

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ THÁI ĐỘ XỬ TRÍ SONG THAI CHUYỂN DẠ ĐỀ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH

NINH VĂN MINH, LÊ HẢI DƯƠNG  
Trường Đại học Y Thái Bình

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa song thai (sinh đôi) là sự phát triển đồng thời cả hai thai trong buồng tử cung. Song thai là thai nghén có nguy cơ cao, chửa song thai có nguy cơ biến chứng cao gấp 3 đến 7 lần so với chửa một thai, tỷ lệ tử vong, bệnh tật của trẻ trong thời kỳ chu sinh cao gấp 4 đến 10 lần so với chửa một thai.

Các biến chứng thường gặp trong chửa song thai là: thiếu máu, đẻ non, tiền sản giật, đái ối, thai chậm phát triển trong tử cung, ối vỡ non – vỡ sớm, ngôi thế bất thường,...

Mặc dù có những tiến bộ trong chăm sóc trẻ sơ sinh và chăm sóc sản khoa thì chửa song thai vẫn có rủi ro cao cho cả thai phụ lẫn trẻ sơ sinh. Việc xử trí để song thai vẫn còn nhiều quan điểm khác nhau.

Thái độ xử trí 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. Để góp phần đánh giá những thay đổi về thái độ xử trí chuyển dạ đẻ song thai, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu:

Xác định tỷ lệ và mô tả một số đặc điểm của chuyển dạ đẻ song thai.

Nhận xét một số yếu tố liên quan đến phương pháp xử trí song thai chuyển dạ đẻ.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP.

Nghiên cứu hồi cứu mô tả, dựa trên hồ sơ của 239 sản phụ chửa song thai có tuổi thai  $\geq 28$  tuần chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ 01/01/2010 đến 31/12/2011 có thông tin nghiên cứu được ghi đầy đủ trong hồ sơ.

## KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**1.1. Tỷ lệ:** Số trường hợp đẻ song thai/ tổng số đẻ (%):  $239/20179 = 1,18\%$

**1.2. Tiền sản giật:** Tỷ lệ tiền sản giật trong song thai là  $32/239$  chiếm tỷ lệ  $13,39\%$ , trong đó TSG nhẹ là  $13 (40,63\%)$ , TSG trung bình là  $11 (34,38\%)$ , TSG nặng là  $8 (25,0\%)$

**1.3. Thiếu máu:** Tỷ lệ thiếu máu trong song thai là  $23,85\%$  ( $57/239$ ). Trong đó thiếu máu nhẹ chiếm  $47,37\%$ , thiếu máu trung bình chiếm  $43,86\%$  và thiếu máu nặng chiếm  $8,77\%$ .

Lượng huyết sắc tố của các sản phụ chửa song thai là  $122,52 \pm 16,53$  g/l. Thai phụ có Hb máu thấp nhất là  $63$  g/l

**1.4. Ối vỡ non – vỡ sớm:** Tỷ lệ OVN, OVS trong song thai là  $30,54\%$ . Trong đó có  $27$  trường hợp OVN, OVS ở tuổi thai  $\leq 36$  tuần chiếm  $11,30\%$

**1.5. Rau tiền đạo:** Tỷ lệ RTĐ trong song thai là  $2,51\%$ , chỉ có  $1$  trường hợp RTĐ đẻ ở tuổi thai  $\leq 36$  tuần chiếm  $0,42\%$

**1.6. Đẻ non:** Tỷ lệ đẻ non trong song thai là  $23,85\%$  ( $57/239$ ), trong đó  $19,25\%$  ở tuổi thai  $33-36$  tuần,  $4,60\%$  ở tuổi thai  $28-32$  tuần,  $76,15\%$  ở tuổi thai  $\geq 37$  tuần

### 2. Xử trí.

**2.1. Các Phương pháp:** Có 6 phương pháp xử trí song thai trong cuộc đẻ, trong đó MLT chiếm  $56,49\%$  đối với thai 1 và  $58,15\%$  với thai 2. Tỷ lệ đẻ can thiệp thủ thuật là  $1,25$  và  $5,03$  tương ứng với thai 1 và thai 2.

### 2.2. Tỷ lệ MLT giữa nhóm song thai và một thai

Bảng 1. So sánh tỷ lệ MLT giữa nhóm song thai và một thai

	MLT	Đẻ	RR
Song thai	135	104	1,56
Một thai	7232	12708	

Song thai làm gia tăng nguy cơ mổ lấy thai lên  $1,56$  lần so với nhóm một thai

### 2.3. Thời gian đẻ giữa hai thai trong song thai

Phần lớn các trường hợp ( $87,87\%$ ) có khoảng cách đẻ giữa hai thai  $<10$  phút. Khoảng cách đẻ giữa hai thai  $\geq 20$  phút chiếm  $2,92\%$ .

### 2.4. Phân bố trọng lượng thai của nhóm song thai

$55,26\%$  trường hợp song thai có trọng lượng thai  $\geq 2500$ g, trọng lượng thai  $<1000$ g chiếm tỷ lệ thấp nhất  $1,05\%$

### 2.5. Chênh lệch trọng lượng giữa hai thai của nhóm song thai

Chênh lệch trọng lượng thai  $<10\%$  chiếm tỷ lệ cao nhất  $54,85\%$ , tỷ lệ này thấp dần khi mức chênh lệch trọng lượng thai tăng dần.

### 2.6. Tỷ lệ tử vong sơ sinh 24h đầu sau đẻ của nhóm song thai

Trong số  $239$  trường hợp đẻ song thai có  $2$  trường hợp một thai lưu, một thai sống, có  $16$  trường hợp tử vong sơ sinh 24h đầu sau đẻ, như vậy tỷ lệ tử vong sơ sinh 24h đầu là  $3,49\%$ .

### 2.7. Liên quan giữa tuổi thai và tử vong sơ sinh của nhóm song thai

Bảng 2. Liên quan giữa tuổi thai và tử vong sơ sinh của nhóm song thai

Tuổi thai (tuần)	Số trẻ sơ sinh	Số trẻ sơ sinh tử vong	
		n	Tỷ lệ
28 - 32	22	12	53,17
33 - 36	92	1	1,09
$\geq 37$	362	3	0,83

Khi tuổi thai tăng dần đến đủ tháng thì tử vong sơ sinh có xu thế giảm dần từ  $53,17\%$  ở tuổi thai  $28 - 32$  tuần xuống  $0,83\%$  ở tuổi thai  $\geq 37$  tuần.

### 2.8. Tỷ lệ BRNT, KSTC và tăng co chủ động sau đẻ ở những sản phụ đẻ đường âm đạo:

100% các trường hợp song thai sau đẻ được tăng cơ chủ động. Trong đó có 70,19% được chỉ định BRNT hoặc KSTC kèm tăng cơ sau đẻ

## **2.9. Xử trí biến chứng chảy máu sau đẻ ở nhóm song thai:**

Tỷ lệ chảy máu sau đẻ trong song thai là 10,88% (26/239)

Có 46,15% trường hợp chảy máu sau đẻ được xử trí bằng KSTC và tăng cơ

30,77% các trường hợp chảy máu sau đẻ phải thắt ĐMTC, 15,38% phải cắt TC để cầm máu. 7,7% xử trí khác bao gồm: 1 trường hợp hút BTC sau MLT, 1 trường hợp lấy khối máu tụ âm đạo và khâu cầm máu.

### **KẾT LUẬN**

#### **1. Tỷ lệ và một số đặc điểm đẻ song thai**

- Trong hai năm 2010 – 2011 tỷ lệ đẻ song thai ( $\geq 28$  tuần) là: 1,18%

- Tỷ lệ TSG trong song thai là 13,39%, tỷ lệ thiếu máu là 23,85%.

- Tỷ lệ OVN – OVS là 30,54%.

- Trong song thai, tỷ lệ RTĐ là 2,51%, đẻ non là 23,85%.

#### **2. Xử trí song thai chuyển dạ**

- Tỷ lệ MLT trong song thai là 56,49%, 43,51% đẻ đường âm đạo. Song thai làm tăng nguy cơ MLT lên 1,56 lần so với nhóm không song thai.

- Tỷ lệ đẻ can thiệp thủ thuật của thai 2 cao hơn thai 1 và có 1,67% phải chuyển MLT thai 2 khi thai 1 đã đẻ.

- Chênh lệch trọng lượng  $\geq 20\%$  chiếm 14,35%.

- Tỷ lệ tử vong sơ sinh 24h đầu sau đẻ của nhóm song thai  $\geq 28$  tuần là 3,49%, tuổi thai tăng dần thì tỷ lệ tử vong sơ sinh có xu thế thuyên giảm.

- Tỷ lệ chảy máu sau đẻ là 10,88%, trong đó 46,15% được xử trí bằng KSTC + tăng cơ, 30,77% thắt ĐMTC, 15,38% cắt TC.

### **SUMMARY**

Objectives:

1. Determine the rate and describe some of the characteristics of twins labor in two years from 2010 to 2011.

Reviews a number of factors related to the management of twins labor.

Study Design: cross-sectional retrospective described study

Research Subjects: 239 twins pregnant women

with gestational age  $\geq 28$  weeks delivered at Thai Binh Obstetrics Hospital from 01/01/2010 to 31/12/2011 with full research information is given in the tankprofile.

Results: In the two years 2010 - 2011 birth rate of twins ( $\geq 28$  weeks): 1.18%. The rate of preeclampsia in twin pregnancies was 13.39%, the rate of anemia was 23.85%, premature rupture, early rupture of the membranes is 30.54%. In twins, the rate of placenta praevia is 2.51%, premature birth is 23.85%.

Caesarean section rate in twins is 56.49%, 43.51% delivered vaginally. Twins pregnancy increases the risk of caesarean section by 1.56 times compared with no twins. Assisted vaginal birth rate of twin 2 is higher than twin 1 and 1.67% have to take caesarean of twin 2 when twin 1 delivered.

Difference in fetal weight  $\geq 20\%$ , accounting for 14.35%. First 24 hours after birth mortality rate of twins  $\geq 28$  weeks was 3.49%, increasing gestational age, the infant mortality trend relieved.

Postpartum bleeding rate is 10.88%, of which 46.15% were managed by uterine control and uterine contractor, uterine artery contraction 30.77%, hysterectomy 15.38%.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ môn phụ sản-Trường Đại học Y Hà nội (1992). “*Sinh đôi*”. Bài giảng sản phụ khoa, NXB Y học, Hà nội 99-150.

2. Bộ môn phụ sản-Trường Đại học Y dược TP HCM (1998). “*Đa thai*”. Bài giảng sản phụ khoa tập 1 NXB Y học TP HCM 371-379.

3. Trần Danh Cường (2005). “*Siêu âm song thai bằng phương pháp 2D*”. Thực hành siêu âm 3 chiều trong sản phụ khoa, NXB Y học, Hà Nội 19-20.

4. Blickstein J. (1997) “*Maternal mortality in twin gestation*”, J report med 42(11), 680-684.

5. Boris K, Yoav P, David R (1995). “*Successful external version of B-twin after the birth of A-twin for vertex-non-vertex twin*”. Europ J Obst –Gyn and report boil feb, 58(2). 157-160.

6. Buscher U, Horstkamp B, et al (2000). “*Frequency and significance of preterm delivery in twin pregnancy*” In Obst Gyn 69. 1-7.

7. Gabriella P, Clark E N, Mason B (1991) “*Twin gestation: influence of placentation on fetal growth*” Am J Obst Gyn 165, 1394- 1401.