

DOI: 10.58490/ctump.2024i79.2857

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT CỤC THAI KỲ CỦA SẢN PHỤ MANG SONG THAI
TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Võ Thị Kim Quê^{1*}, Nguyễn Văn Lâm¹, Nguyễn Thái Hoàng²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ

*Email: kimque1406@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/5/2024

Ngày phản biện: 16/8/2024

Ngày duyệt đăng: 25/8/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Song thai là một thai kỳ có nguy cơ bệnh lý và tử vong chu sinh cao, có thể gây nhiều hậu quả bất lợi cho mẹ và thai cả trong thời kỳ mang thai cũng như khi chuyển dạ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết cục thai kỳ của sản phụ mang song thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 170 sản phụ mang song thai đến nhập viện và theo dõi chăm sóc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Song thai tự nhiên chiếm đa số với 79,4% so với song thai do hỗ trợ sinh sản là 20,6%. Tỷ lệ song thai hai bánh nhau - hai buồng ối chiếm 52,4% cao hơn so với song thai một bánh nhau - hai buồng ối là 47,6%. Một số biến chứng thai kỳ trong song thai gồm: Thai chậm tăng trưởng chọn lọc chiếm 15,9%; hội chứng truyền máu chiếm 3,5% và song thai với một thai lưu chiếm 3,5%. Tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ song thai chiếm tỷ lệ cao là 89,4%. Biến chứng ở mẹ gồm: Thiếu máu 22,4%; tiền sản giật 14,1% và băng huyết sau sinh 3,5%. Biến chứng ở trẻ gồm: Sinh non 69,4%; sơ sinh nhẹ cân so với tuổi thai 49,7%; suy hô hấp 19,8%; tỷ lệ sơ sinh cần chăm sóc tích cực sau sinh (NICU) là 18,0% và tử vong sơ sinh là 2,7%. **Kết luận:** Tỷ lệ mổ lấy thai trong song thai khá cao. Song thai gây ra nhiều biến chứng cho cả mẹ và thai. Non tháng và nhẹ cân là hai nguy cơ lớn nhất đối với trẻ trong thai kỳ song thai.

Từ khóa: Song thai, hội chứng truyền máu trong song thai, kết cục thai kỳ

ABSTRACT

THE CLINICAL, PARACLINICAL AND OUTCOMES
OF TWIN PREGNANT WOMEN
AT CAN THO OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Võ Thị Kim Quê^{1*}, Nguyễn Văn Lâm¹, Nguyễn Thái Hoàng²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Obstetric and Gynecology Hospital

Background: Twin pregnancies are high-risk pregnancies of perinatal morbidity and mortality, which can cause many adverse consequences for mother and fetal both during pregnancy and labor. **Objectives:** To descriptive the clinical, subclinical characteristics and evaluate the pregnancy outcomes of twin pregnant women. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 170 twin pregnant women who were hospitalized and monitoring for termination of pregnancy at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** Naturally conceived twins for the majority at 79.4% compared to the rate of twin conceived using ART was low at 20.6%. The rate of Dichorionic-Diamniotic was 52.4%, higher than the rate of Monochorionic-Diamniotic was 47.6%. The pregnancy complications: selective intrauterine growth restriction was 15.9%, twin - twin transfusion syndrome was 3.5% and twin with death of one fetal was 3.5%. The rate of Cesarean

section in twin pregnant was high at 89.4%. Complications for the mother: Anemia was 22.4%, preeclampsia was 14.1% and postpartum hemorrhage was 3.5%. Complications for the newborn: Preterm birth 69.4%, low birth weight for gestational age was 49.7%, respiratory distress 19.8%, the rate of newborns requiring intensive care after birth (NICU) was 18.0% and neonatal mortality was 2.7%. **Conclusion:** The rate of Cesarean section in twin pregnancies is quite high. Twin pregnancies cause many complications for both mother and fetal. Premature birth and low birth weight are the two biggest risks for newborn in twin pregnancies.

Keywords: Twin pregnancy, twin - twin transfusion syndrome, outcome pregnancy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song thai là sự phát triển đồng thời của cả hai thai trong buồng tử cung. Tỷ lệ song thai có xu hướng tăng lên trong vài thập kỷ qua trên toàn thế giới. Tỷ lệ song thai ở Mỹ tăng 76% từ năm 1980 đến năm 2009, từ 18,9 lên 33,3 trên 1000 trường hợp sinh [1]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền và Nguyễn Thị Lan Hương, ghi nhận tỷ lệ song thai lần lượt là 0,9% và 5,7% [2], [3]. Song thai làm tăng nguy cơ bệnh lý ở mẹ như thiếu máu, tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ cũng như tăng nguy cơ mổ lấy thai và băng huyết sau sinh [1], [4]. Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh thường cao chủ yếu do biến chứng của sinh non và nhẹ cân và đặc biệt là những biến chứng của song thai một bánh nhau như: hội chứng truyền máu, thai chậm tăng trưởng chọn lọc, hội chứng thiếu máu đa hồng cầu [1], [5]. Trong quá trình chuyển dạ, đặc biệt đối với thai thứ hai, có thể xảy ra nhiều biến cố nguy hiểm như suy thai, sa dây rốn, nhau bong non hay ngôi bất thường. Việc nắm vững các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ mang song thai và những biến chứng có thể xảy ra giúp bác sĩ sản khoa có hướng tiếp cận và xử trí phù hợp để nhằm mục đích cuối cùng là giảm thiểu những tai biến, biến chứng, đem lại kết cục thai kỳ tốt đẹp cho cả mẹ và bé. Tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ, hàng năm tiếp nhận nhiều trường hợp song thai đến khám và theo dõi sinh, nhưng chưa có nghiên cứu cụ thể nào về các trường hợp này, vì vậy nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết cục thai kỳ của sản phụ mang song thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ mang song thai đến nhập viện và theo dõi chăm sóc thai kỳ tại Bệnh Viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 5 năm 2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Sản phụ mang song thai có tuổi thai từ 22 tuần trở lên. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Song thai cả hai thai lưu. Sản phụ không có khả năng giao tiếp như tâm thần, câm điếc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Theo công thức ước lượng tỷ lệ:

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

Với n: cỡ mẫu tối thiểu cần có để nghiên cứu có ý nghĩa thống kê, α : Mức ý nghĩa thống kê (chọn $\alpha = 0,05$), Z: Trị số phân phối chuẩn với $Z(1-\alpha/2) = 1,96$, d: Sai số cho phép ($d = 0,07$), p là tỷ lệ kết cục sinh non của sản phụ mang song thai theo nghiên cứu của

Nguyễn Thanh Hiền là 31,5% ($p = 0,315$) [2]. Số mẫu tối thiểu cần thu thập là 169 trường hợp. Thực tế chúng tôi thu thập được 170 trường hợp.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Các sản phụ mang song thai đến khám nếu có chỉ định nhập viện và thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được tư vấn, giải thích rõ mục đích nghiên cứu để sản phụ tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Khai thác tiền sử, bệnh sử, khám toàn thân ghi nhận các bệnh lý nội ngoại khoa kèm theo, ghi nhận số lượng bánh nhau, buồng ối thông qua hỏi sản phụ và đối chiếu với các kết quả siêu âm trước đó trong ba tháng đầu. Khám âm đạo đánh giá tình trạng cổ tử cung, ngôi thai, tình trạng ối. Đồng thời sản phụ được làm siêu âm kiểm tra tình trạng thai và thực hiện thêm một số xét nghiệm cần thiết. Về các biến chứng trong song thai: Hội chứng truyền máu được chẩn đoán trong trường hợp song thai một bánh nhau và xoang ối lớn nhất ≤ 2 cm ở thai cho và ở thai nhận ≥ 8 cm (thai ≤ 20 tuần), ≥ 10 cm (thai > 20 tuần). Thai chậm tăng trưởng chọn lọc chẩn đoán khi ước lượng cân nặng ở một thai dưới bách phân vị thứ 10 và độ chênh lệch cân nặng giữa hai thai $> 20\%$. Hội chứng thiếu máu đa hồng cầu xảy ra khi có sự bất tương xứng vận tốc đỉnh tâm thu của động mạch não giữa $> 1,5$ MoM ở thai cho và < 1 MoM ở thai nhận. Sau đó, theo dõi quá trình chuyển dạ của sản phụ, ghi nhận các biến chứng xảy ra, kết quả sản khoa của mẹ và bé. Theo dõi biến chứng trong thời gian hậu sản. Các trường hợp trẻ nhập khoa sơ sinh sẽ được tiếp tục theo dõi. Kết thúc nghiên cứu khi cả mẹ và trẻ xuất viện.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được mã hóa và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Đối với biến định tính được mô tả bằng tần số, tỷ lệ phần trăm. Đối với biến định lượng được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y dược Cần Thơ, số 22.298.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 5 năm 2024 chúng tôi ghi nhận 170 trường hợp sản phụ mang song thai thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ mang song thai

Bảng 1. Đặc điểm chung

Tuổi	Tần số (n=170)	Tỷ lệ (%)
< 20	6	3,5
20 - 34	132	77,6
≥ 35	32	18,8
Trung bình	29,56 \pm 5,2 (17 - 40)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của sản phụ là 29,56 \pm 5,2 tuổi, chủ yếu ở nhóm 20 - 34 tuổi, chiếm 77,6%, tuổi nhỏ nhất là 17 tuổi, cao nhất là 40 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm		Tần số (n=170)	Tỷ lệ (%)
Tiền thai	Con so	93	54,7
	Con rạ	77	45,3
Tuổi thai (tuần)	22 - < 28	3	1,8
	28 - < 34	33	19,4
	34 - < 37	82	48,2

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 79/2024

	Đặc điểm	Tần số (n=170)	Tỷ lệ (%)
	≥ 37	52	30,6
Cách thụ thai	Tự nhiên	135	79,4
	Hỗ trợ sinh sản	35	20,6
Ngôi thai	Thai 1 ngôi đầu	137	80,6
	Thai 1 không phải ngôi đầu	33	19,4
Loại song thai	2 bánh nhau-2 buồng ối	89	52,4
	1 bánh nhau-2 buồng ối	81	47,6
Biến chứng song thai	Hội chứng truyền máu (TTTS)	6	3,5
	Hội chứng thiếu máu đa hồng cầu (TAPs)	1	0,6
	Thai chậm tăng trưởng chọn lọc (sIUGR)	27	15,9
	Song thai một thai lưu	6	3,5

Nhận xét: Sản phụ mang thai lần đầu chiếm đa số với 54,7%. Tỷ lệ sinh non < 37 tuần là 69,4%. Song thai tự nhiên chiếm 79,4%. Song thai hai bánh nhau - hai buồng ối chiếm 52,4%; cao hơn song thai một bánh nhau - hai buồng ối là 47,6%. Biến chứng thai chậm tăng trưởng chọn lọc chiếm tỷ lệ cao nhất với 15,9%.

3.2. Kết cục thai kỳ của sản phụ mang song thai

Bảng 3. Đặc điểm kết cục thai kỳ của mẹ

	Đặc điểm	Tần số (n=170)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp sinh	Sinh thường	18	10,6
	Mổ lấy thai	152	89,4
Biến chứng trước sinh	Thiếu máu	38	22,4
	Tiền sản giật	24	14,1
Biến chứng sau sinh	Băng huyết sau sinh	6	3,5
	Sốt nhau	2	1,2
	Nhiễm trùng hậu sản	3	1,8

Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ song thai chiếm tỷ lệ cao với 89,4%. Tỷ lệ thiếu máu trong thai kỳ là 22,4%. Tiền sản giật chiếm 14,1%. Băng huyết sau sinh chiếm 3,5%. Biến chứng nhiễm trùng hậu sản và sốt nhau chiếm tỷ lệ thấp với 1,8% và 1,2%.

Bảng 4. Đặc điểm kết cục thai kỳ của trẻ

	Đặc điểm	Tần số (n=340)	Tỷ lệ (%)
	Nhẹ cân so với tuổi thai	169	49,7
	Suy hô hấp	66	19,8
	Bệnh màng trong	39	11,7
	Nhiễm trùng sơ sinh	8	2,4
	Nhập NICU	60	18,0
	Tử vong sơ sinh	9	2,7

Nhận xét: Có 169/340 trẻ có cân nặng nhỏ hơn so với tuổi thai, chiếm 49,7%. Trừ 2 trường hợp lưu ở thai thứ nhất và 4 trường hợp lưu ở thai thứ hai, còn lại 334 trẻ, tỷ lệ suy hô hấp là 19,8%; nhiễm trùng sơ sinh là 2,4%; nhập NICU là 18,0% và tử vong sơ sinh là 2,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi trung bình của sản phụ trong nghiên cứu là $29,56 \pm 5,2$ tuổi với tuổi nhỏ nhất là 17 và lớn nhất là 40 tuổi. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Liên là $28,57 \pm 4,8$ tuổi [6], Nguyễn Thanh Hiền là $29,1 \pm 5,1$ tuổi [2] thì tuổi trung bình khá tương đồng. Nhóm tuổi 20 – 34 chiếm đa số với 77,6% tương tự với nghiên cứu của Mai Ngọc Ba là 82,1% [7] và Bùi Văn Hiếu là 78,3% [8]. Kết quả này phù hợp vì độ tuổi này tương ứng với khả năng sinh sản cao của người phụ nữ.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sản phụ có thai tự nhiên chiếm đa số với 79,4%, tỷ lệ song thai do hỗ trợ sinh sản chiếm 20,6%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Mai Ngọc Ba là 80,5% và 19,5% [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hiếu ghi nhận tỷ lệ song thai do hỗ trợ sinh sản là 38,4% [5], cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể lý giải là do Bệnh viện Từ Dũ là trung tâm hỗ trợ sinh sản, là nơi tiếp nhận các thai kỳ nguy cơ như song thai và là nơi chuyển tuyến của khu vực miền Nam. Hiện nay với sự phát triển của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, dẫn đến sự gia tăng đáng kể tỷ lệ song thai, hai kỹ thuật có ảnh hưởng đáng kể nhất là thụ tinh trong ống nghiệm và kích thích buồng trứng bằng Gonadotropins [1]. Việc chuyển 2 - 3 phôi sau thụ tinh trong ống nghiệm để tăng khả năng có thai và kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung thường sử dụng thuốc kích thích buồng trứng có thể gây phóng nhiều noãn dẫn đến kết cục của các trường hợp điều trị hiếm muộn có tỷ lệ mang song thai cao hơn có thai tự nhiên. Theo dữ liệu năm 2017, trong các trường hợp mang thai sau điều trị hiếm muộn, tỷ lệ song thai là 25,5% [9].

Về phân bố dạng song thai, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận song thai hai nhau, hai ối là 52,4% và song thai một nhau, hai ối là 47,6%; không có trường hợp nào song thai một nhau, một ối. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hiếu (54,7%; 41,2%) và Mai Ngọc Ba (52,5%; 45,8%) [5], [7]. Sự phân bố dạng song thai khác nhau dẫn đến thời gian và cách thức can thiệp khi sinh cũng khác nhau.

4.2. Kết cục thai kỳ của sản phụ mang song thai

Kết cục thai kỳ của mẹ

Qua nghiên cứu trên 170 sản phụ song thai điều trị tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sinh thường là 10,6% và mổ lấy thai là 89,4%. Tỷ lệ này cao hơn khi so sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền (21,7%; 71,5%) và Nguyễn Thị Minh Hiếu (18,7%; 81,3%) [2], [5]. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc quyết định phương thức sinh như tuổi thai, số lượng bánh nhau, buồng ối, ngôi thai, cân nặng của thai cũng như sức khỏe của mẹ và thai. Song thai có thể gây nên tâm lý e ngại cho bác sĩ sản khoa về các nguy cơ có thể xảy ra khi đỡ sinh ngôi không thuận hay phải can thiệp thủ thuật khi sinh nên thường có xu hướng mổ lấy thai chủ động để hạn chế biến chứng xảy ra. Tỷ lệ sinh thường trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể là do đa số các sản phụ mang thai lần đầu, là con hiếm và những trường hợp mang thai sau điều trị hiếm muộn gây nên tâm lý lo lắng cho sản phụ và gia đình khi sinh đường âm đạo với nhiều nguy cơ nên sản phụ chọn mổ lấy thai thay vì sinh đường âm đạo. Bên cạnh đó, những trường hợp có chỉ định chấm dứt thai kỳ vì biến chứng của song thai như hội chứng truyền máu, thai chậm tăng trưởng chọn lọc trong tử cung hay do bệnh lý của mẹ không có chỉ định theo dõi sinh thường. Tất cả những điều này góp phần làm giảm tỷ lệ sinh đường âm đạo.

Song thai là yếu tố nguy cơ cao gây băng huyết sau sinh do tình trạng căng tử cung quá mức, giảm khả năng co bóp của tử cung sau khi sinh gọi là đờ tử cung, đây là nguyên

nhân hàng đầu gây băng huyết sau sinh [10]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ băng huyết sau sinh là 3,5%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền (5,5%) và Nguyễn Thị Minh Hiếu (3,5%) [2], [5].

Kết cục thai kỳ của trẻ

Tỷ lệ sinh non < 37 tuần là 69,4%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền và Nguyễn Thị Minh Hiếu lần lượt là 31,5% và 57,1% [2], [5], điều này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện đánh giá kết cục song thai từ 22 tuần trong khi đó các nghiên cứu khác chọn tuổi thai từ 32 tuần trở lên nên tỷ lệ sinh non cao hơn, đồng thời Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối của khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, có trung tâm Nhi - Sơ sinh điều trị chuyên sâu về các bệnh lý ở trẻ sơ sinh nói chung, đặc biệt là trẻ sơ sinh non tháng. Tình trạng sinh non trong song thai là vấn đề thường gặp do một số nguyên nhân như tử cung căng quá mức gây ối vỡ non, ối vỡ sớm, chuyển dạ sớm, ngoài ra còn do các biến chứng của thai kỳ song thai như hội chứng truyền máu, thai chậm tăng trưởng trong tử cung cũng như các bệnh lý ở mẹ như tiền sản giật, sản giật, nhau bong non nên phải chấm dứt thai kỳ sớm.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hơn một nửa số trẻ sinh ra có cân nặng nhỏ hơn so với tuổi thai (49,7%). Trong 340 trẻ sinh ra, có 334 trẻ sinh ra sống, trong đó số trẻ nhập NICU là 18,0%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trước đó của Nguyễn Thị Minh Hiếu là 16,6%; thấp hơn nghiên cứu của Mai Ngọc Ba là 21,7% [5], [7]. Tỷ lệ trẻ suy hô hấp là 19,8%; cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền là 6% và Nguyễn Thị Minh Hiếu là 12,5% [2], [5]. Nhiễm trùng sơ sinh là biến chứng rất hay gặp và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở trẻ sơ sinh nói chung, đặc biệt trong thai kỳ song thai, tỷ lệ non tháng và nhẹ cân khá cao, đây là hai yếu tố nguy cơ dẫn đến tỷ lệ nhiễm trùng cũng cao hơn. Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền và Nguyễn Thị Phương Liên là 10,6% và 8,8% [2], [6], nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ này thấp hơn là 2,4%, điều này có thể là do đối với những trường hợp có ối vỡ non, ối vỡ sớm việc điều trị kháng sinh dự phòng đã đạt được hiệu quả và việc thực hiện tốt nguyên tắc vô trùng trong khi thực hiện thủ thuật, phẫu thuật và khi chăm sóc trẻ sơ sinh. Có 9/334 trường hợp trẻ sinh ra tử vong, chiếm 2,7%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền là 0,9% [2] và nguyên nhân chủ yếu là do biến chứng của sinh thai cực non và rất non, suy hô hấp và nhiễm trùng sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của sản phụ là $29,56 \pm 5,2$ tuổi, nhỏ nhất là 17 tuổi, cao nhất là 40 tuổi. Tỷ lệ sinh non (< 37 tuần) là 69,4%. Song thai hai bánh nhau - hai buồng ối chiếm 52,4%, cao hơn một bánh nhau - hai buồng ối là 47,6%. Biến chứng thai chậm tăng trưởng chọn lọc chiếm tỷ lệ cao nhất với 15,9%; hội chứng truyền máu chiếm 3,5%; song thai một thai lưu chiếm 3,5%. Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 89,4%. Biến chứng của mẹ gồm: thiếu máu 22,4%; tiền sản giật 14,1% và băng huyết sau sinh là 3,5%. Biến chứng của trẻ gồm: suy hô hấp 19,8%; nhẹ cân so với tuổi thai 49,7%; nhập NICU 18% và tử vong sơ sinh 2,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Multifetal Gestations: Twin, Triplet and Higher Order Multifetal Pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2021. 137(6), 145-162, doi: 10.1097/aog.0000000000004397.

2. Nguyễn Thanh Hiền, Nguyễn Vũ Quốc Huy. Nghiên cứu tỷ lệ, một số yếu tố liên quan và kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai. *Tạp chí Phụ sản*. 2017. 14(04), 28-34, doi: 10.46755/vjog.2017.4.440.
 3. Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Thanh Phong. Nhận xét tình hình đẻ song thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong sáu tháng cuối năm 2015. *Tạp chí Phụ sản*. 2016. 14(01), 80-85, doi: 10.46755/vjog.2016.1.670.
 4. Sebghati M., Khalil A. Reduction of multiple pregnancy: Counselling and techniques. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2021. 70, 112-122, doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.06.013.
 5. Nguyễn Thị Minh Hiếu. Khảo sát các xử trí song thai có tuổi thai ≥ 32 tuần tại Bệnh viện Từ Dũ. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2018.
 6. Nguyễn Thị Phương Liên. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả thai nghén của thai phụ song thai một bánh rau hai buồng ối tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2019. Luận văn tốt nghiệp. Đại học Quốc gia Hà Nội. 2020.
 7. Mai Ngọc Ba, Trương Thị Linh Giang. Nghiên cứu một số biến chứng và kết quả thai kỳ ở các sản phụ song thai. *Tạp chí Phụ sản*. 2020. 18(3), 34-40, doi: 10.46755/vjog.2020.3.1136.
 8. Bùi Văn Hiếu, Nguyễn Thị Hoàng Trang, Nguyễn Văn Quân. Giá trị dự báo nguy cơ sinh non của chiều dài cổ tử cung trên siêu âm ở sản phụ song thai tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. *Tạp chí Phụ sản*. 2021. 19 (3), 19-25, doi: 10.46755/vjog.2021.3.1241.
 9. Sunderam S., Kissin D.M., Zhang Y., Jewett A., Boulet S.L., et al. Assisted Reproductive Technology Surveillance United States, 2017. *MMWR Surveill Summ*. 2020. 69(9), 1-20, doi: 10.15585/mmwr.ss6909a1.
 10. DiMarco G., Bevilacqua E., Passananti E., Neri C., Airoidi C., et al. Multiple Pregnancy and the Risk of Postpartum Hemorrhage: Retrospective Analysis in a Tertiary Level Center of Care. *Diagnostics (Basel)*. 2023. 13(3), 446, doi: 10.3390/diagnostics13030446.
-