

**NHẬN XÉT TÌNH HÌNH ĐÌNH CHỈ THAI NGHÉN SAU HỘI CHẨN LIÊN BỆNH VIỆN TẠI TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TỪ THÁNG 01/07/2010 ĐẾN THÁNG 30/06/2012**

**NGUYỄN THỊ MỸ ANH - Bệnh viện Phụ sản Trung Ương  
TRẦN NGỌC BÍCH - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức**

**TÓM TẮT**

Nghiên cứu trên 1817 thai phụ được Hội chẩn liên viện tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh từ 01/07/2010 đến 30/06/2012 có 960 trường hợp có chỉ định đình chỉ thai nghén.

Mục tiêu:

Xác định tỷ lệ đình chỉ thai nghén vì dị tật bẩm sinh sau Hội chẩn liên viện tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh.

Xác định các yếu tố liên quan đến quyết định ngừng thai nghén của Hội đồng Hội chẩn liên viện và bệnh nhân.

Phương pháp nghiên cứu:

Đối tượng: Tất cả những bệnh nhân có Hội chẩn liên viện tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh, được chỉ định đình chỉ thai nghén sau Hội chẩn vì thai nghén

nguy cơ hoặc có bất thường hình thái thai nhi sau hội chẩn siêu âm

Mô tả hồi cứu

Kết quả: 35.3% thai phụ được chỉ định đình chỉ thai nghén sau hội chẩn liên viện, trong đó nguyên nhân chủ yếu là các bất thường nặng của hệ tuần hoàn và hệ thần kinh và các bất thường NST. Có 43.65% bệnh nhân có chỉ định ĐCTN ở tuổi thai 12- 22 tuần, ĐCTN sau HCLV vì đa dị tật chiếm tỷ lệ 60.08%.

Kết luận: 35.3% thai phụ được chỉ định đình chỉ thai nghén sau hội chẩn liên viện tại trung tâm Chẩn đoán trước sinh Bệnh viện Phụ sản trung ương trong 2 năm từ 01/07/2010 đến 31/06/2012, trong đó nguyên nhân chủ yếu là các bất thường nặng của hệ tuần hoàn và hệ thần kinh và các bất thường NST.

**Từ khóa:** đình chỉ thai nghén, chẩn đoán trước sinh

#### RÉSUMÉ:

Étude de 1817 femmes ont été diagnostiqués à l'Association des hôpitaux, Centre de Diagnostic Prénatal du 01/07/2010 au 30/06/2012 ont 960 cas d'interruption médicale de grossesse. Objectifs: Déterminer le taux d'interruption médicale de grossesse en raison des malformations congénitales après le diagnostic, et identifier des facteurs liés à la décision d'interruption médicale de grossesse du Conseil du Centre de Diagnostic Prénatal et le patient. Méthodologie de la recherche: Sujets: Tous les patients diagnostiqués d'interruption médicale de grossesse au Centre de diagnostic Prénatal, Description du rétrospective. Résultats: 35,3% des grossesses ont indiqué d' interruption médicale de grossesse dont des anomalies graves du système circulatoire, et le système nerveux et l'anomalie chromosomique sont principaux. 43,65% des patients ont d'interruption médicale de grossesse à l'âge gestationnel de 12 à 22 semaines, 60,08% des clients d'interruption médicale de grossesse ont multimalformation. Conclusion: 35,3% des grossesses ont indiqué d' interruption médicale de grossesse dont des anomalies graves du système circulatoire, et le système nerveux et le chromosome anormal sont principaux en deux ans du 01/07/2010 au 31/06/2012.

**Mots-clés:** d'interruption médicale de grossesse, le diagnostic prénatal

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chẩn liên Bệnh viện tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh, Bệnh viện Phụ sản Trung ương là buổi hội chẩn về chuyên môn diễn ra vào 11h trưa thứ 4 hàng tuần tại Hội trường tầng 4 nhà E, Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Hội chẩn liên bệnh viện bao gồm Ban giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, các bác sỹ, chuyên gia đầu ngành các chuyên khoa thần kinh, tim mạch, phẫu thuật nhi của Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Nhi Trung Ương, Bộ môn Di truyền Trường Đại học Y Hà Nội. Dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân bao gồm: thủ tục hành chính (thông tin về tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, số điện thoại liên lạc), tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa, tiền sử sản khoa, các thông tin liên quan đến thai nghén lần này (ngày đầu kỳ kinh cuối cùng, kết quả siêu âm trong 3 tháng đầu và các thời điểm siêu âm xác định có bất thường ở tuyến dưới), kết quả siêu âm hội chẩn tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh, xét nghiệm sàng lọc trước sinh nếu có, các xét nghiệm thăm dò liên quan đến bệnh lý mẹ, hoặc bệnh lý con, các giáo sư - bác sỹ, chuyên gia đầu ngành sẽ cùng hội chẩn đưa ra lời tư vấn về hướng xử trí hoặc tiếp tục theo dõi thai, hay cần làm thêm các thủ thuật can thiệp để xác định chẩn đoán. Trong các lời tư vấn được đưa ra, tư vấn đình chỉ thai nghén là lời tư vấn được quyết định khó khăn nhất của cả Hội đồng Chẩn đoán trước sinh và vợ chồng bệnh nhân. Đình chỉ thai nghén là việc chấm dứt thai kỳ của người mẹ trước ngày dự kiến sinh. Có rất nhiều lý do để quyết định đình chỉ thai nghén của Hội đồng hội chẩn

liên viện (HCLV): bệnh lý mẹ hay các dị tật hoặc bất thường của thai mà không hoặc ít có khả năng sửa chữa hoặc can thiệp sau sinh. Siêu âm hội chẩn tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh là Trung tâm đầu ngành về lĩnh vực Chẩn đoán trước sinh, nên tỷ lệ phát hiện thai nghén có nguy cơ và thai bất thường rất lớn, do đó chỉ định đình chỉ thai nghén tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh rất hay gặp. Tùy theo thời điểm xác định thai nghén nguy cơ hay có bất thường hình thái thai nhi mà hội đồng Chẩn đoán trước sinh sẽ đưa ra lời tư vấn đình chỉ thai nghén thích hợp. Còn rất nhiều bệnh nhân không khám thai và siêu âm định kỳ theo khuyến cáo nên có nhiều trường hợp đã phải chỉ định đình chỉ thai nghén ở những tuổi thai lớn.

Thông kê các chỉ định đình chỉ thai nghén sau hội chẩn liên bệnh viện tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh, Bệnh viện Phụ sản Trung ương với mục tiêu:

Xác định tỷ lệ đình chỉ thai nghén vì dị tật bẩm sinh sau Hội chẩn liên viện tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh.

Xác định các yếu tố liên quan đến quyết định ngừng thai nghén của hội đồng Hội chẩn liên viện và bệnh nhân.

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### Địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh, Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/07/2010 đến 30/06/2012.

##### Đối tượng:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Tất cả những bệnh nhân có Hội chẩn liên viện tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh, được chỉ định đình chỉ thai nghén sau Hội chẩn vì thai nghén nguy cơ hoặc có bất thường hình thái thai nhi sau hội chẩn siêu âm.

Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

##### Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả hồi cứu.

Phương pháp lấy mẫu không xác suất: Tất cả các bệnh nhân đã Hội chẩn liên viện tại TT CĐTTS có chỉ định đình chỉ thai nghén từ 01/07/2010 đến 30/06/2012 đã có hồ sơ lưu tại TT CĐTTS, được gọi điện hỏi các thông tin liên quan đến chỉ định đình chỉ thai nghén.

Phân loại các dị tật bẩm sinh theo bảng phân loại quốc tế bệnh tật ICD-10

Xử lý số liệu trên SPSS 16.0 - Test  $\chi^2$ : so sánh sự khác nhau giữa các tỷ lệ %

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

##### Xác định tỷ lệ thai phụ có chỉ định đình chỉ thai nghén và phân loại dị tật hình thái

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định đình chỉ thai nghén sau HCLV:

Thời gian	07/2010 – 06/2011		07/2011 – 06/2012		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Chỉ định ĐCTN	447	34.4	513	36.2	960	35.3
Không ĐCTN	854	65.6	904	63.8	1758	64.7
Tổng	1301	100	1417	100	2718	100

Nhận xét: Trong 2 năm, tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định ĐCTN sau HCLV vì dị tật bẩm sinh là 35.3%.

Bảng 2. Phân loại bệnh nhân theo sự biểu hiện bất thường các cơ quan

Phân loại dị tật	n	%
ĐCTN do đơn dị tật	376	39.92
ĐCTN do đa dị tật	566	60.08
Tổng	942	100

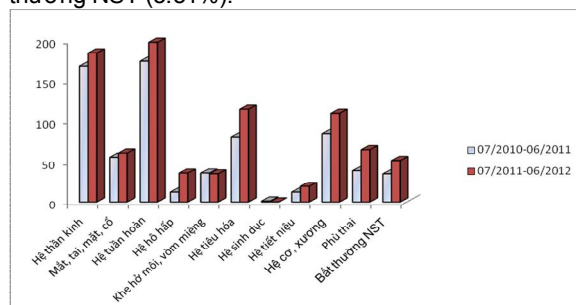
Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định ĐCTN sau HCLV vì đa dị tật chiếm tỷ lệ 60.08%.

Số BN	n	%
-------	---	---

Bảng 3. Phân loại bệnh nhân theo bất thường hệ cơ quan (theo ICD - 10)

Hệ cơ quan	Thời gian		07/2011 - 06/2012		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Hệ thần kinh (Q00 - Q07)	169	24.11	185	24.11	354	22.43
Mắt, tai, mặt, cổ (Q10 - Q18)	56	7.99	61	6.96	117	7.41
Hệ tuần hoàn (Q20 - Q28)	175	24.96	198	22.6	373	23.64
Hệ hô hấp (Q30 - Q34)	12	1.71	36	4.11	48	3.04
Khe hở môi, hở vòm miệng (Q35 - Q37)	36	5.14	35	4.00	71	4.5
Hệ tiêu hóa (Q38 - Q45)	81	11.55	115	13.13	197	12.48
Hệ sinh dục (Q50 - Q56)	1	0.14	0	0.00	1	0.06
Hệ tiết niệu (Q60 - Q64)	12	1.71	19	2.17	31	1.96
Hệ cơ, xương (Q65 - Q79)	85	12.13	110	12.56	195	12.36
Phù thai ( )	39	5.56	65	7.42	104	6.59
Bất thường NST (Q90 - Q99)	35	4.99	52	5.94	87	5.51
Tổng	701	100	876	100	1578	100

Nhận xét: Theo phân loại ICD-10, trong các trường hợp có chỉ định ĐCTN thì các bất thường về hệ tuần hoàn (tim mạch) và bất thường về hệ thần kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (khoảng 23%). Tiếp sau đó là các bất thường hệ tiêu hóa (12.48%), dị tật hệ cơ, xương (12.36%), bất thường mắt, tai, mặt, cổ (7.41%), phù thai (6.59%), bất thường NST (5.51%).



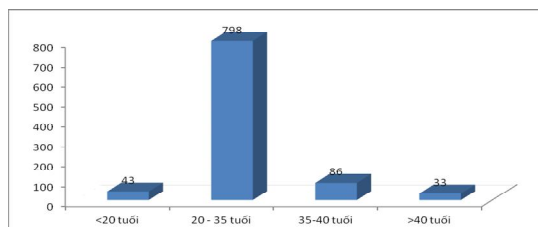
Biểu đồ 1. Phân loại bệnh nhân theo bất thường hệ cơ quan (theo ICD - 10)

Bảng 4. Tỷ lệ và phân loại bất thường nhiễm sắc thể ở các thai phụ có chỉ định ĐCTN

	Số BN	Bất thường NST				Không bất thường
		Dị bội	Đa bội	Thể khảm	Cấu trúc	
07/2010-06/2011	n	32	0	0	3	15
	%	64.00	0.00	0.00	6.00	30.00
07/2011-06/2012	n	48	0	2	3	13
	%	72.73	0.00	3.03	4.55	19.7
Tổng	n	80	0	2	6	28
%		68.97	0.00	1.72	5.17	24.14

Nhận xét: Trong các trường hợp được chỉ định ĐCTN vì bất thường NST sau HCLV, bất thường về dị bội vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất (68.97%), sau đó là bất thường cấu trúc NST (5.17%), thể khảm (1.72%).

Những yếu tố liên quan với thai phụ có chỉ định đình chỉ thai nghén



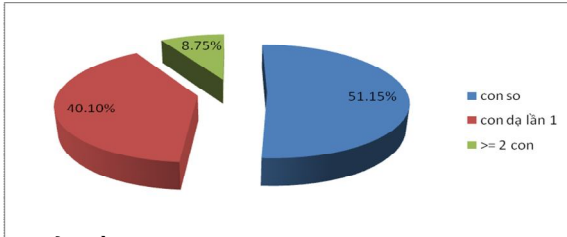
Biểu đồ 2. Tuổi thai phụ được chỉ định đình chỉ thai nghén

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của thai phụ khi ĐCTN là 27.73 tuổi. Trong các trường hợp được chỉ định ĐCTN, tuổi của thai phụ tập trung chủ yếu vẫn là độ tuổi 20 - 35, thấp nhất là các thai phụ có độ tuổi > 40 tuổi. Tuy nhiên trong nghiên cứu, có tới 4 trường hợp thai phụ đình chỉ thai nghén vì dị tật thai nhi khi mới 17 tuổi.

Bảng 5. Địa điểm bệnh nhân quyết định ngừng thai nghén

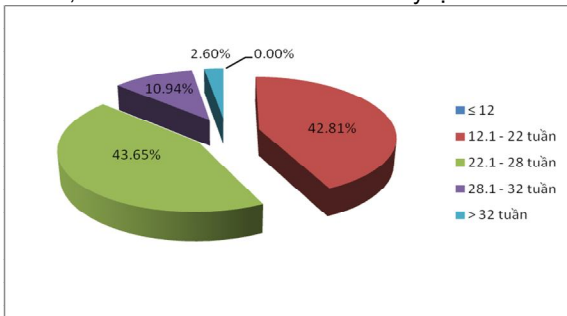
Số BN	n	%
Địa điểm		
BV PSTW	502	56.98
BV tuyến tỉnh	270	30.65
BV tuyến huyện	96	10.9
PK tư	13	1.48
Tổng	881	100

Nhận xét: Trong các trường hợp được chỉ định ĐCTN, bệnh nhân quyết định ngừng thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương chiếm tỷ lệ cao nhất (56.98%), sau đó đến: Bệnh viện tuyến tỉnh (30.65%), BV tuyến huyện (10.9%), PK tư (1.48%).



**Biểu đồ 3. Liên quan giữa thai phụ có chỉ định đình chỉ thai nghén với số lần mang thai**

Nhận xét: Trong các trường hợp được chỉ định ĐCTN, các trường hợp mang thai lần đầu chiếm tỷ lệ cao nhất (51.15%), các thai phụ sinh con thứ 2 chiếm 40.1%, sinh từ con thứ 3 trở lên chiếm tỷ lệ 8.75%.



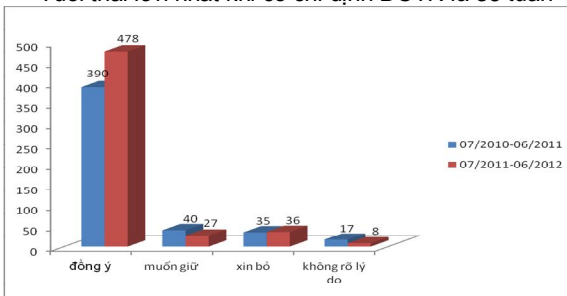
**Biểu đồ 4. Phân bố tỷ lệ thai phụ có chỉ định đình chỉ thai nghén theo tuổi thai**

Nhận xét: Trong các trường hợp được chỉ định ĐCTN, bệnh nhân có chỉ định ĐCTN ở tuổi thai 12.1 đến 22 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (43.65%), tiếp đến tuổi thai 22.1 – 28 tuần (42.81%), tuổi thai 28.1 – 32 tuần (10.94%), tuổi thai > 32 tuần (2.6%). Trong đó:

Tuổi thai trung bình khi ĐCTN: 23.49 tuần

Tuổi thai nhỏ nhất khi có chỉ định ĐCTN sau HCLBV là 14 tuần

Tuổi thai lớn nhất khi có chỉ định ĐCTN là 36 tuần



**Biểu đồ 5. Hướng xử trí của bệnh nhân sau hội chẩn liên viện có chỉ định đình chỉ thai nghén**

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân đồng ý theo lời tư vấn của hội đồng HCLV cao nhất (đạt 868 trường hợp), chứng tỏ sự tin cậy của bệnh nhân vào chuyên môn của Hội đồng rất cao. Có 67 trường hợp muốn được tiếp tục theo dõi thai mặc dù đã được tư vấn các nguy cơ của thai nghén có dị tật.

**Bảng 6. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định đình chỉ thai nghén nhưng quyết định tiếp tục theo dõi thai.**

Hướng xử trí	Số BN		
	n	%	
Không đồng ý ĐCTN với lý do	Giới tính (con trai)	11	1.15
	Tiền sử SKNN	5	0.52
	Tôn giáo	6	0.63
	Không có lý do	45	4.69
Không rõ hướng xử trí	25	2.6	
Đồng ý ĐCTN theo chỉ định	868	90.41	
Tổng	960	100	

Nhận xét: trong nghiên cứu, có 67 trường hợp bệnh nhân tiếp tục giữ thai mặc dù có chỉ định ĐCTN sau HCLV (chiếm 6.98%). Trong đó, có 4.69% trường hợp không nêu lý do giữ thai, 1.15% quyết định giữ thai vì mang thai giới tính nam, 0.63% trường hợp giữ thai vì không được Đạo cho phép.

### BÀN LUẬN

Trong 2 năm, tỷ lệ bệnh nhân sau Hội chẩn liên viện tại TT ĐCTS có chỉ định đình chỉ thai nghén là 35.3%, tỷ lệ này tương đương với thống kê của Lê Thị Thu Hà và cộng sự tại Bệnh viện Từ Dũ [2].

Trong các bất thường hệ cơ quan (phân loại theo ICD-10) thì các bất thường hệ tuần hoàn có chỉ định đình chỉ thai nghén cao nhất chiếm 23.64%, tiếp theo là bất thường hệ thần kinh (22.43%), bất thường hệ tiêu hóa (12.48%), dị tật hệ cơ, xương (12.36%), bất thường mắt, tai, mặt, cổ (7.41%), phù thai (6.59%), bất thường NST (5.51%). Các bất thường về hệ sinh dục hiếm có chỉ định đình chỉ thai nghén (chỉ gặp 1 trường hợp trong 2 năm nghiên cứu). Theo nghiên cứu của C. ASSOULINE [4],[5], bất thường về NST có chỉ định đình chỉ thai nghén cao nhất (26%), tiếp đến là bất thường hệ thần kinh (25%), bệnh lý về thận, tiết niệu (11%), dị tật hệ cơ, xương (8%). Trong nghiên cứu của Fernand DAFFOS và François JACQUEMARD [6], đình chỉ thai nghén do bất thường về hệ thần kinh gặp nhiều nhất (29.8%), sau đó là bất thường về tim và các mạch máu lớn (18.7%), hệ thống tiết niệu (10,1%), hệ cơ, xương, chi (10%), phù thai và các khối u (9.1%), bất thường bụng và thành bụng 7.6%, bất thường mắt (5.1%)...

Chỉ định đình chỉ thai nghén do bất thường NST sau khi chọc hút dịch ối gặp nhiều nhất vẫn là các dị bội thể chiếm 68.97% (hay gặp Hội chứng Down: Trisomie 21, Hội chứng Edward: Trisomie 18), sau đó là bất thường về cấu trúc NST. Trong 2 năm nghiên cứu, không gặp trường hợp đa bội nào sau chọc ối. Kết quả trong nghiên cứu này cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoàng Trang [1]: bất thường NST dị bội chiếm 8%, bất thường cấu trúc NST chiếm 1%, tam bội chiếm 0.7%.

Tuổi thai phụ chỉ định đình chỉ thai nghén tập trung vào nhóm tuổi 20-35 tuổi, đây là nhóm các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

Chỉ định đình chỉ thai nghén gặp nhiều nhất trong các tuần thai từ 12.1-28 tuần (chiếm 86.46%). Khoảng 2.6% các trường hợp đình chỉ thai nghén có tuổi thai > 32 tuần, gặp trong các trường hợp bất thường hệ thần kinh, hệ tuần hoàn và phù thai rau. Không có trường hợp nào có chỉ định ĐCTN trước 12 tuần bởi tất cả các

trường hợp đó đã bỏ thai sau siêu âm hội chẩn. Trước năm 1979, luật pháp của nước Cộng hòa Pháp không cho phép phá thai, phá thai trái nghĩa với niềm tin của Chúa, đồng nghĩa với việc là tội phạm hình sự. Tuy nhiên nhận thấy các ích lợi của công tác chẩn đoán trước sinh và nâng cao chất lượng cuộc sống, nhà nước đã thông qua các bộ luật (Bộ luật Y tế công cộng) cho phép phá thai có nguyên do từ các vấn đề về y tế. Điều L. 162-12 (Bộ luật Y tế công cộng) quy định: Tự nguyện chấm dứt thai kỳ được thực hiện nếu có hai bác sĩ xác nhận, sau khi xem xét và thảo luận rằng việc tiếp tục mang thai gây nguy hiểm cho sức khỏe thai phụ nghiêm trọng hoặc trẻ đẻ ra có bất thường nặng mà không thể chữa khỏi tại thời điểm chẩn đoán [3]. Gần đây, trong thông cáo luật y tế của Cộng hòa Pháp vào ngày 31/05/1997 (Nghị định n° 97-578 ngày 28/05/1997), luật pháp đã đưa ra các tiêu chuẩn để xác định vai trò và nhiệm vụ của các trung tâm chẩn đoán trước sinh, cũng như tiêu chuẩn của các chỉ định ĐCTN. Ngoài ra, họ cũng đưa ra quyết định: không thể có quyết định chấm dứt thai kỳ mà không được tư vấn trước cho bệnh nhân và gia đình tại các Trung tâm Chẩn đoán trước sinh đồng thời có thể chấm dứt thai kỳ tại bất cứ thời điểm nào khi phát hiện các bất thường nặng của thai có nguy cơ làm thai tử vong sau sinh hoặc không có khả năng can thiệp phẫu thuật, để lại di chứng nặng nề [4].

Đa số các bệnh nhân có chỉ định đình chỉ thai nghén quyết định ngừng thai nghén tại bệnh viện phụ sản Trung ương (chiếm 56.98%). Bệnh nhân quyết định ngừng thai nghén tại tuyến tỉnh chiếm tỷ lệ 30.65%, tuyến huyện chiếm 10.9%. Trên thực tế, khi quyết định đình chỉ thai nghén vì thai bất thường, thai phụ thường có tinh thần mệt mỏi, lo lắng, bất an cho quá trình làm thủ thuật tiếp theo, vì vậy họ thường chọn các bệnh viện lớn để tiến hành thủ thuật để có thể bảo đảm an toàn trong và sau khi làm thủ thuật.

Sau khi được hội chẩn siêu âm tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh xác định các dị tật của thai, nhiều bệnh nhân và chồng yêu cầu được bỏ thai bởi những bất thường của thai, mặc dù hội đồng HCLV tư vấn có khả năng can thiệp thủ thuật sau sinh. Tuy nhiên cũng có nhiều trường hợp với các bất thường nặng, khó có khả năng can thiệp sau sinh như: Spina-Bifida, não úng thủy, thiếu sản thất trái, NSĐ thai nhi hội chứng Down..., sau khi được Hội đồng trước sinh tư vấn ĐCTN nhưng bệnh nhân và gia đình kiên quyết tiếp tục theo dõi thai. Trong đó có 4.69% bệnh nhân xin giữ thai không rõ lý do (bệnh nhân không nói ra lý do thực tế). Khoảng 1.15% bệnh nhân giữ thai vì giới tính thai nhi, gặp trong những trường hợp sinh từ con thứ 3 trở lên, những lần sinh trước đều là gái. Đáng chú ý là có 6 trường hợp (chiếm 0.63%) rất muốn ngừng thai nghén theo tư vấn của Hội đồng HCLV, tuy nhiên do theo Đạo nên không được phép bỏ thai. Đây là một sự thật đau lòng, làm giảm vai trò của công tác Chẩn đoán trước sinh cho những thai nghén có nguy cơ cao. Theo nghiên cứu của Fernand DAFFOS và

François JACQUEMARD [5], 9.1% thai phụ có chỉ định ĐCTN của Hội đồng HCLV nhưng muốn tiếp tục theo dõi thai.

## KẾT LUẬN

Chỉ định đình chỉ thai nghén được đưa ra sau Hội chẩn liên viện tại trung tâm Chẩn đoán trước sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm từ 01/07/2010 đến 31/06/2012 chiếm tỷ lệ 35.3%, trong đó nguyên nhân chủ yếu là các bất thường nặng của hệ tuần hoàn và hệ thần kinh. Có 43.65% bệnh nhân có chỉ định ĐCTN ở tuổi thai 12.1 đến 22 tuần, tiếp đến tuổi thai 22.1- 28 tuần (42.81%), tuổi thai 28.1- 32 tuần (10.94%), tuổi thai > 32 tuần (2.6%).

## KHUYẾN NGHỊ

Những dị tật bẩm sinh, rối loạn nhiễm sắc thể, hay đột biến gen có thể gây tử vong thai nhi. Nếu trẻ sống sót được thì cần những can thiệp phẫu thuật triệt để giúp hòa nhập cộng đồng và nâng cao chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên đó chỉ là các dị tật về hình thái, những bất thường về tâm thần và chức năng sẽ là những di chứng nặng nề, là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Ở Việt Nam, chấm dứt thai kỳ được chỉ định khi có bất thường về hình thái học nặng, không có khả năng sống hoặc không có khả năng điều trị triệt để sau sinh. Hiện tại, hành lang pháp lý cho việc đình chỉ thai nghén chỉ giới hạn ở tuần thai 28, gây khó khăn cho các nhà Chẩn đoán trước sinh cũng như làm giảm cơ hội ngừng thai nghén của thai phụ với những dị tật bẩm sinh nặng phát hiện ở giai đoạn muộn, tâm lý bệnh nhân càng thêm nặng nề trong quá trình mang thai tiếp sau đó. Thiết nghĩ, cần xây dựng tiêu chuẩn về pháp lý để nâng cao hiệu quả của công tác chẩn đoán trước sinh cũng như các chỉ định đình chỉ thai nghén đối với thai nghén mang dị tật nặng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hoàng Trang (2011). "Tìm hiểu mối liên quan giữa các chỉ định chọn lọc với các loại bất thường nhiễm sắc thể thai nhi". *Luận văn thạc sĩ chuyên ngành sản - phụ khoa*, Thư viện trường Đại học Y Hà Nội, tr. 18-45.
2. Lê Thị Thu Hà, Hà Tố Nguyên, Phùng Như Toàn (2009). "Tần suất dị tật bẩm sinh tại Bệnh viện Từ Dũ và vai trò chẩn đoán trước sinh". *Hội thảo "Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh - sơ sinh" tại TP Hồ Chí Minh, 22/12/2010*.
3. BARJOT P. (1994). "Interruptions médicales de grossesse: bases et fondements éthiques". *DEA d'éthique médicale et biologique, Université Paris V, 1994*.
4. Corinne ASSOULINE (1997). "La décision d'interruption médicale de grossesse aspects éthiques". *DEA d'éthique médicale et biologique, Université Paris V, 1997*.
5. Fernand DAFFOS và François JACQUEMARD. "Les indications des Interruptions médicales de grossesse". *Les bilans d'activité des centre multidisciplinaire de diagnostic prénatal agréés en France, 2011*.