

trùng và tối ưu hóa dẫn lưu xoang là các yếu tố quan trọng trong điều trị và phòng ngừa tái phát u nhầy các xoang cạnh mũi. Nghiên cứu này đóng góp thêm dữ liệu về các yếu tố nguy cơ và đặc điểm vi khuẩn học của u nhầy các xoang cạnh mũi, từ đó giúp định hướng chiến lược điều trị và dự phòng hiệu quả hơn trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Y. S. Kim, K. Kim, J. G. Lee, et al.** Paranasal sinus mucocoeles with ophthalmologic manifestations: a 17-year review of 96 cases. *Am J Rhinol Allergy*. Jul-Aug 2011;25(4):272-5. Doi:10.2500/ajra.2011.25.3624
2. **I. Brook, E. H. Frazier.** The microbiology of mucopyocoele. *Laryngoscope*. Oct 2001;111(10):1771-3. Doi:10.1097/00005537-200110000-00020
3. **G. A. Scangas, D. A. Gudis, D. W. Kennedy.** The natural history and clinical characteristics of paranasal sinus mucocoeles: a clinical review. *Int Forum Allergy Rhinol*. Sep 2013;3(9):712-7. Doi:10.1002/alr.21178
4. **S. Obeso, J. L. Llorente, J. Pablo Rodrigo, et al.** [Paranasal sinuses mucocoeles. Our experience in 72 patients]. *Acta Otorrinolaringol Esp*. Sep-Oct 2009;60(5):332-9. Mucocoeles de senos paranasales. Nuestra experiencia en 72 pacientes. Doi:10.1016/j.otorri.2009.05.006
5. **M. Devars du Mayne, A. Moya-Plana, D. Malinvaud, et al.** Sinus mucocoele: natural history and long-term recurrence rate. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. Jun 2012;129(3):125-30. Doi:10.1016/j.anorl.2011.10.002
6. **K. C. Lee, N. H. Lee.** Comparison of clinical characteristics between primary and secondary paranasal mucocoeles. *Yonsei Med J*. Sep 2010; 51(5):735-9. Doi:10.3349/ymj.2010.51.5.735
7. **Nguyễn Thị Thu Đức.** Nghiên cứu đặt điểm lâm sàng, cắt lớp vị tính và đối chiếu với phẫu thuật của u nhầy xoang trán sàng. Đại học Y Hà Nội; 2011.
8. **Lê Trần Quang Minh, Chu Lan Anh, Phan Ngọc Hưng.** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học u nhầy xoang trán tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TPHCM từ 2022 đến 2023. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*. 05/22 2024;69(64):59-70. Doi:10.60137/tmhvn.v69i64.118

TỶ LỆ SÀNG LỌC LỆCH BỘI TRƯỚC SINH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA THAI PHỤ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN AN BÌNH

Nguyễn Hữu Trung¹, Nguyễn Thị Phụng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thai phụ thực hiện xét nghiệm sàng lọc lệch bội (SLLB) tại bệnh viện An Bình và các yếu tố liên quan đến việc chọn lựa xét nghiệm sàng lọc lệch bội của những thai phụ này. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang trên 198 thai phụ khám thai tại bệnh viện An Bình, có tuổi thai ≥ 22 tuần từ tháng 01/2022-05/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ đã làm SLLB là 86,4%. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tỷ lệ thực hiện xét nghiệm SLLB của thai phụ: Thai phụ có kinh tế khó khăn tăng khả năng không làm xét nghiệm gấp 12,9 lần (KTC 95%: 3,2 – 52,5); thai phụ chưa từng làm xét nghiệm SLLB trước đây tăng khả năng không làm SLLB gấp 13,9 lần (KTC 95%: 2,8 – 69,2); thai phụ chưa từng biết về SLLB tăng tỷ lệ không thực hiện SLLB gấp 7,8 lần (KTC 95%: 1,5 – 41,6). **Kết luận:** Nhóm thai phụ có tình trạng kinh tế khó khăn, chưa từng làm xét nghiệm SLLB và thiếu thông tin về SLLB làm tăng nguy cơ không thực hiện SLLB khi mang thai

Từ khóa: sàng lọc lệch bội, dị tật bẩm sinh, double test, triple test, NIPT

SUMMARY

PREVALENCE OF ANEUPLOIDY SCREENING IN PREGNANT WOMEN WHO EXAMINE AT AN BÌNH HOSPITAL AND RELATED FACTORS

Objective: To determine the prevalence of aneuploidy screening of pregnant women who examine at An Binh hospital and factors related to the choice of aneuploidy screening test for these pregnant women. **Research method:** across – sectional study of 198 pregnant women at An Binh hospital with gestational age ≥ 22 weeks from 01/2022 to 05/2022. **Results:** the prevalence of aneuploidy screening was 86,4%. Multivariate analysis of related factors: Pregnant women with economic difficulties are more likely to not get tested (PR =12,9; 95% CI: 3.2 - 52.5); Pregnant women who have never had a test before are more likely to not have a test (PR =13,9; 95% CI: 2.8 - 69.2); Pregnant women who never knew about aneuploidy screening tests had higher rate of not performing aneuploidy screening tests (PR=7,8; 95% CI: 1.5 - 41.6) **Conclusion:** Groups of pregnant women with difficult economic status, never having tested for aneuploidy screening tests and lacking information about aneuploidy screening tests increase the risk of not performing aneuploidy screening tests during pregnancy.

Keywords: aneuploidy screening, birth defect, double test, triple test, NIPT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật bẩm sinh (DTBS) chiếm 3 -6% trẻ sinh

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện An Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trung

Email: drtrung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

ra dù đã có nhiều phương tiện sàng lọc trước sinh (SLTS). DTBS là hậu quả của nhiều nguyên nhân như nhiễm trùng, yếu tố dinh dưỡng và môi trường độc hại, đặc biệt là các rối loạn di truyền: hội chứng Down, hội chứng Edward, hội chứng Patau,... [1, 2]. Trẻ sinh ra mắc hội chứng Down, cũng như hội chứng Edward, Patau thường kèm theo chậm phát triển trí tuệ, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, DTBS ở tim, hẹp tá tràng, Hirschsprung, nghe kém, đục thủy tinh thể, suy giáp, béo phì, Alzheimer, tuổi thọ thấp,... Một nghiên cứu được thực hiện ở Châu Âu từ năm 2000 – 2006 đã thống kê bất thường nhiễm sắc thể (NST) chiếm 15% trong số các DTBS ở trẻ dưới 1 tuổi, tỷ lệ các bất thường NST hay gặp nhất gồm: T21 chiếm 53%, T18 chiếm 13%, T13 chiếm 5%, bất thường NST giới tính chiếm 12%, còn lại là các rối loạn NST khác [1]. Điều này cho thấy dù xã hội ngày càng phát triển nhưng DTBS gây ra bởi bất thường NST vẫn còn là một gánh nặng.

Một trong những nguyên nhân chủ yếu gây DTBS là bất thường về nhiễm sắc thể (NST) mà ngày nay nhờ vào tiến bộ khoa học kỹ thuật đã có nhiều phương pháp xét nghiệm để sàng lọc lệch bội. Hiện nay, SLLB đã rất phát triển với nhiều loại phương pháp và độ chính xác khác nhau như dựa vào đặc điểm của mẹ: tuổi, chủng tộc, tiền sử,... hay xét nghiệm sinh hóa miễn dịch, siêu âm, và xét nghiệm DNA của thai nhi lưu hành trong máu mẹ. Trong đó xét nghiệm huyết thanh SLLB tại một thời điểm theo quy định của Bộ Y tế được ứng dụng rộng rãi tại Việt Nam gồm: Double test, triple test, NIPT (non – invasive prenatal testing). Thông thường Double test được thực hiện cùng với siêu âm từ tuần thai 11 – 13 tuần 6 ngày, gồm: siêu âm đo khoảng sáng sau gáy NT; định lượng PAPP – A, free β hCG trong máu mẹ. Nguy cơ tính toán trong Double test thường được chọn ngưỡng cut off > 1/250 là nguy cơ cao cần làm thêm xét nghiệm chẩn đoán xác định. Ngưỡng cắt này có thể thay đổi tùy vào tiềm lực và điều kiện thực hành của mỗi quốc gia, dựa trên cân nhắc nguy cơ và lợi ích của chỉ định thực hiện test chẩn đoán xâm lấn, ví dụ như cut off 1/50, 1/270, 1/1000, 1/2000,... Triple test được thực hiện khi thai từ 15 tuần đến 21 tuần 6 ngày gồm: định lượng nồng độ hCG, AFP, uE3 trong máu mẹ. Khi kết quả nằm trong ngưỡng nguy cơ cao đòi hỏi có những phân tích kỹ càng, tư vấn nguy cơ cho thai phụ chọn lựa làm thêm NIPT, test xâm lấn (chọc ối, sinh thiết gai nhau) hoặc theo dõi tiếp đến tam cá nguyệt II để khảo sát các soft marker trên siêu âm. Xét nghiệm NIPT dựa vào sự xuất

hiện các mảnh vỡ tế bào có nguồn gốc từ bánh nhau, chết theo chương trình, được giải phóng trong máu mẹ, từ đó khảo sát di truyền các tế bào này tìm những đột biến gen hay gặp trên các cặp nhiễm sắc thể 21, 18, 13, NST giới tính,... Tỷ lệ DNA có nguồn gốc thai nhi trong máu mẹ gọi là tỷ số DNA thai (fetal fraction – FF). Thông thường, khi thai 10 – 20 tuần giá trị FF dao động từ 10 – 15 %.

Hiện nay, mỗi tháng tại phòng khám của Bệnh viện An Bình tiếp nhận khoảng 1300 - 1500 lượt khám thai và các vấn đề về phụ khoa. Trong đó, trung bình mỗi tháng có 50 – 60 lượt khám thai mới. Tùy vào tuổi thai, thai phụ sẽ được chỉ định siêu âm và tư vấn làm các xét nghiệm, trong đó có xét nghiệm huyết thanh sàng lọc lệch bội (thai dưới 22 tuần) theo đúng quy trình khám bệnh tại bệnh viện. Tuy nhiên hiện nay SLLB vẫn còn nhiều hạn chế do thiếu các nguồn lực và nhân lực cũng như các yếu tố dân số xã hội, kiến thức từ bản thân thai phụ. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành để khảo sát tỷ lệ thực hiện SLLB (double test, triple test, NIPT) và các yếu tố liên quan của thai phụ hiện nay tại Bệnh viện An Bình.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ thai phụ thực hiện xét nghiệm sàng lọc lệch bội (SLLB) tại bệnh viện An Bình và các yếu tố liên quan đến việc chọn lựa xét nghiệm sàng lọc lệch bội của những thai phụ này

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang

Đối tượng: thai phụ khám thai tại bệnh viện An Bình

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Mang thai ≥ 22 tuần

Tiêu chuẩn loại trừ: Mang thai < 22 tuần

Tâm thần, khó tiếp xúc

Cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu; $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95%, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. α : xác suất sai lầm loại I, $\alpha = 0,05$; P là ước lượng tỷ lệ thai phụ có thực hiện SLLB (theo thống kê từ Chi cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình TP HCM năm 2020, SLTS ở phụ nữ mang thai tại TP HCM đạt 88,57 %)[3].

d là khoảng sai lệch, chọn d = 0,05 (sai số cho phép 5%); Với p = 0,8857 d = 0,05, cỡ mẫu tính toán là: n = 156. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu này là 156 thai phụ.

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1 sàng lọc đối tượng: chọn thai phụ mang thai ≥ 22 tuần đến khám thai

Bước 2 mời thai phụ tham gia nghiên cứu, ký đồng thuận

Bước 3 thu thập số liệu từ tháng 1/2022 – 05/2022: phỏng vấn trực tiếp qua bộ câu hỏi và xem hồ sơ khám thai. Bộ câu hỏi phỏng vấn xây dựng theo cấu trúc đóng, có nhiều lựa chọn để khai thác các thông tin về: đặc điểm dân số học-kinh tế- xã hội, tiền căn sản khoa, thông tin về SLLB thai phụ tiếp cận, kiến thức SLLB, hành vi SLLB

Bước 4 hoàn thành bảng thu thập số liệu, thai phụ tiếp tục khám thai thường quy

Bước 5 kết thúc nghiên cứu: xử lý số liệu, viết báo cáo: Phân tích đơn biến, khảo sát mối liên quan giữa tỷ lệ làm SLLB và các yếu tố liên quan bằng kiểm định hồi quy đa biến (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$)

Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Tính tần số, tỷ lệ phần trăm, của các biến số định tính. Tính trung bình, độ lệch chuẩn cho biến số định lượng. So sánh các tỷ lệ để tìm các đặc điểm có ý nghĩa thống kê: dùng phép kiểm chi bình phương (phép kiểm χ^2) đối với các biến số định tính: đặc điểm dân số học - kinh tế - xã hội, tiền căn sản khoa, nguồn thông tin SLLB, kiến thức về SLLB, hành vi SLLB và phép kiểm t cho các biến số định lượng. Tính PR của những đặc tính có sự khác biệt này (Khoảng tin cậy 95%)

Vấn đề Y đức: Nghiên cứu được thực hiện sau khi có sự chấp thuận từ Hội đồng Y đức Đại học Y Dược TPHCM và Hội đồng khoa học bệnh viện An Bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi chọn lọc theo tiêu chuẩn chọn mẫu được 198 trường hợp thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu và thu được kết quả như sau:

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin dân số - xã hội

Đặc điểm	Tần số (n=198)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
Tuổi trung bình	30,3 $\pm$ 6,1	18 - 44
< 25 tuổi	46	23,2
25 – 34 tuổi	93	47,0
≥ 35 tuổi	59	29,8
Địa chỉ		
Trung tâm thành phố	158	79,8
Huyện vùng ven	40	20,2
Dân tộc		

Kinh	181	91,4
Khác	17	8,6
Tôn giáo		
Không	82	41,4
Phật giáo	95	48,0
Công giáo	13	6,6
Khác	8	4,0

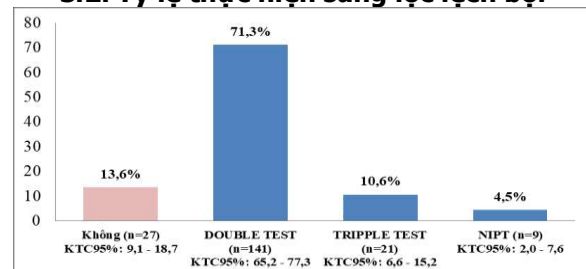
Nhận xét: tuổi trung bình của thai phụ là 30,3 $\pm$ 6,1 tuổi. Đa phần thuộc nhóm tuổi từ 25 – 34. Nhóm đối tượng sống ở trung tâm thành phố chiếm đa số (tỷ lệ 79,8%). Dân tộc Kinh chiếm 91,4%, gần 1/2 số thai phụ theo đạo Phật (48%)

Bảng 2: Thông tin về kinh tế - hôn nhân

Đặc điểm	Tần số (n=198)	Tỷ lệ (%)
Kinh tế		
Khó khăn	17	8,6
Đủ chi tiêu	125	63,1
Khả giả	56	28,3
Hôn nhân		
Có chồng	194	98,0
Ly hôn, đơn thân	4	2,0

Nhận xét: Thai phụ có hoàn cảnh kinh tế khó khăn chiếm tỷ lệ 8,6%. Đa phần đối tượng nghiên cứu nằm trong nhóm có mức kinh tế đủ chi tiêu (tỷ lệ 63,1%). Đa phần thai phụ đang sống với chồng chiếm 98%.

3.2. Tỷ lệ thực hiện sàng lọc lệch bội



Biểu đồ 1: Tỷ lệ thực hiện sàng lọc lệch bội trước sinh

Nhận xét: tỷ lệ thai phụ đã làm SLLB là 86,4 %, đa phần thai phụ thực hiện double test, tiếp theo là triple test, xét nghiệm NIPT chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,5%

3.2. Mô hình hồi quy đa biến

Bảng 3: Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến thực hiện SLLB

Đặc điểm	PR	PR* (KTC95%)	p*
Nhóm tuổi			
25 – 34	1	1	
≤ 25	2,3	1,2 (0,3 – 4,9)	0,800
≥ 35	0,9	0,8 (0,2 – 3,2)	0,701
Trình độ			
$\geq$ THPT	1	1	
< THPT	2,6	1,7 (0,5 – 6,2)	0,425
Kinh tế gia đình			

Đủ sống, khá giả	1	1	
Khó khăn	6,3	12,9 (3,2 – 52,5)	0,000
Hôn nhân			
Có chồng	1	1	
Ly hôn/ly thân	3,9	1,9 (0,1 – 78,8)	0,739
Từng thực hiện xét nghiệm SLLB			
Có	1	1	
Không	6,3	13,9 (2,8 – 69,2)	0,001
Từng biết về xét SLLB			
Có	1	1	
Không	2,1	7,8 (1,5 – 41,6)	0,016
Nguồn thông tin			
NVYT	1	1	
Khác	2,6	3,4 (0,6 – 18,6)	0,160
Nơi tư vấn			
Tư nhân	1	1	
Công lập	8,5	4,8 (0,5 – 42,8)	0,162
Kiến thức về mục đích thực hiện SLLB			
Đúng	1	1	
Không đúng	3,4	1,4 (0,4 – 4,8)	0,644
Kiến thức về bệnh lý được SLLB			
Đúng	1	1	
Không đúng	3,2	1,4 (0,4 – 5,4)	0,635
Thời điểm xét nghiệm			
Đúng	1	1	
Không đúng	3,5	1,9 (0,3 – 14,9)	0,529
Kiến thức về loại xét nghiệm SLLB			
Đúng	1	1	
Không đúng	4,5	1,4 (0,4 – 4,9)	0,927
Suy nghĩ về mức độ an toàn			
Đúng	1	1	
Không đúng	3,4	1,8 (0,4 – 7,4)	0,445

Nhận xét: Tình trạng kinh tế khó khăn, chưa từng thực hiện xét nghiệm SLLB và chưa từng biết về SLLB có liên quan tới tỷ lệ thực hiện SLLB ở thai phụ

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 86,4% thai phụ đã thực hiện xét nghiệm SLLB trong quá trình mang thai, tỷ lệ này thấp hơn so với thống kê tỷ lệ SLLB trước sinh trên toàn TPHCM năm 2020 là 88,57 % nhưng vẫn đạt trên mục tiêu 80% mà thành phố đề ra. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành trên một bộ phận nhỏ các thai phụ trên toàn thành phố, thời gian nghiên cứu ngắn, ngay trong giai đoạn đại dịch Covid 19 nên số thai phụ đi khám thai và làm đầy đủ xét nghiệm có thể bị ảnh hưởng. So với nghiên cứu của Phạm Thu Huyền tại Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Thuận thực hiện năm 2018 trên 383 thai phụ trong TCN I, tỷ lệ đồng ý thực hiện SLLB là 85,1%, khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [4]. Tỷ lệ thực hiện xét nghiệm double test là cao nhất, chiếm 71,3% và 100%

số trường hợp này có làm kèm siêu âm đo khoảng sáng sau gáy NT, số thai phụ chọn làm triple test chỉ chiếm 10,6%. Tỷ lệ thực hiện double test trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Hiền năm 2017 tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là 97% [5]. Sự khác biệt này do một bộ phận thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi đi khám thai muộn sau TCN I và ngày nay thai phụ có thêm lựa chọn khác ngoài double test, triple test là NIPT. Tỷ lệ thực hiện NIPT còn rất khiêm tốn, chỉ 4,5% điều này có thể liên quan nhiều yếu tố như chi phí xét nghiệm NIPT cao, mà hơn phân nửa số thai phụ trong nghiên cứu có mức kinh tế vừa đủ chi tiêu. Thứ hai, kiến thức về SLLB của thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi không đồng đều. Hiện tại ở bệnh viện An Bình chưa triển khai lấy máu làm NIPT cũng là một rào cản khiến thai phụ gặp phiền hà khi chọn loại xét nghiệm này. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm thai phụ có kinh tế khó khăn chiếm 8,6%, nhóm có mức kinh tế đủ chi tiêu chiếm hơn một nửa là 63,1%. Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Ánh về mức độ sẵn sàng chi trả cho SLTS hội chứng Down tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội cho thấy thu nhập trung bình hàng tháng của đối tượng nghiên cứu là hơn 9,3 triệu đồng/tháng và có tới 95% thai phụ sẵn sàng chi trả cho xét nghiệm SLTS[6]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh thực hiện tại bệnh viện lớn hàng đầu tại Hà Nội, nơi tập trung khá nhiều đối tượng có thu nhập cao và trình độ văn hóa cao đẳng đại học chiếm tới 59%. Khi phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi nhận thấy tình trạng kinh tế khó khăn có mối liên quan với không thực hiện sàng lọc lệch bội cao gấp 12,9 lần so với nhóm có kinh tế đủ chi tiêu và khá giả ($p < 0,05$, $PR^* = 12,9$; KTC 95%: 3,2 – 52,5).

Việc không làm SLLB ở những lần mang thai trước sẽ tạo thói quen không tốt ở những lần mang thai sau, thai phụ cũng sẽ ít có thông tin về SLLB hơn. Qua phân tích đa biến chúng tôi thấy việc chưa từng làm SLLB ở lần mang thai trước sẽ có mối liên quan với không làm SLLB gấp 13,9 lần so với nhóm đã làm SLLB trước đây (KTC 95%: 2,8-69,2). Đây là yếu tố đáng báo động về sàng lọc trước sinh trong cộng đồng, do đó cần có kế hoạch đẩy mạnh tuyên truyền, cung cấp thông tin ở thai phụ nhất là nhóm thai phụ khai báo tiền sử không thực hiện SLLB ở lần mang thai trước.

Số thai phụ từng biết về SLLB chiếm 75,8% cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ 51,9% trong nghiên cứu của tác giả Melania năm 2016 tại

Rumani[7]. Sự khác biệt này có thể do ngày nay SLLB được tuyên truyền phổ biến ngày càng rộng rãi trong quy trình khám thai, việc tiếp cận xét nghiệm cũng trở nên dễ dàng hơn ngay cả ở các phòng khám tư nhân và các cơ sở lấy máu xét nghiệm. Thai phụ biết tới SLLB có thể từ nhiều nguồn khác nhau như: NVYT, người thân, bạn bè, truyền thông. Những kiến thức mà họ thu nhận được có thể không đầy đủ nhưng sẽ tạo ra cơ sở tiền đề cho việc tiếp thu thông tin dễ dàng hơn ở những lần sau. Điều này cũng thể hiện sự quan tâm của thai phụ về vấn đề SLTS. Qua phân tích đa biến chúng tôi nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố chưa từng biết về SLLB và tỷ lệ làm SLLB: thai phụ chưa từng biết về SLLB trước đó có mối liên quan không làm SLLB gấp 7,8 lần nhóm thai phụ đã từng biết về SLLB (KTC 95%: 1,5-41,6).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thai phụ mang thai ≥ 22 tuần đã làm xét nghiệm sàng lọc lệch bội là 86,4%. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tỷ lệ thực hiện SLLB: những thai phụ có điều kiện kinh tế khó khăn có mối liên quan với nguy cơ không thực hiện sàng lọc lệch bội ($PR^* = 12,9$; KTC 95%: 3,2 – 52,5); thai phụ chưa từng làm xét nghiệm sàng lọc lệch bội trước đây có mối liên quan với không làm sàng lọc lệch bội ($PR^* = 13,9$; KTC 95%: 2,8 – 69,2);

thai phụ chưa từng biết về sàng lọc lệch bội có mối liên quan với không thực hiện sàng lọc lệch bội ($PR^* = 7,8$; KTC 95%: 1,5 – 41,6).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wellesley, D., et al., Rare chromosome abnormalities, prevalence and prenatal diagnosis rates from population-based congenital anomaly registers in Europe. Eur J Hum Genet, 2012. 20(5): p. 521-6.
2. Akhtar, F. and S.R.A. Bokhari, Down Syndrome, in StatPearls. 2022, StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL).
3. TPHCM, U.B.N.D., Kế hoạch hoạt động công tác dân số năm 2021 tại TPHCM. 2021.
4. Huyền, P.T., Kiến thức, thái độ, hành vi về sàng lọc trước sinh ở quý I và các yếu tố liên quan của thai phụ tại trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Thuận. Y học TPHCM, 2019. 2(23): p. 101-106.
5. Hiền, N.T., Đ.H.J.T.J.o.S. Thanh, and Technology, Kết quả sàng lọc trước sinh bằng kỹ thuật siêu âm và xét nghiệm sinh hóa máu (double test và triple test) tại Bệnh Viện Trung Ương Thái Nguyên. 2017. 172(12/1): p. 89-92.
6. Anh, N.D.T.c.Y.h.V.N., Mức Độ Sẵn Sàng Chi Trả Cho Sàng Lọc Trước Sinh Hội Chứng Down Tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2020. 2021. 503(2).
7. Pop-Tudose, M., et al., Attitude, knowledge and informed choice towards prenatal screening for Down Syndrome: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2018. 18.

CHUẨN HÓA PHIÊN BẢN TIẾNG VIỆT THANG ĐO CHỈ SỐ TIẾP XÚC VÀ BẢO VỆ DA DƯỚI ÁNH SÁNG MẶT TRỜI (SEPI)

Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,2}, Phạm Bá Vĩnh²,
Phùng Thúy Linh², Hồ Ánh Sáng², Trần Hà Ngân²

TÓM TẮT

Ung thư da được phát triển từ các tế bào da bị phân chia mất kiểm soát do ảnh hưởng kéo dài của bức xạ cực tím (UVR). Hiện tại ở Việt Nam chưa có thang đo nào uy tín đánh giá về thói quen tiếp xúc và bảo vệ da dưới tác động của ánh sáng mặt trời. Nghiên cứu của chúng tôi chuẩn hóa phiên bản tiếng Việt và đánh giá độ tin cậy của thang đo chỉ số tiếp xúc và bảo vệ da dưới tác động của ánh sáng mặt trời (Sun exposure and protection index - SEPI), được thực

hiện từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024, khảo sát lần thứ nhất được thực hiện trên 47 sinh viên trường Đại học Y Hà Nội. Sau 2 tuần tiến hành khảo sát lần thứ hai. Kết quả được sử dụng để đo lường tính thống nhất nội bộ qua chỉ số Cronbach alpha và độ tin cậy thử nghiệm lại qua chỉ số tương quan nội bộ (Intraclass Correlation - ICC). Phiên bản tiếng Việt của bộ câu hỏi SEPI cho thấy tính thống nhất nội bộ cao với chỉ số Cronbach's alpha bằng 0.755. Độ tin cậy thử nghiệm lại giữa hai lần trả lời của bộ câu hỏi rất cao với chỉ số ICC là 0.927. Nghiên cứu đã cho thấy thang đo SEPI phiên bản tiếng Việt là một bộ công cụ hợp lý để đánh giá chỉ số tiếp xúc và bảo vệ da dưới ánh sáng mặt trời cho người Việt Nam. **Từ khóa:** Ung thư da, chỉ số tiếp xúc và bảo vệ da, chuẩn hóa, SEPI.

SUMMARY

VIETNAMESE VERSION OF SUN EXPOSURE AND PROTECTION INDEX (SEPI): A VALIDATION STUDY

¹Bệnh viện Da liễu Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hà Vinh

Email: nguyenhavinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025