

4. Và Những Trục Trắc Thường Gặp

90. Thế nào là xuất tinh sớm ?

Thật ra, cũng khó biết thế nào là *sớm* hay *không sớm*. Khái niệm thời gian trong trường hợp này luôn luôn thay đổi tùy theo từng cá nhân, thậm chí tùy theo từng thời điểm trong đời sống của chính cá nhân đó.

Hiện nay, *Xuất tinh sớm* (XTS) được quan niệm như là *trong ít nhất 50% các trường hợp sinh hoạt tình dục, người chồng không kéo dài đủ thời gian để đảm bảo thỏa mãn đôi bên*.

91. Có thể nói rõ ràng hơn không ?

Cụ thể, người đàn ông đến yêu cầu điều trị nằm ở một trong bốn cấp :

* Cấp I : Chỉ mới vừa chạm nhẹ đã xuất tinh (XT) ngay. Theo tiếng La tinh *ante portas* : *ngay trước cửa*, hoặc nói kiểu ngôn ngữ dân gian là *khóc ngoài quan ải*.

* Cấp II : Vào được vị trí, nhưng xuất tinh ngay.

* Cấp III : Sau khoảng 10 động tác.

* Cấp IV : Sau khoảng 1 phút.

Nếu theo đúng quan niệm trên đây, thì cấp IV chưa hẳn đã được kể như XTS, nhiều cặp vợ chồng chỉ cần 1 phút cũng đủ thỏa mãn trọn vẹn.

92. Tại sao lại "Xuất tinh sớm" ?

Như đã nói nhiều lần, cảm giác cực khoái là sự kiện có tính chất *sinh tồn* ở nam giới, chính vì "nó" mà người tiền sử mới thấy cần *sinh hoạt tình dục* (vào lúc nhân loại chưa có khái niệm về "vợ chồng") dẫn đến *xuất tinh* (XT) và duy trì chủng loại đến nay.

Tuy nhiên, do trong một thời gian kéo dài hàng mấy trăm ngàn năm, người đàn ông phải thường xuyên đối phó với đủ mọi thiên tai, dịch họa, kẻ thù, v.v..., hành động này phải được "dứt điểm" càng sớm càng tốt. *Vì nếu bị tấn công* (hoặc hiểm nguy xảy ra) *vào "đúng ngay lúc ấy" thì coi như hoàn toàn chịu chết, cho dù tài giỏi đến đâu chàng nữa.*

Ngày cả đến thời cận đại, "khả năng của đàn ông" vẫn chỉ được quan niệm đơn thuần là "vào đúng vị trí", sau đó có thể xong ngay. Mọi việc kể như kết thúc, người chồng đã được thỏa mãn và người vợ (có *khả năng*) sẽ mang bầu, còn đòi gì hơn nữa ? Hiện nay, đối với một vài cộng đồng xã hội mà chuyện vợ chồng còn bị coi là "xấu xa", nhưng vẫn cần phải làm để duy trì nòi giống thì chẳng có lý do gì kéo dài.

Tại nhiều bộ lạc thiểu số, kể XTS nhất vẫn còn được coi là người "mạnh nhất" (?). Tuy nhiên đối với các nhà nghiên cứu NỮ thì ít ra cũng có một hạng người hoàn toàn không nhất trí chút nào với những gì bạn đã đọc này giờ, đó là bà xã của mấy ông nói trên.

Tóm lại XTS có thể coi như một "di sản" của con người tiền sử để lại cho đàn ông và mang ít nhiều tính chất bẩm sinh.

93. Có phải tại "thủ dâm" không ?

Hoàn toàn không. Trước hết, gần 100% đàn ông đều đã từng thủ dâm (câu 24) trong khi XTS còn xa mới đạt tỷ lệ đó. Hơn nữa, thủ dâm là hành động "một mình", không liên can gì đến XTS xảy ra giữa lúc sinh hoạt "hai mình".

94. Xuất tinh sớm có phổ biến không ?

Trong thời kỳ đầu, mới tiến hành hoạt động tình dục, XTS có thể xảy ra ở đa số đàn ông. Về sau, theo thói quen, hiện tượng này sẽ bớt dần, theo như ông bà thường nói "Lấy vợ tự nhiên nó hết".

Cần nhấn mạnh, đây là "thông số" thay đổi tùy theo *đối tượng*, nhiều người không bị XTS với cô này nhưng lại bị với cô khác (thường là mới gặp) hoặc có thể bị trong thời điểm này mà không bị vào lúc khác.

Rốt cuộc lại "XTS thường xuyên" chiếm khoảng 20% đàn ông và là rắc rối khó giải quyết nhất trong bộ môn Tình dục.

95. Tại sao vậy ?

Vì hoàn toàn do nguyên nhân tâm lý tức 100% tại não bộ và phải tùy từng trường hợp mà xử trí. Dù sao, tất cả mọi thứ “thỏa tại chỗ” (hoặc mang một lúc 2-3 bao cao su...) với mục đích làm giảm bớt cảm giác đều ít đem lại hiệu quả. Điều trị chủ yếu là bằng thuốc, trong bước đầu.

96. Thuốc gì ?

Một loại thuốc thuộc nhóm *an thần kinh* hoặc *chống trầm cảm*, lựa chọn căn cứ vào thực tế, vì không được phẩm nào đáp ứng tốt cho tất cả mọi người. Kinh nghiệm về ANAFRANIL đăng trên báo trước đây là một bài học đáng giá, vì ngay sau đó rất nhiều người đã tự động sử dụng hoặc viết thư hỏi liều lượng, tác dụng phụ, v.v... mà quên mất chuyện quan trọng nhất : *Có cần dùng ANAFRANIL hay không ? Hoặc một thứ thuốc khác ?*

Nếu chọn đúng, thuốc sẽ giúp kéo dài thời gian 5-10 phút hoặc lâu hơn, đến chừng nào cảm thấy được thì tiếp qua bước thứ hai và đến đây là bắt đầu khó khăn, rắc rối.

Vì tuyệt đại đa số các dược phẩm sử dụng chỉ đạt hiệu quả lúc còn uống, sau khi ngưng thuốc, mọi việc sẽ trở lại như cũ. Cần phải tiếp nối ảnh hưởng của trị liệu bằng một phương pháp tập luyện thích hợp.

97. Như phương pháp của Masters-Johnson ?

Do Masters và Johnson đề xuất từ cuối năm 1963,

phương pháp “*Squeeze*” đến nay vẫn còn giá trị sau 30 năm là điều hiếm thấy trong Y học. Tuy nhiên cung cách này tỏ ra ít phù hợp với người Á Đông hoặc Việt Nam, do đòi hỏi sự “*hợp tác cụ thể*” của người vợ.

Tìm được một bà xã chịu tích cực cộng tác không phải chuyện dễ, ngoài ra, cũng rất ít có ông chồng muốn lệ thuộc vào vợ kiểu như vậy. Để tập luyện và duy trì cũng cố thời gian, tốt nhất vẫn là một phương pháp mà người đàn ông có thể tự luyện tập lấy một mình (*không ai biết, không ai hay*) hoặc nếu tập trong lúc đang “*hành sự*” - như phương pháp Masters-Johnson - thì phải có thể tự làm lấy không cần đến bà xã.

98. Nên kết luận như thế nào ?

Điều trị XTS sẽ là chuyện vô cùng dễ hay vô cùng khó, đều tùy thuộc vào tình hình thực tế, cụ thể, và tiến hành bằng hai bước : Bước đầu, phải kéo dài thời gian XT bằng dược phẩm cho người đàn ông “*phục hồi niềm tin*”. Sau đó cần theo một phương pháp luyện tập để duy trì thời gian đạt được. Cả dược phẩm lẫn phương pháp tập luyện đều thay đổi theo từng trường hợp cá nhân, không hề có mẫu số chung. Khó khăn là ở chỗ đó.

99. Thế nào là “*bất lực*” ?

Đây là chuyện khó định nghĩa. “*Bất lực*” có thể được hiểu như tình trạng một người đàn ông, tuy vẫn còn ham muốn, nhưng không đủ khả năng thực hiện “*sinh hoạt*”

tình dục” vì “bộ phận chức năng” không đạt yêu cầu cần thiết.

Hai điểm quan trọng cần được ghi nhận :

* Các trường hợp hết ham muốn, xuất tinh sớm, v.v... đều thuộc “phạm trù” khác.

* Và chỉ có thể coi là *Bất lực* nếu tình trạng này kéo dài ít nhất 6 tháng.

100. Tại sao vậy ?

Như mọi công năng của cơ thể, bộ phận sinh dục cũng phải có quyền “trục trặc” hoặc lâu lâu “xảy ra sự cố” (như hệ Tiêu hóa hoặc Hô hấp, v.v...). Chỉ khi nào tình trạng này kéo dài thì mới đáng lo và cần đi khám bệnh.

101. Có thuốc trị “bất lực” không ?

Không. Đó là *chuyện thân thoai* và sẽ mãi mãi là *chuyện thân thoai*. Vì không hề có “bệnh bất lực”, chỉ có “người bất lực” mà con người thì lúc nào cũng muôn màu muôn vẻ, thiên hình vạn trạng... chẳng ai giống ai. Một thứ thuốc điều trị hữu hiệu cho nhiều nguyên nhân khác biệt như vậy, thuộc lãnh vực... *khoa học viễn tưởng*... hoặc ... *đỏ tướng*...

Tất cả mọi thứ thuốc, Đông-Tây... mang danh “trị bất lực” nếu hiệu nghiệm là chỉ trên “một nguyên nhân bất lực” nào đó, nhưng lại hoàn toàn không tác dụng đối với những nguyên nhân khác.

102. Tình trạng này có phổ biến không ?

Khá phổ biến nhưng rất khó biết. Tình dục là điểm sâu kín và “dễ nhột” nhất của đàn ông, thuộc lãnh vực mà họ luôn muốn giấu hoặc rất ít khi nói thật.

Theo bản chất, người Mỹ mê thích thống kê và thường làm thống kê đủ mọi thứ chuyện trên đời một cách hết sức nghiêm túc, nên chúng ta có thể tin được con số hơn 10 triệu đàn ông đang bị bất lực tại Hoa Kỳ, với kinh phí khoảng vài tỷ đô-la hàng năm cho điều trị. Đây là một tình trạng thay đổi tùy theo tuổi tác, cụ thể, đàn ông dưới 40 chỉ khoảng 2%, nhưng từ 50 trở đi là trên dưới 10% và sẽ lên đến 25-30% từ 60 trở đi. Ở Việt Nam, tuy chưa có số liệu thống kê, nhưng theo kinh nghiệm “*đàn ông Việt Nam không hay hơn mà cũng chẳng dở hơn bất cứ đàn ông nào*” thì những tỷ lệ nói trên có thể chấp nhận được.

Đặc biệt, ở đàn ông trên 40 là lứa tuổi bắt đầu bị “bất lực”, hầu hết đều có đời sống kinh tế-xã hội khá ổn định, nhiều khi “có chức, có quyền”, do đó mà họ rất tự ái, không muốn đi khám để chữa trị và thường mơ ước có một loại thuốc nào đó, uống càng tốt, để “mua về xài một mình”, không ai hay biết.

Chính vì lý do này mà chỉ riêng tại TP. Saigon, đã có hàng trăm loại thuốc “đặc trị” (?) lưu hành, xuất xứ từ đủ mọi nguồn gốc.

103. Như vậy rồi thì sao ?

Đâu có sao đâu. Rất nhiều người - cả nam lẫn nữ -

suốt đời không hề biết tới “chuyện đó” mà vẫn luôn luôn mạnh khỏe, vui vẻ, chan hòa... Về mặt vợ chồng, tuy đây là một trong những tình huống “dễ xa nhau” nhưng vấn đề chỉ là : “nó” ảnh hưởng như thế nào đến hạnh phúc gia đình ?

Nếu cả hai vợ chồng đều chấp nhận được - chuyện không đến nỗi quá hiếm - thì chẳng chữa trị cũng... đâu chết ai.

Tuy nhiên, nếu vì lý do nào đó mà thấy cần chữa trị thì phải kiên trì đi đến cùng, vì không phải loại “bất lực” nào cũng giải quyết dễ dàng hoặc nhanh chóng.

104. Muốn điều trị thì phải làm gì ?

Đầu tiên là phải tìm ra nguyên nhân và xử trí nguyên nhân gây tình trạng bất lực, cả hai việc đều không đơn giản.

Từ ngày con người xuất hiện trên hành tinh, “cái của đàn ông” đã được nhận định dưới đủ mọi quan niệm, khía cạnh... tuy nhiên dưới mắt người thầy thuốc chuyên khoa thì “nó” chỉ là mạch máu có cấu trúc đặc biệt với khá nhiều bí ẩn mà trình độ Y học cuối thế kỷ XX chưa hiểu nổi.

Trước hết là “bất lực do thầy thuốc” (hoặc “thuốc”) gây ra. Nhiều loại dược phẩm sử dụng thường xuyên, liên tục, lâu ngày... theo toa bác sĩ (hoặc qua người khác mách bảo) có khả năng ảnh hưởng và làm suy yếu “đương sự” nghiêm trọng.

Phổ biến nhất là thuốc điều trị Cao huyết áp, do phải

uống nhiều năm, thậm chí suốt đời, như ALDOMET, CATAPRESSAN, INDERAL... Sau đó là các dược phẩm để hạ cholesterol trong máu như LIPANTHYL, ATROMID..., an thần kinh như PHENERGAN, VALIUM, LARGACTYL... thuốc trị loét bảo tử như TAGAMET, các hormone nữ và ngay cả rượu, thuốc lá, v.v...

105. Còn những nguyên nhân khác ?

Đã có một thời, Nguyên nhân tâm lý được cho là chiếm tuyệt đại đa số các trường hợp “bất lực”. Những tiến bộ trong những năm gần đây cho thấy tâm lý thường là yếu tố phụ, tuy vẫn luôn luôn hiện diện ở mức độ khác nhau.

* Nguyên nhân tâm lý thuần túy chỉ đạt tối đa 25% , hầu hết do suy sụp tinh thần từ một chấn động nghiêm trọng : bể hụi, người thân vừa mất, thất bại lớn, v.v... Đặc tính của dạng này là xảy ra thật nhanh chóng, chỉ sau một thời gian ngắn là “hết hơi”.

* Ngoài ra còn bốn nguyên nhân hữu cơ lớn : động mạch, tĩnh mạch, thần kinh và nội tiết, được phủ trùm bằng yếu tố tâm lý không bao giờ vắng mặt, gọi là “lo âu thành tích”, khiến sự việc trở nên phức tạp hơn, nghiêm trọng hơn, vì luôn luôn gồm ít nhất hai nguyên nhân kết hợp. Khó khăn lớn nhất trong điều trị nằm ở tình trạng “đa nguyên nhân” này.

106. "Lo âu thành tích" là sao ?

Sau khi thất bại một vài lần, từ một "nguyên nhân hữu cơ" ban đầu, người đàn ông ở lứa tuổi 40, vốn tự tin và có thể quen ra lệnh, quen được tuân lệnh... đâm ra nghi ngờ "khả năng hành sự". Trước một cơ hội mới, họ sẽ đặt câu hỏi "không biết lần này có được không?" "Lo âu thành tích" như vậy, giống hệt "ra trận" mà không biết sẽ thắng hay thua, nên tất nhiên là ... thua! Từ đó càng "mất niềm tin" hơn, dẫn đến một vòng *luẩn quẩn quái ác* khó thoát ra. Nguyên nhân tâm lý lúc ban đầu không mấy quan trọng sẽ ngày càng tăng và trở thành ức chế vô cùng tai hại, lấn lướt nguyên nhân hữu cơ chính yếu lúc khởi đầu.

Điều này giải thích tại sao một trị liệu rất hợp lý về mặt Sinh học lại không đem lại hiệu quả thực tế. Nhiều người rõ ràng là thiếu *testosterone*, căn cứ vào kết quả xét nghiệm, thế nhưng sau nhiều lần tiêm *Testosterone*, vẫn không "lên" nổi.

107. Còn "nguyên nhân hữu cơ" ?

Nếu đơn giản tối đa thì :

* Khi "giãn nở" không như ý muốn tức số lượng máu dồn đến không đủ chỉ tiêu (phải đạt trên 60% mới sử dụng được) là động mạch "có vấn đề".

- Ngược lại, nếu "giãn nở" đạt yêu cầu nhưng chưa kịp sử dụng thì đã trở lại "thể tích ban đầu" là do máu rút đi quá nhanh từ *tĩnh mạch như một lỗ rò* dưới đáy

thùng. Tình trạng này kể như "dễ giãn" nhất, vì ở trên, tuy "xiu xiú ếch ếch" - như văn chương bình dân thường gọi - nhưng vẫn còn khả năng "tương đối".

- Không "nhúc nhích" gì hết, thường do tổn thương ngay cơ quan điều khiển, do yếu tố thần kinh : ngăn chặn đường dẫn truyền... hoặc nội tiết : không đủ hoặc quá dư thừa *hormone*, mắc bệnh tiểu đường, v.v...

Dù sao, trong mọi trường hợp, "bất lực" là hậu quả của ít nhất là 2-3 nguyên nhân kể trên.

108. Ở người trẻ có khác không ?

Cũng chẳng khác nhau mấy. Việc phân biệt "bất lực tiên phát" (vẫn bị như vậy từ đầu) và "thứ phát" (chỉ bị sau một thời gian hoạt động bình thường) hiện nay đã trở nên lỗi thời, kể từ ngày con người có thể gây *cương nhân tạo* vào năm 1983.

109. "Cương nhân tạo" là sao ?

Như nhiều "phát minh mới" của loài người, chuyện này cũng xảy ra từ tình cờ hoặc rõ hơn từ một sự lầm lẫn. Vào năm 1983, Bác sĩ Ronald Virag trong lúc đang làm phẫu thuật động mạch vùng hạ bộ một bệnh nhân nam đã bị cô điều dưỡng phụ tá đưa lộn ống tiêm, khi ông cần bơm rửa *thể hang dương vật (câu 3)*. Thay vì "nước biển" (*serum*) như dự kiến, "*papaverine*" đã được bơm thẳng vào trong *thể hang* và liền sau đó gây ra một màn *cương cứng* "quá cỡ thợ mộc".

Cương nhân tạo hay *cương bằng dược phẩm* được “khai sinh” từ đó và đã làm đảo lộn tất cả những hiểu biết của Y học về “bộ phận của đàn ông”, đến nỗi hầu như bất kỳ báo cáo nào viết trước năm 1983 đều ít nhiều “quá đát”.

Đến cuối năm 1993, khoảng 20 dược phẩm khác nhau đã được sử dụng cho mục đích này, đôi khi dưới dạng kết hợp nhiều loại, có hoặc không cần chứa *papaverine*.

Toàn bộ cung cách giải quyết tình trạng bất lực ở đàn ông nằm trong ba tác dụng của *dược phẩm* hoặc *hợp chất* “gây *cương nhân tạo*”.

110. Ba tác dụng như thế nào ?

* Trước hết là *khảo sát* hay “*lượng giá khả năng*” : Căn cứ vào (các) loại thuốc sử dụng, liều lượng, v.v... thì có “lên” được không ? sau bao nhiêu phút ? như thế nào ? kéo dài bao lâu ? nếu có điều kiện thì “sử dụng ngay” được không ? v.v... và v.v..., chúng ta sẽ có một hình ảnh sơ bộ, cụ thể, về “tình hình thực tế, bộ phận này còn khả năng tới đâu”. Từ đó để ra phác đồ điều trị thích hợp, bám sát *thể trạng cá nhân* của đương sự.

* Tác dụng thứ hai là *điều trị*. Gây *cương* thường xuyên và liên tục, sẽ làm cho các loại thuốc uống mau đạt kết quả hơn. Chưa kể điều vô cùng quan trọng là người bệnh cảm thấy *yên tâm* vì vẫn “hành sự” được, trong khi chờ đợi phục hồi. Thời gian này có thể kéo dài nhiều tháng, trung bình 6 tháng ở Pháp, Mỹ...

* Sau cùng, là *thay thế*. Với một số trường hợp tổn *hại* quá nặng nề như : *chấn thương cột sống*, tiểu đường lâu năm, xơ vữa động mạch, v.v... thì không còn cách nào

khác hơn là dựa vào thuốc, mỗi lần muốn hoàn thành tốt “công việc của người đàn ông”.

Tóm lại, nếu *khảo sát* chỉ cần tiêm một lần, thì *điều trị* sẽ phải (rất) nhiều lần và *thay thế* thì không biết bao nhiêu lần, thậm chí mãi mãi nếu bị *chấn thương cột sống*.

111. Như vậy có “nặng nề” quá không ?

Rất tiếc, hiện nay trình độ Y học chỉ mới tới đó. Đây đã là một tiến bộ rất lớn, vì trước kia, nếu không đạt kết quả sau vài tháng, chỉ còn cách sử dụng *duy vật giả*, bằng chất dẻo, rất đắt tiền, phải ghép bằng phẫu thuật và tất nhiên là thua xa “thứ thiệt”, chưa kể quá nhiều phiền hà kèm theo.

112. Còn thuốc uống ?

Vấn phải sử dụng, thuốc gì là tùy thuộc vào nguyên nhân gây “bất lực”. Tuy nhiên, trong bất cứ trường hợp nào, cả ở già lẫn trẻ, gây *cương nhân tạo* là chính (70%), thuốc uống chỉ tác dụng hỗ trợ (30%) và cứ như vậy, tiêm mãi... thì rồi cũng sẽ phục hồi. Vấn đề là thời gian mà thôi.

113. Tiêm vào bộ phận sinh dục là điều ai cũng ngại ngại, có cách nào “nhẹ nhàng” hơn không ?

Thuốc điều trị thì mọi người đã biết, đó là *dược phẩm* có tác dụng giãn mạch tại chỗ (*Papaverine* hoặc một loại

khác...) dễ gây ra cương cứng (câu 3). Khó khăn lớn nhất là làm sao đưa được thuốc vào trong thể hang xuyên qua màng trắng vốn rất dai và khá dày. Cho đến nay, các loại thuốc dán hoặc thoa trực tiếp "vào đó" vẫn chưa đem lại hiệu quả thuyết phục. Tiêm bằng kim là chắc chắn nhất, loại kim sử dụng thường chỉ cỡ 28, 29 hoặc 30 nên cũng không đau lắm. Bác sĩ Ronald Virag, nhà phát minh ra phương pháp, cũng đưa ra một loại viết đặc biệt, đầu ống tiêm và kim bên trong, để tránh yếu tố tâm lý "sợ đau" nhưng rất đắt tiền.

Thông thường, chỉ sau vài lần, có thể tập cho bệnh nhân tự tiêm lấy "mỗi khi cần, đây là phương án tốt nhất hiện nay, trong khi Y học chưa thể làm hơn.

114. Sao không thấy nhắc đến "testosterone" ?

Vì đó cũng chỉ là ... huyền thoại. Testosterone hay hormone nam, hầu như không có vai trò gì trong tình trạng "bất lực". Nếu thiếu testosterone, không người đàn ông nào có thể phát triển bình thường mà không kèm theo những biểu hiện khác, dễ dàng nhận thấy ngay. Chỉ trong trường hợp này, testosterone mới thực sự tác dụng : còn lại là những người vẫn đầy đủ testosterone do ảnh hưởng bởi các lời rở tai hoặc quảng cáo, nên đã tự động dùng SUSTANON, ANDRIOL, v.v... mà chẳng có kết quả - tất nhiên - cần phải đi khám bệnh, tìm nguyên nhân điều trị.

Cũng nên ghi nhận là từ ngoài 50 tuổi trở đi, do sự lão hóa của toàn thân, nồng độ testosterone có thể bắt đầu suy giảm. Bổ sung, bằng tiêm hoặc uống, các testosterone

tổng hợp sẽ là biện pháp tốt, nhưng phải nên cẩn thận vì có thể tác hại lên tuyến tiền liệt, vú, v.v... thậm chí "đánh thức" ung thư tiềm ẩn.

Điều quan trọng phải nhấn mạnh, việc trị liệu tùy thuộc rất nhiều vào thái độ của người vợ. Chỉ cần một sự "thiếu thông cảm" - vô tình hay cố ý - là tất cả sẽ có khả năng đổ vỡ, do yếu tố tâm lý luôn luôn hiện diện.

115. Thái độ người vợ phải như thế nào ?

"Không đủ khả năng hành sự" ngay lần đầu tiên, tuy rất ít xảy ra, nhưng lại vô cùng nghiêm trọng, nếu gặp một bà vợ quá vụng về hoặc "không biết thông cảm".

Có trường hợp khá bi thảm vì xảy ra ngay trong đêm tân hôn và chỉ cần đôi lời an ủi, vài cử chỉ dịu dàng hoặc "làm như không biết" là mọi việc sẽ ổn thỏa. Thế nhưng, người vợ lại lớn tiếng chê trách, gây một "chấn động tinh thần" đáng kể đến nỗi ông chồng đâm "mất tự tin".

Và ngày hôm sau, như đã nói ở trên, "mất tự tin" sẽ dẫn đến thất bại lần thứ hai... và rốt cuộc là một vòng luẩn quẩn "quái ác" không lối ra... Càng thất bại, càng "quýnh" mà càng "quýnh" lại càng thất bại...

Như vậy, việc đầu tiên mà cả hai vợ chồng đều phải ý thức là hiện tượng này có thể chỉ nhất thời, không việc gì phải "quan trọng hóa vấn đề" và nên tạm gác qua một bên, để chờ "nó tự phục hồi".

116. Nhưng nếu không "tự phục hồi" ?

Thì nên thật dịu dàng, khéo léo, tế nhị, khuyên nên đi điều trị. Đây là giai đoạn rất mong manh, vì như đã nói, người đàn ông bị chạm tự ái nặng nề, và cần được thông cảm tối đa, tóm lại là phải thương ông xã thật nhiều.

117. Ngoài những chuyện nói trên còn trục trặc nào nữa ?

"Bất lực" và "Xuất tinh sớm" là hai rối loạn chính về mặt chức năng. Hành vi tình dục cũng kèm theo nhiều lệch lạc đáng kể.

Trước hết là lệch lạc về mục đích, trong khi mục đích của sinh hoạt tình dục là giao hợp nam nữ thì ở đây mục đích lại lệch qua một sự việc khác, có tính chất thay thế: ác dâm, khổ dâm, thị dâm, thích phô trương, v.v... là những dạng thường gặp.

118. "Ác dâm" là sao ?

Ác dâm (Sadism) là những người chỉ tìm thấy cảm giác tình dục trong khi hành hạ, hoặc làm cho người khác đau đớn, khổ sở. Các trường hợp nghiêm trọng chẳng cần phải quan hệ tình dục cụ thể. Nhiều báo cáo đã ghi nhận những "con cục khoái thực sự dẫn đến xuất tinh, xảy ra giữa lúc đang tra tấn, bức cung người khác và nạn nhân càng đau đớn, khổ sở thì cảm giác càng cao (!). Bình thường (?) kẻ "ác dâm" chỉ đạt cực khoái trong lúc giao

hợp nếu dấm dά, ngắt véo... đối tượng, hoặc chỉ ít cũng hành động "thô bạo" thì mới dẫn đến thỏa mãn. Ngược lại với "ác dâm" là "khổ dâm".

119. Người "khổ dâm" thích bị hành hạ ?

Đúng vậy. Khổ dâm (Masochism) là tình trạng ngược lại, tức phải bị đau đớn, khổ sở thì mới đạt cảm giác. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, sự phân biệt như trên không mấy rõ và rất khó tách rời, có lẽ nên gọi chung là "Ác-Khổ dâm" (Sado-masochism), vì cả hai khuynh hướng đều hiện diện đồng loạt, ở mức độ khác nhau.

120. "Thị dâm" là sao ?

Là chuyện cũng không dễ định nghĩa. Được kể như "Thị dâm" (voyeurism) những trường hợp thích rình coi người khác tắm, thay quần áo, sinh hoạt vợ chồng...

Khác với "thích coi phim sex" hoặc các hình ảnh lỏa thể, người "thị dâm" luôn luôn dấu mặt và cũng như mọi lệch lạc về mục đích, họ coi chính hành động này đã là hoạt động tình dục rồi, nên không cần tiến xa hơn, vì rình coi là đã đủ để xuất tinh.

Dù sao, tuy mọi mức độ "nặng nhẹ khác nhau" đều có thể xảy ra, tình huống này hay gặp ở những người rụt rè, nhút nhát, nên rất ít khi được "cụ thể hóa" bằng hành động và thường thì "không ai biết, chẳng ai hay", nó ngược lại với "thích phô trương".

121. Như thế nào ?

Thích phô trương (exhibitionism) là tình trạng muốn phô bày cơ quan bộ phận "kín" để cho người khác thấy và qua đó đạt được thích thú hoặc cảm giác tình dục. Nạn nhân càng bị xúc động, càng hoảng hốt... thì tác dụng càng cao (!). Ngược với *thị dâm*, lệch lạc này thường xảy ra trước mắt mọi người nên có thể bị đưa ra tòa và phạt giam ở những nước có luật về tội "công xúc tu sĩ", tức là vi phạm thuần phong mỹ tục một cách trắng trợn.

Cách đối phó tối ưu, nếu "đụng" trường hợp này là *cứ việc tỉnh queo như không có chuyện gì hết, CÀNG PHẢN ỨNG THÌ HỌ LẠI CÀNG THÍCH VÀ CÀNG MUỐN TÁI DIỄN VỚI NGƯỜI KHÁC.*

122. "Lệch lạc đối tượng" là sao ?

Trong dạng này, mọi cảm giác, mức độ, cung cách, hành động... đều được bảo lưu y như quan hệ nam nữ, chỉ khác biệt ở đối tượng. Đầu tiên và thường gặp ở mọi nơi, là *Ái thú (zoophilia)* tức sinh hoạt tình dục với súc vật.

123. Ái thú có phổ biến không ?

Không đến nỗi hiếm lắm, tuy rất khó xác định số liệu chính xác. Những chuyện quan hệ với heo, chó... vẫn được ghi nhận ở nông thôn hoặc cả ở thành phố khi có phong trào chăn nuôi cách đây vài năm và thường chỉ có tính chất nhất thời. Các trường hợp "nguyên chất" tức chỉ "gắn gũi" với súc vật mà không thể với người, mới thật sự hiếm.

Một lần nữa, những màn trình diễn trong phim sex chỉ là xi-nê mà thôi, thực tế không hề xảy ra như vậy.

124. Còn dạng "ái" nào nữa không ?

Ái nhi (pedophilia) là trường hợp xảy ra khi đối tượng dưới 13 tuổi và *Ái lão (gerontophilia)* được quan niệm khi khoảng cách về tuổi tác, so với đối tượng, ít nhất là trên 40 năm. Tại những nước Tây phương có tập quán *uớp xác* hoặc trang điểm xác chết trước khi chôn, *quan hệ với xác chết (necrophilia)* và thường của *phụ nữ đẹp - tất nhiên - là điều vẫn thường xảy ra đối với một số "nghệ nhân".*

Cũng cần kể đến "*Ái đồ vật (fetichism)*" mà đối tượng có thể là một búp- bê to bằng người thật, quần áo lót của phụ nữ, v.v... và phải là vật đã hoặc đang sử dụng. Đồ vật mới "không có giá trị".

125. Những trường hợp lệch lạc như vậy có ở Việt Nam không ?

Với số dân trên 70 triệu như hiện nay thì không chuyện gì con người "có" mà Việt Nam lại "không có". Tuy nhiên, do bản chất Á Đông, tỷ lệ lệch lạc chắc thấp hơn ở những nước phương Tây, kể cả tình huống được biết đến nhiều nhất là *Đông tinh ái*.

126. Đông tinh ái (DTA) là sao ?

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

nhóm :

* **Dị tính ái** (*heterosexual*) là những người chỉ có quan hệ với người *khác phái* : NAM với NỮ, NỮ với NAM, tức là 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-dê* hoặc mới đây gai độc là "ghe" cũng có nghĩa là vui vẻ) và NỮ với NỮ (*lesbian*).

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

127. ĐTA có phổ biến không ?

Ngay từ thập niên 1950, công trình nghiên cứu của KINSEY đã cho thấy ĐTA luôn luôn chiếm một tỷ lệ hằng định, vượt thời gian, và có lẽ sẽ mãi mãi như vậy, tuy nhiên do những tiêu chuẩn đánh giá "hơi quá rộng rãi" tỷ lệ tìm thấy ở Mỹ vào thời bấy giờ lên đến 10%. Theo tạp chí *Khoa học và Đời sống* của Pháp, số tháng 7/1993, thì khảo sát mới nhất cho thấy có 1% người Mỹ thuộc giới ĐTA, và ở Pháp tỷ lệ là 1,4%. Dù sao, trong chuyện này, Việt Nam không thể hơn Mỹ, tối đa chỉ 1% tức khoảng 700 ngàn người cho cả nước.

128. Tại sao lại ước lượng như vậy ?

Vì sau khi gặp không biết bao nhiêu trường hợp ĐTA, người viết nhận thấy tuyệt đại đa số đều "dỏm" do a dua, bon chen, "nhu cầu kinh tế" hoặc tưởng tượng, v.v... Nếu chúng ta thấy trong thời gian gần đây, số người ĐTA có vẻ gia tăng là vì dân số gia tăng. Ngoài ra, chính các trường hợp "tưởng tượng" mới gia tăng gấp mấy lần hơn, do ĐTA thường xuyên được báo chí đề cập, đưa tin, như "một vấn đề cần quan tâm". Thích ghê đi !

Nhiều cặp ĐTA sống với nhau, nhưng chỉ có một người "thật sự", người kia vì lý do kinh tế. Trường hợp "mại dâm nam" chẳng hạn, chỉ là "hành nghề" (?). Xong việc rồi, họ về với vợ con, như mọi người đàn ông khác. Để biện minh, nhiều khi họ tự nhận thuộc thành phần "*Lưỡng tính ái*" như đã nói ở trên. Phương tiện phân biệt "thiệt giả" hay nhất là *thời gian*, nếu sau 5 năm mà vẫn "không thay đổi lập trường" thì chắc là "ĐTA thật sự".

129. Còn những người pê-dê phân sơn lặc lợt và ăn nói ảo lả như phụ nữ ?

À không. Những người đó là *xuyên giới tính* (*transsexual*) không phải ĐTA. Chữ pê-dê do tiếng Pháp *pédéraste* có nghĩa là ĐTA nam ở đây đã bị dùng sai.

130. Tại sao vậy ?

Về ngoại hình, người ĐTA nam chẳng hạn, hoàn toàn không có gì khác biệt với mọi đàn ông khác, có khi còn rất

đẹp trai, "rất hùng", rất đàn ông, như tài tử Rock Hudson (đã chết vì SIDA).

Về bên trong, họ cũng như mọi người khác và có thể bị đủ thứ tật bệnh hữu cơ hoặc tâm thần như những người khác.

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

Tóm lại, ĐTA nam hay nữ cũng đều hoàn toàn bình thường như mọi người về mặt thể xác, "cái rác rối" nó nằm trong đầu.

Xuyên giới tính, trái lại, là một công trình dang dở của tạo hóa, không hẳn là đàn ông cũng chẳng phải đàn bà, họ không thể hội nhập với bên nào được, nên thường tụ tập lại với nhau như những người đồng cảnh ngộ.

131. ĐTA có gì hơn người khác không ?

Hoàn toàn không. Tuy trong lịch sử đã có vài danh tướng như Jules César... hoặc văn nghệ sĩ như Byron... thuộc giới ĐTA, nhưng đó chỉ là trùng hợp ngẫu nhiên. Người ĐTA không hơn, không kém gì các người khác.

132. Vậy thì họ có cái gì khác ?

Cái khác là rối loạn cảm năng, do không thể có con với nhau. Trong khi đàn ông và đàn bà, như *hộp và nắp*, giữa hai người nam-nam hay nữ-nữ, vẫn "có cái gì không ổn. không khớp". Nên họ ghen tuông nhau gấp mấy lần

hơn người dị tính ái, và rất hay thay đổi đối tượng vì ít khi thỏa mãn với người hiện có. Đã có một 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 hơn. Hiện nay, quan niệm đó đã lỗi thời, chỉ có *hành vi nguy cơ* chứ không còn "*nhóm nguy cơ*" nữa.

133. Tại sao lại ĐTA ?

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", v.v... đều không có cơ sở khoa học. *Bẩm sinh* là điều hầu hết tác giả đều nhất trí, tuy chưa biết nó nằm chỗ nào trong não, giả thuyết cho rằng có trục trặc ở *hệ não viền (limbic system)* vẫn chưa được chứng minh.

134. ĐTA có điều trị được không ?

Y học không coi ĐTA là *bệnh*, do đó 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 *tưởng tượng* là đương nhiên sẽ hết, mệt mỏi quá, chẳng ai (*thèm*) để ý tới, thì cũng bắt buộc phải hết.

Điều cần phải ghi nhận là : Cứ việc lơ đi đừng ai nhắc nhở nữa thì rồi "phong trào" sẽ tự nhiên "xẹp", càng quan trọng hóa vấn đề, ĐTA *dorm* sẽ càng ngày càng nhiều hơn.

135. 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, khác hẳn với *vô sinh* (*sterility*) là *không* có con được và kể như "hết thuốc chữa".

Như vậy, điều trị tức là điều trị *hiếm muộn* chứ *vô sinh* thì... nên đi xin con nuôi.

Vài năm trước, chỉ có một nguyên nhân gây ra *vô sinh* là *ngheñ hai vòi trứng ở phụ nữ và không có tinh trùng ở đàn ông*. Tuy nhiên, hiện nay, một vài trường hợp *ngheñ hai vòi đã chữa trị được* nên chỉ còn lại tình trạng không có tinh trùng (*và tinh hoàn bị tổn hại nặng nề*) ở đàn ông mới được kể là *vô sinh*, tức là ... thua, đối với Y học 1993.

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

Theo tiêu chuẩn của nhiều nước, 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 phải đi khám và điều trị *hiếm muộn*.

Chúng ta hãy nhớ lại, trước hết, ông chồng phải đầy đủ khả năng sản xuất một số lượng tinh trùng có phẩm chất tốt, đưa vào cơ quan sinh dục của bà xã, trong tình trạng đầy đủ khả năng thụ thai. *Tinh trùng* phải hoàn thành cuộc chạy "marathon" suốt qua tử cung, vòi trứng...

để đến *điểm hẹn* và *noãn* (hay *trùng*) không di động được như tinh trùng phải có mặt tại *điểm hẹn ĐÚNG NGÀY*. Sau khi *thụ tinh*, *phôi dâu* phải vào bên trong tử cung và *làm tổ* đúng nơi qui định. Tiếp theo là chín tháng dài *đang đặng*, *phôi thai* mới trở thành một con người *hoàn chỉnh*.

Nếu chúng ta thấy là bất cứ trục trặc nhỏ nào trong hàng chuỗi sự việc nói trên cũng có thể ngăn chặn có con thì chúng ta sẽ rất ngạc nhiên là tại sao nhiều người lại sinh đẻ quá dễ dàng hàng năm.

137. Tại sao phải đợi lâu vậy ?

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

Thông thường, trong điều kiện như đã nói ở trên, thì 100 người, sau vài tháng sẽ có 25 người mang bầu. Đến cuối năm đầu tiên, 80 người đã thụ thai, nếu tiếp tục thêm một năm nữa, chúng ta sẽ được 90 người. Như vậy, nếu "không làm gì cả" thì sau 24 tháng, 90% đã đạt ý muốn, chỉ 10% còn lại mới cần đi khám bệnh.

Cơ chế thụ thai vốn rất mong manh và hiện vẫn còn nhiều điều chưa hiểu rõ, nên để tự nhiên cho "ông trời" là tốt nhất. Chính nhiều khi quá nôn nóng có con, đi chữa trị sớm - trong khi chưa (*hoặc chằng*) cần phải chữa trị gì cả - mà vô tình gây "rối loạn cơ chế" và đâm ra khó thụ thai hơn. Thời gian nói trên có thể rút ngắn nếu người vợ trên 30 tuổi, ở một vài nước như Mỹ, là 12 tháng.

Tuy nhiên, đôi khi chỉ tại một số sai lầm về "chiến

thuật" hoặc "chiến lược" mà chậm có con... oan uổng.

138. Như thế 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... gì cả. Thế nhưng sinh dục, tức là chuyện con cái thì lại là một hiện tượng *Sinh học* đòi hỏi một số điều kiện tối thiểu. Sai lầm đầu tiên và phổ biến nhất là quan niệm "dưỡng cho nó mạnh" (?). Nhiều cặp vợ chồng do tha thiết muốn có con nên thường "cố nhịn để dành" cho tinh trùng "mạnh hơn". Thực tế, nếu cục sứt để lâu ngày cũng phải sét, thì tinh trùng là một *sinh vật có đời sống nhất định* càng để lâu tất nhiên càng yếu đi chứ không mạnh thêm.

Khoảng 3-4 ngày sau khi xuất tinh, đợt tinh trùng "mới vừa bổ sung" được xem như đầy đủ sức khỏe và năng nổ, mau mắn, tốt nhất. Cần lấy *tinh dịch* để khảo sát khả năng thụ thai, phải tôn trọng một thời gian kiêng cử ít nhất 2 ngày và nhiều nhất là 7 ngày vì từ ngày thứ 10 trở đi là tinh trùng bắt đầu già nua "mất năng lực công tác".

Muốn "dưỡng cho mạnh" nên cố gắng giữ nhịp độ 3-4 ngày/một lần; thậm chí thà sinh hoạt mỗi ngày, tinh trùng có thể "yếu" hoặc "thiếu" nhưng vẫn còn hơn nhịn trên 10 ngày để phóng ra những "tinh trùng cụt" gần hấp hối và mất hết sinh lực.

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

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

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

139. Khi đi khám thì làm gì ?

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

* Hạt giống phải tốt đã, rồi mới tính đến chuyện gieo trồng.

* Và nếu nguyên nhân "hiếm muộn" là tại ông chồng thì khó điều trị hơn rất nhiều so với bà xã. Như đã nói ở phần trên, ở phụ nữ hầu như không còn nguyên nhân vô sinh, *ít ra là trên nguyên tắc*. Đầu tiên, phải thực hiện *tinh đồ* tức là khảo sát tình hình hiện tại của *tinh dịch*, là chuyện không đơn giản và dễ dàng.

140. Thế nào là "tinh đồ bình thường" ?

Đây là câu hỏi chưa thể trả lời. Trước hết trong khi hầu hết các phương tiện xét nghiệm : máu, chất dịch đủ loại... hiện nay đều đã có thể thực hiện bằng *máy* thì *tinh đồ* vẫn là thao tác thủ công, hoàn toàn lệ thuộc vào khả năng, trình độ và sự cẩn mẫn của chuyên viên xét nghiệm.

Sau đó, *tinh dịch* là sản phẩm thay đổi tùy theo tình

trạng sức khỏe và cả tâm lý của người đàn ông. Một "tinh đồ hoàn hảo" có thể trở thành "vô sinh" chỉ sau 6-7 tháng, nhiều khi không xác định được nguyên nhân. Điều này giải thích tại sao một vài phương pháp tránh thai "dân gian" lại tỏ ra "rất có kết quả".

Đồng thời, nhiều người đàn ông vẫn kiên quyết không đi xét nghiệm tinh đồ với lý do "đã từng có con với người vợ trước" là không có cơ sở.

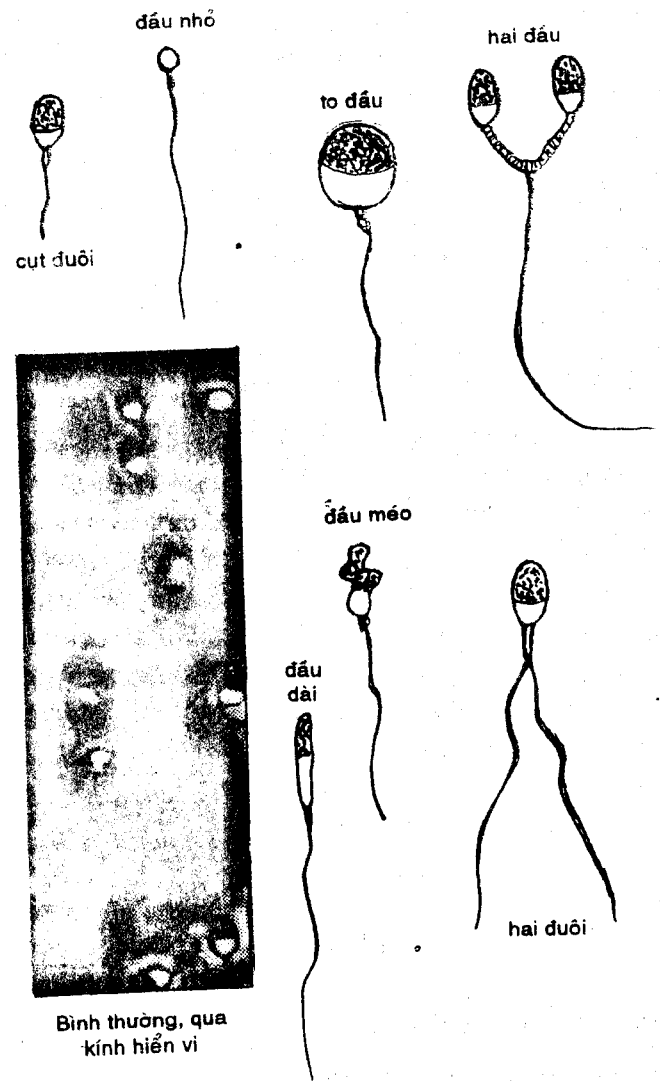
Một tinh đồ "có thể thụ thai được" trong hiện tại phải đạt *tối thiểu* ba điều :

- * Tỷ lệ tinh trùng di động trên 60%.
- * Tỷ lệ tinh trùng bình thường trên 60%.
- * Số lượng tinh trùng trên 20 triệu/mm³.

Đặc biệt, số lượng tinh trùng là điều gây tranh cãi sôi nổi, vì nhiều tác giả người Pháp cho rằng khả năng thụ thai chỉ giảm từ 5 triệu trở xuống, trên 5 triệu là được. Ở Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu về vấn đề này.

141. Nếu tinh đồ không đạt tối thiểu thì điều trị được không ?

Được, nhưng rất gay go và không mấy rõ ràng. Tất cả các dược phẩm sử dụng đều chưa đem lại hiệu quả thật sự thuyết phục. Testosterone chích hoặc uống hiện không còn được sử dụng nữa. Về Vitamine thì Vitamine C rẻ tiền và có vẻ tác dụng cao hơn Vitamine E. Dù sao, làm cho tinh trùng gia tăng di động tính, hoặc giảm bớt tỷ lệ "bất bình thường" cũng dễ hơn là nâng cao số lượng.



Hình 20 : Một vài trường hợp dị dạng

Trường hợp gay go nhất là *không có tinh trùng*. Cách đây vài năm hầu như không thể nào giải quyết được.

142. Còn bây giờ thì sao ?

Cần phân biệt hai tình huống :

* Không tinh trùng do *nghet ống dẫn tinh* trong khi tinh hoàn vẫn sản xuất tốt. Trường hợp này có thể “thông” bằng phẫu thuật như thông vòi ở phụ nữ.

* Không tinh trùng do tinh hoàn không sản xuất hoặc sản xuất quá kém, cần tìm hiểu lý do tại sao như vậy và một vài trường hợp vẫn có thể giải quyết được. Nhưng nếu hai tinh hoàn không thể sinh tinh thì đó thực sự là vô sinh ở đàn ông.

Dù sao, cũng cần nhắc lại một lần nữa là *nên bắt đầu bằng người đàn ông trước*. Đã có quá nhiều phụ nữ bị nghet “vòi trứng” phải “bom”, hoặc chữa trị đủ loại bệnh phụ khoa, rối loạn kinh nguyệt, v.v... trong nhiều năm liền, đến khi “tạm ổn định” và khảo sát ông chồng, mới thấy là... “không có tinh trùng”. Thật là bi thảm đến độ... vô duyên !

143. Còn ở phụ nữ thì như thế nào ?

Bắt đầu từ ngoài vô trong :

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

* *Tử cung* chỉ có 10% trách nhiệm, thường do dị tật

bẩm sinh, buồng... hoặc vẫn là *viêm nhiễm*, khiến cho đoạn đường “marathon” mà tinh trùng phải vượt qua “nhọc nhàn” hơn, với nhiều “chướng ngại vật” (*buồng*) hơn.

* *Vòi trứng* và *màng bụng* kế bên, chiếm 40% tỷ lệ nguyên nhân thường gặp nhất, cụ thể là *nghet vòi trứng*, do co thắt hoặc (lại) *viêm nhiễm*.

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

Ngoài ra, còn những nguyên nhân về nội tiết (*hormone*) và trong một số trường hợp *hiếm muộn* là do nhiều nguyên nhân, cùng một lúc gây ra.