với các cơ quan vật chủ, và không gì có thể hạn chế phạm vi xâm lấn của chúng trong các ổ bệnh đã sản sinh ra chúng. Sự phát triển không kìm hãm và không lễ lối cho phép bệnh ung thư dẫn vào các cấu trúc quan trọng gần đó để nhấn chìm chúng, ngăn cản chúng thực hiện chức năng, và bóp nghẹt sức sống của chúng. Bằng cách này, và bằng việc phá hủy các cơ quan có các tế bào gốc hình thành nên chúng, đám đông các tế bào ung thư dần dần giết chết người nhiễm bệnh sau khi đánh chén no nê các chất dinh dưỡng lẽ ra được dùng để duy trì sự sống cho người đó.

Mặc dù nó bắt đầu như một hiện tượng siêu vi, khi đã được thiết lập chính thức, quá trình phát triển của khối u ác tính chắc chắn sẽ tiếp tục cho tới khi nó có thể được quan sát bằng mắt thường hoặc cảm nhận được bằng tay. Trong một thời gian, khối đang lớn dần có thể vẫn quá nhỏ hoặc quá hạn chế để tạo ra các triệu chứng, nhưng theo thời gian, nạn nhân của bệnh ung thư sẽ cảm thấy có gì đó không ổn đang xảy ra với mình. Đến lúc đó, khối u ác tính có thể đã lớn đến mức không thể chữa chạy được nữa. Đặc biệt trong một số các nội tạng đặc, ung thư có thể đạt tới kích cỡ đáng kể trước khi nó khiến cho vật chủ nhận ra sự xuất hiện của nó. Tất nhiên, chính vì lý do này mà căn bệnh giành được danh tiếng huyền thoại của nó là sát thủ thầm lặng.

Ví dụ, một quả thận có thể được phát hiện có chứa một khối u cực lớn khi lần đầu tiên để lộ tình trạng bệnh nặng của mình qua việc làm tràn máu vào nước tiểu hoặc gây ra một cơn đau âm ỉ bên hông. Nếu phẫu thuật ở thời điểm đó, các nỗ lực của bác sĩ sẽ thất bại vì bệnh đã lan rất rộng tới các mô

xung quanh. Sự trơn nhẵn màu nâu cân đối của cơ quan này lúc không bị bệnh sẽ được phát hiện đã bị ăn mòn cả một vùng lớn bởi một phần nhô ra có dạng các thùy nhỏ, xấu xí của một khối cứng, xám thô kệch đã tìm được cách đâm xuyên qua bề mặt, xâm lấn chất béo ngay cạnh, và kéo tất cả các mô gần đó vào. Trong tất cả căn bệnh họ điều trị, ung thư là căn bệnh mà các bác sĩ phẫu thuật đặt riêng cho tước hiệu “Ma vương”.

Cấu trúc nhìn thấy được và sự xâm chiếm của bệnh ung thư chỉ là hai trong số rất nhiều hình dạng bất kham của nó. Một trong những hành vi sai quấy lá mặt lá trái nhất của những khối u ác tính là cách nó có vẻ như lảng tránh hàng phòng thủ mà ban đầu cơ thể dựng lên để chống lại mô mà nó nhận thấy là không thuộc về nó. Ít nhất về mặt lý thuyết, một hệ thống miễn dịch nguyên vẹn nên có khả năng nhận ra các tế bào đã trở thành ác tính, coi chúng như dị vật hoặc “khác lạ”, rồi giết chúng, giống như với một virus. Điều này thực tế đã diễn ra tới một mức độ nào đó; một số nhà nghiên cứu tin rằng các mô của chúng ta không ngừng sinh ra các tế bào ung thư, với tần suất không kém gì lượng tế bào ung thư bị cơ chế này tiêu diệt. Các khối u ác tính khi đó sẽ phát triển trong những trường hợp hiếm hoi khi hệ thống giám sát bị hỏng. Có thể tìm thấy một ví dụ hỗ trợ cho luận điểm này trong độ phổ biến của những người bị AIDS có các khối u như lymphoma và sarcoma Kaposi. Nói chung, tác động của các khối u ác tính đối với các cá thể bị tổn thương hệ miễn dịch phổ biến gấp khoảng 200 lần so với ở các cư dân bình thường, và với Kaposi thì con số cao gấp đôi so với khối u trung bình. Một trong những lĩnh vực triển vọng nhất của nghiên cứu y sinh học ngày nay là nghiên cứu về miễn dịch khối u với tầm nhìn hướng tới việc củng cố phản ứng của cơ thể với các kháng nguyên mà các bệnh ung thư có thể sản sinh. Mặc dù đã có một vài kết quả hứa hẹn, phần nhiều, các tế bào mục tiêu vẫn tiếp tục đánh lừa các nhà khoa học.

Các tế bào bình thường đòi hỏi một sự pha trộn phức tạp các chất dinh dưỡng và các yếu tố phát triển để tiếp tục thực hiện chức năng và duy trì sự sống. Ở khắp tất cả các mô của cơ thể, chúng ngụp lặn trong một món canh dinh dưỡng đem lại sự sống được gọi là chất dịch ngoại bào, chất dịch này không ngừng được khôi phục và làm sạch nhờ trao đổi chất với máu tuần

hoàn. Thực tế, huyết tương chiếm tới 1/5 lượng dịch ngoại bào của cơ thể; phần lớn 4/5 còn lại nằm trong các tế bào, và được gọi là dịch kẽ. Dịch kẽ chiếm khoảng 15% trọng lượng cơ thể; nếu bạn nặng 150 pound (~68kg), các tế bào của bạn sẽ ngập trong khoảng 22 pint (~10,4 lít) chất dịch chứa muối này. Nhà sinh lý học người Pháp thế kỉ XIX, Claude Bernard* đã đưa ra thuật ngữ *milieu intérieur* (môi trường bên trong) để đặt tên và mô tả chức năng của môi trường bên trong này. Có vẻ như các nhóm tế bào tiền sử đầu tiên, khi chúng mới bắt đầu hình thành các sinh vật phức tạp dưới đáy biển, nơi chúng hút chất bổ, đã tiếp nhận một phần của biển vào trong và xung quanh chúng để chúng có thể liên tục được nó nuôi dưỡng. Trong số các đặc điểm độc đáo của các mô ác tính, có một đặc điểm là chúng ít phụ thuộc hơn vào các yếu tố phát triển và dinh dưỡng trong dịch ngoại bào. Nhờ giảm bớt nhu cầu đối với các chất dinh dưỡng từ môi trường xung quanh, chúng có khả năng phát triển và lan tràn thậm chí ở cả những khu vực vượt quá những đường cung cấp tối ưu.

Cho dù từng đơn vị tế bào có thể xoay xở với lượng dinh dưỡng ít hơn, tình trạng hỗn loạn gia tăng nhanh chóng tích lũy lại quá nhiều tế bào ác tính đến mức tổng nhu cầu có xu hướng vượt quá bất cứ nguồn cung cấp khả thi nào. Kết quả là vô số các khối u sẽ thường xuyên tăng thêm nhu cầu dinh dưỡng, cho dù đòi hỏi của mỗi cá thể bên trong có thể ít hơn so với lượng bình thường. Nếu sự phát triển diễn ra đủ nhanh, nguồn cung máu sau một thời gian sẽ không còn đủ để phục hồi các chất dinh dưỡng đã cạn, đặc biệt vì các mạch mới thường không xuất hiện đủ nhanh để theo kịp nhu cầu của toàn bộ khối u đang lan rộng.

Kết quả là một phần của khối u đang to lên có thể chết, đúng nghĩa là do thiếu dinh dưỡng và oxy. Vì lý do này mà bệnh ung thư có xu hướng loét và làm chảy máu, thỉnh thoảng sinh ra các lớp đọng dày, nhớt của mô hoại thư – *necrotic tissue* (bắt nguồn từ tiếng Hy Lạp, *nekrosis*, có nghĩa là “đang chết dần đi”) ở giữa hoặc trên mặt ngoài của chúng. Cho tới khi việc phẫu thuật ngực để chữa ung thư trở thành một phương pháp phổ biến cách đây chưa tới 100 năm, biến chứng đáng sợ nhất của khối u ác tính ở ngực không phải là chết mà là những vết thương chảy mủ hôi thối mà nó tạo ra khi thành

ngực của người phụ nữ bất hạnh đã bị tiêu hết đi. Đây chính xác là lý do tại sao các tác giả cổ điển nói đến *karkinoma* như “cái chết hôi thối”.

Vào cuối thế kỉ XVIII, Giovanni Morgagni, tác giả của một đề tài cực kỳ quan trọng về giải phẫu bệnh lý, nói về bệnh ung thư mà ông quan sát được ở các bệnh nhân của mình và khi khám nghiệm tử thi rằng nó là “một căn bệnh rất bẩn thỉu”. Thậm chí trong thời gian tương đối gần đây, khi lượng kiến thức đã lớn hơn nhiều, các khối u ác tính vẫn bị xem là nguồn gốc đáng ghê tởm của sự suy tàn và cảm giác tự ghét mình, một điều ghê tởm khiến cho người ta bề bàng được che giấu dưới các từ ngữ hoa mỹ và những lời nói dối. Có rất nhiều câu chuyện về những phụ nữ bị ung thư vú đã rút lui khỏi đám bạn bè, sống tách biệt trong nhà, và sống những tháng cuối đời như những người ẩn dật, đôi khi thậm chí lánh xa cả chính gia đình của mình. Ở thời kỳ gần đây khi tôi còn đi học, chỉ hơn ba chục năm trước, tôi cũng chỉ thấy vài người phụ nữ chịu nghe lời thuyết phục tới phòng khám bởi vì tình hình của họ đã trở nên không thể chịu đựng nổi. Trong số một vài lý do mà chúng ta vẫn ngập ngừng nói ra từ *ung thư* trước mặt bệnh nhân hoặc gia đình bị nó tấn công, chính những gì còn sót lại của những mối liên hệ ghê tởm này là điều mà thế hệ chúng ta khó xóa bỏ nhất.

Không chỉ là bệnh ung thư phát triển nhanh đến mức có thể thâm nhập vào một cơ quan đặc như gan hay thận sâu đến nỗi không còn đủ mô để thực hiện các chức năng của cơ quan đó một cách hiệu quả; không chỉ là nó có khả năng gây tắc nghẽn một cấu trúc rỗng như đường ruột và gây ra tình trạng thiếu dinh dưỡng; không chỉ là ngay cả một khối nhỏ của nó cũng có thể phá hủy một trung tâm thiết yếu đối với sự sống, như cách hoạt động của một số khối u ở não; không chỉ là nó ăn mòn các mạch máu hoặc làm loét đủ để dần dần gây ra chứng thiếu máu nghiêm trọng, như nó vẫn làm ở dạ dày hay đại tràng; không chỉ là quy mô khổng lồ của nó đôi khi gây cản trở cho việc lưu thông của những nhánh chứa đầy vi khuẩn, từ đó gây ra chứng viêm phổi và hô hấp không hiệu quả – những nguyên nhân phổ biến dẫn tới cái chết ở bệnh ung thư phổi; không chỉ là một khối u ác tính có nhiều cách có thể khiến cho vật chủ chết đói vì thiếu dinh dưỡng – bệnh ung thư còn có những cách thức khác để giết chết vật chủ. Rốt cuộc thì, những điều trên đây

chỉ đề cập đến những hậu quả gây chết người tiềm ẩn do sự xâm lấn của chính khối u ban đầu, với điều kiện nó không hề rời khỏi cơ quan mà nó phát sinh đầu tiên. Đây là các kiểu tổn hại mà ung thư gây ra cho các vùng lân cận của chính nó. Nhưng nó còn thêm một cách giết nữa, và cách này đã đưa nó ra khỏi phân loại bệnh cục bộ và cho phép nó tấn công rất nhiều loại mô cách xa nguồn gốc của nó. Cơ chế đó được đặt cho cái tên là *metastasis* (sự di căn).

Meta là giới từ trong tiếng Hy Lạp, có nghĩa là “vượt ra khỏi” hay “cách xa”. Còn *stasis* có nghĩa là “vị trí” hay “địa điểm”. Được đưa ra ngay từ thời của những tác phẩm thuộc trường phái Hippocrates, từ này được dùng để chỉ sự thay đổi từ một dạng sốt này sang dạng khác, *di căn* sau đó được áp dụng riêng cho sự di trú của các mẫu của khối u. Trong thời hiện đại, từ này trở nên phù hợp với đặc điểm rõ ràng của khối u ác tính – ung thư là một khối u có khả năng vượt ra khỏi chỗ ở của nó và chu du tới một vài nơi khác. Thực tế, di căn là sự cấy ghép một mẫu của khối u gốc sang một cấu trúc khác hay thậm chí là một phần cách xa trong cơ thể.

Khả năng gây di căn của ung thư là cả dấu hiệu nhận biết lẫn đặc điểm đáng sợ nhất của nó. Nếu một khối u ác tính không có khả năng di chuyển, các bác sĩ phẫu thuật đã có thể chữa được tất cả trừ những khối u liên quan tới các cấu trúc cốt yếu, không thể cắt bỏ mà không gây tổn hại đến sự sống. Để chu du, khối u phải ăn mòn xuyên qua thành của một mạch máu hoặc đường bạch huyết, rồi một vài tế bào của nó phải tách ra và xâm nhập vào dòng chảy. Hoặc riêng lẻ hoặc kết thành vật gây tắc mạch, các tế bào khi đó được mang tới một số mô khác, nơi chúng bám vào và phát triển. Được quyết định bởi dòng máu hoặc đường bạch huyết cũng như các yếu tố chưa rõ khác, các loại ung thư khác nhau có ưu tiên ký thác ở những cơ quan riêng biệt nhất định. Ví dụ như, ung thư vú phổ biến nhất là gây di căn tới tủy xương, phổi, gan, và tất nhiên là các u bạch huyết ở nách. Ung thư tuyến tiền liệt thường di căn tới xương. Thực tế, xương cùng với gan và thận là những điểm đến phổ biến nhất cho di căn, bất kể cơ quan gốc của khối u ác tính là bộ phận nào.

Để ăn sâu bám rễ vào một khu vực cách xa, các tế bào khối u phải đủ khỏe để tránh bị tiêu diệt trong suốt hành trình của chúng. Những mối nguy hiểm cơ học đơn giản của hành trình gập ghềnh theo tuần hoàn máu trở thành phức tạp hơn với nguy cơ bị giết bởi hệ thống miễn dịch của vật chủ trong quá trình di chuyển. Nếu chúng sống sót sau hành trình, các tế bào khi đó phải gây dựng một nơi ở mới và được cung cấp nguồn dinh dưỡng chắc chắn. Điều này có nghĩa là một mẫu ung thư đã bám rễ không thể tạo ra cả một cụm có thể tồn tại ở nơi xa xôi vừa mới đặt chân tới trừ khi nó có khả năng kích thích sự phát triển của những mạch máu mới nhỏ li ti để cung cấp cho nhu cầu của nó.

Thật khó mà thỏa mãn được tất cả những yêu cầu này, vì thế rất ít các tế bào di trú có thể xoay sở để định cư ở một số khu vực rất xa. Khi các tế bào u được tiêm thử nghiệm ở chuột, chỉ 1/10 của 1% sống sót quá hai mươi bốn giờ; người ta dự đoán là chỉ một trong số 100 nghìn tế bào xâm nhập vào đường huyết còn sống sót để đi tới cơ quan khác, và một phần nhỏ hơn nhiều thành công trong việc tự bám trụ. Nếu không có những sự cản trở như vậy, sẽ có vô khối hiện tượng di căn xuất hiện ngay sau khi khối u đủ lớn để tung thật nhiều tế bào vào tuần hoàn.

Bằng ảnh hưởng kép của việc xâm chiếm cục bộ và di căn ra xa, ung thư dần cản trở việc thực hiện chức năng của các mô khác nhau trong cơ thể. Các cơ quan có hình ống bị tắc nghẽn, các quá trình trao đổi chất bị ngăn cản, các mạch máu bị ăn mòn đủ để gây ra chảy máu nhẹ và thỉnh thoảng là chảy máu nghiêm trọng, các trung tâm thiết yếu bị phá hủy, và sự cân bằng hóa sinh vốn mong manh bị xáo trộn. Theo thời gian, sẽ tới lúc mà sự sống không duy trì thêm được nữa.

Thêm vào đó, có những cách thức ít trực tiếp hơn để ung thư gây thiệt hại ở những người mà sự phát triển của nó không bị kiểm soát, và chúng thường là kết quả của sự suy nhược, thiếu dinh dưỡng, và tình trạng dễ bị nhiễm trùng xuất hiện cùng với u ác tính. Hiện tượng mất hết dinh dưỡng phổ biến đến mức một thuật ngữ đã được đặt ra để chỉ rõ những tác động của nó: *cancer cachexia* (suy mòn vì ung thư). *Cachexia* xuất phát từ hai từ tiếng Hy

Lạp có nghĩa là “tình trạng xấu”, chính xác là tình trạng ở các bệnh nhân ung thư giai đoạn đầu. Đặc trưng của nó là tình trạng yếu ớt, kém ăn, biến đổi trong trao đổi chất, và sự suy yếu cơ và các mô khác.

Thực tế, hiện tượng suy mòn vì ung thư thỉnh thoảng xuất hiện cả ở những người mà bệnh vẫn còn khu biệt và tương đối nhỏ, vì vậy rõ ràng các yếu tố giải thích nguyên nhân gây ra nó không chỉ là việc của khối u ngẫu nhiên nguốn tài nguyên của vật chủ. Mặc dù một khối u có khả năng tước đi của vật chủ một số chất dinh dưỡng cần thiết, thực tế, khái niệm ký sinh có thể là một cách giản lược thái quá khi nhìn vào những nguyên nhân phức tạp sâu xa hơn trong khả năng vắt kiệt nguốn tài nguyên của nó. Ví dụ, những thay đổi trong vị giác và các ảnh hưởng của khối u cục bộ như sự tắc nghẽn và các vấn đề về nuốt đôi khi góp phần gây khó khăn cho việc nạp thêm dinh dưỡng. Điều trị bằng X-quang và trị liệu hóa học cũng vậy. Vô số các nghiên cứu trên người có khối u ác tính phát hiện ra đủ kiểu bất thường khác nhau trong việc sử dụng carbonhydrate, chất béo, và protein, nguyên nhân vẫn chưa được xác định. Một số khối u thậm chí có vẻ còn có khả năng gia tăng lượng tiêu dùng năng lượng của người bệnh, do đó góp phần vào việc không thể duy trì được cân nặng. Bổ sung vào vấn đề này, một số khối u ác tính nhất định, và thậm chí một số tế bào bạch huyết (monocyte – bạch cầu đơn nhân to) của chính vật chủ, đã được chứng minh là có giải phóng ra một chất được gọi là *cachectin*. Chất này làm giảm cảm giác thèm ăn bằng cách tác động trực tiếp ở trung tâm ăn uống của não bộ. Cachectin không phải là tác nhân duy nhất như vậy. Chắc hẳn là các khối u thuộc tất cả các thể loại đều có thể tiết ra các chất giống như hoóc-môn, chúng sản sinh những tác động rộng rãi tới dinh dưỡng, miễn dịch và các chức năng sống khác mà cho tới gần đây, vẫn được quy cho là các tác động ký sinh của chính khối u.

Suy dinh dưỡng gây ra những vấn đề vượt quá cả hiện tượng sút cân và mệt mỏi. Cơ thể khỏe mạnh thích ứng với việc thiếu ăn bình thường bằng cách sử dụng các chất béo là nguốn năng lượng chính của nó, nhưng tiến trình này không hiệu quả ở bệnh ung thư, kết quả là phải tận dụng các protein. Không chỉ có điều này và lượng thức ăn đầu vào giảm đi khiến cho

cơ bắp bị suy yếu; mức độ giảm sút của protein cũng góp phần vào hoạt động bất thường của các cơ quan và hệ thống enzyme, và có thể ảnh hưởng đáng kể tới phản ứng miễn dịch. Có bằng chứng cho việc một trong số các chất mà các tế bào khối u giải phóng ra làm suy giảm hơn nữa khả năng miễn dịch. Mặc dù điều này có thể, ít nhất là về mặt lý thuyết, làm tăng sự phát triển của ung thư, ảnh hưởng bất lợi đó dường như lại ít quan trọng hơn so với thực tế rằng, khả năng miễn dịch sút kém, đặc biệt khi bị khuếch đại bởi hóa trị và xạ trị, làm gia tăng sự nhạy cảm với nhiễm trùng.

Viêm phổi và các ổ áp xe, cùng với nhiễm trùng đường tiết niệu và các loại viêm nhiễm khác, thường xuyên là các nguyên nhân trực tiếp gây ra cái chết của bệnh nhân ung thư, và nhiễm trùng là sự kiện cuối cùng phổ biến của chúng. Sự suy yếu hoàn toàn do hội chứng suy nhược trầm trọng không cho phép ho và hô hấp hiệu quả, gia tăng nguy cơ viêm phổi và hít vào chất nôn ra. Những giờ cuối cùng thỉnh thoảng đi kèm với những hơi thở sâu, hồng hộc vốn là một trong những dạng của tiếng nấc hấp hối, khá khác biệt với tiếng ho hấp hối kiểu James McCarty.

Gần đến lúc cuối, một khối lượng giảm sút của máu tuần hoàn và dịch ngoại bào thường dẫn tới sự sụt giảm dần áp lực máu. Cho dù điều này không dẫn đến sốc, nhưng nó có thể khiến cho các cơ quan như gan hoặc thận suy yếu vì thường xuyên thiếu hụt các chất dinh dưỡng và lượng oxy cần thiết, cho dù các cơ quan này không trực tiếp liên quan tới khối u. Vì nhiều người bị ung thư thuộc nhóm tuổi cao, các dạng suy kiệt khác nhau thường gây ra đột quỵ, chứng nhồi máu cơ tim, hoặc suy tim. Tất nhiên, sự hiện diện của một căn bệnh tổng quát về chuyển hóa, như bệnh đái tháo đường, làm cho các vấn đề phức tạp vô cùng.

Cho tới nay, mới chỉ có những loại ung thư vừa được đề cập bắt đầu từ các khối u có nguồn gốc khu biệt ở một cơ quan hoặc mô riêng biệt. Một nhóm nhỏ hơn các bệnh ác tính phân bố rộng rãi hơn ngay từ lúc bắt đầu, hoặc xuất hiện ở nhiều vị trí của một loại mô cụ thể, đặc biệt là máu và hệ bạch huyết. Ví dụ, bệnh máu trắng là một loại ung thư ở các mô chịu trách nhiệm sản sinh ra các tế bào bạch cầu, còn lymphoma (ung thư hệ bạch

huyết) là một khối u ác tính của các hạch bạch huyết và các cấu trúc tương tự. Các bệnh nhân máu trắng và lymphoma đặc biệt dễ bị nhiễm trùng, và nó là nguyên nhân hàng đầu dẫn tới tử vong ở các khối u ác tính này. Một trong những dạng phổ biến của lymphoma là bệnh Hodgkin.

Tôi không thể nhắc tới bệnh Hodgkin mà không chú ý tới một thành tựu đáng chú ý vốn là một mẫu mực về nhiều mặt của các thành tựu y sinh học trong một phần ba cuối thế kỉ XX. Ba mươi năm trước, hầu như tất cả các bệnh nhân Hodgkin đều tử vong, trừ trường hợp tử vong vì bệnh khác trong khoảng thời gian vài năm từ lúc được chẩn đoán đến giai đoạn cuối. Kể từ đó, những hiểu biết tiến bộ về cách thức căn bệnh tự phân bố tới các tuyến bạch huyết, cùng phản ứng của nó với các chương trình hóa trị và chụp X quang siêu điện áp thích hợp, đã mang lại kết quả 5 năm sống không có bệnh đối với khoảng 70% bệnh nhân, tỉ lệ này sẽ là 95% đối với những bệnh nhân bị bệnh được phát hiện khi phạm vi của nó vẫn còn hạn chế; tỉ lệ tái phát sau quãng thời gian này thấp và giảm dần đi mỗi năm. Không chỉ có bệnh Hodgkin mà cả lymphoma nói chung giờ đây cũng thuộc loại ung thư được chữa khỏi nhiều nhất.

Triển vọng được thay đổi đối với những người bị bệnh lymphoma chỉ là một ví dụ về sự tiến triển phi thường trong điều trị ung thư. Một bệnh khác là bệnh máu trắng ở trẻ em. Bạch cầu cấp thể lympho là dạng máu trắng thường gặp nhất ở trẻ em, chiếm tới 4/5 số ca mắc bệnh. Trước đây, tất cả các trường hợp gặp dạng này đều cầm chắc cái chết; ngày nay tỉ lệ 5 năm thuyên giảm liên tục ở bệnh bạch cầu thể lympho cấp tính là 60%, và hầu hết những trẻ này đều sẽ được chữa khỏi. Mặc dù cho tới nay mới chỉ có một vài câu chuyện thành công khác ở hai dạng bệnh vô cùng nghiêm trọng này, xu hướng chung trong chiến dịch chống ung thư có đủ triển vọng để cho phép sự lạc quan thận trọng. Nghiên cứu cơ bản, các cách giải thích mới đối với các hiện tượng lâm sàng của căn bệnh, những ứng dụng tiên tiến của dược học và khoa học tự nhiên, và tinh thần tình nguyện của các bệnh nhân có đủ thông tin trong việc ghi danh vào những đợt thử nghiệm các phương pháp điều trị hứa hẹn trên diện rộng góp phần không nhỏ cho những thay đổi lớn lao trong mấy thập kỉ qua.

Khi tôi chào đời, năm 1930, chỉ có một trong số năm người được chẩn đoán bị ung thư sống được quá 3 năm. Cho đến những năm 1940, con số là một trong bốn. Kết quả của năng lực nghiên cứu y sinh học hiện đại bắt đầu thể hiện vào những năm 1960, khi tỉ lệ những người sống sót đạt tới 1/3. Ở thời điểm hiện tại, 40% bệnh nhân ung thư sống sót sau 5 năm điều trị; tính đến cả những người tử vong vì một vài nguyên nhân không liên quan như bị bệnh tim hoặc đột quỵ, ít nhất có 30% kéo dài được ít nhất là chừng đó thời gian. Rất nhiều người biết rằng những người đạt tới mốc 5 năm không bị bệnh đối mặt với một tỉ lệ giảm xuống rõ rệt của việc tái phát chính khối u ác tính đó. Gần như toàn bộ sự tiến triển đạt được là nhờ vào sự kết hợp của việc chẩn đoán sớm hơn và phương pháp điều trị đã được cải thiện do các yếu tố được liệt kê ở trên đem lại. Phương pháp điều trị được cải thiện và khả năng thành công của các cách tiếp cận không ngừng cải tiến với căn bệnh đã ở giai đoạn sau đem lại hy vọng cho các bệnh nhân ung thư ngày nay. Nghịch lý thay, và thỉnh thoảng là bi kịch nữa, hy vọng đó lại chính là thứ dẫn tới những tình thế tiến thoái lưỡng nan nhiều sai lầm nhất mà các bệnh nhân và các bác sĩ của họ buộc phải đối mặt ngày nay.

Trong sự nghiệp khám chữa bệnh của tôi, có một giai đoạn mà sự kỳ vọng thực tế lần đầu được cảm nhận trong cộng đồng những người làm khoa học rằng căn bệnh ác tính tỏ ra có thể phục tùng việc điều trị dựa trên hiểu biết về sinh vật học tế bào chứ không chỉ là phương pháp phẫu thuật cũ kỹ. Khi càng có nhiều điều được khám phá về tế bào ung thư, những cách thức mới và ngày càng hiệu quả đã được phát triển để chống lại sự tàn phá không kiểm soát được của nó. Cùng tinh thần lạc quan phát sinh từ những thành công trong việc chữa bệnh, một sự kiêu căng tự mãn nảy sinh, đôi khi đến mức vô lý; có câu triết lý nói rằng, việc điều trị phải được theo đuổi cho tới khi sự vô ích được chứng minh, hoặc ít nhất cũng được chứng minh với sự thỏa mãn của bác sĩ.

Tuy nhiên, ranh giới của sự vô ích trong y học chưa bao giờ rõ ràng, và có thể sẽ là quá đáng nếu kỳ vọng rằng chúng sẽ được như vậy. Có lẽ vì lý do này mà trong giới bác sĩ đã nảy sinh một niềm tin – còn hơn cả một niềm tin thuần túy, giờ đây nhiều người cảm thấy nó là một trách nhiệm – rằng nếu

có sai sót xảy ra trong việc điều trị cho một bệnh nhân, thì nó luôn luôn nghiêng về phía làm nhiều hơn chứ không phải ít hơn. Làm nhiều hơn chắc chắn là đáp ứng cho các nhu cầu của bác sĩ nhiều hơn là nhu cầu của bệnh nhân. Chính sự thành công của các biện pháp chữa bệnh bí truyền của bác sĩ cũng thường khiến họ tin rằng mình có thể làm được nhiều hơn việc họ đang làm và cứu những người – nếu để mặc cho tự do ý chí, sẽ lựa chọn không lệ thuộc vào việc cứu chữa của bác sĩ.

Charles Kingsley (1819-1875): linh mục tại nhà thờ ở Anh, cũng là một giáo sư tại trường đại học, sử gia và tiểu thuyết gia.

Tổng Y sĩ Mỹ là cơ quan lãnh đạo hoạt động của Đoàn Ủy nhiệm Y tế Công cộng Mỹ (PHSCC) và là người phát ngôn về các vấn đề có liên quan đến y tế công cộng của chính phủ liên bang Mỹ.

Theo nghĩa triết học là tự do ý chí; còn theo nghĩa thông thường là sự tự quản, tự trị.

Claude Bernard (1813-1878): được coi là ông tổ của sinh lý học hiện đại.

11.

HY VỌNG VÀ BỆNH NHÂN UNG THƯ

Bài học quan trọng hơn cả mà một bác sĩ trẻ học được là lời khuyên rằng anh ta không bao giờ được cho phép các bệnh nhân của mình đánh mất hy vọng, thậm chí cả khi rõ ràng là họ sắp chết. Ngầm ẩn trong lời khuyên thường xuyên được nhắc lại đó là kết luận rằng, nguồn hy vọng của bệnh nhân chính là vị bác sĩ và những lời an ủi anh ta đưa ra; do đó, chỉ bác sĩ mới có khả năng trao hy vọng, giữ gìn hoặc thậm chí là tước đoạt nó. Có nhiều phần sự thật trong một giả thuyết như vậy, nhưng đó không phải là toàn bộ câu chuyện. Trên cả cơ quan y tế – và thậm chí còn vượt quá cả năng lực của bác sĩ ở cơ quan đó, bất kể anh ta có nhân từ tới đâu – chính là quyền lực hợp pháp thuộc về người bệnh và những người yêu quý họ. Trong chương này và chương sau, tôi sẽ viết về những người bị ung thư giai đoạn cuối, một vài hy vọng của họ, tôi đã thấy họ khi thăng khi giáng – và thi thoảng là bị tàn phá hoàn toàn – như thế nào.

Hy vọng là một từ trừu tượng. Thực tế, nó không chỉ là một từ; hy vọng là một khái niệm khó hiểu, có ý nghĩa khác nhau với mỗi chúng ta trong những khoảng thời gian và hoàn cảnh khác nhau trong cuộc đời mình. Thậm chí các chính trị gia cũng biết sức mạnh của nó với tâm trí con người và tâm trí của các cử tri.

Tìm trên từ điển *Webster's Unabridged*^{*}, tôi thấy năm cách hiểu độc lập về ý nghĩa của danh từ *hy vọng*, không kể những từ đồng nghĩa. Những ý nghĩa được kể ra trải rộng từ “cấp độ cao nhất của mong đợi trọn vẹn” tới mong đợi “mong manh”. Trong một mục từ riêng biệt có một ví dụ về cách

sử dụng từ *hy vọng* (hope) như một nội động từ, và có thể nó thể hiện điểm mấu chốt của vấn đề với nhiều bệnh nhân đang chịu đựng căn bệnh ung thư giai đoạn cuối: “*hy vọng hão huyền*”, những người biên soạn từ điển mô tả khái niệm này là “*hy vọng mặc dù có vẻ chẳng có căn cứ gì*”. Một bác sĩ không có trọng trách nào lớn hơn việc đảm bảo rằng không có hy vọng nào là vô căn cứ nếu ông ta trao cho bệnh nhân của mình lý do để tin tưởng vào nó.

Khi tra cứu bộ *Từ điển tiếng Anh Oxford*, có không ít hơn sáu mươi ví dụ minh họa cho các cách sử dụng khác nhau của danh từ này.

Tất cả các định nghĩa về hy vọng đều có một điểm chung: Chúng đề cập tới sự mong đợi về một điều tốt lành chưa thành hiện thực, một nhận thức về một hoàn cảnh tương lai mà trong đó, một mục tiêu mong muốn sẽ được đạt tới.

Tôi sẽ tranh luận rằng, trong rất nhiều kiểu hy vọng mà một bác sĩ có thể giúp bệnh nhân của mình tìm thấy lúc cuối đời, cái hy vọng chứa đựng tất cả những hy vọng còn lại là niềm tin rằng, còn một thành công cuối cùng chưa giành được, thành công hứa hẹn sẽ chiến thắng ngay lập tức mọi đau đớn và muộn phiền. Quá thường xuyên, các bác sĩ hiểu nhầm về các thành phần của hy vọng, nghĩ rằng nó chỉ liên quan tới việc chữa bệnh hay sự thuyên giảm. Họ cảm thấy cần phải truyền đạt tới một bệnh nhân bị ung thư, một cách hàm ý hay tuyên bố rõ ràng, thông điệp sai lầm rằng, vẫn có thể có được vài tháng hoặc vài năm mà không có triệu chứng gì. Khi một bác sĩ nhận từ và hoàn toàn chân thành được hỏi tại sao lại làm như vậy, câu trả lời cơ bản sẽ là: “Bởi vì tôi không muốn tước đi của họ niềm hy vọng duy nhất.” Điều này được làm với những mục đích tốt đẹp nhất, nhưng địa ngục mà con đường dẫn tới được lát bằng những mục đích tốt đẹp này lại trở thành địa ngục đau khổ mà một người bị lừa dối phải vượt qua trước khi quy hàng cái chết chắc chắn sẽ xảy tới.

Đôi khi, chính là để duy trì hy vọng của bản thân mà một vị bác sĩ tự lừa mình bước vào một tiến trình hành động mà tỉ lệ thành công dường như quá nhỏ để bào chữa cho việc bắt tay vào thực hiện. Thay vì tìm cách giúp bệnh

nhân của mình đối mặt với thực tế là cuộc sống sẽ nhanh chóng đi tới hồi kết, ông ta lại cho phép con người ốm yếu đó và chính mình hưởng thụ một kiểu “làm gì đó” về mặt y học để phủ nhận sự hiện diện lơ lửng của cái chết. Đây là một trong những cách thức mà nghề nghiệp của ông ta thể hiện sự chối từ hiện thời của toàn xã hội đối với việc thừa nhận sự tồn tại của sức mạnh của cái chết, và có lẽ chính cả bản thân cái chết. Trong những hoàn cảnh như vậy, vị bác sĩ phải viện đến một hành động trì hoãn thường không có hiệu quả, tận dụng điều từng được một bác sĩ hàng đầu của thế hệ vừa qua, William Bean của Đại học Iowa, gọi là “phụ kiện quấy quả của khoa học y tế, giữ lấy một bóng đen lơ mơ của sự sống chập chờn khi tất cả hy vọng đều đã hết. Việc này có thể dẫn tới những thủ đoạn vô lý và lỗ lã nhất nhằm giữ được những dấu hiệu điển hình nhất định còn lại của sự sống, trong khi cái chết chung cục và trọn vẹn tạm thời lui lại hoặc bị cản trở”.

Ở đây, bác sĩ Bean không chỉ gợi ý tới những máy thở nhân tạo và những điều kiện nhân tạo cuối đời khác, mà còn tới toàn bộ những mưu kế mà nhờ đó chúng ta cố gắng ngoảnh mặt khỏi thực tế rằng tự nhiên luôn luôn chiến thắng. Đây là hy vọng vô căn cứ trái với mong đợi; nó là kiểu “hy vọng hão huyền” mà tôi đã vướng phải khi anh trai tôi bị chẩn đoán ung thư ruột di căn vài năm trước đây.

Anh trai Harvey Nuland của tôi là một người đàn ông sáu mươi hai tuổi khỏe mạnh, vẫn thường đến gặp bác sĩ khi lo lắng về một vài triệu chứng đặc biệt, nhưng mặt khác anh lại không sẵn sàng chịu sự theo dõi y tế cẩn thận. Anh vượt quá mức cân cho phép khoảng từ năm tới bảy cân nhưng hoàn toàn không béo phì. Anh là thành viên quản trị trong một công ty kế toán lớn ở New York, vốn là nguồn thù lao khổng lồ cho anh, mặc dù nó đòi hỏi nhiều giờ làm việc và trách nhiệm lớn lao – có lẽ *bởi vì* nó đòi hỏi nhiều giờ làm việc và trách nhiệm lớn lao. Tuy nhiên, trọng tâm cuộc sống của anh trai tôi không phải là công việc. Hạnh phúc của Harvey là dành cho gia đình. Mãi đến cuối những năm ba mươi tuổi anh mới kết hôn và trở thành bố khi đã ngoài bốn mươi tuổi. Có thể điều đó, cùng với bản chất thiếu gắn kết của gia đình anh em tôi khi chúng tôi lớn lên, là lý do cho việc sự gắn bó gia

đình trở thành ưu tiên hàng đầu trong cuộc đời anh ấy, như thể nó đã được thần thánh hóa vì đã xuất hiện như một phúc lành muộn mắn như vậy.

Một sáng tháng Mười một năm 1989, Harvey gọi điện nói với tôi rằng anh đại tiện không đều và bị đau bụng đã vài tuần, và buổi chiều trước đó bác sĩ của anh phát hiện ra một khối bên phía phải bụng anh. Sẽ có một đợt chụp X quang làm rõ trong ngày hôm đó, và anh muốn tôi biết việc gì đang xảy ra. Anh cố gắng nói thật đơn giản, nhưng chúng tôi đã cùng nhau trải qua quá nhiều điều nên tôi không dễ bị đánh lừa. Anh cũng không nuốt nổi mấy lời an ủi mà tôi cố gắng nói ra. Những lời dỗ dành ngọt ngào cũng không thể khiến ngay cả con người chân thật nhất đời này bớt lo lắng, chúng tôi hiểu thấu nhau, như những anh em trai vẫn thường thế, nhưng chỉ tôi biết chẩn đoán của anh có khả năng tệ đến mức nào. Một khối gây đau đớn ở một người đàn ông sáu mươi hai tuổi có vấn đề về đại tiện và lịch sử ung thư ruột trong gia đình sẽ gần như hiển nhiên chứng tỏ là có một khối u ác tính gây tắc nghẽn một phần – và khối u này chắc chắn đã vượt quá khả năng điều trị hiệu quả.

Kết quả chụp X quang xác nhận nỗi lo ngại của tôi, và Harvey nhập viện tại một trung tâm y tế của một trường đại học lớn. Anh chọn nó bởi vì công việc đã đem lại cho anh mối quan hệ với một thành viên cấp cao của khoa dạ dày-đường ruột. Bác sĩ phẫu thuật mà tôi giới thiệu thì đi vắng vì tham dự một cuộc họp quốc gia, và có vẻ như nguy cơ đe dọa của vật gây tắc nghẽn này đòi hỏi phải có sự can thiệp khẩn cấp. Theo đó, cuộc phẫu thuật được tiến hành bởi một người tôi không quen biết nhưng được các chuyên gia dạ dày-đường ruột đánh giá cao. Harvey được phát hiện bị một khối u ác tính lớn trong ruột, đã xâm chiếm các mô xung quanh đại tràng phải và hầu hết các mạch bạch huyết đang kiệt quệ. Khối u đã ký thác các khối của chính nó trên vô số các bề mặt và các mô bên trong ổ bụng, di căn tới ít nhất nửa tá vị trí trong gan, và ngấm toàn bộ cơ bưng nổ chết người trong một bụng chất lỏng chứa đầy các tế bào ác tính – những phát hiện không thể nào tệ hơn được nữa. Tất cả những điều này theo sau chỉ vài tuần có triệu chứng.

Bằng cách nào đó, nhóm phẫu thuật loay hoay cắt đi phần ruột mà khối u bắt nguồn, do đó phá vỡ vật gây tắc nghẽn của Harvey. Các khối ung thư phải bị để lại – nằm trong vô số các mô và trong gan. Khi Harvey hồi phục sau cuộc phẫu thuật, tôi vật lộn với vấn đề kếp về sự thật và điều trị. Tôi là người đưa ra các quyết định, bởi vì rõ ràng là anh trai tôi sẽ làm theo đề xuất của tôi. Nhưng làm sao tôi khách quan trong việc cố gắng đưa ra ý kiến lâm sàng cho chính máu mủ ruột rà của mình đây? Tuy thế, tôi không thể né tránh trách nhiệm của mình bằng cách viện tới sự đa cảm của một cậu em trai biết rằng người bạn đầu tiên thời thơ ấu của mình sắp qua đời. Làm như thế khác nào bỏ rơi không chỉ Harvey mà còn vợ anh, Loretta, và hai đứa con đang ở tuổi học đại học của họ nữa.

Không có một chỉ dẫn chắc chắn, hay thậm chí là sự thông cảm nào, từ phía các bác sĩ của Harvey. Đến lúc đó, họ tỏ ra là những người xa cách không thể tiếp xúc và chỉ biết đến bản thân mình. Họ có vẻ quá xa cách với những cảm xúc thật của chính họ, đến nỗi không thể cảm nhận được cảm xúc của chúng tôi. Khi tôi thấy họ khệnh khạng về quan trọng lướt nhanh từ phòng này qua phòng khác, tôi thấy mình gần như hàm ơn những bi kịch trong cuộc đời đã giúp tôi không giống như họ. Hàng thập kỉ quan sát các chuyên gia đào tạo cao cấp ở trường đại học, đồng thời là đồng nghiệp của tôi, đã thuyết phục tôi về sự nhạy cảm của đa số mọi người và sự cô lập của một số người tương đối ít. Ở nơi này, có vẻ số tương đối ít đó là những người chịu trách nhiệm chính.

Với gánh nặng này trên hai vai, tôi phạm hàng loạt sai lầm. Việc tôi làm những điều đó với cái tưởng như những dự định tốt đẹp nhất không làm nhẹ bớt cảm nhận của tôi về chúng khi nhớ lại. Tôi đã bị thuyết phục rằng nói với anh trai mình toàn bộ sự thật sẽ “tước đi hy vọng cuối cùng của anh ấy”. Tôi đã làm đúng điều mà tôi căn dặn những người khác đừng làm.

Harvey có đôi mắt rất xanh. Tôi cũng vậy và cả bốn đứa con tôi cũng vậy. Những đôi mắt xanh ấy chúng tôi được thừa hưởng từ mẹ tôi. Sau ca mổ, anh nằm viện ba tuần dài đằng đẳng. Trong tuần đầu, mỗi khi tôi tới thăm anh, đồng tử của anh co hẹp lại như đầu đinh ghim vì morphine hay chất gây

mê khác bắt buộc phải sử dụng để trấn áp cơn đau không ngớt từ vết rạch kéo dài từ xương sườn tới xương mu. Mặc dù cận thị nặng, thời gian này anh hiếm khi đeo kính, và tôi thấy trong đôi mắt xanh kỳ lạ đó một cái nhìn chưa bao giờ có từ hồi chúng tôi còn là hai đứa trẻ chơi trò stickball* ở Bronx sau giờ học. Bằng cách nào đó, đau ốm trả lại cho Harvey sự ngây thơ thuở còn niên thiếu và lòng tin. Anh có vẻ lại là một cậu bé, người anh cả ấy, người mà tôi thường gặp gỡ để xin lời khuyên và sự giúp đỡ trong suốt cuộc đời mình. Còn tôi, với sức khỏe mạnh mẽ của mình, vẫn là một người đàn ông trưởng thành. Trong những ngày sau phẫu thuật này, tôi đã quyết định sẽ bảo vệ anh trai mình khỏi nỗi khổ sở mà những người biết rằng không có hy vọng gì cứu chữa phải gánh chịu. Khi nhớ lại, bây giờ tôi nhận ra rằng tôi cũng đã cố gắng bảo vệ cả bản thân mình nữa.

Tôi không biết đến loại liệu pháp hóa học hay miễn dịch nào có thể cản căn bệnh ung thư đã tiến triển đến mức ấy khỏi tiến trình của nó. Ở New Haven, tôi đã “thảo luận tình huống” (một cách nói tránh cho việc tôi thực sự làm, tức là vắt kiệt trí não của các bác sĩ chuyên khoa ung thư trong cuộc tìm kiếm phép màu của mình) với các đồng nghiệp. Dăm ba lần, tôi cố gắng nói chuyện rõ ràng với các bác sĩ của Harvey, tôi thấy việc này giống như một sự rèn luyện cảm giác ê chề và bài học về thói kiêu căng trong y học. Tôi có nghe nói về một phương pháp điều trị mới đang được thử nghiệm, sử dụng một sự phối hợp khác thường hai tác nhân theo cách chưa bao giờ được thử trước đó. Một trong hai thứ thuốc đó, *5-fluorouracil*, cản trở các tiến trình trao đổi chất của các tế bào ung thư, và chất còn lại, *interferon**, có tác động chống ung thư theo những cách thức chưa được hiểu rõ hoàn toàn. Chương trình *5-fluorouracil – interferon* đã làm giảm số lượng khối u ở 11 trong số 19 bệnh nhân thuộc một nhóm có quy mô bất kỳ được đem ra thử nghiệm, nhưng nó không chữa lành được cho ai cả. Số lượng nhỏ các bệnh nhân được điều trị phải chịu một dạng tác dụng phụ cực kỳ độc hại, thậm chí còn có một người chết vì hóa trị.

Tôi cố gắng tìm ở bệnh viện của Harvey một bác sĩ có kinh nghiệm trong việc phối hợp thuốc. Tôi để bản năng của một người em lần át đánh giá của mình với tư cách một bác sĩ phẫu thuật đã dành cả sự nghiệp để điều trị cho

những người mắc những căn bệnh hiểm nghèo. Điều gì có thể khiến tôi tin tưởng rằng một sự tình cờ độc đáo trong điều trị nào đó sẽ xuất hiện để giải quyết điều mà lý trí của tôi biết rằng không thể giải quyết được? Liệu tôi có thể đã thật lòng nghĩ rằng một phương pháp chữa trị tiềm năng hay thậm chí một biện pháp tức thời hợp lý nào đó sẽ xuất hiện một cách thần kỳ đúng vào khoảnh khắc mà anh trai tôi bị phát hiện là mắc bệnh ung thư mà tôi biết là đã vượt quá bất cứ khả năng điều trị nào? Nhìn lại việc đó, tôi không chắc mình đã nghĩ gì – có vẻ tôi chỉ bị thúc đẩy bởi sự bất lực của mình khi không dám nói với Harvey sự thật về tiên lượng bệnh của anh.

Tôi không thể đối mặt với anh trai mình và nói những lời nên nói; tôi không thể chịu đựng gánh nặng tức thì của việc làm anh đau đớn, vì vậy tôi đánh đổi khả năng có được sự an ủi từ một cái chết suôn sẻ có thể sẽ tới lấy niềm “hy vọng” sai lầm mà tôi nghĩ mình đã trao cho anh.

Tôi đã nhìn sâu vào đôi mắt xanh ngầy thơ đầy tin cậy ấy và thấy anh trai tôi đòi hỏi ở tôi sự giải thoát. Tôi biết mình không có khả năng đem lại điều đó, nhưng tôi cũng biết rằng tôi có thể không ép mình tước đi niềm hy vọng của anh rằng bằng cách nào đó, tôi sẽ tìm ra cách. Tôi nói với anh về bệnh ung thư đại tràng và ổ di căn trong gan của anh nhưng quyết định không tiết lộ về phạm vi của những chỗ tích tụ khác hay ý nghĩa của chất dịch. Chưa bao giờ tôi cân nhắc đến việc chia sẻ với anh điều tôi đã biết về tiên lượng bệnh, rằng gần như chắc chắn là anh sẽ chẳng sống được tới mùa hè. Về mọi mặt, tôi đã quay trở lại với tuyên ngôn gia trưởng sai lầm của những vị giáo sư đã dạy tôi từ một thế hệ trước: “Hãy chia sẻ niềm lạc quan và giữ sự bi quan cho riêng mình.”

Trong tất cả những điều này, tôi làm theo dấu hiệu từ đôi mắt của Harvey và những lời nói của anh. Không ai từng điều trị cho các bệnh nhân ung thư lại coi nhẹ sức mạnh của cơ chế của tiềm thức mà chúng ta gọi là sự phủ nhận, vốn vừa là bạn vừa là kẻ thù của một người bệnh nặng. Sự phủ nhận bảo vệ trong lúc nó gây cản trở, và làm nhẹ bớt trong chốc lát điều mà rốt cuộc nó sẽ làm cho khó khăn hơn. Dù rất ủng hộ nỗ lực của Elisabeth Kübler-Ross^{*} trong việc phân loại một chuỗi các phản ứng khi nhận được

chẩn đoán những căn bệnh chết người, tất cả các bác sĩ điều trị có kinh nghiệm đều biết rằng, một số bệnh nhân không bao giờ, ít nhất là công khai, vượt qua được sự phủ nhận; nhiều người khác khư khư giữ lấy phần lớn sự phủ nhận ấy cho tới tận lúc cuối cùng, bất chấp tất cả những nỗ lực của bác sĩ hòng làm rõ từng vấn đề mỗi khi nó xuất hiện. Những lời giải thích về sức ảnh hưởng của sự phủ nhận tự thân nó cũng bị phủ nhận. Harvey Nuland có một trí tuệ ưu việt và đôi tai tuyệt vời, không kể tới hiểu biết sâu sắc thường thấy ở những người vốn quen với nghịch cảnh, nhưng – hết lần này đến lần khác – tôi sửng sốt trước mức độ phủ nhận ở anh, cho tới tận sát những ngày cuối cùng. Có gì đó trong anh từ chối bằng chứng từ những cảm giác của mình. Tiếng la hét đòi được sống đã nhận chìm những lời cầu xin được biết của anh.

Sự phủ nhận là một trong hai yếu tố làm những mục đích tốt đẹp nhất của chúng ta phức tạp lên rất nhiều, khi là bác sĩ hoặc người thân của người sắp lìa đời, chúng ta tìm cách khiến người đó tham gia đầy đủ vào những lựa chọn phải được đưa ra trong những ngày còn lại. Không mấy người hấp hối có nhận thức tỉnh táo về điều không tránh khỏi trong tiến trình bệnh tật của mình lại sẵn sàng trải qua những nỗ lực liều lĩnh và cực nhọc nhằm chống lại cái kết dường như đã cận kề. Tuy nhiên, chính trong “nhận thức tỉnh táo về tiến trình bệnh tật của mình”, lý lẽ và lập luận thỉnh thoảng bị nhấn chìm, và sự phủ nhận là yếu tố cản trở chính. Ví dụ, phủ nhận là một nhân tố đáng kể trong tần suất thường xuyên đến kinh ngạc mà những người sắp lìa đời từ chối đương đầu khi đã cận kề với hoàn cảnh mà trong lúc vẫn còn khỏe mạnh họ đã lường trước được và đã viết giấy dặn trước là không cần nỗ lực cứu sống họ. Khi đã đạt tới cao điểm của khủng hoảng, hầu như không ai muốn cuộc sống của mình kết thúc, và cách tốt để trí tuệ minh mẫn tránh khỏi nó là trí tuệ không minh mẫn phủ nhận rằng nó sắp xảy ra.

Một chương ngại khác cho việc tham gia đầy đủ là việc nhiều bệnh nhân từ chối sử dụng quyền độc lập suy nghĩ và tự ra quyết định – nói cách khác, là sự kiểm soát của họ. Nhà phân tâm học và luật gia Jay Katz^{*} đã sử dụng thuật ngữ *psychological autonomy* (tự chủ tâm lý) để chỉ rõ quyền độc lập này. Nhiều bệnh nhân bị sự tàn phá của bệnh tật làm cho kiệt sức hoặc bị

tính tức thì của một tình huống tàn khốc lẫn át sẽ trở nên ngần ngại hoặc xúc động đến mức không thể sử dụng quyền tự chủ của mình. Không dễ dàng giải quyết nhu cầu được chăm sóc và trút bớt trách nhiệm trong những hoàn cảnh như vậy, và nó có thể dẫn tới những quyết định sai lầm. Nhưng vấn đề có thể được giảm nhẹ nếu cả bệnh nhân và người chăm sóc đều cùng nhau suy nghĩ về nó. Khi điều đó được thực hiện, một người hấp hối thỉnh thoảng sẽ quyết định rằng họ muốn tham gia hăng hái hơn nhiều so với mức họ nghĩ là mình có thể. Nếu họ không như vậy, thì điều đó cũng phải được tôn trọng.

Trong khi cố gắng làm điều đúng đắn cho Harvey, tôi đã trở thành thứ mà anh muốn, và làm như vậy đã thỏa mãn được ảo tưởng của anh về tôi và của cả chính tôi nữa: người em trai thông minh đã vào được trường y, trở thành ngài biết tuốt và là một nhà tiên tri về y học, có quyền năng của đức Chúa Trời. Tôi không thể từ chối anh kiểu hy vọng mà anh có vẻ cần. Tôi sẽ dẫn dắt những lực lượng thuốc men tinh nhuệ và giải cứu anh khỏi bờ vực của cái chết. Đây là một sự tự nhìn nhận cần ý thức phổ biến nhất ở mọi bác sĩ, và đôi mắt của anh trai tôi thuyết phục tôi đầu hàng nó. Nếu ngày đó tôi sáng suốt hơn, hoặc có tham vấn các đồng nghiệp khách quan thân quen với tôi, chắc tôi đã có thể hiểu rằng, cách tôi trao cho Harvey niềm hy vọng mà anh đòi hỏi không chỉ là sự lừa gạt mà, với những gì chúng tôi đã biết về độ độc hại của những thuốc thử nghiệm, còn là một nguồn gần như chắc chắn chất thêm nỗi đau khổ cho tất cả chúng tôi.

Harvey phải nằm viện thêm ba lần trong mười tháng còn lại của cuộc đời sau cuộc phẫu thuật. Anh phải nhập viện để giám sát giai đoạn bắt đầu hóa trị, và gần đến lúc cuối, anh phải quay trở lại khi lớp đọng của khối u đang phát triển lại cản trở đường ruột, lần này là bất hoàn toàn. Vật cản tự động mở ra vừa đủ để anh tiếp nhận qua miệng lượng chất lỏng đủ để tránh phẫu thuật lần nữa, nhưng không đủ để duy trì ngay cả tình trạng suy dinh dưỡng trước đó của anh. Dù giai đoạn cuối cùng trong viện quả thật rất khó khăn, nhưng chính giai đoạn trước nó mới để lại những ký ức dằn vặt đau khổ nhất.

Con trai của Harvey, Seth, đã xin nghỉ học một năm để làm việc trong một kibbutz (khu định cư) ở Israel, nhưng đã trở về nhà để làm người chăm sóc chủ yếu cho bố vì Harvey khẳng khẳng rằng vợ anh, Loretta, không được bỏ công việc chính thức của chị tại một trường cao đẳng cộng đồng ở địa phương. Một tối thứ Sáu, Seth gọi điện cho tôi để báo rằng Harvey đã nằm trên cáng ngoài phòng cấp cứu của bệnh viện hai ngày nay, chịu đựng tác động kịch độc của thuốc và chập chờn nửa mê nửa tỉnh. Cậu, chị gái Sara, và Loretta đã thay phiên nhau túc trực, mặc dù ông thường xuyên không nhận thấy là họ ở đó. Tất cả các tầng trong cả tòa nhà đều không có sẵn giường. Tác động của chất độc trong thuốc – buồn nôn, tiêu chảy, suy giảm khả năng tạo ra các tế bào bạch cầu của tủy xương – là vấn đề xuất hiện ngay từ đầu nhưng càng ngày càng trở nên khó kiểm soát hơn. Rõ ràng, mọi điều giờ đây đã vượt khỏi tầm kiểm soát. Vị giáo sư là bác sĩ điều trị ung thư của Harvey đã đi nghỉ cuối tuần và các đồng sự đang được đào tạo của ông có vẻ không quan tâm hoặc không thể làm gì nhiều hơn ngoài việc đề nghị đặt ống truyền tĩnh mạch.

Khi tới bệnh viện vào sáng hôm sau, tôi thấy tất cả các ngăn trong phòng cấp cứu lộn xộn đều đã có người. Chen chúc ở hành lang hẹp bên ngoài là ít nhất bảy cái cáng, trong đó có một số người ốm nặng nhất tôi từng thấy bị lèn chặt vào một không gian bé tí, và hầu hết bọn họ đến là vì AIDS hoặc u ác tính. Khi tôi cẩn thận lách qua khoảng không gian chật hẹp giữa các bệnh nhân và đám người nhà cùng những bạn bè căng thẳng, tôi thấy cháu trai mình đang đứng đầy thất vọng cạnh cái cáng mà ông bố bất tỉnh đang nằm. Ở phía chân cáng là cháu gái tôi, ngồi gập người và nhìn chăm chăm xuống sàn nhà. Con bé nhìn về phía tôi và cố gắng trao cho tôi một nụ cười mệt mỏi, nhưng nước mắt bắt đầu chảy trên khuôn mặt nó.

Trong suốt cả ba ngày Harvey chập chờn lúc mê lúc tỉnh trong hành lang bệnh viện ồn ào đó, thân nhiệt của anh lên xuống giữa 39 và 40 độ C. Bất chấp những nỗ lực dũng cảm của các y tá ngập đầu trong công việc, cố gắng chăm sóc chút ít cho tất cả mọi người, cùng sự giúp đỡ từ vợ và các con mình, Harvey đã phải nằm một thời gian dài trong đám chất lỏng vì tiêu chảy tự động thải ra định kỳ, phản ứng lại với tác động phá hủy đường ruột

của thuốc. Thậm chí các giai đoạn nhận thức của anh cũng không hoàn toàn rõ ràng, hầu hết thời gian anh không chắc chắn về nơi mình đang ở hay tình trạng của mình.

Tôi nói với bác sĩ nội trú đang liên tục gọi xuống văn phòng nhập viện hòng xếp chỗ cho một số bệnh nhân ốm nặng nhất của mình, và bà đã đồng ý cố gắng một lần nữa, vui sướng trước cơ hội sử dụng mối quan hệ y khoa của mình để giúp cho ít nhất một người trong số họ có được một chiếc giường thực sự. Chắc là một nhân viên nhạy cảm đã nhận nhiệm vụ, bởi vì chiến lược đó đã thành công – trong vòng hai giờ, Harvey được lên một trong số các tầng chăm sóc. Khi chúng tôi đẩy xe chở anh vào thang máy, tôi lén đưa ánh mắt tội lỗi cuối cùng về phía khoảng trống bên cạnh chỗ chúng tôi vừa bỏ lại, nơi một cậu bé kiệt sức chẳng lớn hơn cháu trai tôi là mấy đang lờn vờn quanh một cái cang phủ kín chắn. Cậu ấy đang nhẹ nhàng trò chuyện với một người bạn đang run rẩy của mình, một chàng trai trẻ khác sắp chết vì AIDS.

Harvey đã phải trả giá đắt cho hy vọng hứa hẹn không thành. Tôi đã trao cho anh cơ hội cố gắng làm điều không thể, mặc dù tôi đã biết sự cố gắng ấy phải được mua với cái giá là nỗi đau đớn kinh hoàng. Khi có liên quan tới anh trai mình, tôi đã quên, hay ít nhất là đã từ bỏ, những bài học được học từ hàng thập kỉ trải nghiệm. Ba mươi năm trước, khi không có liệu pháp hóa học, Harvey chắc hẳn đã chết vào cùng thời điểm mà rốt cuộc thì anh cũng đã qua đời, vì bị suy nhược, gan không đủ chất, và mất cân bằng hóa học lâu ngày, nhưng cái chết của anh đã không bị cộng thêm sự tàn phá của những điều trị vô ích và khái niệm sai lầm về “hy vọng” mà tôi đã không nỡ từ chối anh cùng gia đình, cũng như chính bản thân tôi. Sau khi nghe tôi giải thích về tần số cao của mức độ độc hại nguy hiểm ở một vài kiểu điều trị tàn khốc mà khả năng thành công là rất nhỏ, một vài bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối của tôi đã khôn ngoan lựa chọn không làm gì cả, và tìm niềm hy vọng của mình theo cách khác.

Đến khi Harvey hồi phục sau lần suýt chết này, chỗ di căn ở gan của anh, nơi ban đầu đã co lại tới 50% khi phản ứng với cách điều trị mới, đã lan

rộng trở lại. Bởi vì điều này và thực tế là các khu vực khác của khối u không bao giờ ngừng phát triển, rõ ràng là không còn lý lẽ nào bào chữa thêm cho việc tiếp tục liệu pháp hóa học. Anh về nhà chờ chết.

Đến lúc này tiếp dẫn đường^{*} ở địa phương mới được nhớ tới. Tôi từng là thành viên ban quản trị của Tiếp dẫn đường Connecticut, và nhiều bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối của tôi đã được trợ giúp nhờ sự chăm sóc của các y tá và bác sĩ tận tâm ở đây. Mục đích của họ là niềm an ủi, và khái niệm an ủi của họ bao gồm toàn bộ cuộc sống của bệnh nhân và gia đình họ. Tiếp dẫn đường ở địa phương bắt tay vào việc ngay lập tức, hướng dẫn Loretta cách sắp xếp nhà cửa sao cho giảm thiểu nỗi đau của Harvey. Seth được dạy cách cho thuốc khi đau đớn và nôn mửa, và học những kỹ thuật hữu ích để giúp cha mình đi lại quanh nhà.

Thêm một lần nhập viện trở nên cần thiết khi ung thư tiếp tục phát triển và cuối cùng gây tắc nghẽn đường ruột. Quá nhiều vùng ruột non bị thắt lại thành đám u xâm lấn mà phẫu thuật là không khả thi. Ngay khi tình hình có vẻ đã tới hồi kết, đường ruột tự động mở ra vừa đủ để Harvey có thể trở về nhà. Lần này, tôi đề nghị vị bác sĩ phẫu thuật mà theo ban đầu tôi lựa chọn tiếp nhận ca bệnh, và tôi sẽ biết ơn ông mãi mãi vì đã khôi phục cho tất cả chúng tôi cảm giác về sự tận tụy và lòng tốt cũng như những luân thường đạo lý khác.

Thậm chí với những chuyến thăm tiếp dẫn đường thường xuyên và sự chăm sóc hết mình của Seth, khi đó đã trở thành người bạn trung thành và y tá của Harvey, nỗi đau và tình trạng suy yếu ngày một tăng vẫn thật khó kiểm soát. Sự thu hẹp của đường ruột ngăn cản việc duy trì bất cứ nguồn dinh dưỡng nhỏ nào; thuốc men đã phải đưa vào bằng đường hậu môn. Harvey vốn đã sụt cân ghê gớm, nhưng giờ đây, tình trạng suy nhược của anh còn xấu đi nhanh chóng.

Khi tôi tới thăm, Harvey và tôi cùng ngồi trên tràng kỷ và cố gắng làm cho nhau phấn chấn. Một vài lần, khi chúng tôi được ở riêng với nhau trong khoảng thời gian ngắn ngủi, chúng tôi nói về Loretta và bọn trẻ và mọi việc sẽ thế nào sau khi anh ra đi. Thỉnh thoảng, chúng tôi không nói về tương lai

không có anh mà nói về thời xa xưa, tưởng như mới hôm qua, khi chúng tôi còn là những cậu bé ở Bronx nói tiếng Yiddish với Bubbeh. Đã qua rồi những lúc sự cáu bẳn và những tranh cãi về nghề nghiệp nảy sinh khi hai anh em cứng cỏi kết hôn và cuộc sống cuốn theo những hướng khác hẳn nhau. Trong những tuần cuối cùng này, điều an ủi tôi là nhắc lại cho Harvey nhớ về những lần khó khăn mà tôi vấp phải vài thập kỉ trước, khi anh chính là người biết phải giúp tôi như thế nào – hơn hai mươi năm trước, tôi đã bỏ lại tất cả những điều quan trọng trong cuộc sống của mình và du lịch tới một bờ biển âm đạm xa xôi, tôi chỉ trở lại vì anh không bao giờ hoài nghi việc tôi sẽ trở về. Mặc cho sự xa cách đôi khi vẫn xen vào giữa chúng tôi, cả hai đều không nghi ngờ tình cảm của người kia, nhưng giờ đây việc nói ra điều đó trở nên vô cùng quan trọng với chúng tôi. Tôi hôn anh mỗi khi trở lại New Haven. Lần cuối cùng là hai ngày trước khi hành trình nhọc nhằn dài đặc của anh kết thúc lặng lẽ trên chiếc giường mà anh và Loretta đã cùng chia sẻ bao nhiêu năm qua.

Trong suốt mấy ngày sau đám tang, sáng nào tôi cũng tới cùng Seth và Sara đọc những lời cầu nguyện dành cho người tiền đưa, bài kinh Kaddish^{*}. Tôi thuộc nằm lòng những lời cầu nguyện bởi vì tôi đã cần đến chúng thường xuyên kể từ buổi sáng tháng Mười hai lạnh lẽo nửa thế kỉ trước, khi Harvey và tôi đứng cùng nhau trước nấm mồ còn chưa lấp của mẹ, đọc chúng lần đầu tiên.

Trong kỉ nguyên y sinh học công nghệ cao này, khi khả năng như trêu người của những phương pháp điều trị mới kỳ diệu hằng ngày diễn ra trước mắt chúng ta, ham muốn trông thấy niềm hy vọng trong điều trị là vô cùng mãnh liệt, thậm chí trong cả những trường hợp khi cảm nhận thông thường đòi hỏi điều khác. Quá thường xuyên, việc giữ lấy niềm hy vọng kiểu này đồng nghĩa với việc dối trá, và còn thường xuyên hơn, sự dối trá này tỏ ra là một sự báo hại chứ không phải là chiến thắng tưởng như được hứa hẹn ban đầu.

Tôi không phải là người đầu tiên lên tiếng đề nghị rằng, với tư cách là bệnh nhân, là gia đình họ, và thậm chí là cả bác sĩ, chúng ta cần phải tìm

kiếm hy vọng theo những cách khác, những cách thực tế hơn, thay vì theo đuổi những cách chữa bệnh mơ hồ và đầy nguy hiểm. Trong việc chăm sóc một căn bệnh đã trở nặng, cho dù là ung thư hay một vài căn bệnh chết người khác, hy vọng nên được định nghĩa lại. Một vài bệnh nhân ốm nặng nhất của tôi đã dạy tôi vô số niềm hy vọng có thể đến khi cái chết cầm chắc trong tay. Tôi ước gì mình có thể tuyên bố rằng có rất nhiều người như vậy, nhưng thực tế chỉ có một vài người. Hầu hết mọi người đều có vẻ muốn nắm lấy cơ hội với con số thống kê ít ỏi mà các bác sĩ chuyên khoa ung thư đã trao cho các bệnh nhân bệnh nặng. Thông thường, họ chịu đựng nó, họ tàn phá những tháng cuối cùng của mình vì nó, và dù thế nào đi nữa thì họ cũng vẫn chết, sau khi đã chất chồng những gánh nặng mà họ và những người yêu thương của họ phải gánh tới những khoảnh khắc cuối cùng. Mặc dù ai cũng có thể khao khát một cái chết yên bình, bản năng sống sơ đẳng còn có ảnh hưởng mạnh hơn nhiều.

Khoảng mười năm trước, tôi chăm sóc một người đàn ông đã tuyệt vọng và sợ hãi đến tê liệt trước việc điều trị. Điều đó xui khiến anh tìm kiếm niềm hy vọng ở những nơi khác, thay vì các nỗ lực y học. Anh đã từ bỏ khả năng chữa chạy và giảng hòa cái chết, hay ít nhất thì cũng quyết định rằng nếu có phép thần xuất hiện, chúng sẽ tới từ bên trong bản thân anh chứ không phải từ một vị bác sĩ chuyên khoa ung thư nhiệt thành nào đó.

Robert DeMatteis là một luật sư 49 tuổi và là chính khách hàng đầu ở một thành phố nhỏ thuộc bang Connecticut, anh vô cùng sợ bác sĩ. Mười bốn năm trước, tôi đã điều trị cho anh những vết thương lan rộng do một tai nạn ô tô. Và trong suốt thời gian anh nằm viện, tôi đã kinh ngạc trước sự bất lực của anh trong việc chịu đựng những cảm giác khó chịu tối thiểu, hay thậm chí chỉ là khả năng có thể có cảm giác đó. Vợ anh, Carolyn, là một y tá, thực tế đó không mấy may làm giảm đi nỗi e sợ tăng lên một cách rõ ràng của anh khi chỉ tiếp xúc đơn thuần với một người vận áo khoác trắng. Carolyn đã có lần nói với tôi rằng anh thường khăng khăng bắt chị bỏ đồng phục lại bệnh viện nơi chị làm việc, bởi vì chỉ cần nhìn thấy nó ở trong nhà mình cũng khiến anh căng thẳng.

Bob thuộc kiểu người không ai có thể ra lệnh được. Anh có vẻ tự hào với tính ngoan cố của mình, và một trong những biểu hiện của tính cách ấy là sự xem thường đến quá mức sức khỏe của mình. Anh tảng lờ không chỉ sức khỏe mà còn tất cả những vấn đề khác về cơ thể mình, ngoại trừ sự thèm ăn vô độ với thức ăn ngon. Với chiều cao 1m73, Bob DeMatteis nặng tới 145kg. Đối với gia đình, một phạm vi lớn bạn bè, và với những người dân thị trấn tới gặp anh để nhờ giải quyết các vấn đề, cái gã nhìn có vẻ ghét bỏ loài người này là một người đàn ông nhiệt tâm và thích giao du. Tuy nhiên, thoát nhìn, vóc người lừng lững và cái vẻ cau có của anh khiến cho người ta sợ đến thót tim. Anh tuyệt đối trung thành cũng như kiên quyết trong tranh cãi, một người đàn ông quen được người khác tôn trọng ý kiến của mình. Sự đe dọa từ giọng nói trầm, khàn của anh khiến cho cả sự dịu dàng cũng giống như một lời hăm dọa.

Bob hầu như không có vẻ là kiểu người co rúm lại khi thấy một cô gái trẻ cầm kim tiêm. Anh hay đùa về nỗi sợ hãi của mình, nhưng thỉnh thoảng nó cũng làm cản trở việc chăm sóc, và không dưới một lần trong suốt thời gian anh nằm viện vì chấn thương, nỗi sợ đó ngăn không cho tôi xử lý những vết thương của anh một cách tối ưu.

Với tất cả những ký ức từ mười bốn năm trước nay, tôi không vui vẻ gì khi bác sĩ nội trú của Bob gọi cho tôi vào một chiều giữa tháng Năm. Bob đã phải nhập viện sáng hôm đó sau khi bị chảy một lượng lớn máu tươi từ trực tràng, và đã được truyền máu khẩn cấp. Khi tôi gặp anh, anh đưa ra một manh mối thú vị khiến tôi nghĩ anh đã bị rỉ ra lượng máu rất nhỏ trong vài tháng trước, trước trận xuất huyết bất ngờ hôm nay. Anh nói rằng anh đã thấy khó chịu ở bụng từ thứ Sáu, tình hình ngày một tệ hơn. Anh cũng mô tả sự thay đổi tinh tế nhưng rõ ràng trong mùi phân. Màu sắc không thay đổi nhưng mùi lạ thì không thể nhầm lẫn được – nó phát sinh cùng sự xuất hiện của máu. Một tháng trước đó, khi Carolyn cuối cùng cũng lôi được anh tới gặp bác sĩ nội trú, một loạt các xét nghiệm chụp X-quang được tiến hành cho thấy hiện tượng ăn mòn trên bề mặt tá tràng nhưng không bị loét. Một vài chỗ dày đặc được xác định ở van ruột tịt (manh tràng), là nơi ruột non đi vào đại tràng. Bob được trấn an rằng không có khối u nào được tìm thấy.

Hiện tượng chảy máu ồ ạt ngừng lại trong vòng vài giờ sau khi Bob nhập viện ở Bệnh viện Yale-New Haven, lúc này có thể tiến hành một đánh giá toàn diện về đường tiêu hóa. Sự chú ý được tập trung vào đại tràng hơn là phần cao hơn do độ dày lên bất thường được tia X-quang phát hiện, cũng như một số phát hiện về cơ thể khác. Chúng tôi không ngạc nhiên khi thiết bị phân tích cấu trúc tế bào được gọi là *colonoscope*^{*} phát hiện ra không phải là lớp dày thêm, mà là một khối u tại van hồi manh tràng.

Đúng như dự đoán, Bob phản ứng kích động điên cuồng trước tin anh cần được phẫu thuật, anh thẳng thừng từ chối việc đó. Khi đã nguôi xuống đôi chút, anh bắt đầu cầu nhàu và phàn nàn, thậm chí còn chửi rủa, nhưng vợ anh kiên nhẫn thuyết phục, cuối cùng cũng khiến anh đồng ý. Tôi không nghĩ mình từng gặp một người nào sợ phẫu thuật hơn thế. Tôi luôn cố gắng đứng bên cạnh bệnh nhân khi bắt đầu dùng thuốc gây mê, như thế tôi có thể trò chuyện và nắm tay họ, nhưng ở bên cạnh Bob là một kiểu trải nghiệm hoàn toàn mới mẻ. Sau ca mổ, tôi phải xoa bóp các ngón tay mình vài phút trước khi bắt đầu rửa sạch, bởi vì có vẻ như anh đã nắm chúng tới bật máu lúc anh bất đắc dĩ cho phép mình ngấm thuốc mê.

Những phát hiện qua phẫu thuật là một cú sốc. Trông đợi sẽ nhìn thấy một khối u khá nhỏ đã bị làm loét ra vừa đủ để chảy máu, điều tôi bắt gặp không gì khác hơn (và ở đây tôi trích từ báo cáo về bệnh lý học) một “khối ung thư biểu mô tuyến vảy nguyên phát kém biệt hóa phát sinh trong manh tràng, sát ngay van hồi manh tràng, biểu lộ sự xâm lấn xuyên thành vào chất béo pericolic, liên quan tới mạch bạch huyết và mạch trên diện rộng, di căn tới 8 trong số 17 hạch bạch huyết”. Trung tâm của khối u đã hoại tử và loét sâu, đây chính là yếu tố gây ra đợt chảy máu ồ ạt.

Mặc dù vẫn chưa có bằng chứng rõ ràng nào về việc di căn ra xa, bệnh ung thư của Bob rõ ràng là rất hung hăng. Với sự xâm chiếm rộng như vậy vào các mạch máu và tuyến bạch huyết, chắc chắn trong tuần hoàn chung đã hiện diện một số lượng lớn các tế bào ung thư. Điều chắc chắn không kém là đã có một số chất lưu đọng trong gan chưa cảm nhận được vì hãy còn quá ít hoặc đơn giản là quá sâu. Chỉ là vấn đề thời gian trước khi chúng đưa ra

bằng chứng công khai về sự hiện diện của mình. Tiên lượng bệnh của Bob thật khủng khiếp.

Bob DeMatteis là người bộc trực và thẳng thắn đúng như vẻ ngoài của mình, và tai anh rất nhạy với sự lảng tránh. Anh đã yêu cầu được biết chính xác mình đang phải đối mặt với điều gì, từng li từng tí – không có chi tiết nào được bỏ qua. Bất kể cách hành xử của tôi với Harvey, tôi đã luôn cố gắng tạo điều kiện để các bệnh nhân được hỏi đầy đủ thông tin, và tôi hoan nghênh những câu hỏi của anh cho dù biết trước là mình có thể sẽ hối tiếc về sự thật thà tuyệt đối mà có vẻ như anh đang đòi hỏi. Tôi trả lời từng câu của anh, đoán rằng anh sẽ sụp đổ trong một cơn cuồng loạn và sau đó sa vào tuyệt vọng hoàn toàn. Điều đó không bao giờ xảy ra.

Không hề có cơn khóc òa đầy xúc động nào – không một chút nào. Thay vào đó là sự bình tĩnh, lý trí, và chấp nhận. Từ hồi còn đang tìm hiểu nhau, Bob đã nói với Carolyn (và tới hôm đó cô vẫn không biết tại sao) rằng anh không mong được đón sinh nhật lần thứ năm mươi của mình, và lời tiên đoán của anh đã thành hiện thực. Vào cuối cuộc trò chuyện đầu tiên của chúng tôi sau cuộc phẫu thuật, Bob đã biết mình sẽ chết vì bệnh ung thư, và anh đã lên kế hoạch để nó diễn ra mà không ngăn cản gì hết. Anh không phải là người mộ đạo, nhưng anh có niềm tin bất biến vào bản thân mình. Lúc này đây, niềm tin ấy đã trở thành con quay hồi chuyển giúp làm yên ổn quãng thời gian còn lại của anh.

Bob không đếm xỉa gì đến các bác sĩ chuyên khoa ung thư. Do (theo cách nhìn của tôi thì là *bất chấp*) mức độ trầm trọng của căn bệnh, lựa chọn tham vấn được trao cho anh sau khi vợ anh và bác sĩ nội trú đã đưa ra ý kiến. Cả anh và tôi đều không có bất cứ nhiệt tình nào với chuyện đó, nhưng anh đồng ý trò chuyện với một bác sĩ chuyên khoa ung thư, không vì lý do nào khác ngoài việc xoa dịu Carolyn, người nhất quyết rằng phải thử nghiệm tất cả các khả năng. Đến lúc đó (và thậm chí tới tận bây giờ, hơn một thập kỉ sau), tôi chưa từng có kinh nghiệm nào mà trong đó, việc tham vấn bác sĩ chuyên khoa ung thư lại không đem lại kết quả là lời khuyên nên điều trị, trừ khi căn bệnh còn mới đến mức phẫu thuật chắc chắn chữa được nó. Trường

hợp của Bob không phải ngoại lệ, và Carolyn thuyết phục được anh chấp nhận liệu trình được đề xuất.

Phép hóa trị phải hoãn lại vì lý do gần như chỉ có ở người béo phì: lớp mỡ khổng lồ dưới da Bob quá dày, tôi không thể tính đến việc đóng nó lại khi phẫu thuật, sợ rằng một ổ áp xe giấu mặt sẽ phát triển trong đó. Để đảm bảo vết thương lành lại được sạch sẽ, tôi buộc phải để nó mở và bít lại từ dưới lên, việc này đã trì hoãn những đợt điều trị bằng thuốc trong một thời gian dài. Đến khi chúng có thể được bắt đầu, ổ di căn ở gan của khối u đang lan rộng nhanh chóng này đã phát triển lớn đến mức chúng có thể được nhận dạng bằng các nghiên cứu về chất đồng vị phóng xạ.

Trước khi bắt tay vào quá trình điều trị, bác sĩ chuyên khoa ung thư gặp Bob, sau này cuộc gặp gỡ ấy được vị bác sĩ mô tả lại trong một lá thư gửi cho tôi là “cuộc tranh luận thẳng thắn và cởi mở”. Trong suốt cuộc tranh luận đó ông đã “trình bày chi tiết về quy mô của căn bệnh di căn, và nói với ông ấy rằng nếu hóa trị không có hiệu quả thì ông ấy có thể sẽ nhanh chóng lao dốc và qua đời trong vòng từ ba tới sáu tháng sau đó”. Ông kể lại rằng Bob “đánh giá rất cao cuộc thảo luận thẳng thắn, và có một thái độ lạc quan thận trọng nhưng cũng rất thực tế”.

Đến lúc đó, Bob đã tăng lại được khoảng chục cân bị sụt kể từ sau cuộc phẫu thuật, và anh không có triệu chứng nào. Thực tế, anh cảm thấy khỏe lên rõ rệt. Anh hiểu rằng thuốc men không thể chữa được bệnh mà được sử dụng “theo kiểu một tá dược hoặc để phòng bệnh” theo lời bác sĩ chuyên khoa ung thư. Tôi đoán Bob không trông đợi ngay cả điều đó; rất có thể anh chỉ đóng kịch vì lợi ích của Carolyn và cô con gái hai mươi hai tuổi Lisa của họ. Việc điều trị bắt đầu.

Trong vòng hai tuần, Bob sốt cao và luân phiên bị táo bón hoặc tiêu chảy. Chỗ da ở giữa hai bên mông béo tốt của anh tấy lên và đỏ ửng bởi tác động phá hủy của phân lỏng. Hóa trị liệu phải dừng lại. Vào khoảng thời gian đó, các loại thuốc mê trở nên cần thiết để kiểm soát sự tấn công của những cơn đau do di căn đang lan rộng ở gan. Chẳng mấy chốc, Bob không thể tới văn phòng được nữa.

Với tốc độ sưng sốt, các ổ di căn phát triển lớn hơn và Bob bị vàng da khi gan của anh dần dần bị ung thư thế chỗ. Xuất hiện bằng chứng về một khối u trong khung xương chậu của anh, và chân anh nhanh chóng sưng lên vì phù nề, kết quả của việc các tĩnh mạch có tác dụng dẫn lưu phần dưới cơ thể bị chặn lại vì ung thư đè lên chúng. Sau một thời gian, Bob chỉ có thể đi lại quanh nhà. Vì Carolyn vẫn làm việc, Lisa ở nhà chăm sóc bố. Như cô nói với tôi mấy năm sau đó: “Chúng tôi đã trải qua nhiều đêm dài trò chuyện về bản thân mình và về nhau nữa. Dù trước đó chúng tôi đã rất gần gũi, giờ đây chúng tôi còn trở nên thân thiết hơn nữa khi những tháng cuối cùng trôi qua.”

Ngay trước đêm Giáng sinh, tôi tới thăm khám tại nhà. Gia đình DeMatteis sống trong một khu vực nhiều cây cối rậm rạp, ở vùng đồi phía trên ngoại ô của thành phố mà sự nghiệp chính trị của Bob trong một thời gian dài đã chỉ lối đưa đường. Tuyết đã bắt đầu rơi vài giờ trước, như thể để ưu ái cho điều ước Giáng sinh của một người đang hấp hối. Với Bob, kỳ nghỉ này luôn được hình tượng hóa thành một hình ảnh vui tươi đầu thế kỉ XIX như trong truyện của Dickens – tác giả yêu thích của anh. Giữa khung cảnh đó, anh là trung tâm của màn nồng nhiệt quay cuồng với niềm vui lễ hội. Kể từ khi họ kết hôn, năm nào đêm nay ngôi nhà cũng đầy ắp khách khứa với đủ cấp bậc chức vụ, tiêu chuẩn chung duy nhất để được mời là chủ nhà thích thú với sự có mặt của họ. Anh tuyệt vời nhất khi ở giữa đám đông, càng sôi nổi càng tốt. Trong đám khách khứa này, trái tim anh nở ra và tâm hồn anh trở nên mở rộng. Thậm chí vẻ mặt cau có thường lệ của anh cũng biến mất trước sự vui vẻ ấy.

Bob đã quyết định rằng Giáng sinh cuối cùng của anh sẽ không khác gì với những mùa trước đó. Khi Carolyn với nụ cười can đảm ra mở cửa, tôi bước qua ngưỡng cửa, đi vào ngôi nhà đã chuẩn bị sẵn sàng cho những bữa tiệc vui nhộn nhất. Chiếc bàn sắp sẵn cho khoảng hai mươi năm người, việc trang hoàng đã xong, dưới chân cây thông sáng chói đẹp để giấu hàng đồ tặng quà. Khách khứa sẽ chưa bắt đầu tới trong ít nhất khoảng một giờ nữa, vì vậy mà tôi và Bob có khá nhiều thời gian để trò chuyện về lý do cho cuộc thăm viếng của tôi. Tôi đến để nói về tiếp dẫn đường – tôi muốn nó giúp ích

cho Bob. Những việc Lisa có thể tự làm mà không được trợ giúp sẽ gặp nhiều hạn chế khi giờ đây tình trạng của cha cô đang ngày càng xấu đi.

Chúng tôi ngồi cạnh nhau trên chiếc giường Bob thuê của bệnh viện, sau một lúc, tôi nắm lấy tay anh. Làm như vậy khiến tôi dễ nói hơn. Chúng tôi là hai người đàn ông cùng lứa tuổi với những trải nghiệm tương đối khác nhau về cuộc sống, và một trong hai chúng tôi đã gần đi hết tương lai của mình. Nhưng trong khoảng thời gian ngắn ngủi còn lại của mình, Bob có thể nhìn thấy một kiểu hy vọng của riêng anh. Đó là niềm hy vọng anh sẽ là Bob DeMatteis cho tới hơi thở cuối cùng, và rằng người ta sẽ nhớ tới anh vì cách mà anh đã sống. Giữ cho Giáng sinh cuối cùng này diễn ra tốt nhất có thể là một phần không thể thiếu để thỏa mãn niềm hy vọng ấy. Anh nói với tôi, sau đó anh sẽ sẵn sàng để cho các y tá của tiếp dẫn đường đưa anh bước qua những ngày cuối đời.

Khi tôi nói lời tạm biệt với người đàn ông khác thường này, người đã tìm được một sự can đảm mà tôi không dám mơ là anh có thể có, tôi chính là người thấy nghẹn trong cổ họng. Bob trở nên thiếu kiên nhẫn khi bắt đầu quá trình mặc đồ gian khổ trước khi khách khứa tới, và tôi là người nhắc nhở về điều đón anh ở phía trước khi bữa tiệc kết thúc. Khi tôi chuẩn bị bước vào màn đêm đầy tuyết, anh gọi theo tôi từ phòng ngủ, dặn tôi cẩn thận trên những quả đồi trơn trượt: “Ở ngoài đó nguy hiểm đấy bác sĩ, Giáng sinh không phải là lúc để chết đâu.”

Bob đã khiến cho mọi việc đêm đó diễn ra suôn sẻ. Anh bảo Carolyn giảm bớt dòng điện đi để khách khứa không nhìn thấy làn da vàng đầy vẻ chết chóc của mình trong ánh sáng mờ mờ. Trong bữa tối, anh ngồi ngay đầu bàn ồn ào, vui vẻ, và vờ ăn uống, mặc dù đã từ lâu anh không còn có thể ăn đủ thức ăn để giữ cho dinh dưỡng hợp lý. Cứ hai giờ một lần, trong cái đêm dài đặc đó, anh khó nhọc lê mình vào bếp để Carolyn tiêm cho anh một liều morphine giảm đau.

Khi tất cả khách khứa nói lời tạm biệt – quá nhiều bạn bè lâu năm và hàng thập kỉ không gặp lại – và Bob đã quay về giường, Carolyn hỏi anh thấy tối đó thế nào. Tới tận hôm nay, cô vẫn nhớ chính xác từng lời của ông: “Có lẽ

là một trong những Giáng sinh tuyệt nhất anh từng có.” Rồi anh nói thêm, “Em biết đấy, Carolyn, em phải sống trước khi em chết.”

Bốn ngày sau Giáng sinh, Bob trở thành thành viên của chương trình chăm sóc tại nhà của tiếp dẫn đường, và không hề là quá sớm. Ngoài cảm giác buồn nôn và nôn mửa, cùng vết thương ở gan và khối u ở khung xương chậu, giờ đây anh còn bị sốt cao. Đêm Giao thừa, anh sốt tới 41 độ C. Chứng tiêu chảy toàn nước có những lúc không kiểm soát được và thường xuyên khiến anh mất nhận thức. Mặc dù có vẻ như tình hình không thể tệ hơn được nữa, nhưng nó đã tệ hơn. Cuối cùng, ngày 21 tháng Giêng, Bob đồng ý vào tòa nhà dành cho bệnh nhân nội trú của Bệnh viện Connecticut ở Branford. Đến lúc đó gan của anh, cơ quan mà ở tình trạng bình thường sẽ không vươn xuống thấp quá rìa xương sườn, có thể sờ thấy được (bất chấp thành bụng vẫn còn dày) thấp hơn vị trí đó khoảng 24 xentimet. Nó đã phình to khủng khiếp, phần lớn là ung thư. Bất chấp mức độ tiến triển của tình trạng thiếu dinh dưỡng, hồ sơ nhập viện của bệnh viện vẫn ghi rằng “Bệnh nhân vẫn quá béo”.

Mặc dù miễn cưỡng nhượng bộ, nhưng Bob đã thừa nhận cảm giác nhẹ nhõm vô cùng khi vào cơ sở điều trị nội trú. Cảm giác lo sợ âm thầm và bồn chồn của anh một lần nữa lại trở thành vấn đề, đòi hỏi những liều cao thuốc an thần bên cạnh morphine. Anh chỉ có thể nhận được một lượng chất lỏng rất hạn chế qua đường uống; sau khi nhập viện, anh dường như yếu đi từng giờ. Thế nhưng, anh vẫn khẳng khái vật lộn để đứng dậy đi tiểu, và anh cố gắng đi lại một cách vô ích. Cho dù chấp nhận cái chết, dường như anh không thể buông rời sự sống.

Vào buổi chiều ngày thứ hai kể từ khi Bob nhập viện, anh đột nhiên trở nên kích động hơn trước. Carolyn và Lisa bắt đầu khóc bởi vì họ không có thẩm quyền gì để giúp anh khi anh nói rằng anh muốn chết vào lúc đó – ngay lập tức. Khi anh nhìn họ đầy cầu khẩn, anh mở rộng vòng tay vẫn còn mập mạp và kéo hai người phụ nữ lại gần trong vòng tay che chở quen thuộc mà họ đã biết rất rõ từ nhiều năm qua. Ôm lấy gia đình mình như vậy, anh nài xin họ: “Hai mẹ con phải nói với bố rằng bố cứ yên lòng ra đi. Bố sẽ

không yên tâm nếu hai mẹ con không nói với bố điều đó.” Anh nhất định phải có sự cho phép của họ, và chỉ khi họ đồng ý anh mới bình tĩnh lại. Vài phút sau đó, anh quay sang Carolyn và nói: “Anh muốn chết.” Rồi, anh thì thầm nói thêm, “Nhưng anh muốn sống.” Sau đó, anh trở nên yên lặng.

Gần như cả ngày hôm sau, Bob dờ dẫm. Đến chiều, anh vẫn không nói năng gì hết, nhưng Carolyn tin rằng anh vẫn nghe thấy giọng mình, cô nói một cách nhẹ nhàng, rằng cuộc sống của anh có ý nghĩa biết bao với họ, đột nhiên gương mặt anh giãn ra thành một nụ cười rạng rỡ, như thể qua đôi mắt nhắm chặt, anh đang nhìn thấy điều gì đó hết sức thú vị. Sau này Carolyn nói với tôi: “Cho dù anh ấy có nhìn thấy gì đi nữa, nó hẳn vẫn là những điều tốt đẹp.” Năm phút sau, anh qua đời.

Đám tang rất lớn, gần như một sự kiện chung trong thành phố của Bob. Thị trường cũng có mặt và một hàng rào danh dự cảnh sát đứng trước quan tài của anh ở nhà thờ. Anh được chôn cất với một lá thư vĩnh biệt của Lisa trong túi áo com lê.

Bob được chôn cất trong một nghĩa trang công giáo cách nhà tôi khoảng mười lăm cây số. Không có bia tưởng niệm trên những nấm mồ ở mé dốc xuống của ngọn đồi, như thể xác nhận sự bình đẳng của mọi người trước cái chết; chỉ có đá ở chân mồ xác định những nơi yên nghỉ. Tôi tới thăm mộ của Bob trong khoảng thời gian tôi viết những trang cuối cùng này, để bày tỏ lòng kính trọng tới con người đã tìm được ý nghĩa mới trong cuộc đời mình khi biết rằng mình sẽ sớm qua đời. Anh đã dạy tôi rằng hy vọng có thể vẫn tồn tại ngay cả khi việc cứu giúp là không thể. Bằng cách nào đó, tôi đã quên mất bài học của anh khi anh trai tôi lâm bệnh một thập kỉ trước, nhưng điều đó không giảm bớt đi giá trị đúng đắn của nó.

Carolyn có nói với tôi rằng trong lúc vẫn còn có thể, anh đã chuẩn bị những đoạn yêu thích nhất của mình trong tác phẩm anh yêu thích nhất của Dickens, *Christmas Carol*, để khắc lên mồ, nhưng tôi vẫn bất ngờ trước tác động của những dòng này khi tận mắt nhìn thấy. Khắc ngang bề mặt đá granit ở chân mộ là văn bia mà Bob DeMatteis đã chọn để được nhớ tới:

“Và người ta luôn nhắc tới ông, rằng ông biết cách giữ cho Giáng sinh thật đẹp.”

Từ điển lớn toàn diện nhất của Mỹ, ở dạng trực tuyến hoặc giấy.

Trò chơi trên vỉa hè giống như bóng chày của trẻ em phổ biến ở vùng Bắc Mỹ.

Loại protein do tế bào cơ thể sinh ra khi bị virus tấn công, ngăn không cho virus phát triển.

Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004): một chuyên gia tâm thần học người Mỹ gốc Thụy Sĩ.

Jacob “Jay” Katz (1922-2008): bác sĩ người Mỹ và là giáo sư tại trường Luật Yale. Ông dành cả sự nghiệp của mình để tập trung vào các vấn đề phức tạp giữa y đức và các vấn đề đạo đức khác liên quan đan xen nhau giữa đạo đức, luật, chữa trị và tâm lý.

Một kiểu bệnh viện dành cho những người chờ chết.

Bài kinh cầu của người Do Thái do những người thân, họ hàng cầu nguyện cho người chết.

Phương pháp nội soi để truy tìm ung thư đại tràng.

12.

NHỮNG BÀI HỌC RÚT RA

Các giáo sĩ thường kết thúc buổi lễ kỉ niệm bằng câu: “Cầu cho kí ức về ông ấy sẽ trở thành phúc lành.” Nó là một câu cách ngôn đặc biệt, không quen thuộc lắm với những người không theo đạo Do Thái có mặt ở đó khi nó vang lên, còn tôi đã chăm chú lắng nghe nó trong vô vọng trong các nhà thờ. Mặc dù rõ ràng là nó thể hiện một ước nguyện chung, suy nghĩ đơn giản này xứng đáng được tất cả chúng ta suy ngẫm thường xuyên hơn, không chỉ ở những nơi linh thiêng.

Niềm hy vọng đã đem tới sự yên bình cho Bob DeMatteis được tìm thấy trong ký ức mà anh đã tạo ra và trong ý nghĩa cuộc đời anh với những người anh bỏ lại sau khi ra đi. Bob là người đã sống với nhận thức kiên định rằng sự tồn tại của con người không chỉ có hạn, mà còn luôn luôn có nguy cơ kết thúc bất ngờ. Trong đó chứa đựng hạt mầm của nỗi lo lắng khủng khiếp trước các loại thuốc men, nhưng trong đó cũng có cả mầm mống sự chấp nhận của anh khi căn bệnh cuối cùng hiện diện.

Chân giá trị lớn lao nhất được tìm thấy trong cái chết chính là chân giá trị của cuộc sống đã có trước đó. Đó là một dạng hy vọng mà tất cả chúng ta đều có thể giành được, và là niềm hy vọng lâu bền nhất. Hy vọng nằm trong ý nghĩa của cách ta đã sống cuộc đời mình.

Những nguồn hy vọng khác mang tính tức thời hơn, nhưng một vài trong số đó sẽ không bao giờ đạt được. Khi hành nghề y, tôi luôn đảm bảo với các bệnh nhân sắp qua đời của mình rằng tôi sẽ làm tất cả những gì có thể để trao cho họ một cái chết nhẹ nhàng, nhưng tôi cũng quá thường xuyên phải chứng kiến đến cả niềm hy vọng đó cũng bị tiêu tan, bất chấp mọi nỗ lực của tôi. Ngay cả ở tiếp dẫn đường, nơi mục đích duy nhất là sự thoải mái

yên bình, cũng có những trường hợp thất bại. Giống như rất nhiều đồng nghiệp của mình, tôi đã hơn một lần phạm luật để bệnh nhân được ra đi thanh thản, bởi vì tôi sẽ không thể giữ lời hứa của mình, dù nói ra lời hay ngụ ý, trừ khi tôi làm như vậy.

Một lời hứa chúng tôi có thể giữ và một hy vọng chúng tôi có thể trao là chắc chắn không một người nào bị bỏ mặc cho chết trong cô đơn. Trong số nhiều cách để chết một mình, cách khó chịu và lẻ loi nhất chắc hẳn phải diễn ra khi hiểu biết về sự hiển nhiên của cái chết bị cản trở. Ở đây lại một lần nữa, quan điểm “Tôi không thể tước đi hy vọng của anh ấy” lại thường chính là cách mà một dạng hy vọng được đặc biệt bảo đảm không bao giờ trở thành hiện thực. Trừ khi chúng ta nhận thức được rằng chúng ta đang hấp hối và trong chừng mực có thể, biết được những điều kiện sẽ dẫn tới cái chết của mình, chúng ta sẽ không thể chia sẻ bất kỳ đoạn kết cuối cùng nào với những người yêu quý chúng ta. Không có sự kết thúc này, cho dù họ hiện diện từng giờ, chúng ta vẫn sẽ không được chú ý và đơn độc. Vì chính lời hứa đồng hành về mặt tinh thần vào gần lúc cuối trao cho chúng ta hy vọng, nhiều hơn rất nhiều so với việc bù đắp cho nỗi sợ hãi bị bỏ lại một mình về mặt thể xác.

Bản thân những người sắp qua đời phải chịu trách nhiệm để không bị vướng vào nỗ lực sai lầm hòng tránh làm phiền đến những người gần bó chặt chẽ với họ. Tôi đã từng thấy kiểu cô đơn này, thậm chí còn đại diện hòa theo nó, trước khi hiểu biết hơn.

Khi bà tôi không thể đảm đương được nữa, bác Rose dần dần phải thay bà quản lý các việc trong nhà và nuôi dạy hai cậu bé. Thậm chí cả vai trò người phụ nữ đứng đầu trong gia đình lớn cũng rơi vào tay bác khi Bubbeh mỗi năm lại buông dần tay. Mỗi sáng sớm, bác Rose rời nhà tới may vá áo cho một xưởng may mặc trên đường số Ba mươi bảy, mười giờ sau bác trở về dọn dẹp sạch sẽ nhà cửa và chuẩn bị bữa tối. Những người Do Thái xưa không ăn uống nhẹ nhàng, và bữa tối của chúng tôi là kết quả của rất nhiều công sức. Tôi đã rời xa khỏi số 2314 Đại lộ Morris từ lâu, nhưng kỷ ức của ngày hôm qua về những tối thứ Năm vẫn còn rất rõ ràng, khi bác Rose lau

chùi cọ rửa từng góc ngách của căn hộ để chuẩn bị cho lễ Sabbath, cuối cùng mới được ngả lưng trên giường khi đã gần nửa đêm, kiệt hết cả sức. Sáu giờ sáng hôm sau, bác lại thức dậy và đi làm.

Bác Rose làm tất cả những gì có thể để tỏ ra cộc cằn, nhưng phong cách của bác thì rất dễ nhận thấy. Bác có một đôi mắt màu xanh đặc trưng của gia đình chúng tôi, ánh sáng lấp lánh trong đôi mắt đó bao giờ cũng theo sau một trận lôi đình, chắc chắn như ánh nắng kiêu gì cũng ló rạng sau một cơn mưa mùa hè ngắn ngủi. Bác nghiện những cái ôm, và khi lớn lên, chúng tôi đều nhận ra nhu cầu tỏ ra độc đoán một cách nghiêm khắc vì kỳ vọng đặt vào hai đứa cháu của bác thực chất chính là tình yêu. Mặc dù Harvey và tôi thường xuyên trêu chọc bác vì những lời quở trách mà bác chẳng bao giờ ngần ngại nói ra trước những hành xử kém chuẩn mực của chúng tôi, nhưng chúng tôi vẫn sợ sự chê bai của bác, mà với tôi thường là những phản đối kịch liệt về toàn bộ thế giới quan và tính cách của tôi, bằng thứ tiếng Yiddish đầy màu sắc. Harvey và tôi yêu kính bác.

Khi tôi học năm thứ hai bác sĩ nội trú, chuyên ngành phẫu thuật, bác Rose đang ở những năm đầu của tuổi bảy mươi, bác trải qua sự tấn công từ từ của cơn ngứa mớ hồ khắp toàn thân, và sau một thời gian, một hạch bạch huyết sưng to xuất hiện ở nách bác. Sinh thiết phát hiện ra bác bị ung thư bạch huyết tiến triển nhanh. Bác được điều trị bởi một bác sĩ huyết học hiểu biết và tốt bụng, ông đã làm bệnh thuyên giảm đáng kể bằng cách sử dụng một chất hóa trị liệu thời kỳ đầu, chlorambucil^{*}. Sau một vài tháng, bệnh tái phát, bác Rose bắt đầu yếu đi, Harvey và tôi, với sự thống nhất của người em họ Arline, cùng nhau thuyết phục bác sĩ huyết học rằng không nên cho bác biết những chẩn đoán về căn bệnh của mình.

Thậm chí không hề nhận ra, chúng tôi đã phạm vào một trong những lỗi tệ hại nhất có thể phạm phải trong giai đoạn bệnh cuối cùng – tất cả chúng tôi, cả bác Rose nữa, đã cùng nhau quyết định sai lầm và ngược lại mọi nguyên tắc trong cuộc sống của chúng tôi rằng, bảo vệ nhau khỏi việc thừa nhận công khai sự thật đau lòng quan trọng hơn là có được sự sẻ chia sau cùng, sự chia sẻ có thể giành được một niềm an ủi bền lâu và thậm chí là

một vài chân giá trị từ thực tế đau thương của cái chết. Chúng tôi đã từ chối bản thân điều mà chúng tôi nên làm.

Mặc dù chắc chắn là bác Rose biết mình sẽ chết vì bệnh ung thư, chúng tôi không bao giờ nói về chuyện đó với bác, bác cũng không nhắc nhở gì tới nó. Bác lo lắng cho chúng tôi và chúng tôi lo cho bác, mỗi bên đều thấy việc ấy quá sức chịu đựng cho bên kia. Chúng tôi biết viễn cảnh tương lai và bác cũng thế; dù cả hai bên đều cố thuyết phục mình rằng người kia không biết. Vậy là, giống như một kịch bản cũ vẫn thường phủ bóng xuống những ngày cuối cùng của những người bệnh ung thư: chúng tôi biết – bác biết – chúng tôi biết bác biết – bác biết chúng tôi biết – và không ai trong số chúng tôi nói về nó khi ở bên nhau. Chúng tôi vẫn giữ bí mật cho tới lúc cuối cùng. Bác Rose và anh em tôi đã cùng bị tước đi cơ hội lại gần nhau lẽ ra nên có, khi chúng tôi cuối cùng cũng có thể nói với bác điều mà cuộc đời của bác đã đem lại cho chúng tôi. Theo nghĩa này, bác Rose của tôi đã chết trong cô đơn.

Tình trạng cô độc khủng khiếp này là chủ đề trong một truyện ngắn của Tolstoy “Cái chết của Ivan Ilyitch”. Đặc biệt với các bác sĩ lâm sàng, câu chuyện đáng sợ ở sự chính xác đến kỳ lạ của nó và ở những bài học nó đưa ra. Tolstoy đã viết như thể từ bẩm sinh ông đã nắm được lượng kiến thức vĩ đại hơn bất cứ điều gì ông có thể học được trong đời. Còn bằng cách nào khác mà ông có thể trực cảm được sự đơn độc khủng khiếp ấy của một cái chết bị làm cho thành cô đơn chỉ bởi che giấu sự thật, “sự đơn độc mà ông [Ivan Ilyitch] đang trải qua, khi ông nằm quay mặt vào lưng ghế đi-văng – một sự cô độc giữa thành phố đông đúc, và giữa vô số bạn bè thân hữu cùng gia đình ông – chẳng thể tìm thấy một sự cô độc nào sâu thẳm hơn thế ở bất cứ nơi đâu, cho dù ở đáy biển hay ở trên mặt đất...” Ivan không thể chia sẻ hiểu biết kinh hoàng này với ai cả, “và ông phải sống như thế bên bờ vực hủy diệt – chỉ có một mình, không có bất cứ ai hiểu và thương xót cho ông.”

Ivan không được những người yêu quý ông vây quanh, và có lẽ đây là một phần lý do tại sao ông đành ao ước, chỉ ít một chút, được là mục tiêu của lòng thương hại, một tình trạng khiếm nhã mà ít ai trong chúng ta sẽ sẵn

sàng sa vào lúc cuối đời. Nguồn gốc cho sự lừa dối bất thành của vợ ông có vẻ là quyết định của riêng bà khi không đối mặt với những hệ lụy cảm xúc mà sự thật sẽ làm cho mau chóng xuất hiện. Cho dù những dối gạt này xuất phát từ sự khinh miệt hay lòng yêu thương lầm lạc, chúng vẫn luôn để mặc nạn nhân của mình xoay sở một mình với chuyển ra đi. Trong trường hợp của bà vợ, một sự khinh miệt trịch thượng là nền tảng để bà ta thuyết phục bản thân rằng cái chết của chồng mình sẽ dễ dàng hơn với cả hai người nếu nó không được bàn tới. Bà ta chỉ nghĩ đến bản thân, chứ không phải chồng bà. Bà ta thấy phiền toái với tình trạng ốm sắp chết của chồng, với bà ta, đó thậm chí còn là một sự đòi hỏi quá đáng trong nhà. Dưới áp lực này, Ivan cũng chẳng thể nào tìm được sức mạnh để đương đầu với kết quả kể cả nếu ông có đặt ra vấn đề:

Nỗi dẫn dắt chính của Ivan Ilyitch là một lời nói dối – bằng cách nào đó lời nói dối ấy được tất cả mọi người chấp nhận, rằng ông chỉ ốm thôi chứ không phải là sắp chết, và rằng ông chỉ cần bình tĩnh lại và đặt niềm tin vào các bác sĩ, rồi bằng cách nào đó ông sẽ yên ổn vượt qua. Nhưng ông biết rằng, dù có làm bất cứ điều gì cũng chẳng đi tới đâu, ngoại trừ nỗi đau đớn còn dữ dội hơn nữa và cái chết. Và lời nói dối này giày vò ông; nó giày vò ông rằng họ không sẵn sàng thừa nhận điều mà tất cả mọi người cũng như ông đều biết, mà thích nói dối ông về tình trạng khủng khiếp của ông hơn, và khiến ông cũng tham gia vào trò nói dối. Sự dối trá này, sự dối trá này, nó đeo bám ông, thậm chí tới cả cái đêm ông chết; sự dối trá này, nhằm kéo tụt hành động trang nghiêm, lạ lùng của cái chết xuống ngang hàng với các chuyển viếng thăm, những tấm màn che, cá tầm cho bữa tối – nó là nỗi đau đớn khủng khiếp cho Ivan Ilyitch. Và lạ thay! Nhiều lần, khi họ đang diễn trò hề này vì lợi ích của ông, chỉ trong đường tơ kẽ tóc ông đã hét lên với họ rằng: “Thôi ngay những lời dối trá ngu ngốc của các người đi! Các người cũng như ta đều biết rằng ta sắp chết, và vì thế thì chí ít cũng thôi dối trá đi.”

Nhưng ông đã không bao giờ có dũng khí để làm điều đó.

Cũng còn có một yếu tố khác, là ngày nay người ta thường ủng hộ việc cách ly những người ốm thập tử nhất sinh. Tôi không thể nghĩ ra từ nào hay hơn cho nó là *sự phù phiếm*. Với một số người, theo đuổi việc điều trị bất chấp những khó khăn to lớn có vẻ giống như một hành động anh hùng, nhưng quá thường xuyên, nó lại là một dạng báo hại bất đắc dĩ với các bệnh

nhân; nó làm mờ đi các ranh giới của sự ngay thẳng và để lộ ra sự phân ly cơ bản giữa một bên là những lợi ích tốt đẹp nhất của các bệnh nhân và gia đình họ và bên kia là của các bác sĩ.

Triết lý của trường phái Hippocrates về y học tuyên bố rằng đối với một bác sĩ, không gì quan trọng hơn là những lợi ích tốt đẹp nhất của bệnh nhân tìm tới ông ta để được chăm sóc. Mặc dù giờ đây chúng ta sống trong một kỉ nguyên mà đôi khi những nhu cầu xã hội lớn hơn trở nên mâu thuẫn với cách nhìn nhận của bác sĩ về điều tốt nhất cho một bệnh nhân đơn lẻ của mình, chưa bao giờ từng có bất cứ nghi ngờ nào rằng mục đích của chăm sóc y tế là vượt qua bệnh tật và giảm bớt đau đớn. Tất cả sinh viên trường y đều được học ngay từ đầu rằng đôi khi cần phải thêm một khoảng thời gian đau đớn cho bệnh nhân để vượt qua được bệnh tật, và có rất ít người không hiểu và chấp nhận sự cần thiết đó. Điều này đặc biệt đúng đối với hàng trăm hoặc nhiều hơn nữa những căn bệnh bao gồm các dạng khác nhau của ung thư, nơi mà sự kết hợp của phẫu thuật hiệu quả, xạ trị và hóa trị liệu thường dẫn đến những giai đoạn suy nhược và những đau đớn dữ dội nhất thời khác, nếu không phải là những biến chứng trực tiếp. Đa số những người được chẩn đoán mắc một bệnh ác tính có khả năng chữa trị không nên sẵn sàng từ bỏ đấu tranh nếu có bất cứ cơ hội hợp lý nào mà theo đó, một dạng điều trị hứa hẹn nào đó có khả năng giảm bớt đi những tàn phá của căn bệnh hoặc chữa lành nó. Làm bất cứ điều gì ít hơn như thế không phải là khắc kỉ mà là điên rồ, dại dột.

Một lần nữa, tình thế lưỡng nan mà tất cả chúng ta phải đối mặt khi gặp những tình huống này nằm ở việc sử dụng ngôn ngữ. Ở đây, những từ khó hiểu là *hợp lý* và *hứa hẹn*. Chính trong thuật ngữ tưởng như rõ ràng nhưng thực tế lại rất mơ hồ này các manh mối xuất hiện, vạch trần sự tách biệt thường tồn tại giữa mục đích của các bác sĩ và mục đích của những người được họ điều trị. Với cái giá phải trả là khiến cho những trang này giống một tự truyện hơn, tôi sẽ sử dụng chính quá trình trưởng thành trong sự nghiệp bác sĩ điều trị của mình để minh họa cho tiến trình mơ hồ mà theo đó, một sinh viên y trẻ tuổi vốn chỉ mong muốn chăm sóc cho những bạn bè

đau ốm của mình bất ngờ chuyển biến thành hiện thân của một người giải quyết các vấn đề về y sinh học.

Khi chưa lên 10, tôi đã từng nhìn thấy niềm hy vọng (tôi chọn từ này một cách cố ý) mà sự hiện diện của một bác sĩ đem lại cho một gia đình đang lo lắng. Có vài trận cấp cứu khủng khiếp trong thời gian dài mẹ tôi bị bệnh, thậm chí cả trong những năm trước khi bà bắt đầu suy sụp đến lúc mất. Chỉ cần biết rằng có ai đó đã tới hiệu thuốc gọi bác sĩ, và rằng ông ấy đang trên đường tới là bầu không khí trong căn hộ nhỏ bé của chúng tôi lập tức thay đổi, từ tình trạng bơ vơ sợ hãi sang cảm giác yên tâm rằng thế nào tình hình đáng sợ cũng có thể được thu xếp cho ổn thỏa. Người đàn ông đó – người đàn ông bước qua ngưỡng cửa với nụ cười và bầu không khí đầy tự tin, người gọi từng người chúng tôi bằng tên riêng, người hiểu rằng hơn bất cứ điều gì khác, chúng tôi cần cảm giác yên tâm, và chỉ cần bước vào nhà thôi là ông đã truyền tải được cảm giác đó – đó chính là người đàn ông mà tôi muốn trở thành.

Mục tiêu của tôi khi làm bác sĩ là trở thành một bác sĩ đa khoa ở Bronx. Năm đầu tiên ở trường y, tôi học về cách cơ thể vận hành; năm thứ hai, tôi học về cơ chế nhiễm bệnh của nó. Năm thứ ba và thứ tư, tôi bắt đầu hiểu cách diễn giải những thông tin quá khứ mà tôi thu thập được từ các bệnh nhân của mình và nghiên cứu những dấu hiệu vật lý và hóa học phát sinh do bệnh tình của họ. Những dấu hiệu đó là sự phối hợp của những phát hiện rõ ràng và bị che khuất mà nhà nghiên cứu bệnh học thế kỉ XIX Giovanni Morgani gọi là “những tiếng kêu gào của các cơ quan đau đớn”. Tôi đã nghiên cứu các cách thức khác nhau để lắng nghe bệnh nhân và quan sát họ, sao cho tôi có thể nhận thấy những tiếng kêu đó. Tôi đã được dạy cách dò vết thương bằng que thăm, đọc X quang, tìm kiếm ý nghĩa trong tình trạng máu và các loại chất thải khác nhau. Theo thời gian, tôi biết chính xác cần làm những xét nghiệm nào để những manh mối rõ ràng hơn có thể chỉ cho tôi thấy những thay đổi còn giấu kín là một phần của căn bệnh. Tiến trình này là sinh lý bệnh học. Năm vừng những khuôn mẫu ngoằn ngoèo quanh co của nó là phương tiện để hiểu được chi tiết cách thức cơ chế bình thường của cuộc sống khỏe mạnh bằng cách nào đó bị sai lệch đi. Hiểu được sinh lý

bệnh học là nắm được chìa khóa để chẩn đoán, không chẩn đoán thì không thể chữa trị. Mục đích cuộc truy tìm của tất cả các bác sĩ khi tiếp cận một căn bệnh nặng là đưa ra chẩn đoán và thiết kế cũng như tiến hành việc chữa trị cụ thể. Cuộc truy tìm này, tôi gọi là Câu Đố, và tôi viết hoa để không có sự hiểu nhầm nào về ưu thế thống trị của nó với mọi sự cân nhắc khác. Sự hài lòng khi giải quyết được Câu Đố là phần thưởng cho chính nó, và là nhiên liệu lái động cơ trị bệnh của những chuyên gia được đào tạo cao cấp của ngành y. Nó là thước đo năng lực của mọi bác sĩ; nó là thành phần quan trọng nhất trong sự tự nhận thức về mình trong nghề nghiệp của bác sĩ đó.

Đến khi tốt nghiệp trường y, tôi đã khám phá ra rất nhiều chiều trong việc theo đuổi công tác chẩn đoán và những thử thách không ngừng mở rộng trong việc tiến hành điều trị thành công. Mục đích trở thành phải hiểu thật cặn kẽ về sự tiến triển của tiến trình bệnh để có thể chiến đấu với chính xác những lựa chọn đúng đắn về việc cắt bỏ, sửa chữa, điều chỉnh hóa sinh, hay bất cứ phương pháp phát triển nào trong vô số các phương pháp không ngừng xuất hiện. Sáu năm đào tạo bác sĩ nội trú của tôi là bước chuẩn bị cho việc giải quyết từng khía cạnh của Câu Đố, mà đến cuối thời kỳ đó đã trở thành đam mê của cuộc đời tôi. Các thầy giáo của tôi đã tự sao chép chính họ trong tôi.

Tôi đã từ bỏ mọi ý nghĩ về việc quay trở lại làm một bác sĩ địa phương ở Bronx hay bất cứ nơi nào tương tự. Tôi không bao giờ quên nhu cầu trở thành người có vai trò với bệnh nhân của mình như vị bác sĩ đa khoa kia đã từng có với gia đình chúng tôi, nhưng giờ đây tôi nhận ra rằng hình ảnh của ông không còn là điều tôi ngưỡng mộ nhất nữa. Tôi đã hoàn toàn bị lôi cuốn bởi Câu Đố, và vị bác sĩ truyền cảm hứng cho tôi là bác sĩ giải quyết nó tốt nhất.

Trong suốt sự nghiệp của mình, tôi đã cố gắng, như tôi tin rằng đa số các bác sĩ đều làm như vậy, trở thành kiểu bác sĩ mà tấm gương của họ đã dẫn dắt tôi tới việc lựa chọn chữa bệnh làm sự nghiệp của đời mình. Nhưng bên cạnh tấm gương đó còn có một hình ảnh khác có ảnh hưởng lớn hơn – thách thức thúc đẩy có sức thuyết phục nhất; thách thức làm mỗi bác sĩ chúng ta

không ngừng cố gắng cải thiện kỹ năng của mình; thách thức dẫn tới sự theo đuổi kiên trì việc chẩn đoán và chữa trị; thách thức đã dẫn tới sự tiến bộ đáng kinh ngạc của điều trị lâm sàng cuối thế kỉ XX – thách thức trước nhất trong các thách thức về cơ bản không phải là bảo vệ sức khỏe của một cá nhân cụ thể mà là lời giải cho Câu Đố trong bệnh tật của người đó.

Chúng ta tìm cách chữa cho bệnh nhân của mình với lòng cảm thông, nhân tố cực kỳ quan trọng trong việc hồi phục của họ, và chúng ta luôn cố gắng chỉ dẫn để họ đưa ra các quyết định mà chúng ta nghĩ sẽ giảm bớt những đau đớn của họ. Nhưng điều đó không đủ để duy trì và cải thiện năng lực, hay thậm chí là duy trì lòng nhiệt tình của chúng ta. Chính Câu Đố tạo động lực cho những bác sĩ lành nghề nhất và tận tụy nhất của chúng ta.

Một trong những *Lời thề* của Hippocrates là: “Nơi tình yêu của con người trú ngụ, cũng chính là nơi chốn của tình yêu nghệ thuật y khoa,” và đến giờ điều đó vẫn đúng; nếu không như vậy, gánh nặng của việc chăm sóc cho mọi người sẽ nhanh chóng tỏ ra là không thể chịu đựng nổi. Tuy nhiên, khoảnh khắc đáng giá nhất của việc chữa bệnh xuất phát từ những sản phẩm của trí tuệ chứ không phải từ trái tim chúng ta. Chính từ đó, cảm xúc mới là mãnh liệt nhất. Tôi đã nhận ra sự thật, và thậm chí là mức độ cần thiết của sự thật đó. Là bác sĩ, chúng ta phải đương đầu với chính điều đó ở bản thân mình mỗi khi đảm trách việc chăm sóc cho người khác; là bệnh nhân, chúng ta phải hiểu rằng việc truy tìm đường hướng của một bác sĩ hòng giải Câu Đố thỉnh thoảng sẽ xung đột với lợi ích tốt nhất của chúng ta vào lúc cuối đời.

Mọi chuyên gia về y khoa đều phải thừa nhận rằng, họ đã có lúc thuyết phục bệnh nhân chịu đựng việc chẩn đoán hoặc các phương pháp điều trị ở thời điểm mà căn bệnh đã tiến triển quá xa mức hợp lý, đến nỗi Câu Đố nên được để yên không giải thì tốt hơn. Quá thường xuyên là gần đến lúc cuối, nếu bác sĩ nhìn sâu vào chính mình, họ có thể sẽ nhận ra rằng, những quyết định và lời khuyên của họ đã bị thúc đẩy bởi sự bất lực của họ trong việc từ bỏ Câu Đố và thừa nhận thất bại khi vẫn còn bất cứ cơ hội nào để giải nó. Mặc dù rất tốt bụng và thận trọng với bệnh nhân mà mình điều trị, họ cho

phép bản thân gạt lòng tốt sang một bên bởi sự cảm dỗ của Câu Đố quá mạnh và thất bại trong việc giải quyết nó khiến cho họ quá yếu.

Các bệnh nhân kính sợ các bác sĩ của mình, tạo ra một sự biến chuyển với họ theo nghĩa phân tâm học thực sự, và ao ước làm vui lòng họ, hay ít nhất thì cũng không muốn làm họ mếch lòng. Một vài người tin rằng các bác sĩ luôn biết chính xác điều họ đang làm, và rằng tình trạng không chắc chắn hoàn toàn xa lạ với các siêu chuyên gia đang chữa trị cho người mang bệnh nặng nhất trong bệnh viện. Họ tin chắc – và bác sĩ càng có công nghệ cao càng có nhiều bệnh nhân của họ tin chắc – rằng những người điều trị cho họ luôn có những lý do khoa học rất tốt để đề xuất tiến trình hành động mà họ đưa ra.

Các bệnh nhân thường có những lý do chính đáng để không tiến xa hơn khi chỉ có một khả năng rất nhỏ là họ có thể sống sót. Một số lý do có tính triết học hoặc tâm linh, một số khá thực tế, và một số nảy sinh đơn giản từ lời thuyết phục rằng, điều giành được sau một cuộc chiến lớn để hồi phục không xứng với những gì phải chịu đựng để giành được nó. Như một y tá chuyên khoa ung thư thông thái có lần nói với tôi: “Đối với một vài người, thậm chí cả việc chắc chắn sẽ qua được đến phía bên kia của những tuần đau khổ cũng không xứng đáng với cái giá về thể xác và tinh thần mà họ phải trả.”

Khi tôi viết những đoạn này, bên cạnh tôi là biểu đồ của bà Hazel Welch, một phụ nữ 92 tuổi, sống trong khoa dưỡng bệnh của một khu liên hợp cư trú dành cho công dân cao tuổi cách Bệnh viện Yale-New Haven chưa tới mười cây số. Mặc dù linh lợi về tinh thần, bà vẫn yêu cầu dịch vụ chăm sóc điều dưỡng của khoa bởi vì chứng viêm khớp lâu năm và chứng nghẽn do xơ cứng động mạch ở chân khiến bà không thể tự đi lại được nữa; vào thời điểm tôi điều trị căn bệnh cấp tính cho bà, bà nằm trong danh sách tương đối cấp thiết cần tiến hành thủ thuật cắt bỏ một trong những ngón chân ở bàn chân trái đã bị hoại thư. Bà đang dùng thuốc chống viêm vì chứng viêm khớp nặng và đang trong giai đoạn thuyên giảm bệnh bạch cầu mạn tính. “Chỗ này thì một cái trục, chỗ kia thì một bánh xe, giờ là một bánh răng,

tiếp là một cái lò xo” bị long ra, chắc có lẽ Jefferson đã khuyên nhủ tôi rằng thật điên rồ khi cố gắng ngăn toàn bộ cỗ máy khỏi việc ngừng hoạt động hoàn toàn.

Không lâu sau ngày 23 tháng Hai, 1978, bà Welch ngã xuống sàn bất tỉnh trước sự có mặt của một trong các y tá giúp đỡ. Một chiếc xe cứu thương đã đưa bà tới phòng cấp cứu của Bệnh viện Yale-New Haven, ở đây người ta phát hiện ra là không đo được huyết áp của bà; các phát hiện về cơ thể phù hợp với chứng viêm phúc mạc nặng. Sau khi truyền nhanh dịch vào tĩnh mạch, bà tỉnh lại đủ để trải qua một đợt kiểm tra nhanh bằng chụp X-quang, từ đó phát hiện ra một số lượng lớn không khí tự do trong ổ bụng. Chẩn đoán đã rõ: không nghi ngờ gì nữa, bà đã bị thủng đường tiêu hóa, và nguồn rõ nhất là một chỗ loét ở tá tràng, nằm ngay bên trên dạ dày.

Khi đó, hoàn toàn tỉnh táo và sáng suốt, bà Welch từ chối phẫu thuật. Bằng một lối nhấn nhá kiểu Yankee khoáng đạt, bà nói với tôi rằng bà đã ở trên hành tinh này “đủ lâu rồi, anh bạn trẻ ạ” và không muốn tiếp tục nữa. Bà nói, bà chẳng còn phải sống vì ai nữa – ô trống trên đầu trang biểu đồ dành cho tên người họ hàng của bà có điền một nhân viên tín thác tại Ngân hàng Quốc gia Connecticut. Đối với tôi – người đang đứng bên cạnh cáng, hoàn toàn khỏe mạnh và bên ngoài nơi đó là biết bao người thân và bạn bè, quyết định của bà thật vô lý. Tôi dùng mọi lý lẽ có thể để cố gắng thuyết phục bà rằng, trí tuệ minh mẫn của bà và phản ứng của bệnh bạch cầu ở bà cho thấy bà còn nhiều năm tốt đẹp ở phía trước. Tôi hoàn toàn thẳng thắn khi nói với bà rằng, với tình trạng đã biết của chứng xơ vữa động mạch và chứng viêm phúc mạc, cơ hội bà hồi phục từ cuộc phẫu thuật cần thiết này chỉ là khoảng 1/3. “Nhưng,” tôi nói, “1/3 là tốt hơn rất nhiều so với cái chết chắc chắn trong tay thừa bà Welch, cái chết chắc chắn sẽ đến nếu bà không để cho chúng tôi phẫu thuật.” Điều đó có vẻ hiển nhiên, và tôi không thể hình dung được có bất cứ ai còn minh mẫn như bà lại tin vào điều gì khác. Bà vẫn cương quyết, và tôi để bà một mình suy nghĩ về nó, cơ hội sống sót của bà giảm xuống từng phút một.

Tôi quay trở lại sau đó mười lăm phút. Bệnh nhân của tôi nửa nằm nửa ngồi trên cáng, quắc mắt nhìn vào tôi như thể tôi là một cậu nhóc nghịch ngợm. Bà vươn ra và nắm lấy tay tôi, nhìn thẳng vào mắt tôi như thể buộc tôi vào sứ mệnh quan trọng mà bà sẽ bắt tôi chịu trách nhiệm cá nhân về thất bại của nó. “Ta sẽ chịu phẫu thuật,” bà nói, “nhưng chỉ vì ta tin tưởng anh.” Đột nhiên, tôi cảm thấy bớt tự tin rằng mình đang làm điều đúng đắn.

Trong cuộc phẫu thuật, tôi phát hiện ra một lỗ thủng ở tá tràng lớn đến mức việc khắc phục nó đòi hỏi nhiều giờ phẫu thuật hơn dự kiến. Dạ dày gần như đã tách hoàn toàn khỏi tá tràng, như thể bung hằn ra khỏi nó; ổ bụng của bà Welch đầy dịch tiêu hóa ăn mòn cùng những mẩu vụn từ bữa trưa mà bà đã ăn mấy phút trước khi bị bất tỉnh. Tôi đã làm điều cần làm, đóng ổ bụng lại, và đưa bệnh nhân vẫn còn bất tỉnh của mình vào khoa chăm sóc tích cực sau phẫu thuật. Hệ hô hấp của bà vẫn chưa đủ khả năng tự thở, vì vậy chiếc ống được bác sĩ gây mê luồn vào vẫn ở trong khí quản của bà.

Đến cuối tuần, bà Welch khá hơn, mặc dù bà vẫn không đủ tỉnh táo để hiểu được chuyện gì đang xảy ra xung quanh. Cuối cùng, tâm trí bà tỉnh táo hoàn toàn, cho tới tận khi ống thở ở giữa các dây thanh quản có thể được rút ra hai ngày sau đó, bà đã bỏ từng phút một trong chuyến thăm khám hai lần mỗi ngày của tôi để nhìn chăm chăm vào tôi đầy quả trách. Khi có thể nói, bà không để mất thời gian, nói ngay cho tôi biết cái mảnh lời tôi đã dùng để không cho bà chết như mong muốn mới bắn thiêu làm sao. Tôi dỗ dành bà làm điều đó, chắc chắn rằng mình đã làm điều đúng đắn, và có bằng chứng sống để chứng minh nó, tôi đã nghĩ thế. Sau rốt, bà đã sống sót. Nhưng bà nhìn mọi việc khác đi và không ngại ngần cho tôi biết tôi đã phản bội bà khi giảm thiểu những khó khăn của giai đoạn hậu phẫu. Biết rằng bà Welch sẽ phản đối ca phẫu thuật cứu sống nếu biết rõ những điều mà người mắc chứng xơ cứng động mạch cao tuổi thường phải trải qua trong các khoa chăm sóc tích cực sau phẫu thuật, trong mô tả của mình về những ngày sau phẫu thuật, tôi đã giảm nhẹ đi điều thực tế bà có thể phải trải qua. Bà nói, bà đã trải qua quá nhiều, và bà không còn tin tưởng tôi nữa. Bà rõ ràng là một trong những người mà sự sống sót không xứng với cái giá phải trả, và tôi đã không hoàn toàn sẵn sàng giúp đỡ trong việc dự kiến cái giá phải trả có thể

là gì. Mặc dù mục đích của tôi chỉ nhằm đáp ứng điều tôi tin chắc sẽ tốt cho sức khỏe của bà, tôi đã mắc phải sai lầm tệ hại nhất của chủ nghĩa gia trưởng. Tôi đã che giấu thông tin bởi vì tôi sợ bệnh nhân có thể sử dụng nó để làm điều mà tôi coi là một quyết định sai lầm.

Hai tuần sau khi được chuyển trở lại căn phòng cũ tại khoa nội trú, bà Welch bị đột quỵ và qua đời trong vòng chưa tới một ngày. Tuân theo những lời chỉ dẫn bà đã viết với sự có mặt của vị nhân viên ủy thác trong chuyến thăm đầu tiên của ông sau khi bà xuất viện, không có nỗ lực nào được thực hiện với bà ngoài chăm sóc điều dưỡng. Bà không muốn tái diễn trải nghiệm mới đây, và nói rõ như vậy trong bản tuyên bố viết tay của mình. Mặc dù tổn thương do viêm phúc mạc và cuộc phẫu thuật rõ ràng đã củng cố thêm khả năng đột quỵ của bà, tôi ngờ rằng sự giận dữ không nguôi của bà với trò dối trá nhằm mục đích tốt đẹp của tôi cũng đóng một vai trò nào đó. Nhưng có lẽ nhân tố quan trọng nhất trong cái chết của bệnh nhân của tôi chỉ đơn giản là ước nguyện không tiếp tục sống nữa, vốn đã bị phá hỏng bởi cuộc phẫu thuật khờ dại của tôi. Tôi đã thắng được Câu Đố nhưng thua trận chiến lớn hơn trong việc chăm sóc bệnh nhân một cách nhân văn.

Nếu ngày đó tôi cân nhắc cẩn thận các yếu tố mà được mô tả ở những chương về người cao tuổi của cuốn sách này, tôi đã không nhanh nhẩu đề nghị một cuộc phẫu thuật. Đối với bà Welch, nỗ lực ấy là không chính đáng, cho dù có mang lại được thành công nào đi nữa, và tôi đã không đủ sáng suốt để nhận ra điều đó. Giờ đây cách nhìn nhận của tôi đã khác đi. Nếu có cơ hội được sống lại sự việc này, hay một số việc tương tự như vậy trong sự nghiệp của mình, tôi sẽ lắng nghe bệnh nhân nhiều hơn và bớt đòi hỏi bà phải lắng nghe tôi. Mục đích của tôi là vật lộn với Câu Đố; mục đích của bà là sử dụng căn bệnh bất ngờ này như một cách thức nhẹ nhàng để đi tới cái chết. Bà đã nhượng bộ chỉ để làm vừa ý tôi.

Có một lời nói dối trong đoạn mà bạn vừa đọc. Ở đó, tôi ngụ ý rằng tôi sẽ hành động khác đi, mặc dù tôi biết chắc mình sẽ làm đúng điều ấy lại một lần nữa, hoặc chấp nhận nguy cơ phải chịu sự khinh rẻ của đồng nghiệp. Nó tương tự vấn đề mắc kẹt của các nhà luân lý và đạo đức học khi họ cố gắng

phán xét những hành động của các bác sĩ bên giường bệnh nhân, bởi vì họ không thể thấy những uẩn khúc từ điểm quan sát xa xôi của họ. Quy định chuẩn mực nghề nghiệp trong phẫu thuật đòi hỏi không bệnh nhân nào còn có thể được cứu chữa như bà Welch được phép chết nếu một cuộc phẫu thuật đơn giản có thể cứu sống bà, và những người phá vỡ quy tắc cơ bản đó, bất chấp tính nhân văn trong động cơ của mình, là đang đùa với lửa. Từ quan điểm của một bác sĩ phẫu thuật, quyết định của tôi chính xác là một quyết định trong trị bệnh, và không nên cân nhắc đến đạo đức ở đây. Nếu tôi để cho bà Welch làm theo ý mình, tôi sẽ phải bảo vệ cho kết quả đó ở hội nghị phẫu thuật hằng tuần (nơi chắc chắn nó sẽ được coi là quyết định của tôi chứ không phải của bà), trước các đồng nghiệp cứng rắn mà với họ, cái chết của bà sẽ được coi như một trường hợp do phán quyết kém, nếu không phải là sự xuề xòa hết sức trong trách nhiệm rõ ràng là duy trì sự sống. Tôi hầu như chắc chắn sẽ bị khiển trách vì không gạt bỏ được một ước nguyện có vẻ vô nghĩa như vậy. Tôi có thể hình dung điều người ta có thể nói: “Làm thế nào mà anh lại để cho bà ấy thuyết phục anh chuyện đó?” “Có phải chỉ đơn giản vì một quý cô cao tuổi muốn chết thì có nghĩa là anh phải ủng hộ không?” “Một bác sĩ phẫu thuật chỉ nên đưa ra các quyết định trị bệnh, và quyết định trị bệnh đúng đắn là phẫu thuật – đạo đức thì cứ để cho các mục sư!” Đây là một kiểu áp lực từ đồng nghiệp mà tôi sẽ không đủ tự tin để tuyên bố miễn dịch. Bằng cách này hay cách khác, cương lĩnh giải thoát của y học công nghệ cao chiến thắng, như mọi khi.

Cách tôi điều trị cho bà Welch dựa trên không phải mục đích của bà mà là của tôi, và dựa trên bộ quy tắc đã được chấp thuận trong chuyên ngành của tôi. Sự phù phiếm mà tôi theo đuổi đã tước đi niềm hy vọng mà bà mong mỏi – hy vọng rằng bà có thể bỏ lại thế giới này khi cơ hội xuất hiện một cách suôn sẻ. Cho dù bà không có gia đình, các y tá và tôi hẳn đã có thể đảm bảo bà không chết trong cô đơn, ít nhất trong chừng mực mà những người xa lạ đồng cảm có thể làm điều này cho một người già không bạn bè. Thay vào đó, bà đã phải chịu đựng số phận của quá nhiều những người đang hấp hối trong bệnh viện ngày nay, nghĩa là bị tách khỏi thực tại bởi công nghệ

sinh học và tiêu chuẩn nghề nghiệp, những yếu tố vốn được tạo ra với mục đích đưa con người trở lại cuộc sống có ý nghĩa.

Những chiếc máy kêu bip bip và ré lên, tiếng rít của máy hô hấp nhân tạo và những tấm đệm gắn pít-tông, những tín hiệu điện tử nhiều màu sắc lập lòe – toàn bộ dàn thiết bị công nghệ là nền tảng cho những thủ thuật tước đi sự yên tĩnh mà mỗi chúng ta đều có quyền hy vọng được hưởng, và tách chúng ta khỏi những người sẽ không để mặc cho chúng ta chết trong cô đơn. Bằng những phương tiện như vậy, công nghệ sinh học được tạo ra để mang lại hy vọng thực ra lại có tác dụng tước nó đi, và để mặc cho những người sống sót của chúng ta bị cướp mất những ký ức cuối cùng không sút mẻ mà đúng ra thuộc về những người ngồi ngay bên cạnh khi những ngày của ta dần đi đến hồi kết.

Mỗi tiến bộ của khoa học hoặc của việc khám chữa bệnh mang theo một hàm ý về văn hóa, thường là một hàm ý có tính biểu tượng. Ví dụ như phát minh ra ống nghe vào năm 1816 có thể được coi là khởi đầu cho quá trình các bác sĩ dần dần cách xa khỏi bệnh nhân của mình. Thực tế, cách giải thích như vậy về vai trò của dụng cụ được một số nhà bình luận về y học khi đó coi như một trong những lợi ích của nó, vì không nhiều bác sĩ điều trị, khi đó và bây giờ, cảm thấy thoải mái với việc áp chặt một bên tai vào lồng ngực con bệnh. Điều đó cùng với hình ảnh của nó, một dấu hiệu rõ ràng về địa vị, vẫn còn duy trì tới ngày nay những lý do bất thành văn cho tính phổ biến của dụng cụ. Người ta chỉ cần bỏ ra vài giờ đi thăm khám cùng các bác sĩ nội trú trẻ tuổi là quan sát được một số vai trò của cái dấu hiệu được cho quyền lực và sự xa cách đang treo lủng lẳng ấy.

Nhìn hoàn toàn từ quan điểm khám chữa bệnh, một ống nghe không gì hơn là một thiết bị truyền âm thanh; với lý do tương tự, một bộ phận chăm sóc tích cực đơn thuần chỉ là một phòng chứa kho báu tách biệt chất đầy hy vọng công nghệ cao bên trong thành trì mà chúng ta cô lập người bệnh để có thể chăm sóc họ tốt hơn. Những nơi chốn riêng biệt kín đáo này biểu trưng cho hình thái thuần khiết nhất của thái độ phủ nhận mà xã hội chúng ta dành cho bản chất tự nhiên, và thậm chí là sự tất yếu nữa, của cái chết. Đối với

những người đang hấp hối, phòng chăm sóc tích cực, với sự cách ly giữa những người xa lạ, dập tắt hy vọng không bị bỏ rơi trong những giờ phút cuối cùng của họ. Thực tế, họ đã bị bỏ rơi, cho những mục đích tốt đẹp của những cán bộ chuyên môn lành nghề hầu như không biết gì về họ.

Ngày nay, xu hướng phổ biến là che giấu cái chết khỏi tầm mắt. Trong mô tả kinh điển về những tục lệ liên quan tới cái chết, sử gia xã hội người Pháp, Phillippe Ariès gọi hiện tượng hiện đại này là “Cái chết Vô hình”. Ông chỉ ra rằng, giai đoạn hấp hối thì xấu xí và bẩn thỉu, còn chúng ta không dễ gì chịu đựng thêm nữa những điều xấu xí và bẩn thỉu. Bởi vậy cái chết cần được giấu kín và diễn ra ở những nơi tách biệt:

Cái chết được giấu kín trong bệnh viện bắt đầu một cách thận trọng từ những năm 1930 và 1940 rồi trở nên phổ biến sau năm 1930... Các giác quan của chúng ta không còn chịu đựng được các cảnh tượng và các loại mùi gắn liền với nỗi đau đớn và bệnh tật, dù hồi đầu thế kỉ XIX chúng là một phần của cuộc sống hằng ngày. Những tác động về sinh lý học đã vượt qua từ cuộc sống hằng ngày tới thế giới vô trùng của vệ sinh, y học và đạo đức. Biểu hiện hoàn hảo của thế giới này là bệnh viện, với kỷ luật kiểu tế bào của nó... Mặc dù không phải lúc nào điều này cũng được thừa nhận, bệnh viện đã mang đến cho các gia đình một nơi để họ có thể che giấu được những người bệnh khó coi mà cả thế giới lẫn họ đều không chịu đựng nổi... Bệnh viện đã trở thành chỗ dành cho cái chết đơn độc.

Giờ đây, 80% người Mỹ chết ở bệnh viện. Con số tăng dần lên từ năm 1949, khi đó mới là 30%; năm 1938, nó đạt mức 61%, và năm 1977 là 70%. Tỷ lệ này gia tăng không chỉ vì quá nhiều người hấp hối cần được chăm sóc tích cực ở mức độ cao mà chỉ trong bệnh viện mới có thể đáp ứng được. Sự biểu trưng văn hóa của việc cô lập người hấp hối ở đây có ý nghĩa ngang với quan điểm điều trị nghiêm ngặt về khả năng tiếp cận đã được cải thiện tới những tiện nghi và nhân sự đặc biệt, và đối với hầu hết các bệnh nhân thì còn hơn thế nữa.

Cái chết đơn độc giờ đây được nhận thức rõ ràng đến mức, xã hội của chúng ta đã tổ chức chống lại nó, và chúng ta nên làm như vậy. Từ sự uyên thâm của các văn bản pháp luật được gọi là bản chỉ dẫn trước, cho tới những triết lý đáng tranh cãi của các hội ủng hộ tự sát, có một loạt các lựa chọn ra

đi, và mục đích cuối cùng của mỗi lựa chọn đó đều như nhau: phục hồi độ chắc chắn của việc khi cái kết đến gần, ít nhất cũng còn nguồn hy vọng này – rằng những khoảnh khắc cuối cùng của chúng ta sẽ được dẫn dắt không phải bởi công nghệ sinh học mà bởi những người biết chúng ta là ai.

Hy vọng này, sự đảm bảo rằng sẽ không có những nỗ lực vô căn cứ, là một lời quả quyết rằng chân giá trị, phẩm giá tìm thấy trong cái chết là lòng cảm kích mà những người khác dành cho những điều mà người đó từng làm trong đời. Nó là phẩm giá có được từ cuộc sống tốt đẹp đã qua và từ sự chấp nhận cái chết của người đó như một tiến trình thiết yếu của tự nhiên, cho phép giống loài của chúng ta tiếp tục dưới hình hài của con cái chúng ta cũng như con cái của những người khác. Nó cũng là sự thừa nhận rằng sự kiện *thực tế* diễn ra vào lúc cuối đời ta chính là cái chết của chúng ta, chứ không phải là cố gắng ngăn chặn nó. Bằng cách nào đó, chúng ta đã quá chìm đắm vào những điều kỳ diệu của khoa học hiện đại đến nỗi, xã hội chúng ta đặt tầm quan trọng vào nhầm chỗ. Chính hấp hối là điều quan trọng – người đóng vai chính trong vở kịch là người đang hấp hối; người cầm đầu năng nổ trong đội “suýt nữa giải cứu” nhốn nháo cũng chỉ là một khán giả đứng trước sân khấu ấy mà thôi.

Trong quá khứ, giờ phút của cái chết, trong chừng mực hoàn cảnh cho phép, được coi như khoảng thời gian thiêng liêng của linh hồn, và lúc để trao đổi tâm tư tình cảm cuối cùng với những người ở lại. Người sắp qua đời mong muốn giờ phút ấy được như vậy, và không dễ gì từ chối họ. Nó là niềm an ủi của họ và niềm an ủi cho những người thân yêu của họ vì sự chia ly và đặc biệt là vì những nỗi đau khổ rất có thể đã diễn ra trước đó. Đối với nhiều người, việc trao đổi tâm tư tình cảm cuối cùng này là trọng tâm không chỉ của ý thức rằng họ sắp có được một cái chết êm ả mà còn của niềm hy vọng mà họ đã thấy trong sự tồn tại của Chúa và thế giới bên kia.

Thật mỉa mai là khi định nghĩa lại hy vọng, tôi lại thấy cần phải tập trung chú ý tới điều mà mới đây vẫn còn là một khu vực cách biệt hoàn toàn, và hầu hết mọi người đều tìm kiếm hy vọng ở đó. Trong thiên niên kỷ này, việc người hấp hối ngày nay hướng tới Chúa và sự hứa hẹn về kiếp sau khi kiếp

sống hiện tại đang dần tan biến hiếm hoi hơn nhiều so với bất cứ giai đoạn nào khác. Việc của những người làm trong ngành y hoặc những người theo chủ nghĩa hoài nghi không phải là đặt câu hỏi cho một người khác, đặc biệt là khi người đó đang đối mặt với sự vĩnh hằng. Những người theo thuyết bất khả tri và thậm chí cả những người vô thần đã biết tìm kiếm sự an ủi trong tôn giáo ở những thời điểm như vậy, và những thay đổi mạnh mẽ trong tâm can họ sẽ được tôn trọng. Hồi còn là một bác sĩ phẫu thuật trẻ, đã bao nhiêu lần tôi nghe thấy một bác sĩ hoặc y tá chế giễu lễ ban phước trong lễ xức dầu thánh cuối cùng bởi vì “Việc đó chẳng khác gì nói với ông ta rằng ông sắp qua đời,” rồi nhìn họ chậm chạp gọi vị linh mục mà, nếu bệnh nhân biết được sự thật, họ sẽ muốn thấy sự hiện diện của linh mục đó hơn là một bác sĩ? Nhiều năm trước, bệnh viện của tôi có một bảng phân loại người ốm được gọi là Danh sách Nguy hiểm. Khi một cái tên công giáo được đưa vào, linh mục của người đó tự động được mời đến. Trong số các lý do để danh sách đó không còn tồn tại nữa là sự ngần ngại của lãnh đạo bệnh viện khi “dọa” một bệnh nhân bằng sự xuất hiện của một người mặc chiếc áo thầy tu trong phòng người đó, bởi vì điều này thường là thông báo đầu tiên cho một người rằng cuộc sống của anh ta sắp chấm dứt. Theo những cách như vậy, ban lãnh đạo bệnh viện từ chối niềm hy vọng, và thậm chí cả niềm tin tôn giáo cũng bị phá vỡ để hoàn thành việc đó.

Đôi khi, một nguồn hy vọng của người đang hấp hối có thể đơn giản như nguyện ước được sống cho tới lễ tốt nghiệp của con gái, hay thậm chí đến một kì nghỉ có ý nghĩa đặc biệt nào đó. Những văn bản về y khoa chứng minh được sức mạnh của kiểu hy vọng này, mô tả những ví dụ không chỉ duy trì sự sống mà còn cả sự lạc quan của người hấp hối trong một khoảng thời gian cần thiết. Mọi bác sĩ và nhiều người không có chuyên môn đều có thể kể về những người sống được thêm vài tuần nữa so với mong đợi tích cực nhất để đón lễ Giáng sinh cuối cùng hoặc chờ đợi được nhìn thấy một người thân yêu đang trở về từ miền đất xa xôi nào đó.

Bài học trong tất cả những điều ấy rất nổi tiếng. Hy vọng không chỉ nằm ở kỳ vọng được chữa lành hay thậm chí là giảm bớt đi nỗi đau đớn hiện tại. Đối với các bệnh nhân đang chờ chết, hy vọng được cứu chữa luôn thể hiện

là cuối cùng sẽ thất bại, thậm chí hy vọng thuyên giảm cũng thường tan thành mây khói. Khi đến thời điểm của tôi, tôi sẽ tìm kiếm hy vọng trong sự hiểu biết rằng, trong chừng mực có thể, tôi sẽ không bị bắt phải chịu đựng hay khuất phục những nỗ lực vô nghĩa nhằm duy trì sự sống; tôi sẽ tìm kiếm nó trong sự chắc chắn rằng mình sẽ không bị bỏ mặc cho chết trong cô đơn; giờ đây tôi đang tìm kiếm nó, trong cách tôi cố gắng sống cuộc đời mình, sao cho những ai trân trọng con người tôi có được lợi lạc trong thời gian tôi còn trên trái đất và sẽ ở lại với những kỉ niệm ấm áp về việc chúng tôi đã có ý nghĩa với nhau như thế nào.

Có những người sẽ tìm kiếm hy vọng trong niềm tin và đức tin của họ vào kiếp sau; một số người sẽ trông đợi khoảnh khắc cán mốc lịch sử hoặc một công việc quan trọng được hoàn thành; thậm chí có một số người hy vọng duy trì được kiểu kiểm soát cho phép họ quyết định thời khắc cho cái chết của mình, hay thực tế là thực hiện cái chết của riêng mình mà không bị cản trở. Cho dù hy vọng dưới hình thức nào, mỗi người trong chúng ta phải tìm được hy vọng theo cách của riêng mình.

Có một dạng bỏ rơi đặc biệt phổ biến trong các bệnh nhân sắp chết vì ung thư, và nó cần được giải thích. Ở đây tôi ám chỉ sự bỏ rơi của các bác sĩ. Các bác sĩ hiếm khi *muốn* từ bỏ. Chừng nào còn có bất cứ khả năng nào để giải đáp Câu Đố, họ sẽ nắm chặt lấy nó, và đôi khi phải có sự can thiệp của gia đình hoặc chính bệnh nhân mới có thể kết thúc các nỗ lực y tế vô ích. Tuy nhiên, khi vấn đề đã quá hiển nhiên, không còn Câu Đố để tập trung vào nữa, nhiều bác sĩ đánh mất đi động lực duy trì lòng nhiệt tình của họ. Khi thời kỳ khó khăn nặng nề trôi qua và hết cách điều trị này tới cách điều trị khác thất bại, lòng nhiệt tình đó có xu hướng sa sút. Về mặt cảm xúc, khi đó các bác sĩ có chiều hướng biến mất; về mặt thể chất cũng vậy, họ gần như mất dạng.

Nhiều lý do đã được dẫn ra để giải thích tại sao các bác sĩ bỏ rơi bệnh nhân khi họ không thể hồi phục được. Các nghiên cứu chỉ ra rằng, trong tất cả các nghề nghiệp, y học là nghề dễ hấp dẫn những người bản khoản cao độ về cái chết nhất. Chúng ta trở thành bác sĩ bởi vì khả năng chữa lành của ta

trao cho ta sức mạnh vượt qua cái chết mà chúng ta vẫn sợ hãi, và việc mất đi quyền năng ấy đặt ra một mối đe dọa to lớn đến nỗi chúng ta phải ngoảnh mặt đi khỏi nó, và do đó, khỏi chính bệnh nhân, hiện thân của điểm yếu trong ta. Các bác sĩ là những người thành công – đó là cách họ vượt qua được cuộc đua tranh dữ dội để giành được tấm bằng y khoa, việc đào tạo và vị trí của họ. Giống như những người rất mực tài năng khác, họ cần phải không ngừng đảm bảo năng lực của mình. Bị thất bại là phải chịu một đòn giáng vào sự tự nhận thức bản thân, các thành viên của cái nghề coi trọng bản thân mình nhất trong các nghề này rất kém chịu đựng điều đó.

Tôi cũng rất ấn tượng với một nhân tố khác trong tính cách của nhiều bác sĩ, có lẽ liên hệ tới nỗi sợ thất bại: một nhu cầu kiểm soát quá mức những điều mà hầu hết mọi người đều thấy là hợp lý. Khi khả năng kiểm soát mất đi, anh ta, người đòi hỏi nó, cũng lạc lối đôi chút, và vì vậy mà đương đầu một cách kém cỏi với hậu quả do sự bất lực của mình. Trong nỗ lực duy trì kiểm soát, một bác sĩ – thường là vô thức – tự thuyết phục bản thân mình rằng anh ta biết rõ hơn bệnh nhân tiến trình nào là thích hợp. Anh ta chỉ cung cấp thông tin đến mức anh ta cho là đủ, do đó, ảnh hưởng tới việc ra quyết định của bệnh nhân theo những cách mà anh ta nhận ra là phục vụ cho chính bản thân mình. Kiểu hành động gia trưởng này chính xác là nguồn gốc cho sai lầm của tôi khi điều trị cho bà Welch.

Sự bất lực khi đối mặt với những hậu quả biểu hiện qua sự mất kiểm soát thường khiến một bác sĩ bỏ đi khỏi hoàn cảnh mà ở đó, anh ta không còn quyền lực nữa, và điều đó đương nhiên góp phần vào việc rũ bỏ trách nhiệm thường xảy ra vào lúc cuối đời của người bệnh. Trong công thức cấu trúc mà anh ta nhận thấy ở Câu Đố và trong cách thức có hệ thống mà anh ta đi tìm lời giải cho nó, bác sĩ tạo ra trật tự từ hỗn loạn và tìm được quyền lực để kiểm soát căn bệnh, tự nhiên, và thế giới của riêng anh ta. Khi không còn Câu Đố nữa, một bác sĩ như vậy sẽ giảm bớt mối quan tâm hoặc đánh mất nó hoàn toàn. Ở lại và chứng kiến chiến thắng không gì kìm hãm được của tự nhiên là công nhận sự bất lực của chính mình.

Hoặc, khi đã thua trận chiến chính, bác sĩ có thể duy trì một chút quyền lực của mình qua việc tác động lên tiến trình hấp hối bằng cách kiểm soát thời lượng của nó và quyết định thời khắc mà anh ta cho phép nó kết thúc. Theo cách này, anh ta tước đi của người bệnh và gia đình quyền kiểm soát đúng ra là của họ. Ngày nay, nhiều bệnh nhân nằm viện chỉ chết khi một bác sĩ quyết định rằng đã đến lúc. Ngoài sự ham hiểu biết và nhiệm vụ giải quyết vấn đề cần có đối với việc nghiên cứu tốt, tôi tin rằng ảo tưởng về việc kiểm soát tự nhiên nằm ở nền tảng cơ bản của khoa học hiện đại. Thậm chí với tất cả nghệ thuật và triết lý của nó, ngành y hiện đại, trên một phạm vi rộng lớn, đã trở thành thao tác trong khoa học ứng dụng, với mục đích chinh phục đó trong tâm trí. Mục đích cơ bản của các nhà khoa học không phải là hiểu biết vì hiểu biết, mà hiểu biết với mục đích chiến thắng điều mà anh ta coi như kẻ thù. Không có thảm họa tự nhiên (hay Tự Nhiên) nào thù địch hơn cái chết. Mỗi khi một bệnh nhân qua đời, bác sĩ của người đó lại bị nhắc nhở rằng khả năng kiểm soát của con người nói chung và của anh ta nói riêng trước sức mạnh của thiên nhiên chỉ là hữu hạn và sẽ luôn là như thế. Cuối cùng, tự nhiên sẽ luôn chiến thắng, và nó phải vậy để giống loài của chúng ta tiếp tục tồn tại.

Các thế hệ đi trước chúng ta trông đợi và chấp nhận sự cần thiết đối với chiến thắng chung cuộc của tự nhiên. Trước đây, các bác sĩ sẵn sàng thừa nhận những dấu hiệu thất bại hơn nhiều, và cũng ít kiêu ngạo trong việc phủ nhận chúng hơn nhiều. Sự khiêm tốn của y học khi đối mặt với quyền lực của tự nhiên đã mất đi, và cùng với nó là sự mất đi một vài thẩm quyền đạo đức của thời trước. Song hành cùng sự gia tăng mạnh mẽ trong kiến thức khoa học là sự giảm sút lớn lao trong sự thừa nhận rằng khả năng kiểm soát của chúng ta vẫn ít hơn rất nhiều so với mong muốn của chúng ta. Các bác sĩ chấp nhận sự tự phụ (theo mọi nghĩa của từ này) rằng khoa học đã khiến cho chúng ta trở thành toàn năng và bởi vậy, chúng ta là những người duy nhất được phán quyết về cách sử dụng hợp lý các kỹ năng của mình. Sự khiêm tốn lớn lao hơn đáng ra nên đi cùng với hiểu biết rộng hơn lại được thay thế bởi sự ngạo mạn trong y học: Vì chúng ta có thể làm quá nhiều nên không có giới hạn với điều nên được thử – *hôm nay*, và với *bệnh nhân này*!

Bác sĩ càng có chuyên môn sâu, Câu Đố càng dễ trở thành động cơ thúc đẩy chính của anh ta. Nhờ sự say mê của y học với Câu Đố, chúng ta may mắn có được những tiến bộ lớn lao trong khám và điều trị bệnh mà tất cả các bệnh nhân đều được hưởng; nhờ sự say mê của y học với Câu Đố, chúng ta cũng may mắn có được nỗi thất vọng khi những kỳ vọng mà chúng ta ấp ủ về các bác sĩ không thể được họ đáp ứng và có lẽ không nên đòi hỏi họ đáp ứng. Câu Đố là kim chỉ nam của bác sĩ khi ở vai trò là một nhà khoa học ứng dụng; nó là con chim hải âu của anh ta khi ở vai trò một người chăm sóc nhân đạo.

Các bác sĩ chuyên khoa ung thư nằm trong số những người kiên quyết nhất trong lĩnh vực y học, sẵn sàng thử hầu như mọi nỗ lực cuối cùng hòng ngăn chặn điều không thể tránh khỏi – họ vẫn tiếp tục chiến đấu khi những người khác đã hạ cờ. Giống như rất nhiều những đồng nghiệp chuyên môn, các bác sĩ chuyên khoa ung thư có thể có sự đồng cảm và thương người; khi làm việc với các bệnh nhân, họ chắc chắn sẽ xem cách điều trị và những biến chứng về lâu dài, sắp xếp các tiến trình hành động, và phát triển những quan hệ ấm áp với cả các cá nhân lẫn gia đình họ. Thế nhưng, họ lại thường xuyên làm việc đó mà không hề đạt được một hiểu biết thật sự về bản chất linh hồn của những người mà họ điều trị, hay của những phản ứng chủ quan của họ với gương mặt lơ mơ của cái chết vốn luôn theo dõi những cố gắng của họ. Thật buồn khi nói rằng, đây là sự thật về đại đa số các chuyên gia điều trị những căn bệnh phức tạp nhất. Khi nhìn lại ba mươi năm hành nghề của mình, tôi dần dần nhận thức được rằng, tôi là người giải quyết vấn đề nhiều hơn là người đàn ông ở Bronx, người chỉ mong muốn chăm sóc các bệnh nhân của mình.

Nếu chúng ta thôi trông đợi quá nhiều ở các bác sĩ của mình những điều mà họ không thể đáp ứng, là bệnh nhân, làm thế nào để chúng ta được hướng dẫn đưa ra các quyết định hợp lý? Ban đầu, các bác sĩ này có thể vẫn hướng dẫn chúng ta. Thực tế, thông tin họ phổ biến sẽ còn giá trị hơn nữa khi chúng ta điều chỉnh để sử dụng nó chỉ như một cách nhận thức thấu đáo về sinh lý bệnh học mà họ biết rất rõ. Biết rằng họ không có quyền chi phối cách quyết định của chúng ta, các chuyên gia của chúng ta sẽ bớt ngả theo

chiều hướng nói chuyện với chúng ta theo lối tác động tới quyết định mà họ muốn chúng ta đưa ra. Nhiệm vụ của mọi bệnh nhân là nghiên cứu căn bệnh của chính mình và tìm hiểu về nó đủ để nhận thức được khi nào thì việc điều trị sâu hơn trở thành một vấn đề có thể đưa ra thảo luận. Một sự giáo dục như vậy bắt đầu bằng việc học về cơ chế hoạt động của cơ thể bình thường, điều này đơn giản hóa hiểu biết về các con đường mà nó bị nhiễm bệnh. Rõ ràng, ung thư là một tiến trình đặc biệt phù hợp với cách tiếp cận như vậy, và nó phù hợp với đại đa số mọi người.

Khi thảo luận về Câu Đố, tôi không viết về kiểu bác sĩ ít chịu ảnh hưởng của nó hơn các chuyên gia. Mỗi quan hệ giữa một bệnh nhân với bác sĩ chính của mình luôn là nòng cốt cho việc chữa bệnh. Khi không thể chữa lành, mối quan hệ đó giữ một vai trò quan trọng có tầm ảnh hưởng vô hạn.

Chính phủ nên hỗ trợ khái niệm hành nghề tại gia đình và chế độ chăm sóc cơ bản, điều nên là trọng tâm của bất cứ kế hoạch chăm sóc sức khỏe nào. Việc gây quỹ cho các chương trình đào tạo tại các trường y và các bệnh viện có chức năng giảng dạy xứng đáng trở thành một ưu tiên hàng đầu, và những người trẻ tuổi tài năng nên được khuyến khích cống hiến. Trong tất cả các lợi ích khả dĩ của một hệ thống như vậy, tôi không thể nghĩ ra giá trị nào cao cả hơn hiệu ứng nhân văn mà nó tác động lên cách chúng ta chết. Có quá nhiều điều phải chịu đựng vào thời điểm cái chết diễn ra, chúng ta không nên chất thêm vào nó với việc hỏi xin lời khuyên từ những người xa lạ có chuyên môn, trong khi có thể được chỉ dẫn với sự thấu hiểu từ mối quan hệ lâu dài với bác sĩ của riêng ta.

Chúng ta chịu đựng không chỉ nỗi đau khổ và buồn rầu khi chào biệt cuộc đời. Trong những gánh nặng nặng nề nhất là thiên hướng dễ hối tiếc – một vấn đề đáng được nhắc tới ở đây. Dù cái chết là điều không thể tránh khỏi, và trước đó chắc chắn đã là cả một giai đoạn khó khăn, đặc biệt với những người bị ung thư, có những phần tăng thêm trong hành lý mà tất cả chúng ta sẽ mang theo xuống mồ, nhưng chính từ đó, chúng ta có thể dẹp bỏ phần nào chương ngại nếu chúng ta lường trước được chúng. Ở đây, tôi muốn nhắc tới những xung đột không được giải quyết, những mối quan hệ bất hòa không

được hàn gắn, những nhiệm vụ không thể hoàn thành, những lời hứa không được thực hiện, và những năm tháng sẽ không bao giờ được trải qua. Đối với hầu hết mỗi người trong số chúng ta, sẽ luôn có việc còn dở dang. Chỉ những người rất già mới thoát được nó, thậm chí cả điều này cũng không phải lúc nào cũng đúng.

Có lẽ, bản thân sự tồn tại đơn thuần của những việc còn dở dang nên là một kiểu thỏa nguyện, mặc dù ý tưởng có vẻ ngược đời. Chỉ một người đã chết từ lâu trong khi vẫn có vẻ như đang sống mới không có nhiều “lời hứa phải thực hiện, và nhiều chặng đường phải đi trước khi chìm vào giấc ngủ”, và tình trạng ì trệ đó là điều không mong muốn. Với lời khuyên khôn ngoan là chúng ta hãy sống mỗi ngày như thể đó là ngày cuối cùng, sẽ rất bổ ích nếu chúng ta thêm vào lời răn hãy sống mỗi ngày như thể chúng ta sẽ ở trên trái đất này mãi mãi.

Cũng sẽ tốt nếu chúng ta tránh đi một gánh nặng không cần thiết khác bằng việc ghi nhớ lời cảnh cáo của Robert Burns* về những kế hoạch được sắp xếp tốt nhất. Cái chết hiếm khi, nếu không nói là chưa từng, diễn ra theo đúng kế hoạch của chúng ta hay thậm chí là với mong đợi của chúng ta. Ai cũng mong muốn được chết theo cách phù hợp, một phiên bản hiện đại của *ars moriendi* (nghệ thuật về cái chết) và vẻ đẹp của những khoảnh khắc cuối cùng. Từ khi loài người bắt đầu biết viết, họ đã ghi lại nguyện ước của mình về một cái kết lý tưởng mà một vài người gọi là “cái chết đẹp” như thể bất cứ ai trong chúng ta cũng có thể chắc chắn về nó hay có bất cứ lý do nào để trông đợi nó. Có những cạm bẫy trong việc đưa ra quyết định né tránh và vô số hy vọng khác nhau để tìm kiếm, nhưng trên cả điều đó, chúng ta phải tha thứ cho bản thân khi không thể giành được một hình ảnh đã định trước về một cái chết đúng đắn nào đó.

Tự nhiên có việc phải làm. Nó làm công việc của mình bằng phương pháp có vẻ phù hợp hoàn toàn với từng cá nhân mà quyền năng của nó đã tạo ra. Nó đã tạo ra người này dễ mắc bệnh tim, người kia dễ bị đột quỵ và những người nọ thì dễ bị ung thư, một số người sống một thời gian dài trên trái đất này và một số người thì lại sống thời gian rất ngắn ngủi, ít nhất là theo thước

đo của chính chúng ta. Sự hài hòa của thế giới sinh vật đã tạo ra điều kiện mà theo đó, thế hệ này được nối tiếp bằng thế hệ tiếp theo. Chống lại sức mạnh và chu trình không ngừng nghỉ của tự nhiên sẽ không có chiến thắng lâu dài.

Khi khoảnh khắc cuối cùng xuất hiện và không thể thoát khỏi nhận thức rằng chúng ta đã chạm tới điểm mà như Jochanan Hakkadosh của Browning* tả: “đặt chân lên con đường làm toàn bằng xác thịt”, phận sự của chúng ta là nhớ rằng, nó không chỉ là con đường toàn xác thịt mà còn là con đường của tất cả cuộc đời, và nó có kế hoạch riêng của nó cho chúng ta. Mặc dù chúng ta tìm ra những cách khôn ngoan để trì hoãn, nhưng không có cách nào để xóa bỏ những kế hoạch này. Thậm chí cả những hành động tự sát cũng phải đầu hàng chu trình, và theo những gì chúng ta được biết thì, tác nhân kích thích thực hiện những hành động đó đã được thiết kế sẵn trong một kế hoạch lớn nào đó, một ví dụ khác về những quy luật không thể thay đổi được của tự nhiên và sự hài hòa trong thế giới sinh vật của nó. Julius Caesar của Shakespeare* ngầm nghĩ rằng:

*Trong tất cả những điều kỳ diệu ta từng nghe,
Đường như với ta điều kỳ lạ nhất là con người lại sợ hãi
Khi chứng kiến cái chết, một kết thúc tất yếu,
Sẽ tới khi nào nó tới.*

Một loại thuốc chống ung thư, ngăn cản sự sao chép ADN và sự phiên mã RNA, do đó làm rối loạn sự tổng hợp acid nucleic.

Robert Burns (1759-1796): thi hào dân tộc người Scotland, ông là người đã góp phần lớn vào nền thi ca và âm nhạc truyền thống Anh.

Robert Browning (1812-1889): nhà thơ và nhà viết kịch người Anh dưới thời Nữ hoàng Victoria. *Jochanan Hakkadosh* là một trong những bài thơ nổi tiếng của ông.

William Shakespeare (1564-1616): nhà văn và nhà viết kịch vĩ đại người Anh. *Julius Caesar* là một tác phẩm nổi tiếng của ông.

LỜI BẠT

Tôi quan tâm tới thế giới vi mô hơn là thế giới vĩ mô; tôi hứng thú với cách một người sống hơn là cách một ngôi sao chết đi; cách một người phụ nữ sống trên thế giới này hơn là cách một ngôi sao chổi quét qua thiên đường. Nếu có Chúa, thì Ngài sẽ hiện diện trong mỗi tạo vật chúng ta chẳng kém gì Ngài hiện diện trong sự sáng tạo của trái đất. Trạng thái của con người là điều huyền bí thu hút sự say mê của tôi chứ không phải trạng thái của vũ trụ.

Tìm hiểu trạng thái của con người là công việc của cả đời tôi. Trong suốt cuộc đời mà giờ đây đã bước sang thập kỉ thứ bảy này, tôi đã dự phần vào cả nổi thất vọng lẫn chiến thắng. Thịnh thoảng tôi nghĩ mình đã góp quá phần mình trong cả hai, nhưng ấn tượng đó chắc hẳn nảy sinh từ xu hướng chung mà tất cả chúng ta đều có, xu hướng khiến cho mỗi chúng ta coi kinh nghiệm của bản thân như một ví dụ vượt trội hơn trong kinh nghiệm chung – cuộc đời mà bằng cách nào đó lớn hơn cả sự sống, và được cảm nhận sâu sắc hơn.

Không có cách nào đoán trước được liệu đây có phải là thập kỉ cuối cùng của tôi không hay sẽ còn nữa – sức khỏe tốt không đảm bảo được điều gì. Điều duy nhất tôi chắc chắn về cái chết của mình là một ao ước khác mà tất cả chúng ta đều có: Tôi muốn nó không đau đớn. Có những người ao ước được chết thật nhanh, có lẽ là bất ngờ và ngay lập tức; có những người ao ước được chết sau một trận ốm nặng ngủi, không vật vã, xung quanh là những người và những điều họ yêu quý. Tôi thuộc về vế sau, và tôi ngờ rằng tôi thuộc về đa số.

Bất hạnh thay, điều tôi hy vọng không phải là điều tôi mong đợi. Tôi đã từng chứng kiến quá nhiều cái chết nên không thể tăng lờ đi cái xác suất quá

lớn là nó sẽ không diễn ra như tôi ao ước. Giống như hầu hết mọi người, tôi chắc chắn sẽ phải chịu đựng những đau đớn về thể chất và thất vọng về tinh thần đi liền với nhiều căn bệnh chết người, và giống như hầu hết mọi người, tôi chắc chắn sẽ làm cho sự bất ổn đớn đau của mình trong tháng cuối cùng thêm tồi tệ bằng nỗi đau đớn hơn nữa của sự do dự – giữa tiếp tục hay từ bỏ, giữa điều trị một cách cấp tập hay chỉ hòng xoa dịu, giữa đấu tranh cho khả năng kéo dài thời gian hay được chùng nào hay chùng đó – đó là hai phía của tấm gương chúng ta soi vào khi đau đớn khổ sở vì những căn bệnh có sức mạnh giết chóc. Phía chúng ta lựa chọn để thấy bản thân mình được phản chiếu suốt những ngày cuối cùng nên biểu lộ một hình ảnh bình yên trong quyết định của mình, nhưng ngay cả điều đó cũng không có gì là chắc chắn.

Tôi viết cuốn sách này cho chính bản thân tôi cũng như cho tất cả những người đọc nó. Bằng cách duyệt qua một vài đội quân kị binh của thần chết bằng qua tầm nhìn của chúng ta, tôi hy vọng gợi lại được những điều mình từng chứng kiến, và giúp cho những người khác làm quen với chúng. Không cần thiết phải xem hết cả một hàng dài những kẻ giết người cưỡi ngựa; số lượng kị binh hơn bất cứ ai trong số chúng ta có thể tưởng tượng. Nhưng tất cả đều sử dụng những vũ khí không khác nhiều với những gì bạn đọc được trong cuốn sách này.

Nếu trở nên quen thuộc hơn một chút, có lẽ những kị binh này cũng sẽ bớt đáng sợ, và có lẽ những quyết định phải đưa ra sẽ có thể được tìm thấy trong một bầu không khí ít bị đè nặng bởi sự hiểu biết nửa vời, căng thẳng, và những mong đợi phi lý. Đối với mỗi chúng ta, sẽ có một cái chết phù hợp, và chúng ta nên cố gắng tìm kiếm nó, trong khi chấp nhận rằng rất có thể nó sẽ vượt ngoài tầm kiểm soát của chúng ta. Căn bệnh cuối cùng mà tự nhiên bắt chúng ta phải chịu sẽ quyết định bầu không khí chúng ta rời bỏ cuộc đời, nhưng nên cho phép những lựa chọn của chính chúng ta, trong chừng mực có thể, trở thành nhân tố quyết định cho cách chúng ta ra đi. Rilke^{*} đã viết:

Ôi Chúa trời, trao cho mỗi chúng ta cái chết của riêng người,

Cái chết, xuất phát từ cuộc sống

Mà ở đó, con người đã có tình yêu, ý nghĩa và thất vọng.

Nhà thơ thể hiện nó như một lời cầu nguyện, và giống như tất cả những lời cầu nguyện, nó có thể không có cách trả lời, thậm chí là cả với Chúa. Với quá nhiều người trong số chúng ta, cách chết sẽ tỏ ra vượt ngoài tầm kiểm soát, và không hiểu biết hay chân lý nào có thể thay đổi được điều đó. Trong cái chết của người mà chúng ta yêu thương hoặc của chính chúng ta, thật đáng giá khi biết rằng vẫn còn quá nhiều điều mà hoàn cảnh không cho phép lựa chọn, ngay cả khi bên cạnh ta là những lực lượng nhiệt tâm nhân từ và tinh nhuệ nhất của giới y sinh học hiện đại. Chẳng có sự trừng phạt nào với những người chịu số mệnh phải chết một cách tệ hại, chỉ đơn giản là bản tính tự nhiên của những điều giết họ mà thôi.

Đại đa số mọi người đều không rời khỏi cuộc đời theo cách mà họ lựa chọn. Trong những thế kỉ trước, con người tin vào khái niệm *ars moriendi*, nghệ thuật về cái chết. Đã từng có những giai đoạn thái độ khả thi duy nhất khi tiếp cận cái chết là để mặc cho nó diễn ra – khi những triệu chứng nhất định xuất đầu lộ diện, không còn lựa chọn nào ngoài chết theo cách tốt nhất có thể, yên bình trong tay Chúa. Nhưng ngay cả khi đó, hầu hết mọi người vẫn trải qua một giai đoạn đau đớn diễn ra trước lúc cuối cùng; chẳng có gì nhiều nhận ngoài sự cam chịu cùng niềm an ủi từ lời cầu nguyện và gia đình làm dịu đi giờ phút cuối cùng.

Ngày nay chúng ta đang sống trong kỉ nguyên không có nghệ thuật về cái chết, chỉ có nghệ thuật cứu vãn sự sống, và thể lưỡng nan trong nghệ thuật đó nhiều vô số. Mới nửa thế kỷ trước, cái nghệ thuật vĩ đại khác đó, nghệ thuật của y học, vẫn tự hào về khả năng kiểm soát tiến trình của cái chết, đem lại cho nó sự yên bình hết mức có thể với sự ân cần của nghề nghiệp. Ngoại trừ một số ít chương trình như tiếp dẫn đường, phần đó của nghệ thuật này giờ đây hầu như đã biến mất, thay thế bằng sự giỏi giang của công tác cứu chữa, và, bất hạnh thay là sự từ bỏ quá đổi phổ biến khi việc cứu chữa tỏ ra là không thể.

Cái chết thuộc về người đang hấp hối và những người yêu quý họ. Mặc dù nó có thể bị bôi nhọ bởi sự tàn phá bất ngờ của căn bệnh, nó không được

phép bị phá vỡ thêm nữa bởi những thao tác với ý định tốt đẹp nhưng vô ích. Các quyết định tiếp tục điều trị bị ảnh hưởng bởi lòng nhiệt thành của các bác sĩ đã đề xuất chúng. Thông thường, các chuyên gia xuất sắc nhất cũng là những tín đồ thuyết phục nhất và kiên định nhất về khả năng y sinh học chiến thắng thử thách được phô bày ra bởi một tiến trình bệnh lý gần đến lúc đòi mạng nạn nhân của nó. Một gia đình cố nắm lấy hy vọng mong manh xuất hiện dưới dạng con số thống kê; điều được đưa ra như thực tế lâm sàng khách quan thường có tính chất chủ quan của một môn đồ thành kính với triết lý rằng cái chết là kẻ thù không thể khoan nhượng. Đối với những chiến binh như vậy, thậm chí một chiến thắng tạm thời cũng đủ để biện minh cho sự lãng phí những cánh đồng mà người đang hấp hối kia đã vun xới cuộc sống của mình.

Tôi nói những điều này không phải để chỉ trích các bác sĩ công nghệ cao. Tôi là một trong số họ, và tôi cũng có chung niềm phấn khích của những cuộc chiến một mất một còn để giành giật sự sống và sự thỏa nguyện tối cao xảy đến khi chiến thắng. Nhưng không ít chiến thắng của tôi phải trả giá đắt. Thịnh thoảng, sự đau khổ không xứng với thành công. Tôi cũng tin rằng, nếu trước đây tôi có thể đặt mình vào hoàn cảnh của gia đình và người bệnh, hẳn số lần tôi chắc chắn là nên tiến hành cuộc chiến liều lĩnh đã ít hơn.

Khi bị một căn bệnh nặng, đòi hỏi điều trị chuyên môn cao, tôi sẽ tìm đến một bác sĩ lành nghề trong lĩnh vực đó. Nhưng tôi sẽ không mong đợi anh ta hiểu được những giá trị của tôi, những trông đợi của tôi cho chính bản thân mình và cho những người tôi yêu quý, bản chất linh hồn tôi, hoặc triết lý sống của tôi. Đó không phải là điều anh ta được đào tạo và cũng không phải là điều anh ta sẽ thành thạo. Nó không phải là thứ chỉ lối đưa đường cho những động cơ xuất sắc của anh ta.

Vì những lý do này, tôi sẽ không cho phép một chuyên gia quyết định khi nào thì nên từ bỏ. Tôi sẽ chọn cách riêng của mình, hoặc ít nhất thì cũng sẽ thể hiện thật rõ những thành tố trong con đường riêng của mình sao cho, nếu tôi không còn khả năng tự quyết định, lựa chọn đó có thể được thực hiện bởi những người biết tôi rõ nhất. Tình trạng bệnh tật của tôi có thể không cho

phép tôi “chết đẹp” hoặc với bất cứ phẩm giá nào chúng ta vẫn tìm kiếm một cách lạc quan, nhưng trong giới hạn khả năng kiểm soát của mình, tôi sẽ không cố kéo dài vì lý do vô nghĩa mà một vị bác sĩ kỹ thuật cao lành nghề nhưng không hiểu tôi là ai đưa ra.

Ấn sau những dòng trong cuốn sách này là lời cầu xin thầm lặng về sự phục hưng của mô hình bác sĩ gia đình. Mỗi người trong chúng ta đều cần có sự chỉ dẫn của người hiểu rõ con người chúng ta cũng như biết những con đường chúng ta có thể chạm tới cái chết. Có rất nhiều con đường để vượt qua cùng những bụi rậm bệnh tật, có quá nhiều lựa chọn, có quá nhiều bến đỗ mà tại đó, chúng ta có thể lựa chọn việc nghỉ lại, tiếp tục, hay chấm dứt hành trình hoàn toàn – cho tới tận những bước chân cuối cùng của hành trình đó, chúng ta cần sự bầu bạn của những người mà chúng ta yêu thương, và chúng ta cần sự hiểu biết để lựa chọn con đường của riêng chúng ta. Tính khách quan của việc điều trị được đưa vào trong các quyết định của chúng ta phải đến từ một bác sĩ quen thuộc với các giá trị của chúng ta và cuộc sống mà chúng ta hướng tới, chứ không chỉ từ một người hoàn toàn xa lạ, sở hữu những kỹ năng y sinh học siêu lành nghề mà chúng ta viện đến. Ở những thời điểm như thế, cái chúng ta cần không phải là lòng tốt của những người xa lạ, mà là sự thông hiểu lâu dài của một người bạn bác sĩ. Dù bằng cách nào đi nữa, hệ thống chăm sóc sức khỏe của chúng ta cũng phải được tổ chức lại, một quyết định đúng đắn đòi hỏi sự thật giản đơn này phải được coi trọng.

Nhưng thậm chí với những viên thanh tra y tế nhạy cảm nhất, sự kiểm soát thực sự đòi hỏi kiến thức của chính người đó về những con đường của bệnh tật và cái chết. Cũng như tôi từng chứng kiến những người vật vã quá lâu, tôi cũng chứng kiến những người bỏ cuộc quá sớm, khi vẫn còn nhiều điều có thể làm để không chỉ bảo toàn sự sống mà còn tận hưởng nó. Chúng ta càng hiểu biết về những thực tế của các căn bệnh chết người, chúng ta càng nhạy bén trong việc lựa chọn thời điểm dừng lại hoặc tiếp tục đấu tranh, và chúng ta càng bớt mong đợi cách chết mà hầu hết chúng ta sẽ không có được. Đối với những người chết và những người yêu quý họ, kỳ vọng thực tế là con đường chắc chắn nhất để được bình an. Chúng ta nên

than khóc vì sự mất mát tình yêu khiến chúng ta đau buồn, chứ không phải vì lỗi lầm chúng ta phạm phải do làm điều sai trái.

Một kỳ vọng thực tế cũng đòi hỏi chúng ta chấp nhận rằng khoảng thời gian đã định của một người trên trái đất phải nằm trong giới hạn cho phép phù hợp với sự tiếp tục tồn tại của loài người chúng ta. Vì tất cả đều là lộc trời cho, loài người chỉ là một phần của hệ sinh thái như các hình thái động vật hoặc thực vật khác, và tự nhiên không hề phân biệt. Chúng ta chết để thế giới có thể tiếp tục sống. Chúng ta đã được trao cho điều kỳ diệu là sự sống bởi vì hàng triệu triệu sinh vật sống đã lót đường cho chúng ta rồi sau đó đã chết đi – theo nghĩa nào đó, là cho chúng ta. Đến lượt mình, chúng ta chết đi để những người khác có thể sống. Trong sự cân bằng của vạn vật tự nhiên, bi kịch của cá nhân đơn lẻ trở thành chiến thắng của sự sống đang tiếp diễn.

Tất cả những điều này làm cho mỗi giờ chúng ta được trao tặng quý giá hơn; nó đòi hỏi cuộc sống phải hữu ích và được đáng sống. Bằng công việc và niềm vui của chúng ta, chiến thắng và thất bại của chúng ta, mỗi chúng ta đều góp phần vào tiến trình tiến hóa liên tục của không chỉ loài người mà còn của toàn thể sự cân bằng tự nhiên, chân giá trị chúng ta tạo ra trong thời gian dành cho mình trở thành một thể liên tục với chân giá trị chúng ta đạt được bằng lòng vị tha khi chấp nhận sự tất yếu của cái chết.

Khi đó, khung cảnh thanh bình của giờ phút cuối đời và buổi tiễn biệt quan trọng đến thế nào? Đối với hầu hết chúng ta, nó sẽ tỏ ra là một hình ảnh đáng ao ước, một lý tưởng phải cố gắng giành được, có lẽ thậm chí là chạm tới, nhưng không phải lúc nào cũng đạt được, ngoại trừ ở một số tương đối ít người mà hoàn cảnh của căn bệnh cuối cùng cho phép nó nhẹ nhàng trôi qua.

Những người còn lại chúng ta phải làm điều đó với những gì được ban cho. Nhờ thấu hiểu các cơ chế hoạt động của những căn bệnh chết người phổ biến nhất, nhờ sự sáng suốt đến từ những mong đợi thực tế, nhờ sự thấu hiểu mới với các bác sĩ của mình, chúng ta không đòi hỏi điều họ không thể đem lại, cái kết có thể được kiểm soát với cấp độ cao nhất mà tiến trình bệnh lý sẽ giết chúng ta cho phép.

Qua thời khắc của chính cái chết, vốn thường thanh thản và thường theo sau một sự vô thức đầy hạnh phúc, sự bình yên thường phải trả bằng cái giá khủng khiếp – và cái giá đó là tiến trình chúng ta tiến tới giờ khắc đó. Có một số người giành được những khoảnh khắc cao thượng mà bằng cách nào đó, họ vượt qua được sự sỉ nhục diễn ra với họ, và những khoảnh khắc này thật đáng trân trọng. Nhưng những khoảng lặng như vậy không làm giảm bớt đi nỗi đau đớn mà họ vừa chiến thắng trong thoáng chốc. Cuộc sống được điểm xuyết bằng những thời kì đau đớn, và với vài người trong chúng ta, thì cuộc đời đầy rẫy những đau thương. Trong suốt tiến trình sống thông thường, nỗi đau được giảm nhẹ đi bởi những giai đoạn yên bình và thời gian vui vẻ. Tuy nhiên, khi hấp hối, chỉ có nỗi đau buồn. Những khoảng lặng ngắn ngủi của nó chắc chắn là sẽ lướt qua và nhanh chóng được nối tiếp bởi nỗi đau trở lại. Cảm giác yên bình, và thỉnh thoảng là niềm vui, có thể xuất hiện cùng với sự giải thoát. Theo nghĩa này, lúc nào cũng có một khoảng lặng – đôi khi thậm chí là chân giá trị – trong hành động chết, nhưng hiếm khi trong quá trình hấp hối.

Và vậy thì, nếu hình ảnh kinh điển về cái chết trong phẩm giá được làm dịu bớt đi hay thậm chí là bỏ hẳn đi, điều gì sẽ cứu vớt cho hy vọng của chúng ta về những ký ức cuối cùng mà chúng ta bỏ lại cho những người yêu quý? Phẩm giá mà chúng ta tìm kiếm trong cái chết phải được tìm thấy trong phẩm giá của cuộc đời mà chúng ta đã sống. *Ars moriendi* là *ars vivendi*: Nghệ thuật về cái chết chính là nghệ thuật về sự sống. Thước đo thực sự cho cách chúng ta chết chính là sự chân thành và lòng khoan dung của những năm sống đang kết thúc. Không phải trong những tuần hay những ngày cuối cùng chúng mới tạo ra thông điệp sẽ được ghi nhớ, mà trong tất cả những thập kỉ đã diễn ra trước đó. Người đã sống trong phẩm giá sẽ chết trong phẩm giá. William Cullen Bryant* chỉ mới hai mươi bảy tuổi khi thêm đoạn cuối vào những điều ông suy ngẫm về cái chết, bài thơ *Thanatopsis**, nhưng ông đã thấu hiểu, như những thi sĩ thường như thế:

Chết là thoát kiếp đọa đầy ô nhục

Là đi về quê cũ thuở hồng hoang

Là khi người thoát khỏi chốn u mang
Về cõi sáng nơi đời đời vẫn sống
Chết là đứng bên kia màn ánh sáng
Nhìn bà con bè bạn khóc, mà thương!
Nhìn công danh sự nghiệp bỗng chán chường
Ôi giấc mộng Nam Kha mình cũng vương!
Ta phí cả cuộc đời làm đối tượng
Mãi đi tìm ảo ảnh giữa trần gian
Cõi hư vô mà ta tưởng địa đàng
Giờ mới biết chết là về cõi sống.

Rainer Maria Rilke (1875-1926): nhà thơ người Áo, viết bằng tiếng Đức. Ông là một trong những nhà thơ lớn nhất của thế kỉ XX. (BTV)

William Cullen Bryant (1794-1878): nhà thơ lãng mạn người Mỹ, ông cũng là một nhà báo và biên tập viên lâu năm của tờ *New York Evening Post*.

Bài thơ nổi tiếng của Bryant, được viết vào khoảng năm 1811, với nội dung là sự trầm tư mặc tưởng về cái chết. Ở đây chúng tôi xin mượn lời bài thơ phỏng ý của bài thơ này mang tựa đề *Chết* trên website: hop-thu-tri-am.blogspot.com.

HẾT

Mục lục

1. [Lời giới thiệu](#)
2. [1. TRÁI TIM BỊ BÓP NGHỆT](#)
3. [2. TRÁI TIM – VÀ TIẾN TRÌNH SUY TIM](#)
4. [3. BẢY MƯƠI NĂM CUỘC ĐỜI](#)
5. [4. NHỮNG CẢNH CỬA DẪN TỚI CÁI CHẾT VÌ TUỔI GIÀ](#)
6. [5. BỆNH ALZHEIMER](#)
7. [6. ÁN MẠNG VÀ SỰ THANH THẢN](#)
8. [7. TAI NẠN, TỰ TỬ VÀ AN TỬ](#)
9. [8. CÂU CHUYỆN VỀ AIDS](#)
10. [9. CUỘC ĐỜI CỦA MỘT VIRUS VÀ CÁI CHẾT CỦA MỘT CON NGƯỜI](#)
11. [10. DẪ TÂM CỦA BỆNH UNG THƯ](#)
12. [11. HY VỌNG VÀ BỆNH NHÂN UNG THƯ](#)
13. [12. NHỮNG BÀI HỌC RÚT RA](#)
14. [LỜI BẠT](#)

Landmarks

1. [Cover](#)

Table of Contents

Lời giới thiệu

1. TRÁI TIM BỊ BÓP NGHỆT

2. TRÁI TIM – VÀ TIẾN TRÌNH SUY TIM

3. BẢY MƯƠI NĂM CUỘC ĐỜI

4. NHỮNG CÁNH CỬA DẪN TỚI CÁI CHẾT VÌ TUỔI GIÀ

5. BỆNH ALZHEIMER

6. ÁN MẠNG VÀ SỰ THANH THẢN

7. TAI NẠN, TỰ TỬ VÀ AN TỬ

8. CÂU CHUYỆN VỀ AIDS

9. CUỘC ĐỜI CỦA MỘT VIRUS VÀ CÁI CHẾT CỦA MỘT CON NGƯỜI

10. DÃ TÂM CỦA BỆNH UNG THƯ

11. HY VỌNG VÀ BỆNH NHÂN UNG THƯ

12. NHỮNG BÀI HỌC RÚT RA

LỜI BẠT