

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ KẾT QUẢ KẾT THÚC THAI KỲ Ở CÁC SẢN PHỤ SONG THAI

Nguyễn Thanh Hiền⁽¹⁾, Nguyễn Vũ Quốc Huy⁽²⁾

(1) Bác sĩ Nội trú, Bộ môn Phụ Sản Trường Đại học Y Dược Huế, (2) Trường Đại học Y Dược Huế

Từ khóa: Song thai, kết thúc thai kỳ.

Keywords: Twin pregnancy, pregnancy outcomes.

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan ở các sản phụ song thai. 2. Đánh giá kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi, n=235 là toàn bộ sản phụ vào viện và kết thúc thai kỳ tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đại Học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 6/2014 đến tháng 6/2016.

Kết quả: Tỷ lệ sinh song thai là 0,9%. Song thai gặp ở sản phụ mang thai từ 2 lần trở lên chiếm 59,1%, mang thai con so chiếm 40,9%, tiền sử gia đình sinh song thai 11,9%, bản thân sản phụ là con song thai 2,1% và sản phụ có dùng thuốc kích thích noãn và biện pháp hỗ trợ sinh sản điều trị vô sinh chiếm 7,7%. Sản phụ sinh thường chiếm 21,7%, mổ lấy thai 71,5% và sinh thủ thuật là 6,8% tổng số sản phụ sinh song thai. Phương pháp sinh trong song thai có liên quan vào các yếu tố: Tuổi thai, bệnh lý mẹ kèm theo, ngôi thai, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Các biến chứng ở mẹ: thiếu máu 28,9%, tiền sản giật 18,3%, băng huyết sau sinh 5,5%, sót rau 8,1%, đờ tử cung 6,0%. Biến chứng ở trẻ: sinh non 31,5%, trẻ nhẹ cân < 2500g 60,2%. Trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar thấp dưới 7 điểm chiếm 19,1% đối với trẻ thứ nhất, 19,6% đối với trẻ thứ hai, nhiễm trùng sơ sinh 10,6%, suy hô hấp 6%, vàng da 2,6% và tử vong sơ sinh chiếm tỷ lệ 0,9%.

Kết luận: Song thai là một thai nghén nguy cơ cao cho cả mẹ lẫn thai. Tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng cao trong kết quả kết thúc thai kỳ của song thai.

Từ khóa: Song thai, kết thúc thai kỳ.

Abstract

Objectives: 1. To determine the prevalence and associated factors in twin pregnancies. 2. To assess the outcome of twin pregnancy.

Materials & methods: Cross-sectional study, has followed, in N=235

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Nguyễn Thanh Hiền,
email: drthanhhien89@gmail.com

Ngày nhận bài (received): 9/11/2016

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
23/11/2016

Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 30/12/2016

twin pregnant women treated and end of pregnancy in Hue Central Hospital and Hue University Hospital's Department of Gynecology and Obstetrics from June 2014 to June 2016.

Results: The twin rate was 0.9%. Twins occur in multiparous women was 59.1%, nulliparous women 40.9 %, the family history of twins was 11.9%, women who themselves was a twin was 2.1% and women who used drugs for induction of ovulation and assisted reproductive infertility treatment was 7.7%. Normal delivery rate was 21.7%, assisted delivery 6.8% and Caesarean section rate was 71.5% of twins. Methods of delivery in twins related to factors: gestational age, maternal morbidity, fetal presentation with differences statistically significant ($p < 0.05$). Method of delivery unrelated factors maternal age and parity, the difference was not statistically significant ($p < 0.05$). Complications for the mother: Anemia was 28.9%, 18.3% of preeclampsia, postpartum hemorrhage was 5.5%, retained placenta 8.1%, uterine atony was 6.0%. Complications for the newborn: Preterm birth 31.5%, low birth weight $< 2,500g$ was 60.2%. Infants with low Apgar score < 7 points was 19.1% for the first child, 19.6% for the second child, perinatal infections accounted for 10.6%, respiratory distress 6%, 2.6% jaundice and neonatal deaths was 0.9%.

Conclusion: Twin pregnancy is a high-risk pregnancy both of mother and fetus. The rate of Caesarean section is more and more increasing in outcome of twin deliveries.

Keywords: Twin pregnancy, pregnancy outcomes.

1. Đặt vấn đề

Song thai là một thai nghén có nguy cơ bệnh lý và tử vong chu sản cao, ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe của mẹ, quá trình mang thai và cả sức khỏe của trẻ. Song thai chiếm tỷ lệ khoảng 1 – 1,5% các trường hợp đẻ, tuy nhiên hiện nay tỷ lệ này có xu hướng tăng lên trên toàn thế giới. Điều này chủ yếu do việc sử dụng rộng rãi các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như sử dụng thuốc kích thích phóng noãn, bơm tinh trùng vào buồng tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm. Theo Martin J.A. tỷ lệ song thai của Mỹ năm 2013 là 3,37%, như vậy tỷ lệ song thai tăng 76% từ năm 1980 đến 2009 (1,89 – 3,32%), nhưng nhìn chung ổn định giai đoạn 2009 – 2012 [9]. Theo y văn lẫn các nghiên cứu của nhiều tác giả trong nước và ngoài nước đều xác định các yếu tố liên quan làm tăng tỷ lệ song thai cũng như đa thai do nhiều yếu tố như tuổi mẹ, số lần mang thai, chiều cao, chỉ số khối cơ thể trước mang thai, chủng tộc...

Trong song thai thì nguy cơ lớn nhất vẫn là sinh non và trọng lượng sơ sinh thấp: Nguy cơ sinh non trước 37 tuần gặp 10,8 lần, trước 32 tuần gặp 7,7

lần và trọng lượng sơ sinh thấp dưới 2500gr gấp 21,9 lần, dưới 1500gr gấp 10 lần so với sản phụ mang đơn thai [8]. Chính điều này làm gia tăng đáng kể tỷ lệ trẻ mắc bệnh và tử vong chu sinh trong song thai.

Thời gian chuyển dạ trong song thai thường kéo dài hơn bình thường và hay có nhiều biến cố. Để đảm bảo an toàn tính mạng cho cả mẹ và thai nhi, nhằm giảm thiểu các biến cố xảy ra trước, trong và sau khi sinh, đòi hỏi người thầy thuốc phải cân nhắc kỹ để lựa chọn phương pháp đỡ đẻ an toàn. Thái độ xử trí đẻ song thai ngày nay có nhiều thay đổi. Tỷ lệ mổ lấy thai trong cuộc đẻ song thai ngày càng tăng vì lý do sản khoa cũng như lý do xã hội. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm các mục tiêu: 1. Xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan ở các sản phụ song thai. 2. Đánh giá kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

235 sản phụ mang thai song thai tại Khoa Phụ

sản Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ tháng 6/2014 đến tháng 6/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Sản phụ được khám và siêu âm chẩn đoán song thai.
- Tuổi thai ≥ 22 tuần: Tuổi thai được tính dựa vào ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng hoặc theo siêu âm thai 3 tháng đầu.
- Sản phụ vào điều trị nội trú và kết thúc thai kỳ tại bệnh viện.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Song thai có ít nhất 1 thai chết trong tử cung.

Cổ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang có theo dõi.

Các bước tiến hành

-Bước 1: Tiếp nhận và thăm khám các sản phụ vào điều trị và kết thúc thai kỳ.

-Bước 2: Điều trị

+ Đối với những sản phụ chưa đủ tháng (< 37 tuần) có dấu hiệu dọa sinh non hoặc có các bệnh lý kèm (tiền sản giật, rau tiền đạo, Basedow,...) tiến hành điều trị đến thời điểm kết thúc thai kỳ sẽ đánh giá tình trạng mẹ và thai để quyết định phương pháp sinh.

+ Đối những sản phụ mang song thai đủ tháng chuyển dạ: Đánh giá tình trạng mẹ và thai để quyết định kết thúc thai kỳ đúng chỉ định

-Bước 3: Đánh giá kết quả kết thúc thai kỳ, đánh giá các biến chứng trên mẹ và thai.

Xử lý số liệu:

Nhập số liệu vào phần mềm Microsoft Excel 2007. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

3. Kết quả

3.1 Tỷ lệ sinh song thai

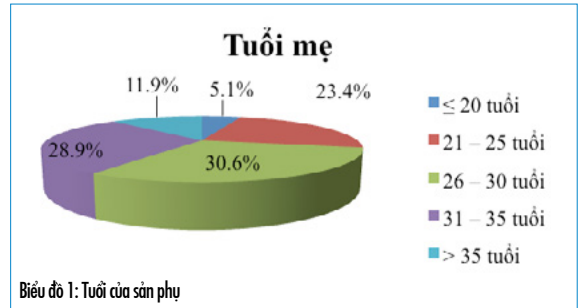
Trong thời gian nghiên cứu từ ngày 01/6/2014 đến ngày 01/6/2016 tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế có 25.815 sản phụ đến sinh.

Trong đó tỷ lệ sinh song thai tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế là 0,6%.

Tỷ lệ sinh song thai tại Bệnh viện Trung ương Huế là 1,2%.

Tỷ lệ sinh song thai chung là 0,9%.

3. 2 Các yếu tố liên quan song thai



Tuổi sản phụ phân bố tập trung nhất ở nhóm 26 – 30 tuổi chiếm 30,6%. Ở nhóm tuổi dưới 20 chiếm 5,1%. Tuổi trung bình là 29,1 ± 5,1, thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 42 tuổi.

Bảng 1: Số lần mang thai của các sản phụ

Số lần mang thai (lần)	n	%	$\bar{X} \pm SD$ (lần)
1	96	40,9	2,0 ± 1,1 (1 - 6)
2	75	31,9	
≥ 3	64	27,2	
Tổng	235	100	

Số sản phụ có số lần mang thai từ 2 lần trở lên chiếm 59,1%. Số sản phụ sinh con so là 40,9%. Số lần mang thai trung bình là 2,0 ± 1,1, cao nhất là 6 lần, thấp nhất là 1 lần.

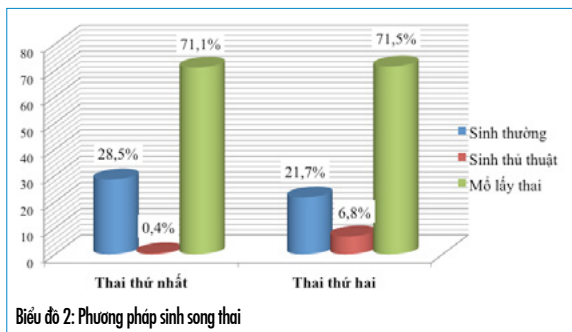
Bảng 2: Tiền sử bản thân và gia đình

Tiền sử	n	%
Dùng thuốc tránh thai ngừng đột ngột	30	12,8
Tiền sử gia đình sinh song thai/đa thai	28	11,9
Dùng thuốc kích thích phóng noãn và áp dụng các biện pháp hỗ trợ sinh sản	18	7,7
Sản phụ là con song thai	5	2,1
Chồng là con song thai	2	0,9
Đã sinh song thai/đa thai	1	0,4
Không rõ nguyên nhân	151	64,2
Tổng	235	100

Có 64,2% sản phụ mang song thai không rõ nguyên nhân. Sản phụ có tiền sử dùng thuốc tránh thai chiếm 12,8%. Số sản phụ có tiền sử gia đình nội ngoại sinh song thai, đa thai là 11,9%. Sản phụ dùng thuốc kích thích phóng noãn và điều trị vô sinh là 7,7%. Sản phụ là con song thai chiếm 2,1% và chồng là con song thai chiếm 0,9%. Nhóm sản phụ có tiền sử đã sinh song thai chiếm 0,4%.

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

Các phương pháp sinh song thai và các mối liên quan



Chúng tôi ghi nhận sản phụ sinh thường chiếm 21,7%, mổ lấy thai 71,5% và sinh thủ thuật là 6,8%.

Bảng 3: Liên quan giữa một số yếu tố và phương pháp sinh

Liên quan		Phương pháp sinh		Tổng	p
		Sinh đường âm đạo	Mổ lấy thai		
Tuổi mẹ	≤ 20	4(33,3%)	8(66,7%)	12(5,1%)	p>0,05
	21 - 25	15(27,3%)	40(72,7%)	55(23,4%)	
	26 - 30	18(25,0%)	54(75,0%)	72(30,6%)	
	31 - 35	23(33,8%)	45(66,2%)	68(28,9%)	
	> 35	7(25,0%)	21(75,0%)	28(11,9%)	
Tổng	67(28,5%)	168(71,5%)	235(100%)		
Số lần mang thai	1	23(24,0%)	73(76,0%)	96(40,9%)	p>0,05
	2	21(28,0%)	54(72,0%)	75(31,9%)	
	≥ 3	23(35,9%)	41(64,1%)	64(27,2%)	
	Tổng	67(28,5%)	168(71,5%)	235(100%)	
Bệnh lý mẹ	Có	11(15,1)	62(84,9)	73(31,1)	p<0,05
	Không	56(34,6)	106(65,4)	162(68,9)	
	Tổng	67(28,5)	168(71,5)	235(100)	
Tuổi thai (tuần)	< 37	30(48,4)	32(51,6)	62(26,4)	p<0,05
	≥ 37	37(21,4)	136(78,6)	173(73,6)	
	Tổng	67(28,5)	168(71,5)	235(100)	
Ngôi thai	Ngôi 1 là ngôi đầu	64(31,4)	140(68,6)	204(86,8)	p<0,05
	Ngôi 1 không là ngôi đầu	3(9,7)	28(90,3)	31(13,2)	
	Tổng	67(28,5)	168(71,5)	235(100)	

Phương pháp sinh không liên quan các yếu tố tuổi mẹ và số lần mang thai, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phương pháp sinh trong song thai có liên quan vào các yếu tố: Tuổi thai, bệnh lý mẹ kèm theo, ngôi thai, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Bảng 4: Chỉ định mổ lấy thai

Nhóm chỉ định	n	%
Chỉ định do thai	100	59,5
Chỉ định do mẹ	54	32,1
Chỉ định do nguyên nhân xã hội	10	6,0
Chỉ định do phần phụ của thai	4	2,4
Tổng	168	100

- Nhóm chỉ định mổ lấy thai nguyên nhân do thai chiếm tỷ lệ cao nhất 59,5% trong đó nguyên nhân 2 thai vướng, chèn nhau chiếm tỷ lệ cao nhất 26,2%. Nhóm chỉ định mổ lấy thai nguyên nhân do mẹ 32,1%, trong đó nhóm mẹ có vết mổ cũ chuyển dạ cao nhất 13,7%. Đặc biệt nhóm chỉ định mổ lấy thai vì lý do xã hội (nguyện vọng xin mổ, vô sinh, con quý, tiền sử sản khoa xấu...) chiếm tỷ lệ khá cao 6,0% đứng hàng thứ 6 trong nhóm các chỉ định mổ lấy thai.

Tình trạng trẻ sau sinh

Bảng 5: Chỉ số Apgar trẻ sau sinh

Điểm	Trẻ sơ sinh thứ nhất		Trẻ sơ sinh thứ hai	
	n	%	n	%
4 - 7	45	19,1	46	19,6
8 - 10	190	80,9	189	80,4
Tổng	235	100	235	100

Chỉ số Apgar từ 8 - 10 điểm ở trẻ sơ sinh thứ nhất chiếm 80,9% và ở trẻ sơ sinh thứ 2 chiếm 80,4%. Chỉ số Apgar từ 4 - 7 điểm ở trẻ sơ sinh thứ nhất chiếm 19,1% và ở trẻ sơ sinh thứ hai chiếm 19,6%. Không có trường hợp nào cả 2 trẻ có chỉ số Apgar từ 0 - 3 điểm.

Bảng 6: Trọng lượng trẻ sơ sinh

Trọng lượng (gram)	Trẻ sơ sinh thứ nhất		Trẻ sơ sinh thứ hai		Tổng	
	N	%	n	%	n	%
< 1500	13	5,5	10	4,3	23	4,9
1500 - 1999	30	12,8	28	11,9	58	12,3
2000 - 2499	67	28,5	88	37,4	155	33,0
2500 - 2999	100	42,6	83	35,3	183	38,9
≥ 3000	25	10,6	26	11,1	52	10,9
Tổng	235	100	235	100	470	100

Trọng lượng sinh của trẻ sơ sinh dưới 2500 gr chiếm 60,2%, trọng lượng của trẻ sơ sinh dưới 2000 gr chiếm 17,2%.

Bảng 7: Mức độ chênh lệch trọng lượng giữa hai thai

Mức độ chênh lệch trọng lượng	n	%
< 10%	113	57,4
10 - < 20%	64	27,2
20 - < 30%	19	8,1
≥ 30%	17	7,2
Tổng	235	100

Mức chênh lệch trọng lượng thai < 10% có tỷ lệ cao 57,4%, chênh lệch trọng lượng hai thai < 20% có tỷ lệ cao 84,6% và nhóm chênh lệch trọng lượng thai ≥ 30% chiếm 7,2%.

Số trẻ có bệnh lý sau sinh chiếm 20,6% trong

Bảng 8: Bệnh lý sau sinh của trẻ

Tình trạng trẻ sơ sinh		Số lượng	Tỷ lệ %
Không bệnh lý		373	79,4
Bệnh lý	Nhiễm trùng	50	10,6
	Suy hô hấp	28	6,0
	Vàng da	12	2,6
	Tử vong sau sinh	4	0,9
	Dị tật bẩm sinh	3	0,6
Tổng số trẻ		470	100

đó nhiễm trùng sơ sinh chiếm 10,6%, suy hô hấp chiếm 6%. Tử vong sơ sinh chiếm 0,9%.

Bảng 9: Biến chứng của song thai đối với mẹ

Biến chứng	Phương pháp sinh	Sinh đường âm đạo		Mổ lấy thai		Chung	
		N	%	n	%	n	%
Biến chứng trước sinh	Thiếu máu trước sinh	16	23,9	50	29,8	66	28,1
	Tiền sản giật	7	10,4	34	20,2	43	18,3
	Rau tiền đạo	0	0	10	6,0	10	4,3
Biến chứng trong sinh	Ối vỡ non, ối vỡ sớm	20	29,9	33	19,6	53	22,6
	Sa dây rốn	1	1,5	0	0	1	0,4
Biến chứng sau sinh	Sốt rau	18	26,9	1	0,6	19	8,1
	Đờ tử cung	6	9,0	8	4,8	14	6,0
	Băng huyết	6	9,0	7	4,2	13	5,5
	Rau bám chặt, rau cầm tù	0	0	2	1,2	2	0,9
	Nhiễm trùng hậu sản	0	0	1	0,6	1	0,4

Biến chứng trước sinh: Biến chứng thiếu máu chiếm 28,1%. tiền sản giật chiếm 18,3%,

Biến chứng trong khi sinh: Ối vỡ sớm chiếm 22,6%, sa dây rốn chiếm 0,4%, không có trường hợp nào vỡ tử cung.

Biến chứng sau sinh: Tỷ lệ sốt rau sau sinh thường chiếm 26,9%, sau mổ 0,6%, băng huyết 5,5% trong đó sau sinh thường 9%, sau mổ 4,2%.

4. Bàn luận

4.1 Tỷ lệ sinh song thai và các yếu tố liên quan

Tỷ lệ sinh song thai trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,9%. Nguyễn Thị Lan Hương và Nguyễn Thanh Phong nhận xét về tình hình sinh song thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 6 tháng cuối năm 2015 có 618 sản phụ sinh song thai, tỷ lệ sinh song thai 5,7% [2]. Điều này có thể do cách chọn đối tượng nghiên cứu có khác nhau. Để phân tích các yếu tố liên quan mang song thai tự nhiên, đồng thời cũng như các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của song thai, đặc biệt để phân tích các đặc điểm kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai chúng tôi không chọn những trường hợp song thai có một thai lưu hoặc hai thai lưu nên số lượng

sản phụ song thai trong mẫu nghiên cứu đã giảm xuống, đồng thời đặc điểm song thai phụ thuộc yếu tố địa dư và mô hình bệnh nhân tại mỗi Bệnh viện tại các thời điểm cũng khác nhau. Mặt khác nghiên cứu gần đây của Smith thông qua các dữ liệu điều tra dân số thì tỷ lệ mang song thai tự nhiên của Việt Nam được ghi nhận thấp nhất nghiên cứu với 6,2/1000 trường hợp sinh [13].

Tuổi người mẹ là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng đối với song thai cũng như đa thai. Theo biểu đồ 1, tuổi sản phụ phân bố tập trung nhất ở nhóm 26 – 30 tuổi chiếm 30,6%. Với một số lượng đáng kể phụ nữ có thai do thành công của điều trị vô sinh dẫn đến tuổi các sản phụ sinh song thai thường lớn hơn các sản phụ sinh một thai. Theo nghiên cứu mới nhất của Nguyễn Thị Lan Hương và Nguyễn Thanh Phong thì đẻ song thai gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 25 – 29 và 30 – 34 [2]. Tại Việt Nam, sản phụ đẻ ≥ 3 lần có nguy cơ đẻ song thai tăng gấp 1,47 lần so với nhóm đẻ < 3 lần (OR = 1,47; 95% CI: 1,04 – 2,07) [4]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sản phụ có số lần mang thai từ 2 lần trở lên chiếm 59,1%, sản phụ sinh con so là 40,9%. Antsaklis ghi nhận một sự gia tăng liên tục số lần mang thai trong song thai trong một khoảng thời gian 30 năm [6].

Về mặt yếu tố tiền sử bản thân và gia đình: Qua nghiên cứu có 5/235 trường hợp sản phụ là con song thai chiếm tỷ lệ 2,1 % sản phụ sinh song thai, và có 2/235 trường hợp người chồng là con song thai, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của White và cộng sự (1964): Bản thân vợ là con song thai thì sinh song thai với tỷ lệ 1/58 và chồng là 1/116 [14]. Tiền sử sản phụ đã sinh song thai có 1 trường hợp chiếm 0,4%, tiền sử gia đình nội ngoại đã có người sinh song thai chiếm 11,9%. Tỷ lệ dùng thuốc kích thích phóng noãn và điều trị vô sinh qua nghiên cứu của chúng tôi chiếm tới 7,7% số trường hợp sinh song thai. Theo tác giả Lê Thị Bích Ngọc, tỷ lệ này ở Bệnh viện Trung ương Huế là 2,97% thì nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn [3]. Điều này có thể giải thích được bởi nguyên do nhu cầu điều trị vô sinh ngày càng tăng và khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế ngày càng phát triển nên việc sử dụng thuốc kích thích phóng noãn ngày càng phổ biến ở nước ta hiện tại cũng như tương lai. Chúng tôi ghi nhận có tới 12,8% sản phụ sinh song thai có sử dụng thuốc tránh thai ngừng đột ngột, không rõ loại chi tiết nhưng chủ yếu

là dạng thuốc tránh thai định kỳ. Theo tác giả Hoàng Ngọc Tú và Nguyễn Vũ Quốc Huy ghi nhận trong nghiên cứu tình hình đa thai thì tỷ lệ dùng thuốc tránh thai tới 21,05% [5]. Rothman cho rằng song thai hai non hoặc gặp ở phụ nữ sau ngừng thuốc tránh thai 1 tháng, ở những tháng sau hiện tượng này ít xảy ra, tỷ lệ song thai tăng khoảng 2 lần đối với những sản phụ dùng thuốc tránh thai trên 6 tháng [10].

4.2 Đặc điểm kết thúc thai kỳ trong song thai

Theo biểu đồ 2, sinh đường âm đạo chiếm tỷ lệ 28,9% ở thai thứ nhất và 28,5% ở thai thứ hai (có 1 trường hợp thai thứ nhất sinh thường, thai thứ hai chuyển mổ). Tỷ lệ sinh thủ thuật ở thai thứ nhất chiếm 0,4%, ở thai thứ hai chiếm 6,8%. Sinh can thiệp ở thai thứ nhất này là nội xoay thai, xảy ra ở trường hợp: Sản phụ mang thai con so 28 tuần vào viện vì dọa sinh non, quá trình điều trị sản phụ chuyển dạ sinh non khó tránh, ối vỡ lúc cổ tử cung mở hết có tình trạng sa dây rốn, ngòì ngược nên tiến hành đại kéo thai thai thứ nhất. Tỷ lệ mổ lấy thai ở thai thứ nhất chiếm 71,1% và ở thai thứ hai là 71,5%. Phương pháp can thiệp sinh thai thứ hai 100% (16/16) là nội xoay thai, không có trường hợp nào đặt forcep sản khoa. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương và Nguyễn Thanh Phong trong 6 tháng cuối năm 2015 tỷ lệ sinh thường, sinh thủ thuật đối với thai thứ nhất là 18,2%, 0,2% và đối với thai thứ hai lần lượt là 18,4%, 0% [2]. Qua đó nhận xét được tình hình sinh thường song thai ngày càng thấp trong song thai. Bamberg và cộng sự (2012) nghiên cứu 1239 trường hợp song thai tại Đức thì tỷ lệ sinh đường âm đạo chiếm 33,2%, mổ lấy thai chiếm 66,8% trong đó mổ lấy thai ở nhóm sản phụ song thai do điều trị vô sinh cao khác biệt có ý nghĩa với nhóm sản phụ mang song thai tự nhiên (72,3% và 63,9%) [7].

Tình hình trẻ sau sinh:

Trong sinh song thai do thời gian sổ kéo dài hơn và tỷ lệ can thiệp cao hơn nên tỷ lệ trẻ bị ngạt ($A_{\text{gar}} \leq 7$ điểm) cao hơn so với một thai, nhất là đối với thai thứ hai, điều này phù hợp với những ghi nhận của các tác giả Nguyễn Thị Kiều Oanh (16,1%) và trong y văn [4]. So với kết quả của Lê Thị Bích Ngọc thì tỷ lệ ngạt sơ sinh đối với thai thứ nhất là 29,17% và đối với thai thứ hai là 46% thì kết quả của chúng tôi thấp hơn [3]. Có lẽ do tỷ lệ theo dõi sinh đường âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn,

đối với non tháng dùng thuốc trưởng thành phổi sớm, sử dụng các phương tiện chẩn đoán liên quan sức khỏe thai, tiền lượng cuộc đẻ góp phần hạn chế được những thai kỳ có nguy cơ sinh ngạt.

Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là yếu tố nguy cơ tử vong cao của trẻ có thể dẫn đến suy dinh dưỡng về sau ảnh hưởng sự phát triển của trẻ, đặc biệt là nhóm trẻ có cân nặng dưới 2000 gram. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhóm này là 17,2% thấp hơn nghiên cứu của Lê Thị Bích Ngọc và Hoàng Ngọc Tú trước đây tại Huế là 25,53% và 22,01%. Có lẽ tỷ lệ này ngày càng giảm do nhóm nghiên cứu có nghề nghiệp cán bộ nhân viên chiếm tỷ lệ cao, điều kiện về chăm sóc thai nghén, dinh dưỡng, sự hiểu biết các kiến thức và kỹ năng chăm sóc bản thân của các bà mẹ đã tốt hơn. Sự khác nhau về trọng lượng giữa hai thai trong song thai là vấn đề ngày càng được quan tâm. Sự chênh lệch trọng lượng giữa hai thai thường do hội chứng truyền máu cho – nhận giữa hai thai, trong hai thai có 1 thai chết lưu... Trong nghiên cứu này vì lý do thời gian cũng như giới hạn của đề tài, chúng tôi chỉ khảo sát sơ bộ về sự chênh lệch trọng lượng giữa hai thai chứ chưa đi sâu vào từng nguyên nhân tại sao có sự chênh lệch trọng lượng hai thai. Sự chênh lệch trọng lượng thai dù sao cũng chưa có mức chuẩn, hiện nay người ta đang dùng rộng rãi trọng lượng khác nhau từ 15 – 20% và 30% đối với song thai sinh non [15]. Đây là yếu tố góp phần trong việc tiên lượng nguy cơ sinh non sớm trên các sản phụ mang song thai.

Tử vong sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 0,9% là do biến chứng của sinh thai cực non, nhiễm trùng, suy hô hấp... Kết quả của chúng tôi tương tự của Hoàng Ngọc Tú là 0,87%. So với kết quả của Nguyễn Thị Hạnh là 6,3%, của Lê Thị Bích Ngọc là 1,58% thì tỷ lệ trẻ chết sau sinh của chúng tôi là thấp hơn có lẽ do việc khám chẩn đoán và xử lý kịp thời đã góp phần giảm tỷ lệ tử vong trẻ sau sinh.

Biến chứng song thai đối với mẹ

Biến chứng trước sinh: Theo Salvi và cộng sự thì tỷ lệ thiếu máu trong song thai tới 48% [11]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn có thể do tình hình quản lý thai nghén tốt hơn trước đây, các sản phụ khám thai định kỳ, bổ sung viên sắt trong quá trình mang thai nên số sản phụ thiếu máu được điều trị sớm. Theo y văn tiền sản giật chiếm tỷ lệ 15 – 30% trong các trường hợp sinh song thai. Tỷ lệ sản phụ có tình trạng

tiền sản giật trong nghiên cứu chúng tôi là 18,3%. Biến chứng rau tiền đạo là 4,3% tương tự tỷ lệ của tác giả Lê Thị Bích Ngọc là 3,96%. Không có trường hợp song thai nào có biến chứng phù phổi cấp cũng như rong bong non trong thời gian nghiên cứu.

Biến chứng trong khi sinh: Ổi vỡ sớm chiếm 22,6%, không có trường hợp nào vỡ tử cung. Sa dây rốn chiếm tỷ lệ 0,4%, so với Lê Thị Bích Ngọc ghi nhận trong sinh song thai tỷ lệ sa dây rốn chiếm tỷ lệ 1,98% thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có lẽ là chúng tôi nghiên cứu trên tất cả các trường hợp sinh song thai, sản phụ được theo dõi và xử trí kịp thời nên biến cố này ít xảy ra.

Biến chứng sau sinh: Băng huyết là nguy cơ lớn nhất ở sản phụ sau sinh song thai, một trong những tai biến sản khoa có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng là tử vong mẹ. Theo Santana và cộng sự thì tỷ lệ băng huyết sau sinh trong song thai chiếm 3,4% nguy cơ cao 2,77 lần so với đơn thai [12], thì nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả cao hơn là 5,5%. Kết quả chúng tôi thấp hơn tác giả Lê Thị Bích Ngọc (9,9%) và Hoàng Ngọc Tú (10,52%). Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi khâu dự phòng chảy máu sau sinh trong song thai đã được thực hiện tốt, các sản phụ được xử lý tích cực giai đoạn III, xoa đáy tử cung liên tục, tăng go tử cung ngay sau sổ thai..

Các biến chứng về phía mẹ trong nghiên cứu

thường ở mức độ nhẹ và không có trường hợp nào mẹ tử vong, phản ánh tình trạng công tác quản lý thai nghén tuyến cơ sở đã tiến hành tốt hơn, các cơ sở y tế có chẩn đoán và xử trí kịp thời.

5. Kết luận

- Tỷ lệ sinh song thai là 0,9%. Song thai ở sản phụ có tiền sử gia đình sinh song thai 11,9%, bản thân sản phụ là con song thai 2,1% và sản phụ có dùng thuốc kích thích noãn và biện pháp hỗ trợ sinh sản điều trị vô sinh chiếm 7,7%.

- Sản phụ sinh thường chiếm 21,7%, mổ lấy thai 71,5% và sinh thủ thuật là 6,8% tổng số sản phụ sinh song thai. Phương pháp sinh trong song thai có liên quan vào các yếu tố: Tuổi thai, bệnh lý mẹ kèm theo, ngôi thai, trọng lượng thai, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Phương pháp sinh không liên quan các yếu tố tuổi mẹ và số lần mang thai, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Các biến chứng đối với mẹ: Thiếu máu chiếm 28,9%, tiền sản giật chiếm 18,3%, băng huyết sau sinh chiếm 5,5%, sót rau chiếm 8,1%, đờ tử cung chiếm 6,0%. Biến chứng đối với trẻ: Sinh non 31,5%, trẻ nhẹ cân $< 2500\text{gr}$ chiếm tỷ lệ 60,2%, nhiễm trùng sau sinh chiếm 10,6%, suy hô hấp chiếm 6%, vàng da chiếm 2,6% và tử vong sơ sinh chiếm tỷ lệ 0,9%.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Thị Hạnh (2004), 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 1/2003 - 6/2004, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Lan Hương và Nguyễn Thanh Phong (2016), "Nhận xét tình hình đẻ song thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong sáu tháng cuối năm 2015", Tạp chí Phụ Sản. tập 14 (01), tr. 80-85.
3. Lê Thị Bích Ngọc (2003), Nghiên cứu tình hình đa thai tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.
4. Nguyễn Thị Kiều Oanh (2006), Tình hình song thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 7/2004 đến tháng 6/2006, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Hoàng Ngọc Tú và Nguyễn Vũ Quốc Huy (2008), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí kết thúc chuyển dạ ở các trường hợp sinh đa thai", Tạp chí Phụ Sản. 7(2), tr. 22-26.
6. Antsaklis A., Malamas F.M., Sindos M. (2013), "Trends in twin pregnancies and mode of delivery during the last 30 years: inconsistency between guidelines and clinical practice", J Perinat Med. 41(4), pp. 355-64.
7. Bamberg C., Fotopoulou C., Neissner P., Slowinski T., Dudenhausen J.W., Proquitt H., et al (2012), "Maternal characteristics and twin gestation outcomes over 10 years: impact of conception methods", Fertil Steril. 98(1), pp. 95-101.

8. Chauhan S.P., Scardo J.A., Hayes E., Abuhamad A.Z., Berghella V. (2010), "Twins: prevalence, problems, and preterm births", Am J Obstet Gynecol. 203(4), pp. 305-15.
9. Martin J.A., Hamilton B.E., Osterman M.J., Curtin S.C., Matthews T.J. (2015), "Births: final data for 2013", Natl Vital Stat Rep. 64(1), pp. 1-65.
10. Rothman K.J. (1977), "Fetal loss, twinning and birth weight after oral contraceptive use", The New England journal of medicine. 297(9), tr. 468-471.
11. Salví A., Saini L., Mital P., Shekhawat U., Battar A., Gupta D. (2015), "Maternal and foetal outcome in twin pregnancy - A study at tertiary care teaching hospital", International Journal of Sciences & Applied Research. 2(1), pp. 19-26.
12. Santana D.S., Cecatti J.G., Surita F.G., Silveira C., Costa M.L., Souza J.P., et al (2016), "Twin Pregnancy and Severe Maternal Outcomes: The World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health", Obstet Gynecol. 127(4), pp. 631-41.
13. Smits J., Monden C. (2011), "Twinning across the Developing World", PLoS ONE. 6(9), pp. e25239.
14. White C., Wyshak G. (1964), "Inheritance in human dizygotic twinning", N Engl J Med. 271, pp. 1003-5.
15. Yalcin H.R., Zorlu C.G., Lembed A., Ozden S., Gokmen O. (1998), "The significance of birth weight difference in discordant twins: a level to standardize?", Acta Obstet Gynecol Scand. 77(1), pp. 28-31.