ĐẶC ĐIỂM BẤT THƯỜNG VÀ DẤU HIỆU NGUY CƠ THAI NHI PHÁT HIỆN TRÊN SIÊU ÂM SÀNG LỌC QUÝ I TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY NĂM 2025

Nguyễn Quang Nam[1,2], Hoàng Thị Thu Hương[1], Nguyễn Thị Mai[3], Phạm Ngọc Hà[4], Đào Ngọc Quyền[4], Nguyễn Thị Tiền[5]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và mô tả đặc điểm các bất thường cấu trúc và dấu hiệu nguy cơ thai nhi được phát hiện trên siêu âm sàng lọc quý I tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 82 thai phụ mang thai đơn, có tuổi thai từ 11 tuần 0 ngày đến 13 tuần 6 ngày, được siêu âm sàng lọc quý I tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City từ tháng 01 đến tháng 12/2025.

Kết quả: Tuổi mẹ trung bình là 30,8 ± 4,7 tuổi; nhóm 25–34 tuổi chiếm 67,1%. Tuổi thai trung bình tại thời điểm siêu âm là 12,4 ± 0,7 tuần. Có 13/82 trường hợp phát hiện ít nhất một bất thường hoặc dấu hiệu nguy cơ, chiếm 15,9% (KTC 95%: 8,7–25,6%). Bất thường cấu trúc được phát hiện ở 5 trường hợp (6,1%), gồm bất thường hệ thần kinh trung ương (2), tim (2) và thành bụng (1). NT ≥3,0 mm gặp ở 4 trường hợp (4,9%); không quan sát được xương mũi ở 2 trường hợp (2,4%) và marker siêu âm khác ở 2 trường hợp (2,4%). Tỷ lệ có bất thường/dấu hiệu nguy cơ ở nhóm NT ≥3,0 mm cao hơn nhóm NT <3,0 mm (100% so với 10,3%; p<0,001). Ở thai phụ ≥35 tuổi, tỷ lệ này là 30,0%, so với 11,3% ở nhóm <35 tuổi (p=0,074).

Kết luận: Siêu âm sàng lọc quý I có thể phát hiện một số bất thường cấu trúc và dấu hiệu nguy cơ của thai nhi ngay từ giai đoạn sớm. Việc khảo sát hình thái có hệ thống kết hợp đo NT và đánh giá các dấu hiệu liên quan giúp xác định những thai kỳ cần tư vấn và đánh giá chuyên sâu.

Từ khóa: Siêu âm quý I, sàng lọc trước sinh, bất thường cấu trúc thai nhi, độ mờ da gáy.

[1]Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
[2]Trường Đại học VinUni
[3]Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc
[4]Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Ocean Park 2
[5]Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Nam
Email: drnam.vinmectime@gmail.com
Mã bài: N885
Ngày nhận bài: 20/6/2026
Ngày phản biện khoa học: 15/6/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

SUMMARY

FIRST-TRIMESTER ULTRASOUND SCREENING: CHARACTERISTICS OF FETAL STRUCTURAL ABNORMALITIES AND SONOGRAPHIC RISK MARKERS AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL, 2025

Objective: To determine the prevalence and describe the characteristics of fetal structural abnormalities and sonographic risk markers detected during first-trimester ultrasound screening at Vinmec Times City International General Hospital in 2025.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 82 pregnant women with singleton pregnancies at 11 weeks 0 days to 13 weeks 6 days of gestation who underwent first-trimester ultrasound screening at Vinmec Times City International General Hospital from January to December 2025.

Results: The mean maternal age was 30.8 ± 4.7 years, with women aged 25–34 years accounting for 67.1% of the study population. The mean gestational age at ultrasound examination was 12.4 ± 0.7 weeks. At least one fetal abnormality or sonographic risk marker was detected in 13/82 cases (15.9%; 95% CI: 8.7–25.6%). Structural abnormalities were identified in 5 cases (6.1%), including abnormalities of the central nervous system (n=2), heart (n=2), and abdominal wall (n=1). Nuchal translucency (NT) ≥3.0 mm was observed in 4 cases (4.9%), absent visualization of the nasal bone in 2 cases (2.4%), and other sonographic markers in 2 cases (2.4%). The proportion of pregnancies with abnormalities or sonographic risk markers was higher among those with NT ≥3.0 mm than among those with NT <3.0 mm (100% vs. 10.3%; p<0.001). Among women aged ≥35 years, the corresponding proportion was 30.0%, compared with 11.3% among women aged <35 years (p=0.074).

Conclusion: First-trimester ultrasound screening can detect some fetal structural abnormalities and sonographic risk markers at an early stage of pregnancy. A systematic assessment of fetal anatomy combined with NT measurement and evaluation of relevant

sonographic markers may help identify pregnancies requiring further counseling and specialized assessment.

***Keywords**:* first-trimester ultrasound, prenatal screening, fetal structural abnormalities, nuchal translucency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phát hiện sớm bất thường cấu trúc và các dấu hiệu nguy cơ thai nhi là mục tiêu quan trọng của sàng lọc trước sinh, góp phần định hướng tư vấn, lựa chọn xét nghiệm chẩn đoán và quản lý thai kỳ [1]. Siêu âm quý I, đặc biệt ở tuổi thai 11–14 tuần, cho phép đánh giá sớm hình thái thai nhi, độ mờ da gáy và một số dấu hiệu liên quan đến nguy cơ bất thường nhiễm sắc thể cũng như dị tật cấu trúc [2]. Các bất thường phát hiện ở giai đoạn này có biểu hiện đa dạng, từ bất thường cấu trúc rõ ràng đến các dấu hiệu siêu âm gợi ý nguy cơ, đòi hỏi được nhận diện và phân loại phù hợp để tư vấn và theo dõi tiếp theo. Tuy nhiên, dữ liệu thực tế về đặc điểm các bất thường và dấu hiệu nguy cơ phát hiện trên siêu âm sàng lọc quý I tại Việt Nam vẫn cần được bổ sung. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm Xác định tỷ lệ và mô tả đặc điểm các bất thường cấu trúc và dấu hiệu nguy cơ thai nhi được phát hiện trên siêu âm sàng lọc quý I tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ được siêu âm sàng lọc quý I tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City trong thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 12/2025.

Tiêu chí lựa chọn: Thai phụ có thai đơn; tuổi thai từ 11+0 đến 13+6 tuần tại thời điểm siêu âm; có đầy đủ thông tin về tuổi thai, CRL, NT và kết quả khảo sát hình thái thai nhi.

Tiêu chí loại trừ: Thai đa thai; trường hợp đã có chẩn đoán dị tật thai nhi trước thời điểm siêu âm nghiên cứu; hồ sơ thiếu các thông tin siêu âm chính hoặc không đủ điều kiện đánh giá hình thái thai nhi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu:

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

Trong đó:

N: Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu.

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị tới hạn của phân phối chuẩn ứng với mức ý nghĩa α. Với α=0,05, độ tin cậy 95%: $Z_{1-\alpha/2}$=1,96.

p: Tỷ lệ bất thường thai nhi trên siêu âm ở thai phụ trong sàng lọc quý I, giá trị p = 0,098 theo nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang và cộng sự (2024) [3].

d: Sai số tuyệt đối cho phép giữa giá trị trung bình ước tính từ mẫu và giá trị trung bình thực của quần thể.

Với $Z^2_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96, d = 0,07. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 70 người. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập được 82 người tham gia.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu không xác suất, liên tiếp, đưa vào nghiên cứu toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu; cỡ mẫu thực tế khảo sát được là 82 trường hợp.

2.3. Quy trình siêu âm

Siêu âm được thực hiện trong khoảng 11+0 đến 13+6 tuần bằng đầu dò bụng; đầu dò âm đạo được sử dụng khi cần thiết để cải thiện khả năng khảo sát. Tuổi thai được xác định dựa trên CRL theo tiêu chuẩn sản khoa.

Quy trình khảo sát được xây dựng dựa trên khuyến cáo ISUOG về siêu âm 11–14 tuần [2]. Nội dung gồm đánh giá tình trạng sống và số lượng thai; đo CRL; đo NT theo mặt cắt dọc giữa chuẩn hóa; đánh giá xương mũi; khảo sát hình thái đầu và não, mặt, cổ, cột sống, ngực và tim, thành bụng, dạ dày, bàng quang, thận, chi, bánh rau và dây rốn khi điều kiện kỹ thuật cho phép.

Các trường hợp có hình ảnh nghi ngờ bất thường được đánh giá lại bằng siêu âm chuyên sâu và tư vấn theo quy trình chuyên môn của đơn vị.

2.4. Các chỉ số nghiên cứu

- Các biến số chính gồm tuổi mẹ, tuổi thai, CRL, NT, tình trạng xương mũi và kết quả khảo sát hình thái thai nhi.

- Bất thường cấu trúc được định nghĩa trong nghiên cứu là hình ảnh bất thường về hình thái hoặc cấu trúc của một cơ quan/hệ cơ quan được khảo sát, được ghi nhận trên siêu âm dựa trên các tiêu chí khảo sát hình thái thai quý I theo khuyến cáo của ISUOG [2].

- Dấu hiệu nguy cơ trên siêu âm gồm NT tăng, bất thường/không quan sát được xương mũi và các marker siêu âm khác theo quy trình sàng lọc của đơn vị.

Trong nghiên cứu này, bất thường cấu trúc và dấu hiệu nguy cơ được phân tích riêng, không đồng nhất NT tăng hoặc marker siêu âm với dị tật cấu trúc.

NT ≥3,0 mm được sử dụng như một ngưỡng mô tả trong bộ số liệu nghiên cứu; kết quả NT không được xem là chẩn đoán bất thường thai nhi hoặc bất thường nhiễm sắc thể.

Phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS statistic 26.0. Các biến định lượng được biểu diễn bằng trung bình ± độ lệch chuẩn; biến định tính bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Tỷ lệ phát hiện bất thường/dấu hiệu nguy cơ được tính kèm KTC 95%. So sánh tỷ lệ giữa các nhóm sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher exact tùy điều kiện áp dụng. Với các bảng có tần số kỳ vọng nhỏ hoặc ô bằng 0, sử dụng Fisher exact. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi p<0,05.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Ban lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City. Thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Thai phụ được giải thích về mục tiêu nghiên cứu và tham gia trên cơ sở tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=82)

Đặc điểm	Số lượng n	Tỷ lệ %
Tuổi mẹ, trung bình ± SD (năm)	30,8 ± 4,7	
<25	7	8,5
25–34	55	67,1
≥35	20	24,4
Tuổi thai, trung bình ± SD (tuần)	12,4 ± 0,7	
11+0–11+6	9	11,0
12+0–12+6	39	47,6
13+0–13+6	34	41,4
Mang thai lần đầu	38	46,3
Mang thai ≥2 lần	44	53,7

Nhận xét: Tuổi mẹ trung bình là 30,8 ± 4,7 tuổi; nhóm 25–34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%). Tuổi thai trung bình khi siêu âm là 12,4 ± 0,7 tuần, trong đó 89,0% trường hợp được khảo sát từ 12+0 đến 13+6 tuần.

Bảng 2. Đặc điểm siêu âm quý I (n=82)

Đặc điểm	Số lượng n	Tỷ lệ %
CRL, trung bình ± SD (mm)	61,7 ± 8,5	
NT, trung bình ± SD (mm)	1,8 ± 0,8	
NT <3,0 mm	78	95,1

Đặc điểm	Số lượng n	Tỷ lệ %
NT ≥3,0 mm	4	4,9
Quan sát được xương mũi	80	97,6
Không quan sát được xương mũi	2	2,4
Không phát hiện bất thường/dấu hiệu nguy cơ	69	84,1
Có bất thường/dấu hiệu nguy cơ	13	15,9

Nhận xét: Giá trị NT trung bình là 1,8 ± 0,8 mm. Có 4 trường hợp NT ≥3,0 mm và 2 trường hợp không quan sát được xương mũi.

Bảng 3. Bất thường cấu trúc và dấu hiệu nguy cơ phát hiện trên siêu âm quý I (n=82)

Nội dung	Số lượng n	Tỷ lệ %
Bất thường cấu trúc	5	6,1
– Hệ thần kinh trung ương	2	2,4
– Tim	2	2,4
– Thành bụng	1	1,2
NT ≥3,0 mm	4	4,9
Không quan sát được xương mũi	2	2,4
Marker siêu âm khác	2	2,4

Ghi chú: Một thai nhi có thể có nhiều bất thường.

Nhận xét: Có 5 trường hợp bất thường cấu trúc, chiếm 6,1%. Trong đó, bất thường hệ thần kinh trung ương và tim mỗi nhóm có 2 trường hợp; 1 trường hợp có bất thường thành bụng.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tuổi mẹ và bất thường/dấu hiệu nguy cơ trên siêu âm

Tuổi mẹ	Có bất thường/dấu hiệu nguy cơ n (%)	Không có n (%)	p*
<35 tuổi	7 (11,3)	55 (88,7)	0,074
≥35 tuổi	6 (30,0)	14 (70,0)	

** Fisher exact.*

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện bất thường/dấu hiệu nguy cơ ở nhóm thai phụ ≥35 tuổi là 30,0%, cao hơn nhóm <35 tuổi (11,3%), nhưng sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê (p=0,074).

Bảng 5. Mối liên quan giữa NT và bất thường/dấu hiệu nguy cơ trên siêu âm

NT	Có bất thường/dấu hiệu nguy cơ n (%)	Không có n (%)	p*
<3,0 mm	8 (10,3)	70 (89,7)	<0,001
≥3,0 mm	4 (100)	0 (0)	

** Fisher exact.*

Nhận xét: Trong 4 trường hợp có NT ≥3,0 mm, cả 4 trường hợp đều đồng thời có bất thường/dấu hiệu nguy cơ trên siêu âm. Tỷ lệ này cao hơn nhóm NT <3,0 mm (100% so với 10,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo Fisher exact (p<0,001).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi thai trung bình khi siêu âm là 12,4 ± 0,7 tuần, với 89,0% trường hợp được khảo sát trong khoảng 12+0–13+6 tuần. Đây là giai đoạn phù hợp để thực hiện siêu âm 11–14 tuần, cho phép đồng thời đánh giá tuổi thai, đo NT và khảo sát một số cấu trúc giải phẫu và marker siêu âm quan trọng [2]. Tại Việt Nam, Bộ Y tế cũng đã ban hành hướng dẫn chuyên môn về sàng lọc và chẩn đoán trước sinh, trong đó siêu âm quý I là một thành phần quan trọng của quy trình sàng lọc [4].

CRL trung bình là 61,7 ± 8,5 mm và NT trung bình 1,8 ± 0,8 mm. Có 4 trường hợp (4,9%) có NT ≥3,0 mm. ISUOG khuyến cáo đo NT theo quy trình chuẩn hóa, trong đó tuổi thai và CRL cần nằm trong khoảng thích hợp, đồng thời phải nhận diện đúng mặt cắt dọc giữa của thai [2]. NT tăng không phải là một chẩn đoán bệnh lý mà là một marker liên quan đến nguy cơ lệch bội và một số bất thường cấu trúc, do đó cần được diễn giải trong tổng thể các yếu tố nguy cơ [2], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, xương mũi quan sát được ở 97,6% trường hợp; 2 trường hợp không quan sát được. Đây là một dấu hiệu siêu âm cần được diễn giải phối hợp với các thông số khác, không nên đồng nhất với chẩn đoán bất thường nhiễm sắc thể [2].

Nghiên cứu phát hiện 5 trường hợp bất thường cấu trúc, chiếm 6,1%, gồm bất thường hệ thần kinh trung ương và tim mỗi nhóm 2 trường hợp, và 1 trường hợp bất thường thành bụng. Kết quả này cho thấy một số bất thường cấu trúc có thể được nhận diện ngay từ quý I khi thực hiện khảo sát hình thái có hệ thống. ISUOG khuyến cáo đánh giá không chỉ NT mà còn các cấu trúc như sọ–não, mặt, tim, thành bụng, cột sống và các chi trong siêu âm 11–14 tuần [2]. Tuy nhiên, khả năng phát hiện phụ thuộc đáng kể vào loại dị tật. Phân tích gộp của Karim và cộng sự cho thấy tỷ lệ phát hiện bất thường cấu trúc ở quý I thay đổi rộng giữa các nhóm dị tật, với khả năng phát hiện cao hơn đối với một số bất thường nặng và thấp hơn đối với nhiều bất thường tim và thần kinh [6]. Do đó, siêu âm quý I bình thường không loại trừ hoàn toàn các bất thường có thể biểu hiện rõ hơn ở quý II.

Tỷ lệ 6,1% bất thường cấu trúc trong nghiên cứu có thể so sánh với nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang và cộng sự tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế trên 1.087 thai phụ 11–13 tuần 6 ngày, ghi nhận 9,8% trường hợp có bất thường trên siêu âm quý I [3]. Tỷ lệ 9,8% trong nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang và cộng sự bao gồm các bất thường và dấu hiệu siêu âm được phát hiện trong quá trình sàng lọc, do đó không hoàn toàn tương đồng với tiêu chí "bất thường cấu trúc" của nghiên cứu hiện tại [3]. Vì vậy, sự khác biệt giữa 6,1% và 9,8% không nên được diễn giải là khác biệt về nguy cơ bất thường giữa hai quần thể. Sự khác biệt có thể liên quan đến cỡ mẫu, đặc điểm đối tượng, tiêu chí xác định kết cục và cơ cấu các trường hợp được khảo sát.

Tỷ lệ phát hiện bất thường/dấu hiệu nguy cơ ở thai phụ ≥35 tuổi là 30,0%, cao hơn nhóm <35 tuổi (11,3%), nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê (p=0,074). Kết quả này cho thấy có xu hướng tỷ lệ bất thường/dấu hiệu nguy cơ cao hơn ở nhóm tuổi mẹ ≥35, tuy nhiên với số trường hợp bất thường còn hạn chế, nghiên cứu chưa đủ bằng chứng để khẳng định mối liên quan giữa tuổi mẹ và kết quả siêu âm. Tuổi mẹ vì vậy nên được xem là một yếu tố trong phân tầng nguy cơ cùng với các thông số siêu âm và xét nghiệm sàng lọc khác, thay vì sử dụng đơn độc [2], [4], [7].

Ở Bảng 5, cả 4 trường hợp có NT ≥3,0 mm đều được xếp vào nhóm có bất thường/dấu hiệu nguy cơ, với p<0,001. Tuy nhiên, đây là kết quả cần được diễn giải đặc biệt thận trọng. Biến kết cục "có bất thường/dấu hiệu nguy cơ" trong nghiên cứu bao gồm chính tiêu chí NT ≥3,0 mm. Do đó, việc tất cả 4 trường hợp NT ≥3,0 mm đều thuộc nhóm kết cục có thể một phần là hệ quả của cách xây dựng biến, tạo ra hiện tượng incorporation bias. Vì vậy, p<0,001 không thể được sử dụng để khẳng định NT ≥3,0 mm có giá trị dự báo độc lập đối với bất thường thai nhi. Phân tích phù hợp hơn là đánh giá mối liên quan giữa NT với một kết cục độc lập, chẳng hạn bất thường cấu trúc thai nhi đã được xác định, trong đó NT không được đưa vào định nghĩa kết cục.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm sàng lọc quý I có thể nhận diện một số bất thường cấu trúc và dấu hiệu nguy cơ của thai

nhi ngay từ giai đoạn sớm, trong đó việc đánh giá hình thái có hệ thống kết hợp với đo độ mờ da gáy và các marker siêu âm góp phần hoàn thiện phân tầng nguy cơ. Kết quả nghiên cứu ủng hộ vai trò của siêu âm quý I trong phát hiện sớm các trường hợp cần được tư vấn và đánh giá chuyên sâu, đồng thời cho thấy cần thận trọng khi diễn giải các mối liên quan do cỡ mẫu và số trường hợp bất thường còn hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization WH.** Birth defects surveillance: a manual for programme managers. Geneva; 2020.
2. **Bilardo CM, Chaoui R, Hyett JA, Kagan KO, Karim JN, Papageorghiou AT, et al.** ISUOG Practice Guidelines (updated): performance of 11-14-week ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol. 2023;61(1):127-43.
3. **Trương Thị Linh Giang, Trần Thị Ngọc Bích, Phạm Thị Ngọc Trâm, Huỳnh Hà Truyền, Trương Hoàng Bảo Trân, Trần Thị Ngọc Thương, Võ Minh Thắng.** Nghiên cứu tỷ lệ bất thường thai nhi trên siêu âm và thái độ xử trí ở các thai phụ trong sàng lọc quý I tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Tạp chí Phụ sản 2024;22(5):21-9.
4. **Bộ Y tế.** Quyết định số 1807/QĐ-BYT ngày 21 tháng 4 năm 2020 về việc ban hành Hướng dẫn về chuyên môn kỹ thuật trong sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh. Hà Nội: Bộ Y tế; 2020.
5. **Nicolaides KH.** Nuchal translucency and other first-trimester sonographic markers of chromosomal abnormalities. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(1):45-67.
6. **Karim JN, Roberts NW, Salomon LJ, Papageorghiou AT.** Systematic review of first-trimester ultrasound screening for detection of fetal structural anomalies and factors that affect screening performance. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;50(4):429-41.
7. **Snijders RJ, Noble P, Sebire N, Souka A, Nicolaides KH.** UK multicentre project on assessment of risk of trisomy 21 by maternal age and fetal nuchal-translucency thickness at 10-14 weeks of gestation. Fetal Medicine Foundation First Trimester Screening Group. Lancet. 1998;352(9125):343-6.