

# NHẬN XÉT TÌNH HÌNH ĐẼ SONG THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG SÁU THÁNG CUỐI NĂM 2015

Nguyễn Thị Lan Hương<sup>(1)</sup>, Nguyễn Thanh Phong<sup>(2)</sup>

(1) Bệnh viện Phụ sản Trung ương, (2) Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

**Từ khoá:** Song thai  
**Keywords:** twins

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ đẻ song thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTU) trong sáu tháng cuối năm 2015. Nhận xét đặc điểm, thái độ xử trí và kết quả đẻ song thai trong giai đoạn trên.

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các sản phụ chữa song thai, có tuổi thai từ 23 tuần trở lên, sinh tại BVPSTU từ 01/07/2015 đến 31/12/2015.

**Phương pháp:** Mô tả cắt ngang bằng phương pháp hồi cứu.

**Kết quả:** Tỷ lệ đẻ song thai: 5,7%. Tỷ lệ mổ lấy thai: 81,6%. Đẻ song thai gặp nhiều nhất ở tuổi mẹ 25–34 tuổi, có thai lần đầu, tuổi thai 33–37 tuần, ngôi thai đầu – đầu và đầu – mông. Có 42,7% trường hợp mổ lấy thai trong song thai là do thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON), 23,8% do ối vỡ non - ối vỡ sớm, 19,2% do bệnh lý của mẹ. Không có tai biến nghiêm trọng cho mẹ. Trọng lượng thai 2000 - < 2500g: 33,9%, 2500 - < 3000g: 28,9%. Trẻ tử vong: 8,9%.

**Kết luận:** Tỷ lệ đẻ song thai cao, gặp nhiều ở song thai non tháng. Tỷ lệ mổ lấy thai cao, chỉ định nhiều nhất là thai TTTON. Trẻ tử vong chiếm tỷ lệ cao, không có tai biến nghiêm trọng cho mẹ.

**Từ khóa:** Song thai.

## Abstract

**REVIEWES THE TWINS BIRTH SITUATION AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN THE LAST 6 MONTHS OF 2015**

**Objective:** Identify the twins birth rate in the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in the last six months of 2015. Comment characteristics, attitude and results twins birth in this time.

**Study subjects:** All twins pregnant women, from 23 weeks pregnant or more, born in National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 07/01/2015 to 31/12/2015.

**Research methods:** cross-sectional descriptive, retrospective method.

**Results:** The twins birth rate was 5.7%. The rate of caesarean in

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Nguyễn Thị Lan Hương,

email: huongvienc@yahoo.com

Ngày nhận bài (received): 15/03/2016

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):

10/04/2016

Ngày bài báo được chấp nhận đăng

(accepted): 20/04/2016

twins birth was 81.6%. Twins birth were most frequently the mothers aged from 25 to 34 years old, first pregnancy, 33-37 weeks pregnant, head - head and head – buttock fetal. 42.7% of cesarean indications were in vitro fertilization, 23.8% were premature rupture of membranes, 19.2% were maternal diseases. There were not serious complications for the mothers. Foetus weight of 2000 - <2500 gram were 33.9%, 2500 - <3000g were 28.9%. The child mortality rate was 8.9%.

**Conclusion:** The twins birth rate was high, occurred more frequently in preterm twins. The rate of caesarean was high, the most indications were in vitro fertilization pregnancy. Child mortality was high, there were not serious complications for the mother.

**Keywords:** twins.

## 1. Đặt vấn đề

Song thai là trường hợp đặc biệt của thai nghén và được cho rằng đó là thai nghén có nguy cơ cao vì thường gây những hậu quả xấu cho mẹ và thai, nhất là sinh non - nguyên nhân hàng đầu gây bệnh lý và tử vong ở trẻ sơ sinh [1-2]. Cùng với sự phát triển của y học hiện đại áp dụng các biện pháp hỗ trợ sinh sản tiên tiến, tỷ lệ đa thai mà chủ yếu là song thai đã tăng lên một cách đáng kể trong một thập kỷ qua. Các thai phụ chữa song thai đối mặt với nguy cơ cao mắc một số bệnh lý đặc biệt như: tiền sản giật, đẻ non, dải thào đường thai nghén, băng huyết sau sinh... Thống kê cho thấy tỷ lệ đẻ non trong song thai có thể chiếm trên 50% các trường hợp, trong đó gần 20% đẻ non trước 28 tuần [3]. Bên cạnh nguy cơ tử vong cao cho trẻ sơ sinh, đẻ non còn thường để lại các di chứng lâu dài cho sự phát triển thể chất và tinh thần của trẻ, tăng thêm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Việc xử trí đẻ song thai cho đến nay vẫn còn nhiều quan điểm khác nhau. Tỷ lệ mổ lấy thai trong đẻ song thai ngày càng cao do lý do sản khoa cũng như lý do xã hội.

Để góp phần nghiên cứu một cách toàn diện về mang thai và đẻ song thai trong thời gian gần đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: " Nhận xét tình hình đẻ song thai tại BVPSTU trong sáu tháng cuối năm 2015" với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ đẻ song thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong sáu tháng cuối năm 2015.

2. Nhận xét một số đặc điểm, thái độ xử trí và kết quả đẻ song thai trong giai đoạn trên.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các sản phụ chữa song thai, có tuổi thai từ 23 tuần trở lên, sinh tại BVPSTU từ 01/07/2015 đến 31/12/2015.

- Hồ sơ bệnh án phải đảm bảo có đủ các thông tin cần thiết của sản phụ và trẻ sơ sinh theo yêu cầu của nghiên cứu.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thiếu các dữ liệu cơ bản trong hồ sơ nghiên cứu.  
- Sản phụ sinh tại nơi khác, chuyển đến bệnh viện trong cùng khoảng thời gian nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang bằng phương pháp hồi cứu số liệu trên hồ sơ bệnh án đã có.

#### 2.2.2. Cách chọn mẫu

Lấy toàn bộ bệnh án của các sản phụ đẻ song thai tại BVPSTU, tuổi thai từ 23 tuần trở lên, điều trị tại khoa Sản I, Sản II, Sản III và Điều trị theo yêu cầu, từ ngày 01/07/2015 đến 31/12/2015. Vì vậy không áp dụng công thức tính cỡ mẫu.

Tổng số: 618 trường hợp.

#### 2.2.3. Phân tích và xử lý số liệu

- Tất cả các số liệu được tổng hợp và quản lý bằng chương trình Excel – Office.

- Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

## 3. Kết quả

### 3.1. Tỷ lệ đẻ song thai

Trong 6 tháng cuối năm 2015 có 618 trường hợp đẻ song thai tại BVPSTU thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó có 504 trường hợp mổ lấy thai, 114 trường hợp đẻ đường âm đạo.

Tỷ lệ đẻ song thai là 5,7%. Đẻ song thai bằng phương pháp mổ chiếm tỷ lệ 8,5% trên tổng số mổ

**Bảng 1. Tỷ lệ đẻ song thai**

Đặc điểm	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ đẻ song thai/ Tổng số đẻ (Tổng số đẻ 6 tháng cuối năm: 10839)	5,7
Tỷ lệ đẻ song thai bằng phương pháp mổ/ Tổng số mổ lấy thai (Tổng số mổ lấy thai 6 tháng cuối năm: 5931)	8,5
Tỷ lệ đẻ song thai bằng đường âm đạo/ Tổng số đẻ đường âm đạo (Tổng số đẻ đường âm đạo 6 tháng cuối năm: 4908)	2,3

lấy thai. Đẻ song thai bằng đường âm đạo chiếm tỷ lệ 2,3% trên tổng số đẻ đường âm đạo.

**3.2. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 2. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

TT	Đặc điểm	Số lượng (n= 618)	Tỷ lệ (%)	
1	Tuổi sản phụ (tuổi)	< 20	10	1,6
		20- 24	86	13,9
		25- 29	220	35,6
		30- 34	209	33,8
		>= 35	93	15,0
2	Nơi ở	Hà Nội	310	50,2
		Tỉnh khác	308	49,8
3	Nghề nghiệp	Nông dân	46	7,4
		Công nhân	63	10,2
		Cán bộ công chức	193	31,2
		Tự do	316	51,1
4	Số lần đẻ	0	375	60,7
		1	196	31,7
		≥ 2	47	7,6
5	Tuổi thai (tuần)	23- 27	54	8,7
		28- 32	65	10,5
		33- 37	292	47,2
		> 37	207	33,5

Đẻ song thai gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 25 – 29 và 30 – 34, các sản phụ làm nghề tự do và có thai lần đầu. Số lượng các sản phụ sống tại Hà Nội và các tỉnh khác là tương đương. Tuổi thai đẻ song thai hay gặp nhất là 33 – 37 tuần (47,2%).

**3.3. Phân bố cách đẻ song thai**

**Bảng 3. Phân bố cách đẻ song thai**

Cách đẻ	Thai thứ 1 (n= 618)		Thai thứ 2 (n= 618)	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Đẻ thường	113	18,2	114	18,4
Đẻ Forcep	01	0,2	0	0
Mổ lấy thai	504	81,6	504	81,6
Tổng số	618	100	618	100

Tỷ lệ mổ lấy thai (81,6%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đẻ thường (18,4%) với p<0,05.

**3.4. Tỷ lệ các ngôi thai trong đẻ song thai**

Tỷ lệ ngôi đầu – đầu và đầu - mông là cao nhất

**Bảng 4. Tỷ lệ các ngôi thai trong đẻ song thai**

Ngôi thai	Số lượng (n= 618)	Tỷ lệ (%)
Đầu-Đầu	213	34,5
Đầu-Mông	212	34,3
Đầu-Vai	83	13,4
Mông-Mông	42	6,8
Mông-Đầu	26	4,2
Mông-Vai	24	3,9
Vai-Mông	12	1,9
Vai-Đầu	1	0,2
Vai-Vai	5	0,8
Tổng số	618	100

(34,5% và 34,3%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với các ngôi còn lại (p< 0,05).

**3.5. Các chỉ định mổ lấy thai trong đẻ song thai**

**Bảng 5. Các chỉ định mổ lấy thai trong đẻ song thai**

TT	Chỉ định mổ lấy thai	Số lượng (n= 504)	Tỷ lệ (%)	
1	Chỉ định do mẹ	Bệnh lý của mẹ	97	19,2
		Seo mổ cũ	74	14,7
		TTTON	215	42,7
		* CTC không tiến triển	02	0,4
		Khung chậu hẹp	01	0,2
		Vô sinh + lý do khác	30	5,9
		* IUI	46	9,1
		Me lớn tuổi	05	0,9
		Ngôi bất thường	44	8,7
		Thai to	11	2,3
2	Chỉ định do thai	Thai suy	09	1,8
		Đầu không lọt	01	0,2
		Hội chứng truyền máu	10	1,9
		Thai kém phát triển	04	0,8
		* OVS, OVN	120	23,8
		Thiếu ối	01	0,2
3	Chỉ định do phần phụ của thai	Rau tiền đạo	04	0,8
		Rau bong non	02	0,4
		Sa dây rau	03	0,6
4	Chỉ định do nguyên nhân xã hội	Xin mổ	02	0,4
		Mổ lấy thai + Triệt sản	05	0,9
		Tiền sử sản khoa nặng nề	02	0,4

\*CTC: cổ tử cung

\*IUI: Intra-Uterine Insemination (Bơm tinh trùng vào buồng tử cung)

\*OVS, OVN: ối vỡ sớm, ối vỡ non

Chỉ định mổ lấy thai do nguyên nhân TTTON (42,7%), ối vỡ sớm - ối vỡ non (23,8%) và bệnh lý của mẹ (19,2%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các chỉ định mổ lấy thai còn lại (p< 0,05).

**3.6. Cách dự phòng và xử trí biến chứng chảy máu sau đẻ, mổ lấy thai**

P < 0.05

Bảng 6. Cách dự phòng và xử trí biến chứng chảy máu sau đẻ, mổ lấy thai

Cách dự phòng và xử trí	Số lượng		Tỷ lệ (%)	
	n	%	n	%
Đẻ đường Âm (n= 114)	*KSTC	104	91,2	
	*Bóc rau + KSTC	3	2,6	
	*Cắt TCBP	1	1,0	
Mổ lấy thai (n= 504)	*Thắt ĐMTC	16	3,2	
	Khâu mũi B-Lynch	1	0,2	
	Cắt TC	0	0,0	

\*KSTC: Kiểm soát tử cung

\*Cắt TCBP: Cắt tử cung bán phần

\*Thắt ĐMTC: Thắt động mạch tử cung

Trong nhóm đẻ đường âm đạo, KSTC chiếm tỷ lệ rất cao (91,2%). Có 1 trường hợp phải cắt TCBP (1%).

Trong nhóm mổ lấy thai, tỷ lệ thắt ĐMTC chiếm 3,2%.

### 3.7. Trọng lượng thai trong đẻ song thai

Bảng 7. Trọng lượng thai trong đẻ song thai

Trọng lượng (Gram)	Thai 1 (n= 618)		Thai 2 (n= 618)		Tổng số (1236)	
	n	%	n	%	n	%
< 1000	52	8,4	54	8,7	104	8,4
1000- < 1500	46	7,4	53	8,6	99	8,0
1500- < 2000	97	15,7	104	16,8	201	16,3
2000- < 2500	215	34,8	204	33,0	419	33,9
2500- < 3000	179	29,0	179	29,0	358	28,9
>= 3000	29	4,7	24	3,9	53	4,3
Trung bình (gram)	2099 ± 649,8		2074 ± 655,4		2086 ± 652,5	

Tỷ lệ thai có trọng lượng từ 2000 - <3000g là cao nhất, khác biệt có ý nghĩa thống kê với các nhóm còn lại ( $p < 0,05$ ).

### 3.8. Tỷ lệ tử vong sơ sinh

- Trong 618 thai phụ đẻ song thai có 14 trường hợp song thai một thai lưu, còn lại 1222 trẻ sơ sinh.

- Trong số 1222 trẻ sơ sinh có 109 trẻ tử vong, chiếm tỷ lệ 8,9%.

Bảng 8. Liên quan giữa tuổi thai và tử vong sơ sinh

Tuổi thai	Số trẻ sơ sinh	Số trẻ sơ sinh tử vong	
		n	%
23-27	108	77	71,3
28-32	129	14	10,6
33-37	574	16	2,8
> 37	411	2	0,5
Tổng số	1222	109	8,9

Tỷ lệ tử vong sơ sinh cao nhất ở tuổi thai 23 - 27 tuần (71,3%) và thấp nhất ở nhóm tuổi thai > 37 tuần (0,5%), khác biệt có ý nghĩa thống kê so với các nhóm còn lại ( $p < 0,05$ ).

## 4. Bàn luận

Trong một thập kỷ gần đây, ở nhiều nước trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng, tỷ lệ đẻ song thai ngày càng tăng cao. Theo bảng 1, tỷ lệ đẻ song thai trong 6 tháng cuối năm 2015 là 5,7%, cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trong nước trước đây. Các nghiên cứu này báo cáo tỷ lệ đẻ song thai vào khoảng 1% - 2% (N.M.Nguyệt: 1,27% và 1,87% [4]; N.T.B. Vân: 1,19% [5]; N.T.Hạnh: 1,79% [6]; N.T.K.Oanh: 1,88% [7]). Trong số 618 trường hợp đẻ song thai, tỷ lệ mổ lấy thai là 81,6%, chỉ có 14,8% đẻ đường âm đạo, trong đó duy nhất có một trường hợp đẻ foocxep cho thai thứ nhất do mẹ rặn yếu (Bảng 3). Tỷ lệ mổ lấy thai 81,6% cao hơn so với nhiều nghiên cứu trước đây: N.M.Nguyệt: 35,4% và 67,7% [4]; N.T.Hạnh: thai 1: 47,3%, thai 2: 47,9% [6]; N.T.K.Oanh: thai 1: 46,8%, thai 2: 47% [7]; Yalcin và cs: 52,8% [8]. Trong số các bệnh nhân mổ đẻ, tỷ lệ mổ đẻ song thai là 8,5%. Trong số các bệnh nhân đẻ đường âm đạo, tỷ lệ song thai đẻ đường âm đạo là 2,3% (Bảng 1).

Với một số lượng đáng kể phụ nữ có thai do thành công của điều trị vô sinh dẫn đến tỷ lệ đa thai ngày một gia tăng và tuổi của các thai phụ đẻ song thai thường lớn hơn so với các thai phụ đẻ một thai. Trong nghiên cứu, tỷ lệ đẻ song thai cao nhất và tương đương nhau ở nhóm tuổi 25 - <30 và 30 - <35 tuổi. Số lượng các sản phụ sống tại Hà Nội và các tỉnh khác là tương đương. Tuổi thai đẻ song thai hay gặp nhất là 33 - 37 tuần (47,2%) (Bảng 2), phù hợp với nghiên cứu của N.M.Nguyệt năm 2008, cho thấy tỷ lệ đẻ song thai ở tuổi thai này cũng cao nhất (47,9% giai đoạn 1996 - 1997 và 43,1% giai đoạn 2006 -2007) [4]. Tỷ lệ sản phụ song thai đẻ sau 37 tuần là 33,5%, như vậy tỷ lệ đẻ non rất cao, chiếm 66,5% (Bảng 2). Martin và cộng sự năm 2011 cũng đã đánh giá tỷ lệ đẻ non ở sản phụ song thai ước tính khoảng 57,3% trước 37 tuần, tăng gấp 5,7 lần so với đơn thai [9]. Như vậy việc dự đoán nguy cơ đẻ non ở bà mẹ song thai là một vấn đề hết sức quan trọng để có thể tìm ra phương pháp điều trị thích hợp, giảm bớt các mối đe dọa cho sản phụ và thai nhi.

Nhận xét về phân bố các cặp ngôi thai, ngôi đầu - đầu và đầu - mông có tỷ lệ cao nhất và

tương đương nhau (34,5% và 34,3%), ngôi vai - đầu và vai - vai chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,2% và 0,8%) (Bảng 4). Có sự khác biệt giữa kết quả này với nghiên cứu của N.M.Nguyệt, N.T.B.Vân, N.T.Hạnh đều chứng minh tỷ lệ ngôi đầu - đầu là cao nhất và cao hơn rõ rệt so với các ngôi còn lại (47,9%; 47,2%; 53,1%), ngôi đầu - mông chỉ đứng tỷ lệ thứ hai (30,1%; 31,2%; 15,0%) [4-6].

Các chỉ định mổ lấy thai chia làm 4 nhóm nguyên nhân chính: nguyên nhân do mẹ, do thai, do phần phụ của thai và do các nguyên nhân xã hội. Chỉ định mổ hay gặp nhất là TTON (42,7%), ối vỡ sớm - ối vỡ non (23,8%), bệnh lý của mẹ: tiền sản giật, đái tháo đường thai nghén, bệnh tim... (19,2%) (Bảng 5). Kết quả này khác với những nghiên cứu trong nước thời điểm gần 10 năm trước đây đã nhận xét chỉ định mổ lấy thai thường gặp nhất do bệnh lý của mẹ (N.M.Nguyệt: 19% [4]; N.T.Hạnh: 24,6% [6]; N.T.K.Oanh: 21,6% [7]). Chúng tôi nhận thấy đối với các trường hợp TTON thì chỉ định mổ lấy thai chủ động là chủ yếu, rất ít trường hợp mổ lấy thai khi chuyển dạ. Qua sự so sánh này, có thể thấy rằng trong một thập kỷ qua số trẻ ra đời nhờ phương pháp TTON đã tăng lên một cách đáng kể mà nguyên nhân là do sự tiến bộ vượt bậc của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Các biến chứng về phía mẹ trong nghiên cứu thường ở mức độ nhẹ và không nguy hiểm đến tính mạng. Trong cuộc đẻ song thai, đờ tử cung và băng huyết sau đẻ là biến chứng thường gặp do tử cung căng quá mức, diện rau bám rộng, co hồi tử cung sau đẻ kém. Trong đẻ đường âm đạo, KSTC chiếm tỷ lệ rất cao (91,2%). Có 1 trường hợp phải mổ cắt TCBP sau đẻ do rau cài răng lược (1%) (Bảng 6). Nghiên cứu của các tác giả khác cũng đều tìm thấy tỷ lệ KSTC rất cao, trên 85% các trường hợp [4],[6],[7]. Trên thực tế không phải tất cả các trường hợp KSTC đều do biến chứng chảy máu hoặc sót rau mà nhiều khi còn mang tính chất dự phòng trong đẻ song thai. Tuy nhiên điều đó sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và gây đau đớn cho sản phụ, vì vậy chúng ta cần cân nhắc để có chỉ định KSTC thật sự hợp lý. Trong số 504 trường hợp mổ lấy thai có 16 trường hợp phải thất ĐMTC (3,2%), 1 trường hợp khâu mũi B-Lynch (1%), không có

trường hợp nào phải cắt tử cung hoặc can thiệp sâu hơn. Tỷ lệ thất ĐMTC của nghiên cứu tương đương kết quả nghiên cứu của N.T.Hạnh (3,3%) [6], cao hơn so với nghiên cứu của N.M.Nguyệt (0%) [4], N.T.K.Oanh (2,2%) [7].

Trọng lượng trung bình của thai là  $2086 \pm 652,5g$ , trong đó thai có trọng lượng từ 2000 - < 2500g chiếm tỷ lệ cao nhất (33,9%), 2500 - < 3000g chiếm tỷ lệ cao thứ 2 (28,9%). Thai có trọng lượng  $\geq 3000g$  chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,3%) (Bảng 7). Như vậy tỷ lệ thai có trọng lượng < 2500g là 66,8%. Tỷ lệ này tương đương với kết quả nghiên cứu của N.T.K.Oanh (66,2%) [7], Yalcin (69%) [8]. Trong 618 thai phụ đẻ song thai có 14 trường hợp song thai một thai lưu, còn lại 1222 trẻ sơ sinh, trong đó có 109 trẻ tử vong, chiếm tỷ lệ 8,9% (Bảng 8). Tỷ lệ tử vong sơ sinh trong đẻ song thai luôn cao hơn so với trong đẻ một thai do tỷ lệ đẻ non cao hơn, trọng lượng thai thấp hơn, tỷ lệ thai bệnh lý cao hơn. Cùng với sự tiến bộ của chăm sóc và điều trị sơ sinh, tỷ lệ tử vong sơ sinh đã được cải thiện một cách đáng kể. Tỷ lệ tử vong sơ sinh trong nghiên cứu là 8,9% thấp hơn so với kết quả của N.T.K.Oanh năm 2006 (15,5%) [7]. Theo bảng 8, tỷ lệ tử vong sơ sinh cao nhất ở tuổi thai 23 - 27 tuần (71,3%), điều này hoàn toàn phù hợp do tuổi thai quá non, khả năng sống của trẻ là rất thấp. Tỷ lệ tử vong sơ sinh ở tuổi thai 28 - 32 tuần là 10,6%, thấp hơn rõ rệt so với kết quả của N.M.Nguyệt (năm 1996-1997: 50%, năm 2006 - 2007: 24,4%) [4] và N.T.K.Oanh (năm 2006: 46,2%) [7]. Sự so sánh này có ý nghĩa rất quan trọng, đã khẳng định sự tiến bộ vượt bậc của y học hiện đại nói chung và chuyên ngành sơ sinh nói riêng, mang đến cơ hội sống cho rất nhiều trẻ sơ sinh song thai non tháng, đem lại niềm hạnh phúc to lớn cho nhiều gia đình và toàn xã hội.

## 5. Kết luận

- Tỷ lệ đẻ song thai cao, gặp nhiều ở song thai non tháng.
- Tỷ lệ mổ lấy thai cao, chỉ định nhiều nhất ở thai TTON.
- Trẻ tử vong chiếm tỷ lệ cao, không có tai biến nghiêm trọng cho mẹ.

## Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Viết Tiến. Đa thai. Bài giảng Sản Phụ khoa, tập II, Nhà xuất bản Y học, 2004; tr. 87-96.
2. Nguyễn Khánh Linh. Sinh non do song thai: có hay không phương pháp dự phòng? Tạp chí Y học Sinh sản. 2016; 37: 35-38.
3. Shaaf JM, Mol BW, Abu-Hanna A and Ravelli AC. Trends in preterm birth: singleton and multiple pregnancies in the Netherlands, 2000 - 2007. In J Obstet Gynecol. 2011; Vol. 118, No.10, 1196-1204.
4. 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 cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội. 2008.
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.
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 1/2003 – 6/2004. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội. 2004.
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.
8. Yalcin H.R, Zorlu C.G., Lembet A. et al. The significance of birth weight difference in discordant twins: a level to standardize ?. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998; 77(1): 28 – 31.
9. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MJ, Mathews TJ. Births: final data for 2011. Natl Vital Stat Rep. 2013; 62 (1): 69 -72.