TỶ LỆ TỪ CHỐI SINH THIẾT GAI NHAU HOẶC CHỌC ỐI Ở CÁC THAI PHỤ CÓ KẾT QUẢ TẦM SOÁT TRƯỚC SANH NGUY CƠ CAO

Nguyễn Vân Yến Nhi, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang**

TÓM TẮT

Hội chứng Down là nguyên nhân thường gặp nhất trong nhóm dị tật bẩm sinh và chậm phát triển trí tuệ ở trẻ, tỷ lệ 1:800 trẻ sinh sống. Việt Nam hàng năm có khoảng gần 1 triệu trường hợp sinh sống mỗi năm, các chương trình tầm soát với siêu âm khoảng sáng sau gáy kết hợp xét nghiệm sinh hóa máu mẹ cho thấy hiệu quả tầm soát hội chứng Down trong cộng đồng. Để chẩn đoán xác định hội chứng Down cần thực hiện chọc ối hay sinh thiết gai nhau trong những trường hợp nguy cơ cao.

Phương pháp: *Nghiên cứu cắt ngang trên 390 thai phụ có kết quả xét nghiệm tiền sản (siêu âm + sinh hóa máu) thuộc nhóm nguy cơ cao tại bệnh viện Hùng Vương từ 10/2013 đến 05/2015. Tất cả các trường hợp được quản lý, tư vấn với cùng một quy trình để thực hiện tiếp việc đánh giá bộ nhiễm sắc thể thai nhi thông qua chọc ối hay sinh thiết gai nhau.*

Kết quả: *Tỉ lệ không đồng ý thực hiện thủ thuật là 13,08%, KTC 95% [9,73 – 16,42]. Các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định ở các thai phụ này: (1) Ý kiến của chồng OR* = 1,89, P= 0,012, (2) Sợ sẩy thai khi chọc ối OR* = 1,57, P = 0,017; (3) Lo ngại nguy cơ khi nhận kết quả của chọc ối OR* = 0,7, P = 0,039; (4) Hiểu khó khăn khi chăm sóc người bị hội chứng Down OR* = 0,69, P = 0,049; (5) Lo ngại khi nhận kết quả của xét nghiệm kết hợp tiền sản OR* = 1,01, P = 0,026.*

Kết luận: *Đánh giá bộ nhiễm sắc thể thai nhi trong những trướng hợp nguy cơ cao cần được quan tâm hơn trong thời gian sắp tới.*

Từ khóa*: Hội chứng Down, chọc ối, sinh thiết gai nhau, nghiên cứu cắt ngang.*

ABSTRACT

PREVALENCE OF REFUSE EITHER AMMIOCENTECIS OR CHORIONIC VILLUS SAMPLING AMONG PREGNANT WOMEN WITH HIGH RISK RESULTS OF PRENATAL DIAGNOSIS

Nguyen Van Yen Nhi, Huynh Nguyen Khanh Trang

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 20 - No 1 - 2016: 298 - 303

Down syndrome is the most common cause of congenital malformations as well as mental retardation in children, the ratio of 1:800 live births. In Vietnam there are nearly 1 million lives births each year, the screening with ultrasound measuring nuchal translucency combined maternal blood biochemical tests showed that effective screening for Down syndrome in the community. In order to identify Down syndrome it is necessary to perform amniocentesis or chorionic villus sampling in high-risk cases.

Methods: *Cross-sectional study on 390 pregnant women with combined test results at high-risk groups at Hung Vuong Hospital from 10/2013 to 05/2015. All cases are managed, consulting with the process to proceed to assess the fetal chromosomes through amniocentesis or CVS.*

Results: *The rate of pregnant women do not agree the procedure is 13.08%, 95% CI [9.73 to 16.42]. Factors affecting decisions in these women: (1) Opinion of the husband OR* = 1.89, P = 0.012, (2) Fear of miscarriage due to the amniocentesis OR* = 1.57, P = 0.017; (3) concern the risk after receiving the results of amniocentesis OR* = 0.7, P = 0.039;*

* Bộ môn Phụ Sản, khoa Y, ĐHYD Tp HCM.

Tác giả liên lạc: PGS.TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang *ĐT*: 0903882015 *Email*: tranghnk08@gmail.com

(4) Understand difficulties when caring for people with Down syndrome OR = 0.69, P = 0.049; (5) Concerned at the results of combined prenatal tests OR* = 1.01, P = 0.026.*

Conclusions: *Assessment of fetal chromosomes in high-risk cases should be more concerned in the near future.*

Keywords: *Down syndrome, amniocentesis, CVS, cross-sectional study.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Down là nguyên nhân thường gặp nhất trong nhóm dị tật bẩm sinh và chậm phát triển trí tuệ ở trẻ, tỷ lệ 1:800 trẻ sinh sống[3]. Trước đây, hội chứng Down chỉ được chẩn đoán sau sanh nhưng hiện nay, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật nói chung cũng như ngành y tế nói riêng, hội chứng Down cùng một số dị tật hoặc bất thường nhiễm sắc thể (NST) khác đã có thể chẩn đoán trước sanh với độ tin cậy khá cao. Việc này càng quan trọng hơn khi tuổi mẹ ngày càng tăng do xu hướng phụ nữ lập gia đình và có con trễ hay các phụ nữ vẫn tiếp tục sanh con khi lớn tuổi. Đối với những sản phụ lựa chọn tiếp tục thai kỳ có nguy cơ hoặc chắc chắn bị hội chứng Down, việc chẩn đoán trước sanh tạo thuận lợi trong việc tư vấn di truyền, thảo luận cách sanh và cách phương cách hỗ trợ ngay sau sanh.

Vào những năm 1970, người ta phát hiện ra mối liên hệ giữa tuổi mẹ và nguy cơ đột biến dị bội của thai nhi. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thai phụ 30-34 tuổi và 35-39 tuổi. Sự khác biệt này dẫn đến chỉ định xét nghiệm chẩn đoán gien của thai nhi cho các thai phụ trên 35 tuổi. AFP huyết thanh mẹ (MSAFP) ban đầu được tìm thấy tăng trên những thai nhi có khuyết tật ống thần kinh, và chỉ số MSAFP thấp có liên quan đến tăng nguy cơ của hội chứng Down. Đo khoảng sáng sau gáy (NT) trong tam cá nguyệt đầu được đưa ra vào đầu những năm 1990.

Ở Mỹ, xét nghiệm chẩn đoán xâm lấn được chỉ định đối với các trường hợp có kết quả tầm soát có nguy cơ ≥ 1/270. Quy trình và điểm cắt này được quyết định cách đây 25 năm và dựa trên nguy cơ của thai phụ 35 tuổi. Các yếu tố được xem xét khi quyết định điểm cắt này bao gồm tần suất của bệnh, nguy cơ tam bội thể 21 tăng lên đáng kể trên những thai phụ > 35 tuổi, nguy cơ của xét nghiệm tiền sản xâm lấn[1].

Với sự ra đời ngày càng nhiều công cụ tầm soát trước sanh, việc chỉ định xét nghiệm chẩn đoán xâm lấn chỉ dựa trên tuổi mẹ đang mất dần tính khả dụng.Tầm soát hội chứng Down trong tam cá nguyệt 1 bằng cách kết hợp dấu ấn siêu âm và dấu ấn sinh hóa, đươc gọi là xét nghiệm kết hợp trong sàng lọc tiền sản (combined test), bao gồm NT, β-hCG, PAPP-A. Nghiên cứu FASTER của Malone và cộng sự năm 2005 nghiên cứu trên 38.033 thai phụ, cho thấy mức độ phát hiện hội chứng Down cao và thay đổi đáng kể theo tuổi thai. Ở độ dương giả 5%, độ phát hiện hội chứng Down lần lượt là 87%, 85%, 82% với tuổi thai lần lượt 11, 12, 13 tuần. Ở độ dương giả 1%, độ phát hiện hội chứng Down là 73%, 72%, 67% lần lượt ứng với tuổi thai 11,12, 13 tuần[4].

Ở Việt Nam, điểm cắt thường được sử dụng là 1/250. Giá trị kết quả có được ≥ 1/250 được xếp vào nhóm nguy cơ cao, giá trị kết quả có được < 1/250 được xếp vào nhóm nguy cơ thấp.

Giá trị của xét nghiệm tầm soát trước sanh phụ thuộc vào độ tuổi của thai phụ (ảnh hưởng đến tần suất của tam bội thể), lựa chọn của thai phụ, và thái độ về chấm dứt thai kỳ. Hiện nay tại Việt Nam các xét nghiệm chẩn đoán tiền sản cho nhóm nguy cơ cao mang tính xâm lấn: sinh thiết gai nhau và chọc ối.

Chọc ối được thực hiện đầu tiên vào những năm đầu thập niên 1880 với mục đích giảm áp lực trong những trường hợp đa ối. Từ đó, ứng dụng của kỹ thuật này càng ngày được mở rộng. Trường hợp chọc ối đầu tiên để chẩn đoán trước sanh bộ NST của thai được thực hiện vào năm 1967 bởi Jacobson và Barter. Năm 1968, trường hợp trisomy 21 đầu tiên được chẩn đoán trước

sanh bởi Valenti và cộng sự. Với mục đích chẩn đoán trước sanh, chọc ối thường được thực hiện vào tam cá nguyệt 2, từ 15-21 tuần, tối ưu vào 16-18 tuần. Việc sử dụng gai nhau để xét nghiệm bộ nhiễm sắc thể của thai nhi được thực hiện đầu tiên bởi Hahnemann và Mohr vào năm 1969[1]. Thủ thuật được thực hiện vào tuần thứ 10 thai kỳ, qua ngả âm đạo. Thời điểm thực hiện lý tưởng là 10-12 tuần.

Tỷ lệ sẩy thai của thủ thuật sinh thiết gai nhau được công bố bởi 3 hiệp hội lớn của Canada, Mỹ và Châu Âu. Hiệp hội thử nghiệm lâm sàng CVS so với chọc ối Canada (1989) đưa ra kết quả tỷ lệ sẩy thai của CVS tăng so với chọc ối là 0,6% (7,6% so với 7,0%), không có ý nghĩa thống kê. Tương tự, kết quả của nghiên cứu ở Mỹ đưa ra tỷ lệ sẩy thai của CVS cao hơn so với chọc ối là 0,8%, không có ý nghĩa thống kê[7]. Trong khi đó, trong báo cáo của hiệp hội Châu Âu MRC (1991), tỷ lệ sẩy thai của CVS cao hơn so với chọc ối là 4,6%, khoảng tin cậy 95% [1,6% - 7,5%][5].

Nghiên cứu của Jean H Priest[6] và cộng sự năm 1998, phỏng vấn 53 phụ nữ ở Montana sau sanh có kết quả bộ ba xét nghiệm tiền sản nguy cơ ≥ 1:300 cho thấy tỷ lệ đồng ý thực hiện chọc ối là 53%. Nghiên cứu của Browner[1] và cộng sự năm 1999 nghiên cứu về đặc điểm về chủng tộc, đạo đức sinh học ảnh hưởng đến quyết định chọc ối của 147 phụ nữ Mỹ gốc Mexico có kết quả AFP dương tính. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đồng ý chọc ối là 60%.

Với mong muốn tầm soát và cung cấp thông tin sớm cho sản phụ về khả năng mắc hội chứng Down của thai nhi, Việt Nam đã đưa chương trình tầm soát và chẩn đoán trước sanh áp dụng rộng rãi trong chương trình khám thai thường quy. Tại bệnh viện Hùng Vương, tất cả sản phụ đến khám thai đều được tư vấn thực hiện xét nghiệm tầm soát trước sanh và chẩn đoán trước sanh nếu thuộc nhóm nguy cơ cao (>1/250). Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu về các thai phụ không đồng ý thực hiện bước chẩn đoán xâm lấn, cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định này khi có kết quả tầm soát nguy cơ cao; đó là lý do chúng tôi thực hiện nghiên cứu *"Tỷ lệ từ chối sinh thiết gai nhau/chọc ối ở các sản phụ có kết quả tầm soát trước sanh nguy cơ cao"*.

Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu

Xác định tỷ lệ từ chối thực hiện thủ thuật chẩn đoán trước sanh ở các thai phụ có kết quả tầm soát nguy cơ ≥1/250.

Khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng đến quyết định sinh thiết gai nhau/chọc ối ở những thai phụ này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

Chọn mẫu

Tất cả các thai phụ có kết quả tầm soát trước sanh nguy cơ cao tại bệnh viện Hùng Vương TP HCM từ tháng 10/2013 đến tháng 05/2015 đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn nhận

Đơn thai. Không kèm bất thường nào khác trên siêu âm. Thực hiện xét nghiệm kết hợp tiền sản tại bệnh viện Hùng Vương. Kết quả xét nghiệm kết hợp tiền sản ≥ 1/250.

Tiêu chuẩn loại trừ

Thai phụ từ chối tham gia nghiên cứu. Thai phụ được chẩn đoán và nghi ngờ rối loạn tâm thần. Thai phụ bỏ ngang cuộc phỏng vấn.

Cỡ mẫu được tính theo công thức

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2} p(1-p)$$

Chọn α = 5%, khoảng tin cậy 95%. $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96: trị số từ phân phối chuẩn. p: theo 2 nghiên cứu của Jean H Priest[6] và C.H.Browner [1] thì tỷ lệ khoảng từ 53%-60% → lấy p = 50%; d = 5%. Tính được: n = 384,16. Vậy cỡ mẫu thực hiện là 385.

Quy trình tư vấn trước sanh trong nghiên cứu

Bước 1: Tại phòng khám thai. Các thai phụ đi

khám thai, tùy vào tuổi thai, nếu chưa làm xét nghiệm tầm soát trước sanh sẽ được tư vấn thực hiện các xét nghiệm tầm soát thích hợp. Thai từ 11 đến 13 tuần 6 ngày: xét nghiệm kết hợp tiền sản. Thai từ 15 đến 21 tuần: bộ ba xét nghiệm tiền sản và siêu âm hình thái tầm soát dấu chỉ điểm trên siêu âm ở tuổi thai từ 18 đến 24 tuần. Giấy xét nghiệm được ghi rõ tên, tuổi, địa chỉ, số điện thoại liên lạc, PARA, cân nặng, tuổi thai tại thời điểm xét nghiệm của thai phụ.

Bước 2: Tại phòng khám thai. Sau 1 tuần, các thai phụ làm xét nghiệm tầm soát trước sanh sẽ được nhận kết quả tầm soát. Nếu kết quả tầm soát thuộc nhóm nguy cơ thấp: thai phụ tiếp tục chương trình khám thai thường quy. Nếu kết quả tầm soát thuộc nhóm nguy cơ cao: các thai phụ sẽ được bác sĩ ở phòng khám hướng dẫn tới phòng Di truyền để được tư vấn và bàn luận hướng xử trí tiếp theo. Các trường hợp siêu âm phát hiện ra các dấu chỉ điểm trên siêu âm cũng được chuyển đến phòng Di truyền tư vấn.

Bước 3: Tại phòng Di truyền. Các thai phụ sẽ được bác sĩ ở phòng Di truyền giải thích kết quả, tư vấn thực hiện thủ thuận chẩn đoán. Mặc dù tại bệnh viện Hùng Vương đã thực hiện cả 2 thủ thuật chẩn đoán trước sanh là chọc ối và sinh thiết gai nhau; tuy nhiên, sinh thiết gai nhau chỉ được thực hiện trên những thai kỳ biểu hiện bệnh lý rõ, khó tiếp tục thai kỳ, cần xác định nguyên nhân như phù thai, trường hợp các thai phụ có tiền căn sẩy thai liên tiếp, các trường hợp nghi ngờ bệnh lý bánh nhau. Chỉ một số ít trường hợp các thai phụ nằm trong tiêu chuẩn chọn mẫu của chúng tôi yêu cầu thực hiện sinh thiết gai nhau. Vì thế, trong nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu chỉ chọn các thai phụ chọn thủ thuật chẩn đoán trước sanh là chọc ối.

Cách thu thập số liệu

Dùng bảng câu hỏi thu thập số liệu kết hợp các dữ kiện trong sổ khám thai định kỳ. Cách thu thập: phỏng vấn (trực tiếp, qua điện thoại), sau đó ghi nhận vào bảng thu thập số liệu, ghi nhận qua sổ khám thai và các phiếu kết quả.

Nhập liệu và phân tích bằng phần mềm Stata.

KẾT QUẢ

***Bảng 1**. Đặc điểm dân số nghiên cứu (n=390)*

Yếu tố	Tần số (%)
Tuổi thai phụ < 35	230 (56,4)
≥ 35	170 (43,6)
Nghề: Nông dân	23 (5,9)
Nội trợ	125 (32,0)
Buôn bán	62 (15,9)
Công nhân-Viên chức	180 (46,1)
Nơi cư ngụ: TP HCM	253 (64,9)
Khác	137 (35,1)
Học vấn <cấp 1	11 (2,8)
Cấp 1	31 (8,0)
Cấp 2	128 (32,8)
Cấp 3	146 (37,4)
>cấp 3	74 (19,0)
Tôn giáo: Phật giáo	173 (44,4)
Công giáo	49 (12,6)
Khác	6 (1,5)
Không	162 (41,5)
Tiền sử sanh: chưa sanh	126 (32,3)
Sanh 1 lần	249 (63,8)
Sanh ≥ 2 lần	15 (3,9)
Tiền căn sảy/hư thai: Có	9 (2,3)
Không	381 (97,7)
Tổng	390 (100)

***Bảng 2.** Tỷ lệ từ chối – đồng ý thực hiện chọc ối khi có kết quả xét nghiệm kết hợp siêu âm và sinh hóa máu thuộc nhóm nguy cơ cao*

Đặc điểm	N	Tỷ lệ %	KTC 95%
Từ chối	51	13,08	9,73 – 16,42
Đồng ý	339	86,92	83,57 – 90,27
Tổng	390	100	

***Bảng 3.** Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng quyết định chọc ối của thai phụ*

Yếu tố	OR * [KTC 95%]	p
(1)	0,4 [0,28 – 0,57]	0,000
(2)	1,57 [1,08 – 2,27]	0,017
(3)	0,7 [0,5 – 0,98]	0,039
(4)	0,69 [0,48 – 0,99]	0,49
(5)	1,01 [1 – 1,01]	0,026

Chú thích : (1)Ý kiến của chồng; (2)Sợ sẩy thai khi chọc ối; (3) Lo ngại nguy cơ khi nhận kết quả của chọc ối; (4) Hiểu khó khăn khi chăm sóc người bị hội chứng Down; (5) Lo ngại khi nhận kết quả của xét nghiệm kết hợp tiền sản.

BÀN LUẬN

Hội chứng Down là nguyên nhân thường

gặp nhất gây dị tật bẩm sinh và chậm phát triển trí tuệ ở trẻ.

Thực tế tuổi kết hôn ngày càng tăng do xu hướng phụ nữ lập gia đình và có con trễ dẫn đến vẫn tiếp tục sanh con khi lớn tuổi, vai trò của chẩn đoán truớc sanh trong Sản khoa ngày càng quan trọng. Chẩn đoán trước sanh là đã có mặt từ lâu đời từ những nằm 1970. Từ khi ra đời, quy trình tầm soát và chẩn đoán trước sanh đã giảm đáng kể số trẻ bị hội chứng Down và các bất thường NST khác sanh sống.

Trong y văn tìm được, chúng tôi ghi nhận được 2 nghiên cứu của 2 tác giả người Mỹ thực hiện cuối những năm 90 nghiên cứu về tỷ lệ đồng ý chọc ối và các yếu tố liên quan. Tỷ lệ trong 2 nghiên cứu là chưa cao, 53-60%[1,6]. Tại Việt Nam, chẩn đoán trước sanh đã được áp dụng rộng rãi trong chương trình khám thai thường quy tại các bệnh viện từ loại II trở lên. Phương tiện tầm soát trước sanh hiện nay phổ biến ở Việt Nam bao gồm đo khoảng sáng sau gáy và bộ đôi xét nghiệm tiền sản trong TCN 1 (kết hợp thành xét nghiệm kết hợp tiền sản), bộ ba xét nghiệm tiền sản trong TCN 2 và siêu âm khảo sát các dấu chỉ điểm nghi ngờ trên siêu âm trong TCN 2. Trong các phương tiện trên thì xét nghiệm kết hợp tiền sản có độ phát hiện cao nhất, phát hiện sớm nhất,với độ dương giả tương đương với cái phương tiện còn lại.

Tại bệnh viện Hùng Vương, tất cả sản phụ đến khám thai đều được tư vấn thực hiện xét nghiệm tầm soát trước sanh và chẩn đoán trước sanh nếu nguy cơ cao (>1/250).

Sau khi tiến hành hồi cứu 390 trường hợp sản phụ có kết quả tầm soát trước sanh nguy cơ cao và được tư vấn làm thủ thuận chẩn đoán, có 51 sản phụ từ chối thực hiện và 339 sản phụ đồng ý. Như vậy, tỷ lệ từ chối chọc ối trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,08%, KTC 95% [9,73 – 16,42]. So với nghiên cứu của tác giả Priest[6] năm 1998 tại Montana (Mỹ) có tỷ lệ từ chối chọc ối là 47%, tỷ lệ từ chối trong nghiên cứu chúng tôi ít hơn nhiều. Sự khác biệt này có thể giải thích do hiệu quả của việc tư vấn ngày càng hiệu quả, sự tiếp xúc với thông tin ngày càng rộng rãi trong dân chúng. Thật vậy, sau nghiên cứu của Priest, vào năm 1999, cũng tại nước Mỹ, nhưng lần này là ở bang California, tác giả Browner[1] cũng làm nghiên cứu tương tự và ghi nhận tỷ lệ từ chối chọc ối đã giảm xuống còn 40%.

Chỉ có 10% số sản phụ tham gia nghiên cứu biết về chương trình tầm soát và chẩn đoán trước sanh. Đây là 1 tỷ lệ thấp, chứng tỏ thông tin về y tế chưa được phổ cập đủ trong cộng đồng. Trong 39 sản phụ đã biết về chương trình này, chỉ có 7 sản phụ, chiếm tỷ lệ thấp nhất 17,95%, được nghe thông tin từ nhân viên y tế. Còn lại là 2 nhóm sản phụ nghe thông tin từ những người xung quanh và qua phương tiện truyền thông. Sự thu thập thông tin từ những nguồn không chính thống có thể dẫn đến sai lạc trong nhận thức và ảnh hưởng đến quyết định của bản thân. Nhóm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp sản phụ con so, có đồng nghiệp và người thân đã đi chọc ối và sẩy thai sau đó. Cả 3 sản phụ này đều từ chối chọc ối trong lần mang thai này.

Kiến thức về hội chứng Down có thể cần phổ biến sớm hơn, trước khi mang thai hoặc khi sắp kết hôn trong các khóa học "tiền hôn nhân". Chúng ta cần tư vấn cho sản phụ trước khi thực hiện chương trình tầm soát. Tầm soát trước sinh không những chỉ tìm ra những thai bệnh để chấm dứt thai kỳ mà còn có vai trò chuẩn bị tinh thần cho sản phụ và gia đình đón 1 đứa trẻ bất thường nhiễm sắc thể nếu sản phụ đó và gia đình không có ý định ngừng thai kỳ. Các sản phụ nên được tư vấn những điều này trước khi tham gia chương trình tầm soát trước sinh.

Trong các yếu tố ảnh hưởng khi phân tích đa biến nổi trội là quyết định của người chồng, kế đó là sự lo sợ ảnh hưởng đến sinh tồn của thai nhi khi thực hiện thủ thuật. Trong thời gian ngắn sắp tới với tiến triển của kỹ thuật "Free cell DNA"[8] có thể giúp khắc phục vấn đề chủ yếu này.

Hạn chế

Tính đại điện chưa cao vì các đối tượng tự nguyện đến cơ sở y tế với sự quan tâm đến vấn đề khảo sát và mức sống gần tương đồng. Do vậy các kết quả có giá trị nhất định. Sai lệch do hồi tưởng trong 283 trường hợp phỏng vấn qua điện thoại.

Trong các câu hỏi yêu cầu sản phụ đánh giá mức độ, ta nhận thấy đa số các câu trả lời tập trung ở đáp án trung tính. Đây là nhược điểm của hệ thống thang đo Likert truyền thống: tạo điều kiện cho đối tượng nghiên cứu trả lời trung tính, thiếu lập trường cá nhân. Như thế làm giảm đi phần nào giá trị của nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Trong thời gian từ tháng 11 năm 2014 đến hết tháng 3 năm 2015, qua nghiên cứu cắt ngang trên 390 thai phụ có kết quả tầm soát trước sinh nguy cơ cao tại bệnh viện Hùng Vương. Chúng tôi rút ra được kết luận và một số nhận xét như sau:

- Tỷ lệ từ chối thực hiện chọc ối ở các thai phụ có kết quả tầm soát trước sinh nguy cơ cao là 13,08%, KTC95% [11,37 - 14,79%].
- Các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định ở các thai phụ này: (1) Ý kiến của chồng OR* = 1,89, P= 0,012, (2) Sợ sẩy thai khi chọc ối OR* = 1,57, P = 0,017; (3) Lo ngại nguy cơ khi nhận kết quả của chọc ối OR* = 0,7, P = 0,039; (4) Hiểu khó khăn khi chăm sóc người bị hội chứng Down OR* = 0,69, P = 0,049; (5) Lo ngại khi nhận kết quả của xét nghiệm kết hợp tiền sản OR* = 1,01, P = 0,026.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Browner CH, Preloran HM, and Cox SJ (1999) "Ethnicity, bioethics, and prenatal diagnosis: the amniocentesis decisions of Mexican-origin women and their partners". *Am J Public Health*, 89(11): p. 1658-66
2. Jenkins TM and Wapner RJ (1999) "First trimester prenatal diagnosis: chorionic villus sampling". *Semin Perinatol*, 23(5): p. 403-13.
3. Lau TK, et al (1998) "Racial variation in incidence of trisomy 21: survey of 57,742 Chinese deliveries". *Am J Med Genet*, 75(4): p. 386-8.
4. Malone FD, et al (2005) "First-trimester or second-trimester screening, or both, for Down's syndrome". *N Engl J Med*, 353(19): p. 2001-11.
5. Medical Research Council European trial of chorion villus sampling (1991) "MRC working party on the evaluation pf chorion villus sampling". *Lancet*, 337(8756): p. 1491-9.
6. Priest JH, et al (1998) "Acceptance of amniocentesis by women in the state of Montana (USA) who are screen positive for Down's syndrome". *J Med Screen*, 5(4): p. 178-82.
7. Rhoads GG, et al (1989) "The safety and efficacy of chorionic villus sampling for early prenatal diagnosis of cytogenetic abnormalities". *N Engl J Med*, 320(10): p. 609-17.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Non-invasive Prenatal Testing for Chromosomal Abnormality using Maternal Plasma DNA. Scientific Impact Paper No. 15 March 2014.

Ngày nhận bài báo: *20/11/2015*

Ngày phản biện nhận xét bài báo: *25/11/2015*

Ngày bài báo được đăng: *20/01/2016*