MEN'S HEALTH
BE STRONGER

Doctor BANANA
PHÁI MẠNH LÀ PHẢI MẠNH

CẨM NANG SỨC KHỎE NAM GIỚI

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ

HIẾM MUỘN Ở NAM GIỚI



ĐÁNH GIÁ, TẦM SOÁT | ĐIỀU TRỊ HIỆU QUẢ | LỐI SỐNG LÀNH MẠNH | SỨC KHỎE SINH SẢN

TS.BS.CK2 TRÀ ANH DUY

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

2026

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ
HIẾM MUỘN Ở NAM GIỚI

Tài liệu giáo dục sức khỏe cộng đồng

TS.BS.CK2 Trà Anh Duy
Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health
Xuất bản năm 2026

LƯU Ý: Nội dung phục vụ phổ biến kiến thức sức khỏe; không thay thế chẩn đoán, tư vấn hoặc chỉ định điều trị của bác sĩ.

MỤC LỤC

- Giới thiệu tác giả
- Giới thiệu Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men’s Health
- Đại cương – nguyên nhân đa yếu tố, sức khỏe toàn diện và giải pháp
- 100 câu hỏi thường gặp
- Kết luận
- Tài liệu tham khảo

GIỚI THIỆU TÁC GIẢ



TS.BS.CK2 Trà Anh Duy là bác sĩ hoạt động trong lĩnh vực Nam khoa và Y học giới tính, đồng thời quan tâm đến sự giao thoa giữa sức khỏe thể chất, tâm lý và chất lượng sống của nam giới. Trong thực hành chuyên môn, ông chú trọng cách tiếp cận toàn diện: lắng nghe câu chuyện của người bệnh, nhận diện yếu tố nguy cơ, lựa chọn xét nghiệm có chỉ định và xây dựng kế hoạch theo dõi phù hợp với từng hoàn cảnh. Đối với hiếm muộn nam giới, cách tiếp cận ấy đặc biệt quan trọng vì một kết quả tinh dịch đồ đơn lẻ không thể phản ánh toàn bộ khả năng sinh sản của một người đàn ông.

Bên cạnh công việc khám, tư vấn và điều trị các vấn đề sức khỏe nam giới, TS.BS.CK2 Trà Anh Duy còn tham gia hoạt động truyền thông, phổ biến kiến thức y học đến cộng đồng. Các chủ đề được ông quan tâm bao gồm sức khỏe sinh sản, rối loạn tình dục, nội tiết nam, các bệnh lý tinh hoàn – đường sinh dục và những yếu tố tâm lý liên quan đến đời sống lứa đôi. Với vai trò người sáng lập Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health, ông hướng đến việc kết nối giữa kiến thức y khoa, thực hành dự phòng và chăm sóc sức khỏe lấy người bệnh làm trung tâm.

Cuốn cẩm nang này được biên soạn bằng ngôn ngữ dễ tiếp cận, khuyến khích nam giới chủ động tìm hiểu, đi khám đúng thời điểm và cùng bạn đời chia sẻ trách nhiệm trong hành trình sinh con. Nội dung có tính giáo dục sức khỏe cộng đồng, không thay thế cho khám bệnh, chẩn đoán hoặc chỉ định điều trị cá thể hóa.

GIỚI THIỆU HỆ THỐNG MEN'S HEALTH

Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health hướng đến mô hình chăm sóc sức khỏe nam giới toàn diện, kết hợp thăm khám chuyên khoa, tư vấn dự phòng, giáo dục sức khỏe và đồng hành về mặt tâm lý. Các vấn đề được tiếp cận không chỉ giới hạn ở một triệu chứng riêng lẻ mà còn đặt trong mối quan hệ với lối sống, sức khỏe chuyển hóa, chức năng nội tiết, quan hệ tình cảm và sức khỏe sinh sản. Phương châm hoạt động của hệ thống nhấn mạnh tính khoa học, chuyên nghiệp và tận tâm trong quá trình phục vụ người bệnh.

Trong lĩnh vực sinh sản nam giới, việc tiếp nhận người bệnh cần bắt đầu từ khai thác bệnh sử và các yếu tố liên quan như thời gian mong con, tiền sử sinh sản, bệnh lý thời thơ ấu, thuốc đang sử dụng, nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt và sức khỏe của cả hai người trong cặp đôi. Tùy từng tình huống, bác sĩ có thể chỉ định tinh dịch đồ, xét nghiệm nội tiết, siêu âm hoặc chuyển khám phối hợp với chuyên ngành hỗ trợ sinh sản. Men's Health cũng định hướng chăm sóc các vấn đề liên quan như rối loạn cương, rối loạn xuất tinh, giãn tĩnh mạch thừng tinh, bệnh lây truyền qua đường tình dục và những khó khăn về tâm lý khi điều trị hiếm muộn.

HỆ THỐNG TRUNG TÂM SỨC KHỎE NAM GIỚI MEN'S HEALTH

Trụ sở chính: **7B/31 Thành Thái, Phường Diên Hồng, TP.HCM**

Hotline: **0902 353 353**

Giờ hoạt động: **08:00 - 20:00 tất cả các ngày trong tuần, gồm ngày Lễ**

ĐẠI CƯƠNG VỀ HIẾM MUỘN Ở NAM GIỚI

Nhận diện đúng – thăm khám đủ – điều trị theo nguyên nhân.

Khả năng sinh sản của nam giới không chỉ là chuyện "có bao nhiêu tinh trùng". Đây là kết quả phối hợp giữa tinh hoàn, hệ nội tiết, chuyển hóa, miễn dịch, chức năng tình dục, môi trường sống và trạng thái tâm lý. Một người có thể trông khỏe mạnh, có ham muốn và cương bình thường nhưng vẫn gặp khó khăn về sinh tinh; ngược lại, bất thường nhẹ trong tinh dịch đồ không tự động đồng nghĩa với không thể làm cha.

Góc nhìn toàn diện (holistic men's health) đặt câu hỏi theo nhiều tầng: tinh trùng có được tạo ra và vận chuyển bình thường không; có bệnh lý toàn thân hay thuốc đang sử dụng gây bất lợi không; lối sống và phơi nhiễm có thể điều chỉnh được không; khả năng quan hệ và xuất tinh có đáp ứng việc thụ thai không; và sức khỏe sinh sản của bạn đời ra sao. Cách nhìn này giúp lựa chọn can thiệp phù hợp thay vì chỉ tìm một loại thuốc "bổ tinh trùng".

Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2025) và Hội Tiết niệu châu Âu (EAU, 2026), chăm sóc hiếm muộn cần song hành giữa dự phòng, đánh giá nguyên nhân, điều trị theo bằng chứng, hỗ trợ tâm lý và bảo đảm tiếp cận dịch vụ. Việc khảo sát hai người cùng thời điểm giúp hạn chế trì hoãn, đặc biệt khi người nữ lớn tuổi hoặc có yếu tố ảnh hưởng đến dự trữ buồng trứng.

1. Hiếm muộn ở nam giới là gì?

Hiếm muộn (infertility) được hiểu là tình trạng chưa đạt được thai kỳ mong muốn sau một khoảng thời gian quan hệ tình dục đều đặn, không sử dụng biện pháp tránh thai. Trong thực hành phổ biến, các cặp đôi được khuyến nghị đánh giá khi chưa có thai sau 12 tháng; nếu người nữ từ 35 tuổi trở lên, thời điểm đánh giá thường được rút ngắn còn 6 tháng. Khám sớm hơn là cần thiết khi có tiền sử bệnh lý sinh sản, phẫu thuật, điều trị ung thư, rối loạn kinh nguyệt, rối loạn xuất tinh hoặc nghi ngờ yếu tố nam.

Hiếm muộn không đồng nghĩa với "không thể có con". Khả năng sinh sản là một phổ liên tục, phụ thuộc vào số lượng và chức năng tinh trùng, sự rụng trứng, chất lượng noãn, vòi trứng, tử cung, tuổi của hai người và thời điểm quan hệ. Có thể xác định

yếu tố nam ở khoảng một nửa số cặp đôi gặp khó khăn trong sinh sản, đơn độc hoặc kết hợp với yếu tố nữ. Vì vậy, đánh giá song song hai người luôn hợp lý hơn việc lần lượt quy trách nhiệm cho một phía.

2. Tinh trùng được hình thành như thế nào?

Tinh trùng được tạo ra trong các ống sinh tinh của tinh hoàn, qua quá trình sinh tinh (spermatogenesis). Vùng dưới đồi tiết hormone GnRH, kích thích tuyến yên sản xuất FSH và LH. FSH tác động lên tế bào Sertoli, còn LH thúc đẩy tế bào Leydig sản xuất testosterone nội tinh hoàn; các thành phần này phối hợp để hỗ trợ sinh tinh. Sau khi được hình thành, tinh trùng tiếp tục trưởng thành trong mào tinh, được vận chuyển qua ống dẫn tinh và hòa trộn với dịch tiết từ các tuyến phụ khi xuất tinh.

Một chu kỳ sinh tinh kéo dài khoảng hơn hai tháng, sau đó tinh trùng cần thêm thời gian trưởng thành và vận chuyển. Vì vậy, thay đổi lối sống hoặc điều trị nguyên nhân thường không thể phản ánh ngay lập tức trên tinh dịch đồ. Chức năng cương, xuất tinh và sản xuất tinh trùng là những quá trình có liên quan nhưng không đồng nhất: người vẫn cương tốt, xuất tinh bình thường có thể mang tinh trùng ít hoặc không có tinh trùng trong tinh dịch.

3. Những nhóm nguyên nhân chính

Nguyên nhân hiếm muộn nam có thể chia thành ba nhóm lớn. Thứ nhất là rối loạn sản xuất tinh trùng tại tinh hoàn, có thể liên quan đến di truyền, tinh hoàn ẩn, viêm tinh hoàn, xoắn tinh hoàn, hóa trị, xạ trị hoặc những tổn thương khác. Thứ hai là rối loạn nội tiết điều hòa sinh tinh, chẳng hạn suy sinh dục do giảm gonadotropin hoặc tăng prolactin. Thứ ba là cản trở quá trình vận chuyển tinh trùng, do tắc đường dẫn tinh, bất thường ống dẫn tinh hoặc rối loạn phóng tinh.

Giãn tĩnh mạch thừng tinh (varicocele) là một tình trạng thường gặp trong thăm khám Nam khoa, nhưng không phải trường hợp nào cũng gây hiếm muộn hoặc cần can thiệp. Một số người không xác định được nguyên nhân rõ ràng dù đã thăm khám; trường hợp này được gọi là hiếm muộn nam chưa rõ nguyên nhân (idiopathic male infertility). Bác sĩ cần cân nhắc toàn bộ dữ kiện lâm sàng, thay vì gán nguyên nhân cho bất kỳ dấu hiệu nào xuất hiện trên siêu âm.

4. Yếu tố nguy cơ và lối sống

Hút thuốc lá, thừa cân – béo phì, ít vận động, sử dụng nhiều rượu, dùng chất kích thích và tiếp xúc với một số hóa chất nghề nghiệp có thể bất lợi cho sức khỏe sinh sản. Nhiệt độ tinh hoàn tăng kéo dài, sốt cao gần thời điểm lấy mẫu hoặc bệnh nặng cũng có thể làm thay đổi các thông số tinh dịch trong một giai đoạn. Các bệnh mạn tính như đái tháo đường, hội chứng chuyển hóa và rối loạn nội tiết cần được quản lý đồng thời.

Đặc biệt, testosterone ngoại sinh và steroid đồng hóa có thể ức chế trục nội tiết sinh sản, khiến lượng tinh trùng giảm mạnh hoặc không còn phát hiện trong tinh dịch. Người đang có kế hoạch sinh con không nên tự dùng testosterone hay "thuốc tăng cơ" chứa androgen. Điều chỉnh cân nặng, ngủ đủ, vận động hợp lý, cai thuốc lá và giảm rượu là những biện pháp nền tảng; tuy nhiên, chúng không thay thế việc tìm kiếm nguyên nhân y khoa có thể điều trị.

5. Khi nào nam giới cần đi khám?

Nam giới nên đi khám khi hai người đã cố gắng có con nhưng chưa thành công theo mốc thời gian nêu trên, hoặc khi có dấu hiệu cảnh báo như tinh hoàn nhỏ, bìu căng đau kéo dài, tinh hoàn ẩn, tiền sử quai bị có viêm tinh hoàn, phẫu thuật vùng bẹn – bìu, chấn thương tinh hoàn, rối loạn xuất tinh, từng hóa trị hoặc dùng steroid đồng hóa. Trường hợp bạn đời nữ có tuổi sinh sản lớn hơn hoặc giảm dự trữ buồng trứng, trì hoãn khám nam giới có thể làm mất thời gian quý giá.

Lần khám đầu tiên thường gồm hỏi thời gian mong con, tiền sử con trước đây, lịch sử quan hệ và biện pháp tránh thai, thuốc và thực phẩm bổ sung đã sử dụng, nghề nghiệp, bệnh toàn thân và bệnh lý sinh dục. Khám thực thể giúp đánh giá thể tích tinh hoàn, cấu trúc mào tinh, ống dẫn tinh, tình trạng giãn tĩnh mạch thừng tinh và các đặc điểm gợi ý thiếu androgen. Không nên coi tinh dịch đồ là toàn bộ cuộc thăm khám.

6. Tinh dịch đồ: xét nghiệm nền tảng

Tinh dịch đồ (semen analysis) đánh giá thể tích tinh dịch, mật độ và tổng số tinh trùng, độ di động, hình thái và một số chỉ số khác. Mẫu thường được thu sau 2–7 ngày kiêng xuất tinh theo hướng dẫn phòng xét nghiệm; cần lấy đủ mẫu, ghi nhận

thời gian thu và thông báo nếu bị mất một phần mẫu. Kết quả có thể dao động theo thời điểm, cơn sốt, thuốc sử dụng và điều kiện phân tích. Khi kết quả đầu tiên bất thường, bác sĩ thường yêu cầu xét nghiệm lặp lại để xác nhận.

Cần phân biệt mật độ (triệu tinh trùng/mL) với tổng số tinh trùng trong toàn bộ mẫu, cũng như độ di động tiến tới với tổng độ di động. “Tinh trùng yếu” không phải là một chẩn đoán đầy đủ; cần chỉ rõ thành phần nào bất thường. Các giới hạn tham chiếu của WHO được xây dựng từ phân bố kết quả ở những người nam có bạn đời đã thụ thai tự nhiên, không phải đường ranh tuyệt đối giữa người có con và không có con.

7. Hiểu đúng các chỉ số tham chiếu WHO 2021

Trong Sổ tay xét nghiệm tinh dịch của WHO, xuất bản lần thứ sáu năm 2021, các giá trị ở bách phân vị thứ năm được công bố gồm: thể tích tinh dịch 1,4 mL; tổng số tinh trùng 39 triệu/lần xuất tinh; mật độ 16 triệu/mL; tổng độ di động 42%; độ di động tiến tới 30%; hình thái bình thường 4%; tỷ lệ sống 54%. Đây là các mốc mô tả phân bố ở quần thể tham chiếu, không phải tiêu chuẩn duy nhất để kết luận có hay không có khả năng sinh sản.

Một kết quả vượt tất cả các mốc vẫn không bảo đảm việc thụ thai; ngược lại, kết quả dưới một hoặc một số mốc không đồng nghĩa chắc chắn vô sinh. Bác sĩ cần đánh giá nhiều chỉ số cùng lúc, mức độ bất thường, kết quả xét nghiệm lặp lại và tiềm năng sinh sản của người bạn đời. Đặc biệt, nếu báo cáo là vô tinh (azoospermia), phòng xét nghiệm có thể cần kiểm tra phần cặn sau ly tâm để xác nhận không tìm thấy tinh trùng.

Các mốc tham chiếu tinh dịch theo WHO 2021

Chỉ số	Bách phân vị 5
Thể tích tinh dịch	1,4 mL
Tổng số tinh trùng	39 triệu/lần xuất tinh
Mật độ tinh trùng	16 triệu/mL
Tổng độ di động	42%
Di động tiến tới	30%

Hình thái bình thường	4%
Tỷ lệ sống	54%

Chú ý: Đây là giới hạn tham chiếu, không phải tiêu chuẩn chẩn đoán vô sinh độc lập.

8. Xét nghiệm nội tiết, siêu âm và di truyền

Ở nam giới có mật độ tinh trùng thấp hoặc vô tinh, bác sĩ có thể chỉ định FSH, LH và testosterone toàn phần; prolactin và các xét nghiệm khác tùy theo triệu chứng, khám lâm sàng. Mức FSH, kích thước tinh hoàn và bệnh sử có thể giúp định hướng suy giảm sản xuất tinh trùng hay tắc nghẽn, nhưng không đủ để tự đưa ra kết luận. Siêu âm bìu được sử dụng khi cần đánh giá tinh hoàn, mào tinh, khối bất thường hoặc giãn tĩnh mạch thừng tinh.

Xét nghiệm di truyền có thể bao gồm bộ nhiễm sắc thể (karyotype), vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y và khảo sát gen CFTR trong các tình huống phù hợp. Chẳng hạn, vô tinh hoặc mật độ rất thấp kèm dấu hiệu suy sinh tinh là lý do cân nhắc di truyền học và tư vấn trước hỗ trợ sinh sản. Không có một "gói xét nghiệm hiếm muộn" bắt buộc giống hệt nhau cho tất cả nam giới; chỉ định phải dựa vào khám và khả năng thay đổi quyết định điều trị.

9. Vô tinh không phải lúc nào cũng hết cơ hội

Vô tinh (azoospermia) nghĩa là không phát hiện tinh trùng trong tinh dịch sau khi đã thực hiện quy trình xét nghiệm phù hợp. Vô tinh do tắc nghẽn (obstructive azoospermia) xảy ra khi tinh hoàn vẫn có thể tạo tinh trùng nhưng đường vận chuyển bị cản trở. Vô tinh không do tắc nghẽn (non-obstructive azoospermia) thường liên quan đến suy giảm sinh tinh trong mô tinh hoàn. Hai tình trạng khác nhau về nguyên nhân, tiên lượng và lựa chọn xử trí.

Sau khi xác nhận bằng xét nghiệm cần thiết, bác sĩ sẽ đánh giá thể tích tinh hoàn, nội tiết, di truyền, hình ảnh học và tiền sử phẫu thuật – nhiễm trùng. Một số trường hợp có thể cân nhắc phẫu thuật tái thông hoặc lấy tinh trùng từ mào tinh, tinh hoàn. Trong vô tinh không do tắc nghẽn, kỹ thuật micro-TESE có thể được thảo luận ở

bệnh nhân phù hợp để tìm tinh trùng phục vụ ICSI. Tỷ lệ thu hồi không bảo đảm, và một số bất thường di truyền khiến thủ thuật không được khuyến nghị.

10. Nguyên tắc điều trị theo nguyên nhân

Điều trị cần đặt mục tiêu cụ thể: giải quyết nguyên nhân có thể đảo ngược, cải thiện khả năng thụ thai tự nhiên khi có cơ sở, hoặc phối hợp hỗ trợ sinh sản khi cần. Với suy sinh dục do thiếu gonadotropin, điều trị kích thích trục sinh tinh có thể giúp tạo tinh trùng, nhưng đòi hỏi theo dõi chuyên khoa. Với giãn tĩnh mạch thừng tinh sờ thấy trên lâm sàng và tinh dịch đồ bất thường, phẫu thuật có thể được cân nhắc khi các yếu tố của cặp đôi phù hợp. Giãn tĩnh mạch chỉ thấy trên siêu âm hoặc tinh dịch đồ bình thường thường không phải chỉ định can thiệp vì mục tiêu sinh sản.

Thuốc kháng sinh chỉ dùng khi có nhiễm khuẩn cần điều trị; không phải mọi bạch cầu trong tinh dịch đều cần kháng sinh. Các chế phẩm chống oxy hóa, vitamin hay thực phẩm bổ sung hiện chưa có bằng chứng nhất quán để bảo đảm tăng tỷ lệ sinh con sống. Tuyệt đối tránh tự điều trị testosterone ngoại sinh nhằm “tăng tinh trùng”, vì cách làm này có thể gây tác dụng ngược.

11. Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) và tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI) là những lựa chọn hỗ trợ sinh sản với chỉ định khác nhau. IUI thường cần số lượng tinh trùng di động sau lọc rửa đủ phù hợp; IVF đặt trứng và tinh trùng trong môi trường phòng thí nghiệm; ICSI sử dụng một tinh trùng để tiêm trực tiếp vào noãn. Khi không có tinh trùng trong tinh dịch, có thể cần kỹ thuật lấy tinh trùng bằng phẫu thuật nếu điều kiện cho phép.

Không có kỹ thuật nào bảo đảm thành công cho mọi cặp đôi. Tuổi và dự trữ buồng trứng của người nữ, nguyên nhân nam, chất lượng giao tử và phôi, sức khỏe toàn thân, tiền sử điều trị và khả năng tiếp cận dịch vụ đều ảnh hưởng đến lựa chọn. Bác sĩ cần trao đổi lợi ích, giới hạn, chi phí, rủi ro và khả năng lưu trữ tinh trùng trước khi quyết định. Trong các bệnh di truyền, tư vấn chuyên ngành là bước không nên bỏ qua.

13. Mô hình năm trụ cột của sức khỏe sinh sản nam giới

Trụ cột thứ nhất là sức khỏe cơ quan sinh sản: thể tích và chức năng tinh hoàn, đường dẫn tinh, mào tinh, tuyến phụ, tiền sử tinh hoàn ẩn, giãn tĩnh mạch thừng tinh, nhiễm trùng hoặc phẫu thuật. Trụ cột thứ hai là nội tiết – chuyển hóa: hoạt động vùng dưới đồi, tuyến yên và tinh hoàn, testosterone nội sinh, bệnh tuyến giáp, béo phì, đái tháo đường và hội chứng chuyển hóa (metabolic syndrome). Hai trụ cột này tạo nên nền sinh học của sinh tinh.

Trụ cột thứ ba là lối sống – môi trường: hút thuốc lá, rượu, sử dụng chất gây nghiện, ngủ, vận động, dinh dưỡng, nhiệt và phơi nhiễm hóa chất. Trụ cột thứ tư là sức khỏe tình dục – tinh thần: ham muốn, cương, xuất tinh, giao tiếp bạn đời, lo âu về hiệu năng và áp lực cần có con. Trụ cột cuối cùng là hoàn cảnh cặp đôi: tuổi, khả năng rụng trứng, bệnh lý phụ khoa, thời điểm giao hợp, tài chính, mong muốn và ngưỡng chấp nhận các biện pháp hỗ trợ sinh sản.

Một kế hoạch điều trị tốt không nhất thiết can thiệp tất cả trụ cột như nhau. Bác sĩ xác định yếu tố nào có chứng cứ rõ, có thể đảo ngược và quan trọng nhất đối với khả năng có con của cặp đôi; đồng thời điều trị bệnh nền để nâng cao sức khỏe lâu dài. Ví dụ, người nam có tinh dịch đồ bất thường kèm béo phì, tăng đường huyết và ngáy lớn nên được đánh giá thêm sức khỏe chuyển hóa và giấc ngủ, chứ không chỉ nhận thuốc bổ.

14. Tuổi nam giới, thời gian mong con và tiên lượng cặp đôi

Chất lượng sinh sản của nam giới có thể thay đổi khi tuổi tăng. Một số nghiên cứu ghi nhận sự thay đổi về thể tích tinh dịch, độ di động, tính toàn vẹn vật liệu di truyền và nguy cơ một số kết cục sinh sản ở tuổi cha cao; tuy nhiên không có một mốc tuổi duy nhất mà từ đó mọi nam giới đều mất khả năng sinh con. Tuổi người nữ vẫn là yếu tố ảnh hưởng lớn đến chiến lược và thời điểm điều trị do khả năng sinh sản giảm theo tuổi.

Cần phân biệt hiếm muộn nguyên phát (primary infertility: chưa từng có thai với bạn đời) và thứ phát (secondary infertility: đã từng có thai nhưng sau đó khó có con). Từng có con trước đây không loại trừ việc hiện tại có yếu tố nam. Khi đã mong con 12 tháng mà chưa có thai, nên đánh giá; nếu người nữ từ 35 tuổi, thường đánh giá

sau 6 tháng; nếu trên 40 tuổi, có bệnh lý sinh sản rõ hoặc nam giới đã có yếu tố nguy cơ nặng, nên trao đổi với bác sĩ sớm hơn.

Tiên lượng thực tế dựa trên sự kết hợp giữa tinh dịch đồ lặp lại, bệnh nguyên, tuổi và dự trữ buồng trứng của bạn đời, thời gian hiếm muộn và tiền sử có thai. Kết quả tốt của riêng một xét nghiệm không đồng nghĩa tỷ lệ có con cao; bác sĩ cần trao đổi cả cơ hội có thai tự nhiên, thời gian có thể chờ đợi và chi phí – lợi ích của hỗ trợ sinh sản.

15. Các tổn thương tinh hoàn và yếu tố bẩm sinh

Tinh hoàn ẩn (cryptorchidism), tinh hoàn teo sau chấn thương, xoắn tinh hoàn, viêm tinh hoàn do quai bị, một số bất thường nhiễm sắc thể và bệnh lý tinh hoàn từ nhỏ có thể làm suy giảm số lượng tế bào sinh tinh. Mức ảnh hưởng tùy một hay hai bên, thời điểm mắc bệnh và điều trị trước đó. Tiền sử phẫu thuật ở bẹn – bìu hay chấn thương thể thao cũng cần khai báo vì có thể ảnh hưởng mạch máu, đường dẫn tinh hoặc cấu trúc tinh hoàn.

Không nên suy luận rằng “tinh hoàn nhỏ” chắc chắn vô sinh, hoặc tinh hoàn to thì chắc chắn bình thường. Bác sĩ kết hợp đo thể tích tinh hoàn, tìm dấu hiệu giãn tĩnh mạch thừng tinh, thăm khám mào tinh và ống dẫn tinh, xét nghiệm nội tiết cùng tinh dịch đồ. Những người có tiền sử tinh hoàn ẩn hai bên, điều trị ung thư tinh hoàn, bất thường phát triển sinh dục hoặc vô tinh cần được khám chuyên sâu và tư vấn khả năng bảo tồn sinh sản phù hợp.

16. Giãn tĩnh mạch thừng tinh: khi nào cần xử trí?

Giãn tĩnh mạch thừng tinh (varicocele) là tình trạng giãn đám rối tĩnh mạch quanh tinh hoàn. Một số cơ chế giả thuyết gồm tăng nhiệt, rối loạn tuần hoàn và stress oxy hóa; tuy nhiên không phải người mắc bệnh đều có tinh dịch đồ bất thường. Giãn có thể sờ được khi khám lâm sàng hoặc chỉ phát hiện tình cờ trên siêu âm Doppler; hai trường hợp này không có cùng chỉ định can thiệp.

Theo khuyến cáo EAU 2026 và AUA/ASRM, phẫu thuật có thể được cân nhắc ở người đang mong con, có giãn tĩnh mạch thừng tinh phát hiện trên khám lâm sàng và tinh dịch đồ bất thường, sau khi đánh giá tình trạng sinh sản của cặp đôi. Không nên phẫu thuật chỉ vì siêu âm ghi nhận giãn dưới lâm sàng hoặc khi chưa xác định

lợi ích cho mục tiêu sinh con. Sau can thiệp, chất lượng tinh trùng có thể cần nhiều tháng để thay đổi, và việc có thai không được bảo đảm.

Người bệnh cần trao đổi về lợi ích, rủi ro, thời gian theo dõi, khả năng tái phát và lựa chọn song song với hỗ trợ sinh sản. Nếu bạn đời nữ có tuổi sinh sản cao, không nên mặc định trì hoãn mọi lựa chọn khác để đợi kết quả phẫu thuật.

17. Tắc nghẽn đường dẫn tinh và bất thường phóng tinh

Trong vô tinh do tắc nghẽn, tinh hoàn có thể vẫn tạo tinh trùng nhưng tinh trùng không đi vào mẫu xuất tinh do tắc mào tinh, ống dẫn tinh hoặc ống phóng tinh. Gợi ý có thể đến từ tiền sử thắt ống dẫn tinh, nhiễm trùng, phẫu thuật bẹn, bất thường bẩm sinh không có ống dẫn tinh (congenital absence of vas deferens), tinh dịch ít hoặc thể tích tinh hoàn tương đối bảo tồn. Cần khám và xét nghiệm để phân biệt với vô tinh do suy giảm sinh tinh.

Bệnh đái tháo đường, phẫu thuật vùng chậu, tổn thương thần kinh hoặc một số thuốc có thể liên quan đến xuất tinh ngược dòng (retrograde ejaculation) hay không xuất tinh (anejaculation). Người bệnh vẫn có cực khoái nhưng lượng tinh dịch rất ít hoặc không thấy tinh dịch; đây là thông tin quan trọng cần báo với bác sĩ. Các hướng xử trí có thể gồm điều chỉnh thuốc, điều trị nguyên nhân, kỹ thuật thu nhận tinh trùng hoặc các thủ thuật tái thông trong trường hợp phù hợp.

Một số tình trạng vắng ống dẫn tinh bẩm sinh có liên quan đến biến thể gen CFTR. Việc tư vấn và xét nghiệm di truyền cho cặp đôi có thể cần thiết trước khi dùng tinh trùng của người nam trong hỗ trợ sinh sản; chỉ định cần cá thể hóa.

18. Nhiễm trùng, viêm và sức khỏe tình dục an toàn

Nhiễm lậu, Chlamydia, viêm mào tinh, viêm tinh hoàn hay một số tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục có thể ảnh hưởng đường dẫn tinh hoặc môi trường tinh dịch. Tuy vậy, mối liên hệ giữa từng tác nhân và hiếm muộn không đồng nhất; xét nghiệm hoặc điều trị kháng sinh tràn lan ở người không có chỉ định không đem lại lợi ích chắc chắn. Bác sĩ dựa vào triệu chứng, tiền sử tiếp xúc, thăm khám và xét nghiệm phù hợp để quyết định.

Những biểu hiện như tiểu buốt, tiết dịch niệu đạo, đau hoặc sưng bìu, đau khi xuất tinh, sốt hay tiền sử bạn tình mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) cần

được đánh giá. Xoắn tinh hoàn gây đau bìu cấp tính là tình trạng cấp cứu ngoại khoa, không được chờ khám hiếm muộn thông thường. Người nam cần tiêm chủng theo chỉ định, dùng bao cao su khi có nguy cơ và điều trị cho bạn tình khi bác sĩ hướng dẫn để tránh tái nhiễm.

Bạch cầu trong tinh dịch không tự nó xác nhận nhiễm khuẩn phải dùng kháng sinh; có thể cần phân biệt bạch cầu với tế bào tròn khác. Chất lượng tinh trùng có thể bị ảnh hưởng tạm thời trong những tuần sau sốt cao, vì vậy thời điểm mắc bệnh cần được ghi nhận trước khi kết luận tinh dịch đồ bất thường kéo dài.

19. Trục nội tiết: không phải cứ testosterone thấp là cần bổ sung

Quá trình sinh tinh phụ thuộc vào hormone kích thích nang (FSH), hormone hoàng thể hóa (LH), testosterone nội tinh hoàn và hoạt động của các tế bào nâng đỡ trong tinh hoàn. Testosterone máu thấp có thể đi kèm giảm ham muốn, giảm cương sáng, mệt mỏi hoặc thay đổi thành phần cơ thể, nhưng cần đánh giá triệu chứng và xét nghiệm buổi sáng trong bối cảnh lâm sàng thích hợp. Các bất thường như tăng prolactin, bệnh tuyến yên, suy sinh dục giảm gonadotropin và rối loạn tuyến giáp có thể ảnh hưởng chức năng sinh sản.

Một sai lầm quan trọng là tự dùng testosterone ngoại sinh dưới dạng tiêm, gel, viên hoặc steroid đồng hóa để "tăng bản lĩnh" trong lúc mong con. Testosterone dùng từ ngoài có thể ức chế FSH và LH, khiến sinh tinh giảm mạnh, đôi khi dẫn tới vô tinh. Vì thế, các hướng dẫn AUA/ASRM và EAU không khuyến nghị testosterone đơn trị liệu cho người đang mong con hoặc muốn bảo tồn khả năng sinh sản.

Ở một số người suy sinh dục do thiếu gonadotropin, bác sĩ chuyên khoa có thể sử dụng gonadotropin để khôi phục sinh tinh; với nhóm bệnh khác, lựa chọn điều trị khác nhau và có giới hạn bằng chứng. Không tự dùng clomiphene, hCG, thuốc ức chế aromatase hoặc các chế phẩm "kích testosterone" khi chưa đánh giá trục nội tiết, vì hiệu quả và độ an toàn phụ thuộc bệnh nguyên.

20. Béo phì, mỡ nội tạng và hội chứng chuyển hóa

Sức khỏe sinh sản và sức khỏe chuyển hóa có liên hệ hai chiều. Mỡ nội tạng quá mức liên quan kháng insulin, viêm mức độ thấp, thay đổi chuyển hóa hormone và có thể tác động đến môi trường sinh tinh. Thừa cân – béo phì thường đi cùng tăng

huyết áp, rối loạn lipid máu, tiền đái tháo đường hoặc đái tháo đường, ngưng thở khi ngủ và rối loạn cương. Vì vậy, khám hiếm muộn là cơ hội phát hiện những nguy cơ tim mạch – chuyển hóa trước đây chưa được đánh giá đầy đủ.

Không thể khẳng định mọi người giảm cân đều cải thiện tỷ lệ có con; bằng chứng về từng biện pháp giảm cân và kết cục sinh con sống vẫn chưa thống nhất. Tuy nhiên, kiểm soát cân nặng hợp lý, dinh dưỡng cân đối, vận động đều và điều trị bệnh chuyển hóa đã được xác định là có lợi cho sức khỏe toàn thân. Bác sĩ có thể đo BMI, vòng eo, huyết áp và cân nhắc đường huyết, HbA1c hoặc lipid máu theo yếu tố nguy cơ; không cần chỉ định máy móc cho mọi người.

Mục tiêu nên là thay đổi bền vững chứ không giảm cân cấp tốc bằng nhịn ăn cực đoan, thuốc không rõ nguồn gốc hoặc dùng steroid tăng cơ. Nếu cần thuốc giảm cân hay phẫu thuật chuyển hóa, phải trao đổi cụ thể ảnh hưởng dinh dưỡng, lịch trình điều trị và kế hoạch sinh sản.

21. Đái tháo đường, bệnh mạn tính và những dấu hiệu sức khỏe bị bỏ sót

Đái tháo đường có thể ảnh hưởng mạch máu, thần kinh tự chủ, ham muốn và khả năng cương hoặc phóng tinh; các yếu tố này có thể gây khó khăn cho quá trình thụ thai ngay cả khi tinh hoàn vẫn sinh tinh. Bệnh thận mạn, bệnh gan, một số bệnh tự miễn và tình trạng viêm toàn thân cũng có thể làm thay đổi nội tiết, sức khỏe tổng thể hoặc quá trình điều trị sinh sản. Không nên quy mọi vấn đề cho một kết quả tinh dịch đồ mà bỏ qua bệnh nền.

Một số nam giới đến khám vì hiếm muộn lần đầu mới được phát hiện tăng huyết áp, vòng eo lớn, đường huyết tăng, bệnh lý tuyến giáp hoặc dấu hiệu thiếu androgen. Việc quản lý bệnh nền giúp tăng khả năng duy trì sức khỏe lâu dài và đôi khi có lợi gián tiếp cho hoạt động tình dục – sinh sản. Cần phối hợp bác sĩ nội khoa, nội tiết, tim mạch hoặc chuyên gia dinh dưỡng khi có bệnh đồng mắc.

Nếu đang điều trị dài hạn bằng thuốc kê đơn, không tự ý dừng thuốc vì lo ảnh hưởng tinh trùng. Hãy cung cấp đầy đủ tên thuốc, liều, thời điểm bắt đầu và mục đích dùng để bác sĩ cùng đánh giá lợi ích – nguy cơ của việc tiếp tục, đổi thuốc hoặc theo dõi.

22. Giấc ngủ, nhịp sinh học và ngưng thở khi ngủ

Giấc ngủ góp phần điều hòa hormone, kiểm soát cân nặng, chức năng chuyển hóa và tâm trạng. Ngủ thiếu kéo dài, làm việc ca đêm hoặc giờ ngủ đảo lộn có liên hệ với một số thay đổi sức khỏe sinh sản trong nghiên cứu quan sát, nhưng không thể coi chúng là nguyên nhân duy nhất của hiếm muộn ở từng cá nhân. Mục tiêu thực tế là duy trì lịch ngủ phù hợp, giảm rượu và thiết bị điện tử sát giờ ngủ, đồng thời điều trị mất ngủ khi cần.

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (obstructive sleep apnea – OSA) thường gặp hơn ở người thừa cân, ngáy to, buồn ngủ ban ngày, tăng huyết áp khó kiểm soát hoặc có người chứng kiến ngừng thở khi ngủ. OSA có thể đi kèm rối loạn chuyển hóa, testosterone thấp hoặc rối loạn cương; tuy nhiên điều trị OSA không được xem là một phương pháp bảo đảm tăng tinh trùng. Khi có triệu chứng gợi ý, nam giới nên được đánh giá tại chuyên khoa giấc ngủ để xác định chẩn đoán và chọn điều trị phù hợp.

23. Rối loạn cương, xuất tinh và vấn đề quan hệ khi mong con

Khả năng có con đòi hỏi không chỉ tinh trùng mà còn có cơ hội tinh trùng gặp noãn. Rối loạn cương (erectile dysfunction), xuất tinh sớm nghiêm trọng cản trở giao hợp, khó xuất tinh, xuất tinh ngược dòng, giảm ham muốn hoặc đau khi quan hệ có thể khiến việc giao hợp trong giai đoạn dễ thụ thai gặp khó khăn. Một số cặp đôi chịu áp lực phải "quan hệ đúng ngày", khiến lo âu hiệu năng tăng và vòng luẩn quẩn căng thẳng càng trầm trọng.

Theo ASRM, khai thác sức khỏe tình dục là phần cần thiết trong đánh giá nam giới hiếm muộn, không phải câu hỏi phụ. Bác sĩ nên hỏi một cách tôn trọng về chất lượng cương, khả năng xuất tinh vào âm đạo, tần suất quan hệ, khoái cảm, đau, thuốc sử dụng và mong muốn tình dục của cả hai. Tùy nguyên nhân, giải pháp có thể gồm điều trị rối loạn cương, liệu pháp tâm lý – tình dục, tư vấn thời điểm giao hợp, điều trị bệnh nền hoặc kỹ thuật thu nhận tinh trùng.

Không nên lấy số lần giao hợp quá cao làm chỉ tiêu bắt buộc. Quan hệ mỗi 1–2 ngày trong cửa sổ dễ thụ thai thường là một cách thực hành phù hợp với nhiều cặp đôi;

các cặp đôi có thể linh hoạt theo sức khỏe, ham muốn và khả năng thực tế. Sự gắn kết không nên bị thay thế hoàn toàn bởi lịch canh trứng.

24. Thuốc điều trị, hormone, hóa trị và bảo tồn khả năng sinh sản

Các thuốc hoặc điều trị có thể liên quan giảm sinh tinh bao gồm testosterone ngoại sinh, steroid đồng hóa, một số tác nhân gây độc tế bào trong điều trị ung thư, xạ trị và một số thuốc đặc hiệu khác. Tác động phụ thuộc liều, thời gian, thời điểm sử dụng và khả năng hồi phục từng người. Không nên đánh đồng mọi thuốc giảm đau, thuốc huyết áp, thuốc chống trầm cảm hoặc kháng sinh là "thuốc gây vô sinh"; cần đánh giá tên thuốc cụ thể và bối cảnh lâm sàng.

Trước hóa trị, xạ trị, phẫu thuật có nguy cơ tổn hại khả năng sinh sản hoặc bắt đầu liệu pháp hormone có thể ức chế sinh tinh, cần trao đổi sớm về trữ lạnh tinh trùng (sperm cryopreservation). Người chưa thể xuất tinh hoặc vô tinh có thể cần tư vấn phương án thu nhận tinh trùng, nhưng không phải trường hợp nào cũng thực hiện được. Việc tư vấn nên diễn ra trước khi điều trị bắt đầu khi điều kiện cho phép; không tự trì hoãn điều trị ung thư để chờ hoàn tất thủ tục.

Nam giới từng sử dụng testosterone hoặc steroid đồng hóa nên báo trung thực liều, thời gian và lần dùng cuối; bác sĩ sẽ đánh giá mức độ ức chế trục nội tiết, theo dõi hồi phục và cân nhắc điều trị chuyên khoa khi thích hợp. Thời gian phục hồi tinh trùng rất thay đổi, không thể hứa chắc sau một mốc cố định sẽ có thai.

25. Thuốc lá, thuốc lá điện tử, rượu và các chất gây nghiện

Thuốc lá làm tăng phơi nhiễm chất oxy hóa và nhiều hợp chất độc hại; bằng chứng cho thấy một số chỉ số tinh dịch ở người hút thuốc có xu hướng bất lợi hơn so với người không hút. Quan điểm ASRM (2024) cũng nhấn mạnh tác động có thể liên quan liều và nguy cơ đối với kết cục sinh sản. Bỏ thuốc lá truyền thống và hạn chế khói thuốc thụ động là giải pháp ưu tiên cho sức khỏe lâu dài, đồng thời tránh ngộ nhận rằng thuốc lá điện tử hoàn toàn an toàn với sinh sản.

Uống rượu lượng lớn hoặc kéo dài có thể tác động đến gan, nội tiết, giấc ngủ và khả năng tình dục. Việc uống rượu ít – vừa có liên hệ với chất lượng tinh trùng ở mức độ không đồng nhất giữa các nghiên cứu; vì thế không có "liều rượu tăng sinh

lực” được khuyến nghị khi mong con. Người đang cố gắng có thai nên giảm tối đa, đặc biệt nếu có rối loạn cương, béo phì hoặc tăng men gan.

Cần tránh chất gây nghiện, nhất là các chất không rõ thành phần, steroid tăng cơ và những sản phẩm quảng cáo cải thiện tinh trùng cấp tốc. Với người phụ thuộc nicotine hoặc rượu, hỗ trợ cai có cấu trúc và tư vấn chuyên môn thường thực tế hơn lời khuyên chung chung “bỏ ngay”.

26. Môi trường làm việc, hóa chất và nhiệt độ tinh hoàn

Một số môi trường nghề nghiệp có thể có phơi nhiễm thuốc trừ sâu, dung môi, kim loại nặng, chất dẻo, hóa chất công nghiệp, bụi, bức xạ hoặc nhiệt kéo dài. Mức độ ảnh hưởng đến khả năng sinh sản tùy chất, liều, thời gian, thiết bị bảo hộ và cơ địa; không nên quy kết vô sinh chỉ vì làm một nghề cụ thể. Khi khai thác bệnh sử, nên liệt kê nhiệm vụ thực tế, nơi làm việc, loại hóa chất, số giờ tiếp xúc, phương tiện bảo hộ và thời gian bắt đầu.

Tinh hoàn hoạt động trong môi trường nhiệt độ thấp hơn nhiệt độ lõi cơ thể. Sốt cao, tiếp xúc nguồn nhiệt quá mức kéo dài, xông hơi rất thường xuyên hoặc làm việc cạnh lò nhiệt có thể làm thay đổi tạm thời một số thông số tinh dịch. Bằng chứng về điện thoại, máy tính xách tay, quần lót bó sát và tư thế ngồi còn không đồng nhất; nên tránh khẳng định một thói quen đơn lẻ chắc chắn gây vô sinh.

Giải pháp thực hành là thực hiện an toàn lao động, tuân thủ quy trình bảo hộ, thông gió, giảm phơi nhiễm khi khả thi và trao đổi với bộ phận y tế nghề nghiệp. Nam giới không tự nghỉ việc hoặc dùng thuốc “giải độc tinh trùng” dựa trên lời quảng cáo thiếu cơ sở.

27. Dinh dưỡng, chất lượng khẩu phần và thực phẩm bổ sung

Dinh dưỡng góp phần duy trì cân nặng, sức khỏe mạch máu, chuyển hóa và quá trình hoạt động của tế bào. Một chế độ ăn cân đối với rau quả, ngũ cốc nguyên hạt, đạm chất lượng, chất béo không bão hòa và cá phù hợp với mục tiêu sức khỏe tổng thể. Các mô hình ăn uống lành mạnh có liên hệ với một số thông số tinh dịch tốt hơn trong nghiên cứu quan sát, nhưng chưa chứng minh một “thực đơn sinh con trai” hoặc một thực phẩm đơn lẻ làm tăng tỷ lệ sinh con sống.

Thiếu chất dinh dưỡng thực sự cần được phát hiện và xử trí, nhưng bổ sung kẽm, selenium, vitamin E, coenzyme Q10, carnitine và các chất chống oxy hóa cho mọi người hiếm muộn chưa có bằng chứng chắc chắn làm tăng tỷ lệ sinh con sống. AUA/ASRM lưu ý lợi ích lâm sàng của nhóm bổ sung này còn đáng nghi ngờ. Không uống nhiều loại sản phẩm đồng thời chỉ vì tin rằng "càng nhiều càng tốt"; liều cao một số vi chất có thể gây tác dụng bất lợi hoặc tương tác thuốc.

Nếu người bệnh ăn kiêng nghiêm ngặt, sụt cân, rối loạn ăn uống hoặc đã phẫu thuật giảm cân, cần khai thác tình trạng dinh dưỡng và có thể tham vấn chuyên gia. Ưu tiên bữa ăn duy trì được trong thời gian dài hơn là biện pháp cấp tốc chỉ áp dụng vài tuần trước xét nghiệm tinh dịch.

28. Vận động, thể lực và thói quen sinh hoạt

Vận động vừa sức đều đặn giúp giảm nguy cơ bệnh tim mạch – chuyển hóa, cải thiện tâm trạng và hỗ trợ kiểm soát cân nặng. Nam giới có thể bắt đầu từ đi bộ nhanh, đạp xe phù hợp, bơi hoặc bài tập sức mạnh theo thể trạng. Không có một môn thể thao duy nhất bảo đảm tăng chất lượng tinh trùng. Luyện tập quá sức, thiếu năng lượng kéo dài và sử dụng steroid đồng hóa có thể gây bất lợi cho nội tiết và sức khỏe sinh sản.

Với người làm việc văn phòng, tài xế hoặc ngồi lâu, tăng hoạt động thể lực trong ngày, nghỉ xen kẽ và duy trì giấc ngủ là những thay đổi ít tốn kém. Không nên thay thế vận động bằng thuốc "tăng sinh lực". Khi đang mắc bệnh tim mạch, béo phì nhiều hoặc có triệu chứng bất thường lúc gắng sức, cần điều chỉnh chương trình vận động dưới hướng dẫn chuyên môn.

29. Sức khỏe tinh thần và áp lực xã hội khi hiếm muộn

Hiếm muộn có thể gây lo âu, trầm buồn, mặc cảm, xung đột cặp đôi và giảm chất lượng tình dục. Áp lực từ gia đình hoặc quan niệm "đàn ông phải có con" đôi khi khiến người nam ngại đi khám, tự dùng thuốc hoặc giấu kết quả xét nghiệm. Điều này làm chậm chẩn đoán và gia tăng gánh nặng tâm lý. Khó khăn sinh sản không phải là thước đo nam tính, sự chung thủy hay giá trị của một con người.

Bác sĩ nên bảo đảm riêng tư, ngôn ngữ không phán xét và khuyến khích hai người cùng tham gia quyết định. Các biện pháp hỗ trợ có thể gồm giáo dục về khả năng

thụ thai, tư vấn cặp đôi, trị liệu tâm lý khi có lo âu hoặc triệu chứng trầm cảm, duy trì thân mật không chỉ gắn với thời điểm rụng trứng và thống nhất cách chia sẻ thông tin với gia đình. WHO 2025 nhấn mạnh hỗ trợ tâm lý – xã hội là thành phần quan trọng trong chăm sóc hiếm muộn.

Khi nhận kết quả vô tinh hoặc phải cân nhắc hỗ trợ sinh sản, bệnh nhân có thể cần thêm thời gian, ý kiến thứ hai và trao đổi với bạn đời trước khi chọn phương án. Quyết định không điều trị, trì hoãn điều trị, nhận tinh trùng hiến hoặc lựa chọn phương án xây dựng gia đình khác cần được tôn trọng trong khuôn khổ pháp luật và tư vấn chuyên môn.

30. Khám Nam khoa toàn diện: bắt đầu từ những câu hỏi đúng

Thăm khám nên bắt đầu với lịch sử sinh sản của cả hai người: đã mong con bao lâu, có thai trước đây không, thời điểm giao hợp, tuổi và bệnh lý của bạn đời, các phương án từng sử dụng. Ở người nam cần hỏi bệnh từ thời thơ ấu, tinh hoàn ẩn, quai bị, chấn thương, phẫu thuật bẹn – bìu, điều trị ung thư, nhiễm trùng, thuốc, nghề nghiệp, nicotine, rượu, steroid tăng cơ và bệnh nền. Việc khám bìu, tinh hoàn, mào tinh, ống dẫn tinh và các đặc điểm sinh dục thứ phát giúp phát hiện dấu hiệu cần đánh giá thêm.

Tinh dịch đồ nên được thực hiện ở phòng xét nghiệm có quy trình kiểm soát chất lượng. Nhiều đơn vị khuyến cáo kiêng xuất tinh 2–7 ngày trước khi lấy mẫu; cần hỏi quy định nơi làm xét nghiệm và ghi nhận mẫu có bị mất một phần hay không. Một mẫu bất thường cần được xác nhận bằng xét nghiệm lặp lại theo bối cảnh; sốt, thời gian kiêng, thời gian đưa mẫu, thuốc hoặc biến thiên tự nhiên đều có thể làm thông số thay đổi.

Khi cần, bác sĩ chỉ định FSH, LH, testosterone toàn phần buổi sáng, prolactin hoặc hormone khác dựa trên triệu chứng và mức bất thường của tinh dịch. Siêu âm bìu, siêu âm đường sinh dục, xét nghiệm nước tiểu sau xuất tinh, xét nghiệm nhiễm trùng, công thức máu hoặc xét nghiệm chuyển hóa không nhất thiết áp dụng đồng loạt. Quy tắc quan trọng là mỗi xét nghiệm nên giúp xác định nguyên nhân hoặc thay đổi quyết định điều trị.

31. Xét nghiệm chuyên sâu: chỉ định đúng thay vì xét nghiệm càng nhiều càng tốt

Các khảo sát di truyền như bộ nhiễm sắc thể, vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y hoặc gen CFTR được cân nhắc khi có kiểu hình, tiền sử và mức độ bất thường tinh dịch phù hợp. Xét nghiệm vi mất đoạn Y được hướng dẫn cụ thể hơn ở nhóm vô tinh không do tắc hoặc thiểu tinh rất nặng có gợi ý suy sinh tinh, không dùng như một xét nghiệm sàng lọc tùy tiện cho mọi người. Tư vấn di truyền giúp cặp đôi hiểu tiên lượng lấy tinh trùng, khả năng truyền biến thể cho con và các lựa chọn hỗ trợ sinh sản.

Phân mảnh DNA tinh trùng (sperm DNA fragmentation – SDF) được quan tâm trong các trường hợp chọn lọc như hiếm muộn chưa rõ nguyên nhân, sảy thai tái diễn hoặc thất bại hỗ trợ sinh sản, nhưng không được xem là xét nghiệm bắt buộc thường quy cho mọi cặp đôi. Các chỉ số stress oxy hóa, xét nghiệm miễn dịch tinh trùng và xét nghiệm mới chưa có giá trị nhất quán ở mọi tình huống. Cần hỏi bác sĩ: xét nghiệm này trả lời câu hỏi lâm sàng gì, độ tin cậy đến đâu và có làm đổi hướng điều trị hay không?

Đối với vô tinh, phải phân biệt tắc nghẽn và không do tắc bằng bệnh sử, khám, xét nghiệm nội tiết và cận lâm sàng phù hợp. Xác nhận không có tinh trùng trong mẫu cần quy trình xét nghiệm đầy đủ; không nên kết luận không còn cơ hội có con chỉ từ một báo cáo ngắn gọn.

32. Phân tầng điều trị: từ biện pháp ít xâm lấn đến chuyên sâu

Một kế hoạch hợp lý thường bao gồm ba nhánh có thể tiến hành song song. Nhánh một là xử trí nguyên nhân điều trị được như nhiễm trùng có xác nhận, rối loạn phóng tinh, suy sinh dục do giảm gonadotropin, giãn tĩnh mạch thừng tinh phù hợp hoặc một số tình trạng tắc nghẽn. Nhánh hai là cải thiện nền sức khỏe: bỏ thuốc, điều trị bệnh chuyển hóa, ngủ đủ, tăng vận động, tư vấn dinh dưỡng, đánh giá chức năng tình dục và hỗ trợ tâm lý. Nhánh ba là lập kế hoạch sinh sản theo thời gian của cặp đôi, gồm theo dõi tự nhiên có mục tiêu hoặc hỗ trợ sinh sản khi cần.

Bác sĩ nên trao đổi mục tiêu đo được và thời điểm đánh giá lại: sự thay đổi tinh dịch đồ, hồi phục xuất tinh, giải quyết nhiễm trùng, kết quả nội tiết, cân nặng hoặc sức khỏe chuyển hóa. Quan trọng hơn, cần nhìn vào kết cục thực sự là khả năng có thai

và sinh con sống, thay vì chỉ theo đuổi một con số xét nghiệm. Phác đồ có thể thay đổi khi xuất hiện thông tin mới về bạn đời hoặc khi thời gian không còn thuận lợi.

Không cần mọi cặp đôi thực hiện IUI, IVF hay ICSI ngay; cũng không nên kéo dài điều trị bằng thuốc không có cơ sở trong lúc tuổi sinh sản của bạn đời tăng. Sự cân bằng giữa lợi ích, giới hạn, chi phí, nguyện vọng và thời gian là cốt lõi của quyết định cùng người bệnh (shared decision-making).

33. Điều trị nội khoa và phẫu thuật: chỉ định theo từng bệnh

Điều trị nội tiết có thể hiệu quả trong một số nhóm bệnh xác định, đặc biệt suy sinh dục do giảm gonadotropin, nhưng cần thời gian và theo dõi tinh dịch – hormone. Người có tăng prolactin sẽ được tìm nguyên nhân trước khi bác sĩ cân nhắc thuốc thích hợp. Với giãn tĩnh mạch thừng tinh có chỉ định, phẫu thuật vi phẫu là một trong các lựa chọn thường được trao đổi, nhưng không phải lời giải chung cho tất cả trường hợp tinh trùng yếu.

Các tình trạng tắc nghẽn có thể được cân nhắc phẫu thuật tái thông hoặc thu nhận tinh trùng, tùy vị trí tắc, thời gian bệnh, tuổi bạn đời và năng lực cơ sở điều trị. Với người rối loạn cương hoặc xuất tinh, điều trị trực tiếp vấn đề tình dục đôi khi là bước quan trọng nhất để tạo cơ hội có thai tự nhiên. Kháng sinh, thuốc chống viêm, hormone hoặc thủ thuật đều phải có mục tiêu rõ, theo dõi hiệu quả và cân nhắc biến chứng.

Các sản phẩm quảng cáo “tăng tinh trùng 300%”, “chữa vô sinh vĩnh viễn” hoặc “cấy ghép tinh hoàn để có con ngay” không có căn cứ để dùng thay cho đánh giá chuyên khoa. Tránh mua hormone hoặc thuốc điều trị sinh sản qua mạng mà không có kê đơn, theo dõi và tư vấn an toàn.

34. Các phương pháp hỗ trợ sinh sản và bảo tồn lựa chọn tương lai

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (intrauterine insemination – IUI) phù hợp một số cặp đôi có điều kiện sinh sản nhất định; số tinh trùng di động sau xử lý là một yếu tố quan trọng khi cân nhắc. Thụ tinh trong ống nghiệm (in vitro fertilization – IVF) là quá trình cho noãn và tinh trùng thụ tinh trong phòng thí nghiệm; ICSI là tiêm một tinh trùng vào bào tương noãn. Tình huống vô tinh do tắc hoặc không do tắc được xử trí khác nhau trước khi cân nhắc lấy tinh trùng bằng thủ thuật.

Ở người vô tinh không do tắc, micro-TESE có thể là một lựa chọn chuyên sâu trong trường hợp phù hợp, nhưng không bảo đảm tìm thấy tinh trùng. Một số kết quả di truyền liên quan tiên lượng rất kém và cần tư vấn trước thủ thuật. Khi dùng tinh trùng thu nhận bằng phẫu thuật để thực hiện ICSI, cơ sở điều trị cần trao đổi về khả năng đông lạnh, xét nghiệm và các lựa chọn tiếp theo nếu không thu được tinh trùng.

Trữ lạnh tinh trùng đặc biệt quan trọng trước điều trị ung thư hoặc thủ thuật có nguy cơ mất khả năng sinh sản, và có thể hữu ích trong một số tình huống tinh trùng rất ít, tình trạng bệnh biến động. Phải nêu rõ chi phí lưu trữ, thời hạn, các điều kiện sử dụng và quy định pháp luật hiện hành. Sự tồn tại của công nghệ hiện đại không có nghĩa mọi cặp đôi đều cần lựa chọn kỹ thuật phức tạp nhất.

35. Lộ trình 90 ngày: cải thiện nền sức khỏe có kế hoạch

Trong 1–2 tuần đầu, hai người nên thống nhất thời điểm đi khám, tổng hợp kết quả xét nghiệm cũ, liệt kê thuốc đang dùng và khai thác yếu tố sinh sản của cả hai. Người nam ghi lại tiền sử sốt, điều trị ung thư, steroid tăng cơ, rượu, nicotine, giờ ngủ, bệnh nền và tiếp xúc nghề nghiệp. Nếu có dấu hiệu cảnh báo như vô tinh, tinh hoàn nhỏ rõ, tiền sử tinh hoàn ẩn hai bên hoặc bạn đời nữ lớn tuổi, cần ưu tiên khám chuyên khoa sớm, không chờ hết 90 ngày.

Từ tuần 3 đến tuần 6, tập trung thực hiện các thay đổi có lợi và khả thi: kế hoạch cai thuốc lá; giảm rượu; ăn đủ chất, tăng thực phẩm nguyên dạng; vận động đều theo thể trạng; giảm cân nếu thừa cân; duy trì giấc ngủ; tuân thủ kiểm soát đường huyết, huyết áp hoặc bệnh nền; giảm nguồn nhiệt và phơi nhiễm nghề nghiệp khi có thể. Đồng thời điều trị nguyên nhân đã được xác nhận, rà soát thuốc gây ảnh hưởng sinh tinh và tư vấn tâm lý – tình dục khi cần.

Từ tuần 7 đến tuần 12, tiếp tục duy trì thay đổi thay vì kỳ vọng “bổ tinh trùng” trong vài ngày. Quá trình sinh tinh cần khoảng vài tháng, nên bác sĩ thường cân nhắc thời điểm kiểm tra lại phù hợp với tình huống, nhất là sau sốt hoặc điều chỉnh điều trị. Hai người cùng đánh giá các chỉ số sức khỏe, mức tuân thủ, tác dụng phụ, chất lượng quan hệ và phương án sinh sản tiếp theo. Một kế hoạch 90 ngày có mục tiêu là công cụ tổ chức hành động, không phải lời hứa chắc chắn có con sau ba tháng.

Nên ghi nhớ bốn chỉ dấu tiến bộ: đã xác định hoặc loại trừ nguyên nhân quan trọng; đã xử trí những nguy cơ có thể thay đổi; có kết quả đánh giá lại khi cần; và cặp đôi

hiểu rõ các lựa chọn – thời điểm chuyển hướng điều trị. Thành công của quá trình chăm sóc không chỉ gói gọn trong thông số tinh trùng mà còn ở việc bảo vệ sức khỏe dài hạn và giảm gánh nặng tâm lý.

36. Theo dõi dài hạn: sức khỏe nam giới không kết thúc khi có con

Khám hiếm muộn mở ra cơ hội quản lý sức khỏe nam giới một cách bền vững. Người có béo phì, huyết áp cao, rối loạn lipid máu, đường huyết tăng, nghi ngờ ngưng thở khi ngủ hoặc rối loạn cương cần theo dõi theo chỉ định ngay cả khi đã đạt thai kỳ. Một số bất thường nghiêm trọng về sinh tinh có thể là dấu chỉ của bệnh toàn thân hoặc bệnh di truyền nên việc theo dõi không nên chỉ dừng lại ở một kết quả xét nghiệm.

Khi đã có con, nam giới vẫn cần duy trì an toàn tình dục, khám các triệu chứng đường tiết niệu – sinh dục, phòng tránh chất độc và cân nhắc kế hoạch sinh sản tiếp theo. Sức khỏe tinh thần, chất lượng hôn nhân, sức khỏe tim mạch và khả năng làm cha là những thành phần liên quan nhưng không đồng nhất. Cách tiếp cận toàn diện ưu tiên cải thiện chất lượng sống song song với mục tiêu sinh con.

37. Những ngộ nhận cần tránh khi tìm giải pháp

Thứ nhất, “cương tốt nghĩa là tinh trùng tốt” là không chính xác: chức năng cương và khả năng sinh tinh khác nhau. Thứ hai, “một tinh dịch đồ thấp nghĩa là vô sinh vĩnh viễn” cũng không đúng: mẫu có biến thiên và cần đánh giá trong bối cảnh lâm sàng. Thứ ba, “testosterone càng cao càng sinh con dễ” có thể rất nguy hiểm khi testosterone được đưa từ ngoài vào cơ thể. Thứ tư, “chỉ cần ăn hàu, uống vitamin và nghỉ ngơi” bỏ qua các bệnh có thể điều trị như tắc nghẽn, suy sinh dục giảm gonadotropin hoặc bệnh lý của bạn đời.

Thứ năm, “giãn tĩnh mạch thừng tinh là phải mổ” không đúng với mọi trường hợp; quyết định dựa trên khám lâm sàng, tinh dịch đồ và hoàn cảnh cặp đôi. Thứ sáu, “làm IVF là chắc chắn có con” là kỳ vọng thiếu thực tế vì còn phụ thuộc tuổi, noãn, phôi, sức khỏe và nhiều yếu tố khác. Thứ bảy, “hiếm muộn chỉ là lỗi của người vợ hoặc người chồng” là quan niệm gây hại; sự đồng hành giữa hai người giúp cải thiện cả trải nghiệm điều trị và chất lượng quyết định.

Thông điệp quan trọng là: kiểm tra sớm, hiểu đúng nguyên nhân, ưu tiên giải pháp có bằng chứng, tránh tự dùng hormone và chủ động thảo luận lựa chọn cùng bác sĩ. Nội dung giáo dục sức khỏe không thay thế chẩn đoán và điều trị cá thể hóa.

12. Kế hoạch 90 ngày và sức khỏe tinh thần

Quá trình sinh tinh đòi hỏi thời gian, vì vậy các thay đổi tích cực nên được duy trì nhiều tháng và được đánh giá lại theo chỉ định. Người nam có thể cùng bác sĩ lập kế hoạch thực tế: ngừng thuốc lá và chất kích thích, hạn chế rượu, cân bằng cân nặng, ngủ đủ, vận động vừa sức, kiểm soát bệnh mạn tính, tránh nguồn nhiệt quá mức kéo dài và rà soát thuốc đang dùng. Nếu đang điều trị ung thư hoặc sắp phẫu thuật có nguy cơ ảnh hưởng khả năng sinh sản, cần trao đổi về trữ lạnh tinh trùng càng sớm càng tốt.

Hiếm muộn thường đi kèm lo âu, tự trách, căng thẳng trong quan hệ tình cảm và áp lực từ gia đình. Đây là vấn đề sức khỏe của cặp đôi chứ không phải thước đo nam tính hoặc phẩm giá cá nhân. Việc duy trì giao tiếp cởi mở, chia sẻ trách nhiệm đi khám, tư vấn tâm lý khi cần và thống nhất mục tiêu điều trị giúp hành trình bớt nặng nề. Chủ động theo dõi và có kế hoạch cùng bác sĩ có giá trị hơn việc thử những mẹo truyền miệng thiếu kiểm chứng.

CÂU HỎI THƯỜNG GẶP

Các câu trả lời dưới đây được trình bày ngắn gọn để người đọc tra cứu nhanh. Việc áp dụng cho từng trường hợp cần dựa trên thăm khám và tư vấn y khoa.

A. Khái niệm và thời điểm đi khám

Câu 01. Hiếm muộn nam giới là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là tình trạng người nam có yếu tố làm giảm khả năng sinh con; cần đánh giá trong bối cảnh của cả cặp đôi.

Câu 02. Sau bao lâu chưa có con nên đi khám?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường nên khám sau 12 tháng quan hệ đều đặn không tránh thai; nếu người nữ từ 35 tuổi, mốc thường là 6 tháng.

Câu 03. Đã có con trước đây có thể bị hiếm muộn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Đây là hiếm muộn thứ phát; bệnh mới mắc, tuổi tác hoặc thay đổi sức khỏe đều có thể ảnh hưởng.

Câu 04. Hiếm muộn có phải vô sinh vĩnh viễn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Nhiều nguyên nhân có thể điều trị hoặc có giải pháp hỗ trợ sinh sản phù hợp.

Câu 05. Đàn ông cương tốt có chắc tinh trùng bình thường không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Chức năng cương và quá trình sản xuất tinh trùng là hai chức năng khác nhau.

Câu 06. Xuất tinh nhiều có chứng minh khả năng sinh sản tốt không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Thể tích tinh dịch không phản ánh trực tiếp số lượng hay chất lượng tinh trùng.

Câu 07. Ai cần đi khám: chồng hay vợ?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cả hai nên được đánh giá song song để tránh mất thời gian và bỏ sót nguyên nhân phối hợp.

Câu 08. Người nữ dưới 35 tuổi có nên khám sớm hơn 12 tháng?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có, khi một trong hai người có dấu hiệu hoặc tiền sử gợi ý suy giảm khả năng sinh sản.

Câu 09. Không có triệu chứng nam khoa vẫn cần kiểm tra?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Hiếm muộn nam thường không gây triệu chứng rõ ràng ngoài việc chậm có con.

Câu 10. Hiếm muộn nam có phổ biến không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, yếu tố nam xuất hiện trong một tỷ lệ đáng kể các cặp đôi hiếm muộn, có thể đơn độc hoặc phối hợp yếu tố nữ.

B. Tinh dịch đồ và cách đọc kết quả

Câu 11. Tinh dịch đồ đo những gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, xét nghiệm đánh giá thể tích, mật độ, tổng số, di động, hình thái và một số chỉ số liên quan tinh trùng.

Câu 12. Cần kiêng xuất tinh mấy ngày trước xét nghiệm?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường 2–7 ngày theo hướng dẫn của cơ sở xét nghiệm, và cần ghi đúng thời gian kiêng.

Câu 13. Làm tinh dịch đồ một lần có đủ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, khi kết quả bất thường, thường cần làm lại để xác nhận vì thông số tinh dịch dao động tự nhiên.

Câu 14. Tinh dịch đồ bình thường có chắc chắn có con?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Kết quả chỉ là một phần đánh giá và không bảo đảm khả năng thụ thai.

Câu 15. Mật độ 16 triệu/mL có ý nghĩa gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đây là mốc bách phân vị thứ năm WHO 2021, không phải ranh giới tuyệt đối giữa có và không có khả năng sinh sản.

Câu 16. Tinh trùng tiến tới 30% là tốt hay xấu?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đây là một mốc tham chiếu của WHO 2021; cần kết hợp các chỉ số khác và bối cảnh lâm sàng.

Câu 17. Hình thái bình thường 4% có phải 96% tinh trùng hỏng?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Chỉ số hình thái sử dụng tiêu chuẩn đánh giá nghiêm ngặt, không đồng nghĩa 96% không thể thụ tinh.

Câu 18. Mẫu tinh dịch bị rơi mất một phần có sao không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể làm sai lệch kết quả, nhất là tổng số tinh trùng; nên báo ngay phòng xét nghiệm.

Câu 19. Sau sốt cao nên xét nghiệm tinh dịch lúc nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cần thông báo thời điểm sốt; bác sĩ sẽ quyết định khi nào xét nghiệm hoặc kiểm tra lại phù hợp.

Câu 20. Có thể tự đọc tinh dịch đồ qua mạng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chỉ nên dùng để hiểu thuật ngữ; kết luận cần dựa vào bệnh sử, khám và các xét nghiệm liên quan.

C. Nguyên nhân tại tinh hoàn và đường dẫn tinh

Câu 21. Giãn tĩnh mạch thừng tinh có gây hiếm muộn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể liên quan giảm chất lượng tinh trùng, nhưng không phải mọi trường hợp đều cần phẫu thuật.

Câu 22. Giãn tĩnh mạch chỉ thấy trên siêu âm có phải mổ?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thông thường không chỉ định can thiệp vì mục tiêu hiếm muộn nếu không sờ thấy trên khám lâm sàng.

Câu 23. Tinh hoàn ẩn có ảnh hưởng khả năng sinh sản?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có, đặc biệt khi hai bên hoặc xử trí muộn; người bệnh nên được đánh giá chuyên khoa.

Câu 24. Quai bị có luôn dẫn đến hiếm muộn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Nguy cơ đáng chú ý khi có biến chứng viêm tinh hoàn, nhất là sau dậy thì.

Câu 25. Từng xoắn tinh hoàn có khó có con?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể, tùy mức độ tổn thương và thời gian xử trí; cần kiểm tra chức năng tinh hoàn khi mong con.

Câu 26. Tắc ống dẫn tinh có tạo tinh trùng được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể tinh hoàn vẫn tạo tinh trùng, nhưng tinh trùng không đi ra ngoài qua tinh dịch.

Câu 27. Không có ống dẫn tinh bẩm sinh có chữa được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể cân nhắc lấy tinh trùng và hỗ trợ sinh sản; cần đánh giá di truyền CFTR phù hợp.

Câu 28. Chấn thương bìu có gây hiếm muộn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tổn thương tinh hoàn nặng có thể ảnh hưởng sinh tinh, nên thăm khám sau chấn thương.

Câu 29. Viêm tinh hoàn có làm giảm tinh trùng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể, tùy tác nhân, mức độ và di chứng; điều trị nguyên nhân và theo dõi là cần thiết.

Câu 30. Tinh hoàn nhỏ có nghĩa chắc chắn vô sinh?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Đây là dấu hiệu cần khám nội tiết và tinh dịch đồ để xác định chức năng thực tế.

D. Nội tiết, thuốc và bệnh toàn thân

Câu 31. Testosterone thấp có làm khó có con?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể liên quan rối loạn nội tiết sinh tinh, nhưng cần đánh giá cùng FSH, LH và triệu chứng.

Câu 32. Tiêm testosterone có giúp tăng số lượng tinh trùng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; testosterone ngoại sinh có thể ức chế sinh tinh và làm giảm mạnh số lượng tinh trùng.

Câu 33. Dùng steroid tăng cơ có gây vô tinh?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể. Cần ngừng sử dụng dưới hướng dẫn chuyên môn và đánh giá thời gian hồi phục.

Câu 34. FSH cao có ý nghĩa gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể gợi ý suy giảm chức năng sinh tinh, song không đủ để kết luận nguyên nhân hay tiên lượng.

Câu 35. Prolactin cao có ảnh hưởng sinh sản không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể gây rối loạn trục nội tiết và chức năng tình dục; cần xác định nguyên nhân tăng.

Câu 36. Đái tháo đường có làm giảm khả năng có con?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể ảnh hưởng đến xuất tinh, nội tiết và sức khỏe sinh sản; kiểm soát đường huyết rất quan trọng.

Câu 37. Béo phì có ảnh hưởng chất lượng tinh trùng?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, béo phì liên quan đến bất thường chuyển hóa và nội tiết, có thể làm giảm sức khỏe sinh sản.

Câu 38. Hóa trị có thể gây mất tinh trùng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Người chuẩn bị điều trị ung thư nên hỏi về trữ lạnh tinh trùng trước điều trị.

Câu 39. Thuốc chữa bệnh có ảnh hưởng tinh trùng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, một số thuốc có thể ảnh hưởng; không tự ngừng thuốc mà cần trao đổi với bác sĩ điều trị.

Câu 40. Bổ sung testosterone khi đang mong con có an toàn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nên tự sử dụng; cần lựa chọn biện pháp điều trị nội tiết bảo tồn khả năng sinh tinh khi có chỉ định.

E. Lối sống và dự phòng

Câu 41. Hút thuốc lá có liên quan hiếm muộn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, hút thuốc có thể bất lợi cho các thông số tinh trùng và sức khỏe toàn thân; nên cai thuốc.

Câu 42. Uống rượu nhiều có hại tinh trùng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, uống nhiều rượu có thể ảnh hưởng nội tiết và chất lượng tinh trùng; nên hạn chế.

Câu 43. Thức khuya có chắc gây vô sinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không thể kết luận chỉ từ thức khuya, nhưng ngủ đủ giúp duy trì sức khỏe nội tiết và chuyển hóa.

Câu 44. Ngồi làm việc lâu có khiến tinh trùng yếu?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chưa thể quy trực tiếp; hãy vận động đều, kiểm soát cân nặng và tránh nhiệt độ quá cao kéo dài.

Câu 45. Tắm nước nóng có gây hiếm muộn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tiếp xúc nhiệt cao kéo dài có thể ảnh hưởng tạm thời đến sinh tinh; nên hạn chế tình huống quá nóng.

Câu 46. Để laptop trên đùi có gây vô sinh?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chưa có cơ sở khẳng định vô sinh do một thói quen đơn lẻ; nên giảm tiếp xúc nhiệt trực tiếp kéo dài.

Câu 47. Tập gym có tốt cho sinh sản nam?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, vận động hợp lý có lợi, nhưng cần tránh lạm dụng steroid đồng hóa hoặc tập luyện quá sức.

Câu 48. Giảm cân có cải thiện tinh trùng?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể hỗ trợ khi thừa cân – béo phì; hiệu quả phụ thuộc nguyên nhân và cần thời gian theo dõi.

Câu 49. Ăn hàu có chữa được hiếm muộn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không có thực phẩm đơn lẻ nào điều trị được mọi nguyên nhân hiếm muộn; nên ăn cân bằng.

Câu 50. Nên thay đổi lối sống bao lâu trước khi xét nghiệm lại?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường cần vài tháng để quan sát thay đổi của một chu kỳ sinh tinh, tùy chỉ định cụ thể.

F. Rối loạn tình dục, nhiễm trùng

Câu 51. Rối loạn cương có gây khó có con không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể làm giảm cơ hội quan hệ đúng thời điểm; đồng thời cần kiểm tra yếu tố sinh sản khác.

Câu 52. Xuất tinh sớm có gây vô sinh?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không trực tiếp nếu tinh dịch được phóng vào âm đạo; trường hợp ảnh hưởng quan hệ cần tư vấn.

Câu 53. Không xuất tinh có cần kiểm tra hiếm muộn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có, vì có thể liên quan rối loạn phóng tinh, thần kinh hoặc đường dẫn tinh.

Câu 54. Xuất tinh ngược dòng có thể có con không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể có lựa chọn thu nhận tinh trùng và hỗ trợ sinh sản sau khi xác định nguyên nhân.

Câu 55. Đau khi xuất tinh có ảnh hưởng khả năng sinh sản?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đau không đồng nghĩa vô sinh nhưng có thể gợi ý bệnh cần khám và điều trị.

Câu 56. Nhiễm lậu có thể gây hiếm muộn nam không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nhiễm trùng đường sinh dục có thể để lại biến chứng; cần xét nghiệm và điều trị đúng phác đồ.

Câu 57. Chlamydia có ảnh hưởng khả năng có con?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể gây viêm đường sinh dục; phòng ngừa, phát hiện và điều trị sớm là quan trọng.

Câu 58. Bạch cầu trong tinh dịch có luôn cần uống kháng sinh?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Cần xác định nguyên nhân và bằng chứng nhiễm khuẩn trước khi chỉ định thuốc.

Câu 59. Viêm tuyến tiền liệt mạn tính có luôn gây hiếm muộn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Mối liên quan thay đổi theo từng trường hợp; nên đánh giá toàn bộ kết quả và triệu chứng.

Câu 60. Bao cao su có làm “yếu” tinh trùng sau này?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Sử dụng bao cao su đúng cách giúp phòng ngừa một số bệnh lây truyền qua đường tình dục.

G. Vô tinh và kiểm tra nâng cao

Câu 61. Vô tinh là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là tình trạng không phát hiện tinh trùng trong tinh dịch khi được xét nghiệm đúng quy trình.

Câu 62. Vô tinh có hai loại chính nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, gồm vô tinh do tắc nghẽn và vô tinh không do tắc nghẽn; cách điều trị khác nhau.

Câu 63. Có cần xét nghiệm lại khi báo vô tinh?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có, thường phải xác nhận bằng xét nghiệm lặp lại và kiểm tra cặn sau ly tâm phù hợp.

Câu 64. Vô tinh có thể lấy tinh trùng từ tinh hoàn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, một số trường hợp có thể; khả năng thu hồi phụ thuộc nguyên nhân và đánh giá chuyên khoa.

Câu 65. micro-TESE là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là phẫu thuật vi phẫu tìm và lấy tinh trùng từ mô tinh hoàn trong các trường hợp được lựa chọn.

Câu 66. FSH bình thường có loại trừ vô tinh không do tắc?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Nội tiết là một phần dữ liệu, không thể thay thế chẩn đoán toàn diện.

Câu 67. Khi nào cần xét nghiệm nhiễm sắc thể?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, khi vô tinh hoặc giảm tinh trùng nặng trong bối cảnh phù hợp, theo đánh giá và tư vấn di truyền.

Câu 68. Vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y có liên quan sinh sản?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Một số dạng ảnh hưởng nghiêm trọng đến sinh tinh và có thể di truyền cho con trai.

Câu 69. Có phải ai hiếm muộn cũng cần xét nghiệm DNA tinh trùng?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Xét nghiệm phân mảnh DNA chỉ được cân nhắc trong tình huống lâm sàng chọn lọc.

Câu 70. Siêu âm bìu có thay thế được tinh dịch đồ?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Siêu âm đánh giá giải phẫu, còn tinh dịch đồ phản ánh các thông số của mẫu xuất tinh.

H. Điều trị nguyên nhân và thuốc

Câu 71. Hiếm muộn nam có điều trị khỏi hoàn toàn được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tùy nguyên nhân; một số tình trạng có thể đảo ngược, số khác cần hỗ trợ sinh sản.

Câu 72. Có nên mổ tất cả trường hợp giãn tĩnh mạch thừng tinh?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Chỉ định dựa vào khám lâm sàng, tinh dịch đồ, tình trạng cặp đôi và mục tiêu điều trị.

Câu 73. Sau mổ giãn tĩnh mạch bao lâu biết hiệu quả?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường cần theo dõi qua nhiều tháng và xét nghiệm tinh dịch lặp lại theo kế hoạch.

Câu 74. Thuốc chống oxy hóa có chắc tăng tỷ lệ có con?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chưa có bằng chứng nhất quán để bảo đảm tăng tỷ lệ sinh con sống ở mọi bệnh nhân.

Câu 75. Có nên uống thuốc bổ tinh trùng theo quảng cáo?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nên tự dùng; cần biết nguyên nhân và trao đổi về bằng chứng, chi phí, nguy cơ.

Câu 76. Kháng sinh có giúp tăng tinh trùng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chỉ có vai trò khi có tình trạng nhiễm khuẩn phù hợp; không phải thuốc điều trị chung cho hiếm muộn.

Câu 77. Thuốc kích thích nội tiết có dùng cho mọi người?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Chỉ một số rối loạn nội tiết và tình huống chọn lọc mới có chỉ định.

Câu 78. Có nên dùng thuốc nam không rõ thành phần?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không, vì có nguy cơ lẫn hormone, chất cấm hoặc tương tác thuốc mà không có bằng chứng hiệu quả.

Câu 79. Điều trị hiếm muộn có cần điều trị bệnh chuyển hóa?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Kiểm soát bệnh nền giúp cải thiện sức khỏe tổng thể và hỗ trợ kế hoạch sinh sản.

Câu 80. Nếu điều trị nội khoa thất bại thì sao?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cần đánh giá lại nguyên nhân, thời gian mong con và cân nhắc các phương án hỗ trợ sinh sản.

I. Hỗ trợ sinh sản và bảo tồn khả năng sinh con

Câu 81. IUI là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là kỹ thuật bơm tinh trùng đã chuẩn bị vào buồng tử cung ở thời điểm phù hợp.

Câu 82. IVF là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là thụ tinh trong ống nghiệm, kết hợp noãn và tinh trùng trong phòng thí nghiệm.

Câu 83. ICSI là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là kỹ thuật tiêm một tinh trùng vào bào tương noãn, thường áp dụng trong những chỉ định chọn lọc.

Câu 84. Tinh trùng ít có bắt buộc làm ICSI?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Quyết định dựa vào mức độ bất thường và tình trạng của cả cặp đôi.

Câu 85. Lấy tinh trùng từ tinh hoàn có đau không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thủ thuật có gây tê hoặc gây mê phù hợp; vẫn có nguy cơ đau, chảy máu và biến chứng.

Câu 86. Trữ lạnh tinh trùng dùng khi nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nên cân nhắc trước điều trị có nguy cơ hại sinh tinh hoặc khi cần bảo tồn khả năng sinh sản.

Câu 87. Trữ lạnh tinh trùng có bảo đảm có con sau này?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Đây là biện pháp bảo tồn lựa chọn, nhưng kết quả phụ thuộc chất lượng mẫu và nhiều yếu tố khác.

Câu 88. IVF/ICSI có thành công 100% không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Tuổi người nữ, chất lượng giao tử, phôi và nhiều yếu tố lâm sàng ảnh hưởng kết quả.

Câu 89. Dùng tinh trùng hiến tặng có phải lựa chọn duy nhất khi vô tinh?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Một số người có khả năng tìm tinh trùng từ tinh hoàn; cần tư vấn đầy đủ các lựa chọn.

Câu 90. Trước ICSI có cần tư vấn di truyền?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cần đặc biệt chú trọng khi có bất thường di truyền đã xác định hoặc nghi ngờ.

K. Tâm lý, đồng hành và những hiểu lầm

Câu 91. Hiếm muộn có chứng tỏ người đàn ông kém nam tính?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Khả năng sinh sản không phải thước đo nam tính, giá trị hay phẩm chất con người.

Câu 92. Áp lực tâm lý có phải nguyên nhân duy nhất gây hiếm muộn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Căng thẳng có thể tác động gián tiếp nhưng cần tìm nguyên nhân y khoa thực tế.

Câu 93. Vợ chồng có nên cùng tham gia tư vấn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nên, nếu cả hai đồng ý; điều này giúp thống nhất mục tiêu và quyết định điều trị.

Câu 94. Có nên giấu bạn đời kết quả tinh dịch đồ xấu?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nên tự gây áp lực một mình; trao đổi tôn trọng, riêng tư giúp hỗ trợ nhau.

Câu 95. Quan hệ mỗi ngày có làm cạn tinh trùng?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không phải nguyên nhân vô sinh; tần suất phù hợp cần xét điều kiện và chất lượng mẫu.

Câu 96. Canh rụng trứng có thay thế khám hiếm muộn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Đây là hỗ trợ xác định thời điểm, không giải quyết nguyên nhân sinh sản đã có.

Câu 97. Thực phẩm chức năng có thể thay mọi xét nghiệm?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Chúng không thay thế việc chẩn đoán và điều trị nguyên nhân.

Câu 98. Có cần xét nghiệm lại nếu đã đổi lối sống?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nên thực hiện theo kế hoạch bác sĩ để đánh giá biến đổi thực tế qua thời gian.

Câu 99. Nên chuẩn bị gì trước buổi khám hiếm muộn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, mang kết quả xét nghiệm cũ, danh sách thuốc, bệnh sử và ghi lại thời gian mong con.

Câu 100. Thông điệp quan trọng nhất cho cặp đôi là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, hãy đi khám đúng thời điểm, đánh giá cả hai và lựa chọn giải pháp dựa trên bằng chứng khoa học.

KẾT LUẬN

Hiếm muộn ở nam giới là vấn đề sức khỏe đa yếu tố, có thể phản ánh những thay đổi của tinh hoàn, hệ nội tiết, chuyển hóa, chức năng tình dục, lối sống, môi trường và tâm lý. Việc đánh giá đầy đủ sức khỏe của người nam và bạn đời, thay vì chỉ dựa vào một mẫu tinh dịch, tạo điều kiện nhận diện nguyên nhân có thể điều trị, bảo vệ sức khỏe lâu dài và lựa chọn kỹ thuật hỗ trợ sinh sản đúng thời điểm.

Chăm sóc hiệu quả cần kết hợp phòng ngừa và kiểm soát bệnh nền, dinh dưỡng – vận động – giấc ngủ, ngừng thuốc lá và các chất gây hại, điều trị rối loạn tình dục, hỗ trợ tâm lý và cá thể hóa can thiệp Nam khoa. Không dùng testosterone hoặc steroid đồng hóa khi đang mong con nếu không có chỉ định được cân nhắc kỹ bởi bác sĩ chuyên khoa. Hành trình này cần sự chủ động, kiên nhẫn và đồng hành của cả hai người, trên nền tảng bằng chứng khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility. Geneva: World Health Organization; 2025. 262 trang.

2. World Health Organization. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. 6th ed. Geneva: World Health Organization; 2021.

3. European Association of Urology. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health 2026: Male Infertility. Arnhem: EAU Guidelines Office; 2026. Chương 11.

4. American Urological Association; American Society for Reproductive Medicine. Diagnosis and Treatment of Infertility in Men: AUA/ASRM Guideline (2020, amended 2024). 2024.

5. Brannigan RE, Hermanson L, Kaczmarek J, Kim SK, Kirkby E, Tanrikut C. Updates to Male Infertility: AUA/ASRM Guideline (2024). Journal of Urology. 2024.

6. American Society for Reproductive Medicine. Definition of infertility: a committee opinion. Fertility and Sterility. 2023.

7. American Society for Reproductive Medicine. Tobacco or marijuana use and infertility: a committee opinion. Fertility and Sterility. 2024;121:589–603.

8. American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of sexual dysfunction in the male partner in the setting of infertility: a committee opinion. Fertility and Sterility. 2023;120:967–972.

9. World Health Organization. Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility: summary of recommendations. Geneva: World Health Organization; 2025. 20 trang.

10. Boitrelle F, Shah R, Saleh R, Henkel R, Kandil H, Chung E, et al. The sixth edition of the WHO manual for human semen analysis: a critical review and SWOT analysis. Life. 2021;11:1368.

11. World Health Organization. WHO issues first global guideline on infertility. Geneva: World Health Organization; 28 November 2025.

MEN'S HEALTH®
BE STRONGER

Doctor BANANA®
PHÁI MẠNH LÀ PHÁI MẠNH