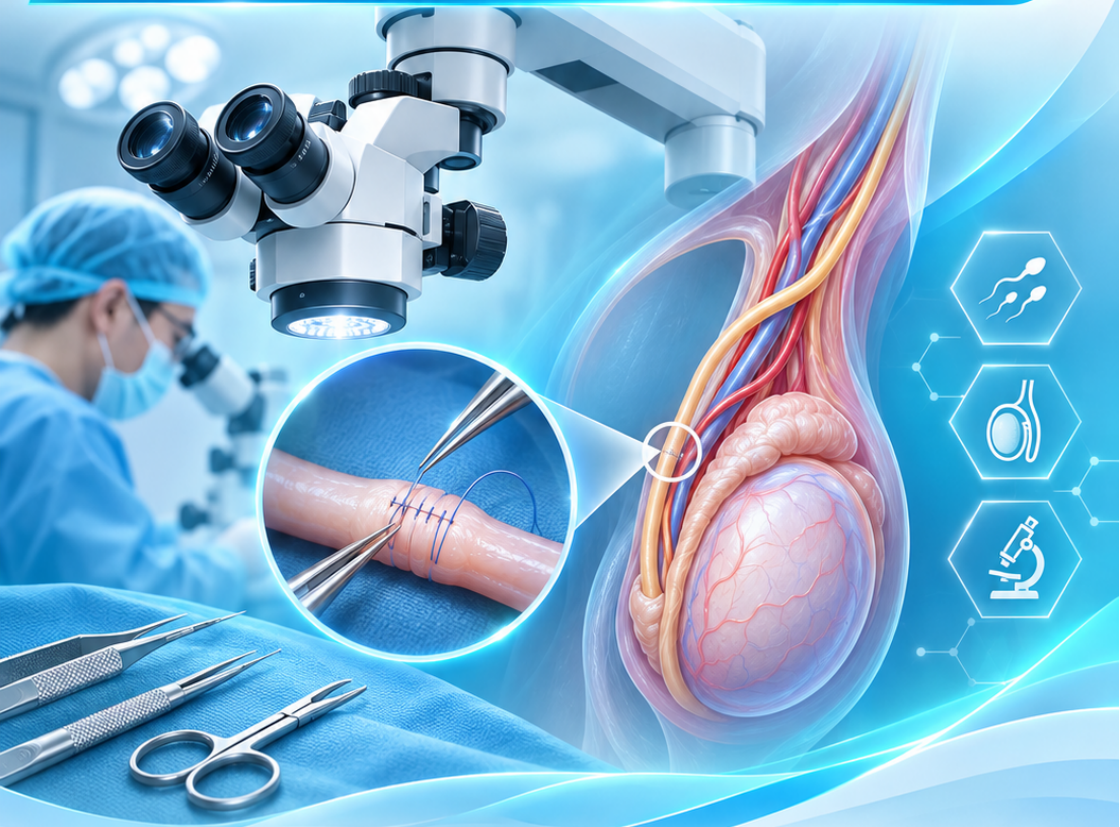
MEN'S HEALTH
BE STRONGER

Doctor BANANA®
PHÁI MẠNH LÀ PHẢI MẠNH

CẨM NANG SỨC KHỎE NAM GIỚI

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ
VI PHẪU NAM KHOA



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

2026

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ VI PHẪU NAM KHOA

CẨM NANG SỨC KHỎE NAM GIỚI | XUẤT BẢN 2026

Tác giả: TS.BS.CK2 Trà Anh Duy

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

Tài liệu truyền thông giáo dục sức khỏe. Thông tin không thay thế chẩn đoán và 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 về vi phẫu nam khoa

Câu hỏi thường gặp về vi phẫu nam khoa

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 học, quan tâm đến chăm sóc sức khỏe nam giới dưới góc nhìn toàn diện: chức năng sinh sản, sức khỏe tình dục, nội tiết, các bệnh lý cơ quan sinh dục và chất lượng sống. Trong thực hành chuyên môn, việc lắng nghe triệu chứng, tìm hiểu mục tiêu điều trị và tôn trọng lựa chọn của người bệnh có ý nghĩa quan trọng không kém những kỹ thuật chẩn đoán và can thiệp hiện đại.

Đối với nhóm bệnh liên quan đến khả năng sinh sản, bác sĩ nhấn mạnh rằng mỗi chỉ số tinh dịch đồ cần được diễn giải trong bối cảnh lâm sàng, đồng thời khảo sát cả hai thành viên của cặp đôi. Không phải mọi bất thường đều cần phẫu thuật; tương tự, một phương pháp được gọi là "tiên tiến" chưa chắc đã là lựa chọn tối ưu cho mọi người. Quyết định điều trị cần dựa trên bằng chứng khoa học, lợi ích kỳ vọng, rủi ro, khả năng tiếp cận dịch vụ và mong muốn có con của gia đình.

Thông qua hoạt động tư vấn, truyền thông và biên soạn tài liệu giáo dục sức khỏe, TS.BS.CK2 Trà Anh Duy hướng đến việc chuyển tải kiến thức chuyên môn thành thông tin dễ hiểu, chính xác, thực tế. Cuốn cẩm nang này tiếp cận vi phẫu nam khoa từ những câu hỏi thường gặp của cộng đồng: vi phẫu là gì, khi nào nên thực hiện, chuẩn bị ra sao, những giới hạn nào cần được hiểu rõ và làm thế nào để theo dõi kết quả một cách có trách nhiệm. Nội dung được xây dựng nhằm hỗ trợ người đọc trao đổi hiệu quả hơn với bác sĩ điều trị, không thay thế việc khám bệnh trực tiếp.

GIỚI THIỆU HỆ THỐNG MEN'S HEALTH

Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health định hướng phát triển dịch vụ chăm sóc sức khỏe nam giới theo cách tiếp cận liên tục, kín đáo và lấy người bệnh làm trung tâm. Các vấn đề thường gặp ở nam giới có thể liên quan đồng thời đến thể chất, sinh sản, nội tiết, tình dục và tâm lý; vì vậy, đánh giá đầy đủ cần vượt ra ngoài một triệu chứng riêng lẻ hoặc một kết quả xét nghiệm đơn độc.

Trong định hướng chuyên môn, Men's Health chú trọng tư vấn, thăm khám và quản lý các nhóm vấn đề như rối loạn chức năng tình dục, hiếm muộn nam, nội tiết nam giới, bệnh lý tinh hoàn – bìu, dương vật, niệu đạo, nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, sức khỏe tiền hôn nhân và các vấn đề sức khỏe liên quan. Khi có chỉ định can thiệp ngoại khoa hoặc kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, người bệnh cần được giải thích mục tiêu điều trị, các lựa chọn thay thế, khả năng thành công cũng như nguy cơ có thể gặp, đồng thời được phối hợp chuyển tuyến phù hợp khi vượt quá phạm vi chuyên môn và điều kiện triển khai.

Giá trị của một hành trình chăm sóc sức khỏe không chỉ nằm ở kết quả một lần khám hay một thủ thuật, mà còn ở quá trình theo dõi, dự phòng và hỗ trợ người bệnh chủ động đưa ra quyết định. Các tài liệu sức khỏe cộng đồng của hệ thống được xây dựng để giúp người đọc nhận biết dấu hiệu bất thường, hiểu đúng những thuật ngữ thường gặp và tìm kiếm sự trợ giúp y tế đúng thời điểm.

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 VI PHẪU NAM KHOA

Nội dung tổng hợp từ EAU 2026, AUA/ASRM 2024, AUA 2025–2026 và hướng dẫn xét nghiệm tinh dịch WHO 2021.



Hình 1. Bốn nhóm ứng dụng vi phẫu nam khoa. Hình minh họa giáo dục, không dùng thay thế hình ảnh phẫu thuật thực tế.

1. Vi phẫu nam khoa là gì?

Vi phẫu nam khoa (andrological microsurgery) là nhóm phẫu thuật thực hiện trên những cấu trúc rất nhỏ của hệ sinh dục nam bằng kính hiển vi phẫu thuật, dụng cụ vi phẫu, chỉ khâu siêu mảnh và kỹ thuật thao tác chính xác. Mục tiêu có thể là bảo tồn mạch máu và đường bạch huyết, nối lại đường vận chuyển tinh trùng, tìm các vùng sinh tinh còn hoạt động hoặc điều chỉnh một số đường dẫn truyền thần kinh gây đau. Khác với phẫu thuật "vết mổ

nhỏ", đặc điểm cốt lõi của vi phẫu là độ phóng đại và khả năng phân biệt, bảo vệ các cấu trúc mảnh trong lúc thao tác.

Vi phẫu không đồng nghĩa với nội soi, laser hay phẫu thuật bằng robot. Những kỹ thuật này có nguyên lý, ưu điểm và chỉ định khác nhau; đôi khi có thể phối hợp trong cùng chuyên ngành nhưng không thay thế cho nhau. Đặc biệt, một cuộc phẫu thuật chỉ thật sự mang lại lợi ích khi chẩn đoán đúng nguyên nhân, chỉ định hợp lý và có hệ thống theo dõi sau mổ.

Về bản chất, đây không phải là một phẫu thuật duy nhất mà là nhóm kỹ thuật có nguyên tắc chung: thao tác trong một trường mổ được phóng đại, sử dụng dụng cụ tinh tế, hạn chế tổn thương mô lành và bảo tồn chức năng lâu dài. Một đường rạch nhỏ nhưng không có thao tác vi phẫu đúng nghĩa chưa chắc mang lại lợi ích tương đương. Ngược lại, phẫu thuật viên có thể cần đường tiếp cận đủ rộng, kiểm soát chảy máu tốt và thời gian thao tác dài để thực hiện một miệng nối chuẩn xác. Vì thế, chất lượng vi phẫu được đánh giá bằng kết quả lâm sàng, an toàn và khả năng bảo tồn chức năng, không phải bằng kích thước vết mổ hay hình thức thiết bị.

Vi phẫu nam khoa thường nằm ở giao điểm giữa Nam học, Ngoại tiết niệu, nội tiết sinh sản, di truyền học và y học hỗ trợ sinh sản. Chỉ định phẫu thuật chỉ là một mắt xích của kế hoạch: trước mổ cần xác định bệnh lý nào có thể sửa chữa, trong mổ cần lựa chọn thao tác phù hợp, sau mổ phải đo được hiệu quả theo thời gian. Với mục tiêu có con, lợi ích thật sự không chỉ là một kết quả xét nghiệm đẹp hơn mà là tăng cơ hội sinh con an toàn, phù hợp hoàn cảnh của cả hai người trong cặp đôi.

2. Tại sao cần kính hiển vi?

Thừng tinh chứa động mạch tinh hoàn, hệ thống tĩnh mạch, mạch bạch huyết, ống dẫn tinh và thần kinh. Những cấu trúc này có thể nằm sát nhau, kích thước rất nhỏ nên dễ bị tổn thương khi bóc tách bằng mắt thường. Kính hiển vi cung cấp độ phóng đại, ánh sáng và trường nhìn ổn định giúp phẫu

thuật viên nhận diện đúng mô đích, chọn hướng thao tác và hạn chế tổn thương không cần thiết.

Trong mổ giãn tĩnh mạch thừng tinh, vi phẫu hỗ trợ nhận diện tĩnh mạch cần thắt, đồng thời bảo tồn động mạch và mạch bạch huyết. Trong nối ống dẫn tinh, hai lòng ống phải được đặt khớp chính xác để tinh trùng có cơ hội đi lại. Trong micro-TESE, quan sát có phóng đại giúp tìm những ống sinh tinh có vẻ hứa hẹn hơn để lấy mẫu, thay vì lấy mô rộng rãi theo cách ngẫu nhiên. Tuy nhiên, độ phóng đại không loại bỏ hoàn toàn tai biến.

Kính hiển vi phẫu thuật tạo điều kiện cho ê-kíp phối hợp nhịp nhàng giữa thao tác tay và quan sát trường mổ có chiều sâu. Để khai thác ưu điểm này, phẫu thuật viên cần học cách giữ tay ổn định, điều chỉnh tiêu cự, chọn độ phóng đại phù hợp và tránh kéo căng mô quá mức. Dụng cụ thường gồm kẹp vi phẫu, kéo nhỏ, chỉ khâu rất mảnh và hệ thống ánh sáng chuyên dụng. Trong những phẫu thuật có nguy cơ tổn thương động mạch, một số ê-kíp phối hợp Doppler trong mổ để xác định mạch đập. Dẫu vậy, kính hiển vi là công cụ hỗ trợ người thực hiện chứ không tự nó bảo đảm thành công.

Ở mức độ sinh học, động mạch đưa máu giàu oxy nuôi tinh hoàn, hệ bạch huyết dẫn lưu dịch mô và các nhánh thần kinh tham gia cảm giác. Tổn thương vô ý có thể gây những hệ quả khác nhau: thiếu tưới máu, phù hoặc tràn dịch màng tinh, thay đổi cảm giác, hay cơn đau kéo dài. Do vậy, nguyên tắc "đúng cấu trúc – đúng mục tiêu – bảo tồn tối đa" có ý nghĩa xuyên suốt cả bốn nhóm kỹ thuật.

3. Các nhóm kỹ thuật chính

Có thể phân loại vi phẫu nam khoa theo mục tiêu lâm sàng. Nhóm thứ nhất là vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh giãn (microsurgical varicocelectomy), nhằm can thiệp bệnh giãn tĩnh mạch thừng tinh khi đủ chỉ định. Nhóm thứ hai là vi phẫu tái thông đường dẫn tinh, bao gồm nối ống dẫn tinh – ống dẫn tinh

(vasovasostomy) và nối ống dẫn tinh – mào tinh (vasoepididymostomy), thường đặt ra ở vô tinh do tắc nghẽn.

Nhóm thứ ba là lấy tinh trùng phục vụ hỗ trợ sinh sản: microdissection testicular sperm extraction (micro-TESE) đối với một số trường hợp vô tinh không do tắc, hoặc microsurgical epididymal sperm aspiration (MESA) trong vô tinh do tắc phù hợp. Nhóm thứ tư gồm vi phẫu cắt chọn lọc thần kinh thừng tinh (microsurgical denervation of the spermatic cord – MDSC) cho người bệnh đau bìu mạn tính được tuyển chọn kỹ. Các kỹ thuật tái tạo mạch máu hoặc chấn thương phức tạp chỉ áp dụng trong những tình huống hiếm và phải do ê-kíp chuyên sâu thực hiện.

Bốn nhóm trên được phân chia theo mục đích điều trị, không phải theo mức độ nặng của bệnh. Nhóm xử lý giãn tĩnh mạch thừng tinh hướng đến cải thiện môi trường quanh tinh hoàn ở người có chỉ định. Nhóm tái thông giải quyết sự gián đoạn cơ học của đường dẫn tinh. Nhóm tìm tinh trùng cung cấp vật liệu sinh sản cho phòng phôi học khi không thể thu được tinh trùng phù hợp từ tinh dịch. Nhóm điều trị đau bìu mạn hướng đến điều biến những đường truyền cảm giác gây đau trong các trường hợp chọn lọc. Một người bệnh có thể đồng thời có nhiều bất thường, nhưng không vì vậy mà mặc nhiên cần thực hiện nhiều vi phẫu.

4. Vi phẫu giãn tĩnh mạch thừng tinh

Giãn tĩnh mạch thừng tinh (varicocele) là hiện tượng giãn bất thường đám rối tĩnh mạch quanh tinh hoàn. Một số người hoàn toàn không có triệu chứng, số khác có cảm giác nặng bìu hoặc có bất thường tinh dịch đồ. Không phải cứ siêu âm thấy giãn tĩnh mạch là phải mổ. Theo hướng dẫn AUA/ASRM 2024, có thể cân nhắc phẫu thuật ở nam giới đang mong con, có giãn tĩnh mạch khám thấy được, hiếm muộn và thông số tinh dịch bất thường; không khuyến nghị mổ với giãn tĩnh mạch chỉ thấy trên hình ảnh mà không sờ thấy trên lâm sàng.

Kỹ thuật vi phẫu thường tiếp cận đường bẹn hoặc dưới bẹn, phân biệt các nhánh tĩnh mạch với động mạch tinh và mạch bạch huyết. Bằng chứng tổng hợp cho thấy cách tiếp cận bằng kính hiển vi có thể làm giảm tái phát và biến chứng so với một số kỹ thuật không dùng kính, dù chất lượng chứng cứ không đồng đều. Hiệu quả đối với tinh dịch đồ thường được đánh giá sau vài tháng, không thể cam kết có thai; khi cân nhắc mổ cần tính cả tuổi và dự trữ buồng trứng của người bạn đời.

Ở người bị giãn tĩnh mạch thừng tinh, dòng máu tĩnh mạch hồi lưu bất thường có thể liên quan tăng nhiệt độ bìu, thay đổi vi môi trường tinh hoàn và stress oxy hóa. Tuy nhiên, mối liên hệ này không có nghĩa mọi trường hợp đều bị giảm khả năng sinh sản. Khi thăm khám, bác sĩ đánh giá tĩnh mạch trong tư thế đứng và khi làm nghiệm pháp tăng áp lực ổ bụng; siêu âm Doppler hỗ trợ khi khám khó xác định, khi cần khảo sát hai bên hoặc nghi tái phát. Phân độ lâm sàng thường mô tả mức chỉ sờ được khi làm nghiệm pháp, mức sờ được lúc nghỉ và mức có thể nhìn thấy rõ. "Giãn dưới lâm sàng" nghĩa là chỉ phát hiện qua hình ảnh, không được xem như chỉ định mổ thường quy để cải thiện sinh sản.

Quyết định can thiệp có thể khác ở nam giới trưởng thành mong con, người có triệu chứng đau kéo dài và thiếu niên đang phát triển. Ở thiếu niên, bác sĩ chú ý diễn tiến thể tích tinh hoàn qua nhiều lần kiểm tra, thay vì dựa vào một lần siêu âm. Trong lúc mổ, mục tiêu là xử trí các tĩnh mạch có liên quan mà vẫn duy trì cấp máu động mạch và dẫn lưu bạch huyết. Sau mổ có thể xuất hiện bầm đau, tụ máu, tràn dịch màng tinh, giãn còn tồn tại hoặc tái phát; hiếm hơn là tổn thương động mạch. Kết quả tinh dịch cần thời gian để biểu hiện vì chu kỳ sinh tinh diễn ra trong nhiều tuần; việc đánh giá quá sớm dễ gây nhận định sai.

5. Vi phẫu nối ống dẫn tinh

Ống dẫn tinh là đường đưa tinh trùng từ mào tinh đến đường xuất tinh. Sau thắt ống dẫn tinh hoặc một số tổn thương gây tắc, tinh hoàn vẫn có thể sinh tinh nhưng tinh trùng không ra được trong tinh dịch. Nối ống dẫn tinh – ống dẫn tinh (VV) sử dụng các mũi khâu rất nhỏ nhằm phục hồi sự thông suốt của hai đầu ống. Nếu tắc nghẽn nằm tại mào tinh, bác sĩ có thể phải thực hiện nối ống dẫn tinh – mào tinh (VE), đòi hỏi mức độ tinh vi cao hơn.

Quyết định dùng kỹ thuật nào phụ thuộc vị trí tắc, thời gian tắc, hình ảnh mô và phát hiện ngay trong mổ. Thành công cần được hiểu theo hai tầng: có tinh trùng xuất hiện trở lại trong tinh dịch (đường thông) và cặp đôi đạt được thai kỳ. Hai kết quả không tương đương, vì còn phụ thuộc chất lượng tinh trùng, tuổi người bạn đời và nhiều yếu tố khác. Hướng dẫn khuyến nghị tư vấn song song tái thông, lấy tinh trùng và thụ tinh trong ống nghiệm có tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (IVF/ICSI).

Tắc đường dẫn tinh có thể xảy ra sau thủ thuật thắt ống dẫn tinh, sau viêm, chấn thương hoặc phẫu thuật vùng bẹn – bìu. Để xác định hướng tiếp cận, bác sĩ kết hợp bệnh sử, thăm khám thể tích tinh hoàn, tình trạng mào tinh, cảm nhận ống dẫn tinh và kết quả tinh dịch – nội tiết. Ở người đã thắt ống dẫn tinh, thời gian từ khi thắt đến lúc muốn có con là một yếu tố được thảo luận, nhưng không phải dữ kiện duy nhất quyết định thành công. Lúc phẫu thuật, đặc điểm dịch tại đầu ống gần tinh hoàn và hình ảnh mô xung quanh có thể giúp xác định nên nối trực tiếp hai đầu ống hay cần nối tới mào tinh.

Nối ống dẫn tinh – ống dẫn tinh (VV) phục hồi tuyến đường có sẵn khi hai đầu phù hợp; nối ống dẫn tinh – mào tinh (VE) vượt qua đoạn tắc ở mào tinh, kỹ thuật phức tạp hơn vì lòng ống rất nhỏ. Sau mổ, tinh trùng không nhất thiết trở lại tinh dịch ngay và có thể cần nhiều lần kiểm tra. Ngay cả khi đường đã thông, chất lượng tinh trùng hoặc yếu tố từ bạn đời vẫn có thể hạn chế khả năng mang thai. Một số cặp đôi lựa chọn lấy và đông lạnh tinh

trùng đồng thời để dự phòng; lựa chọn này cần thảo luận trước phẫu thuật, không áp dụng máy móc.

6. Micro-TESE – tìm tinh trùng trong tinh hoàn

Vô tinh (azoospermia) là tình trạng không thấy tinh trùng trong mẫu tinh dịch sau khi xử lý, xác nhận đúng quy trình. Vô tinh không do tắc (non-obstructive azoospermia – NOA) xảy ra khi khả năng sinh tinh suy giảm hoặc chỉ còn ở những vùng nhỏ. Vi phẫu micro-TESE sử dụng kính hiển vi để khảo sát những ống sinh tinh và chọn mô có khả năng chứa tinh trùng; mẫu được chuyển cho phòng phôi học kiểm tra. Mục đích là tìm tinh trùng có thể dùng cho ICSI, chứ không phải "chữa lành" toàn bộ quá trình sinh tinh.

Hướng dẫn AUA/ASRM 2024 khuyến nghị micro-TESE cho nam giới NOA có chỉ định lấy tinh trùng; EAU 2026 cũng ưu tiên kỹ thuật này, nhưng nhấn mạnh cần đánh giá đầy đủ. Vô tinh phải được xác nhận qua ít nhất hai lần tinh dịch đồ, đồng thời xét nghiệm nội tiết, tư vấn di truyền khi phù hợp. Nếu mất đoạn hoàn toàn vùng AZFa hoặc AZFb trên nhiễm sắc thể Y, không nên thực hiện lấy tinh trùng vì khả năng tìm thấy tinh trùng là bằng không theo bằng chứng hướng dẫn. micro-TESE vẫn có nguy cơ không tìm được tinh trùng và có thể gây đau, tụ máu, ảnh hưởng nội tiết tinh hoàn.

Trong vô tinh không do tắc (NOA), sinh tinh có thể suy giảm trên diện rộng nhưng đôi khi còn những ổ nhỏ chứa tinh trùng. micro-TESE tìm các vùng ống sinh tinh có hình thái gợi ý khả năng sinh tinh dưới kính phóng đại, từ đó chọn mẫu để phòng phôi học khảo sát. Khác với nối đường dẫn tinh, phẫu thuật không làm tinh trùng đi trở lại trong tinh dịch và không chữa căn nguyên gây suy sinh tinh. Thành công đầu tiên được tính bằng việc phát hiện và thu hồi được tinh trùng có thể sử dụng, không đồng nhất với tỷ lệ thụ tinh, tạo phôi, mang thai hay sinh sống.

Trước khi cân nhắc micro-TESE, cần xác nhận vô tinh bằng tinh dịch đồ lặp lại kèm khảo sát mẫu sau ly tâm. Nội tiết, thể tích tinh hoàn, nhiễm sắc thể

đồ và xét nghiệm mất đoạn vùng AZF được chỉ định phù hợp với bệnh cảnh. Không nên hứa hẹn khả năng tìm thấy tinh trùng chỉ từ một trị số FSH hay một kết quả siêu âm. Khi có mất đoạn hoàn toàn AZFa hoặc AZFb, can thiệp tìm tinh trùng không được khuyến nghị theo hướng dẫn hiện hành. Ở một số người có bất thường di truyền khác, lựa chọn sẽ phụ thuộc tư vấn chuyên sâu. Việc lấy mô có thể ảnh hưởng chức năng nội tiết, vì vậy cần dự kiến theo dõi testosterone và triệu chứng sau phẫu thuật, đặc biệt khi dự trữ mô tinh hoàn hạn chế.

7. MESA và các cách lấy tinh trùng khác

MESA (microsurgical epididymal sperm aspiration) là chọc hút tinh trùng từ mào tinh dưới kính hiển vi; kỹ thuật thường phù hợp ở người vô tinh do tắc nghẽn với khả năng sinh tinh còn được bảo tồn. Các kỹ thuật khác bao gồm PESA (chọc hút mào tinh qua da), TESA (chọc hút tinh hoàn) và TESE (lấy mô tinh hoàn). Các phương pháp khác nhau về nguồn lấy mẫu, mức xâm lấn, nhu cầu gây mê và khả năng dự trữ mẫu, không thể xem một kỹ thuật là tốt nhất trong mọi tình huống.

Với vô tinh do tắc, có thể lấy tinh trùng từ mào tinh hoặc tinh hoàn để làm ICSI. Với NOA, các hướng dẫn hiện hành không khuyến nghị hút tinh hoàn bằng kim như lựa chọn thay cho micro-TESE. Chọn phương pháp cần phối hợp bác sĩ Nam học, bác sĩ hỗ trợ sinh sản và phòng phôi học để cân nhắc khả năng lấy tinh trùng, đông lạnh, thời điểm kích thích buồng trứng và xử lý nếu không tìm được tinh trùng.

Điểm phân biệt quan trọng là "không có tinh trùng trong tinh dịch" không đồng nghĩa "tinh hoàn không tạo ra tinh trùng". Nếu đường dẫn bị tắc nhưng quá trình sinh tinh còn bảo tồn, bác sĩ có thể lấy tinh trùng từ mào tinh hoặc tinh hoàn để thực hiện ICSI. MESA cho phép quan sát cấu trúc mào tinh bằng kính và hút dịch tại vị trí phù hợp; trong một số trường hợp có thể thu được số lượng tinh trùng đủ cho đông lạnh. PESA ít xâm lấn hơn nhưng là

kỹ thuật chọc hút không trực tiếp quan sát vi cấu trúc. TESE và TESA lấy mẫu từ tinh hoàn, khác nhau về cách tiếp cận và mức độ can thiệp.

Khi so sánh các kỹ thuật, cần phân biệt ba câu hỏi: tinh trùng được lấy từ đâu, chất lượng và số lượng đủ cho mục tiêu nào, và có nguy cơ làm tổn thương mô đến mức nào. Với NOA, micro-TESE thường được ưu tiên hơn chọc hút kim đơn thuần khi người bệnh phù hợp phẫu thuật lấy tinh trùng. Với vô tinh do tắc, lựa chọn có thể nghiêng về MESA, PESA, TESE, TESA hoặc tái thông tùy vị trí tắc, năng lực ê-kíp và kế hoạch hỗ trợ sinh sản. Mẫu tinh trùng sau lấy có thể được sử dụng ngay hoặc đông lạnh nếu đáp ứng điều kiện của phòng xét nghiệm.

8. Vi phẫu điều trị đau bìu mạn

Đau mạn tính ở tinh hoàn, mào tinh hoặc thừng tinh có thể tồn tại dai dẳng, ảnh hưởng giấc ngủ, vận động, công việc và đời sống tình dục. Nguyên nhân có thể liên quan giãn tĩnh mạch, bệnh lý viêm, tổn thương thần kinh, sàn chậu, cột sống hoặc đôi khi không tìm được tổn thương rõ. Trước khi nghĩ đến mổ, bác sĩ cần khai thác đầy đủ đặc điểm đau, thăm khám, loại trừ bệnh lý cần xử trí riêng và áp dụng điều trị bảo tồn phù hợp.

MDSC được xem xét ở nhóm đau bìu mạn được chọn lọc, đặc biệt khi phong bế thừng tinh trước mổ làm giảm đau rõ, gợi ý nguồn đau có liên quan đường dẫn truyền thần kinh tại thừng tinh. Theo AUA 2025, đây là lựa chọn có thể đề nghị dựa trên chứng cứ mức độ còn hạn chế; kết quả không bảo đảm hết đau hoàn toàn và có các nguy cơ như tụ máu, giảm cảm giác, tràn dịch màng tinh hoặc tổn thương mạch. Đau bìu xuất hiện đột ngột, dữ dội cần cấp cứu để loại trừ xoắn tinh hoàn, không được chờ điều trị đau mạn.

Đau bìu mạn không phải là một chẩn đoán duy nhất. Có người đau tập trung ở tinh hoàn, người khác đau dọc thừng tinh hoặc lan từ vùng bẹn, háng, lưng và sàn chậu. Bệnh sử cần làm rõ thời điểm khởi phát, mức độ, tính liên tục, yếu tố tăng giảm, liên quan tiểu tiện, xuất tinh, tư thế và vận động. Bác

sĩ phải loại trừ những nguyên nhân có thể điều trị đặc hiệu như tổn thương bìu, nhiễm trùng, khối u, thoát vị hoặc vấn đề thần kinh – cơ. Điều trị ban đầu thường gồm hướng dẫn hoạt động, thuốc thích hợp, vật lý trị liệu sàn chậu khi có chỉ định và các tiếp cận đa mô thức cho đau mạn.

Vi phẫu cắt thần kinh thừng tinh (MDSC) nhằm giảm những đường cảm giác đau liên quan thừng tinh trong khi cố gắng bảo tồn mạch máu, bạch huyết và các cấu trúc chức năng cần thiết. Phong bế thừng tinh trước mổ có thể giúp dự đoán người nào có khả năng đáp ứng hơn, nhưng không phải phép thử hoàn hảo. Một số báo cáo ghi nhận mức cải thiện đau đáng kể ở người được chọn lọc, song chứng cứ có giới hạn và kết quả có thể khác giữa các nghiên cứu. Bệnh nhân cần hiểu khả năng còn đau, thay đổi cảm giác hoặc biến chứng trước khi đồng ý can thiệp.

9. Ai là người cần đánh giá trước khi mổ?

Không phải người có "tinh trùng yếu", "tinh hoàn đau" hay "tĩnh mạch giãn" đều phù hợp vi phẫu. Bác sĩ cần biết tuổi, tiền sử bệnh và phẫu thuật, nhiễm trùng, sử dụng testosterone hoặc steroid đồng hóa, thuốc đang dùng, mong muốn có con và kết quả khám trước đây. Với hiếm muộn, đánh giá cả hai thành viên của cặp đôi là nguyên tắc then chốt; những vấn đề ở bạn đời có thể làm thay đổi hoàn toàn chiến lược điều trị.

Một số khảo sát được chỉ định theo từng bệnh cảnh: tinh dịch đồ chuẩn hóa, siêu âm bìu, FSH/LH/testosterone, xét nghiệm di truyền ở vô tinh hoặc thiểu tinh nặng, chẩn đoán hình ảnh khi nghi tắc nghẽn và các kiểm tra trước gây mê. Tinh dịch đồ bất thường thường cần lặp lại vì kết quả thay đổi theo thời gian và điều kiện lấy mẫu. Không nên dùng một "gói xét nghiệm" cố định cho tất cả.

Quy trình tiền phẫu nên được xây dựng quanh câu hỏi lâm sàng chứ không quanh tên kỹ thuật. Với hiếm muộn, cần xác nhận thời gian mong con, tần suất quan hệ, tiền sử đã từng có con, các bệnh lý và thuốc có thể ảnh hưởng

sinh tinh. Với vô tinh, khám tinh hoàn, ống dẫn tinh và mào tinh giúp định hướng nguyên nhân trước khi quyết định có cần xét nghiệm di truyền. Với đau bìu, mục đích là tìm nguyên nhân có thể chữa khỏi và đánh giá mức ảnh hưởng đến chất lượng sống. Với người lớn tuổi hoặc có bệnh nền, khám gây mê và kiểm soát bệnh tim mạch, chuyển hóa rất quan trọng.

Tình trạng đang sử dụng testosterone ngoại sinh hay steroid đồng hóa phải được khai thác rõ, vì những chất này có thể ức chế sinh tinh. Không nên tự ý ngừng thuốc đang dùng để điều trị bệnh khác, cũng không tự dùng thuốc kích thích sinh tinh trước mổ. Sau cùng, mọi xét nghiệm cần có lý do, người bệnh được thông báo ý nghĩa kết quả và tác động của chúng đối với quyết định phẫu thuật.

10. Lựa chọn giữa mổ và hỗ trợ sinh sản

Vi phẫu có thể giúp tái thông đường sinh sản hoặc cải thiện một số yếu tố có thể điều trị, nhưng hỗ trợ sinh sản có thể phù hợp hơn khi thời gian mong con cấp bách, dự trữ buồng trứng của người bạn đời hạn chế hoặc khó phục hồi đường dẫn tinh. Trong một số tình huống, hai phương án được phối hợp: lấy và đông lạnh tinh trùng cùng thời điểm phẫu thuật tái thông để dự phòng thất bại hoặc cần dùng ICSI sau đó.

Khi tư vấn, nên đặt ra các câu hỏi thực tế: mục tiêu là mang thai tự nhiên hay sớm có phôi? Có thể chờ bao lâu? Chi phí tổng cộng, tác động sức khỏe thể chất – tinh thần và khả năng cần can thiệp thêm ra sao? Cần phân biệt tỷ lệ tìm thấy tinh trùng, tỷ lệ đường thông, tỷ lệ có thai và tỷ lệ sinh sống. Chúng là các thước đo khác nhau và không thể thay thế cho nhau.

Không có một con đường tối ưu cho tất cả cặp đôi hiếm muộn. Với tắc ống dẫn tinh, nối vi phẫu có thể tạo cơ hội có thai tự nhiên trong tương lai, trong khi lấy tinh trùng kết hợp ICSI có thể rút ngắn một số bước nhưng đòi hỏi bạn đời trải qua quy trình hỗ trợ sinh sản. Nếu bạn đời có dự trữ buồng trứng thấp, thời gian chờ tinh trùng xuất hiện sau nối hoặc cải thiện sau điều

trị giãn tĩnh mạch có thể không phù hợp. Ngược lại, ở cặp đôi còn thời gian và có nguyện vọng nhiều con, phục hồi đường dẫn tinh có thể được cân nhắc kỹ.

Khi dự định thực hiện micro-TESE, cần phối hợp với phòng phôi học trước ngày mổ để thống nhất phương án tìm, xử lý và lưu trữ tinh trùng. Nếu không thu được tinh trùng, cặp đôi cần được tư vấn trước về hướng tiếp theo, kể cả dừng chu kỳ hoặc lựa chọn sinh sản khác theo quy định. Kế hoạch tốt không chỉ dựa trên tỷ lệ thành công công bố mà còn dựa trên hoàn cảnh thực tế, chi phí tổng thể, thời gian và sự chấp thuận của cả hai người.

11. Chuẩn bị trước vi phẫu

Người bệnh cần thông báo tiền sử dị ứng, rối loạn đông máu, bệnh tim phổi, đái tháo đường, các thuốc đang dùng và những lần gây mê trước đó. Thuốc chống đông, thuốc giảm đau, thực phẩm chức năng hoặc thuốc nội tiết chỉ được điều chỉnh sau khi bác sĩ xác nhận; không tự ý dừng thuốc. Thông thường có khám tiền mê, hướng dẫn nhịn ăn uống theo loại gây mê, vệ sinh vùng mổ và chuẩn bị người đưa về.

Với phẫu thuật liên quan sinh sản, nên làm rõ ngay trước mổ kế hoạch xử lý mô và tinh trùng, việc phối hợp phòng phôi học, khả năng đông lạnh, các xét nghiệm truyền nhiễm cần thiết và giấy đồng thuận. Cặp đôi nên thống nhất phương án trong trường hợp dự kiến lấy tinh trùng nhưng không tìm được tinh trùng. Không có xét nghiệm nào có thể bảo đảm 100% rằng micro-TESE sẽ thành công.

Trước phẫu thuật, người bệnh nên nhận được bản giải thích rõ ràng về tên thủ thuật, bên được can thiệp, phương án gây mê – giảm đau, nguy cơ chính và kỳ vọng thực tế. Cần báo đầy đủ thuốc đang dùng, kể cả thuốc chống đông, thuốc chống kết tập tiểu cầu, thuốc nội tiết và sản phẩm bổ sung. Quyết định tạm ngừng hoặc điều chỉnh thuốc phải do bác sĩ phụ trách phối hợp với chuyên khoa liên quan. Phẫu thuật vùng bìu còn cần đánh giá

tình trạng da, nhiễm trùng tại chỗ và các bệnh có thể làm chậm liền vết thương.

Với mục tiêu sinh sản, nên trao đổi sớm về xét nghiệm truyền nhiễm theo quy định, lưu trữ mẫu, chi phí đông lạnh tinh trùng, thời hạn bảo quản và các giấy đồng thuận. Việc chuẩn bị hậu phẫu cũng quan trọng: người đưa về, phương tiện đi lại, thời gian nghỉ và cách liên hệ ê-kíp khi xuất hiện bất thường. Sự chuẩn bị tốt giúp hạn chế gián đoạn chăm sóc, không đồng nghĩa loại trừ hết nguy cơ.

12. Trong và sau phẫu thuật

Tùy kỹ thuật, người bệnh được gây tê, gây tê vùng hoặc gây mê; thời gian mổ và thời gian nằm viện biến thiên theo mức độ phức tạp, bệnh nền và quy trình cơ sở. Sau mổ có thể đau, sưng hoặc bầm nhẹ tại chỗ trong một khoảng thời gian; mức độ bình thường phải được đội ngũ điều trị giải thích riêng. Hướng dẫn sử dụng thuốc, giữ vết mổ khô sạch, nâng đỡ bìu, vận động và quan hệ tình dục cần cá thể hóa theo kỹ thuật đã thực hiện.

Phải liên hệ cơ sở điều trị hoặc đến cấp cứu khi có sốt, đau tăng nhanh, sưng bìu tiến triển rõ, chảy máu không cầm, vết mổ tiết dịch hôi, chóng mặt/ngất hay bí tiểu. Các dấu hiệu này không nên tự xử lý bằng kháng sinh hoặc thuốc mua ngoài. Sau micro-TESE, một số người cần được theo dõi testosterone hoặc tình trạng tinh hoàn tùy đánh giá; sau mổ giãn tĩnh mạch thừng tinh hay nối ống dẫn tinh, lịch tinh dịch đồ giúp nhận biết tiến triển.

Thời gian thực hiện thay đổi nhiều giữa các kỹ thuật: một cuộc vi phẫu giãn tĩnh mạch thừng tinh, một miệng nối ống dẫn tinh và một cuộc micro-TESE có cấu trúc công việc khác nhau. Thời gian dài hơn không tự động phản ánh kỹ thuật khó hơn hay kết quả tốt hơn. Trong mổ, ê-kíp phải tuân thủ định danh người bệnh, xác định đúng vị trí can thiệp, kiểm soát vô khuẩn, cầm máu và ghi nhận những phát hiện quan trọng. Mẫu mô hay tinh trùng nếu

được lấy cần gắn nhãn và chuyển giao theo quy trình chặt chẽ để tránh sai sót.

Sau mổ, đau nhẹ và sưng bầm nhất định có thể xảy ra, nhưng mức độ phục hồi phụ thuộc loại can thiệp và tình trạng người bệnh. Nên dùng thuốc đúng đơn, hạn chế hoạt động gây kéo căng vùng mổ và tái khám theo lịch. Người bệnh cần được dặn rõ dấu hiệu cảnh báo: sốt, đau tăng nhanh, bìu sưng to tiến triển, vết mổ rỉ máu nhiều, chảy dịch bất thường hoặc khó tiểu. Không tự thay đổi lịch dùng kháng sinh hoặc tự nặn bóp vùng mổ.

13. Kết quả điều trị và giới hạn của kỹ thuật

Kết quả phụ thuộc nguyên nhân bệnh, mức độ tổn thương, kỹ thuật được lựa chọn, kinh nghiệm của nhóm phẫu thuật, chất lượng phòng phôi học và đặc điểm của cặp đôi. Với giãn tĩnh mạch thừng tinh, một số chỉ số tinh dịch có thể cải thiện sau nhiều tháng nhưng cũng có người không cải thiện. Với nối đường dẫn tinh, việc tinh trùng xuất hiện lại trong tinh dịch không tự động đồng nghĩa có thai. Với micro-TESE, mục tiêu đầu tiên chỉ là thu được tinh trùng có thể sử dụng; quá trình tạo phôi và mang thai vẫn là các giai đoạn tiếp theo.

Những lời hứa như "mổ xong chắc chắn có con", "cam kết hết đau", "tìm được tinh trùng 100%" là không phù hợp đạo đức tư vấn y khoa. Người bệnh nên yêu cầu kế hoạch theo dõi bằng mốc cụ thể, hiểu các phương án nếu thất bại và được giải thích rõ mức chắc chắn của thông tin bác sĩ cung cấp.

Một nguyên tắc quan trọng của đánh giá kết quả là chọn đúng "đích đo". Với vi phẫu giãn tĩnh mạch thừng tinh, có thể theo dõi triệu chứng, diễn tiến kích thước tinh hoàn khi phù hợp và một số thông số tinh dịch theo mốc thời gian. Với nối đường dẫn tinh, kết quả ban đầu là sự tái xuất hiện tinh trùng trong tinh dịch, sau đó mới đánh giá khả năng mang thai. Với micro-TESE, báo cáo nên ghi có hay không thu được tinh trùng dùng được và kế hoạch

xử lý mẫu. Với MDSC, cần so sánh mức đau và ảnh hưởng sinh hoạt trước – sau điều trị, thay vì chỉ hỏi "còn đau hay không".

Trong nghiên cứu khoa học, các chỉ số trung gian như mật độ tinh trùng, hình thái ống sinh tinh hoặc tỷ lệ thông ống có giá trị nhưng không thay thế kết cục quan trọng với người bệnh. Tỷ lệ mang thai còn chịu ảnh hưởng tuổi và sức khỏe bạn đời; tỷ lệ sinh sống còn bao gồm những giai đoạn diễn ra sau thụ tinh. Do vậy, không nên so sánh trực tiếp hai phẫu thuật chỉ bằng các con số phần trăm không cùng định nghĩa.

14. Những ngộ nhận thường gặp

Ngộ nhận thứ nhất là tất cả trường hợp giãn tĩnh mạch thừng tinh đều gây vô sinh; thực tế nhiều người vẫn có khả năng sinh sản bình thường và không cần can thiệp. Ngộ nhận thứ hai là "tinh dịch đồ bình thường" loại trừ hoàn toàn yếu tố nam; đánh giá hiếm muộn cần kết hợp bệnh sử, thăm khám và dữ kiện của cặp đôi. Ngộ nhận thứ ba là lấy tinh trùng càng nhiều mô càng tốt; với NOA, nguyên tắc là cân bằng khả năng tìm tinh trùng với bảo tồn tối đa mô và mạch máu tinh hoàn.

Ngộ nhận khác là vi phẫu đồng nghĩa "không để lại sẹo" hoặc "không cần hồi phục". Thực tế vẫn là phẫu thuật với chỉ định gây mê, chăm sóc vết mổ và nguy cơ biến chứng. Tên gọi kỹ thuật, kích thước đường rạch hoặc loại kính không thể thay cho đánh giá chất lượng điều trị, chuẩn an toàn và năng lực phối hợp đa chuyên khoa.

Một ngộ nhận phổ biến khác là "có kính hiển vi" đồng nghĩa phẫu thuật chắc chắn ít đau và hồi phục tức thì. Thực tế, mức đau sau mổ liên quan vị trí rạch, thời gian thao tác, phản ứng mô và cơ địa. Một số người tin rằng chỉ cần uống thuốc bổ vài tuần là kết quả micro-TESE sẽ tốt hơn, nhưng hiện chưa có bằng chứng đủ mạnh để khuyến nghị điều trị nội tiết hoặc thực phẩm bổ sung đại trà nhằm nâng tỷ lệ tìm được tinh trùng ở NOA. Việc tự ý dùng testosterone còn có thể làm giảm sinh tinh.

Cũng cần tránh cách diễn đạt "vô tinh là vô sinh vĩnh viễn" hoặc "tìm được tinh trùng nghĩa là chắc chắn có con". Ở một số trường hợp vô tinh do tắc, tinh hoàn vẫn tạo tinh trùng; ở một số người NOA, kỹ thuật tìm tinh trùng có thể có cơ hội. Ngược lại, sau khi có được tinh trùng, còn nhiều bước để có thai và sinh con. Giải thích cân bằng giúp người bệnh tránh cả tuyệt vọng không cần thiết lẫn kỳ vọng phi thực tế.

15. Gợi ý 5 câu hỏi trước khi đồng ý phẫu thuật

Trước khi ký đồng thuận, người bệnh có thể hỏi: (1) Chẩn đoán xác định và mục tiêu điều trị của tôi là gì? (2) Có những lựa chọn không mổ hoặc hỗ trợ sinh sản nào tương đương? (3) Kết quả nào được kỳ vọng, đo bằng chỉ số gì và trong thời gian bao lâu? (4) Nguy cơ chính, phương án xử trí biến chứng và kế hoạch chăm sóc sau mổ ra sao? (5) Nếu không đạt mục tiêu, các bước tiếp theo là gì?

Sự hiểu biết và chủ động tham gia quyết định giúp lựa chọn phương án phù hợp hơn với ưu tiên cá nhân và gia đình. Bác sĩ có trách nhiệm giải thích rõ ràng, sử dụng thuật ngữ dễ hiểu, tránh tạo kỳ vọng quá mức và tôn trọng lựa chọn sau khi người bệnh đã được cung cấp đầy đủ thông tin. Người bệnh nên đề nghị bác sĩ diễn giải kết quả xét nghiệm bằng ngôn ngữ dễ hiểu và giải thích sự khác biệt giữa thành công kỹ thuật với mục tiêu của gia đình. Có thể hỏi thêm: "Nếu tôi chọn chưa mổ thì điều gì sẽ xảy ra?", "Cần bao nhiêu lần tái khám để xác định thành công?", "Mẫu tinh trùng nếu lấy được sẽ được xử lý và lưu trữ thế nào?", "Ai là người liên hệ khi có biến chứng?", "Có cần bác sĩ hỗ trợ sinh sản hoặc di truyền cùng tham gia?". Những câu hỏi này giúp làm rõ các tình huống chưa chắc chắn trước khi ký đồng thuận.

16. Nhận diện vô tinh do tắc và vô tinh không do tắc

Hai dạng vô tinh có cách điều trị rất khác. Vô tinh do tắc (obstructive azoospermia – OA) xảy ra khi tinh hoàn vẫn sinh tinh nhưng đường vận

chuyển bị chặn. Những gợi ý có thể gồm tinh hoàn thể tích tương đối bảo tồn, nội tiết phù hợp, mào tinh căng hoặc tiền sử thắt ống dẫn tinh. Vô tinh không do tắc (non-obstructive azoospermia – NOA) liên quan suy giảm quá trình sản xuất tinh trùng; tinh hoàn có thể nhỏ, FSH tăng hoặc có yếu tố di truyền. Tuy nhiên, không một dấu hiệu riêng lẻ nào đủ để khẳng định tất cả trường hợp. Tình trạng vô tinh cần được kiểm tra lại và phân loại qua bệnh sử, khám, xét nghiệm nội tiết, siêu âm và di truyền khi có chỉ định.

Nếu phân loại sai, người bệnh có nguy cơ phải trải qua thủ thuật không cần thiết hoặc bỏ lỡ lựa chọn phù hợp. OA có thể được tư vấn tái thông hay lấy tinh trùng, còn NOA thường cần chiến lược thăm dò nguyên nhân và micro-TESE trong bối cảnh ICSI nếu đủ điều kiện. Đôi khi phát hiện chỉ rất ít tinh trùng sau ly tâm tinh dịch sẽ thay đổi hoàn toàn kế hoạch, vì vậy chất lượng xét nghiệm ban đầu hết sức quan trọng.

17. Vai trò của xét nghiệm di truyền và tư vấn sinh sản

Ở một số nam giới vô tinh hoặc thiểu tinh nặng, xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ và khảo sát mất đoạn nhỏ nhiễm sắc thể Y giúp đánh giá nguyên nhân cũng như tiên lượng khả năng tìm tinh trùng. Sự hiện diện của một bất thường di truyền có thể ảnh hưởng khả năng sinh sản của con trong tương lai; vì vậy thông tin này cần được thảo luận bằng tư vấn di truyền trước khi thực hiện ICSI. Không nên hiểu rằng tất cả bất thường di truyền đều đồng nghĩa không thể có con bằng tinh trùng của chính mình; khả năng và nguy cơ khác nhau theo từng loại bất thường.

Trong trường hợp thiếu bẩm sinh hai ống dẫn tinh (congenital bilateral absence of vas deferens – CBAVD), đánh giá liên quan biến thể gen CFTR và tư vấn xét nghiệm bạn đời có vai trò đặc biệt để ước lượng nguy cơ di truyền cho con. Việc khám và tư vấn phải đi kèm thông tin dễ hiểu, tôn trọng quyết định của cặp đôi, bảo mật kết quả và tuân thủ quy định áp dụng tại cơ sở.

18. Nội tiết nam giới và những yếu tố có thể điều chỉnh

FSH, LH, testosterone và đôi khi prolactin hoặc các xét nghiệm nội tiết bổ sung được chỉ định theo bệnh cảnh. Các chỉ số này có thể gợi ý vị trí rối loạn trong trục dưới đồi – tuyến yên – tinh hoàn, nhưng không phản ánh trực tiếp khả năng tìm tinh trùng trong từng mẫu mô nhỏ. Nếu vô tinh do thiếu gonadotropin, điều trị nguyên nhân và liệu pháp kích thích sinh tinh có thể là hướng chủ đạo, thay vì chuyển thẳng sang lấy mô tinh hoàn. Ngược lại, một số dạng suy tinh hoàn nguyên phát không đáp ứng tốt với điều trị thuốc.

Hút thuốc, sử dụng chất kích thích, lạm dụng rượu, béo phì, ít vận động, rối loạn giấc ngủ và phơi nhiễm nhiệt hoặc hóa chất là những yếu tố nên được đánh giá trong chăm sóc toàn diện. Cải thiện lối sống giúp nâng sức khỏe chung và có thể tác động thuận lợi đến một số chỉ số sinh sản, nhưng không phải cách thay thế điều trị tắc nghẽn cơ học hoặc sửa chữa một số tổn thương cần phẫu thuật. Tư vấn cần đặt mục tiêu thực tế và tránh quảng cáo "tăng tinh trùng" thiếu căn cứ.

19. Sự phối hợp giữa Nam học và phòng phôi học

Trong các phẫu thuật lấy tinh trùng, kết quả không chỉ phụ thuộc thao tác của phẫu thuật viên. Chất lượng tiếp nhận mẫu, thời gian chuyển mẫu, môi trường xử lý, kỹ năng tìm tinh trùng và điều kiện đông lạnh tại phòng phôi học đều ảnh hưởng quy trình. Trước phẫu thuật, hai ê-kíp cần thống nhất lượng mô lấy dự kiến, phương án nhận mẫu, cách phản hồi kết quả trong mổ và kế hoạch nếu chỉ tìm được số lượng tinh trùng rất ít. Mỗi bệnh nhân cũng cần được giải thích rằng tinh trùng lấy từ mô chưa chắc có thể sử dụng hoặc đông lạnh hiệu quả.

Khác với vi phẫu tái thông, việc lấy tinh trùng thường gắn với chu kỳ ICSI và các thủ tục hỗ trợ sinh sản. Phối hợp sớm giúp cặp đôi tránh những tình huống phải lựa chọn gấp dưới áp lực, đặc biệt khi tinh trùng không được

tìm thấy. Khi cơ sở phẫu thuật và cơ sở hỗ trợ sinh sản không cùng địa điểm, cần có quy trình vận chuyển, nhận diện mẫu và trách nhiệm chuyên môn rõ ràng.

20. Theo dõi dài hạn sau các nhóm vi phẫu

Một kế hoạch hậu phẫu đầy đủ phải trả lời được ba câu hỏi: vết mổ hồi phục có tốt không, mục tiêu chức năng đã đạt chưa và có biến chứng muộn nào cần phát hiện không. Sau mổ giãn tĩnh mạch, bác sĩ có thể hẹn đánh giá triệu chứng và tinh dịch đồ ở mốc đủ thời gian để quan sát sự thay đổi. Sau nối dẫn tinh, các lần xét nghiệm tinh dịch lặp lại giúp xác định tinh trùng đã trở lại hay chưa, đánh giá diễn tiến và phát hiện tình trạng tái tắc khi cần. Sau micro-TESE, cần đối chiếu kết quả phòng phôi học và xem xét theo dõi chức năng nội tiết tinh hoàn ở người có nguy cơ.

Với MDSC, nên sử dụng mức độ đau, giấc ngủ, hoạt động thể lực và chất lượng sống làm tiêu chí theo dõi. Sự cải thiện triệu chứng không phải lúc nào diễn ra ngay lập tức; người bệnh có thể cần phối hợp vật lý trị liệu hoặc điều trị đau mạn tiếp tục. Mọi lịch tái khám cụ thể phải được cá thể hóa theo thủ thuật và tình trạng sau mổ, không nên lấy một lịch chung áp dụng cho cả bốn nhóm.

21. An toàn người bệnh và giới hạn của kỹ thuật

Mặc dù vi phẫu ưu tiên bảo tồn cấu trúc nhỏ, phẫu thuật vẫn có các biến cố tiềm tàng: chảy máu, tụ máu, nhiễm trùng, phản ứng thuốc gây mê, đau kéo dài hoặc tổn thương mô đích. Nguy cơ đặc thù thay đổi theo kỹ thuật: tràn dịch màng tinh hay tái phát sau xử trí giãn tĩnh mạch; tái tắc sau nối ống; không tìm được tinh trùng và biến đổi nội tiết sau micro-TESE; đau dai dẳng hoặc thay đổi cảm giác sau cắt thần kinh thừng tinh. Người bệnh cần biết các nguy cơ có thể xảy ra ngay cả khi điều trị được thực hiện đúng quy trình.

Chất lượng chăm sóc bao gồm lựa chọn đúng chỉ định, giải thích đồng thuận, phẫu thuật viên có kỹ năng phù hợp, kiểm soát nhiễm khuẩn, phương tiện hồi sức, phòng xét nghiệm đáng tin cậy và quy trình xử trí biến chứng. Không nên coi hình ảnh thiết bị hiện đại hoặc các cam kết quảng cáo là bằng chứng thay thế cho năng lực chuyên môn và theo dõi kết quả lâu dài.

22. Khía cạnh tâm lý, quyền riêng tư và quyết định chung

Hiếm muộn nam và đau bìu mạn có thể ảnh hưởng sự tự tin, mối quan hệ, giấc ngủ và cảm nhận về nam tính. Những cảm xúc lo âu hoặc buồn bã trước mổ là điều cần được lắng nghe trong tư vấn, thay vì chỉ tập trung vào chỉ số tinh dịch. Với người muốn có con, việc giải thích lý do cần đánh giá đồng thời cả hai thành viên giúp hạn chế quy trách nhiệm cho một cá nhân. Với người đau bìu kéo dài, việc không tìm ra tổn thương rõ không có nghĩa cơn đau không có thật.

Người bệnh có quyền được giải thích lợi ích và giới hạn, có thời gian cân nhắc, lựa chọn xin ý kiến thứ hai, từ chối can thiệp và bảo mật thông tin bệnh án. Tư vấn tốt tạo điều kiện cho người bệnh quyết định theo các giá trị của mình, bao gồm mong muốn sinh con, thời gian, nguồn lực tài chính, niềm tin và các ưu tiên về sức khỏe dài hạn. Thành công điều trị vì vậy không chỉ đo bằng kỹ thuật mà còn ở sự phù hợp và chất lượng sống.

23. Thuật ngữ giúp đọc cẩm nang chính xác

Vi phẫu (microsurgery) là phẫu thuật trên cấu trúc nhỏ bằng kính và dụng cụ chuyên dụng; giãn tĩnh mạch thừng tinh (varicocele) là giãn bất thường hệ tĩnh mạch quanh tinh hoàn; vô tinh (azoospermia) nghĩa là không phát hiện tinh trùng trong tinh dịch sau xét nghiệm phù hợp; OA là vô tinh do tắc và NOA là vô tinh không do tắc. VV là nối ống dẫn tinh – ống dẫn tinh; VE là nối ống dẫn tinh – mào tinh; MESA là hút tinh trùng mào tinh dưới kính; micro-TESE là tìm và lấy tinh trùng ở tinh hoàn bằng kỹ thuật vi phẫu; MDSC là vi phẫu cắt các đường thần kinh thừng tinh liên quan cơn đau.

IVF là thụ tinh trong ống nghiệm; ICSI là tiêm một tinh trùng vào bào tương noãn; tinh dịch đồ là xét nghiệm đánh giá các đặc điểm mẫu tinh dịch. "Tỷ lệ tìm thấy tinh trùng", "tỷ lệ đường thông", "tỷ lệ có thai" và "tỷ lệ sinh sống" không cùng một khái niệm. Hiểu đúng thuật ngữ giúp so sánh các lựa chọn điều trị và tránh suy diễn quá mức từ những con số được quảng bá.

CÂU HỎI THƯỜNG GẶP

Hỏi – đáp ngắn gọn, nhằm giúp người đọc tìm nhanh nội dung thiết yếu. Các câu trả lời không thay thế tư vấn cá nhân.

A. Khái niệm và phạm vi

Câu 01. Vi phẫu nam khoa là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đây là nhóm phẫu thuật dùng phóng đại và dụng cụ tinh vi để can thiệp các cấu trúc rất nhỏ ở cơ quan sinh sản nam.

Câu 02. Vi phẫu khác mổ thông thường ở điểm nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, điểm khác biệt là nhận diện, thao tác chính xác dưới kính và bảo tồn mạch máu, thần kinh, mạch bạch huyết khi có thể.

Câu 03. Có phải vi phẫu là mổ nội soi không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; nội soi và vi phẫu là hai phương pháp khác nhau về tiếp cận, thiết bị và chỉ định.

Câu 04. Vi phẫu có đồng nghĩa với dùng laser không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; laser là nguồn năng lượng, còn vi phẫu là kỹ thuật thao tác trên cấu trúc nhỏ dưới phóng đại.

Câu 05. Những bệnh nào có thể cần vi phẫu?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, một số trường hợp giãn tĩnh mạch thừng tinh, tắc đường dẫn tinh, vô tinh không do tắc hoặc đau bìu mạn đã đánh giá kỹ.

Câu 06. Vi phẫu có giúp mọi nam giới tăng khả năng có con không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; hiệu quả chỉ xuất hiện khi bệnh lý và mục tiêu điều trị phù hợp với chỉ định kỹ thuật.

Câu 07. Vi phẫu có luôn ít đau hơn mổ khác không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nhất thiết; đau và hồi phục còn tùy loại phẫu thuật, gây mê, bệnh nền và chăm sóc sau mổ.

Câu 08. Mổ dưới kính hiển vi có phải là mổ bằng robot không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; kính hiển vi và hệ thống robot hỗ trợ các thao tác theo hai nguyên lý khác nhau.

Câu 09. Vi phẫu có để lại sẹo không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể có sẹo tại vị trí rạch da; mức độ phụ thuộc đường mổ và quá trình lành thương.

Câu 10. Ai quyết định một người có cần vi phẫu không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, bác sĩ chuyên khoa sau thăm khám, xét nghiệm cần thiết và trao đổi lựa chọn với người bệnh, không chỉ dựa vào quảng cáo kỹ thuật.

B. Chỉ định và kiểm tra trước mổ

Câu 11. Có cần khám trực tiếp trước khi vi phẫu không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có; khám giúp xác nhận chẩn đoán, chỉ định, vị trí tổn thương và loại trừ bệnh cần xử trí khác.

Câu 12. Tinh dịch đồ bình thường có cần vi phẫu không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường không chỉ vì lo lắng khả năng sinh sản; bác sĩ phải tìm nguyên nhân cụ thể trước khi chỉ định.

Câu 13. Tinh dịch đồ bất thường một lần đã đủ quyết định mổ chưa?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường chưa; cần xem điều kiện lấy mẫu, lặp xét nghiệm và đặt kết quả trong bối cảnh lâm sàng.

Câu 14. Có cần xét nghiệm hormone trước mổ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chỉ khi có chỉ định, đặc biệt ở vô tinh, thiểu tinh nặng hoặc nghi rối loạn nội tiết.

Câu 15. Có cần xét nghiệm di truyền không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có ở một số trường hợp vô tinh hoặc thiểu tinh rất nặng theo hướng dẫn chuyên khoa, kèm tư vấn về ý nghĩa kết quả.

Câu 16. Bạn đời có cần được khám cùng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nên đánh giá đồng thời nếu đang hiếm muộn vì tuổi và sức khỏe sinh sản của cả hai ảnh hưởng lựa chọn điều trị.

Câu 17. Có nên ngưng thuốc trước phẫu thuật không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không tự ý ngưng; hãy cung cấp danh sách thuốc để bác sĩ điều chỉnh an toàn, nhất là thuốc chống đông.

Câu 18. Người đang dùng testosterone có cần báo bác sĩ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, rất cần vì testosterone ngoại sinh có thể ức chế quá trình sinh tinh và làm thay đổi kế hoạch điều trị.

Câu 19. Có cần siêu âm bìu cho tất cả người bệnh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nhất thiết; siêu âm được chỉ định tùy triệu chứng, kết quả khám và mục tiêu chẩn đoán.

Câu 20. Nếu có bệnh tim mạch có được vi phẫu không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cần đánh giá nguy cơ gây mê và phối hợp bác sĩ điều trị trước khi xác định có thể phẫu thuật an toàn hay không.

C. Giãn tĩnh mạch thừng tinh

Câu 21. Giãn tĩnh mạch thừng tinh là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là tình trạng giãn bất thường các tĩnh mạch trong đám rối tĩnh mạch quanh tinh hoàn.

Câu 22. Siêu âm thấy giãn tĩnh mạch là phải mổ sao?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; giãn dưới lâm sàng chỉ phát hiện qua hình ảnh thường không phải chỉ định mổ để điều trị hiếm muộn.

Câu 23. Khi nào nên cân nhắc vi phẫu giãn tĩnh mạch?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, khi có giãn khám thấy được, cặp đôi hiếm muộn, tinh dịch đồ bất thường và các yếu tố khác phù hợp.

Câu 24. Giãn tĩnh mạch có luôn gây vô sinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; nhiều nam giới có giãn tĩnh mạch vẫn sinh sản bình thường.

Câu 25. Vi phẫu giãn tĩnh mạch thừng tinh làm gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thắt các nhánh tĩnh mạch bệnh lý đồng thời cố gắng bảo tồn động mạch và đường bạch huyết.

Câu 26. Vi phẫu có giúp tránh tràn dịch màng tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, kỹ thuật bảo tồn mạch bạch huyết có thể giảm nguy cơ, nhưng không loại bỏ hoàn toàn biến chứng.

Câu 27. Mổ xong tinh trùng có tốt lên ngay không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; thường cần nhiều tháng và phải theo dõi tinh dịch đồ theo lịch hẹn.

Câu 28. Vi phẫu giãn tĩnh mạch có chắc chắn có thai không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; cơ hội có thai còn phụ thuộc cả hai người và nguyên nhân hiếm muộn khác.

Câu 29. Giãn tĩnh mạch gây đau có thể mổ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể cân nhắc sau khi xác định nguồn đau và đánh giá các phương pháp điều trị khác.

Câu 30. Giãn tĩnh mạch tái phát có mổ lại được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể trong trường hợp thích hợp, nhưng cần đánh giá nguyên nhân tái phát và nguy cơ can thiệp lần hai.

D. Nối ống dẫn tinh và mào tinh

Câu 31. Nối ống dẫn tinh là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là vi phẫu nối lại hai đầu ống dẫn tinh nhằm khôi phục đường vận chuyển tinh trùng.

Câu 32. Sau triệt sản nam có thể nối lại không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể; tỷ lệ thông và cơ hội có con phụ thuộc thời gian tắc, tổn thương và các yếu tố của cặp đôi.

Câu 33. Nối ống dẫn tinh có giống nối mào tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; nối mào tinh phức tạp hơn và dùng khi tắc nghẽn liên quan mào tinh.

Câu 34. Vô tinh do tắc có bắt buộc nối đường dẫn tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; có thể lựa chọn lấy tinh trùng kết hợp IVF/ICSI tùy hoàn cảnh.

Câu 35. Sau nối ống dẫn tinh khi nào có tinh trùng trở lại?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thời gian thay đổi theo kỹ thuật và tình trạng tắc; cần xét nghiệm tinh dịch theo kế hoạch bác sĩ.

Câu 36. Tìm thấy tinh trùng sau nối nghĩa là đã chữa khỏi hiếm muộn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; có tinh trùng trong tinh dịch chưa đồng nghĩa mang thai hoặc sinh sống thành công.

Câu 37. Nối đường dẫn tinh có thể bị tắc lại không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có; sẹo và tái tắc là một trong những nguy cơ cần được tư vấn trước mổ.

Câu 38. Nối ống dẫn tinh có ảnh hưởng testosterone không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thông thường mục tiêu là đường vận chuyển tinh trùng, không phải sản xuất testosterone.

Câu 39. Đối tác lớn tuổi nên nối hay làm IVF/ICSI?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cần cân nhắc thời gian, dự trữ buồng trứng, chi phí và mong muốn của cả hai thay vì chọn theo một tiêu chí.

Câu 40. Có thể trữ đông tinh trùng khi phẫu thuật nối lại không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể được cân nhắc nếu cơ sở đủ điều kiện phối hợp lấy mẫu và bảo quản, như một phương án dự phòng.

E. micro-TESE và vô tinh không do tắc

Câu 41. Vô tinh là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, là không tìm thấy tinh trùng trong tinh dịch sau xét nghiệm phù hợp; cần xác nhận theo quy trình chuyên khoa.

Câu 42. Vô tinh do tắc và không do tắc khác nhau thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, do tắc là đường thoát tinh trùng bị cản trở, còn không do tắc chủ yếu liên quan suy giảm sinh tinh.

Câu 43. micro-TESE là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, là vi phẫu tìm và lấy mô chứa tinh trùng trong tinh hoàn dưới kính hiển vi để phục vụ hỗ trợ sinh sản.

Câu 44. micro-TESE có chữa khỏi tình trạng vô tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; mục tiêu chính là tìm tinh trùng có thể dùng cho ICSI, không phục hồi sinh tinh ở toàn bộ tinh hoàn.

Câu 45. Vô tinh không do tắc có thể tìm được tinh trùng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể ở một số người nhưng không được bảo đảm, kể cả khi đã dùng kính hiển vi.

Câu 46. FSH cao có nghĩa chắc chắn micro-TESE thất bại không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; FSH đơn độc không dự đoán tin cậy kết quả tìm tinh trùng ở từng người.

Câu 47. Có cần làm hai tinh dịch đồ trước micro-TESE không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có; hướng dẫn đề nghị xác nhận vô tinh bằng các xét nghiệm phù hợp trước khi quyết định can thiệp.

Câu 48. Mất đoạn AZFa hoặc AZFb hoàn toàn có nên micro-TESE không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; hướng dẫn hiện hành không khuyến nghị vì không kỳ vọng tìm được tinh trùng.

Câu 49. micro-TESE có thể làm giảm testosterone không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể ở một số người; cần được tư vấn nguy cơ và theo dõi khi có dấu hiệu suy giảm nội tiết.

Câu 50. Không tìm được tinh trùng thì còn lựa chọn gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cặp đôi cần được tư vấn các khả năng tiếp theo theo mong muốn và quy định hiện hành, thay vì hứa hẹn thành công ở lần mổ khác.

F. MESA và hỗ trợ sinh sản

Câu 51. MESA là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, là phương pháp lấy tinh trùng từ mào tinh dưới kính hiển vi, thường dùng ở một số người vô tinh do tắc.

Câu 52. MESA khác PESA ra sao?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, MESA dùng đường mổ và kính hiển vi; PESA chọc hút qua da, mỗi cách có ưu và nhược điểm riêng.

Câu 53. MESA khác micro-TESE thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, MESA lấy tinh trùng ở mào tinh, còn micro-TESE khảo sát mô tinh hoàn ở vô tinh không do tắc.

Câu 54. Lấy được tinh trùng có phải mang thai tự nhiên được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; tinh trùng lấy bằng phẫu thuật thường cần kỹ thuật hỗ trợ sinh sản tương ứng.

Câu 55. Tinh trùng lấy bằng vi phẫu có thể đông lạnh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể khi đủ số lượng, chất lượng và điều kiện phòng xét nghiệm cho phép.

Câu 56. Tinh trùng đông lạnh có thể dùng ICSI không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có; sử dụng tinh trùng tươi hay đông lạnh cần được lựa chọn cùng phòng phôi học.

Câu 57. Có bắt buộc kích trứng cùng ngày micro-TESE không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không trong mọi trường hợp; kế hoạch đồng bộ hay lấy trước để trữ đông phải được thống nhất với nhóm hỗ trợ sinh sản.

Câu 58. Lấy tinh trùng từ tinh hoàn có phải tốt hơn từ mào tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không có lựa chọn tốt nhất cho mọi người; còn phụ thuộc cơ chế vô tinh và chỉ định.

Câu 59. Tại sao cần phòng phôi học phối hợp với bác sĩ vi phẫu?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, vì tinh trùng có thể rất ít, cần được tìm, nhận diện, xử lý và bảo quản đúng lúc.

Câu 60. ICSI có bảo đảm sinh con sau micro-TESE không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; ngoài chất lượng tinh trùng còn có noãn, phôi, tử cung và các yếu tố khác.

G. Đau bìu mạn và thần kinh thừng tinh

Câu 61. Đau bìu mạn tính là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, là đau kéo dài hoặc tái diễn ở các cấu trúc trong bìu, gây ảnh hưởng sinh hoạt và cần đánh giá toàn diện.

Câu 62. Đau tinh hoàn có phải cứ cắt thần kinh là hết không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; cần tìm nguyên nhân, thử biện pháp bảo tồn và chọn đúng người bệnh trước khi mổ.

Câu 63. Vi phẫu cắt thần kinh thừng tinh là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, là kỹ thuật xử trí chọn lọc các nhánh thần kinh có khả năng dẫn truyền đau, đồng thời bảo tồn cấu trúc quan trọng.

Câu 64. Phong bế thừng tinh trước mổ có ý nghĩa gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đáp ứng giảm đau tạm thời có thể giúp dự đoán khả năng đáp ứng sau phẫu thuật ở một số người.

Câu 65. Vi phẫu điều trị đau bìu có bảo đảm hết đau không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; đáp ứng có thể hoàn toàn, một phần hoặc không đạt như kỳ vọng.

Câu 66. Đau bìu do xoắn tinh hoàn có được chờ mổ vi phẫu không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; đau đột ngột dữ dội nghi xoắn là cấp cứu ngoại khoa cần xử trí ngay.

Câu 67. Đau do sàn chậu có thể điều trị bằng vi phẫu không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường phải đánh giá và điều trị yếu tố cơ – thần kinh sàn chậu trước khi cân nhắc phẫu thuật.

Câu 68. Đau sau thắt ống dẫn tinh có thể nối lại để giảm đau không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể là một lựa chọn chuyên khoa khi phù hợp, nhưng không phải phương án mặc định cho mọi người.

Câu 69. MDSC có thể gây giảm cảm giác không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể; đây là một rủi ro cần thảo luận trước khi phẫu thuật.

Câu 70. Đau bìu kéo dài có cần khám tâm lý không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể hữu ích khi đau ảnh hưởng giấc ngủ, cảm xúc hoặc chất lượng sống; không có nghĩa cơn đau là tưởng tượng.

H. An toàn, gây mê và biến chứng

Câu 71. Vi phẫu nam khoa có an toàn tuyệt đối không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; mọi phẫu thuật đều có nguy cơ, dù thao tác phóng đại giúp giảm một số tổn thương nhất định.

Câu 72. Vi phẫu thường gây mê hay gây tê?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tùy thủ thuật và bệnh cảnh; bác sĩ gây mê quyết định phương pháp phù hợp.

Câu 73. Biến chứng sau mổ thường gặp là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể đau, sưng, bầm, chảy máu, nhiễm trùng hoặc biến chứng đặc hiệu của từng kỹ thuật.

Câu 74. Có nguy cơ tổn thương động mạch tinh hoàn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có, dù kỹ thuật nhận diện dưới kính được dùng để hạn chế rủi ro này.

Câu 75. Tràn dịch màng tinh sau mổ giãn tĩnh mạch có thể xảy ra không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có; bảo tồn bạch huyết giúp giảm nguy cơ nhưng không triệt tiêu hoàn toàn.

Câu 76. Vi phẫu có thể làm teo tinh hoàn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, hiếm nhưng là nguy cơ đáng lưu ý nếu tổn thương nguồn cấp máu hoặc mô tinh hoàn.

Câu 77. Người bị rối loạn đông máu có được mổ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chỉ khi nguy cơ đã được đánh giá và có kế hoạch dự phòng thích hợp.

Câu 78. Sau mổ bị sốt có nên tự uống kháng sinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; cần liên hệ nơi điều trị để loại trừ nhiễm trùng hay biến chứng khác.

Câu 79. Sau mổ bìu sưng nhanh, đau tăng phải làm gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đến cơ sở y tế ngay vì có thể có tụ máu, nhiễm trùng hoặc vấn đề cần can thiệp sớm.

Câu 80. Vi phẫu thất bại có nên mổ lại ngay không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nên vội; cần xác định nguyên nhân, thời điểm đánh giá phù hợp và so sánh phương án thay thế.

I. Hồi phục và theo dõi

Câu 81. Sau vi phẫu phải nằm viện bao lâu?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tùy loại mổ, gây mê và sức khỏe người bệnh; có ca ra về sớm, có ca cần theo dõi lâu hơn.

Câu 82. Có cần mặc quần nâng đỡ bìu không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể hữu ích trong một số mổ vùng bìu; hãy theo đúng hướng dẫn cụ thể của bác sĩ.

Câu 83. Sau mổ khi nào được tắm?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, phụ thuộc loại băng và tình trạng vết mổ; cần tuân thủ hướng dẫn xuất viện.

Câu 84. Khi nào có thể đi làm lại?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tùy tính chất công việc và mức độ can thiệp; nên xin mốc hồi phục cá thể hóa.

Câu 85. Khi nào tập thể thao trở lại được?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nên tăng dần hoạt động theo hướng dẫn, tránh tự vận động mạnh khi vết thương chưa ổn định.

Câu 86. Khi nào được quan hệ tình dục lại?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, phụ thuộc kỹ thuật phẫu thuật và tốc độ lành thương; không có mốc chung cho mọi trường hợp.

Câu 87. Có cần tái khám khi không còn đau không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có; tái khám giúp kiểm tra vết mổ, biến chứng muộn và kết quả mục tiêu điều trị.

Câu 88. Sau mổ giãn tĩnh mạch cần kiểm tra gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường đánh giá triệu chứng và tinh dịch đồ ở các mốc được bác sĩ hẹn nếu mục tiêu là sinh sản.

Câu 89. Sau nối ống dẫn tinh theo dõi thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, làm tinh dịch đồ định kỳ theo lịch để phát hiện sự xuất hiện của tinh trùng và nguy cơ tái tắc.

Câu 90. Sau micro-TESE cần quan tâm điều gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, ngoài chăm sóc vết mổ, cần biết kết quả tinh trùng và theo dõi nội tiết khi có chỉ định.

J. Hiệu quả, chi phí và quyết định điều trị

Câu 91. Có nên chọn kỹ thuật đắt nhất không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; lựa chọn nên dựa trên chẩn đoán, bằng chứng, nguy cơ và mục tiêu sinh sản.

Câu 92. Có thể biết chính xác tỷ lệ thành công của mình không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không thể dự đoán chắc chắn ở từng cá nhân; số liệu quần thể chỉ giúp ước lượng có điều kiện.

Câu 93. Tỷ lệ tìm thấy tinh trùng có phải tỷ lệ có thai không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; tìm được tinh trùng chỉ là một bước trong hành trình hỗ trợ sinh sản.

Câu 94. Tỷ lệ thông sau nối dẫn tinh có phải tỷ lệ sinh sống không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không; thông đường dẫn tinh và sinh con là hai kết cục hoàn toàn khác nhau.

Câu 95. Vi phẫu và IVF/ICSI có thể bổ sung nhau không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có; bác sĩ có thể kết hợp hoặc lựa chọn một trong hai theo hoàn cảnh cặp đôi.

Câu 96. Khi nào nên xin ý kiến thứ hai?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, khi chỉ định phức tạp, rủi ro cao, chênh lệch lựa chọn điều trị hoặc chưa hiểu rõ lợi ích kỳ vọng.

Câu 97. Có cần hỏi về tỷ lệ biến chứng của cơ sở thực hiện không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nên hỏi về năng lực ê-kíp, quy trình an toàn, theo dõi sau mổ và cách xử lý biến chứng.

Câu 98. Chi phí vi phẫu gồm những khoản nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường gồm khám, xét nghiệm, gây mê, phẫu thuật, vật tư, nằm viện và tái khám; cần dự toán cụ thể.

Câu 99. Nếu chưa muốn có con ngay có nên mổ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, phụ thuộc bệnh lý và triệu chứng; mong muốn sinh sản trong tương lai cần được đưa vào quyết định.

Câu 100. Thông điệp quan trọng nhất về vi phẫu nam khoa là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, điều trị đúng người, đúng bệnh, đúng thời điểm quan trọng hơn chạy theo tên gọi kỹ thuật hiện đại.

KẾT LUẬN

Vi phẫu nam khoa là tập hợp các kỹ thuật có giá trị trong điều trị một số nguyên nhân hiếm muộn, tắc nghẽn đường dẫn tinh và đau bìu mạn ở những người bệnh được lựa chọn phù hợp. Kính hiển vi giúp nâng cao độ chính xác thao tác và khả năng bảo tồn cấu trúc tinh tế, nhưng không thay thế cho chẩn đoán, tư vấn và theo dõi dựa trên bằng chứng.

Không có một phương pháp vi phẫu duy nhất dành cho mọi nam giới. Người bệnh cần hiểu rõ mục tiêu của ca mổ, khả năng thành công có giới hạn, rủi ro và các lựa chọn khác — nhất là vai trò của hỗ trợ sinh sản. Đánh giá toàn diện cả hai thành viên của cặp đôi, đồng thuận sau tư vấn đầy đủ và tái khám đúng lịch là những yếu tố quyết định chất lượng chăm sóc.

Cẩm nang mang tính giáo dục sức khỏe cộng đồng, không dùng để tự chẩn đoán hay tự chỉ định điều trị. Nếu đau bìu đột ngột dữ dội, cần đến cấp cứu ngay để loại trừ xoắn tinh hoàn; những triệu chứng khác kéo dài nên được thăm khám tại cơ sở chuyên khoa phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. European Association of Urology. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health: Male Infertility. 2026 edition. Section 11.

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

3. American Urological Association. Diagnosis and Management of Male Chronic Pelvic Pain (Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome and Chronic Scrotal Content Pain): AUA Guideline. 2025.

4. World Health Organization. WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen. 6th ed. Geneva: WHO; 2021. 276 p.

5. American Society for Reproductive Medicine. Diagnosis and Treatment of Infertility in Men: AUA/ASRM Guideline, Part II. Fertility and Sterility. 2021;115(1):62–69.

6. European Association of Urology. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. 2025 edition. Section: Management of scrotal pain syndrome.

7. American Urological Association. Vasectomy: AUA Guideline. Updated 2026. Sections on fertility restoration after vasectomy.

MEN'S® HEALTH
BE STRONGER

Doctor BANANA®
PHÁI MẠNH LÀ PHÁI MẠNH