

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CÁC TRƯỜNG HỢP MANG THAI HỘ TẠI TRUNG TÂM HỖ TRỢ SINH SẢN QUỐC GIA

Hồ Sỹ Hùng<sup>(1)</sup>, Nguyễn Việt Tiến<sup>(1)</sup>, Lê Hoàng<sup>(2)</sup>, Ngô Thị Yến<sup>(2)</sup>, Nguyễn Hồng Hanh<sup>(2)</sup>  
(1) Trường Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Phụ sản Trung ương

**Từ khoá:** Mang thai hộ, ivf.  
**Keywords:** Surrogacy, invitro fertilization.

## Tóm tắt

Nghiên cứu 45 trường hợp mang thai hộ đầu tiên được thực hiện tại Trung tâm HTSS Quốc gia, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

**Mục tiêu** nghiên cứu các chỉ định mang thai hộ; và đánh giá kết quả đầu các trường hợp mang thai hộ.

**Phương pháp nghiên cứu** hồi cứu mô tả.

**Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình người mang thai hộ là  $31,49 \pm 5,0$ ; số con trung bình là  $1,71 \pm 0,5$  con; chỉ định mang thai hộ nhiều nhất là không có tử cung bẩm sinh (28,8%) và thất bại nhiều lần (28,8%), cắt tử cung (11,2%), dính buồng tử cung (13,3%), bệnh mẹ không thể mang thai (11,2%). Tỷ lệ thai lâm sàng là 51,1%.

**Kết luận:** Chỉ định mang thai hộ chủ yếu là do nguyên nhân tại tử cung; bệnh mẹ không thể mang thai và IVF thất bại nhiều lần. Tỷ lệ thai lâm sàng là 51,1%.

**Từ khóa:** mang thai hộ, ivf.

## Abstract

### INITIAL RESULTS OF SURROGACY IN NATIONAL ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY CENTRE

Research 45 surrogacy cases were first performed at National ART Center-National Hospital of ObGYN.

**Objectives:** indications for Surrogacy asnd evaluate initial results of surrogacy cases.

**Method.** Discribitive retrospective.

**Results:** The average age of surrogate mother is  $31.49 \pm 5.0$ ; average number of children  $1.71 \pm 0.5$ ; indications for surrogacy was congenital absence of the uterus and hysterectomy (28.8%) and IVF repeated failure (28.8%), hysterectomy (11.2%), uterine synechie (13.3%), serious disease of mothers (11.2%). The clinical pregnancy rate is 51.1%.

**Conclusion:** main indication for surrogacy is uterine abnormality; diseases of mother and IVF repeated failure. Clinical pregnancy rate was 51.1%.

**Keywords:** surrogacy, invitro fertilization.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):  
Hồ Sỹ Hùng,  
email: hohungsy@gmail.com  
Ngày nhận bài (received): xx/xx/2016  
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):  
xx/xx/2016  
Ngày bài báo được chấp nhận đăng  
(accepted): xx/xx/2016

## 1. Đặt vấn đề

Kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) được thực hiện đầu tiên năm 1978 tại Anh, hơn 30 năm đã trôi qua, đã có rất nhiều tiến bộ trong lĩnh vực hỗ trợ sinh sản (HTSS). Mặc dù có nhiều tiến bộ nhưng vẫn còn một số cặp vợ chồng không thể tự mang thai được mà cần nhờ người khác mang thai hộ mình vì các lý do khác nhau. Chính vì vậy nên một số nước đã cho phép các cặp vợ chồng được phép mang thai hộ. Việt nam được Quốc hội thông qua luật cho phép mang thai hộ vào năm 2014 và bắt đầu thực hiện từ năm 2015. Để đánh giá sơ bộ bước đầu kết quả thụ tinh trong ống nghiệm/mang thai hộ chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: 1) Nghiên cứu các chỉ định mang thai hộ; và 2) Đánh giá kết quả bước đầu các trường hợp mang thai hộ.

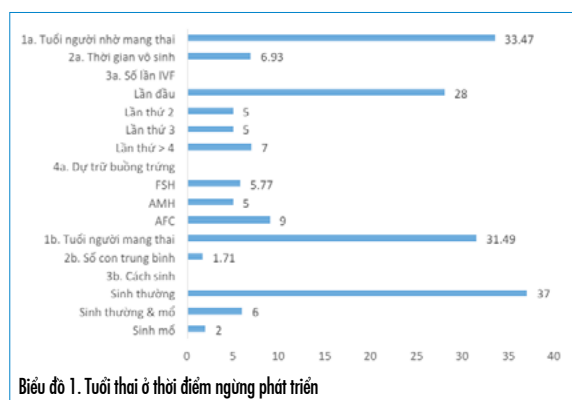
## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả, gồm 45 trường hợp mang thai hộ đầu tiên tại trung tâm HTSS Quốc gia-Bệnh viện Phụ sản Trung ương, trong thời gian từ tháng 3/2015 đến tháng 12/2015.

Người nhờ và người mang thai hộ được đồng bộ chu kỳ kinh và kích thích buồng trứng, chọc hút noãn, thụ tinh và nuôi cấy phôi trong ống nghiệm. Người mang thai hộ được chuẩn bị niêm mạc tử cung và chuyển phôi vào ngày 3. Xét nghiệm  $\beta$ HCG vào ngày 14 sau chuyển phôi và siêu âm sau 2 tuần. Các biến số nghiên cứu gồm đặc điểm người nhờ mang thai và người mang thai, chỉ định mang thai hộ, và kết quả có thai.

## 3. Kết quả nghiên cứu

### 3.1. Đặc điểm người nhờ và người mang thai hộ



Nhận xét: Tuổi trung bình người mang thai hộ là  $31,49 \pm 5,0$ ; số con trung bình là  $1,71 \pm 0,5$  con và có 37 trường hợp đã từng sinh thường, 2 trường hợp sinh mổ và 6 trường hợp vừa sinh thường và sinh mổ. Tuổi trung bình người nhờ mang thai là 33,47 tuổi; thời gian vô sinh trung bình là 6,93 năm; dự trữ buồng trứng của các bệnh nhân còn tốt thể hiện các chỉ số FSH, AMH và số nang thứ cấp trung bình trong ngưỡng bình thường.

### 3.2. Chỉ định mang thai hộ

Bảng 1. Các chỉ định mang thai hộ

Chỉ định	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Hội chứng Rokitanski	13	28,8
Dính buồng tử cung	6	13,3
Cắt tử cung	5	11,2
Tử cung nhi tính	3	6,7
Bệnh của mẹ	5	11,2
Thất bại nhiều lần	13	28,8
Tổng	45	100%

Nhận xét: chỉ định nhiều nhất là do tử cung trong đó không có tử cung chiếm 28,8%, dính buồng tử cung 13,3%, cắt tử cung 11,2% và tử cung nhi tính 6,7%. Chỉ định vì bệnh của mẹ không thể mang thai là 11,2% và IVF thất bại nhiều lần là 28,8%.

### 3.3. Kết quả kích thích buồng trứng

Bảng 2. Kết quả kích thích buồng trứng người nhờ mang thai

Chỉ số	Số lượng
Số ngày dùng FSH (ngày)	$9,95 \pm 0,9$
Tổng liều FSH (đv)	$2495,47 \pm 1000,7$
E2 ngày tiêm hCG (pg/l)	$5485,03 \pm 3960$
Số noãn trung bình (noãn)	$11,40 \pm 7,4$
Số phôi trung bình (phôi)	$8,07 \pm 6,2$

Nhận xét: Kích thích buồng trứng người nhờ mang thai đạt kết quả tốt thể hiện số ngày và tổng liều dùng FSH, nồng độ Estradiol và số noãn chọc hút phù hợp.

### 3.4. Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm

Nhận xét: thời gian chuẩn bị niêm mạc tử cung là  $16,98 \pm 1,5$  ngày, niêm mạc tử cung ngày chuyển

Bảng 3. Kết quả chuyển phôi người mang thai hộ

Kết quả	Số lượng
Thời gian chuẩn bị niêm mạc tử cung (ngày)	$16,98 \pm 1,5$
Niêm mạc tử cung (mm)	$8,96 \pm 1,5$
Số phôi chuyển trung bình	$3,11 \pm 1,0$
Tỷ lệ có phôi trữ lạnh (%)	20 (44,4%)
Số phôi trữ lạnh trung bình	$3,74 \pm 5,0$
Tỷ lệ có thai sinh hóa (%)	2 (4,4%)
Tỷ lệ thai lâm sàng (%)	23 (51,1%)

phôi dày  $8,96 \pm 1,5$  mm; số phôi chuyển trung bình là  $3,11 \pm 1,0$  phôi; tỷ lệ có thai lâm sàng là 51,1%; và 44,4% các trường hợp có phôi trữ lạnh.

### 3.5. Liên quan giữa chỉ định mang thai hộ và tỷ lệ có thai

Bảng 4. Mối liên quan giữa lý do mang thai hộ và tỷ lệ có thai

Chỉ định	Có thai	Không có thai	Tổng
Hội chứng Rokitanski	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 (100%)
Dính buồng tử cung	5 (83,3%)	1 (16,7%)	6 (100%)
Cắt tử cung	2 (40%)	3 (60%)	5 (100%)
Tử cung nhi tính	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100%)
Bệnh của mẹ	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)
Thất bại nhiều lần	4 (30,8%)	9 (69,2%)	13 (100%)
Tổng	23	22	45

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ có thai giữa các nhóm chỉ định với  $\chi^2 = 5,96$  với  $p = 0,307$ . Tuy nhiên tỷ lệ có thai trong nhóm cắt tử cung, tử cung nhi tính và thất bại nhiều lần thấp hơn.

## 4. Bàn luận

Thụ tinh trong ống nghiệm là phương pháp điều trị hiệu quả nhất, giải quyết được hầu hết các nguyên nhân gây vô sinh, tuy nhiên trong một số trường hợp bản thân người phụ nữ không thể tự mình mang thai được do không có tử cung, bệnh lý tại tử cung hay bản thân sức khỏe người phụ nữ không cho phép mang thai mà cần phải nhờ đến người khác mang thai hộ. Để giải quyết nguyên nhân này bắt buộc phải điều trị bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm/mang thai hộ. Trường hợp mang thai hộ được báo cáo đầu tiên trên thế giới vào năm 1985 tại Mỹ [1]. Trên thế giới cũng chỉ có một số nước cho phép mang thai hộ vì ràng buộc nhiều lý do pháp lý khác nhau. Ngay nước Mỹ cũng có bang cho phép, bang không cho phép mang thai hộ. Tại Việt nam, Quốc hội đã thông qua luật cho phép mang thai hộ vì mục đích nhân đạo và bắt đầu được phép thực hiện từ đầu năm 2015. Tại Trung tâm HTSS Quốc gia qua 1 năm thực hiện đã có 45 trường hợp được điều trị bằng phương pháp này. Để đánh giá kết quả bước đầu chúng tôi tiến hành nghiên cứu các trường hợp được thực hiện tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia trong năm đầu tiên.

Tuổi người nhờ mang thai hộ trung bình  $33,47 \pm 4,7$  năm, với thời gian vô sinh trung

bình là  $6,93 \pm 4,1$  năm. Sở dĩ thời gian vô sinh lâu là có những bệnh nhân phải chờ đợi lâu để được phép điều trị theo pháp luật cho phép. Về chỉ định mang thai hộ có thể là chỉ định tuyệt đối như không có tử cung bẩm sinh trong hội chứng Rokitanski (tỷ lệ gặp hội chứng này chỉ là 1/4000-1/5000 trường hợp), hoặc các trường hợp cắt tử cung vì lý do băng huyết trong chuyển dạ hoặc bệnh lý tử cung (ung thư cổ tử cung), các trường hợp bệnh lý tử cung như dính buồng tử cung, sảy thai nhiều lần, bệnh của mẹ không thể mang thai được hoặc chỉ định tương đối khi thất bại làm tổ nhiều lần mặc dù phôi tốt [2]. Trong nghiên cứu này có tới 32 bệnh nhân phải mang thai hộ vì lý do tử cung bao gồm không có tử cung (hội chứng Rokitanski), cắt tử cung, tử cung nhi tính và dính buồng tử cung. Đây là các chỉ định tuyệt đối bắt buộc phải mang thai hộ. 13 bệnh nhân mang thai hộ vì điều trị IVF thất bại nhiều lần (từ 4 lần trở lên). Đây là chỉ định tương đối, do chưa rõ nguyên nhân thất bại. Có 28 trường hợp điều trị IVF lần đầu, 5 trường hợp điều trị lần 2, 5 trường hợp điều trị lần 3 và 7 trường hợp điều trị từ 4 lần trở lên trong đó trường hợp nhiều nhất là 7 lần. So sánh với các chỉ định mang thai hộ tại trung tâm Bourn Hall Clinic thì nguyên nhân hàng đầu là sau cắt tử cung do ung thư, còn trong nghiên cứu này nguyên nhân hàng đầu là không có tử cung do dị dạng cơ quan sinh dục [3]. Xét nghiệm đánh giá dự trữ buồng trứng của các bệnh nhân tốt đủ điều kiện để có thể kích thích buồng trứng: FSH là  $5,77 \pm 2,4$ ; AMH là  $5,0 \pm 3,7$  và số nang thứ cấp là  $9,0 \pm 6,0$  nang

Người mang thai hộ có độ tuổi trung bình là  $31,49 \pm 5,3$  năm; tất cả đều có ít nhất một con với số con trung bình là  $1,71 \pm 0,4$  con, đây cũng là tiêu chuẩn chúng tôi lựa chọn người mang thai hộ. Có 37 trường hợp sinh thường, 6 trường hợp sinh hai lần cả sinh thường và sinh mổ và 2 trường hợp sinh mổ. Không có trường hợp nào sinh mổ cả hai lần vì đây là yếu tố nguy cơ có thể vỡ tử cung khi mang thai nên chúng tôi không lựa chọn các trường hợp này để mang thai.

Kết quả kích thích buồng trứng với số ngày dùng FSH trung bình là  $9,95 \pm 0,9$  ngày, số noãn chọc hút được là 11,4 noãn và số phôi là 8,07

phôi. Kết quả này cũng tương đương với các trường hợp IVF không phải mang thai hộ khác.

Kết quả chuyển phôi cho thấy thời gian chuẩn bị niêm mạc tử cung là  $16,98 \pm 1,5$  ngày, trường hợp ít nhất là 14 ngày và nhiều nhất là 20 ngày. Độ dày niêm mạc tử cung trung bình là  $8,96 \pm 1,5$  mm, đây là độ dày thích hợp để phôi làm tổ. Số phôi chuyển trung bình là 3,11 phôi với tỷ lệ có thai là 51,1% (23 bệnh nhân có thai lâm sàng trong số 45 trường hợp), 2 trường hợp thai sinh hóa chiếm 4,4%. So sánh với kết quả của các tác giả khác thì tỷ lệ có thai trong nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Meniru và Craft [4] và tương đương nghiên cứu của Corson và CS [5]. Trong số 45 trường hợp chuyển phôi có 20 trường hợp có phôi trữ lạnh (chiếm 44,4%) với số phôi trữ lạnh trung bình là 3,74 phôi. Tuy nhiên một trong những vấn đề cần giải quyết trong trường hợp phôi trữ lạnh của các trường hợp đã mang thai hộ thành công là các cặp vợ chồng này sẽ không được phép tiếp tục mang thai hộ khi đã có con. Đây cũng là một tồn tại khi luật ra đời và trong thời gian tới cần sửa đổi sau khi được các cơ quan chức năng đánh giá lại.

Khi phân tích mối liên quan giữa tỷ lệ thai lâm sàng và chỉ định mang thai hộ cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thai lâm sàng giữa các nhóm nguyên nhân với  $\chi^2 = 5,96$ ;  $p$

$> 0,05$ . Tuy nhiên trong từng nhóm nguyên nhân chúng tôi thấy tỷ lệ thai lâm sàng cao ở các trường hợp hộ chứng Rokitanski, dính buồng tử cung và bệnh mẹ không có thể mang thai. Ngược lại các trường hợp cắt tử cung, tử cung nhi tính hay đặc biệt là thất bại nhiều lần tỷ lệ có thai thấp. Lý giải cho điều này là trong trường hợp cắt tử cung dù ít hay nhiều cũng có thể ảnh hưởng đến mạch máu nuôi dưỡng buồng trứng, do vậy nên sẽ ảnh hưởng đến kết quả kích thích buồng trứng. Các trường hợp thất bại nhiều lần chúng tôi cũng không tìm được nguyên nhân, mang thai hộ chỉ là một giải pháp thử thay thế. Các trường hợp này có thể có các nguyên nhân khác nhưng chưa thể biết chính xác. Chính vì vậy tỷ lệ có thai ở nhóm này chỉ đạt 30,8% (4/13 trường hợp)

## 5. Kết luận

Chỉ định mang thai hộ chủ yếu là do nguyên nhân tại tử cung trong đó không có tử cung là 28,8%, dính buồng tử cung là 13,3%, cắt tử cung là 11,2%, tử cung nhi tính là 6,7%; bệnh mẹ không thể mang thai là 11,2% và IVF thất bại nhiều lần là 28,8%.

Tỷ lệ thai lâm sàng là 51,1% trong đó các trường hợp không có tử cung, dính buồng tử cung, bệnh toàn thân của mẹ là các trường hợp có thai cao nhất. Các trường hợp cắt tử cung, tử cung nhi tính và thất bại ivf nhiều lần tỷ lệ có thai thấp hơn.

## Tài liệu tham khảo

1. Utian, W.H., Sheean, L., Goldfarb, J.M. et al. Successful pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer from an infertile woman to a surrogate. *N. Engl. J. Med.* 1985; 313, 1351-1352
2. Viveca Soderstrom Anttila, Ulla Britt Wennerholm, Anne Loft, et al. Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families a systematic review. *Human Reproduction Update.* 2016; Vol.22, No.2 pp. 260-276.

3. Brinsden, P.R., Appleton, T.C., Murray, E. et al. Treatment by in vitro fertilisation with surrogacy: experience of one British centre. *Br. Med. J.* 2000; 320, 924-928.
4. Meniru, G.I. and Craft, I.L. Experience with gestational surrogacy as atreatment for sterility resulting from hysterectomy. *Hum. Reprod.* 1997; 12, 51-54.
5. Corson, S.L., Kelly, M., Braverman, A. et al. Gestational carrier pregnancy. *Fertil. Steril.* 1998; 69, 670-674.