



VÔ SINH NAM DO KHÔNG CÓ TINH TRÙNG

ThS. BS. Hồ Mạnh Tường
CGRH, Khoa Y Đại học quốc gia TP HCM

MỞ ĐẦU

Không có tinh trùng hay còn gọi là vô tinh là thuật ngữ chuyên môn để mô tả các trường hợp không tìm thấy tinh trùng trong tinh dịch sau ít nhất 2 lần xét nghiệm tinh dịch đồ, cách nhau ít nhất 2 tuần. Cần phân biệt không có tinh trùng (azoospermia), có xuất tinh và tinh dịch nhưng có tinh trùng, với trường hợp không có tinh dịch (aspermia), không xuất tinh.

Tần suất không tinh trùng chiếm 1% nam giới nói chung và khoảng 10-15% trường hợp vô sinh nam. Với các tiến bộ về chẩn đoán và điều trị vô sinh nam hiện nay ở Việt Nam, đa số trường hợp vô tinh vẫn có thể có con của chính mình, thậm chí có thể có nhiều con.

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), chẩn đoán xác định là không có tinh trùng khi không tìm thấy trùng trong mẫu cặn lắng của tinh dịch sau ly tâm 15

phút với lực ly tâm tối thiểu 3000g, dưới kính hiển vi độ phóng đại lớn, ở hai lần làm tinh dịch đồ khác nhau.

CÁC NGUYÊN NHÂN KHÔNG CÓ TINH TRÙNG

Về phương diện bệnh học, không có tinh trùng có thể thành 3 nhóm: (1) trước tinh hoàn, (2) tại tinh hoàn và (3) sau tinh hoàn. Không tinh trùng trước tinh hoàn thường là trường hợp bất thường nội tiết làm ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh, rất ít gặp. Không tinh trùng tại tinh hoàn bao gồm những nguyên nhân tại chỗ của tinh hoàn ảnh hưởng lên quá trình sinh tinh. Không tinh trùng sau tinh hoàn bao gồm các nguyên nhân gây tắc các đường dẫn, làm tinh trùng không đi đến được niệu đạo để xuất ra ngoài. Không tinh trùng trước tinh hoàn và sau tinh hoàn thuộc nhóm có thể điều trị, trong khi không tinh trùng tại tinh hoàn thì nói chung khó điều trị.

Về quan điểm điều trị hiện nay, có thể chia không có tinh trùng thành 2 nhóm: (1) nhóm vô tinh do bế tắc (obstructive azoospermia – OA): tinh trùng vẫn được

sinh ra trong tinh hoàn bình thường, nhưng không đi ra được bên ngoài; (2) nhóm vô tinh không do bế tắc (non obstructive azoospermia- NOA): do tinh hoàn giảm sinh tinh nặng hay hoàn toàn không sản xuất tinh trùng. Theo quan điểm này, khi kết quả tinh dịch đồ cho kết quả là vô tinh, vấn đề cần xác định là tinh hoàn có sản xuất được tinh trùng hay không?

THĂM KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN

Ở người, nơi sản xuất ra tinh trùng là hai tinh hoàn nằm trong bìu. Tinh trùng sau khi được sản xuất sẽ đi qua một hệ thống ống dẫn từ tinh hoàn, đến mào tinh, ống dẫn tinh, niệu đạo để đi ra ngoài khi giao hợp cùng với tinh dịch. Mục đích của khám và chẩn đoán đối với các trường hợp vô tinh là tìm xem nguyên nhân là hai tinh hoàn không sản xuất tinh trùng hay tinh trùng vẫn được sinh ra nhưng không ra được tinh dịch? Đây là câu hỏi quan trọng nhất để bác sĩ quyết định phương pháp điều trị và khả năng thành công.

Cần hỏi bệnh sử khả năng sinh sản trước đây, tiền căn bệnh lý có liên quan đến tinh hoàn, tiền căn chấn thương vùng bẹn, tiền căn nhiễm trùng đường tiết niệu sinh dục, tiền căn hóa trị, xạ trị hoặc gần đây có sốt cao hay tiếp xúc môi trường nóng thường xuyên.

Các thăm khám và xét nghiệm được thực hiện chủ yếu nhằm xác định khả năng sinh tinh trùng của tinh hoàn, bao gồm: khám tinh hoàn, mào tinh, đặc tính sinh dục thứ phát, phát hiện giãn tĩnh mạch thừng tinh.

Có thể thực hiện một số các thủ thuật và xét nghiệm như: xét nghiệm nội tiết, siêu âm trực tràng, siêu âm

bìu, mổ thám sát, chọc hút mào tinh, sinh thiết tinh hoàn tìm tinh trùng, xét nghiệm di truyền. Các xét nghiệm nội tiết quan trọng bao gồm FSH và Testosterone, ngoài ra có thể kèm một số nội tiết phụ khác khi cần thiết (xem bài “Định lượng nội tiết cơ bản trong chẩn đoán vô sinh nam” trong YHSS số 17). Trong một số ít trường hợp không tinh trùng do bế tắc, trong khi thám sát bìu để chẩn đoán, bác sĩ có thể quyết định thực hiện một số phẫu thuật phục hồi hay tái tạo đường dẫn tinh nếu đủ điều kiện.

Sau khi thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán, chúng ta có thể biết được nam giới không có tinh trùng thuộc vào trường hợp nào trong 3 nhóm sau:

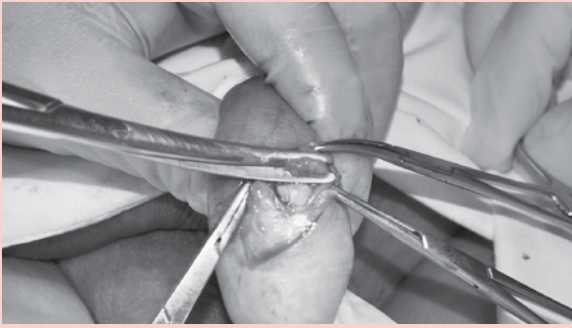
(1) Tinh trùng được sinh ra bình thường nhưng không ra được bên ngoài

- *Không có ống dẫn tinh 2 bên bẩm sinh (CBAVD):* trong những trường hợp này hai tinh hoàn vẫn sản xuất tinh trùng nhưng không có đường dẫn ra ngoài. Đa số các trường hợp này, hai tinh hoàn vẫn sản xuất tinh trùng bình thường, tuy nhiên một số trường hợp có thể kết hợp với giảm sinh tinh. Do đó, cần phải xác định tình trạng sinh tinh trước khi quyết định điều trị mặc dù đã chẩn đoán là bất sản ống dẫn tinh hai bên. *Tắc đường dẫn tinh mắc phải:* do nhiễm trùng, biến chứng sau mổ, sau chấn thương cơ quan sinh sản làm đường dẫn tinh bị tắc.
- Tắc đường dẫn tinh cũng có thể do những nguyên nhân bẩm sinh hay mắc phải khác.
- Có thể xác định tinh hoàn vẫn sản xuất tinh trùng bằng chọc hút mào tinh tìm tinh trùng hoặc sinh thiết tinh hoàn tìm tinh trùng tùy trường hợp.

(2) Tinh trùng sản xuất quá ít, không đủ tìm thấy trong tinh dịch

Hai tinh hoàn suy giảm chức năng nặng và sản xuất rất ít tinh trùng. Tuy nhiên, khi sinh thiết tinh hoàn và có thể tìm thấy ít tinh trùng ở một số nơi trong tinh hoàn. Sinh thiết tinh hoàn tại nhiều điểm và đánh giá hiện tượng sinh tinh trên khảo sát mô học là tiêu chuẩn quan trọng và phổ biến nhất để đánh giá hiện tượng sinh tinh trong những trường hợp này.





Thủ thuật TESE (nguồn A.R.T Consulting)

(3) Tinh hoàn không sản xuất tinh trùng

- **Suy tinh hoàn:** Đây là tình trạng các ống sinh tinh trong tinh hoàn không sản xuất được tinh trùng. Tình trạng này có thể là do ở các ống sinh tinh không có loại tế bào để tạo tinh trùng hay quá trình sinh tinh bị gián đoạn nửa chừng, không sản xuất được tinh trùng trưởng thành. Trong đa số trường hợp, cả hai tinh hoàn teo nhỏ và không hoạt động. Các nguyên nhân này có thể có liên quan đến di truyền hoặc teo tinh hoàn mắc phải.
- **Nguyên nhân nội tiết:** Bình thường, nội tiết từ tuyến yên (ở não) kích thích tinh hoàn sản xuất ra tinh trùng. Nếu không có hoặc không đủ nội tiết tuyến yên, tinh hoàn sẽ không sản xuất được tinh trùng. Đặc biệt nếu nam giới sử dụng nội tiết tố nam (androgen) nhiều quá, cũng có thể làm tuyến yên bị ức chế hoàn toàn, không tiết nội tiết và tinh hoàn không sản xuất tinh trùng. Các trường hợp này có thể điều trị bằng thuốc để giúp tinh hoàn hồi phục sản xuất tinh trùng.
- **Giãn tĩnh mạch thừng tinh:** một số rất ít trường hợp giãn tĩnh mạch thừng tinh cũng có thể dẫn đến không tinh trùng. Những trường hợp này sau mổ dẫn tĩnh mạch thừng tinh, quá trình sinh tinh có thể hồi phục một phần.

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÔ SINH DO KHÔNG TINH TRÙNG

Trong sinh lý bình thường, cần ít nhất hàng chục triệu tinh trùng di động trong một lần xuất tinh để nam giới có khả năng có con tự nhiên. Tuy nhiên, với các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản hiện nay, nam giới có thể có con của

chính mình chỉ với vài tinh trùng tìm thấy trong tinh hoàn. Trong các nhóm nguyên nhân đã nêu ở trên, chỉ có những trường hợp suy tinh hoàn hoàn toàn là không thể có con của chính mình. Những trường hợp này cần phải xin tinh trùng ở ngân hàng tinh trùng để điều trị nếu muốn có con. Đa số các trường hợp vô tinh còn lại đều có thể có con của chính mình nếu có thể tìm được tinh trùng trong tinh hoàn, cho dù rất ít.

Phương pháp điều trị vô sinh cho các trường hợp không có tinh trùng hiệu quả nhất hiện nay là thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản với tinh trùng lấy được từ mào tinh hoặc tinh hoàn. Để điều trị với tinh trùng tìm thấy trong mào tinh hoặc tinh hoàn, cần phải thực hiện kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI). Người vợ sẽ được kích thích buồng trứng, chọc hút lấy noãn ra bên ngoài cơ thể. Sau đó, tìm tinh trùng, chọn lọc tinh trùng và tiêm từng tinh trùng vào các noãn có được. Tỷ lệ noãn thụ tinh sau tiêm tinh trùng lấy từ mào tinh hoặc tinh hoàn có thể lên đến 70-80%. Sau đó, phôi hình thành sẽ được nuôi cấy và chọn lọc để chuyển vào buồng tử cung. Hiện tượng thụ thai và phát triển của thai có thể diễn ra hoàn toàn bình thường. Tỷ lệ có thai lâm sàng của một lần điều trị (mỗi tháng) vào khoảng 40%. Hầu hết các trường hợp có thể có thai sau vài lần điều trị.

CÁC THỦ THUẬT SINH THIẾT TÌM TINH TRÙNG HIỆN NAY

- **PESA (Percutaneous epididymal sperm aspiration):** chọc hút tinh trùng từ mào tinh qua da
- **MESA (Microsurgical epididymal sperm aspiration):** hút tinh trùng từ mào tinh qua vi phẫu
- **TESE (testicular sperm extraction):** sinh thiết mô tinh hoàn để tìm tinh trùng
- **mTESE (microdissection testicular sperm extraction):** sinh thiết mô tinh hoàn chọn lọc bằng vi phẫu tích để tìm tinh trùng

Cần biết rằng ít nhất 10% các trường hợp không tinh trùng tại tinh hoàn là liên quan đến di truyền, trong đó, nguyên nhân chủ yếu là mất đoạn nhỏ trên nhiễm sắc



Thủ thuật PESA (nguồn A.R.T Consulting)

thể Y. Các trường hợp này, nếu có thể tìm được tinh trùng trong tinh hoàn, người chồng vẫn có thể có con của chính mình với kỹ thuật ICSI, tuy nhiên, 100% con trai sẽ mang nhiễm sắc thể Y của bố và bị bất thường về sinh tinh khi trưởng thành.

Một số rất ít trường hợp có thể điều trị bằng nội tiết nếu không có tinh trùng do thiếu nội tiết tuyến yên (nguyên nhân trước tinh hoàn).

Một vấn đề quan trọng cần lưu ý là cho dù nguyên nhân vô sinh chính trong các trường hợp này là do nam giới, nhưng sự thành công khi điều trị phụ thuộc rất lớn vào khả năng sinh sản hiện tại của người vợ. Nếu người vợ lớn tuổi (trên 35 tuổi) hay có những nguyên nhân vô sinh khác, thì khả năng thành công khi điều trị sẽ giảm đáng kể. Do đó, phải lưu ý đến các yếu tố thuộc về người vợ khi quyết định điều trị. Cần điều trị sớm và thật tích cực khi tuổi người vợ đã trên 35 tuổi hay có những nguyên nhân vô sinh nữ khác làm giảm khả năng có thai khi điều trị.

Các trường hợp có thể điều trị bằng phẫu thuật như thông nối hay mổ giãn tinh mạch thừng tinh có khả năng thành công không cao, thời gian để hồi phục sinh tinh trùng thường kéo dài (từ 6 -12 tháng trở lên) và có thể hồi phục không hoàn toàn. Chúng cứ y học hiện nay cho thấy việc mổ thông nối đường dẫn tinh (ngoại trừ trường hợp thông nối sau thất ống dẫn tinh) có khả năng thành công thấp, đồng thời hiệu quả cải thiện tình trạng sinh tinh trùng của mổ thất giãn tinh mạch thừng tinh trong điều trị vô sinh không có tinh trùng chưa được chứng minh rõ ràng. Do đó, chỉ nên áp dụng điều trị phẫu thuật cho người chồng nếu người vợ trẻ tuổi và không có nguyên nhân vô

sinh nữ đi kèm (như lạc nội mạc tử cung, tắc vòi trứng, giảm dự trữ buồng trứng...). Đối với những trường hợp vợ lớn tuổi và có nguyên nhân vô sinh nữ đi kèm, nên thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản càng sớm càng tốt, nếu bệnh nhân có điều kiện.

Gần đây, một số trung tâm ở Việt Nam đã có thể đông lạnh và lưu trữ tinh trùng lấy từ mào tinh và tinh hoàn để sử dụng điều trị sau đó. Do đó, ngay khi chẩn đoán là có tinh trùng trong mào tinh và tinh hoàn, các tinh trùng này có thể được đông lạnh ngay. Sau đó, các tinh trùng này có thể được sử dụng để làm thụ tinh trong ống nghiệm mà bệnh nhân không phải làm thủ thuật hay mổ lại để lấy tinh trùng. Tuy nhiên, để làm được điều này, bệnh nhân cần đến khám tại các trung tâm có khả năng trữ lạnh mô tinh hoàn và tinh trùng hút từ mào tinh, đồng thời chất lượng và số lượng tinh trùng lấy được cũng phải đạt một số tiêu chuẩn nhất định.

KẾT LUẬN

Vô sinh do không có tinh trùng chiếm tỉ lệ 10-15% các trường hợp vô sinh nam. Với các tiến bộ hiện nay của y học ở Việt nam trong chẩn đoán và điều trị, khoảng 70% nam giới không có tinh trùng vẫn có thể có con của chính mình với các thủ thuật sinh thiết tìm tinh trùng và ICSI. Một số ít trường hợp có thể điều trị hồi phục bằng phẫu thuật và có thai tự nhiên, tuy nhiên, phương pháp này chỉ nên áp dụng cho các trường hợp người vợ trẻ tuổi, không có các nguyên nhân vô sinh khác đi kèm. Nhóm còn lại có thể phải xin tinh trùng để điều trị.

Khám, chẩn đoán và điều trị càng sớm thì khả năng thành công càng cao. Cần lưu ý quan tâm đến khả năng sinh sản và các nguyên nhân gây vô sinh nữ đi kèm khi quyết định phương pháp điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ASRM Technical Bulletin (2008). Evaluation of the azoospermic male. Fertility and Sterility 90(suppl 3): S74-S77.
2. Capri A et al. (2009). Controversies in the management of nonobstructive azoospermia. Fertility and Sterility 91(4): 963-970.
3. Cocuzza M et al. (2008). The role of varicocele repair in the new era of assisted reproductive technology. Clinics 63: 395-404.