

## Nghiên cứu một số biến chứng và kết quả thai kỳ ở các sản phụ song thai

Mai Ngọc Ba<sup>1</sup>, Trương Thị Linh Giang<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Khoa Y Dược, Trường Đại học Tây Nguyên

<sup>2</sup> Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

doi:10.46755/vjog.2020.3.1136

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Mai Ngọc Ba, email: mnba@ttn.edu.vn

Nhận bài (received): 29/08/2020 - Chấp nhận đăng (accepted): 28/10/2020

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Khảo sát một số biến chứng và đánh giá kết quả thai kỳ ở các sản phụ song thai.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 118 sản phụ song thai theo dõi kết thúc thai kỳ tại khoa Phụ sản - Bệnh viện Trung ương Huế và khoa Phụ sản - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 5 năm 2019 đến tháng 4 năm 2020.

**Kết quả:** Song thai hai bánh nhau - hai buồng ối chiếm 52%, một bánh nhau - hai buồng ối chiếm 46% và một bánh nhau - một buồng ối chiếm 2%. Biến chứng mẹ chủ yếu là thiếu máu chiếm 33,1% và rối loạn tăng huyết áp thai kỳ chiếm 16,9%. Biến chứng thai gồm: 69,2% thai chậm tăng trưởng, 42,4% sinh non, 9,3% chết một thai, 8,5% thai chậm tăng trưởng có chọn lọc, 5,9% hội chứng truyền máu trong song thai, 4,2% sẩy thai. Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 67% và phổ biến là nhóm nguyên nhân do thai với chiếm 40,8%, trong đó nguyên nhân do ngôi thai chiếm 19,7% và thai suy chiếm 13,2%. Trẻ sơ sinh có cân nặng thấp chiếm 65,5%. Tỷ lệ nhập đơn vị Chăm sóc tích cực Sơ sinh chiếm 21,7%, tử vong sau sinh chiếm 4,4% và liên quan với song thai một bánh nhau, thai chậm phát triển trong tử cung, sinh non ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Song thai là một thai kỳ có nhiều biến chứng. Tình trạng một bánh nhau, thai chậm tăng trưởng trong tử cung và sinh non là những yếu tố quan trọng liên quan đến kết quả bất lợi của thai nhi.

**Từ khóa:** Song thai, Hội chứng truyền máu trong song thai, Thai chết trong tử cung.

## Complications and pregnancy outcomes in twin pregnancies

Mai Ngọc Ba<sup>1</sup>, Trương Thị Linh Giang<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Medicine and Pharmacy, Tay Nguyen University

<sup>2</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

### Abstract

**Objective:** To determine the complications of twin pregnancy and pregnancy outcomes.

**Materials and Methods:** A cross-sectional study on 118 twins who were monitored and ended their pregnancy at the Department of Obstetrics and Gynecology - Hue Central Hospital and Department of Obstetrics and Gynecology - Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital in the period from May 2019 to April 2020.

**Results:** Dichorionic – Diamniotic was 52%, Monochorionic – Diamniotic was 46% and Monochorionic – Monoamniotic was 2%. The common maternal complications were anemia (33.1%) and hypertensive disorders of pregnancy (16.9%). The fetal complications: 69.2% of fetal had intrauterine growth restriction, preterm birth was 42.4%, death of one fetus was 9.3%, selective intrauterine growth restriction was 8.5%, twin – to – twin transfusion syndrome was 5.9% and the miscarriage was 4.2%. The rate of cesarean section was 67% and the most common indication was the fetal cause group with 40.8%, of which fetal malpresentation was 19.7% and fetal distress was 13.2%. Low birth weight was 65.5%. Neonatal Intensive Care Unit admission was 21.7%, perinatal mortality was 4.4% and they were related to monochorionic, IUGR and preterm birth ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Twin pregnancy is a complex pregnancy with many complications. Monochorionic, intrauterine growth restriction and preterm birth are important factors correlating with the adverse fetal outcomes.

**Keywords:** Twins, Twin to twin transfusion syndrome, stillbirth.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song thai là một thai kỳ tiềm ẩn nhiều nguy cơ, có thể gây hậu quả bất lợi đến sức khỏe mẹ và thai trong thai kỳ, chuyển dạ và sau khi sinh. Những biến chứng hay gặp trong thai kỳ song thai về phía mẹ như các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ (THATTK), đái tháo đường thai kỳ, thiếu máu; một số biến chứng cho con phần lớn liên quan đến nguy cơ sinh non, thai chậm tăng trưởng (IURG) và dị tật bẩm sinh, kèm theo đó là những biến chứng nặng nề cho thai liên quan đến tình trạng chung bánh nhau như hội chứng truyền máu trong song thai (TTTS), thai chậm tăng trưởng có chọn lọc (SIUGR), hội chứng thiếu máu - đa hồng cầu (TAPS) hay hội chứng đảo ngược tưới máu động mạch (TRAP) [1]. Trong quá trình chuyển dạ, các trường hợp song thai cũng hay xảy ra nhiều biến cố nguy hiểm hơn thai kỳ đơn thai, đặc biệt là với thai thứ hai như ngôi bất thường, nhau bong non sau khi sinh thai thứ nhất [2]. Không những thế, song thai cũng làm tăng nguy cơ mắc các biến chứng sau sinh như băng huyết sau sinh do đờ tử cung hay nhiễm trùng sau sinh [3].

Nắm vững kiến thức về đặc điểm của nhóm sản phụ song thai và những biến chứng có thể xảy ra sẽ giúp bác sĩ quản lý thai kỳ phù hợp cũng như về thái độ xử trí trong chuyển dạ đúng. Mục đích cuối cùng là giảm thiểu những tai biến, đảm bảo kết quả thai kỳ tối ưu cho mẹ và thai nhi. Để góp phần trong quản lý những thai kỳ song thai, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát một số biến chứng và đánh giá kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai.*

## 3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, có 118 sản phụ song thai được theo dõi kết thúc thai kỳ.

### 3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

**Bảng 1.** Một số đặc điểm của mẫu nghiên cứu.

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi sản phụ	< 20	3	2,5
	20 - 24	20	16,9
	25 - 29	43	36,4
	30 - 34	34	28,8
	≥ 35	18	15,3
Số lần đẻ	Con so	57	48,3
	Con rạ	61	51,7
	Tự nhiên	95	80,5
Cách thụ thai	TTTON	21	17,8
	TTNT	2	1,7
	D - D	62	52,5
Loại song thai	M - D	54	45,8
	M - M	2	1,7

*Ghi chú: TTTON: thụ tinh trong ống nghiệm; TTNT: Thụ tinh nhân tạo; D - D: hai bánh nhau - hai buồng ối; M - D: một bánh nhau - hai buồng ối; M - M: một bánh nhau - một buồng ối.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn gồm tất cả các trường hợp song thai được theo dõi kết thúc thai kỳ tại Phụ Sản - Bệnh viện Trung ương Huế và khoa Phụ Sản - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ 01/05/2019 đến 30/04/2020.

Loại những trường hợp mắc các bệnh lý có sẵn như thiếu máu mạn, tăng huyết áp mạn, đái tháo đường... Những trường hợp không có hồ sơ theo dõi thai kỳ.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

#### Các bước tiến hành:

Các sản phụ mang song thai thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh sẽ được tư vấn và đưa vào nghiên cứu, các bước tiến hành như sau:

- **Bước 1:** Phỏng vấn và thu thập thông tin quản lý thai kỳ.

- **Bước 2:** Khám và theo dõi trước khi sinh, quá trình chuyển dạ. Theo dõi các biến chứng trong quá trình chuyển dạ, phương thức chấm dứt thai kỳ cũng như kết quả sản khoa của mẹ và bé.

- **Bước 3:** Theo dõi biến chứng sớm có thể xảy ra trong quá trình hậu sản. Kết thúc nghiên cứu khi sản phụ và trẻ sơ sinh xuất viện.

#### Xử lý số liệu:

Dữ liệu nghiên cứu được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm và giá trị trung bình, sử dụng kiểm định Chi - square để xem xét mối tương quan cũng như sự phù hợp với  $p < 0,05$ . Sử dụng chỉ số odds ratio (OR) để tính nguy cơ.

Sử dụng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0 để quản lý và xử lý số liệu.

Tuổi sản phụ chủ yếu ở nhóm 20 - 34 tuổi, chiếm 82,1%. Sản phụ mang thai con so chiếm 48,3%, con rạ chiếm 51,7%. Tỷ lệ có thai tự nhiên chiếm đa số với 80,5%. Song thai nhóm D - D chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,5%.

### 3.2. Biến chứng của song thai

**Biến chứng mẹ:**

**Bảng 2.** Một số biến chứng mẹ

	Biến chứng		Không biến chứng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Biến chứng trước sinh:</b>				
Thiếu máu	39	33,1	79	66,9
THATK	5	4,2	113	95,8
Tiền sản giật	15	12,7	103	87,3
<b>Biến chứng sau sinh:</b>				
Băng huyết sau sinh	2	1,7	111	94,1
Sốt nhau	9	7,6	104	88,1
Nhiễm trùng sau sinh	1	0,8	112	94,9

Biến chứng mẹ trong thai kỳ phổ biến nhất là thiếu máu (33,1%), biến chứng sau sinh phổ biến nhất là sốt nhau (7,6%).

**Biến chứng thai:**

**Bảng 3.** Một số biến chứng thai

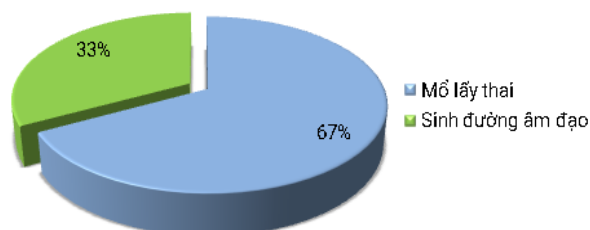
	Biến chứng		Không biến chứng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Biến chứng chung cho thai</b>				
Sẩy thai	5	4,2	113	95,8
Sinh non	50	42,4	68	57,6
Chết một thai	11	9,3	107	90,7
Hai thai chết trong tử cung	2	1,7	116	98,3
IUGR	131	62,4	79	37,6
sIUGR	10	8,5	108	91,5
Dị tật bẩm sinh	3	2,5	115	97,5
<b>Biến chứng chỉ có ở song thai một bánh nhau</b>				
TTTS	7	5,9	111	94,1
TRAP	1	0,8	117	99,2

IUGR là biến chứng phổ biến nhất chiếm 69,2% các trường hợp thai nhi được sinh ra (loại các thai bị sẩy và chết trong tử cung không rõ thời điểm), sau đó là sinh non với 42,4%.

Đối với những biến chứng chỉ có ở song thai một bánh nhau, TTTS chiếm 5,9% và hội chứng TRAP chiếm 0,8%.

### 3.3. Kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai

**Phương pháp chấm dứt thai kỳ:**



**Biểu đồ 1.** Phương pháp chấm dứt thai kỳ

Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 67%, sinh đường âm đạo chiếm 33%.

**Bảng 4.** Nguyên nhân mổ lấy thai

Nguyên nhân mổ lấy thai		Số lượng	Tỷ lệ %
Nguyên nhân của mẹ	Bệnh lý mẹ	6	7,9
	Sẹo mổ cũ	16	21,1
	<b>Tổng</b>	<b>22</b>	<b>29,0</b>
Nguyên nhân từ thai	Nguyên nhân do ngôi thai	15	19,7
	Thai suy	10	13,2
	Các nguyên nhân khác của thai	6	7,9
	<b>Tổng</b>	<b>31</b>	<b>40,8</b>
Nguyên nhân từ phần phụ	Nhau bong non	2	2,6
Nguyên nhân xã hội		<b>18</b>	<b>23,7</b>
Nguyên nhân khác	Chuyển dạ kéo dài	3	3,9
<b>Tổng</b>		<b>76</b>	<b>100,0</b>

Nguyên nhân mổ lấy thai phổ biến nhất là do thai (40,8%), trong đó chủ yếu do ngôi thai (19,7%), thai suy (13,2%).

**Kết quả sơ sinh:****Bảng 5.** Cân nặng của trẻ sơ sinh trong song thai

Cân nặng (gram)	Thai thứ nhất		Thai thứ hai		Tổng		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
< 2000	28	24,8	31	27,4	59	26,1	0,123
2000 - < 2500	39	34,5	50	44,2	89	39,4	
2500 - < 3000	37	32,7	28	24,8	65	28,8	
≥ 3000	9	8,0	4	3,5	13	5,7	
<b>Tổng</b>	<b>113</b>	<b>100,0</b>	<b>113</b>	<b>100,0</b>	<b>226</b>	<b>100,0</b>	

Nhóm trẻ sinh ra có cân nặng thấp (< 2500gr) chiếm tỉ lệ 65,5%.

**Bảng 6.** Kết quả sơ sinh

Kết quả sơ sinh	Thai 1 (n = 113)		Thai 2 (n = 113)		Tổng (n = 226)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Bình thường	79	69,9	73	64,6	152	67,3	0,255
Nhập NICU	24	21,2	25	22,1	49	21,7	
Tử vong sau sinh	6	5,3	4	3,5	10	4,4	
Chết trong tử cung	4	3,5	11	9,7	15	6,6	

Tỷ lệ trẻ nhập đơn vị Chăm sóc tích cực Sơ sinh (NICU) là 21,7%, tử vong sau sinh chiếm 4,4%, thai chết trong tử cung chiếm 6,6%.

**Bảng 7.** Dự báo kết quả bất lợi cho thai nhi trong song thai.

Yếu tố dự báo	OR	95% CI	p
Một bánh nhau	3,0	1,4 – 6,6	0,005
IUGR	2,6	1,1 – 6,1	0,029
Sinh non	18,6	7,8 – 44,5	< 0,001

Lưu ý: Kết quả bất lợi cho thai gồm tử vong sau sinh hoặc nhập NICU.

Mô hình được kiểm soát bởi các yếu tố: sinh non, số lượng bánh nhau, tình trạng thiếu máu trước sinh của mẹ, rối loạn THATK, IUGR. Thai nhi sinh non có nguy cơ gặp kết quả bất lợi cao gấp 18,6 lần (OR 18,6; 95% CI: 7,8 - 44,5), song thai một bánh nhau có nguy cơ gặp kết quả bất lợi cho thai cao gấp 3,0 lần (OR 3,0; 95% CI: 1,4 – 6,6) và IUGR tăng nguy cơ này lên 2,6 lần (OR 2,6; 95% CI: 1,1 - 6,1).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Biến chứng trong song thai

#### Biến chứng mẹ:

Biến chứng trước sinh của mẹ trong song thai phổ biến nhất là thiếu máu với 33,1%. Tất cả đều nằm trong nhóm thiếu máu nhẹ và vừa, không có trường hợp nào thiếu máu nặng. Chúng tôi thu thập dữ liệu về công thức máu của sản phụ trong thai kỳ và lúc chấm dứt thai kỳ, phân loại thiếu máu trong thai kỳ dựa vào nồng độ hemoglobin theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) [4]. Tỷ lệ này không khác biệt so với một số nghiên cứu như của Nguyễn Thị Thùy Dương (29,4%), Nguyễn Thanh Hiền (28,1%) [5], [6]. Nguy cơ thiếu máu trong song thai phần lớn do thiếu sắt bởi nhu cầu sắt trong song thai cao hơn so với đơn thai. Điều này đòi hỏi có thêm những hướng dẫn bổ sung sắt trong thai kỳ song thai.

Rối loạn tăng huyết áp thai kỳ chiếm tỷ lệ 16,9%, trong đó tiền sản giật chiếm 12,7%. Kết quả này là phù hợp khi so sánh với một số nghiên cứu khác như của Fox và cộng sự trên 513 trường hợp song thai, có 76 trường hợp có rối loạn THATK chiếm 14,8% [7], hay một nghiên cứu trong nước của Nguyễn Thanh Hiền trên 235 trường hợp song thai, có tỷ lệ tiền sản giật là 18,5% [6].

Biến chứng sau sinh phổ biến nhất là sốt nhau, chiếm 7,6%. Nguyên nhân có thể do bánh nhau trong song thai bám diện rộng, kèm theo tỷ lệ sinh non khá cao. Đó là những yếu tố nguy cơ dẫn đến sốt nhau. Phần lớn các trường hợp sốt nhau trong nghiên cứu của chúng tôi đều được phát hiện và xử trí ngay lúc sinh, không có trường hợp nào phải can thiệp phẫu thuật.

#### Biến chứng thai:

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy IUGR là biến chứng thường gặp nhất, chiếm tới 69,2% trong toàn bộ các thai nhi được sinh ra. IUGR đánh giá trên mỗi thai nhi khi sinh ra có cân nặng dưới bách phân vị thứ 10 so với tuổi thai [8]. Nghiên cứu chúng tôi chỉ đánh giá trên các thai nhi có tuổi thai trên 22 tuần. Sau khi đã loại bỏ các trường hợp thai chết trong tử cung không rõ thời điểm, những trẻ còn lại sinh ra sẽ được xác định trọng lượng, dựa theo biểu đồ tăng trưởng thai nhi của WHO [9]. sIUGR trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 8,5% và thấp hơn nghiên cứu của Lewi (14%) [10]. Thai kỳ song thai được chẩn đoán là sIUGR khi chỉ có một thai có cân nặng nằm dưới bách phân vị thứ 10 so với tuổi thai và sự chênh lệch cân nặng của hai thai là lớn hơn 25% [11].

Chết một thai cũng khá phổ biến và chiếm tỷ lệ 9,3% tổng số song thai, hầu hết đều thuộc nhóm song thai một bánh nhau. Có hai trường hợp chết cả hai thai trong tử cung chiếm 1,7%, đều nằm trong nhóm song thai một bánh nhau. Theo nghiên cứu của Morikawa và cộng sự (2012) trên 9822 trường hợp song sinh ở Nhật Bản, có 2,5% trường hợp song thai một bánh nhau tuổi thai lớn hơn 22 tuần có một hoặc cả hai thai chết trong tử cung so với 1,2% trường hợp song thai hai bánh nhau [12]. Điều đó cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng chung bánh nhau và nguy cơ chết trong tử cung của thai nhi.

Dị tật bẩm sinh trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện 3 trường hợp, trong đó có một trường hợp u quái vùng bụng và 2 trường hợp dị tật bẩm sinh. Ngoài ra, một số biến chứng xảy ra ở song thai một bánh nhau cũng khá phổ biến khi TTTS chiếm tỷ lệ 5,9%, tất cả những trường hợp này đều được quản lý theo dõi và kết thúc thai kỳ trước 34 tuần, một trường hợp song thai hội chứng TRAP được chấm dứt thai kỳ lúc 29 tuần.

Một trong những biến chứng sớm của thai kỳ song thai là sẩy thai, nghiên cứu chúng tôi có 5 trường hợp và chiếm 4,2%. Tỷ lệ này là khá thấp bởi theo nhiều nghiên cứu trước đây, tỷ lệ sẩy thai trong thai kỳ đơn thai có thể lên đến 10 - 20% đối với mang thai lâm sàng và có thể cao hơn bởi nhiều trường hợp sẩy thai không thể xác định được [13]. Tại Việt Nam và trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu về sẩy thai trong song thai tự nhiên, một nghiên cứu của Philippe Tummers (2003) trên 397 ca song thai TTTON ghi nhận rằng tỷ lệ sẩy thai chiếm 17,1%, tỷ lệ này còn thấp hơn tỷ lệ sẩy thai của đơn thai (21,7%) [14]. Cần có thêm các nghiên cứu về sẩy thai trong song thai, kể cả mang thai cận lâm sàng và mang thai lâm sàng để đánh giá liên quan giữa song thai và nguy cơ sẩy thai.

Sinh non chiếm tỷ lệ 42,4% trong toàn bộ các trường hợp song thai. Tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Vũ Hoàng Lan (70,9%) và Nguyễn Thị Lan Hương (66,5%) [15], [16]. Sinh non trong song thai giảm đi chứng minh sự thành công trong theo dõi và quản lý thai kỳ trên đối tượng song thai. Theo Martin JA, nguy cơ sinh non tăng khi số lượng thai càng nhiều, tỷ lệ sinh non của đơn thai khoảng 10,4% và rất non (dưới 32 tuần) là 1,6% trong khi đó tỷ lệ sinh non đối với song thai theo thống kê của tác giả là 58,8% và sinh rất non lên tới 11,4% [17]. Tăng nguy cơ sinh non trong song thai tương đối thống nhất, đã có nhiều nghiên cứu dự phòng sinh non ở thai kỳ song thai bằng progesteron, khâu cổ tử cung hay băng vòng nâng cổ tử cung, tuy nhiên vẫn chưa thống nhất về khuyến cáo dự phòng. Vì vậy, theo dõi và phát hiện những nguy cơ sinh non vẫn là vấn đề cần được chú trọng.

### 4.2. Kết quả kết thúc thai kỳ

#### Phương pháp chấm dứt thai kỳ:

Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu chúng tôi là 67%, sinh đường âm đạo chiếm 33%. Tỷ lệ mổ lấy thai này không khác biệt với kết quả của nhiều tác giả như Nguyễn Thị Minh Nguyệt (67,7%) và Nguyễn Thanh Hiền (71,5%) [6], [18], song thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Hoàng Lan (83,7%). Nguyên nhân một phần là do tỷ lệ song thai TTTON trong nghiên cứu của chúng tôi như đã trình bày ở trên thấp hơn rất nhiều so với của Vũ Hoàng Lan, trong khi đó, các trường hợp TTTON thường được mổ lấy thai với lý do con quý con hiếm.

Nguyên nhân mổ lấy thai phổ biến nhất là do thai (40,8%), trong đó có một số nguyên nhân phổ biến như do ngôi thai (19,7%), chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối ở các trường hợp ngôi thứ nhất không phải là ngôi đầu, trường hợp hai ngôi là ngôi đầu sẽ có xu hướng chèn ép nhau



khi chuyển dạ chính vì vậy chỉ định mổ lấy thai do ngôi khá phổ biến. Nguyên nhân thứ hai là thai suy với 13,2% và một số nguyên nhân khác. Nhóm nguyên nhân từ mẹ chiếm 29% chủ yếu là do sẹo mổ cũ (21,1%) và bệnh lý của mẹ (7,9%).

Nguyên nhân xã hội có tỉ lệ khá cao, với 23,7%, chủ yếu là do con quý con hiếm. Tỉ lệ này thấp hơn so với nguyên cứu của Vũ Hoàng Lan (69,3%) và Nguyễn Thị Lan Hương (42,7%) song lại cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền (6%) [6], [15], [16]. Nguyên nhân này dựa trên một số yếu tố cơ bản: tỉ lệ khá cao song thai do kết quả điều trị vô sinh và hỗ trợ sinh sản, được xếp vào nhóm con hiếm, tâm lý lo sợ khi theo dõi sinh đường âm đạo, kỹ thuật gây tê, gây mê ngày càng an toàn và hiệu quả cùng với đơn vị hồi sức sau mổ tốt dẫn đến xu thế chọn giải pháp mổ lấy thai hơn. Bên cạnh đó, số liệu chúng tôi được lấy gần với trung tâm hỗ trợ sinh sản lớn, tỉ lệ song thai do hỗ trợ sinh sản cao hơn, kéo theo tỉ lệ mổ lấy thai do nguyên nhân này tăng lên.

#### **Kết quả sơ sinh:**

Cân nặng thai nhi từ 2000 - 2500gr chiếm tỉ lệ cao ở cả 2 thai (39,4%) và nhóm có cân nặng < 2000gr là 26,1%. Như vậy nhóm trẻ sinh ra có cân nặng thấp trong song thai chiếm tỉ lệ rất cao (65,5%), kết quả này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền (60,2%). Cân nặng thai nhi thấp chủ yếu liên quan đến sinh non và thai chậm tăng trưởng, hai biến chứng phổ biến nhất trong nghiên cứu chúng tôi. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cân nặng hai thai ( $p > 0,05$ ), chứng tỏ việc chênh lệch cân nặng giữa hai thai là ngẫu nhiên và không có liên quan đến vị trí của thai nhi trong tử cung.

Tỷ lệ trẻ phải nhập NICU là 21,7% và tử vong sau sinh chiếm 4,4%, còn lại là các trường hợp thai nhi đã chết trong tử cung chiếm 6,6%. Không có mối tương quan có ý nghĩa của kết quả sơ sinh với thứ tự thai ( $p > 0,05$ ). Mặc dù có một số nghiên cứu cho rằng, nguy cơ bệnh suất và tử suất của thai thứ hai thường cao hơn thai thứ nhất, đặc biệt là trong sinh đường âm đạo như suy thai, ngôi bất thường, nhau bong non và thậm chí phải chuyển mổ. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa chứng tỏ việc tiên lượng trong song thai và lựa chọn phương pháp xử trí ngay từ ban đầu ngày càng tốt hơn. Không có ca song thai phải can thiệp bằng thủ thuật hay sinh thường thai thứ nhất nhưng phải chuyển mổ thai thứ hai.

Qua mô hình hồi quy hồi quy đa biến dự đoán kết quả bất lợi cho thai nhi cho thấy, thai nhi sinh non có nguy cơ gặp kết quả bất lợi (nhập NICU hay tử vong sau sinh) cao gấp 18,6 lần (OR 18,6; 95% CI: 7,8 - 44,5) so với thai nhi đủ tháng. Bên cạnh đó thai nhi ở nhóm một bánh nhau có nguy cơ gặp kết quả bất lợi cao hơn gấp 3,0 lần so với những trẻ nhóm song thai có hai bánh nhau riêng biệt (OR 3,0; 95% CI: 1,4 - 6,6). Cũng qua mô hình này chúng tôi thấy rằng, IUGR tăng nguy cơ kết quả bất lợi cho thai nhi lên 2,6 lần so với nhóm không có biến chứng này (OR 2,6; 95% CI: 1,1 - 6,1).

## **KẾT LUẬN**

Song thai là một thai kỳ có nhiều biến chứng trước, trong và sau khi sinh. Tình trạng một bánh nhau, thai chậm tăng trưởng trong tử cung và sinh non là những yếu tố liên quan đến kết quả bất lợi cho thai nhi.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom LS, Spong KY, Dashe JS, Barbara L. Hoffman, et al. Multifetal Pregnancy. Williams Obstetric. 25 ed. McGraw-Hill Education; 2018. p. 1336 - 87.
2. Bộ môn Phụ Sản - Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Đa thai. Sản phụ khoa Tập 1. Nhà xuất bản Y Học chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh; 2014. p. 298-304.
3. Stach SL, Liao AW, Brizot MdL, Francisco RPV, Zugaib M. Maternal postpartum complications according to delivery mode in twin pregnancies. Clinics (São Paulo, Brazil). 2014;69(7):447-51.
4. WHO. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva. 2011 [cited May 20<sup>th</sup>, 2020]. Available from: <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin>.
5. Nguyễn Thị Thùy Dương. Bước đầu nghiên cứu một số đặc điểm của song thai một bánh nhau rau hai buồng ối tuổi thai từ 12 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 2006 - 2011. Luận văn Bác sĩ Nội trú - Trường Đại học Y Khoa Hà Nội; 2012.
6. Nguyễn Thanh Hiền, Nguyễn Vũ Quốc Huy. Nghiên cứu tỉ lệ, một số yếu tố liên quan và kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai. Tạp chí Phụ Sản - Hội Sản Phụ Khoa Việt Nam. 2016;14(04):28 - 34.
7. Fox NS, Roman AS, Saltzman DH, Hourizadeh T, Hastings J, Rebarber A. Risk factors for preeclampsia in twin pregnancies. American journal of perinatology. 2014;31(2):163-6.
8. Lees CC, Stampalija T, Baschat AA, da Silva Costa F, Ferrazzi E, Figueras F, et al. ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2020;56(2):298-312.
9. Kiserud T, Piaggio G. The World Health Organization Fetal Growth Charts: A Multinational Longitudinal Study of Ultrasound Biometric Measurements and Estimated Fetal Weight. PLoS Med. 2017;14(1):e1002220.
10. Lewi L, Jani J, Blickstein I, Huber A, Gucciardo L, Van Mieghem T, et al. The outcome of monochorionic diamniotic twin gestations in the era of invasive fetal therapy: a prospective cohort study. American journal of obstetrics and gynecology. 2008;199(5):514.e1 - 8.
11. Khalil A, Rodgers M, Baschat A, Bhide A, Gratacos E, Hecher K, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of

ultrasound in twin pregnancy. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2016;47:247–63.

12. Morikawa M, Yamada T, Yamada T, Sato S, Cho K, Minakami H. Prospective risk of stillbirth: monochorionic diamniotic twins vs. dichorionic twins. *Journal of perinatal medicine*. 2012;40(3):245-9.

13. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH, Weinberg CR, Håberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2019;364:l869.

14. Tummers P, De Sutter P, Dhont M. Risk of spontaneous abortion in singleton and twin pregnancies after IVF/ICSI. *Human reproduction (Oxford, England)*. 2003;18(8):1720-3.

15. Vũ Hoàng Lan. Nghiên cứu xử trí song thai chuyển dạ đẻ với tuổi thai từ 28 tuần trở lên tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn Thạc sĩ Y học - Trường Đại học Y Khoa Hà Nội; 2015.

16. Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Thanh Phong. Nhận xét tình hình đẻ song thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương sáu tháng cuối năm 2015. *Tạp chí Phụ Sản - Hội Sản Phụ Khoa Việt Nam*. 2015;14(1):80 - 5.

17. Martin JA, Hobel CJ, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MJ, et al. Births: final data for 2009. *National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*. 2011;60(1):1-70.

18. Nguyễn Minh Nguyệt. Nghiên cứu tỷ lệ, các phương pháp xử trí và kết quả đẻ song thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong hai giai đoạn năm 1996 – 1997 và năm 2006-2007. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội; 2008.