

HIẾM MUỘN DO BẤT THƯỜNG TINH TRÙNG

LÝ DO

Buổi học nhóm này giúp sinh viên hiểu được quá trình sinh tinh trùng, bao gồm hai tiến trình sinh tinh trùng từ các tế bào nguồn dòng tinh (spermatogenesis) và tiến trình biệt hóa từ tinh tử tròn thành tinh trùng (spermiogenesis). Buổi học cũng giúp sinh viên hiểu được vai trò của các tế bào nâng đỡ (Sertoli) và của các tế bào mô kẽ tinh hoàn (Leydig) trong quá trình sinh tinh, dưới sự chi phối của trục hạ đồi-tuyến yên-tinh hoàn.

MỤC TIÊU

1. Trình bày được cấu trúc mô học của tinh hoàn và của biểu mô tinh
2. Trình bày được vai trò của tế bào Sertoli và của tế bào Leydig trong quá trình sinh tinh
3. Áp dụng được kiến thức về trục hạ đồi-tuyến yên-tinh hoàn để giải thích cơ chế tác động của clomiphene citrate trong cải thiện bất thường về chất lượng của tinh dịch

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Sinh viên phải học những tài liệu hướng dẫn dưới đây trước khi vào buổi học nhóm

Tài liệu tiếng Việt

1. Lê Văn Cường và cộng sự (2015) Giải Phẫu Học hệ thống, Nhà xuất bản Y Học
2. Mô học (2016), PGS. Trần Công Toại, NXB Đại học quốc gia TP. Hồ Chí Minh

Tài liệu tiếng Anh

Marieb E. M. (1992), "Reproductive System", Human Anatomy and Physiology, The Belljamine/Cummings Publishing Company, Inc

Sinh viên hãy đọc tài liệu và tìm hiểu các thuật ngữ: sinh tinh trùng, tinh dịch đồ là gì ?

CA LÂM SÀNG

Vợ chồng chị X. và anh Y. đến khám vì hiếm muộn. Họ đã mong con từ 5 năm qua. Năm nay, chị X. đã 35 tuổi và chị chưa từng mang thai. Anh Y. hiện đã 47 tuổi, đã từng có một đời vợ nhưng họ không có con chung sau nhiều năm chung sống. Anh Y. cho biết rằng sau khi ly dị với anh, thì người vợ đầu đã lập gia đình mới, và hiện đã có 2 con. Khai thác không có tiền sử bị viêm tinh hoàn. Anh Y. đã thực hiện khảo sát định lượng nội tiết ghi nhận nồng độ FSH máu ở mức bình thường-thấp (3,0 IU/L); LH máu cũng ở mức bình thường-thấp (2,3 IU/L); nồng độ Testosterone ở mức bình thường. Tinh dịch đồ cho thấy thể tích xuất tinh bình thường (4 mL); nhưng mật độ tinh trùng thấp (10 triệu/mL); với tỉ lệ di động tiến tới thấp (11%). Khám thần kinh và hình ảnh không ghi nhận tổn thương thực thể ở vùng sản sọ. $> 50\%$ > 20

Thăm dò về phía chị Y. xác nhận rằng hoạt động của trục hạ đồi-tuyến yên-buồng trứng là bình thường; không có bất thường của tử cung và vòi Fallope. Không có bằng chứng của nhiễm hay di chứng của nhiễm Chlamydia trachomatis.

...

Người ta tư vấn cho anh Y. rằng anh cần phải được điều trị với nội tiết tố. Họ đã đưa ra một số giải pháp rồi đề nghị anh nên bắt đầu với việc thử dùng clomiphene citrate hàng ngày. Định lượng FSH một thời gian ngắn sau khi bắt đầu liệu pháp với clomiphene citrate cho thấy nồng độ của FSH và của LH cùng được "bình thường hóa".

...

Hai tháng sau, khi chưa đến hẹn kiểm tra lại tinh dịch đồ thì chị X. đã thông báo rằng họ đã có thai. Phần còn lại của thai kỳ diễn tiến hoàn toàn bình thường, và họ đã có một bé gái khỏe mạnh đủ tháng.

...

Khi đã biết tin vui, nhưng để yên tâm rằng mình “đã khỏi bệnh”, anh Y. vẫn đi thử lại tinh dịch đồ theo hẹn. Kết quả cho thấy rằng mật độ tinh trùng là 86 triệu/mL; với tỉ lệ di động tiến tới 63%; tức ở trên mức chuẩn tối thiểu của WHO.

Anh Y. nêu thắc mắc rằng anh muốn duy trì hiệu quả của điều trị, nhưng không biết rằng việc kéo dài thêm điều trị hiện tại có cần thiết hay không?

...

CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Trong phân đoạn đầu, hãy tìm và giải thích mối liên quan giữa các kết quả định lượng nội tiết và kết quả phân tích tinh dịch. Từ đó hãy cho biết rằng bạn có thể dùng (các) loại hormone ngoại sinh nào để cải thiện kết quả phân tích tinh dịch.
2. Trong phân đoạn thứ nhì, hãy giải thích vì sao việc dùng clomiphene citrate (một chất ức chế cạnh tranh với estrogen trên thụ thể GCPR của estrogen ở tầng trên của trục) lại có thể bình thường hóa được kết quả định lượng nội tiết.
3. Cũng trong phân đoạn thứ nhì, giải pháp thứ nhì mà các bác sĩ có nhắc đến, nhưng chưa thực hiện là giải pháp nào? Vì sao họ không giải pháp đó như giải pháp ưu tiên?
4. Trong phân đoạn ba, hãy cho biết rằng có phải vợ anh Y. có thai là do “chất lượng tinh trùng được cải thiện” hay chẳng qua là do “bác sĩ ăn may”?
5. Trong phân đoạn bốn hãy trả lời câu hỏi của anh Y. về việc nên hay không nên tiếp tục điều trị với clomiphene citrate?

./.HẾT./.

(tes đủ)

Cả 3 đều quan trọng: thiếu FSH/LH vẫn có tinh

(Túi tinh, tuyến tiền liệt) ^{trùng như} chất lượng thấp

Không bất thường tạo tinh trùng

V_{tinh dịch} bình thường

Câu 1:

FSH : ↓

LH : ↓

Mật độ : ↓

% di động : ↓

Testosterone : bình thường

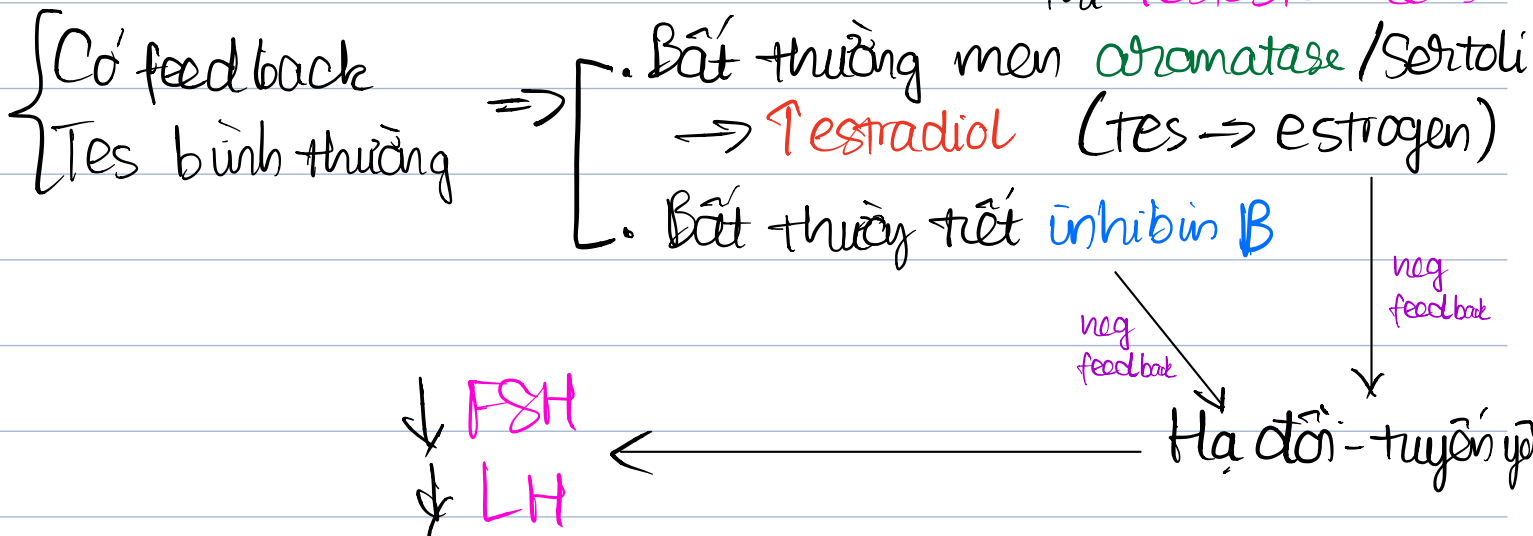
FSH : tế bào Sertoli tích trữ testosterone

↳ Quan trọng phát triển tinh trùng

⇒ Bổ sung FSH ngoại sinh

FSH : Kích thích Sertoli, thúc đẩy tạo tinh nguyên bào B

LH : Kích thích tạo testosterone → FSH kích thích dự trữ testosterone



⇒ Phù hợp { **Số lượng**
Chất lượng bất thường

Tinh dịch đồ
ĐL nội tiết } → Có thể khác tùy thời điểm

Chất nhầy / CTC → Buồng TC → Ống dẫn trứng → Màng bao / trứng

Key: CHỈ CẦN 1 TÌNH TRẠNG

Thiếu tình: vẫn có khả năng có em bé

Câu 2: Clomiphene citrate có hiệu quả.
→ Estrogen có tăng

Câu 3: Tiêm { FSH : CẦN THIẾT.
LH : vì tác động qua testosterone
↳ khó điều chỉnh

• Tiêm GnRH : Kích thích tiết { FSH
LH

⇒ Tuy nhiên, sẽ gây ức chế luôn tuyến yên
(cắt tuyến yên nội khoa)

Vì GnRH chỉ tác dụng theo Nhịp
(Trở hoá)

• Thuốc ức chế men aromatase : ↓ estrogen

→ Ảnh hưởng chức năng khác là thuốc estrogen
(liên quan kích thích quá trình di chuyển
của tinh trùng, phát triển chiều cao / NAM)

⇒ Clomiphon citrate đặc hiệu hơn.

Câu 4: Bình thường hoá tình dịch đồ

→ ↑ tỉ lệ đầu thai.

Câu 5: Không nên ← Lờn thuốc
Tác dụng phụ

