

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ BIẾN CHỨNG VÀ KẾT QUẢ THAI KỲ Ở CÁC SẢN PHỤ SONG THAI

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Mai Ngọc Ba¹, Nguyễn Tiến Công¹

Ngày nhận bài: 05/11/2021; Ngày phản biện thông qua: 29/12/2021; Ngày duyệt đăng: 14/3/2022

TÓM TẮT

Song thai là một thai kỳ tiềm ẩn nhiều nguy cơ, có thể gây hậu quả bất lợi đến sức khỏe của mẹ và đặc biệt là thai nhi trong quá trình mang thai, lúc chuyển dạ cũng như cả sau khi sinh. Nghiên cứu này tiến hành với mục tiêu khảo sát một số biến chứng và đánh giá kết quả thai kỳ ở các sản phụ song thai. Đây là 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 nghiên cứu: 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 02%. 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% sảy 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 ($p < 0,05$).

Từ khóa: song thai, hội chứng truyền máu trong song thai, thai chết trong tử cung.

1. MỞ ĐẦU

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) (Cunningham et al., 2018). 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 (Bộ môn Phụ Sản - Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2014). 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 (Stach et al., 2014).

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.

2. NỘI DUNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nội dung nghiên cứu

Khảo sát một số biến chứng và đánh giá kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai tại khoa Phụ sản - Bệnh viện Trung Ương Huế và khoa Phụ sản - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

2.2. 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 01/5/2019 đến 30/4/2020.

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.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

¹Khoa Y Dược, Trường Đại học Tây Nguyên;

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thu Hương, ĐT: 0914198212, Email: thuhuongtnu@gmail.com.

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.

3. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, có 118 sản phụ song thai được theo dõi kết thúc thai kỳ. Qua phân tích ghi nhận những kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm của mẫu nghiên cứu

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

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%. Tỉ lệ có thai tự nhiên chiếm đa số với 80,5%. Song thai nhóm D - D chiếm tỉ lệ cao nhất với 52,5%.

3.2. Biến chứng của song thai

3.2.1. Biến chứng mẹ:

Bảng 2. Một số biến chứng mẹ

	Biến chứng		Không biến chứng	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Biến chứng trước sinh:				
Thiếu máu	39	33,1	79	66,9
THATK	5	4,2	113	95,8
Tiền sản giật	15	12,7	103	87,3
Biến chứng sau sinh:				
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

Nhận xét:

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) (WHO, 2011). 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 tỉ 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% (Fox et al., 2014), hay một nghiên cứu trong nước của Nguyễn Thanh Hiền trên 235 trường hợp song thai, có tỉ lệ tiền sản giật là 18,5% (Nguyễn Thanh Hiền and Nguyễn Vũ Quốc Huy, 2016).

Biến chứng sau sinh phổ biến nhất là sót nhau, chiếm 7,6%. Nguyên nhân có thể do bánh nhau trong song thai bám diện rộng, kèm theo tỉ lệ sinh non khá cao. Đó là những yếu tố nguy cơ dẫn đến sót nhau. Phần lớn các trường hợp sót 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.

3.2.2. Biến chứng thai:

Bảng 3. Một số biến chứng thai

	Biến chứng		Không biến chứng	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Biến chứng chung cho thai				
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
Biến chứng chỉ có ở song thai một bánh nhau				
TTTS	7	5,9	111	94,1
TRAP	1	0,8	117	99,2

Nhận xét: 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. 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 (Kiserud and Piaggio, 2017). sIUGR trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 8,5%. 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%.

Chết một thai cũng khá phổ biến và chiếm tỉ 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 9.822 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 (Morikawa et al., 2012). 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 03 trường hợp, trong đó có một trường

hợp u quái vùng bụng và 02 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 tỉ 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.

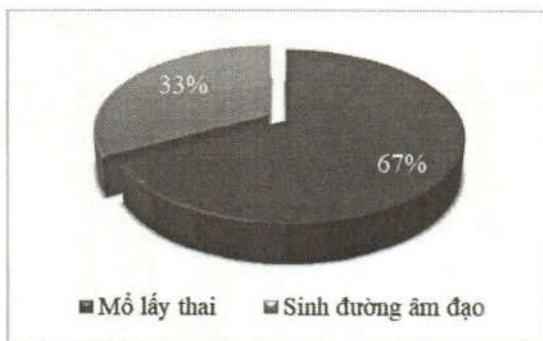
Một trong những biến chứng sớm của thai kỳ song thai là sẩy thai, nghiên cứu chúng tôi có 05 trường hợp và chiếm 4,2%. Tỉ lệ này là khá thấp bởi theo nhiều nghiên cứu trước đây, tỉ lệ sẩy thai trong thai kỳ đơn thai có thể lên đến 10 - 20% đối với mang thai lâm sàng và có thể cao hơn bởi nhiều trường hợp sẩy thai không thể xác định được (Magnus et al., 2019). 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 TTTN ghi nhận rằng tỉ lệ sẩy thai chiếm 17,1%, tỉ lệ này còn thấp hơn tỉ lệ sẩy thai của đơn thai (21,7%) (Tummers et al., 2003). 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 tỉ lệ 42,4% trong toàn bộ các trường hợp song thai. 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, tỉ lệ sinh non của đơn thai khoảng 10,4% và rất non (dưới 32 tuần) là 1,6% trong khi

đó tỉ lệ sinh non đối với song thai theo thống kê của tác giả là 58,8% và sinh rất non lên tới 11,4% (Martin JA et al., 2011). 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 bằng 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.

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

3.3.1. Phương pháp chấm dứt thai kỳ:



Biểu đồ 1. Phương pháp chấm dứt thai kỳ
Tỉ 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	Tỉ lệ %
Nguyên nhân của mẹ	Bệnh lý mẹ	6	7,9
	Sẹo mổ cũ	16	21,1
	Tổng	22	29,0
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
	Tổng	31	40,8
Nguyên nhân từ phần phụ	Nhau bong non	2	2,6
Nguyên nhân xã hội		18	23,7
Nguyên nhân khác	Chuyển dạ kéo dài	3	3,9
Tổng		76	100,0

Nhận xét:

Tỉ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu chúng tôi là 67%, sinh đường âm đạo chiếm 33%. Tỉ 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, song thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Hoàng Lan (83,7%) (Nguyễn Minh Nguyệt, 2008; Nguyễn Thanh Hiền and Nguyễn Vũ Quốc Huy, 2016; Vũ Hoàng Lan, 2015). Nguyên nhân một phần là do tỉ 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. 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 đẻ 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.

3.3.1. Kết quả sơ sinh:

Nhóm trẻ sinh ra có cân nặng thấp (< 2.500 gr) chiếm tỉ lệ 65,5%.

Bảng 5. Cân nặng của trẻ sơ sinh trong song thai

Cân nặng (gram)	Thai thứ nhất		Thai thứ hai		Tổng		P
	Số lượng	Ti lệ %	Số lượng	Ti lệ %	Số lượng	Ti lệ %	
< 2000	28	24,8	31	27,4	59	26,1	0,123
2.000 - < 2.500	39	34,5	50	44,2	89	39,4	
2.500 - < 3.000	37	32,7	28	24,8	65	28,8	
≥ 3.000	9	8,0	4	3,5	13	5,7	
Tổng	113	100,0	113	100,0	226	100,0	

Bảng 6. Kết quả sơ sinh.

Kết quả sơ sinh	Thai 1 (n = 113)		Thai 2 (n = 113)		Tổng (n = 226)		P
	Số lượng	Ti lệ %	Số lượng	Ti lệ %	Số lượng	Ti 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	

Ti 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.

Nhận xét:

Cân nặng thai nhi từ 2.000 – 2.500 gr chiếm tỉ lệ cao ở cả 2 thai (39,4%) và nhóm có cân nặng < 2.000 gr là 26,1%. Như vậy nhóm trẻ sinh ra có cân nặng thấp trong song thai chiếm tỉ lệ rất cao (65,5%). 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.

Ti 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 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).

4. 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.

- Tuổi sản phụ song thai phân bố chủ yếu ở nhóm 20 - 34 tuổi với 82,1%; Tuổi trung bình là $28,89 \pm 5,215$, tuổi lớn nhất là 42, nhỏ nhất là 16. Sản phụ mang thai con so là 48,3% và con rạ là 51,7%. Nghề nghiệp của sản phụ, cán bộ viên chức chiếm tỉ lệ cao nhất với 33,9%. Tỉ lệ mang thai tự nhiên là 80,5%, thụ tinh trong ống nghiệm là 17,8% và thụ tinh nhân tạo là 1,7%. Song thai nhóm hai bánh nhau - hai buồng ối chiếm 52%, một bánh nhau - hai buồng ối 46% và một bánh

nhau - một buồng ối là 02%.

- Biến chứng trước sinh của mẹ phổ biến nhất là thiếu máu với 33,1%, tiền sản giật 12,7% và tăng huyết áp thai kỳ 4,2%. Biến chứng sau sinh chiếm tỉ lệ cao nhất là sót nhau với 7,6%.

- Biến chứng cho thai: thai chậm tăng trưởng trong tử cung là biến chứng phổ biến nhất chiếm tới 69,2%, sau đó là sinh non với 42,4%, thai chậm tăng trưởng có chọn lọc là 8,5%, chết một thai 9,3%, hội chứng truyền máu trong song thai là 5,9%.

- Tỉ lệ mổ lấy thai chiếm 67% trong khi đó sinh đường âm đạo chỉ chiếm 33%. Nguyên nhân mổ lấy thai phổ biến nhất trong nhóm nguyên nhân từ thai với 40,8%.

- Mang thai con so có nguy cơ mổ lấy thai cao hơn gấp 3,25 lần so với nhóm mang thai con rạ (OR = 3,25; 95% CI: 1,4 – 7,52). Không có sự tương quan mang ý nghĩa thống kê giữa các biến chứng của mẹ và thai nhi cũng như biến chứng của phần phụ với việc lựa chọn phương pháp chấm dứt thai kỳ ($p > 0,05$).

RESEARCH ON SOME COMPLICATIONS AND PREGNANCY OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH TWIN PREGNANCY

Nguyen Thi Thu Huong², Mai Ngoc Ba², Nguyen Tien Cong²

Received Date: 05/11/2021; Revised Date: 29/12/2021; Accepted for Publication: 14/3/2022

SUMMARY

Twin pregnancy is a pregnancy with many potential risks, which can have adverse consequences on the health of the mother and especially the fetus during pregnancy, labor and after birth. This study was conducted to survey some complications and evaluate pregnancy outcomes in pregnant women with twins. We applied a cross-sectional survey of 118 pregnant women with 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. Research 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 ($p < 0.05$).

Keywords: twins, twin to twin transfusion syndrome, stillbirth.

²Faculty of Medicine and Pharmacy, Tay Nguyen University;

Corresponding author: Nguyen Thi Thu Huong, Tel: 0914198212, Email: thuhuongtmu@gmail.com.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

- Bộ Môn Phụ Sản - Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh (2014). *Đa thai. Sản phụ khoa Tập 1*. Nhà xuất bản Y Học chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.
- Nguyễn Minh Nguyệt (2008). *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.
- Nguyễn Thanh Hiền & Nguyễn Vũ Quốc Huy (2016). “*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, 14, 28 - 34.
- Vũ Hoàng Lan (2015). *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.

Tài liệu tiếng nước ngoài

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, L. S., Spong, K. Y., Dashe, J. S., Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey & Jeanne F. Sheffield (2018). *Multifetal Pregnancy. Williams Obstetric. 25 ed ed.*: McGraw-Hill Education.
- Fox, N. S., Roman, A. S., Saltzman, D. H., Hourizadeh, T., Hastings, J. & Rebarber, A. (2014). “Risk factors for preeclampsia in twin pregnancies. *Am J Perinatol*, 31; 163-166.
- Kiserud, T. & Piaggio, G. (2017). “The World Health Organization Fetal Growth Charts: A Multinational Longitudinal Study of Ultrasound Biometric Measurements and Estimated Fetal Weight. *PLoS Med*, 14, e1002220.
- Magnus, M. C., Wilcox, A. J., Morken, N. H., Weinberg, C. R. & Håberg, S. E. (2019). “Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *Bmj*, 364, l869.
- Martin Ja, Hobel, C. J., Hamilton, B. E., Ventura, S. J., Osterman, M. J., Kirmeyer, S., Mathews, T. J. & Wilson, E. C. (2011). “Births: final data for 2009. *Natl Vital Stat Rep*, 60, 1-70.
- Morikawa, M., Yamada, T., Yamada, T., Sato, S., Cho, K. & Minakami, H. (2012). “Prospective risk of stillbirth: monochorionic diamniotic twins vs. dichorionic twins. *J Perinat Med*, 40, 245-249.
- Stach, S. L., Liao, A. W., Brizot, M. D. L., Francisco, R. P. V. & Zugaib, M. (2014). “Maternal postpartum complications according to delivery mode in twin pregnancies. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 69, 447-451.
- Tummers, P., De Sutter, P. & Dhont, M. (2003). “Risk of spontaneous abortion in singleton and twin pregnancies after IVF/ICSI. *Hum Reprod*, 18, 1720-1723.
- WHO (2011). *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity*. Geneva: Vitamin and Mineral Nutrition Information System.