



**MEN'S
HEALTH**
BE STRONGER



**Doctor
BANANA**
PHẢI MẠNH LÀ PHẢI MẠNH

CẨM NANG SỨC KHỎE NAM GIỚI

VÔ TINH TẮC NGHẼN

OA - Obstructive Azoospermia

Những điều cần biết để hiểu đúng –
phát hiện sớm – điều trị hiệu quả



**Hiểu đúng về
vô tinh tắc nghẽn**



**Nguyên nhân –
chẩn đoán
chính xác**



**Điều trị hiệu quả
và hy vọng
làm cha**



TẮC NGHẼN ĐƯỜNG DẪN TINH
QUÁ TRÌNH SINH TINH VẪN CÓ THỂ
CÒN DIỄN RA BÌNH THƯỜNG



Tác giả: TS.BS.CK2 TRÀ ANH DUY

Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health

2026

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ VÔ TINH TẮC NGHẼN

OA - Obstructive Azoospermia

Năm xuất bản	2026
Tác giả	TS.BS.CK2 Trà Anh Duy
Đơn vị	Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health
Giờ hoạt động	08:00 - 20:00 tất cả các ngày trong tuần (bao gồm ngày Lễ)
Trụ sở chính	7B/31 Thành Thái, phường Diên Hồng, TP.HCM
Hotline	0902 353 353

LƯU Ý Y KHOA

Cẩm nang cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe, không thay thế chẩn đoán hoặc điều trị trực tiếp. Người đọc có kết quả tinh dịch đồ vô tinh nên khám chuyên khoa Nam học - Sức khỏe sinh sản để xác nhận chẩn đoán, phân biệt OA với NOA và lựa chọn phương án phù hợp cho cả hai vợ chồng.

MỤC LỤC

- Giới thiệu tác giả
- Giới thiệu Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health
- Đại cương về vô tinh tắc nghẽn (OA - Obstructive Azoospermia)
- 100 câu hỏi thường gặp
- Kết luận
- Tài liệu tham khảo

GIỚI THIỆU TÁC GIẢ

TS.BS.CK2 Trà Anh Duy là bác sĩ theo đuổi định hướng chăm sóc sức khỏe nam giới toàn diện, trong đó Nam khoa, sức khỏe sinh sản nam, tình dục nam và các vấn đề tiết niệu liên quan là những lĩnh vực được ưu tiên trong thực hành lâm sàng. Cách tiếp cận của bác sĩ đặt người bệnh ở trung tâm, chú trọng khai thác đầy đủ bệnh sử, thăm khám có hệ



thống, sử dụng xét nghiệm đúng chỉ định và tư vấn rõ ràng để người bệnh hiểu bản chất vấn đề trước khi lựa chọn điều trị. Với các trường hợp vô sinh nam, bác sĩ đặc biệt nhấn mạnh việc đánh giá song song cả khả năng sinh tinh của tinh hoàn và tính thông suốt của đường dẫn tinh, bởi hai cơ chế này dẫn đến các chiến lược xử trí rất khác nhau.

Trong hoạt động chuyên môn, TS.BS.CK2 Trà Anh Duy quan tâm đến việc chuyển tải kiến thức y khoa phức tạp thành ngôn ngữ dễ hiểu, thực tế và có thể áp dụng. Người bệnh được khuyến khích chủ động đặt câu hỏi về chẩn đoán, xét nghiệm, điều trị, tiên lượng sinh sản và các lựa chọn hỗ trợ sinh sản. Bác sĩ cũng chú trọng tư vấn theo cặp vợ chồng, vì quyết định giữa phẫu thuật tái thông đường dẫn tinh và lấy tinh trùng kết hợp thụ tinh trong ống nghiệm phụ thuộc không chỉ vào tình trạng của người nam mà còn vào tuổi, dự trữ buồng trứng, kế hoạch sinh con và ưu tiên của người nữ.

Cẩm nang này được biên soạn theo hướng thực hành, cập nhật từ các tài liệu và khuyến cáo quốc tế về vô sinh nam. Nội dung không thay thế cho việc thăm khám trực tiếp. Mục tiêu là giúp người đọc hiểu rằng vô tình tắc nghẽn không đồng nghĩa với “không có tinh trùng”, mà thường là tình trạng tinh hoàn vẫn có khả năng sinh tinh nhưng tinh trùng không thể đi ra ngoài do đường dẫn bị tắc hoặc bất thường bẩm sinh. Khi được chẩn đoán đúng, nhiều người bệnh vẫn có những lựa chọn điều trị và cơ hội làm cha rõ ràng.

GIỚI THIỆU HỆ THỐNG MEN'S HEALTH

Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health được định hướng là mô hình chăm sóc chuyên biệt dành cho nam giới, tập trung vào các vấn đề thường gặp nhưng nhiều người còn e ngại khi đi khám như rối loạn sinh lý, vô sinh nam, bất thường tinh dịch, bệnh lý tinh hoàn - mào tinh - ống dẫn tinh, bệnh lý tuyến tiền liệt, bao quy đầu và các rối loạn tiết niệu - sinh dục. Mục tiêu của hệ thống là tạo ra một môi trường thăm khám riêng tư, tôn trọng, giải thích dễ hiểu và xây dựng kế hoạch điều trị phù hợp với từng người bệnh thay vì áp dụng một công thức chung.

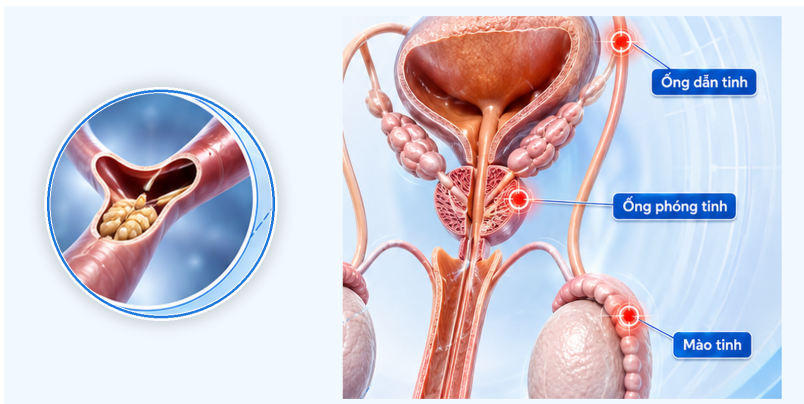
Trong đánh giá sức khỏe sinh sản nam, Men's Health chú trọng phối hợp giữa khám lâm sàng, tinh dịch đồ, xét nghiệm nội tiết, siêu âm và các thăm dò chuyên sâu khi cần. Đối với vô tinh, quy trình đánh giá hướng đến phân biệt vô tinh tắc nghẽn và vô tinh không tắc nghẽn, xác định vị trí cũng như nguyên nhân tắc, đồng thời đánh giá khả năng sinh sản của người bệnh. Cách tiếp cận theo cặp giúp lựa chọn hợp lý giữa vi phẫu tái thông, lấy tinh trùng, trữ lạnh tinh trùng và các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như IVF/ICSI.

Bên cạnh điều trị, hệ thống quan tâm đến giáo dục sức khỏe và dự phòng. Người bệnh được tư vấn về thói quen sinh hoạt, tác động của thuốc và hormone ngoại sinh lên sinh tinh, nguy cơ của các sản phẩm bổ sung không rõ thành phần, cũng như tầm quan trọng của theo dõi sau can thiệp. Những trường hợp có bất thường bẩm sinh của ống dẫn tinh có thể được tư vấn thêm về xét nghiệm di truyền và nguy cơ liên quan đến gen CFTR trước khi thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Giờ hoạt động: 08:00 - 20:00 tất cả các ngày trong tuần, bao gồm ngày Lễ. Thời gian hoạt động kéo dài giúp người bệnh chủ động sắp xếp lịch khám, đặc biệt với những trường hợp cần phối hợp xét nghiệm, siêu âm, tư vấn sinh sản hoặc tái khám sau thủ thuật.

ĐẠI CƯƠNG VỀ VÔ TINH TẮC NGHẼN

OA - Obstructive Azoospermia



Minh họa các vị trí tắc nghẽn thường gặp trong đường dẫn tinh: mào tinh, ống dẫn tinh và ống phóng tinh; quá trình sinh tinh tại tinh hoàn vẫn có thể được bảo tồn.

1. Vô tinh tắc nghẽn là gì?

Vô tinh tắc nghẽn, tiếng Anh là Obstructive Azoospermia (OA), là tình trạng không tìm thấy tinh trùng trong tinh dịch vì đường vận chuyển tinh trùng từ tinh hoàn ra ngoài bị tắc hoặc không hình thành đầy đủ. Điểm quan trọng nhất của OA là tinh hoàn thường vẫn còn khả năng sinh tinh. Nói cách khác, “nhà máy” sản xuất tinh trùng có thể hoạt động nhưng “đường ống” đưa tinh trùng ra ngoài bị gián đoạn. Đây là điểm khác cơ bản với vô tinh không tắc nghẽn (Non-obstructive Azoospermia - NOA), trong đó vấn đề chính nằm ở quá trình sản xuất tinh trùng tại tinh hoàn hoặc điều hòa nội tiết.

Theo hướng dẫn EAU 2026, OA chiếm khoảng 20-40% các trường hợp vô tinh. Việc phân loại đúng OA và NOA có ý nghĩa rất lớn vì tiên lượng và cách điều trị khác nhau. Ở OA, nếu tìm được vị trí tắc và có điều kiện phù hợp, bác sĩ có thể cân nhắc vi phẫu tái thông đường dẫn tinh;

nếu không thể tái thông hoặc cặp đôi muốn đi thẳng đến hỗ trợ sinh sản, tinh trùng thường có thể được lấy từ mào tinh hoặc tinh hoàn để làm ICSI.

2. Tinh trùng đi qua những đâu trước khi xuất tinh?

Tinh trùng được tạo ra trong các ống sinh tinh của tinh hoàn. Sau đó tinh trùng đi qua hệ thống ống nhỏ trong tinh hoàn đến mào tinh, nơi chúng tiếp tục trưởng thành và được dự trữ. Khi xuất tinh, tinh trùng đi từ mào tinh qua ống dẫn tinh, gặp dịch từ túi tinh và tuyến tiền liệt, sau đó đi qua ống phóng tinh rồi ra niệu đạo. Vì vậy, tắc nghẽn có thể xảy ra ở nhiều mức: trong tinh hoàn, tại mào tinh, ở ống dẫn tinh hoặc ở ống phóng tinh.

Một tắc nghẽn hoàn toàn hai bên có thể làm tinh dịch hoàn toàn không có tinh trùng. Một tắc nghẽn không hoàn toàn có thể gây thiếu tinh nặng hoặc tinh trùng di động rất kém. Khi vị trí tắc nằm gần túi tinh hoặc ống phóng tinh, thể tích tinh dịch có thể thấp và pH tinh dịch có thể toan hơn bình thường vì dịch túi tinh không đi vào được tinh dịch đầy đủ.

3. Những nguyên nhân thường gặp

Nguyên nhân OA có thể bẩm sinh hoặc mắc phải. Nhóm bẩm sinh quan trọng là không có ống dẫn tinh một bên hoặc hai bên, đặc biệt là congenital bilateral absence of the vas deferens (CBAVD). Một tỷ lệ người bệnh CBAVD có biến thể gen CFTR. Do đó, khi phát hiện bất thường cấu trúc ống dẫn tinh, xét nghiệm CFTR và tư vấn di truyền có thể được chỉ định cho người nam, đồng thời cân nhắc xét nghiệm cho người bạn đời trước khi thực hiện ICSI.

Các nguyên nhân mắc phải gồm viêm mào tinh hoặc đường sinh dục, chấn thương, phẫu thuật vùng bẹn - bìu, phẫu thuật thoát vị bẹn, hạ tinh hoàn, thủ thuật vùng bìu, thất ống dẫn tinh, hoặc tổn thương sau can thiệp. Một số trường hợp tắc ống phóng tinh liên quan đến nang giữa tuyến tiền liệt, nang túi tinh, viêm mạn tính, sỏi hoặc xơ hóa.

Không phải mọi trường hợp OA đều xác định được nguyên nhân ngay từ đầu. Bác sĩ cần tổng hợp bệnh sử, khám cơ quan sinh dục, tinh dịch đồ, hormone và hình ảnh học để định hướng. Việc “đoán” nguyên nhân chỉ dựa vào một xét nghiệm đơn lẻ dễ dẫn đến điều trị sai hướng.

4. Vô tinh tắc nghẽn có triệu chứng gì?

Phần lớn người bệnh OA không có triệu chứng đặc hiệu ngoài việc chậm có con. Khả năng cương, ham muốn và cảm giác khi xuất tinh có thể hoàn toàn bình thường. Nhiều người chỉ phát hiện khi làm tinh dịch đồ và kết quả không thấy tinh trùng.

Một số dấu hiệu gợi ý có thể gồm thể tích tinh dịch thấp, tiền sử viêm mào tinh, phẫu thuật vùng bẹn - bìu, đã thất ống dẫn tinh, đau khi xuất tinh hoặc bất thường bẩm sinh của đường sinh dục. Khi khám, bác sĩ có thể thấy tinh hoàn kích thước tương đối bảo tồn, mào tinh căng hoặc to, sờ thấy nốt xơ ở mào tinh hay ống dẫn tinh, hoặc không sờ thấy ống dẫn tinh. Tuy nhiên, không có dấu hiệu nào đơn độc đủ để khẳng định OA.

5. Chẩn đoán vô tinh phải được xác nhận đúng

Azoospermia không nên được kết luận chỉ từ một lần xét nghiệm thiếu chuẩn hóa. Tinh dịch đồ cần được thực hiện theo quy trình chuẩn, và nếu không thấy tinh trùng ở mẫu ban đầu, phòng xét nghiệm cần đánh

giá phần cận sau ly tâm để phân biệt vô tinh tuyệt đối với cryptozoospermia - tình trạng vẫn có một lượng cực ít tinh trùng. EAU khuyến nghị xác nhận vô tinh bằng ít nhất hai lần tinh dịch đồ liên tiếp.

Bác sĩ cũng cần xem thể tích tinh dịch, pH, thời gian ly giải và các thông số khác. Tinh dịch thể tích rất thấp kèm pH toan có thể gợi ý tắc đường sinh dục đoạn xa hoặc bất thường túi tinh, nhưng cần loại trừ lấy mẫu không đủ, xuất tinh ngược dòng hoặc thiếu androgen.

6. Phân biệt OA với NOA như thế nào?

Đây là bước trọng tâm. Ở OA, tinh hoàn thường có kích thước bình thường hoặc gần bình thường và FSH thường trong giới hạn bình thường. Ở NOA do suy sinh tinh nặng, tinh hoàn có thể nhỏ hơn và FSH thường tăng. Tuy nhiên, các chỉ dấu này không tuyệt đối. Một người bệnh OA vẫn có thể kèm suy giảm chức năng tinh hoàn, và một số người NOA có FSH không tăng nhiều.

AUA/ASRM nhấn mạnh rằng phân biệt OA và NOA thường có thể dựa vào bệnh sử, thể tích tinh dịch, khám lâm sàng, kích thước tinh hoàn và FSH mà không cần sinh thiết tinh hoàn chỉ để chẩn đoán. Sinh thiết chẩn đoán đơn thuần không được khuyến cáo thường quy, vì nếu phải can thiệp vào tinh hoàn thì nên kết hợp mục tiêu lấy và trữ tinh trùng khi phù hợp.

7. Khám lâm sàng cần chú ý gì?

Bác sĩ đánh giá kích thước và mật độ hai tinh hoàn, mào tinh, ống dẫn tinh, giãn tĩnh mạch thừng tinh, các sẹo phẫu thuật và bất thường dương vật. Ở OA, tinh hoàn thường có thể tích bảo tồn; mào tinh có

thể to hoặc căng ở phía trên vị trí tắc. Việc sờ thấy hoặc không sờ thấy ống dẫn tinh hai bên có giá trị rất quan trọng.

Nếu không có ống dẫn tinh bẩm sinh, bác sĩ sẽ cân nhắc bất thường phối hợp của túi tinh và thận. Trong một số kiểu bất sản ống dẫn tinh, siêu âm bụng để kiểm tra thận có thể được chỉ định. Đây là lý do một trường hợp “không có tinh trùng” đôi khi cần đánh giá ngoài tinh hoàn và tinh dịch đồ.

8. Xét nghiệm nội tiết và di truyền

FSH và testosterone thường là hai xét nghiệm nền tảng khi đánh giá người nam vô tinh. LH và prolactin có thể được bổ sung tùy bối cảnh. Ở OA đơn thuần, hormone thường không có kiểu suy sinh tinh rõ rệt. Điều quan trọng là không tự dùng testosterone để “tăng sinh lý” khi đang mong con, vì testosterone ngoại sinh có thể ức chế trục hạ đồi - tuyến yên - tinh hoàn và làm giảm hoặc ngừng sinh tinh.

Xét nghiệm CFTR đặc biệt quan trọng khi có không có ống dẫn tinh một hoặc hai bên, hoặc OA không rõ nguyên nhân theo hướng dẫn AUA/ASRM. Nếu người nam có biến thể CFTR, người bạn đời nên được tư vấn xét nghiệm để đánh giá nguy cơ di truyền cho con. Tư vấn di truyền giúp cặp đôi hiểu nguy cơ, các lựa chọn sinh sản và khả năng cần xét nghiệm phôi trong một số tình huống.

9. Khi nào cần siêu âm qua trực tràng hoặc MRI vùng chậu?

Siêu âm qua trực tràng (TRUS) hoặc MRI vùng chậu không phải xét nghiệm bắt buộc cho mọi người nam vô sinh. Chúng đặc biệt hữu ích khi nghi tắc ống phóng tinh: tinh dịch rất ít, pH toan, vô tinh hoặc thiếu tinh nặng, testosterone bình thường và vẫn sờ thấy ống dẫn tinh. Hình

ảnh học có thể cho thấy giãn túi tinh, giãn ống phóng tinh, nang tuyến tiền liệt hoặc tổn thương gây tắc.

Nếu chẩn đoán là tắc ống phóng tinh, điều trị có thể là can thiệp nội soi qua niệu đạo trong một số trường hợp hoặc lấy tinh trùng để làm ICSI. Quyết định phụ thuộc nguyên nhân, triệu chứng, kinh nghiệm phẫu thuật và mục tiêu sinh sản của cặp đôi.

10. Điều trị: tái thông hay lấy tinh trùng?

Có hai hướng chính. Hướng thứ nhất là phục hồi đường dẫn tinh bằng vi phẫu. Nếu tắc ở ống dẫn tinh, bác sĩ có thể thực hiện nối ống dẫn tinh - ống dẫn tinh (vasovasostomy). Nếu tắc ở mào tinh, có thể cần nối mào tinh - ống dẫn tinh (epididymovasostomy). Ưu điểm của tái thông là nếu thành công, tinh trùng có thể trở lại tinh dịch và cặp đôi có cơ hội thụ thai tự nhiên nhiều lần mà không phải lấy tinh trùng cho mỗi chu kỳ. Nhược điểm là cần thời gian chờ thông, tỷ lệ thành công phụ thuộc vị trí và thời gian tắc, kỹ thuật vi phẫu, chất lượng tinh trùng và khả năng sinh sản của người nữ.

Hướng thứ hai là lấy tinh trùng bằng PESA, MESA, TESA hoặc TESE rồi kết hợp ICSI. Ở OA, tinh trùng thường có thể lấy từ mào tinh hoặc tinh hoàn. AUA/ASRM cho biết kết quả ICSI nhìn chung tương đương khi dùng tinh trùng từ mào tinh hoặc tinh hoàn trong OA. Tinh trùng có thể sử dụng tươi hoặc trữ lạnh tùy quy trình của trung tâm và kế hoạch của cặp đôi.

11. Chọn phương án nào là hợp lý?

Không có một lựa chọn tốt nhất cho tất cả. Nếu người nữ còn trẻ, dự trữ buồng trứng tốt, không có yếu tố vô sinh nữ đáng kể và tắc nghẽn

có khả năng sửa chữa, vi phẫu tái thông là lựa chọn đáng cân nhắc. Nếu người nữ lớn tuổi hơn, dự trữ buồng trứng giảm, cần IVF vì nguyên nhân nữ, hoặc cặp đôi muốn rút ngắn thời gian đến thai, lấy tinh trùng và ICSI có thể phù hợp hơn.

Ngoài ra, chi phí, số con mong muốn, tiền sử phẫu thuật, khả năng tái thông, nguy cơ gây mê và ưu tiên cá nhân đều phải được thảo luận. EAU khuyến cáo đánh giá song song khả năng sinh sản và dự trữ buồng trứng của người nữ để quyết định chiến lược.

12. Tiên lượng làm cha của người bị OA

So với nhiều dạng NOA, OA thường có tiên lượng thuận lợi hơn vì quá trình sinh tinh còn được bảo tồn. Trong nhiều trường hợp, bác sĩ có thể lấy được tinh trùng để dùng cho ICSI. Nếu tắc có thể sửa chữa và phẫu thuật thành công, tinh trùng có thể trở lại tinh dịch sau một khoảng thời gian từ vài tuần đến vài tháng tùy loại phẫu thuật và vị trí nối.

Tuy nhiên, “lấy được tinh trùng” không đồng nghĩa chắc chắn có thai hoặc sinh con. Kết quả cuối cùng còn phụ thuộc tuổi và chất lượng noãn, chất lượng phôi, sức khỏe sinh sản của người nữ, chất lượng phòng labo và nhiều yếu tố khác. Vì vậy, tư vấn nên tập trung vào xác suất theo từng bước: khả năng lấy được tinh trùng, khả năng tạo phôi, có thai lâm sàng và sinh sống.

13. Sau phẫu thuật cần theo dõi gì?

Sau vi phẫu tái thông, bác sĩ sẽ hẹn kiểm tra vết mổ và tinh dịch đồ theo mốc phù hợp. Tinh trùng có thể xuất hiện trở lại không ngay lập tức, đặc biệt sau nối mào tinh - ống dẫn tinh. Một số trường hợp có tái

tắc muộn. Vì vậy, khi tinh trùng đã xuất hiện và gia đình còn kế hoạch sinh con, việc trữ lạnh tinh trùng có thể được thảo luận.

Sau lấy tinh trùng, người bệnh cần theo dõi đau, sưng bìu, tụ máu, nhiễm trùng và các dấu hiệu bất thường khác. Các thủ thuật lấy tinh trùng thường ít xâm lấn hơn phẫu thuật tái thông nhưng vẫn cần thực hiện trong cơ sở có kinh nghiệm và quy trình vô khuẩn.

14. Thuốc, thực phẩm chức năng có làm “thông” đường dẫn tinh không?

Nếu nguyên nhân là tắc nghẽn giải phẫu, vitamin, thuốc bổ, thảo dược hay thực phẩm chức năng không thể làm tái thông một đoạn ống đã xơ hóa hoặc bị đứt. Kháng sinh chỉ có vai trò khi có nhiễm khuẩn phù hợp; không nên tự dùng kéo dài với kỳ vọng làm xuất hiện tinh trùng. Tương tự, các thuốc kích thích sinh tinh không giải quyết được một tắc nghẽn cơ học nếu tinh hoàn vốn đã sinh tinh bình thường.

Người bệnh nên đặc biệt tránh testosterone ngoại sinh và steroid đồng hóa khi đang mong con. Những chất này có thể làm giảm sinh tinh, khiến một tình trạng OA đơn thuần trở nên phức tạp hơn do thêm yếu tố suy sinh tinh thứ phát.

15. Thông điệp thực hành

Khi tinh dịch đồ ghi nhận không có tinh trùng, điều quan trọng nhất không phải là vội kết luận “mất khả năng làm cha”, mà là xác nhận kết quả và phân loại đúng cơ chế. OA là một trong những dạng vô tinh có nhiều lựa chọn điều trị rõ ràng nhất. Khám Nam khoa - sinh sản bài bản có thể giúp xác định liệu đường dẫn tinh có bị tắc, vị trí tắc ở đâu, có

bất thường bẩm sinh hay di truyền không, và nên lựa chọn tái thông hay lấy tinh trùng kết hợp ICSI.

Người bệnh nên mang theo các tinh dịch đồ cũ, hồ sơ phẫu thuật vùng bẹn - bìu, kết quả siêu âm, xét nghiệm hormone và thông tin sinh sản của người bạn đời khi đi khám. Chuẩn bị đầy đủ giúp giảm xét nghiệm lặp lại và giúp bác sĩ xây dựng kế hoạch nhanh hơn, phù hợp hơn.

CÂU HỎI THƯỜNG GẶP VỀ VÔ TINH TẮC NGHẼN

Các câu trả lời được trình bày ngắn gọn để người đọc dễ tra cứu. Chẩn đoán và điều trị cụ thể vẫn cần cá thể hóa sau thăm khám.

1. Vô tinh tắc nghẽn là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, vô tinh tắc nghẽn là tình trạng không có tinh trùng trong tinh dịch do đường dẫn tinh bị tắc hoặc bất thường, trong khi tinh hoàn thường vẫn còn khả năng sinh tinh.

2. OA là viết tắt của gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, OA là viết tắt của Obstructive Azoospermia, nghĩa là vô tinh tắc nghẽn.

3. Vô tinh tắc nghẽn có phải là tinh hoàn không sản xuất tinh trùng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Ở OA, tinh hoàn thường vẫn sản xuất tinh trùng; vấn đề chính là tinh trùng không đi ra ngoài được.

4. OA khác NOA như thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, OA là tắc đường dẫn tinh, còn NOA là suy giảm hoặc thất bại quá trình sinh tinh tại tinh hoàn hay do rối loạn nội tiết.

5. OA có thường gặp không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, OA chiếm một tỷ lệ đáng kể trong các trường hợp vô tinh; hướng dẫn EAU ước tính khoảng 20-40% nam giới vô tinh thuộc nhóm tắc nghẽn.

6. Người bị OA có còn khả năng làm cha không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Nhiều trường hợp có thể tái thông đường dẫn tinh hoặc lấy tinh trùng từ mào tinh/tinh hoàn để làm ICSI.

7. OA có làm giảm ham muốn tình dục không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, OA đơn thuần thường không làm giảm ham muốn vì testosterone và chức năng nội tiết có thể vẫn bình thường.

8. OA có gây rối loạn cương không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, OA không phải nguyên nhân trực tiếp thường gặp của rối loạn cương; hai vấn đề có thể cùng tồn tại nhưng cần đánh giá riêng.

9. OA có làm giảm lượng tinh dịch không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể, đặc biệt khi tắc ở đoạn xa như ống phóng tinh hoặc khi kèm bất thường túi tinh; nhiều trường hợp khác vẫn có thể tích tinh dịch bình thường.

10. Tinh dịch nhìn bình thường có loại trừ OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Tinh dịch có thể vẫn có màu sắc và thể tích tương đối bình thường dù hoàn toàn không có tinh trùng.

11. Nguyên nhân bẩm sinh thường gặp của OA là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, một nguyên nhân quan trọng là không có ống dẫn tinh bẩm sinh một hoặc hai bên, đặc biệt CBAVD.

12. CBAVD là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, CBAVD là congenital bilateral absence of the vas deferens, tức không có ống dẫn tinh bẩm sinh hai bên.

13. Không có ống dẫn tinh bẩm sinh có liên quan gen CFTR không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể. Vì vậy nhiều trường hợp cần xét nghiệm CFTR và tư vấn di truyền trước hỗ trợ sinh sản.

14. Viêm mào tinh có thể gây OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Viêm có thể để lại xơ sẹo và gây tắc mào tinh, nhất là khi tổn thương hai bên.

15. Lậu hoặc Chlamydia có thể gây tắc đường dẫn tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nhiễm trùng đường sinh dục có thể gây viêm và sẹo tắc, nhưng cần đánh giá từng trường hợp thay vì quy kết chỉ từ tiền sử.

16. Phẫu thuật thoát vị bẹn có thể gây OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể nếu ống dẫn tinh bị tổn thương hoặc cắt nhầm, đặc biệt ở người từng phẫu thuật hai bên.

17. Phẫu thuật hạ tinh hoàn có thể liên quan OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể, vì ống dẫn tinh có nguy cơ bị tổn thương trong một số phẫu thuật vùng bẹn - bìu.

18. Thất ống dẫn tinh có phải là một dạng OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đúng. Thất ống dẫn tinh tạo tắc nghẽn có chủ đích để tránh thai.

19. Chấn thương bìu có thể gây tắc nghẽn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể nếu chấn thương gây tổn thương mào tinh hoặc ống dẫn tinh và để lại xơ sẹo.

20. Tắc ống phóng tinh là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là tắc đoạn đường dẫn tinh đi qua tuyến tiền liệt trước khi đổ vào niệu đạo, có thể gây tinh dịch ít, pH thấp và vô tinh hoặc thiếu tinh nặng.

21. Nang tuyến tiền liệt có thể gây OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, một số nang giữa tuyến tiền liệt hoặc nang liên quan ống phóng tinh có thể gây tắc cơ học.

22. OA có thể không tìm được nguyên nhân không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Một số trường hợp được xếp nhóm vô tinh tắc nghẽn không rõ nguyên nhân sau khi đã đánh giá đầy đủ.

23. Tuổi tác có trực tiếp gây OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tuổi không phải nguyên nhân tắc nghẽn trực tiếp, nhưng có thể ảnh hưởng kế hoạch điều trị và chất lượng sinh sản chung của cặp đôi.

24. Tập gym nặng có gây OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tập gym không gây tắc đường dẫn tinh; tuy nhiên steroid đồng hóa hoặc testosterone ngoại sinh có thể làm giảm sinh tinh và gây vô tinh không tắc nghẽn thứ phát.

25. Dấu hiệu thường gặp nhất của OA là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường là chậm có con và tinh dịch đồ không thấy tinh trùng; nhiều người hoàn toàn không có triệu chứng khác.

26. Đau khi xuất tinh có gợi ý tắc nghẽn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể, đặc biệt trong tắc ống phóng tinh hoặc viêm mạn; nhưng triệu chứng này không đủ để chẩn đoán OA.

27. Tinh hoàn bình thường có loại trừ vô tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Tinh hoàn kích thước bình thường vẫn có thể gặp OA và một số dạng NOA.

28. Không sờ thấy ống dẫn tinh có ý nghĩa gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đây là dấu hiệu quan trọng gợi ý bất sản ống dẫn tinh bẩm sinh và cần đánh giá di truyền phù hợp.

29. Một bên không có ống dẫn tinh có gây vô tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nhất thiết; nếu bên còn lại thông và hoạt động tốt, tinh trùng vẫn có thể xuất hiện trong tinh dịch.

30. Hai bên không có ống dẫn tinh có gây OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. CBAVD là một nguyên nhân điển hình của vô tinh tắc nghẽn.

31. Kết quả tinh dịch đồ một lần có đủ chẩn đoán vô tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nên. Vô tinh cần được xác nhận bằng xét nghiệm chuẩn, thường ít nhất hai lần, có kiểm tra cận sau ly tâm.

32. Tại sao phải ly tâm mẫu tinh dịch khi nghi vô tinh?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, để tìm lượng tinh trùng cực ít và tránh nhầm cryptozoospermia với vô tinh tuyệt đối.

33. Cryptozoospermia khác azoospermia thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cryptozoospermia vẫn có thể tìm thấy một số tinh trùng sau ly tâm, còn azoospermia là không thấy tinh trùng ngay cả trong cặn ly tâm.

34. FSH bình thường có gợi ý OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, FSH bình thường cùng tinh hoàn kích thích bảo tồn làm tăng khả năng OA, nhưng không phải tiêu chuẩn tuyệt đối.

35. FSH tăng cao có loại trừ OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không hoàn toàn, nhưng FSH tăng rõ thường khiến bác sĩ nghĩ nhiều hơn đến suy sinh tinh hoặc tình trạng phối hợp.

36. Testosterone ở người OA có bình thường không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường có thể bình thường nếu chức năng tế bào Leydig còn tốt.

37. Khi nào cần siêu âm qua trực tràng?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, TRUS hữu ích khi nghi tắc ống phóng tinh, nhất là tinh dịch thể tích thấp, pH toan và vẫn có ống dẫn tinh.

38. Có cần sinh thiết tinh hoàn để phân biệt OA và NOA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường không. AUA/ASRM không khuyến cáo sinh thiết tinh hoàn thường quy chỉ để phân biệt hai nhóm này.

39. Nếu phải can thiệp tinh hoàn thì có nên trữ tinh trùng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nếu có khả năng sử dụng hỗ trợ sinh sản, nên trao đổi kế hoạch lấy và trữ tinh trùng đồng thời để tránh thủ thuật lặp lại.

40. Tinh dịch ít có phải chắc chắn tắc ống phóng tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Cần loại trừ lấy mẫu không đủ, xuất tinh ngược dòng, thiếu androgen và nhiều nguyên nhân khác.

41. pH tinh dịch thấp có ý nghĩa gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, pH thấp kèm thể tích thấp và vô tinh có thể gợi ý thiếu đóng góp của túi tinh do tắc đoạn xa hoặc bất thường bẩm sinh.

42. Xuất tinh ngược dòng có giống OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Xuất tinh ngược dòng là tinh dịch đi vào bàng quang, cần xét nghiệm nước tiểu sau xuất tinh để phân biệt.

43. Aspermia có giống azoospermia không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Aspermia là không có tinh dịch xuất ra, còn azoospermia là có tinh dịch nhưng không có tinh trùng.

44. Có cần xét nghiệm karyotype ở mọi OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nhất thiết. Karyotype thường ưu tiên khi nghi suy sinh tinh; xét nghiệm di truyền ở OA tập trung nhiều vào CFTR khi có bất thường ống dẫn tinh.

45. Khi nào cần xét nghiệm CFTR?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nên cân nhắc khi không có ống dẫn tinh một hoặc hai bên, bất thường túi tinh, hoặc OA không rõ nguyên nhân theo khuyến cáo chuyên ngành.

46. Bạn đời nữ có cần xét nghiệm CFTR không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nếu người nam mang biến thể CFTR, người nữ nên được tư vấn xét nghiệm để ước tính nguy cơ cho con.

47. Không có ống dẫn tinh có liên quan bất thường thận không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể, đặc biệt ở bất sản ống dẫn tinh một bên; một số trường hợp cần siêu âm bụng hoặc đánh giá thận.

48. Có thuốc nào làm thông ống dẫn tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thuốc không thể làm thông một đoạn ống đã đứt hoặc xơ tắc cơ học; điều trị phải theo nguyên nhân.

49. Kháng sinh có chữa OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chỉ có vai trò khi còn nhiễm khuẩn cần điều trị; kháng sinh không làm mất sẹo tắc đã hình thành.

50. Thực phẩm chức năng có chữa OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không có thực phẩm chức năng nào được chứng minh có thể tái thông đường dẫn tinh bị tắc.

51. Testosterone có giúp có tinh trùng trở lại không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Testosterone ngoại sinh còn có thể ức chế sinh tinh và không nên dùng để điều trị vô sinh nam.

52. Phẫu thuật tái thông là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là vi phẫu nối lại đường dẫn tinh bị tắc nhằm đưa tinh trùng trở lại tinh dịch.

53. Vasovasostomy là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, vasovasostomy là vi phẫu nối hai đầu ống dẫn tinh, thường dùng sau thắt ống dẫn tinh hoặc tắc khu trú ở ống dẫn tinh.

54. Epididymovasostomy là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, epididymovasostomy là vi phẫu nối ống dẫn tinh trực tiếp với một ống nhỏ của mào tinh khi tắc nằm ở mào tinh.

55. Sau nối ống dẫn tinh bao lâu có thể có tinh trùng?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thời gian thay đổi theo loại phẫu thuật; vasovasostomy thường sớm hơn, còn epididymovasostomy có thể cần vài tháng.

56. Phẫu thuật tái thông có chắc chắn thành công không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Kết quả phụ thuộc vị trí tắc, thời gian tắc, kỹ thuật vi phẫu, tình trạng tinh hoàn và nhiều yếu tố khác.

57. Có nên lấy và trữ tinh trùng trong lúc phẫu thuật tái thông không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường nên thảo luận, nhất là khi nguy cơ tái thông không hoàn toàn hoặc muốn có phương án dự phòng cho ICSI.

58. Tắc sau thất ống dẫn tinh có thể nối lại không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể. Vi phẫu nối lại là một lựa chọn, đặc biệt khi người nữ còn dự trữ buồng trứng tốt và cặp đôi muốn có cơ hội thụ thai tự nhiên.

59. Tắc mào tinh có thể nối được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể trong những trường hợp phù hợp bằng epididymovasostomy tại trung tâm có kinh nghiệm vi phẫu.

60. Tắc ống phóng tinh điều trị bằng cách nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, một số trường hợp có thể điều trị nội soi qua niệu đạo như TURED; trường hợp khác chọn lấy tinh trùng và ICSI.

61. TURED là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, TURED là cắt mở ống phóng tinh qua nội soi niệu đạo nhằm giải phóng tắc ở đoạn xa trong những trường hợp chọn lọc.

62. PESA là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, PESA là chọc hút tinh trùng từ mào tinh qua da, một kỹ thuật ít xâm lấn dùng trong một số trường hợp OA.

63. MESA là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, MESA là vi phẫu hút tinh trùng từ mào tinh dưới kính phóng đại, thường cho lượng mẫu thuận lợi để trữ lạnh.

64. TESA là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, TESA là chọc hút tinh trùng từ tinh hoàn bằng kim.

65. TESE là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, TESE là lấy một mẫu mô tinh hoàn để tìm tinh trùng, có thể dùng trong OA khi cần lấy tinh trùng trực tiếp từ tinh hoàn.

66. OA có cần micro-TESE không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, micro-TESE chủ yếu dành cho NOA. OA thường có thể dùng các kỹ thuật lấy tinh trùng đơn giản hơn tùy vị trí tắc và kế hoạch điều trị.

67. Tinh trùng lấy từ mào tinh có làm ICSI được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, được. Trong OA, tinh trùng mào tinh là nguồn thường dùng cho ICSI.

68. Tinh trùng lấy từ tinh hoàn có làm ICSI được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, được. Tinh trùng tinh hoàn có thể dùng cho ICSI trong OA.

69. Tinh trùng mào tinh và tinh hoàn loại nào tốt hơn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, với OA, bằng chứng hiện có cho thấy kết quả ICSI nhìn chung tương đương; lựa chọn dựa vào nguyên nhân và kỹ thuật thuận lợi nhất.

70. Tinh trùng lấy ra có trữ lạnh được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường được. Trữ lạnh giúp chủ động kế hoạch IVF/ICSI và giảm nguy cơ phải lấy tinh trùng lặp lại.

71. Tinh trùng đông lạnh có kém hơn tinh trùng tươi không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, ở OA, kết quả ICSI với tinh trùng tươi và đông - rã thường không khác biệt đáng kể nếu mẫu sống tốt sau rã đông.

72. ICSI là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, ICSI là kỹ thuật tiêm một tinh trùng trực tiếp vào bào tương noãn, thường được dùng khi tinh trùng phải lấy bằng thủ thuật.

73. Tái thông hay ICSI tốt hơn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không có đáp án chung. Cần cân nhắc tuổi và dự trữ buồng trứng của người nữ, vị trí tắc, số con mong muốn, chi phí và ưu tiên của cặp đôi.

74. Khi nào nên ưu tiên tái thông?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường cân nhắc khi tắc có khả năng sửa, người nữ có dự trữ buồng trứng tốt và cặp đôi muốn cơ hội thụ thai tự nhiên.

75. Khi nào nên ưu tiên lấy tinh trùng và ICSI?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường phù hợp khi không thể tái thông, người nữ cần IVF vì nguyên nhân riêng, dự trữ buồng trứng hạn chế hoặc cặp đôi muốn rút ngắn thời gian.

76. Tuổi của người vợ có ảnh hưởng lựa chọn điều trị OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, rất quan trọng vì tuổi và dự trữ buồng trứng ảnh hưởng cơ hội có thai và thời gian có thể chờ sau phẫu thuật tái thông.

77. Có cần đánh giá dự trữ buồng trứng của người vợ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Đánh giá song song người nữ giúp lựa chọn chiến lược tái thông hay ART hợp lý hơn.

78. Sau tái thông có thể có thai tự nhiên không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể nếu tinh trùng trở lại tinh dịch, chất lượng đủ tốt và người nữ không có yếu tố cản trở đáng kể.

79. Tái thông thành công có thể tái tắc không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể. Vì vậy cần theo dõi tinh dịch đồ và cân nhắc trữ lạnh tinh trùng khi đã xuất hiện trở lại.

80. PESA/TESA có đau không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường được thực hiện với gây tê hoặc giảm đau phù hợp; cảm giác khó chịu sau thủ thuật thường có thể kiểm soát.

81. Sau lấy tinh trùng cần nghỉ bao lâu?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nhiều người có thể sinh hoạt nhẹ sớm, nhưng nên tránh vận động nặng và quan hệ trong thời gian bác sĩ hướng dẫn tùy thủ thuật.

82. Sau lấy tinh trùng sưng bìu có bình thường không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, sưng nhẹ hoặc bầm có thể gặp; sưng tăng, đau nhiều, sốt hoặc tụ máu lớn cần tái khám sớm.

83. OA do CBAVD có di truyền cho con không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể liên quan biến thể CFTR, nên nguy cơ di truyền cần được đánh giá cho cả hai người trước ICSI.

84. Nếu cả hai vợ chồng mang biến thể CFTR thì sao?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nguy cơ con mắc bệnh liên quan CFTR tăng; cặp đôi cần tư vấn di truyền và thảo luận các lựa chọn xét nghiệm phôi hoặc chẩn đoán trước sinh.

85. Có thể chọn lọc phôi khi có nguy cơ CFTR không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, trong một số cặp mang biến thể gây bệnh, xét nghiệm di truyền tiền làm tổ có thể được tư vấn tại đơn vị hỗ trợ sinh sản và di truyền.

86. OA có làm tăng nguy cơ dị tật cho con không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, bản thân tắc nghẽn không tự động làm tăng dị tật; nguy cơ cần đánh giá theo nguyên nhân di truyền và đặc điểm của cặp đôi.

87. Có thể phòng ngừa OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không phòng được nguyên nhân bẩm sinh, nhưng có thể giảm nguy cơ mắc phải bằng điều trị sớm nhiễm trùng, phòng STI và thực hiện phẫu thuật vùng bẹn - bìu đúng kỹ thuật.

88. Bao cao su có giúp phòng OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, bao cao su giúp giảm nguy cơ một số bệnh lây truyền qua đường tình dục, từ đó có thể giảm nguy cơ viêm và sẹo tắc đường sinh dục.

89. Hút thuốc có làm OA nặng hơn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, hút thuốc không làm một đoạn ống tắc hơn về cơ học nhưng có thể làm giảm chất lượng sinh sản chung và nên ngừng khi đang mong con.

90. Rượu bia có làm thông đường dẫn tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Rượu bia không có vai trò điều trị OA và lạm dụng còn bất lợi cho sức khỏe sinh sản.

91. Nhiệt độ cao có gây OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nhiệt không gây tắc cơ học, nhưng phơi nhiệt kéo dài có thể ảnh hưởng sinh tinh và làm bức tranh vô sinh phức tạp hơn.

92. Chế độ ăn có chữa OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chế độ ăn lành mạnh tốt cho sức khỏe sinh sản nhưng không thể tái thông đường dẫn tinh bị tắc.

93. Có cần kiêng xuất tinh khi bị OA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không cần kiêng kéo dài chỉ vì OA; nên tuân theo hướng dẫn trước tinh dịch đồ, phẫu thuật hoặc thủ thuật lấy tinh trùng.

94. OA có tự khỏi không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tắc nghẽn giải phẫu mạn tính hiếm khi tự hết; cần xác định nguyên nhân để chọn can thiệp phù hợp.

95. Bao lâu nên tái khám sau chẩn đoán OA?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, lịch tái khám tùy kế hoạch điều trị; nếu đang chuẩn bị phẫu thuật hoặc ART, thường cần hoàn tất đánh giá trong thời gian ngắn để tránh trì hoãn.

96. Cần mang gì khi đi khám OA?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nên mang tinh dịch đồ cũ, xét nghiệm hormone, siêu âm, hồ sơ phẫu thuật vùng bẹn - bìu và thông tin sinh sản của người bạn đời.

97. Có cần người vợ đi khám cùng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, rất nên, vì lựa chọn điều trị OA phụ thuộc nhiều vào tuổi, dự trữ buồng trứng và các yếu tố sinh sản của người nữ.

98. Khi nào cần khám sớm thay vì chờ một năm?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nếu đã biết vô tinh, từng thất ồng dẫn tinh, không có ống dẫn tinh, có tiền sử phẫu thuật lớn hoặc người nữ lớn tuổi thì nên khám chuyên khoa sớm.

99. Kết quả 'không thấy tinh trùng' có nghĩa là hết hy vọng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Đây là điểm khởi đầu để phân loại nguyên nhân; OA thường có nhiều lựa chọn giúp tìm tinh trùng hoặc phục hồi đường dẫn.

100. Điều quan trọng nhất khi được chẩn đoán OA là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cần xác nhận vô tinh đúng chuẩn, xác định vị trí và nguyên nhân tắc, đánh giá chức năng tinh hoàn và xem xét khả năng sinh sản của cả hai vợ chồng trước khi quyết định điều trị.

KẾT LUẬN

Vô tinh tắc nghẽn - OA (Obstructive Azoospermia) là tình trạng tinh trùng không xuất hiện trong tinh dịch do đường dẫn bị tắc hoặc bất thường, trong khi khả năng sinh tinh của tinh hoàn thường vẫn được bảo tồn. Vì vậy, chẩn đoán OA không đồng nghĩa với mất hoàn toàn khả năng làm cha. Điều quan trọng là xác nhận vô tinh bằng tinh dịch đồ chuẩn, phân biệt với vô tinh không tắc nghẽn, xác định vị trí tắc, tìm nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải và đánh giá đồng thời khả năng sinh sản của người bạn đời.

Hai chiến lược điều trị chính là vi phẫu tái thông đường dẫn tinh và lấy tinh trùng để kết hợp ICSI. Lựa chọn tối ưu phụ thuộc vào vị trí tắc, khả năng sửa chữa, tuổi và dự trữ buồng trứng của người nữ, số con mong muốn, thời gian, chi phí và ưu tiên của cặp đôi. Với các trường hợp bất sản ống dẫn tinh hoặc nghi liên quan CFTR, tư vấn di truyền là một phần quan trọng trước hỗ trợ sinh sản.

Thông điệp cốt lõi là: đừng dừng lại ở kết quả “không có tinh trùng”. Hãy đi tiếp một bước để biết đó là do “không sản xuất được” hay “có sản xuất nhưng bị chặn đường ra”. Sự khác biệt này có thể thay đổi hoàn toàn tiên lượng và kế hoạch điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. European Association of Urology (EAU). Guidelines on Sexual and Reproductive Health: Male Infertility. 2026 edition.
2. American Urological Association (AUA); American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Diagnosis and Treatment of Infertility in Men: AUA/ASRM Guideline. 2020; amended 2024.
3. World Health Organization. WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen. 6th ed. Geneva: WHO; 2021.
4. American Society for Reproductive Medicine. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2025.
5. Schlegel PN, Sigman M, Collura B, et al. Diagnosis and Treatment of Infertility in Men: AUA/ASRM Guideline. J Urol. 2021;205(1):36-43.
6. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. The management of obstructive azoospermia: a committee opinion. Fertil Steril. 2019;111(5):873-880. doi:10.1016/j.fertnstert.2019.02.013.
7. Baker K, Sabanegh E Jr. Obstructive azoospermia: reconstructive techniques and results. Clinics (Sao Paulo). 2013;68(Suppl 1):61-73. doi:10.6061/clinics/2013(Sup01)07.
8. Björndahl L, Kirkman Brown J, et al. The sixth edition of the WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen: ensuring quality and standardization in basic examination of human ejaculates. Fertil Steril. 2022;117(2):246-251.
9. Wang C, Mbizvo M, Festin MP, Björndahl L, Toskin I. Evolution of the WHO semen processing manual from the first (1980) to the sixth edition (2021). Fertil Steril. 2022;117(2):237-245.
10. Barratt CLR, Wang C, Baldi E, et al. What advances may the future bring to the diagnosis, treatment, and care of male sexual and reproductive health? Fertil Steril. 2022;117(2):258-267.



**MEN'S[®]
HEALTH**
BE STRONGER



Doctor
BANANA[®]
PHẢI MẠNH LÀ PHẢI MẠNH