

KẾT QUẢ SẢN KHOA VÀ CHU SINH CỦA THAI NGHÉN SAU THỤ TINH ỔNG NGHIỆM XIN NOÃN

VŨ MINH NGỌC - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội
NGUYỄN VIỆT TIẾN, PHẠM THỊ HOA HỒNG
Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục đích: đánh giá kết quả sản khoa và chu sinh của các trường hợp có thai sau thụ tinh ống nghiệm xin noãn. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả 345 chu kỳ TTTON xin noãn có chuẩn bị NMTC bằng nội tiết và chuyển phôi tươi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 3 năm 2008 – 2010. **Kết quả:** tỷ lệ làm tổ của phôi là 14,2%. Tỷ lệ có thai 33,0%. Tỷ lệ thai lâm sàng 31,3%. Tỷ lệ thai diễn tiến 29,3%. Tỷ lệ sinh sống 24,6%. Tỷ lệ bà mẹ có em bé về nhà là 24,6%. Nguy cơ khi mang thai: tỷ lệ ra máu 3 tháng đầu là 68,5%; 3 tháng giữa là 8,3% và 3 tháng cuối là 8,3%. Thai sinh hòa 2,6%. Thai ngoài tử cung 2,6%. Tỷ lệ đa thai là 46,3%. Tỷ lệ sẩy thai và thai lưu là 21,3%, trong đó sớm < 12 tuần là 6,5% và muộn ≥ 12 tuần là 14,8%. Tỷ lệ tiền sản giật là 12,9%. Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén là 4,7%. Tỷ lệ rau tiền đạo là 1,2%. Kết quả khi sinh: tỷ lệ sinh mổ là 97,6%. Tuổi thai trung bình khi sinh là 36,4 ± 2,3 (30 – 40), tỷ lệ sinh sớm (≤ 36 tuần) là 47,1%. Cân nặng (gram) trung bình khi sinh là 2500 ± 611 (1100 – 3900), tỷ lệ trẻ nhẹ cân (<2500gram) là 55,5%. Tỷ lệ sinh đơn thai là 51,8%, song thai 48,2%, ba thai 0,0%. Giới tính khi sinh với tỷ lệ gái/trai là 1,0. Tỷ lệ trẻ dị tật bẩm sinh 0,0%. Tỷ lệ trẻ chết chu sinh là 1,6%. **Kết luận:** TTTON xin noãn thực sự mang lại hiệu quả với tỷ lệ thai lâm sàng 31,3%, thai sinh sống và bà mẹ có em bé về nhà là 24,6%. Tuy nhiên, một số nguy cơ khi mang thai và khi sinh: tỷ lệ sẩy thai và thai lưu 21,3%, đa thai 46,3% sinh sớm 47,1%, nhẹ cân 55,5% còn khá cao.

Từ khóa: thụ tinh trong ống nghiệm xin noãn, phôi tươi, chuẩn bị niêm mạc tử cung

SUMMARY

Objectives: to evaluate the outcomes of obstetric and perinatal of pregnancy after oocyte donation in – vitro fertilization (IVF) cycles. **Materials and methods:** A descriptive study on 345 IVF cycles of oocyte donation (with endometrial preparation by hormone and fresh embryo transfer) was conducted at National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2008-2010. **Results:** The implantation rate was 14.2%, and the pregnancy rate was 33.0%. The clinical pregnancy rate was 31.3%. The progressive pregnancy rate was 29.3%. The live birth rate was 24.6%, and the rate of baby take home was 24.6%. The unexpected outcomes for pregnancy included: vaginal bleeding at the first, second and third trimester (68.5%, 8.3%, 8.3%, respectively). bio-chemical pregnancy (2.6%), ectopic pregnancy (2.6%), multiple pregnancy (46.3%), spontaneous abortion and still birth rate (21.3%), pre-eclampsia (12.9%), gestational diabetes (4.7%), placental previa (1.2%). The outcomes for delivery: cesarean section (97.6%). The mean gestational age at delivery was 36.4 ± 2.3 (30 – 40), with the premature

delivery rate (47.1%). The mean weight (gram) of newborn was 2500 ± 611 (1100 – 3900), and low birth weight rate (< 2500gram) was 55.5%. The rate of singleton, twine and triple was 51.8%, 48.2%, and 0.0%, respectively. The girl/boy ratio was 1.0. The birth defects rate was 0.0%, and the perinatal mortality rate was 1.6%. **Conclusion:** oocyte donation IVF appeared to be effective with the rate of clinical pregnancy as of 31.3%, live birth baby take home as of 24.6%. However, the unexpected outcomes for pregnancy and delivery included: spontaneous abortion and still birth rate (21.3%), multiple pregnancy rate (46.3%), premature delivery rate (47.1%) and low birth weight rate (55.5%), which were relatively high.

Key words: in-vitro fertilization, oocyte donation, fresh embryo, endometrial preparation

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) xin noãn đầu tiên thành công năm 1983 và em bé TTTON xin noãn đầu tiên trên thế giới ra đời tại Monash – Úc năm 1984 đã mang lại niềm hy vọng được làm mẹ cho hàng triệu phụ nữ trên thế giới vì một lý do nào đó mà không thể có con bằng chính noãn của mình được. Kỹ thuật này ngày càng phát triển không ngừng trên thế giới. Ở Việt Nam, ca TTTON xin noãn đầu tiên thành công tại Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ năm 1999. Tuy nhiên cho đến nay chưa có nghiên cứu công bố kết quả mang thai và sinh của phương pháp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả sản khoa và chu sinh của các trường hợp có thai sau thụ tinh ống nghiệm xin noãn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Hy vọng kết quả của nghiên cứu có thể là dữ liệu giúp cho các nghiên cứu sâu hơn về phương pháp này và giúp các bác sỹ trong lĩnh vực hỗ trợ sinh sản nhìn lại thành quả đã đạt được để không ngừng tìm hiểu, nghiên cứu và cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ bệnh nhân, tăng tỷ lệ sinh sống và làm giảm các biến chứng khi mang thai và khi sinh của người xin noãn, ngày càng mang lại nhiều niềm hạnh phúc trọn vẹn được làm mẹ cho hàng triệu phụ nữ xin noãn làm TTTON.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả 345 chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm xin noãn có chuẩn bị NMTC bằng nội tiết và chuyển phôi tươi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 3 năm 2008 – 2010.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

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

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

+ Nguyên nhân do buồng trứng: suy buồng trứng, dự trữ buồng trứng giảm, tiền sử đáp ứng kém với kích thích buồng trứng

+ Nguyên nhân không do buồng trứng: thất bại nhiều chu kỳ thụ tinh ống nghiệm, phụ nữ bất thường nhiễm sắc thể, gen.

Phương pháp tiến hành: điều chỉnh kinh nguyệt của người cho và người nhận cho phù hợp bằng thuốc tránh thai kết hợp. Người nhận noãn được chuẩn bị NMTC bằng E2 liều 4mg – 8mg tùy theo từng bệnh nhân vào ngày 2 có kinh. Vào ngày người cho chọc hút noãn: người nhận sẽ được siêu âm xác định độ dày NMTC, hình ảnh NMTC và cho thêm progesteron (Utrogestan) đặt âm đạo liều 600mg – 800mg. Lọc rửa tinh trùng chống người nhận, noãn của người cho thụ tinh với tinh trùng của chồng người nhận bằng phương pháp IVF hoặc ICSI tùy theo chất lượng tinh trùng. Người nhận được chuyển phôi sau 2 – 3 ngày cho progesteron. Xét nghiệm β hCG sau 14 ngày chuyển phôi. Nếu β hCG \geq 25 IU/l xác định có thai. Siêu âm sau 4 -5 tuần chuyển phôi có túi thai trong tử cung và có hoạt động tim thai được xác định có thai lâm sàng. Thai diễn tiến là thai phát triển \geq 12 tuần. Thai sinh sống là thai sinh ra còn sống. Thai sinh hóa là thai xét nghiệm β hCG \geq 25 IU/l nhưng siêu âm không có túi thai trong tử cung và cũng không xác định được thai ngoài tử cung, sau đó bệnh nhân ra máu như hành kinh.

Các chỉ số được đánh giá: kết quả có thai/ chu kỳ chuyển phôi tươi: tỷ lệ làm tổ (số túi thai/số phôi chuyển), tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, thai diễn tiến và thai sinh sống. Các nguy cơ khi mang thai: thai nghén ra máu, thai sinh hóa, thai ngoài tử cung, sẩy thai, thai lưu sớm (<12 tuần); sẩy thai, thai lưu muộn (\geq 12 tuần), tiền sản giật (xác định khi HA \geq 140/90 ở tuổi thai > 20 tuần), đái tháo đường thai nghén (xét nghiệm đường huyết lúc đói cao hơn mức bình thường trong thời kỳ mang thai); rau tiền đạo (được xác định trong 3 tháng cuối vị trí mép bánh rau cách lỗ trong cổ tử cung < 5cm). Kết quả khi sinh: cách sinh, tuổi thai, cân nặng khi sinh, số thai khi sinh, giới tính, dị tật bẩm sinh và tỷ lệ chết chu sinh (< 28 ngày sau đẻ). Số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng chương trình SPSS for Win 11.5. Các test thống kê: tỷ lệ %; trung bình \pm độ lệch (min – max) để xác định kết quả.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Kết quả có thai tính trên chu kỳ chuyển phôi tươi xin noãn

Kết quả	n	Tỷ lệ
Tỷ lệ làm tổ	192/1350	14,2
Tỷ lệ có thai	114/345	33,0
Thai lâm sàng	108/345	31,3
Thai diễn tiến	101/345	29,3
Thai sinh sống	85/345	24,6
Tỷ lệ bà mẹ có em bé về nhà	85/345	24,6

Kết quả của 345 chu kỳ chuyển phôi tươi xin noãn với 1350 số phôi được chuyển: tỷ lệ làm tổ là 14,2%. Tỷ lệ có thai là 33,0%. Tỷ lệ thai lâm sàng 31,3%. Thai

diễn tiến là 29,3% và thai sinh sống đạt 24,6%. Tỷ lệ bà mẹ xin noãn có em bé về nhà là 24,6%.

Bảng 2. Các nguy cơ khi mang thai xin noãn

Biến chứng	n	Tỷ lệ
Ra máu khi mang thai	74/108	68,5
Ra máu 3 tháng đầu	9/108	8,3
Ra máu 3 tháng giữa	9/108	8,3
Ra máu 3 tháng cuối		
Thai sinh hóa	3/114	2,6
Thai ngoài tử cung	3/114	2,6
Đa thai (\geq 2 thai)	50/108	46,3
Sẩy thai, thai lưu < 12 tuần	7/108	6,5
Sẩy thai, thai lưu \geq 12 tuần	16/108	14,8
Tiền sản giật	11/85	12,9
Đái tháo đường thai nghén	4/85	4,7
Rau tiền đạo	1/85	1,2

Trong 114 trường hợp β hCG \geq 25 IU/l tỷ lệ thai ngoài tử cung chiếm 2,6%; thai sinh hóa cũng có tỷ lệ 2,6%. Trong 108 trường hợp thai lâm sàng: ra máu 3 tháng đầu chiếm đa số 68,5%, ra máu 3 tháng giữa là 8,3% và 3 tháng cuối cũng là 8,3%. Tỷ lệ đa thai (\geq 2 thai) là 46,3%. Tỷ lệ sẩy thai, thai lưu sớm < 12 tuần là 6,5%. Tỷ lệ sẩy thai, thai lưu muộn \geq 12 tuần là 14,8%. Trong 85 trường hợp mang thai sinh sống có tỷ lệ tiền sản giật là 12,9%. Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén là 4,7% và rau tiền đạo 1,2%.

Bảng 3. Kết quả khi sinh ở người xin noãn

Kết quả	n	Tỷ lệ
Cách sinh		
Sinh mổ	83/85	97,6
Sinh thường	2/85	2,4
Tuổi thai khi sinh		
< 32 tuần	2/85	2,4
32 – 36 tuần	38/85	44,7
> 36 tuần	45/85	52,9
Trung bình (min – max)	36.4 \pm 2.3 (30 – 40)	
Cân nặng khi sinh		
< 1500 gram	28/126	22,2
1500 - < 2500 gram	42/126	33,3
\geq 2500 gram	56/126	44,5
Trung bình (min – max)	2500 \pm 611 (1100 – 3900)	
Số bé khi sinh		
Sinh 1	44/85	51,8
Sinh 2	41/85	48,2
Sinh 3	0/85	0,0
Giới tính		
Trai	63/126	50,0
Gái	63/126	50,0
Thai dị tật	0/126	0,0
Chết chu sinh	2/126	1,6

Nghiên cứu có 85 trường hợp sinh sống, hầu hết là sinh mổ chiếm 97,6%, chỉ có 2 trường hợp sinh thường chiếm 2,4%. Tuổi thai trung bình khi sinh > 36 tuần, số sinh đủ tháng (> 36 tuần) chiếm trên 50%. Trong 126 bé sinh, cân nặng trung bình khoảng 2500 gram, cân nặng < 2500 gram chiếm tỷ lệ 55,5%. Số thai sinh một chiếm 51,8%, còn lại là song thai 48,2%. Giới tính trai là 50% và gái 50%. Không có trường hợp nào trẻ đẻ ra bị dị dạng (0,0%). Có 2 trường hợp chết chu sinh do non tháng và nhẹ cân chiếm tỷ lệ 1,6%.

BÀN LUẬN

1. Kết quả có thai tính trên chu kỳ chuyển phôi tươi xin noãn

Tổng cộng 345 chu kỳ chuyển phôi tươi xin noãn với 1350 số phôi được chuyển

Tỷ lệ làm tổ của nghiên cứu là 14,2% (192 túi thai/1350 phôi chuyển). Kết quả nghiên cứu của Remohl J và cộng sự (1997) tỷ lệ làm tổ của phôi xin noãn là 18,3% [6]. Nghiên cứu của Fernando và cộng sự (2010): tỷ lệ làm tổ ở người xin noãn (16,9%) cao hơn có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$ so với tỷ lệ làm tổ của TTON (13,2%) [1].

Kết quả của nghiên cứu: tỷ lệ có thai / chu kỳ chuyển phôi tươi xin noãn là 33,0%. Nghiên cứu của Yuval Yaron và cộng sự (1998): tỷ lệ có thai chung là 22,2%/chu kỳ chuyển phôi [11]. Remohl J và cộng sự ở Tây Ban Nha (1997): tỷ lệ có thai sau 1 chu kỳ xin noãn là 53,4% [6].

Tỷ lệ thai lâm sàng của nghiên cứu là 31,3%. Nghiên cứu của Outi Hovatta và cộng sự ở Thụy sĩ năm 2002 cho thấy: tỷ lệ có thai lâm sàng của chu kỳ chuyển phôi tươi xin noãn là 40% [5]. Yoon SH và cộng sự ở Hàn Quốc năm 2008: tỷ lệ thai lâm sàng/ chu kỳ chuyển phôi xin noãn là 38,5% [10].

Nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ thai diễn tiến là 29,3%. Thai sinh sống là 24,6%. Kết quả nghiên cứu của Yuval Yaron và cộng sự (1998): tỷ lệ sinh sống/ chu kỳ chuyển phôi xin noãn là 17,8% [11]. Remohl J và cộng sự ở Tây Ban Nha năm 1997: tỷ lệ sinh sống sau 1 chu kỳ chuyển phôi xin noãn là 42,6% [6].

Trong 345 trường hợp xin noãn chuyển phôi tươi của nghiên cứu đã có 85 bà mẹ có em bé về nhà đạt tỷ lệ 24,6%. Đây là kết quả cuối cùng và được quan tâm nhất đối với các chu kỳ IVF nói chung và IVF xin noãn nói riêng. Kết quả nghiên cứu của Yuval Yaron và cộng sự (1998) ở Israel trên 1001 chu kỳ IVF xin noãn cho thấy tỷ lệ em bé về nhà là 38,3% [11].

2. Các nguy cơ khi mang thai xin noãn

Tình trạng ra máu khi mang thai: kết quả nghiên cứu thấy rằng ra máu 3 tháng đầu chiếm đa số 68,5%, 3 tháng giữa 8,3% và 3 tháng cuối cũng là 8,3%. Ra máu âm đạo là dấu hiệu bất thường khi mang thai, trong các thai kỳ tự nhiên đây là dấu hiệu của dọa sẩy thai, dọa đẻ non hoặc là dấu hiệu của thai bất thường: thai lưu, thai ngoài tử cung hoặc thai trứng... Trong thai xin noãn tỷ lệ của dấu hiệu bất thường này được các nghiên cứu mô tả như sau: theo kết quả nghiên cứu hồi cứu của Hossam năm 2005 ở Anh thấy rằng: trong 232 trường hợp mang thai xin noãn có 12% ra máu âm đạo trong 3 tháng đầu, 1,5% ở 3 tháng giữa và 2% ở 3 tháng cuối [2]. Trong một nghiên cứu khác của Sheffer ở Israel thì tỷ lệ ra máu âm đạo ở 3 tháng đầu của thai xin noãn là khá cao 43,3% và ở 3 tháng giữa là 6% [7]. Khi so sánh với thai IVF thường, nghiên cứu của Soderstrom Anttila cho kết quả tỷ lệ 53% ra máu âm đạo 3 tháng đầu của thai kỳ ở những phụ nữ xin noãn cao hơn so với có thai IVF thường (31%) với $p < 0,01$ [8].

Tỷ lệ thai sinh hóa của nghiên cứu là 2,6%. Nghiên cứu của Yuval Yaron và cộng sự (1998) tỷ lệ thai sinh hóa 3,9% ở các chu kỳ xin noãn [11].

Tỷ lệ thai ngoài tử cung là 2,6%. Nghiên cứu của Hossam và cộng sự trên 232 trường hợp có thai sau xin noãn tại Anh cho thấy tỷ lệ CNTC là 3% [2]. Trong nghiên cứu Yuval Yaron và cộng sự (1998) tỷ lệ CNTC 1,0% [11].

Tỷ lệ đa thai của nghiên cứu là 46,3%. Nghiên cứu của Yuval Yaron (1998) tỷ lệ đa thai là 32,9% [11].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sẩy thai, thai lưu sớm ≤ 12 tuần là 6,5% và tỷ lệ sẩy thai, thai lưu muộn > 12 tuần là 14,8%. Trong nghiên cứu của Hossam và cộng sự tại Anh trong 6 năm 1988 – 1993 cho thấy: tỷ lệ sẩy thai là 34,9% trong đó sẩy thai < 8 tuần là 24,6%, thai > 8 tuần là 7,3% [2]. Nghiên cứu của Fernando và cộng sự năm 2010 tỷ lệ sẩy thai không có sự khác biệt giữa người cho và người nhận noãn cũng như không có sự khác biệt giữa IVF thường và IVF xin noãn [1].

Tỷ lệ tiền sản giật trong nghiên cứu là 12,9%. Tiền sản giật được xác định gặp 27,6% ở bệnh nhân có thai xin noãn trong nghiên cứu của Sheffer [7]. Biến chứng tiền sản giật ở thai IVF xin noãn hay gặp hơn ở thai IVF thường. Khi so sánh thai nghén tiền sản giật của IVF thường và IVF xin noãn, Soderstrom và cộng sự đưa ra kết quả: tỷ lệ bị tiền sản giật của thai IVF xin noãn là 31% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ này ở IVF thường (14%) với $p < 0,05$ [8]. Trong nghiên cứu của Yang tỷ lệ tiền sản giật ở thai xin noãn là 30% cao hơn nhiều so với tỷ lệ tiền sản giật ở thai IVF là 8,8% [9].

Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén gặp trong nghiên cứu là 4,7%. Trong nghiên cứu của Sheffer tỷ lệ đái tháo đường thai nghén ở bệnh nhân xin noãn là 23,9% [7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rau tiền đạo xin noãn là 1,2%. Các nghiên cứu khác không thấy đề cập vấn đề này.

3. Kết quả khi sinh ở người xin noãn

Nghiên cứu phương pháp sinh trong 85 trường hợp sinh sống cho thấy sinh mổ chiếm đa số 97,6% chỉ còn lại rất ít là sinh thường 2,4%. Cách sinh phụ thuộc vào tuổi, tình trạng sức khỏe người mang thai, tình trạng bệnh lý khi mang thai, ngôi thai, cân nặng của thai, số thai, tình trạng thai nhi khi chuyển dạ... Theo nghiên cứu của Keegan: tỷ lệ đẻ mổ ở xin noãn < 35 tuổi đối với đơn thai là 50%, song thai là 78%. Trong khi đó đẻ mổ ở người xin noãn ≥ 40 : đơn thai 75%, song thai 84% [4]. Yuval Yaron (1998) tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm 1 thai là 71,2%, 2 thai là 83,7%, 3 thai là 100%. Tỷ lệ mổ lấy thai chung là 76,1% [11].

Tuổi thai trung bình khi sinh của nghiên cứu là 36,4 $\pm 2,3$, tuổi thai thấp nhất là 30 tuần và cao nhất là 40 tuần, số sinh đủ tháng (> 36 tuần) chiếm tỷ lệ 52,9% và sinh non trước ≤ 36 tuần là 47,1%. Nghiên cứu của Yuval Yaron (1998) tỷ lệ đẻ non 22,5% [11]. Đẻ non cũng là một biến chứng đáng lo ngại khi mang thai, làm ảnh hưởng đến tỷ lệ trẻ sinh sống, làm tăng tỷ lệ trẻ nhẹ cân khi sinh và tăng tỷ lệ trẻ chết chu sinh....

Nghiên cứu của Sheffer và cộng sự trên 134 trường hợp thai xin noãn thấy rằng: tỷ lệ đẻ non chiếm 14,9% [7]. Fernando và cộng sự năm 2010 cho thấy tuổi thai khi sinh không có sự khác biệt giữa nhóm người cho noãn và người nhận noãn, tuy nhiên tuổi thai khi sinh ở nhóm IVF thường cao hơn nhóm xin noãn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [1].

Nghiên cứu cân nặng của trẻ khi sinh thấy rằng: tỷ lệ nhẹ cân $< 2500\text{gram}$ của nghiên cứu là 55,5%. Tỷ lệ này liên quan đến nhiều yếu tố khi mang thai: bệnh lý tiền sản giật, đa thai, thai suy dinh dưỡng, sinh non... Tỷ lệ đẻ nhẹ cân trong nghiên cứu của Sheffer là 14,6%. Khi phân tích tác giả này thấy rằng: đẻ nhẹ cân liên quan có ý nghĩa với cao HA thai nghén, ra máu 3 tháng giữa, tình trạng hút thuốc lá và tình trạng tiền sử chưa sinh đẻ [7]. Khi nghiên cứu cân nặng khi sinh của 2 nhóm có thai xin noãn và có thai IVF, Soderstrom cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 nhóm [8]. Nghiên cứu của Fernando và cộng sự năm 2010 thấy rằng: không có sự khác biệt cân nặng khi sinh ở người cho noãn và người nhận noãn, tuy nhiên cân nặng khi sinh ở nhóm IVF thường cao hơn hẳn với nhóm xin noãn với $p < 0,001$ [1].

Kết quả của nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sinh đơn thai là 51,8%, song thai là 48,2% và không có trường hợp sinh ba.

Giới tính khi sinh của nghiên cứu với tỷ lệ gái/trai là 1,0 trong khi đó nghiên cứu của Yuval Yaron (1998) tỷ lệ thai gái/trai là 1,19 [11].

Tỷ lệ trẻ sinh ra bị dị tật bẩm sinh của nghiên cứu là 0% trong 126 trẻ sinh sống. Theo nghiên cứu của Sheffer tỷ lệ trẻ dị dạng sinh ra sau xin noãn là 2,2% [7]. Trong nghiên cứu của Yuval Yaron (1998) không có trường hợp trẻ bị dị tật bẩm sinh [11].

Trong 126 trẻ sinh sống của nghiên cứu có 2 trẻ bị chết sau sinh < 28 ngày vì suy hô hấp do non tháng chiếm tỷ lệ 1,6%. Tỷ lệ này bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố: bệnh lý khi mang thai, suy dinh dưỡng bào thai, đẻ non, nhẹ cân, dị tật... Nghiên cứu của Soderstrom thấy rằng tỷ lệ chết sau sinh của xin noãn là 3,3% trong khi đó không gặp trường hợp nào chết sau sinh ở IVF thường [8]. Fernando và cộng sự năm 2010: tỷ lệ chết

chu sinh không có sự khác biệt giữa IVF thường và xin noãn [1].

KẾT LUẬN

TTTON xin noãn thực sự mang lại hiệu quả với tỷ lệ thai lâm sàng 31,3%. Thai sinh sống và bà mẹ có em bé về nhà là 24,6%. Tuy nhiên một số nguy cơ khi mang thai và khi sinh: tỷ lệ sẩy thai và thai lưu 21,3% đa thai 46,3% sinh sớm 47,1%, nhẹ cân 55,5% còn khá cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fernando Zegers-Hochschild, Diego Masoli, Juan Enrique Schwarze, Assumpto Iaconelli, Edson Borge and Isabel M. Pacheco (2010), "Reproductive performance in oocyte donors and their recipients comparative analysis from implantation to birth and lactation". *Fertility and Sterility Vol.93, No.7, May 1, 2010*.

2. Hossam I. Abdalla, Rodney Baber, Angela Kirkland Terence Leonard, Mary Power and John W.W. Studc (1990), "A report on 100 cycles of oocyte donation; factors affecting the outcome", *Human Reproduction, Volume 5, Number 8, pp. 1018 – 1022*.

3. Hossam I. Abdalla, Anne Billett, Andrew K.S. Kan, Sabah Baig, Marie Wren, Lena, John W. (2005), "Obstetric outcome in 232 ovum donation pregnancies", *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, Volume 105 Issue 3, Pages 332-337*.

4. 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, no4, pp. 776-781*.

5. Outi Hovatta, Viveca Soderstrom – Anttila, Tuija Foudila, Leena Tuomivaara, Kaisa Juntunen, Aila Tiitinen and Kristiina Aittomaki (2002), "Pregnancies after oocyte donation in women with ovarian failure caused by an inactivating mutation in follicle stimulating hormone receptor", *Human Reproduction, Volume 17, Number 1, pp.124 – 127*.

6. Remohl J, Gartner B, Gallardo E, Yalil S, Simon C, Pellicer A (1997), "Pregnancy and birth rates after oocyte donation". *Fertil Steril. 1997 Apr;67(4):717-23*.

7. Sheffer Mimouni G, Mashiach S, Dor J, Levran D, Seidman DS. (2002), "Factors influencing the obstetric and perinatal outcome after oocyte donation", *Hum Reprod. 2002 Oct;17(10):2636-40*.

CẮT GAN TRONG UNG THƯ TUY NGOẠI TIẾT DI CĂN GAN

TRỊNH HỒNG SON, NGUYỄN THÀNH KHIÊM, BÙI TRUNG NGHĨA,
QUÁCH VĂN KIÊN, NINH VIỆT KHẢI, PHẠM GIA ANH

MỞ ĐẦU

Giá trị của cắt gan trong những trường di căn gan từ ung thư đại trực tràng và u thần kinh nội tiết đã được khẳng định. Tuy nhiên đối với các loại ung thư khác như ung thư tụy chẳng hạn, hiệu quả phẫu thuật cắt gan điều trị di căn gan còn nhiều tranh cãi [3],[4],[9],[11],[16]. Cắt gan do di căn gan từ ung thư tụy cần được xem xét kỹ lưỡng tới hiệu quả cũng như nguy cơ cuộc mổ.

Tại bệnh viện Việt Đức ngày 26.06.2011 chúng tôi đã thực hiện cắt gan phải ở một bệnh nhân nữ có tiền sử mổ cắt u đuôi tụy trước đó. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư đặc giả nhú của tụy di căn gan. Chúng tôi thông báo trường hợp này nhằm ghi nhận một trường hợp cắt gan phải do ung thư đặc giả nhú di căn qua ổ điểm lại y văn về chỉ định và kết quả của cắt gan điều trị di căn gan từ ung thư tụy ngoại tiết.