

# BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM CHO – NHẬN NOÃN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

VŨ MINH NGỌC, *Bệnh viện Phụ sản Hà Nội*  
NGUYỄN VIẾT TIẾN, PHẠM THỊ HOA HỒNG  
*Đại học Y Hà Nội.*

## TÓM TẮT

**Mục đích:** bước đầu đánh giá kết quả của phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm cho – nhận noãn trên cơ sở đó tiến hành một nghiên cứu lớn hơn có giá trị về mặt khoa học và ý nghĩa ứng dụng lâm sàng. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả 32 cặp cho nhận noãn làm thụ tinh ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2007. **Kết quả:** tỷ lệ làm tổ 13,5%, tỷ lệ có thai lâm sàng 46,9%, thai diễn tiến 43,8%, sinh sống 31,3%. Tuổi thai khi sinh 36,0 ± 3,46 (tuần), cân nặng khi sinh 2623 ± 814 (gr). Nguy cơ khi mang thai: ra máu âm đạo 33,3%, sảy thai 26,6%, thai lưu 6,7%, chửa ngoài tử cung 5,9%, tiền sản giật 20%, rau tiền đạo 10%, đái tháo đường thai nghén 0%. Nguy cơ khi sinh: đẻ mổ 90%, thai nhẹ cân 30,8%, thai dị tật 0%, chết chu sinh 7,7%. **Kết quả theo tuổi người nhận:** tỷ lệ có thai giảm và tỷ lệ các nguy cơ khi mang thai và khi sinh tăng ở nhóm nhận noãn tuổi ≥ 40 ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Thụ tinh ống nghiệm cho – nhận noãn là phương pháp hiệu quả tuy nhiên có thể gặp một số nguy cơ khi mang thai và khi sinh ở người nhận. Tuổi người nhận là một trong những yếu tố có thể ảnh hưởng lên kết quả của phương pháp.

**Từ khóa:** thụ tinh trong ống nghiệm, cho – nhận noãn

## SUMMARY

INITIAL EVALUATION ON THE RESULTS OF IN-VITRO FERTILIZATION BY OOCYTE DONATION AT THE NATIONAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL, 2007.

**Objectives:** To initially evaluate the results of In-vitro fertilization by oocyte donation. We then develop large studies for better clinical meaning. **Methods:** a retrospective cohort study was conducted on 32 oocyte donation couples for in vitro fertilization at the National Obstetrics and Gynecology Hospital in 2007. **Results:** the implantation rate was 13.5%, the clinical pregnancy rate was 46.9%, the on-going pregnancy rate was 43.8%, and the live birth rate was 31.3%. The mean gestational age was 36 weeks (SD = 3.5), the mean birth weight was 2623 (SD = 814). The risk for pregnancy included: vaginal bleeding (33.3%), spontaneous abortion (26.6%), miscarriage (6.7%), ectopic pregnancy (5.9%), pre-eclampsia (20%), placental previa (10%), and gestational diabetes (0%). The risk for delivery included: cesarean section (90%), low birth weight (30.8%), birth defects (0%), neonatal mortality (7.7%). The pregnancy rate declined and the risk for pregnancy and delivery increased among the group of elder recipients (age ≥ 40) ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** the method appeared to be effective and recipients's age may be one of the factors influencing the obstetric and perinatal outcome after oocyte donation.

**Keywords:** In-vitro fertilization, oocyte donation

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Em bé đầu tiên được ra đời đầu tiên trên thế giới

bằng kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm cho – nhận noãn năm 1984 tại Monash, Úc. Tại Việt Nam, Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ là nơi thực hiện ca thụ tinh ống nghiệm xin noãn thành công đầu tiên vào năm 2000 và tiếp theo đó là Bệnh viện phụ sản Trung ương vào năm 2002. Cho đến nay trên thế giới và Việt Nam đã có nhiều triệu cặp vợ chồng vì lý do nào đó mà không thể có con bằng chính noãn của mình đã được thực hiện kỹ thuật này. Ở Việt Nam có 1 nghiên cứu của Vương Thị Ngọc Lan năm 2000 nhưng chỉ dừng lại ở tỷ lệ có thai lâm sàng chưa nghiên cứu sâu về các yếu tố ảnh hưởng cũng như các nguy cơ khi mang thai và khi sinh của người nhận noãn. Trên thế giới, đã có một số nghiên cứu về kỹ thuật này nhưng hầu như chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách toàn diện kết quả của phương pháp thụ tinh ống nghiệm cho – nhận noãn từ kết quả kích thích buồng trứng ở người cho noãn, kết quả chuẩn bị niêm mạc tử cung ở người nhận noãn cho đến kết quả tạo phôi, kết quả có thai và nguy cơ khi mang thai cũng như khi sinh của người nhận noãn. Để không ngừng nâng cao chất lượng phục vụ bệnh nhân, để tìm hiểu kết quả và các yếu tố ảnh hưởng lên kết quả của phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm cho nhận noãn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ đó rút ra kinh nghiệm, nâng cao tỷ lệ thành công và mở rộng kỹ thuật này cho các trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) khác ở Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Bước đầu đánh giá kết quả của phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm cho – nhận noãn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương” trên cơ sở đó tiến hành một nghiên cứu lớn hơn có giá trị về mặt khoa học và ý nghĩa lâm sàng được rút ra từ nghiên cứu trong việc đánh giá kết quả của phương pháp TTTON cho – nhận noãn.

## PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả trên 32 cặp TTTON cho – nhận noãn thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2007 được thu nhận vào nghiên cứu với các tiêu chuẩn sau:

- Người cho: ≤ 35 tuổi, xét nghiệm nội tiết bình thường, đã từng có con khoẻ mạnh, đồng ý cho noãn, siêu âm 2 buồng trứng bình thường.

- Người nhận: ≤ 50 tuổi, tử cung có thể mang thai được, có chỉ định xin noãn:

+ Suy buồng trứng do các nguyên nhân

+ Lớn tuổi, dự trữ buồng trứng giảm

+ Thất bại TTTON nhiều lần

+ Tiền sử đáp ứng kém với kích thích buồng trứng

+ Phụ nữ bất thường nhiễm sắc thể

- Hồ sơ đầy đủ thông tin phục vụ cho nghiên cứu và có thông tin đầy đủ về quá trình mang thai và sinh đẻ trên những bệnh nhân có thai.

Các chỉ số được đánh giá: đặc điểm của người cho

và cặp vợ chồng nhận noãn, kết quả kích thích buồng trứng ở người cho noãn, kết quả chuẩn bị niêm mạc tử cung ở người nhận noãn, kết quả có thai, nguy cơ khi mang thai và khi sinh của người nhận noãn theo 2 nhóm tuổi < 40 tuổi và ≥ 40. Số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng chương trình Epi – info 6.0 và chương trình SPSS for Win 11.5. Các test thống kê y học được sử dụng để đánh giá mức độ khác biệt có nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu bao gồm: 32 phụ nữ xin noãn, 32 chồng người xin noãn, 32 phụ nữ cho noãn.

Đặc điểm chung của cặp vợ chồng nhận: thời gian vô sinh trung bình của 32 cặp vợ chồng nhận:  $8,3 \pm 3,7$  (năm)

- Vô sinh nguyên phát 46,9%, vô sinh thứ phát 53,1%.

- Chỉ định xin noãn:

+ Suy buồng trứng do các nguyên nhân: 46,9%

+ Dự trữ buồng trứng giảm, tiền sử đáp ứng kém,

TTTON thất bại: 40,6%

+ Bất thường nhiễm sắc thể: 12,5%

Bảng 1: Đặc điểm của người cho – người nhận

Đặc điểm	Người cho	Người nhận	p
Tuổi ( $\bar{x} \pm SD$ ) (min – max)	$30,4 \pm 4,1$ (21 – 35)	$38,2 \pm 6,8$ (26 – 50)	< 0,01
FSH ngày 3* ( $\bar{x} \pm SD$ ) (min – max)	$6,81 \pm 1,26$ (3,91 – 9,4)	$36,64 \pm 34,05$ (0,73 – 122,1)	< 0,01

\* Xét nghiệm FSH (Follicle Stimulating Hormone) huyết thanh vào ngày 3 chu kỳ kinh nguyệt (IU/l)

Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ định xin noãn của thụ tinh trong ống nghiệm chủ yếu do buồng trứng người phụ nữ vì lý do nào đó mà bị mất chức năng hoặc giảm chức năng chiếm 84,2%. Chỉ định xin noãn khi chức năng buồng trứng còn bình thường nhưng do bất thường nhiễm sắc thể chỉ chiếm rất ít (12,5%). Điều này lý giải vì sao kết quả ở bảng 1 khi so sánh tuổi và xét nghiệm FSH ngày 3 ở người nhận noãn cao hơn hẳn so với người cho noãn là người có chức năng buồng trứng hoàn toàn bình thường với  $p < 0,01$ .

Bảng 2: Đặc điểm của chồng người nhận

Đặc điểm $\bar{x} \pm SD$ (min – max)	Chung $n = 32$	Vợ < 40 tuổi $n = 19$	Vợ ≥ 40 tuổi $n = 13$	p
Tuổi chồng nhận	$41,9 \pm 7,8$ (26 – 54)	$37,8 \pm 7,1$ (26 – 51)	$47,9 \pm 4,0$ (44 – 54)	< 0,01
Số lượng tinh trùng bình thường di động ngày chọc noãn (triệu)	$20,74 \pm 16,46$ (0,67 – 78,46)	$18,92 \pm 12,41$ (0,67 – 51,84)	$23,40 \pm 21,35$ (8,7 – 61,13)	> 0,05

Tinh trùng của chồng người nhận cũng như noãn của người cho là yếu tố quan trọng không thể thiếu trong quá trình thụ tinh để tạo thành phôi. Khi khảo sát số lượng tinh trùng bình thường di động (thể tích x mật độ x tỷ lệ di động tiến tới x tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường) của chồng người nhận vào ngày chọc noãn cho thấy với tuổi chồng người nhận dao động từ 26 – 54 thì số lượng tinh trùng bình thường di động trung bình khoảng  $20,74 \pm 16,46$  (triệu), với số lượng này đa số đủ để làm thụ tinh trong ống nghiệm thông thường (IVF – In vitro Fertilization) chiếm 84,4%. Tuy nhiên cá biệt có 1

số trường hợp tinh trùng quá ít được thụ tinh bằng phương pháp tiêm 1 trùng vào bào tương noãn (ICSI – Intracytoplasmic Sperm Injection) tỷ lệ là 15,6%. Khi nghiên cứu tuổi và số lượng tinh trùng bình thường di động của chồng người nhận theo tuổi của người nhận noãn thấy rằng tuổi chồng của nhóm tuổi vợ nhận noãn ≥ 40 ( $47,9 \pm 4,0$ ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tuổi chồng của nhóm tuổi vợ < 40 ( $37,8 \pm 7,1$ ) với  $p < 0,01$ , tuy nhiên số lượng tinh trùng bình thường di động ở 2 nhóm lại không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ . Khác với kết quả nghiên cứu của Eliezer Girsh chất lượng tinh trùng giảm theo tuổi của chồng [2].

Bảng 3: Kết quả kích thích buồng trứng ở người cho noãn

Phác đồ dài: 22/32 = 68,8%; Phác đồ ngắn: 10/32 = 31,2%

Kết quả $\bar{x} \pm SD$ (min – max)	Chung $n = 32$	Nhận < 40 tuổi $n = 19$	Nhận ≥ 40 tuổi $n = 13$	p
Số ngày kích thích buồng trứng	$9,88 \pm 0,98$ (8 – 12)	$10,00 \pm 1,11$ (8 – 12)	$9,69 \pm 0,75$ (9 – 11)	> 0,05
Tổng liều FSH (IU)	$1855,5 \pm 416,5$ (1000 – 2950)	$1828,9 \pm 483,9$ (1000 – 2950)	$1894,2 \pm 306,9$ (1500 – 2400)	> 0,05
Nồng độ E2** IU/l	$2696,9 \pm 1637,1$ (595 – 9158)	$2432,2 \pm 1185,9$ (595 – 4390)	$3083,7 \pm 2131,0$ (697 – 9158)	> 0,05
Số nang noãn**	$8,94 \pm 3,04$ (3 – 15)	$8,63 \pm 3,18$ (3 – 15)	$9,38 \pm 2,87$ (5 – 14)	> 0,05
Số noãn thu được	$8,06 \pm 3,03$ (2 – 14)	$7,63 \pm 2,89$ (2 – 13)	$8,69 \pm 3,22$ (5 – 14)	> 0,05
Quả kích buồng trứng vừa và nặng	0	0	0	
Tai biến chọc noãn	0	0	0	

\*\* ngày tiêm hCG (human Chorionic Gonadotropin)

Trong 32 người cho noãn với tiêu chuẩn ≤ 35 tuổi, xét nghiệm nội tiết bình thường (FSH ngày 3 < 10 IU/l) và đã từng có con khỏe mạnh. Vấn đề luôn được những người cho noãn cũng như các bác sỹ đặc biệt quan tâm là thu được số noãn đủ cho người nhận mà không ảnh hưởng đến sức khỏe của người cho noãn. Trong nghiên cứu này: kích thích buồng trứng với phác đồ dài là 68,8% và phác đồ ngắn là 31,2%, liều FSH trung bình < 2000 IU. Kết quả thu được số noãn trung bình:  $8,03 \pm 3,03$ , không có trường hợp nào bị quá kích buồng trứng vừa và nặng. Đây là kết quả khá hoàn hảo vì với 8 noãn thu được người xin noãn có thể thực hiện được 1 chu kỳ chuyển phôi tươi và 1 chu kỳ chuyển phôi đông lạnh, chi phí kích thích buồng trứng ở người cho noãn giảm, sức khỏe người cho noãn không bị ảnh hưởng bởi biến chứng quá kích buồng trứng, theo nghiên cứu của Gerard Letterie cho thấy không có sự khác nhau về tỷ lệ thụ tinh, tỷ lệ thai lâm sàng khi số noãn thu được từ 3 – >25 trong thụ tinh ống nghiệm xin noãn [3]. Qua nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng thủ thuật chọc noãn thực sự an toàn đối với người cho noãn khi tiến hành chọc noãn 32 trường hợp không gặp tai biến nào xảy ra. Tác giả Bodri nghiên cứu trên 4052 chu kỳ chọc noãn chỉ có 17 trường hợp có tai biến khi chọc noãn chiếm tỷ lệ rất thấp 0,42% [1].

Bảng 4: Kết quả tạo phôi

Kết quả X ± SD (min – max)	Chung n = 32	Nhận < 40 tuổi n = 19	Nhận ≥ 40 tuổi n = 13	p
Noãn thụ tinh	7,44 ± 3,05 (2 – 14)	6,95 ± 2,91 (2 -13)	8,15 ± 3,21 (4 – 14)	> 0,05
Số phôi	7,06 ± 3,11 (2 – 14)	6,47 ± 2,84 (2 – 13)	7,92 ± 3,40 (4 – 14)	> 0,05
Số phôi chuyển	4,41 ± 0,84 (2 – 6)	4,37 ± 1,01 (3 – 6)	4,46 ± 0,52 (4 – 5)	> 0,05
Số phôi đông	2,38 ± 2,69 (0 – 9)	1,68 ± 1,95 (0 – 5)	3,38 ± 3,33 (0 – 9)	> 0,05

Với phương pháp thụ tinh IVF chiếm 84,4% và thụ tinh bằng phương pháp ICSI 15,6%, kết quả thu được chung cho cả nhóm nghiên cứu là: số noãn thụ tinh, số phôi thu được tương ứng 7,44 ± 3,05 và 7,06 ± 3,11. Số phôi chuyển, số phôi đông tương ứng là: 4,41 ± 0,84 và 2,38 ± 2,69. So sánh số noãn thụ tinh, số phôi, số phôi chuyển và số phôi đông giữa 2 nhóm người nhận tuổi < 40 và ≥ 40 thấy rằng sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 5: Kết quả chuẩn bị niêm mạc tử cung ở người nhận noãn

Kết quả X ± SD (min – max)	Chung n = 32	< 40 tuổi n = 19	≥ 40 tuổi n = 13	p
Số ngày dùng E2	10,44 ± 1,16 (9 – 12)	10,63 ± 1,16 (9 – 12)	10,15 ± 1,14 (9 – 12)	> 0,05
Tổng liều E2(mg)	57,86 ± 10,92 (40 – 80)	54,95 ± 9,60 (40 – 72)	62,15 ± 11,68 (40 – 80)	> 0,05
Độ dày niêm mạc tử cung (mm)	9,33 ± 2,09 (6,5 – 16,5)	9,03 ± 1,68 (6,7 – 13,8)	9,77 ± 2,58 (6,5 – 16,5)	> 0,05

Chuẩn bị niêm mạc tử cung ở người nhận noãn là bước quan trọng trong thụ tinh trong ống nghiệm xin noãn, ảnh hưởng trực tiếp đến sự làm tổ của phôi và kết quả có thai. Kết quả chuẩn bị niêm mạc tử cung ở người nhận noãn từ nghiên cứu cho thấy: với số ngày dùng E2 từ 9 – 12, tổng liều E2 cần dùng trung bình 57,86 ± 10,92 (mg), độ dày niêm mạc tử cung đạt được trung bình là 9,33 ± 2,09 (mm). Theo tác giả Johnny nghiên cứu trên 51 người xin noãn thấy tỷ lệ có thai lâm sàng tương ứng với số ngày dùng E2 (4 -11); (12 – 19); (20 – 29) là 7,7%; 52% và 7,7% [5]. Kết quả nghiên cứu của Nicole Noyes cũng cho thấy: tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ sinh sống thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm niêm mạc tử cung < 8mm so với nhóm niêm mạc tử cung ≥ 9mm ở người nhận noãn [8]. Khảo sát kết quả chuẩn bị niêm mạc tử cung giữa 2 nhóm người nhận có tuổi < 40 và ≥ 40 thấy rằng chưa thấy có sự khác biệt về số ngày dùng E2, tổng liều E2 và độ dày niêm mạc tử cung với p > 0,05.

Bảng 6: Kết quả có thai

Kết quả	Chung (n = 32)	<40 tuổi (n = 19)	≥ 40 tuổi (n = 13)	p
Tỷ lệ làm tổ	19/141 = 13,5%	13/83 = 15,7%	6/58 = 10,3%	> 0,05
Tỷ lệ thai sinh hoá	17/32 = 53,1%	10/19 = 52,6%	7/13 = 53,8%	> 0,05
Tỷ lệ thai lâm sàng	15/32 = 46,9%	9/19 = 47,4%	6/13 = 46,2%	> 0,05
Tỷ lệ thai diễn tiến	14/32 = 43,8%	9/19 = 47,4%	5/13 = 38,5%	> 0,05
Tỷ lệ sinh sống	10/32 = 31,3%	6/ 19 = 31,6%	4/13 = 30,8%	> 0,05
Tuổi thai khi sinh	36,0 ± 3,46 (29 – 38)	37,7 ± 0,52 (37 – 38)	33,5 ± 4,65 (29 – 37)	> 0,05
Cân nặng khi sinh	2623 ± 814 (1100– 3600)	2950 ± 331 (2200– 3600)	2100 ± 1156 (1100– 2800)	> 0,05

Khảo sát kết quả ở 32 bệnh nhân xin noãn cho thấy: tỷ lệ làm tổ (số túi thai/số phôi chuyển) 13,5%, tỷ lệ thai sinh hoá (xét nghiệm βhCG >25 IU/l sau 2 tuần chuyển phôi) 53,1%, tỷ lệ thai lâm sàng (siêu âm có túi thai và hoạt động tim thai trong tử cung sau 4 tuần chuyển phôi) 46,9%, tỷ lệ thai diễn tiến (thai phát triển > 12 tuần) 43,8%, tỷ lệ sinh sống 31,3% với 1 thai là 70% và 2 thai là 30%. Theo một số nghiên cứu, trên thế giới tỷ lệ có thai lâm sàng dao động từ 22 – 67%. Nghiên cứu của Hossam ở Anh năm 2005 tỷ lệ sinh sống là 20% [4]. Như vậy tỷ lệ có thai và sinh sống của thụ tinh trong ống nghiệm cho nhận noãn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương theo nghiên cứu bước đầu là khá cao so với thế giới.

Tuổi thai trung bình khi sinh của 10 trường hợp sinh sống là 36,0 ± 3,46 (tuần) và cân nặng trung bình khi sinh của 13 em bé sinh sống là 2623 ± 814 (gram).

Nghiên cứu kết quả có thai theo tuổi của người nhận thấy rằng số phôi chuyển và độ dày niêm mạc tử cung ở 2 nhóm tuổi người nhận là tương đương nhau nhưng tỷ lệ làm tổ, tỷ lệ thai sinh hoá, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ thai diễn tiến, tỷ lệ sinh sống cũng như tuổi thai và cân nặng khi sinh ở nhóm người nhận < 40 tuổi có vẻ cao hơn so với nhóm ≥ 40 tuổi, tuy nhiên kết quả này chưa có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Theo một số nghiên cứu của Meldrum, Sergio và Keegan kết quả cho thấy tỷ lệ làm tổ, tỷ lệ có thai lâm sàng và tỷ lệ sinh sống giảm đáng kể ở người nhận tuổi > 40 tuổi với p < 0,05 [7], [6], [9].

Bảng 7: Nguy cơ khi mang thai và khi sinh theo tuổi người nhận

Nguy cơ	Chung	< 40 tuổi	≥ 40 tuổi
Ra máu âm đạo			
- 3 tháng đầu	3/15 = 20%	2/9 = 22,2%	1/6 = 16,7%
- 3 tháng giữa	0/15 = 0%	0/9 = 0%	0/6 = 0%
- 3 tháng cuối	2/15 = 13,3%	0/9 = 0%	2/6 = 33,3%
Đẻ non	2/15 = 13,3%	0/9 = 0%	2/6 = 33,3%
Sảy thai	4/15 = 26,6%	3/9 = 33,3%	1/6 = 16,7%
Thai lưu	1/15 = 6,7%	0/9 = 0%	1/6 = 16,7%
Thai ngoài TC	1/17 = 5,9%	1/10 = 10%	0/7 = 0%
Bệnh lý khi mang thai/ số sinh			
- Tiền sản giật	2/10 = 20%	1/6 = 16,7%	1/4 = 25%
- Đái tháo đường	0/10 = 0%	0/6 = 0%	0/4 = 0%
- Rau tiền đạo	1/10 = 10%	1/6 = 16,7%	0/4 = 0%
Cách sinh			
- Sinh mổ	9/10 = 90%	6/6 = 100%	3/4 = 75%
- Sinh thường	1/10 = 10%	0/6 = 0%	1/4 = 25%
Thai < 2500gr	4/13 = 30,8%	1/8 = 12,5%	3/5 = 60%
Thai di tật	0/13 = 0%	0/8 = 0%	0/5 = 0%
Chết chu sinh	1/13 = 7,7%	0/8 = 0%	1/5 = 20%

Kết quả nghiên cứu về nguy cơ khi mang thai và khi đẻ ở người xin hoãn chỉ ra rằng:

Trong 15 trường hợp có thai lâm sàng tỷ lệ ra máu 3 tháng đầu là 20%, 3 tháng cuối là 13,3%, không có trường hợp nào ra máu âm đạo ở 3 tháng giữa. Theo nghiên cứu của Hossam tỷ lệ ra máu âm đạo của người xin hoãn khi mang thai trong 3 tháng đầu là 12%, 1,5% ở 3 tháng giữa và 2% ở 3 tháng cuối [4].

Tỷ lệ đẻ non chiếm 13,3%, sẩy thai là 26,6%, thai lưu là 6,7% và tỷ lệ thai ngoài tử cung là 5,9% được nhận thấy trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Hossam tỷ lệ sẩy thai là 34,9% [4]. Nghiên cứu của Sheffer tỷ lệ đẻ non ở người nhận hoãn là 14,9%. Các nghiên cứu trên không báo cáo tỷ lệ thai lưu và tỷ lệ thai ngoài tử cung.

Nghiên cứu bệnh lý mang thai của 10 trường hợp sinh: tiền sản giật (huyết áp cao > 140/90 có hoặc không có protein niệu khi thai > 20 tuần) chiếm 20%, rau tiền đạo 3 tháng cuối là 10%, không có trường hợp nào bị đái tháo đường thai nghén. Theo nghiên cứu của Yang KM tỷ lệ gặp tiền sản giật ở người có thai TTTON xin hoãn là 30% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với có thai TTTON thường (8,8%) [11]. Nghiên cứu nguy cơ khi mang thai của người nhận hoãn của Sheffer cho kết quả tiền sản giật gặp với tỷ lệ 27,6%, đái tháo đường thai nghén là 23,9%. Các nghiên cứu trên không đề cập đến rau tiền đạo ở người nhận hoãn khi mang thai.

Cách thức sinh của 10 trường hợp có thai sinh sống: đẻ mổ chiếm 90% và chỉ có 1 trường hợp đẻ thường thai 29 tuần chiếm 10%. Nghiên cứu của Sheffer cũng cho kết quả tỷ lệ đẻ mổ của người xin hoãn là 72%.

Kết quả từ nhóm nghiên cứu có 13 em bé ra đời: thai <2500gr chiếm 30,8%, không có thai dị tật bẩm sinh và có 1 bé trai bị chết sau 2 tuần sinh vì non tháng suy hô hấp (1300gr – thai 30 tuần – song thai) chiếm tỷ lệ 7,7%. Sheffer trong nghiên cứu của mình cũng chỉ ra rằng: tỷ lệ sinh thai nhẹ cân là 14,9%, thai dị dạng là 2,2% ở người xin hoãn, tuy nhiên nghiên cứu này không đánh giá tỷ lệ trẻ chết chu sinh (trong vòng 28 ngày sau đẻ) như trong nghiên cứu của chúng tôi.

Khi so sánh về các nguy cơ khi mang thai cũng như khi sinh ở người nhận hoãn theo 2 nhóm tuổi < 40 và ≥ 40 thấy rằng các nguy cơ về ra máu âm đạo khi mang thai, tiền sản giật, đẻ non, thai nhẹ cân khi sinh có vẻ

cao hơn ở nhóm tuổi nhận hoãn ≥ 40 tuổi. Tuy nhiên, cỡ mẫu của nghiên cứu nhỏ do vậy kết quả này chưa có ý nghĩa thống kê.

**KẾT LUẬN:** Thụ tinh ống nghiệm cho – nhận hoãn là phương pháp hiệu quả tuy nhiên có thể gặp một số nguy cơ khi mang thai và khi sinh ở người nhận. Tuổi người nhận là một trong những yếu tố có thể ảnh hưởng lên kết quả của phương pháp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bodri Daniel, Guillen Juan, Jose Polo, Ana Trullenque, Marte Esteve, Carolina Coll (2008), "Complications related to ovarian stimulation and oocyte retrieval in 4052 oocyte donor cycles". *Reproductive BioMedicine Online, Volume 17, Number 2, August 2008, pp.237-243(7)*.
2. Eliezer Girsh, Nathan Katz, Leonid Genkin, Ofer Girtler, Jaron Bocker, Sofa Bezdin, and Ilya Barr (2008), "Male age influences oocyte – donor program results". *J Assist Reprod Genet. 2008 April; 25(4): 137 – 143*.
3. Gerard Letterie, Lorna Marshall and Marlane Angle (2005), "The relationship of clinical response, oocyte number and success in oocyte donor cycles". *Journal of Assisted Reproduction and Genetics. Volume 22, Number 3/ March, 2005, pages 115 – 117*.
4. Hossam I.Abdalla, Anne Billett, Andrew K.S.Kan, Sabah Baig, Marie Wren, Lena, John W. Studd (2005), "Obstetric outcome in 232 ovum donation pregnancies", *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. Volum 105 Issue 3, Pages 332 – 337*.
5. Johnny S. Younis, Nathan Mordel, Aby Lewin, Alex Simon, Joseph G. Schenker and Neri Laufer (1992), "Artificial endometrial preparation for oocyte donation: The effect of estrogen stimulation on clinical outcome". *Journal of Assisted Reproduction and Genetics. Volume 9, Number 3/June, 1992. PP: 222 – 227*.
6. Keegan Debbra A, Krey Lewis C, Chang Hung – Chi, Noyes Nicole (2007), "Increased risk of pregnancy-induced hypertension in young recipients of donated oocytes". *Fertility and sterility 2007, vol.87,pp. 776-781*.
7. Meldrum DR, Marr B, Stubbs C, Wisot A, Yeo and Hamilton F, "Impaired uterine receptivity in infertile women over age 40 having oocyte donation and correction with increased progesterone replacement". *Reproduction, Fertility and Development 4(6) 689 – 693*.