

# NGHIÊN CỨU THÁI ĐỘ XỬ TRÍ ĐỐI VỚI SONG THAI MỘT BÁNH RAU HAI BUỒNG ỒI

Lê Hoài Chương, Nguyễn Thị Thùy Dương, Lê Thị Thanh Nga  
 Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

## TÓM TẮT

Song thai một bánh rau hai buồng ối là thai nghén nguy cơ cao bởi chúng có nhiều biến chứng cho mẹ và cho thai. **Mục tiêu:** Nhận xét về thái độ xử trí đối với các thai phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau hai buồng ối tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 2006 – 2011. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 286 hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau, hai buồng ối tuổi thai từ 12 tuần trở lên tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 1/1/2006 đến 31/12/2011. **Kết quả:** Tỷ lệ mổ lấy thai là 56,3%, đẻ thường 41,2%, đẻ thủ thuật chiếm 2,4%. Mổ lấy thai vì HCTM chiếm 29,4%, mổ lấy thai vì bệnh lý mẹ 17,4%. TSG làm tăng nguy cơ mổ lấy thai với OR = 6,9; 95% CI (2,4 – 20,2)  $p < 0,01$ . Những trường hợp có biến chứng như phù thai, thai chết lưu, phương pháp đình chỉ thai nghén được lựa chọn phổ biến là đẻ đường âm đạo.

**Từ khóa:** song thai, hội chứng truyền máu.

## ABSTRACT

### ATTITUDE MANAGEMENT STUDY FOR MONOCHORIONIC TWO AMNIOTIC TWINS

**Objectives:** Review of management attitudes to pregnant women diagnosed diamniotic monochorionic twins at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 2006 to 2011. **Materials and methods:** Using the retrospective study on 286 medical records of pregnant women are diagnosed diamniotic monochorionic twins, gestational age of 12 weeks or more, at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 01/01/2006 to 31/12/2011. **Results:** The rate of cesarean section was 56.3%, normal vaginal delivery was 41.2%, assisted vaginal delivery was 2.4%. Cesarean section caused by twin to twin transfusion syndrome was 29.4%, by maternal morbidity was 17.4%. Preeclampsia increased the risk of cesarean delivery with OR = 6.9; 95% CI (2.4 - 20.2) ( $p < 0.01$ ). The cases with complications such as hydrops, stillbirth, vaginal delivery was a popular method to finish pregnancy.

**Keywords:** twins, transfusion syndrome.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song thai là thai nghén có nguy cơ cao, chiếm 1 – 2% tổng số ca đẻ tại Việt Nam (1). Song thai gồm song thai một noãn và song thai hai noãn trong đó song thai một noãn, một bánh rau, hai buồng ối chiếm tỷ lệ khoảng 70% của song thai một noãn (2). Loại song thai này có nhiều biến chứng hơn so với song thai hai bánh rau, hai buồng ối. Hội chứng truyền máu trong loại song thai này là biến chứng nguy hiểm nhất, có tiên lượng rất xấu đặc biệt khi chẩn đoán trước 24 tuần (3). Tỷ lệ tử vong sơ sinh thường rất cao do những biến chứng của HCTM gây ra vì vậy thái độ xử trí đối với song thai một bánh rau, hai buồng ối đặc biệt trong những trường hợp có hội chứng truyền máu đang là vấn đề nhận được nhiều sự quan tâm. Hiện nay tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương vẫn chưa có nghiên cứu về vấn đề này. Chính vì vậy, chúng tôi đã tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

*Nhận xét về thái độ xử trí đối với các thai phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau hai buồng ối tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

286 hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau, hai buồng ối tuổi thai từ 12 tuần trở lên tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 1/1/2006 đến 31/12/2011. Loại ra khỏi nghiên cứu những bệnh án không có đầy đủ những thông tin cần thiết.

### 2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu. Mẫu nghiên cứu không xác suất: lấy toàn bộ hồ sơ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ 1/1/2006 đến 31/12/2011.

### 2.3. CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

Phương pháp đình chỉ thai nghén: đẻ thường, mổ lấy thai, đẻ thủ thuật.

Các bệnh lý của mẹ: TSG, thiếu máu, ĐĐTĐ thai nghén.

Một số biến chứng của song thai một bánh rau, hai buồng ối: bất thường Doppler ĐM rốn, phù thai, thai chết lưu.

Các chỉ định mổ lấy thai: Bệnh lý mẹ, sẹo mổ cũ thân tử cung, khung chậu hẹp, ngôi bất thường, thai to, thai suy, theo dõi hội chứng truyền máu, nguyên nhân phát sinh trong chuyển dạ, phần phụ thai, nguyên nhân xã hội: điều trị vô sinh.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ

**Bảng 3.1.** Phương pháp chấm dứt thai kỳ

Phương pháp chấm dứt thai kỳ	Số sản phụ (n)	Tỷ lệ (%)
Đẻ thường	118	41,2
Mổ lấy thai	161	56,3
Đẻ thủ thuật	7	2,5
Tổng	286	100

### 3.2. CÁC CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI

**Bảng 3.2.** Các chỉ định mổ lấy thai và tuổi thai

Chỉ định mổ lấy thai	n	Tổng số mổ lấy thai	%
Bệnh lý mẹ	28	161	17,4
Sẹo mổ cũ	11	161	6,8
Khung chậu hẹp	1	161	0,6
Ngôi bất thường	24	161	14,9
Thai to	12	161	7,5
Thai suy	12	161	7,5
Theo dõi HCTM	47	161	29,2
Nguyên nhân xuất hiện trong chuyển dạ	18	161	11,2
Phần phụ thai	6	161	3,7
Nguyên nhân xã hội	2	161	1,2

### 3.3. CÁC BỆNH LÝ CỦA MẸ VÀ PHƯƠNG PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ.

**Bảng 3.3.** Các bệnh lý của mẹ và phương pháp chấm dứt thai kỳ

Bệnh	Cách đẻ	Có bệnh		Không bệnh		OR	95% CI
		N	%	n	%		
TSG	Đẻ đường âm đạo	4	11,8	121	48	6,9	2,4<OR<20,2 (p < 0.01)
	Mổ lấy thai	30	88,2	131	52		
ĐĐTĐTN	Đẻ đường âm đạo	10	52,6	115	43,1	p > 0,05	
	Mổ lấy thai	9	47,4	152	56,9		
Thiếu máu	Đẻ đường âm đạo	33	39,3	92	45,5	p > 0,05	
	Mổ lấy thai	51	60,7	110	54,5		

### 3.4. PHƯƠNG PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ TRONG NHỮNG TRƯỜNG HỢP SONG THAI MỘT BÁNH RAU, HAI BUỒNG ỐI CÓ BIẾN CHỨNG

**Bảng 3.4.** Phương pháp chấm dứt thai kỳ trong các trường hợp song thai một bánh rau, hai buồng ối có biến chứng

Biến chứng	Cách đẻ	Có		Không		p
		n	%	N	%	
Bất thường Doppler ĐM rốn	Đẻ đường âm đạo	10	52,6	115	43,1	p > 0,05
	Mổ lấy thai	9	47,4	152	56,9	
Phù thai	Đẻ đường âm đạo	28	93,3	97	37,9	p < 0,01
	Mổ lấy thai	2	6,7	159	62,1	
Thai chết lưu	Đẻ đường âm đạo	43	67,2	82	36,9	p < 0,01
	Mổ lấy thai	21	32,8	140	63,1	

## 4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy mổ lấy thai là phương pháp đình chỉ thai nghén chiếm tỷ lệ cao nhất 56,3%, đẻ thường 41,2%, đẻ thủ thuật chiếm 2,4%. Tỷ lệ mổ lấy thai trong song thai một bánh rau, hai buồng ối cao hơn so với nghiên cứu của một số tác giả khác. Theo nghiên cứu của Lê Hoàng – Nguyễn Quốc Tuấn (1995 - 1996) là 14,9% (4), theo Nguyễn Bích Vân (1998 - 1999) là 35,2% (5), theo Nguyễn Thị Hạnh (2003 - 2004) là 47,3% (6) và theo Nguyễn Thị Kiều Oanh (2004 - 2006) là 47% (7). Xu hướng mổ lấy thai tăng lên trong những năm gần đây là do khả năng nuôi dưỡng sơ sinh non tháng của bệnh viện Phụ sản Trung ương ngày càng cao.

Trong các chỉ định mổ lấy thai của các trường hợp song thai một bánh rau, hai buồng ối được nghiên cứu, chỉ định mổ lấy thai vì theo dõi hội chứng truyền máu chiếm tỷ lệ cao nhất 29,2% cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt trên song thai nói chung: giai đoạn 1996 - 1997 không có trường hợp nào chỉ định mổ lấy thai do hội chứng truyền máu, giai đoạn 2006 - 2007 là 3% (8). Điều này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khu trú trên song thai một bánh rau, hai buồng ối và do tiến bộ của kỹ thuật siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản trung ương trong 6 năm gần đây nên số lượng song thai một bánh rau, hai buồng ối được chẩn đoán có biến chứng hội chứng truyền máu ngày càng nhiều. Chỉ định mổ lấy thai do bệnh lý

mẹ đứng thứ hai với 17,4% thấp hơn so với Nguyễn Thị Hạnh năm 2003 – 2004 là 21,3% (6). Những chỉ định khác như chỉ định mổ lấy thai vì ngôi bất thường chiếm tỷ lệ 14,9%, nguyên nhân phát sinh trong chuyển dạ 14,2%, thai to 7,5%, mổ cũ 6,8%, thai suy 7,5%, phần phụ thai 3,7%, khung chậu hẹp 0,6%...

Trong các bệnh lý của mẹ, tiền sản giật làm tăng nguy cơ phải mổ lấy thai với OR = 6,9; 95% CI (2,4 – 20,2),  $p < 0,01$ . Tỷ lệ mổ lấy thai và đẻ đường âm đạo không có sự khác biệt giữa nhóm có đái tháo đường thai nghén và nhóm không có đái tháo đường thai nghén cũng như giữa nhóm có thiếu máu và không có thiếu máu với  $p > 0,05$ .

Tỷ lệ mổ lấy thai và đẻ đường âm đạo không có sự khác biệt trong nhóm song thai một bánh rau, hai buồng ối có bất thường kết quả Doppler ( $p > 0,05$ ). Trong nhóm có biến chứng phù thai, chủ yếu đình chỉ thai nghén bằng đẻ đường âm đạo (93,3%). Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ đẻ đường âm đạo trong nhóm không có phù thai là 37,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Tương tự như vậy, tỷ lệ đẻ đường âm đạo trong nhóm có thai chết lưu là 67,2% cao hơn so với tỷ lệ đẻ đường âm đạo trong nhóm không có thai chết lưu là 36,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Như vậy, trong những trường hợp song thai một bánh rau, hai buồng ối có biến chứng nặng như phù thai, thai chết lưu, tiên lượng với trẻ sơ sinh rất tối, phương pháp đình chỉ thai nghén được lựa chọn phổ biến là đẻ đường âm đạo. Điều này là hoàn toàn hợp lý vì sẽ tránh cho người mẹ một cuộc mổ vô nghĩa.

## 5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mổ lấy thai là 56,3%, đẻ thường 41,2%, đẻ thủ thuật chiếm 2,4%. Mổ lấy thai vì HCTM chiếm 29,4%, mổ lấy thai vì bệnh lý mẹ 17,4%. TSG làm tăng nguy cơ mổ lấy thai với OR = 6,9; 95% CI (2,4 – 20,2)  $p < 0,01$ . Những trường hợp có biến chứng như phù thai, thai chết lưu, phương pháp đình chỉ thai nghén được lựa chọn phổ biến là đẻ đường âm đạo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ sản – Trường Đại học Y Hà Nội. Sinh đôi. Bài giảng Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1992, 99 – 150.
2. Dương Thị Cương. Đẻ đẻ sinh đôi. Thủ thuật sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2002, 73 – 74.
3. Trevett T, Johnson A. Monochorionic twin pregnancies. Clin Perinatol; 2005; 32:475.
4. Lê Hoàng, Nguyễn Quốc Tuấn. Một số nhận xét về đẻ sinh đôi tại Viện BVBM TSS trong hai năm 1995 – 1996. Công trình nghiên cứu khoa học viện BVBM TSS, 1997; 69 – 73.
5. Nguyễn Thị Bích Vân. Nghiên cứu về thái độ xử trí đối với sinh đôi khi chuyển dạ. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 1999; 3 – 30.
6. Nguyễn Thị Hạnh. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của đẻ non trong song thai và cách xử trí song thai khi chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 1/2003 đến tháng 6/2004. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội, 2004; 3 – 49.
7. Nguyễn Thị Kiều Oanh. Tình hình song thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 7/2004 đến tháng 6/2006. Luận văn Thạc sỹ Y học Trường Đại học Y Hà Nội, 2006; 3 – 50.
8. 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 sỹ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008; 71.