

phản ứng - cho dù chủ bói, nhục mạ - thì họ lại càng thích thú và càng muốn tái diễn với người khác.

### 111. "Lệch lạc đối tượng" là thế nào ?

Với loại trục trặc này, mọi cảm giác, cung cách, mức độ, hành động... đều được bảo lưu y như quan hệ nam nữ bình thường, chỉ khác biệt ở đối tượng. Đầu tiên và thường gặp ở mọi nơi là *ái thú* (Zoophilia) tức quan hệ tình dục với súc vật.

### 112. "Ái thú" có phổ biến không ?

Không đến nỗi phổ biến lắm, nhưng cũng thường gặp hơn là nhiều người tưởng. Những chuyện quan hệ với heo, chó... vẫn được ghi nhận ở nông thôn hoặc cả ở thành phố khi có phong trào nuôi heo cách đây vài năm, và đa số là có tính cách nhất thời. Các trường hợp "thuần túy" chỉ với súc vật, mà không thể với người, mới thật sự hiếm. Một lần nữa, những màn trình diễn trong "phim cấm" đều là xi-nê mà thôi, thực tế không hề xảy ra như vậy.

### 113. Còn những "lệch lạc" nữa ?

"Ái nhi" (Pedophilia) là khi đối tượng dưới 13 tuổi, và "Ái lão" (Gerontophilia) được ghi nhận khi khoảng cách về tuổi tác so với đối tượng ít nhất cũng trên 40 năm. Tại nhiều nước có tập quán *uớp xác* hoặc trang điểm xác

chết trước khi chôn, "quan hệ với xác chết" (Necrophilia) và tất nhiên là của phụ nữ đẹp, vẫn hay xảy ra đối với vài "nghệ nhân".

Cũng cần kể đến "Ái đồ vật" (Fetechism) là nhu cầu sưu tập quần áo lót của phụ nữ đã sử dụng rồi, và rất hài lòng như vậy, mà không đòi hỏi chuyện gì khác.

### 114. Những "lệch lạc" như trên có ở Việt Nam không ?

Với dân số trên 70 triệu thì không chuyện gì con người có mà Việt Nam lại không. Tuy nhiên, do bản chất Á Đông, tỷ lệ "lệch lạc" chắc phải thấp hơn ở các nước phương Tây, kể cả trạng thái được biết đến nhiều nhất là *Đồng tính ái* (DTA).

### 115. "Đồng tính ái" là sao ?

Về mặt tình dục, nhân loại được chia ra làm hai nhóm :

\* *Dị tính ái* (Heterosexual) là những người chỉ quan hệ với phái khác : *nam với nữ, nữ với nam*, tức tuyệt đại đa số loài người.

\* *Đồng tính ái* (Homosexual) là những người chỉ có thể quan hệ với người cùng phái : *nam với nam* (tiếng Anh : Gay; tiếng Pháp : *Pédéraste* hay *pê-đê*, hoặc mới đây : *Gai độc* là "ghe", cũng có nghĩa như *vui vé*) và *nữ với nữ* (*Lesbian*).

\* Nhiều người tự nhận thuộc nhóm thứ ba là *"Luỡng tính ái"* (Bisexual) có thể quan hệ với cả NAM lẫn NỮ. Trạng thái này không được tất cả các tác giả chấp nhận (trong đó có người viết), vì *Luỡng tính ái* thường là giả hiệu. Thực tế, họ thuộc một trong hai nhóm trên, và chỉ "chuyển hệ" do nguyên nhân kinh tế, ít ra là tại Việt Nam.

### 116. "*Đồng tính ái*" có phổ biến không ?

Khảo sát mới nhất của Mỹ cho thấy tỷ lệ *Đồng tính ái* chiếm khoảng 1% dân số, ở Việt Nam tuy chưa có thống kê cụ thể, nhưng người viết tin chắc chúng ta không thể hơn Mỹ về mặt này. Do vậy, có lẽ chỉ khoảng trên dưới 700 ngàn người cho cả nước.

Điều cần nhấn mạnh là sau khi gặp không biết bao nhiêu trường hợp ĐTA, người viết nhận thấy đa số đều "dỏm", do a dua, bon chen, "nhu cầu kinh tế" hoặc tương tự...

Nếu chúng ta thấy trong thời gian gần đây, số người ĐTA nam có vẻ gia tăng là vì dân số gia tăng. Ngoài ra, chính ĐTA *tướng tượng* mới gia tăng gấp mấy lần nhiều hơn. Nhiều cặp ĐTA sống với nhau, nhưng chỉ có một người là "thật sự", còn người kia vì lý do kinh tế. Trường hợp *mại dâm* NAM chẳng hạn, chỉ là "hành nghề" (?!), xong việc rồi, họ lại trở về với vợ con như mọi đàn ông khác, để biện minh, đôi khi họ tự nhận thuộc thành phần *Luỡng tính ái*, như đã nói ở trên. Phương tiện phân biệt "thiệt, giả" hữu hiệu nhất là *thời gian*,

nếu sau 5 năm mà vẫn "không thay đổi lập trường" thì có thể là ĐTA thật sự.

### 117. Còn những người "*pê-dê*" phân sơn tọc loet và ăn nôi ẻo lả như phụ nữ ?

À không ! Những người đó là *xuyên giới tính* (Transsexual) chứ không phải ĐTA. Chữ "*Pê-dê*" có nghĩa ĐTA nam. theo tiếng Pháp, ở đây đã bị dùng sai.

### 118. Tại sao lại "*Đồng tính ái*" ?

Hiện nay, chưa ai biết tại sao. Nguyên nhân "mắc phải" không còn được chấp nhận nữa, tất cả mọi lập luận về hoàn cảnh xã hội, môi trường, "điều kiện hóa" đều không có cơ sở khoa học. *Bẩm sinh* là điều đa số tác giả nhất trí, nhưng chưa ai hiểu tại sao, và nằm ở chỗ nào trong não, giả thuyết cho rằng có trục trục ở *hệ não viền* (Limbic system) vẫn chưa được chứng minh.

Ngoài ra ĐTA nữ, nhất là tại Việt Nam, trong bối cảnh bây giờ, cũng có những nét khác biệt.

### 119. Khác như thế nào ?

Với cuộc sống căng thẳng như hiện nay, nhiều thanh niên rất sợ lập gia đình khi "chưa có sự nghiệp", điều này khiến cho số phụ nữ chưa chồng, ở mọi tầng lớp, mọi trình độ xã hội, đang ngày càng gia tăng. Nhiều cô gái đã tìm

đến nhau để thỏa mãn, trước hết là về mặt tình cảm, nhu cầu cần thiết của phụ nữ nói chung, chứ không hẳn để được đáp ứng về mặt tình dục, và như thế, cũng khó được xem như ĐTA thật sự. Chẳng qua do hoàn cảnh xã hội đưa đẩy, họ có thể ghen tuông "ghê gớm"... cứ như thiệt vậy ! Dù sao, trong nền văn hóa Á Đông, ĐTA nữ cũng dễ dàng được chấp nhận hơn là ở nam giới.

### 120. Đồng tính ái nữ đối xử với nhau như thế nào ?

Theo như nhiều "cặp" cho biết thì chỉ cần nằm ôm nhau, hàn huyên, tâm sự... là cũng đủ thỏa mãn lắm rồi, vì như đã nói (câu 30), ở phụ nữ, nhu cầu tình cảm quan trọng và bức thiết hơn nhiều so với tình dục.

### 121. Còn những cảnh trong phim câm thủ sao ?

Thì chỉ là "xi-nê" chứ sao ! Với một chút suy luận, chúng ta cũng thấy là người ĐTA, về mặt bản chất, đã không chấp nhận kẻ khác giới, vậy thì không lý gì họ lại sử dụng những bộ phận giá của đàn ông để thỏa mãn nhau.

### 122. Có cách nào để nhận biết người Đồng tính ái không ?

\* Về mặt ngoài, người ĐTA nam chẳng hạn, hoàn

toàn chẳng có gì khác biệt với mọi nam giới khác, có khi còn rất "đẹp hùng", rất đàn ông, như các tài tử Rock Hudson (đã chết vì SIDA) hoặc Keanu Reeves, vai chính trong phim "Tốc Độ" (Speed).

\* Về bên trong, họ cũng như mọi người, tức là có thể bị đủ mọi thứ tật bệnh, tổn thương thể xác hoặc tinh thần như những người khác.

Nếu bị gia đình ép buộc, họ vẫn đầy đủ khả năng có vợ, có chồng, có con, và tất nhiên cũng ghen tuông, giận hờn, đâm chém, tạt acid... như bình thường.

Tóm lại, ĐTA nam hay nữ đều hoàn toàn bình thường về mặt thể xác, các "khác biệt" nó nằm ở trong đầu và chủ yếu là rối loạn cảm năng, do không thể có con với nhau. Trong khi đàn ông, đàn bà như hộp - nắp hộp, giữa hai người nam-nam, nữ-nữ vẫn "có cái gì không khớp" nên họ ghen tuông nhau nhiều lần hơn người dị tính ái, và hay thay đổi đối tượng, vì ít khi thỏa mãn với người hiện có. Đã có lúc, vào thập niên 1980, việc thay đổi thường xuyên đối tượng rồi "lây qua lây lại" đã khiến cho ĐTA trở thành "nhóm nguy cơ cao", dễ bị SIDA /AID hơn người khác. Hiện nay, quan niệm đó đã trở nên lỗi thời, chỉ có hành vi nguy cơ chứ không còn nhóm nguy cơ nữa.

### 123. "Đồng tính ái" có điều trị được không ?

Y học không coi ĐTA là bệnh nên không có chuyện điều trị. Thái độ xử trí rất ... ba phải :

\* Nếu ĐTA thật sự thì tại Trời sinh ra như vậy và phải chịu như vậy.

\* Còn nếu ĐTA *tuồng tượng* thì đương nhiên sẽ hết, mệt mỏi quá, "oái" quá, chẳng ai thèm chú ý, thì cũng bắt buộc phải hết.

Cứ việc lơ đi, đừng ai nhắc tới nữa, thì "phong trào" sẽ tự nhiên "xẹp", càng đề cập, đưa tin trên báo chí, ĐTA "dóm" sẽ ngày càng nhiều hơn.

### 124. Thế nào là "vô sinh" ?

Trước hết, cần phân biệt *hiếm muộn* với *vô sinh*, tuy về mặt danh từ đã quá rõ ràng. *Hiếm muộn* (Infertility) là *khó, chậm*, hoặc *lâu* có con, chứ còn *vô sinh* (Sterility) là *không có con được* và kể như "hết thuốc chữa".

Vài năm trước, *vô sinh* được định nghĩa như là tình trạng *không có tinh trùng ở đàn ông*, tuy nhiên, hiện nay, một vài trường hợp cũng vẫn điều trị được.

### 125. Sau khi lấy nhau bao lâu thì mới cần đi khám ?

Theo quy ước quốc tế, và Việt Nam, thì chỉ khi nào hai vợ chồng sinh hoạt tình dục thường xuyên, liên tục và *không áp dụng bất cứ biện pháp tránh thai nào*, trong *thời gian 24 tháng*, mà vẫn chưa có con, thì mới kể là *hiếm muộn*.

Chúng ta hãy nhớ lại, trước hết, ông chồng phải đầy đủ khả năng sản xuất một số lượng tinh trùng đạt phẩm chất tốt để đưa vào bên trong âm đạo bà xã, đang có điều kiện thuận lợi trong việc thụ thai. *Tinh trùng* phải hoàn thành cuộc chạy "marathon" qua suốt tử cung, vòí trứng... để đến *điểm hẹn*, ĐÚNG NGÀY. Sau khi thụ thai, *phôi bào* được đưa vào bên trong tử cung và làm tổ *đúng nơi quy định*, tiếp theo là 9 tháng dài *đang dăng*, *phôi thai* mới trở thành một con người hoàn chỉnh.

Nếu chúng ta thấy rõ, bất cứ trục trặc nhỏ nào trong hàng chuỗi sự việc nói trên cũng có thể ngăn chặn em bé ra đời, thì thật đáng ngạc nhiên và cảm phục các bà sinh đẻ quá dễ dàng, đều đặn hàng năm.

### 126. Tại sao phải đợi đến 2 năm ?

Giai đoạn "phì nhiêu" nhất ở phụ nữ là 24 - 25 tuổi, sau đó sẽ giảm dần từ sau 30, và rất nhanh từ sau 35, rồi 40 trở đi.

Thông thường, trong điều kiện đã nói ở trên, thì với 100 cặp, sau 3 tháng sẽ có 25 bà mang bầu, sau 6 tháng là khoảng một nửa và đến tháng thứ 12, chúng ta có 80 người đã thụ thai. Nếu "cứ như vậy", thêm 1 năm nữa, thì sau 24 tháng, tổng số phụ nữ đạt ý muốn sẽ lên đến 90%, chỉ 10 cặp còn lại mới cần đi khám để biết "tại ai" và "tại sao". Do đó, đầu tiên cần "*điều trị bằng thời gian*" tức là "*đợi cho ông Trời*" trước đã, chùng nào không thấy kết quả, mới can thiệp sau. Nếu bà vợ tuổi trên 30, thời gian nói trên có thể rút ngắn còn 12 tháng. Tuy nhiên,

nhiều khi do chỉ tại một số "sai lầm về nhận định" mà chậm có con oan uổng.

### 127. Sai lầm chỗ nào ?

Trước hết, *tình dục* là chuyện cá nhân, điều đó đã được nhắc đi nhắc lại mãi, và không hề có chỉ tiêu, mẫu mực, quy định gì cả, chỉ cần hai vợ chồng thấy được là được.

Nhưng *sinh dục*, tức chuyện con cái thì khác, do là *hiện tượng sinh học* nên đòi hỏi một số điều kiện tối thiểu. Sai lầm đầu tiên, rất phổ biến, là quan niệm "dưỡng cho nó mạnh" (?!). Nhiều cặp vợ chồng do quá tha thiết mong con nên thường "cố nhịn để dành" cho tinh trùng "mạnh hơn" (?!). Thật ra, nếu cục sứt để lâu ngày cũng sét thì tinh trùng là sinh vật có *đời sống nhất định*, càng để lâu chỉ có thể càng yếu đi, chứ không mạnh nổi.

Khoảng 3 đến 5 ngày sau khi xuất tinh, đợt tinh trùng "mới bổ sung" được xem như đầy đủ sức khỏe, mau mắn, năng nổ nhất. Từ ngày thứ 10 trở đi, tinh trùng bắt đầu già nua, "mất năng lực công tác".

Muốn "dưỡng cho mạnh", hai vợ chồng cần giữ nhịp độ 3 - 5 ngày/lần, thậm chí thà sinh hoạt mỗi ngày, cũng vẫn còn hơn nhịn trên 10 ngày, để đưa vào cơ thể bà xã những "tinh trùng cụ" gần hấp hối, mất hết sinh lực.

Ngoài ra, nhiều bà còn đặt, nhét... vào âm đạo đủ loại thuốc trị bệnh phụ khoa (theo lời dặn của bác sĩ, hoặc của... người bán thuốc, chưa chắc là được sĩ) hoặc tự động

thụt rửa thường xuyên (*để giữ vệ sinh !*) khiến cho tinh trùng, nếu chưa bị hủy diệt thì cũng đâm ra "khó sống" trong môi trường "rối loạn cân bằng sinh thái".

Cá biệt, vừa qua, một phụ nữ đến khám *hiếm muộn* tại bệnh viện nọ mới biết mình đang mang ... *vòng tránh thai*, và đặt từ hồi nào thì chẳng ai biết.

### 128. Nếu đi khám thì làm gì ?

Thì nên bắt đầu bằng người đàn ông trước, vì ít nhất hai lý do :

\* Hạt giống phải tốt đã rồi mới nói đến chuyện gieo trồng.

\* Nếu nguyên nhân là "tại ông chồng" thì điều trị sẽ khó hơn nhiều so với bà xã.

Trên nguyên tắc, ở phụ nữ hầu như không còn nguyên nhân *vô sinh*, riêng với nam giới, cách đây vài năm, *vô sinh* được định nghĩa như là tình trạng *không có tinh trùng*; hiện nay, trường hợp này đã có thể điều trị được, tuy không dễ dàng, nhanh chóng, mà lại rất tốn kém, ít nhất mỗi tháng cũng phải một cây vàng tiền thuốc.

Như vậy, đầu tiên, cần khảo sát khả năng hiện tại của *tinh dịch*, gọi là làm *tinh đồ*.

### 129. Thế nào là "tinh đồ bình thường" ?

Đây là câu hỏi không thể trả lời. Trước hết, trong

khi hầu như toàn bộ phương tiện xét nghiệm : máu, chất dịch đủ loại...v.v... đều đã được thực hiện bằng máy móc, *tinh đồ* vẫn còn là thao tác thủ công, hoàn toàn lệ thuộc vào khả năng, trình độ và sự cẩn mẫn của chuyên viên xét nghiệm.

Tiếp theo, *tinh dịch* là sản phẩm thay đổi tùy theo từng người, tùy theo tình trạng sức khỏe và cả tâm lý của người đó, vào lúc này, lúc khác. Một *tinh đồ* "đạt yêu cầu" có thể trở thành *vô sinh* sau 6 - 7 tháng, đôi khi không xác định được nguyên nhân. Điều này giải thích tại sao nhiều "phương pháp dân gian" dùng để tránh thai lại tỏ ra "rất hiệu quả", kể cả cách tính ngày theo OGINO cũng vậy.

Đồng thời, nhiều ông vẫn kiên quyết không đi xét nghiệm "tinh đồ" với lý do "đã từng có con với vợ trước" là không hiểu rõ vấn đề, nhất là nếu đứa trẻ này trên 5 tuổi. Rất ít cơ quan, bộ phận nào, thậm chí guồng máy nào mà không thay đổi ít nhiều sau một thời gian hoạt động liên tục 5 năm.

Điều đáng tiếc là hiện nay thường thường người phụ nữ lại đi khám trước, cho nên mới xảy ra những tình trạng "dở khóc, dở cười", như sau một thời gian điều trị bà vợ : thông vòi, tiêm thuốc kích thích rụng trứng...v.v..., tới chùng xét nghiệm ông chồng, mới thấy là... *không có tinh trùng!*

Sau khi ra khỏi cơ thể người chồng, môi trường acid ( $pH = 4$ ) rất "hắc ám" của âm đạo bà xã khiến *tinh trùng* phải nhanh chóng chạy ra khỏi khu vực "sát thương" nói trên bằng cách thật khẩn trương tìm chỗ ẩn nấp an toàn ở nơi hang, hốc... bên trong cổ tử cung. Tất nhiên, do là

sinh vật quyết định sự tồn vong của loài người, *tinh trùng* cũng "đủ thông minh" để không chạy ngược trở ra, vì nếu trong vòng 30 phút mà không thoát khỏi nơi này là sẽ phải "bỏ xác" tại chỗ.

Tiếp theo, nếu có *noãn* đã nằm chờ sẵn bên ngoài *vòi trứng*, *tinh trùng* lại còn phải vượt đoạn đường marathon qua suốt tử cung để đến *điểm hẹn*. Như vậy, yêu cầu đầu tiên là *khả năng di động*, và khi đến nơi, phải có *ngoại hình bình thường*. Cuối cùng, để tránh rơi rớt, hao hụt dọc đường, một *mật độ tối thiểu* là rất cần thiết.

Theo số liệu thống kê, chỉ khi nào *di động tinh* và *tỷ lệ ngoại hình bình thường* thấp hơn 40% và *mật độ* dưới 5 triệu trên  $1^{ml}$  thì khả năng thụ thai mới thật sự giảm. Nếu khá hơn các thông số nói trên, thì có thể - có thể, *chứ chưa chắc* - khả năng thụ thai sẽ cao hơn, nhưng cao hơn bao nhiêu thì chưa ai trả lời được.

*130. Nếu tinh trùng không đạt mức độ tối thiểu đó thì có điều trị được không ?*

Thật ra thì không. Cho đến nay, chưa có dược phẩm nào chứng minh được tác dụng cải thiện *tinh đồ* một cách chắc chắn, tuy có thể vẫn được quảng cáo "ỳ xèo" trên báo chí. Có một điều nghịch lý là trong trường hợp *không tinh trùng*, nếu nguyên nhân do rối loạn hormone của não (FSH, LH) thì điều trị lại nhanh chóng và dễ dàng thấy kết quả hơn là *tinh trùng yếu* (dưới 40%) hoặc *thiếu* (2 - 3 triệu trên  $1^{ml}$ ).

### 131. Như vậy rồi phải làm sao ?

Chúng ta đang ở vào thời đại vàng son của nghệ thuật hỗ trợ thụ thai (ART = Assisted Reproduction Techniques, đồng thời ART cũng có nghĩa là nghệ thuật). Đây không phải là điều mới, vì ngay từ năm 1790, bác sĩ phẫu thuật nổi tiếng John Hunter đã thành công trong việc bơm thẳng tinh trùng vào trong tử cung bà vợ, còn gọi là cấy tinh trùng hay thụ tinh nhân tạo. Thao tác này chỉ đòi hỏi 2 triệu tinh trùng trên  $1^{ml}$ , với di động tính và tỷ lệ bình thường dưới 30%.

Với các thủ thuật hiện đại, tiêu chuẩn còn thấp hơn, nếu bơm thẳng tinh trùng trực tiếp vào trứng, thì chỉ cần một con thôi, và còn sống là đủ, ù lì, bất động cũng được.

### 132. Còn ở phụ nữ thì sao ?

Bắt đầu từ ngoài vào trong :

\* Nguyên nhân do cổ tử cung chiếm 15%, trong đó viêm nhiễm đóng vai trò rất lớn, gây khó khăn cho việc xâm nhập của tinh trùng.

\* Tử cung chịu khoảng 10% "trách nhiệm", thường tại dị tật bẩm sinh, bướu... hoặc vẫn là viêm nhiễm, khiến đoạn đường mà tinh trùng phải vượt qua "nhọc nhằn" và khó khăn hơn rất nhiều.

\* Vòi trứng và màng bụng bên cạnh chiếm 40% nguyên nhân thường gặp nhất, do nghẹt vòi trứng, do co thắt hoặc (lại) viêm nhiễm.

\* Sau cùng, nguyên nhân tại buồng trứng chiếm khoảng 20% , ảnh hưởng đến noãn hoặc hiện tượng phóng noãn.

Ngoài ra, còn những nguyên nhân nội tiết, và một số trường hợp do nhiều nguyên nhân cùng lúc gây ra, chưa kể vài trường hợp vô sinh không thể giải thích được tại sao.