

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU THỰC HIỆN TTTON - MANG THAI HỘ VÌ MỤC ĐÍCH NHÂN ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Lê Việt Hùng, Lê Việt Nguyễn Sa, Nguyễn Phạm Quỳnh Phương  
Bệnh viện Trung ương Huế

## Tóm tắt

**Tổng quan:** Từ năm 2015, Việt Nam thông qua nghị định chính phủ cho phép thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm-mang thai hộ vì mục đích nhân đạo, mang lại cơ hội làm mẹ cho các phụ nữ không có tử cung bẩm sinh hoặc mắc phải sau phẫu thuật cắt tử cung do bệnh lý, hoặc không thể mang thai do bệnh lý trầm trọng hoặc đe dọa tính mạng nếu có thai. Mục đích nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của thụ tinh trong ống nghiệm-mang thai hộ sau 1 năm thực hiện kỹ thuật này tại trung tâm IVF bệnh viện Trung Ương Huế.

**Thiết kế nghiên cứu:** 7 cặp vợ chồng nhờ mang thai hộ, trong đó có 5 trường hợp không có tử cung (nhóm A) và 2 trường hợp do sảy thai liên tiếp hoặc thất bại làm tổ nhiều lần (nhóm B). Kích thích buồng trứng được tiến hành cho người nhờ mang thai hộ bằng phác đồ GnRH antagonist, chuẩn bị nội mạc cho người mang thai hộ bằng Estradiol ngoại sinh. Kích thích buồng trứng và kết quả TTTON được đo lường, so sánh và đánh giá giữa 2 nhóm.

**Kết quả:** tỉ lệ có thai 71,4%; tỉ lệ làm tổ 20%. Không có sự khác biệt về quá trình kích thích buồng trứng và kết quả TTTON-mang thai hộ giữa 2 nhóm.

**Kết luận:** TTTON- mang thai hộ mang lại kết quả có thai cao cho nhóm bệnh nhân đúng chỉ định.

## Abstract

**GESTATIONAL SURROGACY FOR THE HUMAN PURPOSE AT IVF CENTER-HUE CENTRAL HOSPITAL: OUR INITIAL EXPERIENCE**

**Background:** From 2015, IVF surrogate gestational pregnancy was allowed in Vietnam, provided an opportunity to be a mother to women born without a uterus, women post-hysterectomy and those with a pre-existing disease which may greatly worsen or life - threaten during pregnancy. The aim of this study was to report our 2 year's experience

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Lê Việt Hùng,

email: leviethung67@yahoo.com

Ngày nhận bài (received): 10/7/2017

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):  
15/8/2017

Ngày bài báo được chấp nhận đăng  
(accepted): 31/8/2017

of an IVF surrogate gestational pregnancy programme at IVF Center- Hue Central Hospital.

**Design:** A total of 7 cycles of IVF surrogate pregnancy were initiated in 7 treated couples. Absences of the uterus was the indication of surrogacy in 5 cases (Group A). The indications in the remaining 2 patients (Group B) were : IVF implantation failure and recurrent miscarriage. The patients were given Antagonist protocol to stimulate their ovaries. Oral estradiol was given to the surrogate mother for the preparation of the endometrium. Ovarian stimulation parameters and IVF outcome were assessed, measured and compared.

**Results:** PR was 71,4%; implantation rate was 20%. There was no significant difference of ovarian stimulation and IVF outcome observed between 2 groups.

**Conclusion:** surrogacy is a good treatment with high PR for the right indicated patients.

## 1. Giới thiệu

Khái niệm mang thai hộ được định nghĩa khi một người phụ nữ mang thai cho một cặp vợ chồng khác trên cơ sở lấy noãn của người vợ và tinh trùng của người chồng kết hợp bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm để phát triển tạo thành phôi; sau đó phôi này được cấy trở lại tử cung của người phụ nữ mang thai hộ<sup>(1), (2)</sup>. Sau khi sinh, người phụ nữ này phải trao lại con cho cặp vợ chồng nhờ mang thai hộ. Về mặt sinh học, mang thai hộ không có sự di truyền giữa người phụ nữ mang thai và đứa trẻ, đứa trẻ sẽ mang gen của cặp vợ chồng nhờ mang thai hộ.

Mang thai hộ là một trong những kỹ thuật y học gây tranh cãi nhất về mặt đạo đức. Nhiều ý kiến cho rằng việc mang thai hộ có thể trở nên thương mại hóa, trong đó người mang thai hộ được xem như là người để thuê. Thậm chí vài người trong số đó còn so sánh người mang thai hộ với thị trường buôn bán tạng<sup>(2), (3)</sup>. Vượt qua những tranh luận đó, mang thai hộ vẫn trở thành một phương pháp hỗ trợ sinh sản được luật pháp nhiều quốc gia công nhận. Mang thai hộ là giải pháp mang cơ hội có con cho những người phụ nữ không có tử cung bẩm sinh hoặc không có tử cung do các nhiều bệnh lý sản phụ khoa khác<sup>(4), (5)</sup>. Một nhóm chỉ định lớn khác của mang thai hộ là thất bại nhiều lần với các chu kỳ chuyển phôi - TTON (bao gồm thất bại làm tổ hoặc sảy thai liên tiếp). Mang thai hộ cũng được

chỉ định cho những phụ nữ có tử cung bình thường nhưng mang bệnh lý mạn tính có thể trầm trọng lên và đe dọa tính mạng khi mang thai<sup>(1)</sup>.

Trường hợp mang thai hộ đầu tiên được Utian công bố năm 1985. Lần lượt các nhóm tác giả khác tại Anh (Brindsen và cộng sự, 2000)<sup>(6)</sup>, Úc (Stafford-Bell và Copeland, 2001)<sup>(7)</sup>, Phần Lan (Soderstrom-Anttila và cộng sự, 2002)<sup>(8)</sup> sau đó cũng báo cáo kinh nghiệm của họ sau một thời gian thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm-mang thai hộ. Tại Việt Nam, ngày 28/01/2015, luật mang thai hộ vì mục đích nhân đạo chính thức được thông qua, từ đây mở ra những cơ hội có thai mới cho những người phụ nữ không thể mang thai và sinh con ngay cả khi áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Khoa Hỗ trợ sinh sản, bệnh viện Trung Ương Huế là một trong ba trung tâm IVF của cả nước được lựa chọn là thí điểm tiến hành thụ tinh trong ống nghiệm-mang thai hộ vì mục đích nhân đạo. Sau hơn 1 năm triển khai, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá bước đầu hiệu quả việc thực hiện TTON-mang thai hộ tại trung tâm.

## 2. Quy định về điều kiện mang thai hộ vì mục đích nhân đạo tại Việt Nam

Hiện nay, chỉ có rất ít các quốc gia trên thế giới cho phép thực hiện việc mang thai hộ. Tại

Việt Nam, ngày 28/01/2015, Thủ tướng Chính Phủ ban hành nghị định số 10/2015/NĐ-CP quy định về sinh con bằng kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm và điều kiện mang thai hộ vì mục đích nhân đạo. Nghị định này quy định rõ mang thai hộ chỉ được thực hiện cho cặp vợ chồng chưa có con chung; người vợ có bệnh lý, nếu mang thai sẽ có nhiều nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của người mẹ, thai nhi và người mẹ không thể mang thai và sinh con ngay cả khi áp dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Về phía người mang thai hộ, việc mang thai hộ được thực hiện trên tinh thần tự nguyện vì mục đích nhân đạo, chưa mang thai hộ lần nào, đủ sức khỏe mang thai, và chứng minh về mối quan hệ thân thích cùng hàng với cặp vợ chồng nhờ mang thai hộ, có sự đồng ý của chồng về việc đồng ý cho mang thai hộ, được tư vấn về y tế, tâm lý và pháp lý trước khi thực hiện mang thai hộ. Một hội đồng gồm nhiều ban ngành, chuyên khoa... sẽ xét duyệt thông qua từng hồ sơ nhờ mang thai hộ, và phải trả lời trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận hồ sơ.<sup>(1)</sup>

### 3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Báo cáo loạt ca gồm 7 bệnh nhân thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm-nhờ mang thai hộ từ năm 2015 đến nay tại Khoa Hỗ Trợ Sinh Sản-Bệnh viện Trung Ương Huế.

Không có tử cung là chỉ định chính của mang thai hộ, nhóm A gồm 5 trường hợp, bao gồm hội chứng Rokistanky (1 trường hợp) và hậu phẫu thuật cắt tử cung (4 trường hợp). Cắt tử cung do u xơ tử cung lớn ở một trường hợp và do băng huyết sau sinh non, rau tiền đạo ở trường hợp còn lại. Nhóm B bao gồm 2 trường hợp chỉ định TTON-mang thai hộ do tiền sử sảy thai liên tiếp hoặc thất bại làm tổ liên tiếp.

Tuổi bệnh nhân, nồng độ nội tiết cơ bản ngày 2, các thông số của quá trình kích thích buồng trứng như số ngày tiêm FSH, liều FSH trung bình, số nang noãn trưởng thành ngày trigger, số trứng thu được, số MII, tỉ lệ thụ tinh, số phôi tốt...được đo lường và so sánh.

Phác đồ KTBT được sử dụng là phác đồ GnRH-

antagonist. FSH tái tổ hợp (Follitrope, Hướng Việt) được cho vào ngày 2 chu kỳ kinh, GnRH-antagonist (Cetrotide 0,25mg) được cho cố định vào ngày 5 của KTBT. Trigger bằng Dipherellin (Fertipeptil 0,2mg) khi có ít nhất 2 nang noãn đường kính từ 17mm và 50% đoàn hệ nang noãn có kích thước từ 14mm trở lên.

Đối với những bệnh nhân có hội chứng Rokistanky hoặc cắt tử cung toàn phần, nếu ngày siêu âm có nang noãn kích thước lớn và bệnh nhân có nguyện vọng trữ phôi, chúng tôi tiến hành siêu âm theo dõi nang noãn đến ngày rụng trứng. Định lượng FSH,LH, E2 và Progesterone 14 ngày sau rụng trứng nếu nồng độ E2, Progesterone thấp thì tiến hành KTBT/TTTON. Trường hợp bệnh nhân muốn chuyển phôi tươi, chỉnh kinh cho người mang thai hộ và người nhờ mang thai hộ bằng OCP rồi tiến hành KTBT sau 5 ngày dùng OCP.

Chọc hút trứng được tiến hành dưới siêu âm đầu dò âm đạo 36 giờ sau trigger. Tách trứng thực hiện 2 giờ và ICSI thực hiện 4 giờ sau chọc hút trứng. Đánh giá thụ tinh 16-18h sau ICSI. Đánh giá phôi ngày 2 dựa trên hình thái. Chuyển phôi ngày 2 sau chọc hút trứng. Để chuyển dạng nội mạc cho người mang thai hộ, Progesterone vi hạt đặt âm đạo được sử dụng từ ngày người nhờ mang thai hộ chọc hút trứng. Chuyển phôi khi nội mạc dày từ 8mm trở lên.

Phác đồ hỗ trợ hoàng thể được sử dụng gồm Valiera 2mg x2 viên/ngày và Cyclogest 400mg x2 viên/ngày trong 14 ngày. Định lượng BhCG 14 ngày sau chuyển phôi. Siêu âm thai sau 3 tuần kể từ ngày BhCG dương tính.

Sảy thai sớm được định nghĩa nếu sảy thai trước 12 tuần. Sảy thai muộn khi sảy thai từ tuần 12 trở lên và trước 24 tuần. Đẻ non nếu thai ra đời sau 24 tuần và trước 37 tuần.

Theo dõi các biến chứng trong thai kỳ bao gồm các bệnh lý tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường thai nghén, nhau tiền đạo, nhau bám thấp... cho người mang thai hộ. Kết cục thai kỳ cũng được ghi nhận và khảo sát.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 15.0. Kết quả được hiển thị bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh các giá trị trung bình bằng t-test. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## 4. Kết quả

Dữ liệu lâm sàng liên quan đến kích thích buồng trứng được thể hiện ở bảng 1.

Số lượng noãn MII trung bình chọc hút được từ người mẹ nhờ mang thai hộ là  $9,5 \pm 2,9$ . Trong đó có  $8,0 \pm 3,1$  noãn thụ tinh, tỉ lệ thụ tinh do đó là  $82,3 \pm 12,2\%$ .

Số phôi tạo thành trung bình là  $7,5 \pm 2,5$  phôi, trong đó có  $3,5 \pm 0,5$  phôi được chuyển.

Tuổi trung bình của người mang thai hộ là  $37,8 \pm 6,1$  tuổi; trong đó cá biệt có một người mang thai hộ lớn tuổi (48 tuổi) do gia đình không tìm được người thân thích cùng hàng khác đủ điều kiện mang thai hộ. 5 trong 7 người mang thai hộ có thai ngay từ lần chuyển phôi đầu tiên mang đến tỉ lệ có thai là 71,4%. Chỉ có 2 trường hợp chưa có thai và đang chuẩn bị chuyển phôi trở. 1/5 trường hợp này mang thai song thai,

Tuổi người nhờ mang thai hộ	$33,1 \pm 5,5$
Tuổi người mang thai hộ	$37,8 \pm 6,1$
AMH (ng/ml)	$2,96 \pm 0,91$
AFC	$9,8 \pm 2,9$
Tổng liều FSH (IU)	$2742,86 \pm 531,84$
Số ngày chích FSH	$9,7 \pm 0,9$
Nồng độ E2 trung bình ngày tiêm hCG (pg/ml)	$3268,00 \pm 1463,46$
Số nang noãn trên 14mm ngày cho hCG	$11,5 \pm 4,0$
Số noãn MII chọc hút được	$9,5 \pm 2,9$
Số noãn thụ tinh	$8,0 \pm 3,1$
Số phôi tạo thành	$7,5 \pm 2,5$
Số phôi chuyển	$3,6 \pm 0,5$
Tổng liều Estradiol chuẩn bị nội mạc (mg)	$104,0 \pm 12,2$
Số ngày chuẩn bị nội mạc	$13 \pm 1,5$
Độ dày nội mạc trung bình	$9,1 \pm 1,6$
Tỉ lệ có thai	71,4%
Tỉ lệ thụ tinh (%)	$82,3 \pm 12,2$
Tỉ lệ làm tổ	20%
Sinh đủ tháng	3/5
Đẻ non	1/5

Chỉ số	Nhóm A	Nhóm B	p
Tuổi người nhờ mang thai hộ	$32,8 \pm 5,6$	$34,0 \pm 7,1$	NS
AMH (ng/ml)	$2,56 \pm 0,56$	$3,97 \pm 0,88$	NS
AFC	$9,0 \pm 2,3$	$12 \pm 4,2$	NS
Tổng liều FSH (IU)	$2820,00 \pm 342,05$	$2550,00 \pm 1060,66$	NS
Số ngày chích FSH	$9,6 \pm 0,8$	$10 \pm 1,4$	NS
Nồng độ E2 ngày tiêm hCG (pg/ml)	$3268,00 \pm 1463,46$	$4795,00 \pm 700,03$	NS
Số nang noãn trên 14mm ngày cho hCG	$10,60 \pm 3,5$	$14,00 \pm 5,6$	NS
Số noãn MII chọc hút được	$9,2 \pm 3,1$	$10,5 \pm 3,5$	NS
Số noãn thụ tinh	$7,8 \pm 3,4$	$8,5 \pm 3,5$	NS
Số phôi tạo thành	$7,2 \pm 2,3$	$8,5 \pm 3,5$	NS
Số phôi chuyển	$3,6 \pm 0,5$	$3,5 \pm 0,7$	NS
Tỉ lệ thụ tinh (%)	$83,2 \pm 14,3$	$80,0 \pm 7,1$	NS

sau đó đẻ non ở 28 tuần. Trường hợp này bệnh nhân sau đó có nguyện vọng đổi người mang thai hộ và chuẩn bị tiến hành chuyển phôi trở. Cho đến nay có 3 em bé sinh ra đời đủ tháng, khỏe mạnh và 1 trường hợp thai tiến triển tốt hiện 26 tuần.

Bảng 2. Kích thích buồng trứng và kết cục IVF trên hai nhóm A không có tử cung và B tiền sử sẩy thai liên tiếp hoặc thất bại làm tổ nhiều lần

Quá trình kích thích buồng trứng và kết cục của IVF giữa 2 nhóm được thể hiện trong bảng 2. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các thông số này khi so sánh giữa 2 nhóm.

Về biến chứng liên quan đến thai kỳ của người mang thai hộ, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp tiền sản giật nặng trên thai kỳ song thai ở thời điểm 28 tuần, xảy ra ở người mang thai hộ lớn tuổi (40 tuổi).

## 5. Bàn luận

Mặc dù mang thai hộ đã trở thành một phần chính thức của lĩnh vực hỗ trợ sinh sản, tuy nhiên chỉ có rất ít các nghiên cứu liên quan đến TTON-mang thai hộ, kết cục chu sinh và theo dõi trẻ ra đời bằng phương pháp TTON-mang thai hộ được công bố. Phần lớn các nghiên cứu này thảo luận về khía cạnh đạo đức và pháp lý của việc mang thai hộ.

Nghiên cứu lớn nhất về mang thai hộ được thực hiện bởi Goldfarb và cộng sự công bố vào năm 2000. Nghiên cứu này được thực hiện trong một khoảng thời gian 15 năm, từ năm 1984 đến năm 1999, bao gồm 180 chu kỳ trên tổng số 112 cặp vợ chồng nhờ mang thai hộ. Mặc dù con số chu kỳ khá ấn tượng, nhưng trên thực tế tiến trình thụ tinh trong ống nghiệm thay đổi theo thời gian, bao gồm các phác đồ kích thích buồng trứng, chế phẩm thuốc, kỹ thuật ICSI, cách tiếp cận phẫu thuật, gây mê, lab IVF... Theo kinh nghiệm của nhóm nghiên cứu này, trung bình có 11,1 noãn đã được chọc hút, trong đó 7,1 noãn thụ tinh, 3,2 phôi được chuyển<sup>(9)</sup>. Một nghiên cứu có giá trị khác được Raziel và cộng sự báo cáo năm 2005, thực hiện trong vòng 5 năm trên tổng số 60 chu kỳ IVF-mang thai hộ. Nghiên cứu này ghi nhận kết quả có số

trứng trung bình là 10 + 5,2, 5,8 trứng được thụ tinh và số phôi chuyển trung bình là 2,6<sup>(2)</sup>. Cả hai nghiên cứu đều tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi về các thông số kích thích buồng trứng và kết quả nuôi cấy phôi. Tuy nhiên, nhóm nghiên cứu của Goldfarb ghi nhận tỉ lệ thành công của TTON-mang thai hộ cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân không có tử cung bẩm sinh so với nhóm bệnh nhân có tiền sử cắt tử cung. Goldfarb lý giải sự khác biệt này có thể do sự cấp máu buồng trứng bị tổn thương từ các phẫu thuật trước đó. Ngược lại, Corson và cộng sự không nhận thấy sự khác biệt nào giữa hai nhóm không có tử cung bẩm sinh hoặc mắc phải sau cắt tử cung toàn phần về các thông số trên khi thực hiện trên 77 cặp vợ chồng mang thai hộ, trong vòng 9 năm từ 1988-1997. Tuổi trung bình của nhóm phụ nữ không có tử cung bẩm sinh thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm phụ nữ đã phẫu thuật cắt tử cung<sup>(10)</sup>. Điều này cũng tương đồng với kết quả của Raziel<sup>(2)</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi do số liệu còn quá ít nên không đủ số liệu để phân tích có hay không sự khác biệt giữa hai nhóm này. Từ những phân tích trên, một nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn cần được thực hiện để giải đáp câu hỏi liệu những phụ nữ không có tử cung bẩm sinh có đáp ứng tốt hơn với kích thích buồng trứng so với nhóm còn lại.

Kết cục IVF-TTON được so sánh giữa nhóm A gồm các phụ nữ không có tử cung nói chung so với nhóm B là nhóm phụ nữ có tiền sử sảy thai liên tiếp hoặc thất bại làm tổ nhiều lần. Mặc dù do số liệu trong nghiên cứu này còn quá ít, nhưng dường như không có sự khác biệt giữa hai nhóm kể trên. Nghiên cứu của Raziel cũng đưa ra kết luận tương đồng, thể hiện có sự hiện diện của tử cung hay không không liên quan đến kết quả của IVF-TTON<sup>(2)</sup>.

Tỉ lệ có thai của chúng tôi rất cao lên tới 71,4%, so sánh với tỉ lệ thành công của TTON nói chung của trung tâm chúng tôi là 34,5%. Tỉ lệ này cao hơn rất nhiều với các nghiên cứu của các tác giả khác: 17% theo Raziel<sup>(2)</sup>, 19% theo Goldfarb<sup>(10)</sup>. Có hai lý do giải thích sự khác biệt này, thứ nhất cỡ mẫu của chúng tôi quá nhỏ so với các tác giả trên, thứ hai, chúng tôi chọn lựa cặp vợ chồng mang thai hộ rất kỹ lưỡng khi mới

bắt đầu. Trong nghiên cứu chúng tôi, tuổi trung bình của người vợ nhờ mang thai hộ là 33 tuổi, trong số đó có duy nhất một bệnh nhân 41 tuổi. So sánh với các nghiên cứu khác, tỉ lệ phụ nữ trên 40 tuổi chiếm một tỉ lệ không nhỏ trong nhóm đối tượng nghiên cứu, từ đó giảm tỉ lệ có thai trung bình. Corson và cộng sự thực hiện trên 117 chu kỳ chuyển phôi (tươi và trữ) ở đối tượng phụ nữ dưới 40 tuổi, báo cáo tỉ lệ có thai là 30,8% trên một chu kỳ chuyển phôi. Trong khi đó, theo tác giả này, không một trường hợp có thai nào được ghi nhận trong 27 chu kỳ chuyển phôi trên nhóm phụ nữ trên 40 tuổi. Nguyên nhân của tỉ lệ có thai thấp vẫn chưa được biết rõ. Nó có thể liên quan đến các đặc điểm của bệnh nhân, ví dụ như tuổi, và hoặc sự hiện diện của các yếu tố tại buồng trứng<sup>(10)</sup>. Ngược lại, nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện một trường hợp mang thai hộ cho phụ nữ 41 tuổi và kết quả bệnh nhân có thai, sinh ra em bé đủ tháng và khỏe mạnh.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 1 trên 2 trường hợp tiền sử sảy thai liên tiếp, thất bại làm tổ nhiều lần có thai khi thực hiện TTON-mang thai hộ. Nhiều nghiên cứu chứng minh rằng mang thai hộ là phương pháp hữu hiệu cho các bệnh nhân ở nhóm đối tượng nêu trên. Nastaran và cộng sự (2013) báo cáo tỉ lệ có thai lên tới 66,66% khi thực hiện một nghiên cứu loạt cas trên 9 phụ nữ TTON-mang thai hộ vì sảy thai liên tiếp<sup>(11)</sup>.

Một trường hợp hội chứng Rokistanky trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc thể bất sản âm đạo không hoàn toàn nên chúng tôi hoàn toàn có thể tiến hành học hút trứng dưới siêu âm đầu dò âm đạo chứ không cần phẫu thuật tạo hình âm đạo hoặc chọc hút trứng dưới nội soi, dưới siêu âm đường bụng như báo cáo của một vài tác giả khác<sup>(12)</sup>.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp tiền sản giật nặng trên thai kỳ song thai ở thời điểm 28 tuần, xảy ra ở người mang thai hộ lớn tuổi (40 tuổi). Rõ ràng đối tượng bệnh nhân lớn tuổi, đa thai là đối tượng nguy cơ cao của tiền sản giật. Chúng tôi đã tư vấn nguy cơ cao xảy ra các biến chứng trong thai kỳ cho người mang thai hộ, theo dõi kỹ thai kỳ, chú ý

dự phòng tiền sản giật nhưng không dự phòng được hoàn toàn. Có lẽ tuổi người mang thai hộ cũng nên được cân nhắc xem xét khi thực hiện các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm- mang thai hộ để đảm bảo an toàn và sức khỏe cho người mang thai hộ.

Liên quan đến vấn đề pháp lý, các em bé sinh ra nhờ phương pháp TTON- mang thai hộ đều được trao lại cho cặp vợ chồng nhờ mang thai hộ dưới sự bảo hộ của pháp luật Việt Nam.

Không có một tranh chấp nào được ghi nhận.

## 6. Kết luận

TTON- mang thai hộ nếu được làm chặt chẽ và có sự phối hợp đồng bộ giữa các ban ngành thì đó là một giải pháp mang lại cơ hội có con về mặt di truyền với tỉ lệ có thai rất cao cho các phụ nữ vì lý do bệnh lý nặng không thể mang thai, không có tử cung hoặc đã phẫu thuật cắt bỏ tử cung.

## Tài liệu tham khảo

1. Nghị định 10/2015/NĐ-CP quy định về sinh con bằng kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm và điều kiện mang thai hộ vì mục đích nhân đạo.
2. Arieh Raziel, Morey Shachter, Deborah Strassburger et al 2005, Eight years' experience with an IVF surrogate gestational pregnancy programme, Reproductive BioMedicine Online, 11, No2, 2005, 254-258.
3. Ber Rosalie 2000, Ethical issues in gestational surrogacy, Theoretical medicine and bioethics, April 2000, Volume 21, Issue 2, 153-169.
4. Beski S, Gorgy A, Venkat G et al 2000, Gestational surrogacy: a feasible option for patients with Rokitansky syndrome, Human Reproduction 15, 2326-2328.
5. Meniru GI, Craft IL 1997, Experience with gestational surrogacy as a treatment for sterility resulting from hysterectomy, Human Reproduction 12, 51-54.
6. Brindsen PR, Appleton TC, Muray E et al 2000, Treatment by invitro fertilization with surrogacy: experience of one British centre, British Medical Journal 320, 924-928.
7. Stafford Bell MA, Copeland CM 2011, Surrogacy in Australia: implantation rates have implications for embryo quality and uterine receptivity, Reproduction, Fertility and Development, 13, 99-104.
8. Soderstrom-Anttila V, Blomqvist T, Foudila T et al 2002, Experience of in-vitro fertilization surrogacy in Finland, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 81, 747-752.
9. Goldfarb JM, Austin C, Peskin P et al, 2000, Fifteen year experience with an in vitro fertilization surrogate gestational pregnancy programme, Human Reproduction 15, 1075-1078.
10. Corson SL, Kelly M, Braverman AM et al 1998, Gestational carrier surrogacy, Fertility and Sterility 69, 670-674.
11. Nastaran A, Maryam E, Behrooz A et al 2013, Surrogacy as a good option for treatment of repeated implantation failure: a case series, Iran Reproduction Medicine 11, 1, 77-80.
12. Londra L., Chuong FS, Kolp L 2015, Mayer Rokitansky Kuster Hauser syndrome: a review, International Journal of Women's health 2015:7, 865-70.