

Nghiên cứu

## Vai trò nội soi túi tinh qua đường niệu đạo trong chẩn đoán và điều trị xuất tinh máu kháng trị: một số trường hợp lâm sàng và tổng quan y văn

Nguyễn Khoa Hùng, Võ Minh Nhật, Lê Đình Khánh, Nguyễn Nhật Minh\*

Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

\*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Nhật Minh Email: nnminh@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 21/04/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 05/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 18/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-1.41

### Tóm tắt

Xuất tinh máu là một triệu chứng tương đối hiếm gặp trong thực hành lâm sàng tiết niệu, đa số là lành tính và tự giới hạn. Tuy nhiên, các trường hợp kéo dài hoặc tái phát có thể liên quan đến các nguyên nhân thực thể như viêm mạn tính, tắc nghẽn đường dẫn tinh hoặc sỏi túi tinh, gây khó khăn trong chẩn đoán và điều trị. Bài viết này nhằm tổng quan các nguyên nhân, phương pháp chẩn đoán và hướng xử trí xuất tinh máu, đồng thời đánh giá vai trò của nội soi túi tinh qua niệu đạo (Transurethral seminal vesiculoscopy – TUSV). Các tài liệu tham khảo được thu thập từ các nghiên cứu y văn trong và ngoài nước liên quan đến xuất tinh máu và TUSV, kết hợp với phân tích loạt 6 ca lâm sàng được thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Kết quả cho thấy các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm qua trực tràng và cộng hưởng từ có giá trị định hướng, nhưng còn hạn chế trong việc xác định nguyên nhân chính xác. TUSV cho phép quan sát trực tiếp lòng túi tinh và ống dẫn tinh, giúp phát hiện các tổn thương như chảy máu, sỏi và tắc nghẽn, đồng thời thực hiện điều trị trong cùng một thì can thiệp. Trong loạt ca lâm sàng, tất cả bệnh nhân đều được thực hiện TUSV thành công, với tỷ lệ hết triệu chứng đạt 83,3% và cải thiện rõ rệt 16,7%, không ghi nhận biến chứng. Xu hướng hiện nay cho thấy TUSV ngày càng được ứng dụng rộng rãi như một phương pháp xâm lấn tối thiểu, vừa có giá trị chẩn đoán vừa điều trị hiệu quả trong các trường hợp xuất tinh máu kháng trị. Việc hiểu rõ giải phẫu và chỉ định phù hợp có thể giúp tối ưu hóa hiệu quả của kỹ thuật này trong thực hành lâm sàng.

**Từ khóa:** Xuất tinh máu; nội soi túi tinh qua niệu đạo; TUSV; vô sinh nam; sỏi túi tinh.

## The role of transurethral seminal vesiculoscopy in the diagnosis and treatment of intractable hematospermia: From literature review to a case series

Nguyen Khoa Hung, Vo Minh Nhat, Le Dinh Khanh, Nguyen Nhat Minh\*

Surgery Department, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

### Abstract

Hematospermia is a relatively uncommon condition in urological practice and is usually benign and self-limiting. However, persistent or recurrent cases may be associated with underlying structural abnormalities such as chronic inflammation, ejaculatory duct obstruction, or seminal vesicle stones, posing challenges in diagnosis and management. This review aims to summarize the etiology, diagnostic approaches, and management strategies of hematospermia, with a particular focus on the role of transurethral seminal vesiculoscopy (TUSV). Relevant literature was collected from both domestic and international sources regarding hematospermia and TUSV, and was complemented by a case series of six patients treated at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. Imaging modalities such as transrectal ultrasound and magnetic resonance imaging provide valuable initial assessment but remain limited in accurately identifying the underlying cause. TUSV enables direct visualization of the seminal vesicles and ejaculatory ducts, allowing for the detection of intraluminal abnormalities such as bleeding, calculi, and obstruction, while simultaneously facilitating therapeutic intervention. In our case series, all patients underwent TUSV safely, with complete symptom resolution in 83.3% and significant improvement in 16.7%, without any reported complications. Current evidence suggests that TUSV is increasingly recognized as a minimally invasive technique with both

diagnostic and therapeutic value in managing intractable hematospermia. A thorough understanding of pelvic anatomy and appropriate patient selection are essential to optimize clinical outcomes.

**Keywords:** Hematospermia; transurethral seminal vesiculoscopy; TUSV; male infertility; seminal vesicle stones.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hiện diện của máu trong tinh dịch, hay còn gọi là xuất tinh máu, là triệu chứng chiếm khoảng 1% số ca đến khám tại khoa tiết niệu và được báo cáo là xuất hiện ở 0,5% số bệnh nhân sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt [1]. Xuất tinh máu có thể là triệu chứng chính của một số bệnh nghiêm trọng liên quan đến đường sinh dục của nam giới, bao gồm nhiễm khuẩn, viêm, tắc nghẽn ống dẫn tinh, khối u, chấn thương, tai biến do bác sĩ và một số bệnh hệ thống, chẳng hạn như tăng huyết áp nặng hoặc các bệnh về huyết học [2]. Xuất tinh máu thường là một tình trạng lành tính và tự khỏi, Amano và cộng sự báo cáo rằng 57% bệnh nhân xuất tinh máu trong lần đầu tiên có triệu chứng thuyên giảm sau 1 tháng [3]. Tuy nhiên, một số ít bệnh nhân có tình trạng xuất tinh máu kháng trị được định nghĩa là tình trạng xuất tinh ra máu kéo dài trên 3 tháng hoặc tái phát dai dẳng, hoàn toàn không đáp ứng với các phác đồ điều trị nội khoa bảo tồn đã phải trải qua tâm lý lo lắng và bất an rất lớn [4]. Trong những năm gần đây, sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và kỹ thuật nội soi đã giúp cải thiện đáng kể khả năng xác định nguyên nhân. Đặc biệt, nội soi túi tinh qua niệu đạo (TUSV) nổi lên như một phương pháp vừa chẩn đoán vừa điều trị hiệu quả. Trong phạm vi bài viết này, chúng tôi sẽ trình bày tổng quan về tình trạng xuất tinh máu và một số trường hợp xuất tinh máu dai dẳng được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

## 2. XUẤT TINH MÁU KHÁNG TRỊ

### 2.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Trong nhiều thập kỷ qua, hiện tượng xuất tinh máu thường được giải thích bằng việc kiêng cử hoặc quan hệ tình dục mạnh mẽ, do không thể xác định được nguyên nhân chính xác ở 70% bệnh nhân. Mặc dù kiêng cử và quan hệ tình dục mạnh mẽ vẫn được coi là nguyên nhân của xuất tinh máu, các tiến bộ trong kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm đã cung cấp khả năng xác định nguyên nhân chính xác tới 85% các trường hợp. Đa số các trường hợp xuất tinh máu lành tính, với nhiễm khuẩn là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm khoảng 40% tổng số trường hợp. Các nguyên nhân khác bao gồm viêm, u tân sinh (như ung thư tuyến tiền liệt, ung thư tinh hoàn), các tác động từ các thủ thuật y tế (như sinh thiết tuyến tiền liệt, phẫu thuật tuyến tiền liệt, dụng cụ y tế, xạ

trị, tiêm trị), các vấn đề về cấu trúc giải phẫu, bệnh hệ thống và các vấn đề về mạch máu [5, 6].

### 2.2. Tiếp cận chẩn đoán

Mục tiêu của quá trình đánh giá lâm sàng là xác định nguyên nhân của xuất tinh máu để đưa ra phương pháp điều trị phù hợp. Quá trình này bắt đầu bằng việc loại trừ các trường hợp giả xuất tinh máu bằng cách xác định liệu bệnh nhân có nhả máu với xuất tinh máu hay không, máu từ bạn tình của bệnh nhân hay không, hoặc có phải là do nhiễm khuẩn đường sinh dục hay hành vi tình dục mạnh mẽ. Khi xác nhận có máu, ba yếu tố chính để hướng dẫn quá trình đánh giá tiếp theo là tuổi, thời gian xuất hiện triệu chứng và sự hiện diện của các triệu chứng liên quan hoặc các yếu tố nguy cơ. Ở nam giới dưới 40 tuổi, cần đánh giá các yếu tố nguy cơ gây ra tình trạng xuất huyết liên quan đến hành vi hoặc nhiễm khuẩn. Ở nam giới từ 40 tuổi trở lên, cần xem xét kỹ lưỡng về các khối u hoặc các bất thường về cấu trúc [5, 6].

Các triệu chứng có thể kèm theo bao gồm đau ở vùng sinh dục hoặc rối loạn tiểu tiện. Đau khi đi tiểu có thể gợi ý các vấn đề như viêm niệu đạo, viêm bàng quang hoặc viêm tuyến tiền liệt. Đau khi bàng quang căng thường gợi ý viêm bàng quang. Đau khi xuất tinh có thể liên quan đến viêm tuyến tiền liệt hoặc tắc nghẽn ống dẫn tinh. Rối loạn tiểu tiện có thể chỉ ra các vấn đề về chức năng hoặc hình thái của bàng quang hoặc đường tiểu. Lịch sử tình dục của bệnh nhân và lịch sử điều trị cũng quan trọng vì các bệnh lây truyền qua đường tình dục và các thủ thuật y tế là nguyên nhân hàng đầu gây ra tình trạng xuất huyết [5, 6].

Các vấn đề toàn thân có thể gây ra xuất huyết bao gồm rối loạn đông máu, các bệnh lý ở gan ảnh hưởng đến việc sản xuất yếu tố đông máu, và tăng huyết áp nghiêm trọng không kiểm soát được. Các triệu chứng toàn thân (như sụt cân, đổ mồ hôi ban đêm, sốt, ớn lạnh, đau xương) có thể chỉ ra một tình trạng ung thư hoặc lây nhiễm. Lịch sử du lịch và sử dụng thuốc cũng có thể cung cấp thông tin về nguyên nhân [5, 6].

Khám bụng và khám đường tiết niệu nên được thực hiện kỹ lưỡng để đánh giá. Khám toàn bộ bìu là quan trọng để đánh giá tình trạng viêm; nhiễm khuẩn; và khối lượng tinh hoàn, mào tinh hoàn và dây tinh trùng. Cần khám trực tràng để kiểm tra kích thước, độ mềm, sự dao động, tính đối xứng, độ cứng và nốt sần của tuyến tiền liệt.

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện nay được sử dụng để chẩn đoán và xác định nguyên nhân xuất tinh máu như siêu âm qua trực tràng (Transrectal ultrasound – TRUS), chụp cắt lớp vi tính (CT scanner) và chụp cộng hưởng từ (MRI). eCoil MRI (Endorectal coil MRI) được coi là phương pháp thay thế khi kết quả của TRUS không thuyết phục trong việc phát hiện tình trạng xuất huyết. Nhờ vào hình ảnh đa mặt phẳng và độ tương phản mô mềm nổi bật, MRI cung cấp nhiều thông tin hơn về cấu trúc giải phẫu vùng chậu. Cả TRUS và MRI đều là các kỹ thuật không xâm lấn, nhưng điều này hạn chế giá trị của chúng chủ yếu trong chẩn đoán và có thể cho kết quả âm tính giả nếu có tổn thương nhỏ [6, 7].

### 2.3. Vai trò của nội soi túi tinh qua niệu đạo (TUSV)

Jones và cộng sự, sau nghiên cứu trên 74 nam giới có biểu hiện xuất tinh máu, đã kết luận rằng nội soi bàng quang niệu đạo nên được thực hiện thường quy ở tất cả bệnh nhân, và các thủ thuật xâm lấn sâu hơn nên được thực hiện cho những người có xuất tinh máu tái phát hoặc liên quan đến các triệu chứng khác [8].

Phương pháp nội soi túi tinh qua niệu đạo (transurethral seminal vesiculoscopy – TUSV) được Merricks ủng hộ vào năm 1949 nhưng sau đó được coi là khó khăn về mặt kỹ thuật do vị trí các lỗ của ống dẫn tinh nằm ở phần sau bên của ụ núi và bản thân ống dẫn tinh rất mỏng manh [9]. Sau đó TUSV được báo cáo lần đầu tiên bởi Okubo và cộng sự (1998) [10]. Yang (2002) đã công bố nghiên cứu lớn đầu tiên với 37 bệnh nhân có xuất tinh máu kéo dài (> 3 tháng) và bất thường túi tinh trên các xét nghiệm hình ảnh. Tác giả đã sử dụng các ống soi cứng 6 Fr và 9 Fr để tiếp cận ống dẫn tinh [11]. Tại hội nghị niệu khoa thế giới năm 2009, Liu đã báo cáo về kỹ thuật nội soi túi tinh qua niệu đạo để điều trị xuất tinh máu [4]. Phương pháp cho phép quan sát trực quan bên trong ống dẫn tinh và đồng thời cũng giúp điều trị [4, 7].

Ở một nghiên cứu tương tự trên 70 bệnh nhân có xuất tinh máu dai dẳng vào năm 2009, Han và cộng sự đã tiêm thuốc nhuộm qua ống dẫn tinh để xác định vị trí của các lỗ đổ và một số trường hợp cắt bỏ ụ núi để tìm lỗ đổ trong trường hợp ụ núi đã bị tổn thương trước đó. Sau thời gian theo dõi trung bình 12,3 tháng, 55 bệnh nhân đã hết xuất tinh máu và không ghi nhận biến chứng nào. Có 7 trường hợp xuất tinh máu tái phát [12]. Theo Guo, có thể nội soi vào ống dẫn tinh theo đường niệu đạo, các lỗ đổ của ống dẫn tinh có thể tìm thấy ở bên ngoài ụ núi tuyến tiền liệt, thường ở vị trí 5 và 7 giờ, nếu các lỗ không rõ ràng có thể cắt ụ núi để lộ các lỗ đổ đó [13]. Han và cộng sự báo cáo một nghiên cứu trên 61 bệnh nhân nam sử dụng ống nội soi niệu quản 6/7,5 Fr, TUSV

được thực hiện thành công trong 95% trường hợp, với thời gian phẫu thuật trung bình là 35,6 phút. Chỉ có 2 bệnh nhân phản nản về cảm giác khó chịu vùng tầng sinh môn sau khi thực hiện thủ thuật và 1 bệnh nhân tái phát tình trạng xuất tinh máu [14]. Một báo cáo khác gồm 114 bệnh nhân xuất tinh máu và đau bụng hoặc vùng đáy chậu đã hết xuất tinh máu và cải thiện cơn đau sau TUSV trong 89% trường hợp. Có 2 trường hợp viêm mào tinh hoàn sau mổ, 6 trường hợp xuất tinh đau sau mổ và không có biến chứng nặng [15].

TUSV là một kỹ thuật có thể được sử dụng để điều trị một số tình trạng từ tuyến tiền liệt, ống dẫn tinh và túi tinh [10]. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng TUSV có hiệu quả chẩn đoán cao hơn so với TRUS chẩn hạn như nghiên cứu của Xing và cộng sự báo cáo rằng TUSV mang lại hiệu quả chẩn đoán cao hơn TRUS (74,5% so với 45,3%,  $P < 0,001$ ) [16]. TUSV cũng giúp bệnh nhân đạt được những cải thiện đáng kể về chất lượng tinh dịch [17]. Ngày càng có nhiều tác giả sử dụng TUSV vì thủ thuật này có thể sử dụng các thiết bị phổ biến dùng trong phẫu thuật tiết niệu thông thường như ống soi bàng quang, ống soi niệu quản bán cứng, dây dẫn,... Ngoài ra phẫu thuật viên cũng cần nắm vững giải phẫu vùng chậu để nhận biết các cấu trúc và mốc giải phẫu để thực hiện TUSV một cách an toàn.

Tác giả Chen đã trình bày ba cách để nội soi vào ống dẫn tinh. Ở một số bệnh nhân lỗ đổ của ống dẫn tinh có thể được tìm thấy dễ dàng bên cạnh ụ núi bằng cách thay đổi áp suất nước, nhưng thường thì các lỗ đổ bị che bởi một màng trắng đục. Loại thứ nhất, lỗ đổ mở tự nhiên. Nếu các lỗ đổ không thể tìm thấy thì cần áp dụng phương pháp khác. Cách thứ hai là tạo một vết xước nhỏ trên thành bên của lối vào nang tuyến tiền liệt. Cách thứ ba chọc thủng vị trí màng ngăn cách thành sau nang tuyến tiền liệt và túi tinh bằng dây dẫn. Tác giả cũng báo cáo kết quả điều trị 144 bệnh nhân xuất tinh máu dai dẳng với tỷ lệ xuất tinh máu hết hoặc giảm đi lần lượt là 68,06% và 12,50% chưa đầy 3 tháng sau phẫu thuật. Kết quả chụp MRI cho thấy máu và sỏi biến mất trong túi tinh và ống dẫn tinh. Một số biến chứng có thể gặp phải như giảm thời gian cương cứng, giảm thời gian quan hệ và giảm độ cực khoái [18].

TUSV có thể được coi là phương thức điều trị an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân mắc xuất tinh máu, tắc ống dẫn tinh và một số tình trạng đau vùng chậu. Phương pháp này có thể thực hiện được ở hầu hết bệnh nhân và cho kết quả rất khả quan, tỷ lệ điều trị thành công xuất tinh máu từ 78% đến 98% và tỷ lệ tái phát thấp 10% [4, 12, 15, 18]. Đau khi xuất tinh hoặc đau vùng chậu cũng có thể cải thiện, mặc dù có

tới 30% bệnh nhân có thể đau vùng chậu hoặc khó chịu sau phẫu thuật [12, 15]. Mặc dù các triệu chứng này nhẹ và tạm thời nhưng bệnh nhân cần được thông báo về khả năng này. Viêm mào tinh hoàn sau phẫu thuật đường như hiếm gặp và có thể xảy ra do nước tiểu trào ngược lên mào tinh hoàn do cơ chế van chống trào ngược ở lỗ ống dẫn tinh bị phá hủy trong quá trình thực hiện thủ thuật [18]. Bơm nước áp lực cao trong quá trình thực hiện cũng có thể gây viêm mào tinh hoàn [18]. Chưa có biến chứng lớn nào khác được mô tả trong y văn.

#### 2.4.1. Đặc điểm các ca lâm sàng

**Bảng 1.** Đặc điểm bệnh nhân, hình ảnh học và kết quả điều trị bằng TUSV

Ca	Tuổi	Thời gian xuất tinh máu	Vô sinh	Vô tinh trùng	Hình ảnh TRUS/MRI	Sỏi túi tinh	Tắc ống dẫn tinh	Can thiệp	Kết quả sau 1 tháng	Tái khám sau 3 tháng
1	37	3 năm	Có	Có	Túi tinh giãn, mức dịch-dịch	Có	Có	TUSV + rửa + lấy sỏi	Hết	Hết
2	35	2 năm	Có	Có	Túi tinh giãn, dịch xuất huyết	Không	Có	TUSV + rửa	Hết	Hết
3	33	1 năm	Có	Không	Túi tinh giãn	Có	Có	TUSV + rửa + lấy sỏi	Hết	Hết
4	33	8 tháng	Không	Không	Giãn túi tinh hai bên	Không	Không	TUSV + rửa	Cải thiện	Cải thiện rõ rệt
5	28	1,5 năm	Có	Có	Túi tinh giãn, mức dịch-dịch	Có	Có	TUSV + rửa + lấy sỏi	Hết	Hết
6	20	6 tháng	Không	Không	Giãn nhẹ túi tinh	Không	Có	TUSV + rửa	Hết	Hết

#### 2.4.2. Kết quả

Có tổng cộng 6 bệnh nhân được thực hiện TUSV do xuất tinh máu kéo dài hoặc tái phát. Tuổi trung bình là  $30,7 \pm 6,3$  (dao động 20 - 37 tuổi). Thời gian mắc bệnh từ 6 tháng đến 3 năm. Có 4/6 bệnh nhân có vô sinh và 3/6 bệnh nhân có vô tinh trùng.

**Đặc điểm hình ảnh học:** Tất cả bệnh nhân đều có bất thường túi tinh trên TRUS và/hoặc MRI. Giãn túi tinh một bên gặp ở 5/6 trường hợp, chủ yếu bên phải, trong khi 1 trường hợp giãn hai bên. Hình ảnh mức dịch-dịch gợi ý xuất huyết trong túi tinh được ghi nhận ở 3 bệnh nhân. Giãn đoạn gần ống dẫn tinh được phát hiện ở 5/6 trường hợp, gợi ý tình trạng tắc nghẽn đường dẫn tinh.

#### 2.4. Minh họa các ca lâm sàng

Thời gian qua chúng tôi ghi nhận một loạt gồm 6 bệnh nhân nam được chẩn đoán và điều trị bằng TUSV tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Về phương tiện phẫu thuật, kỹ thuật TUSV được thực hiện bằng hệ thống phẫu thuật nội soi độ phân giải cao của hãng Karl Storz (Đức). Công cụ can thiệp chính là ống soi niệu quản bán cứng Karl Storz với đường kính 7,5 Fr. Các dụng cụ phụ trợ chuyên dụng bao gồm dây dẫn đường ái nước kích thước 0,032 hoặc 0,035 inch, catheter trao đổi dịch và rọ lấy sỏi.

**Kết quả trong mổ:** TUSV được thực hiện thành công ở tất cả các trường hợp (tỷ lệ 100%). Quan sát nội soi ghi nhận máu trong lòng túi tinh ở 6/6 bệnh nhân (100%). Sỏi túi tinh được phát hiện ở 3 trường hợp, trong khi 2 trường hợp có hình ảnh viêm niêm mạc túi tinh. Tắc ống dẫn tinh được xác định trong 5/6 trường hợp, phù hợp với các dấu hiệu gợi ý trên hình ảnh học trước mổ.

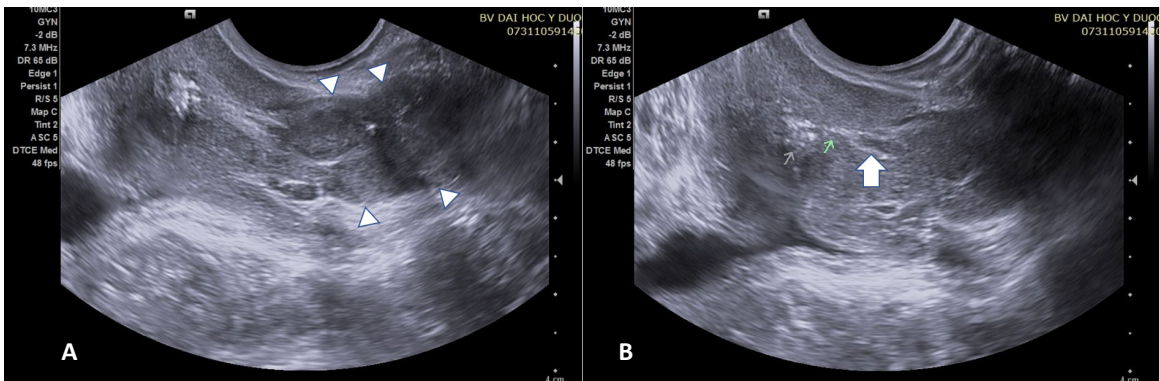
**Xử trí và kết quả sau can thiệp:** Tất cả bệnh nhân được súc rửa túi tinh, trong đó các trường hợp có sỏi được lấy sỏi nội soi. Không ghi nhận biến chứng trong mổ hoặc sau mổ. Trong thời gian theo dõi ngắn hạn, 5/6 bệnh nhân hết hoàn toàn triệu chứng xuất tinh máu, và 1 bệnh nhân cải thiện rõ rệt. Không ghi

nhận trường hợp tái phát sớm.

Kết quả hết triệu chứng xuất tinh máu ở 5/6 (83,3%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương đồng với tỷ lệ thành công được báo cáo trong y văn thế giới. Cụ thể, Liu và cộng sự [15] khi nội soi túi tinh điều trị xuất tinh máu kháng trị đạt tỷ lệ thành công giai đoạn đầu là 78,3%, trong khi Han và cộng sự [12] ghi nhận tỷ lệ này lên đến 88,9%. Sự trùng khớp về các tổn thương đại thể tìm thấy lúc mổ như cục máu đông mạn tính, sỏi túi tinh và viêm niêm mạc giữa loạt ca của chúng tôi với các tác giả quốc tế một lần nữa khẳng định giá trị chẩn đoán và điều trị chính xác, an toàn của kỹ thuật TUSV.

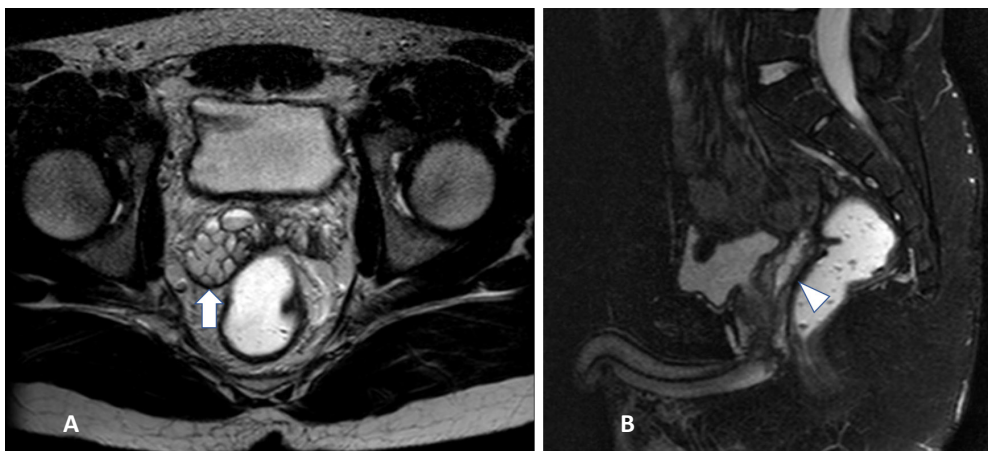
Liên quan đến tính bền vững sau điều trị, nghiên cứu theo dõi dài hạn của Mei và cộng sự (2022) lưu

ý rằng tình trạng sỏi túi tinh đại thể hoặc xuất huyết nặng trong lòng túi tinh ghi nhận lúc mổ là những yếu tố nguy cơ độc lập có thể dẫn đến việc tái phát triệu chứng về lâu dài [19]. Mặc dù TUSV là một can thiệp an toàn, nhưng kỹ thuật này đòi hỏi một đường cong học tập nhất định đối với phẫu thuật viên. Theo kinh nghiệm từ loạt ca của chúng tôi, khó khăn lớn nhất nằm ở bước tiếp cận ban đầu: việc xác định chính xác vị trí lỗ đổ của ống phóng tinh tại ụ núi thường gặp trở ngại do viêm nhiễm làm thay đổi giải phẫu hoặc lỗ đổ quá nhỏ. Ngoài ra, thao tác đưa ống soi niệu quản đi qua lỗ đổ đòi hỏi sự khéo léo cao để tránh gây tổn thương rách niêm mạc tạo đường hầm giả hoặc gây thủng túi tinh, trực tràng [20]. Nhìn chung, kỹ thuật này cần được thực hiện tại các trung tâm có kinh nghiệm.



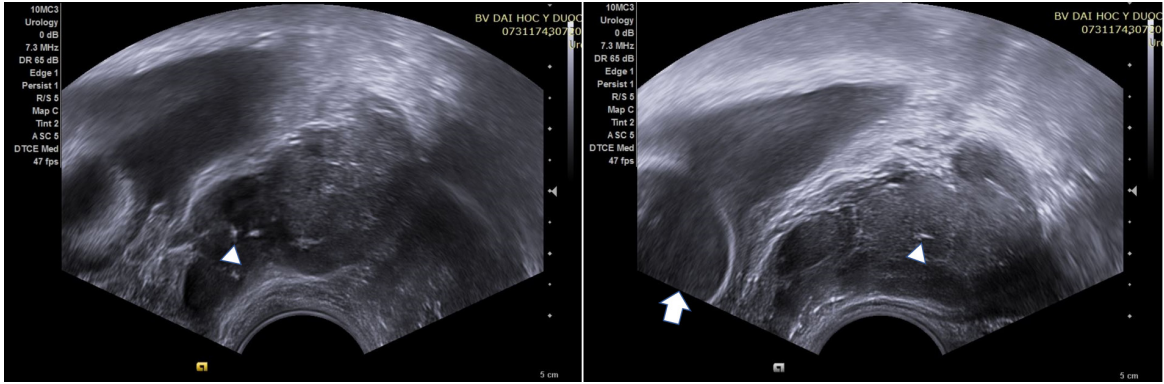
**Hình 1.** Hình ảnh siêu âm qua ngã trực tràng (TRUS) của tuyến tiền liệt

**1-A.** Túi tinh cho thấy túi tinh bên phải phì đại (đầu mũi tên tam giác), bên trong túi chứa dịch không đồng nhất và có cặn. **1-B.** Ống dẫn tinh bên phải (mũi tên trắng) giãn và có thành dày tương ứng với tình trạng viêm mạn tính và tắc nghẽn.

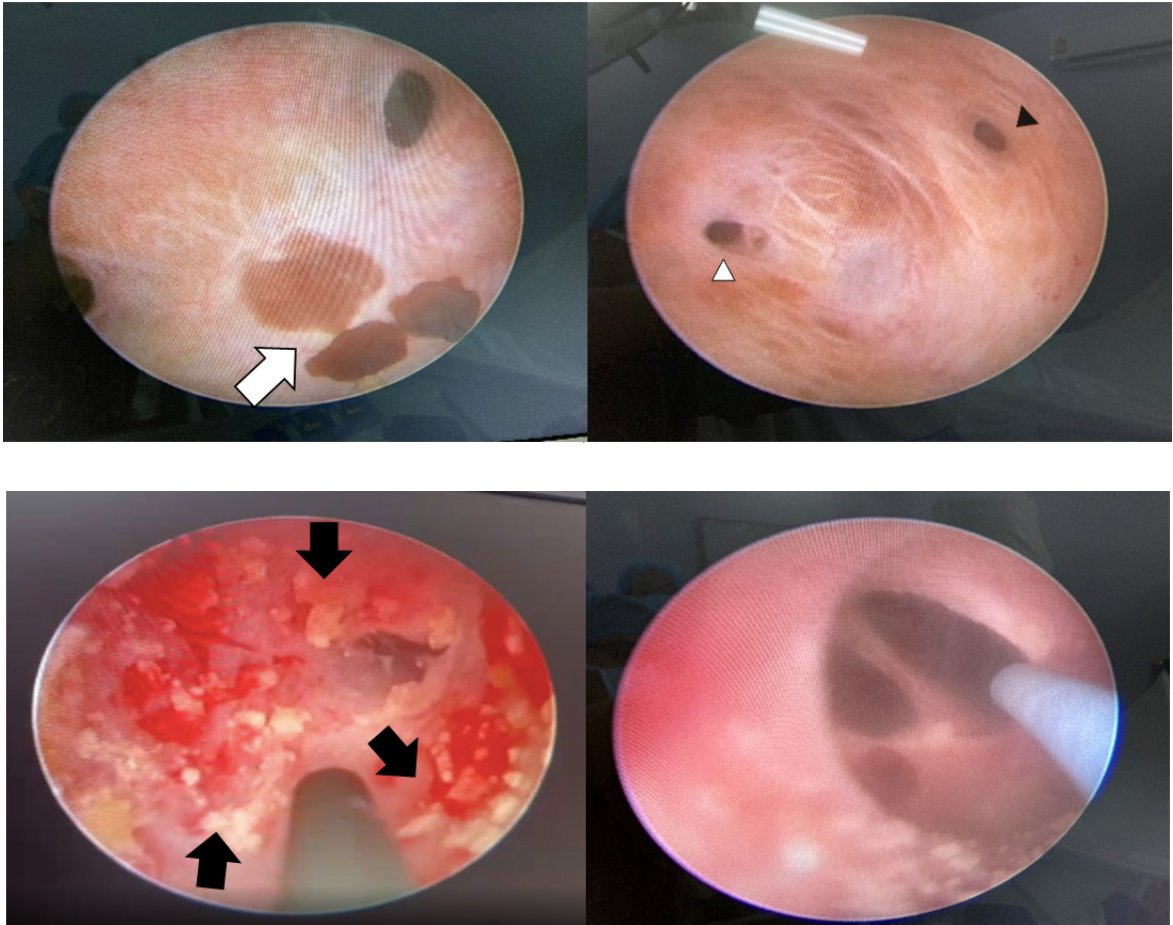


**Hình 2.** Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) của tuyến tiền liệt và túi tinh

**2-A.** Chuỗi xung T2 ở mặt phẳng axial cho thấy túi tinh bên phải phì đại (mũi tên trắng), dịch trong túi tinh có mức dịch gợi ý có máu. **2-B.** Chuỗi xung T2 ở mặt phẳng sagittal cho thấy ống dẫn tinh bên phải giãn đoạn gần (đầu mũi tên tam giác)



**Hình 3.** TRUS khi chọc túi tinh bên phải. Đầu mũi tên tam giác chỉ đầu kim trong túi tinh  
Mũi tên trắng chỉ hình ảnh bóng Foley ở cổ bàng quang



**Hình 4.** Hình ảnh nội soi vào bên trong túi tinh  
Mũi tên trắng chỉ hình ảnh sợi trong túi tinh. Đầu mũi tên trắng chỉ ống dẫn tinh bên phải, đầu mũi tên đen chỉ ống dẫn tinh bên trái. Mũi tên đen chỉ hình ảnh sỏi khảm trong túi tinh

### 3. KẾT LUẬN

Tóm lại, TUSV có thể sử dụng như là một phương tiện để chẩn đoán, đồng thời điều trị xuất tinh máu kháng trị, ngay cả khi kết quả của các phương pháp chẩn đoán khác là âm tính. Tuy nhiên, TUSV là một

thủ thuật đầy thách thức với đường cong học tập dốc. Hiểu biết sâu về giải phẫu đường dẫn tinh và thực hiện quy trình đầy đủ có thể cải thiện kết quả của phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Han M, Brannigan RE, Antenor JA, Roehl KA, Catalona WJ. Association of hemospermia with prostate cancer. *The Journal of urology*. 2004;172(6 Pt 1):2189-92.
2. Ahmad I, Krishna NS. Hemospermia. *The Journal of urology*. 2007;177(5):1613-8.
3. Amano T, Kunimi K, Ohkawa M. Transrectal ultrasonography of the prostate and seminal vesicles with hemospermia. *Urologia internationalis*. 1994;53(3):139-42.
4. Liu ZY, Sun YH, Xu CL, Hou JG, Gao X, Lu X, et al. Transurethral seminal vesiculoscopy in the diagnosis and treatment of persistent or recurrent hemospermia: a single-institution experience. *Asian J Androl*. 2009;11(5):566-70.
5. Stefanovic KB, Gregg PC, Soung M. Evaluation and treatment of hematospermia. *American family physician*. 2009;80(12):1421-7.
6. Nguyễn Quang, Lê Minh Tâm, Đoàn Minh Thụy, Mai Bá Tiến Dũng, Đàm Văn Cường, Nguyễn Thị Thu Hồng, và cộng sự. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản - nội dung chăm sóc sức khỏe tình dục. In: *Tế BY, editor. Rối loạn xuất tinh 2026*. p. 52-62.
7. Hu JC, Chen CS. Transurethral seminal vesiculoscopy acts as a therapeutic investigation for intractable hemospermia: Step-by-step illustrations and single-surgeon experience. *Int J Urol*. 2018;25(6):589-95.
8. Jones DJ. Haemospermia: a prospective study. *British journal of urology*. 1991;67(1):88-90.
9. Solivetti FM, D'Ascenzo R, Isidori A, Giovenco P, Montagna G, Valenti P. Transperineal vesiculodeferentography under ultrasound control: first experiences. *Archivio italiano di urologia, nefrologia, andrologia : organo ufficiale dell'Associazione per la ricerca in urologia = Urological, nephrological, and andrological sciences*. 1992;64(2):133-6.
10. Lira FTN, Bach PV, Miranda EP, Calisto S, Silva G, Antunes DL, et al. Management of Ejaculatory Duct Obstruction by Seminal Vesiculoscopy: Case Report and Literature Review. *JBRA Assist Reprod*. 2020;24(3):382-6.
11. Yang SC, Rha KH, Byon SK, Kim JH. Transutricular seminal vesiculoscopy. *Journal of endourology*. 2002;16(6):343-5.
12. Han WK, Lee SR, Rha KH, Kim JH, Yang SC. Transutricular seminal vesiculoscopy in hematospermia: technical considerations and outcomes. *Urology*. 2009;73(6):1377-82.
13. Guo S, Xie D, He X, Du C, Zhu L, Deng X, et al. The Application of Pediatric Ureteroscope for Seminal Vesiculoscopy. *Minim Invasive Surg*. 2015;2015:946147.
14. Han CH, Liang Q, Dong BZ, Hao L, Fan T, Zhang JJ, et al. The transurethral seminal vesiculoscopy in the diagnosis and treatment of the seminal vesicle disease. *Cell Biochem Biophys*. 2013;66(3):851-3.
15. Liu B, Li J, Li P, Zhang J, Song N, Wang Z, et al. Transurethral seminal vesiculoscopy in the diagnosis and treatment of intractable seminal vesiculitis. *J Int Med Res*. 2014;42(1):236-42.
16. Xing C, Zhou X, Xin L, Hu H, Li L, Fang J, et al. Prospective trial comparing transrectal ultrasonography and transurethral seminal vesiculoscopy for persistent hematospermia. *Int J Urol*. 2012;19(5):437-42.
17. Wang H, Ye H, Xu C, Liu Z, Gao X, Hou J, et al. Transurethral seminal vesiculoscopy using a 6F vesiculoscope for ejaculatory duct obstruction: initial experience. *J Androl*. 2012;33(4):637-43.
18. Chen WK, Yu DD, Chen ZX, Li PF, Cai J, Liu YP, et al. Transurethral seminal vesiculoscopy for intractable hematospermia: experience from 144 patients. *BMC Urol*. 2021;21(1):48.
19. Mei CE, Hu JC, Li JR, Chiu KY, Wang SS, Chen CS. Intraoperative calculus or hemorrhage in transurethral seminal vesiculoscopy as a risk factor for recurrent hemospermia. *PLoS One*. 2022;17(7):e0268314.
20. Yao RJ, Xiao H, Chen SS, Feng ZH, Ding YL, Chen X, et al. Efficacy of various surgical approaches in treating hematospermia using transurethral seminal vesiculoscopy. *BMC Surg*. 2023;23(1):385.