

# CÁC VẤN ĐỀ CẦN CHÚ Ý ĐỐI VỚI THAI KÌ ĐA THAI



**Thạc sĩ - Bác sĩ Nguyễn Khánh Linh**  
*Bệnh viện Mỹ Đức*

## GIỚI THIỆU

Đa thai có nhiều nguy cơ hơn trong thai kỳ so với đơn thai, gồm: bất thường bẩm sinh thai nhi, tăng tỉ lệ thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán trước sinh, mẹ bị tăng huyết áp, đái tháo đường thai kỳ, sinh non, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, hội chứng truyền máu song thai, tăng bệnh suất, tử vong sơ sinh và các biến chứng khác. Chăm sóc một thai kỳ đa thai vì vậy cần được chú ý đặc biệt hơn so với một thai kỳ đơn thai.

## CÁC BIẾN CHỨNG THAI KÌ CỦA ĐA THAI

### Bất thường bẩm sinh và chẩn đoán trước sinh

Bất thường bẩm sinh ở thai kỳ song thai nhiều gấp 2 lần và tam thai thì nhiều gấp 4 lần so với đơn thai. Tỉ lệ bất thường bẩm sinh ở song thai xấp xỉ khoảng 4% so với đơn thai là 2%. Song thai một bánh nhau có tần suất bất thường bẩm sinh gấp 2 lần so với song thai hai bánh nhau (lần lượt là 6% và 3%).

Về mặt toán học, số lượng thai càng nhiều, khả năng có một thai bị bất thường nhiễm sắc thể sẽ càng cao. Chẳng hạn, trong trường hợp song thai khác trứng, nguy cơ có 1 trong 2 thai bị trisomy theo tuổi mẹ sẽ gấp đôi so với đơn thai ở mẹ cùng tuổi. Vì vậy, nguy cơ hội chứng Down xảy ra cho 1 trong 2 thai ở một phụ nữ 33 tuổi mang song thai sẽ tương đương với nguy cơ của một phụ nữ 35 tuổi mang đơn thai.

Tầm soát lệch bội qua xét nghiệm huyết thanh thì không nhạy trong trường hợp song thai, với tỉ lệ dương tính giả tăng. Trong một nghiên cứu tiến cứu (Garchet và cs., 2008) lấy huyết thanh mẹ vào tam cá nguyệt II của thai kỳ, tỉ lệ phát hiện trung bình đối với trisomy 21 là 63% trong song thai (71% khi cả hai thai đều bất thường và 60% nếu chỉ một thai bất thường), với tỉ lệ dương tính giả là 10,8%.

Siêu âm độ mờ da gáy vào 3 tháng đầu, khi có bất

thường thì sinh thiết gai nhau kết hợp giảm thai có thể được lựa chọn ở một số thai phụ. Ở những thai phụ mang song thai, tầm soát vào 3 tháng đầu kết hợp tuổi mẹ, độ mờ da gáy và chỉ số huyết thanh xác định khoảng 75-85% các trường hợp bị hội chứng Down và 66,7% trường hợp bị trisomy 18, với tỉ lệ dương tính giả là 5% (Sebire và cs., 1996; Chasen và cs., 2007). Số liệu vẫn còn hạn chế đối với tam thai, nhưng một số nghiên cứu cho thấy việc đo độ mờ da gáy là khả thi, tầm soát bằng tuổi mẹ và độ mờ da gáy đã được xác thực về khả năng phát hiện hội chứng Down và trisomy 18. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu trên song thai một bánh nhau, trị số độ mờ da gáy trên bách phân vị 95 có giá trị tiên đoán dương là 38% đối với nguy cơ xuất hiện hội chứng truyền máu song thai nặng. Do đó, tầm soát bất thường nhiễm sắc thể trong trường hợp song thai một bánh nhau trở nên phức tạp và khó tiên đoán hơn.

Xét nghiệm trước sinh không xâm lấn dựa trên sự đa hình đơn nucleotide (NIPT – noninvasive prenatal testing) dường như có thể xác định được thể tam bội, song thai bị bỏ sót hoặc sự biến mất của một thai (vanishing twin pregnancies). Tuy nhiên, sự chính xác của NIPT trong tầm soát lệch bội trong trường hợp đa thai thì còn nhiều hạn chế và chưa được ACOG khuyến cáo.

Chọc dò ối và sinh thiết gai nhau có thể được thực hiện ở những thai phụ mang đa thai muốn có chẩn đoán xác định về bất thường di truyền của thai. Tỷ lệ sẩy thai của cả hai thủ thuật là tương đương (1-1,8%) và hơi cao hơn so với đơn thai.

Xét nghiệm chẩn đoán xâm lấn trong trường hợp đa thai có thể gặp khó khăn hơn về mặt kỹ thuật do vị trí của các thai, khả năng lây nhiễm chéo giữa các mẫu và khó khăn trong việc xác định biểu đồ di truyền của mỗi thai. Nguy cơ lấy mẫu sai vào khoảng 1% đối với sinh thiết gai nhau, thấp hơn trong trường hợp chọc dò ối vào 3 tháng giữa.

Khi chẩn đoán xác định có lệch bội, cần tư vấn các

phương pháp xử trí trong trường hợp chỉ có 1 thai bất thường. Các lựa chọn này bao gồm: chấm dứt thai kỳ đối với cả hai thai, giảm thai bất thường hoặc tiếp tục duy trì thai kỳ.

### **Tăng huyết áp thai kỳ**

Đa thai có nguy cơ cao gây tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật so với thai kỳ đơn thai. Tần suất tiền sản giật trong song thai cao gấp 2,6 lần so với đơn thai và thường cũng xuất hiện sớm hơn. Đa thai cũng làm tăng nguy cơ bị các biến chứng liên quan đến tiền sản giật như: sinh non, nhau bong non và hội chứng HELLP. Các khuyến cáo hiện tại để xử trí tiền sản giật trong điều trị đa thai thì không khác biệt so với điều trị đơn thai.

### **Đái tháo đường thai kỳ**

Tần suất đái tháo đường thai kỳ tăng dần theo số thai. Khoảng 22-39% các thai phụ mang tam thai và 3-6% thai phụ mang song thai bị đái tháo đường thai kỳ. Mỗi một thai làm tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ lên khoảng 1,8 lần.

### **Sinh non**

Hầu hết các trường hợp đa thai sẽ sinh non trước 37 tuần thai kỳ. Phụ nữ mang đa thai có nguy cơ sinh non gấp 6 lần và nguy cơ sinh trước 32 tuần thì tăng đến 13 lần so với đơn thai.

Trẻ sinh non bị tăng nguy cơ biến chứng sau sinh do các cơ quan chưa hoàn thiện, gồm: hội chứng suy hô hấp, viêm ruột hoại tử, xuất huyết não thất, khả năng bú kém, bệnh vông mạc và hạ thân nhiệt. Các nguy cơ này giảm khi tuổi thai lúc sinh tăng.

### **Bệnh suất và tử suất của các thai kỳ đa thai**

(ACOG, 2014) (Bảng 1)

### **Thai chậm tăng trưởng trong tử cung**

Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR) và

bất tương xứng cân nặng giữa hai thai góp phần làm tăng dự hậu xấu cho đa thai. IUGR được định nghĩa là khi cân nặng thai nhi dưới bách phân vị thứ 10 đối với thai kì đơn thai. Bất tương xứng cân nặng giữa hai thai là khi thai nhỏ hơn nặng ít hơn 80% cân nặng của thai lớn hơn. Chậm tăng trưởng trong đa thai thường là thứ phát do tuần hoàn tử cung - nhau kém, nhưng cũng có thể thứ phát do bất thường cấu trúc thai, bất thường dây rốn, siêu âm sai, nhiễm trùng hoặc bất thường gen. Khoảng 14-25% song thai và 50-60% tam thai trở lên bị chậm tăng trưởng (Mauldin và Newman, 1998).

Do tỉ lệ sinh non tăng kèm với thai chậm tăng trưởng trong tử cung, cân nặng trẻ khi sinh thấp (< 2.500g) cũng thường gặp trong đa thai. Khoảng 58% song thai và 95% tam thai có cân nặng khi sinh thấp (Martin và cs., 2012).

### Hội chứng truyền máu song thai

Hội chứng truyền máu song thai xảy ra khoảng 10-15% các thai kì song thai một nhau hai ối. Hội chứng này xảy ra do sự thông nối mạch máu trong nhau. Hội chứng này dẫn đến sự gia tăng lượng máu đến một thai (thai nhận) và giảm lượng máu đến thai còn lại (thai cho). Hội chứng này thường được chẩn đoán qua siêu âm vào tam cá nguyệt thứ hai, khi

có sự thiếu ối ở thai cho và đa ối ở thai nhận. Sự xuất hiện của hội chứng truyền máu song thai làm tăng bệnh suất và tử suất cho cả hai thai. Các liệu pháp điều trị được sử dụng là giảm ối nhiều đợt và làm tắc các mạch máu thông nối bằng laser. Phương pháp giảm ối nhiều đợt dường như ít hiệu quả hơn so với laser liệu pháp.

### Các biến chứng thai kì khác

Đa thai bị tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng thai kì khác như: hội chứng gan nhiễm mỡ cấp trong thai kì, thuyên tắc tĩnh mạch, thiếu máu, đa ối, ngôi bất thường, băng huyết sau sinh, nghén nặng kéo dài và bất thường bánh nhau.

## CHĂM SÓC THAI KÌ ĐA THAI

Một thai kì đa thai nên được chăm sóc trước sinh và chu sinh tại một bệnh viện có bác sĩ sản khoa giàu kinh nghiệm. Chăm sóc các thai kì đa thai tùy thuộc vào:

- Tình trạng thai kì, sức khỏe chung của thai phụ, tiền sử bệnh lí.
- Số thai.
- Khả năng dung nạp các loại thuốc đặc hiệu, thủ thuật và liệu pháp điều trị.
- Tiên lượng về diễn tiến của thai kì.
- Lựa chọn của mỗi bệnh nhân.

*Bảng 1. Bệnh suất và tử suất của các thai kì đa thai*

Đặc điểm	Đơn thai	Song thai	Tam thai	Tứ thai
Cân nặng trung bình (g)	3.296	2.336	1.660	1.291
Tuổi thai trung bình (tuần)	38,7	35,3	31,9	29,5
Tỉ lệ sinh trước 32 tuần (%)	1,6	11,4	36,8	64,5
Tỉ lệ sinh trước 37 tuần (%)	10,4	58,8	94,4	98,3
Tỉ lệ bại não (trên 1.000 trẻ sinh sống)	1,6	7,0	28,0	-
Tử vong sơ sinh (trên 1.000 trẻ sinh sống)	5,4	23,6	52,5	96,3

Cần chú ý những vấn đề sau:

- Khi siêu âm phát hiện thấy đa thai, **cần xác định càng sớm càng tốt số bánh nhau**. Số bánh nhau được xác định tốt nhất vào trước 14 tuần tuổi thai.
- Cần lưu giữ lại hình ảnh siêu âm giúp xác định số bánh nhau; nếu không chắc chắn, cần hội chẩn ý kiến chuyên viên chẩn đoán hình ảnh thứ hai.
- Nếu không thể xác định được tình trạng bánh nhau, cần giả định là một bánh nhau cho đến khi có bằng chứng chứng minh ngược lại và cần theo dõi sát thai kì để tầm soát hội chứng truyền máu song thai càng sớm càng tốt.
- **Tăng cường dinh dưỡng:** thai phụ mang song thai hoặc hơn hai thai cần nhiều năng lượng, đạm và các vi chất hơn. Tăng cân nhiều hơn cũng được khuyến cáo cho các thai kì đa thai. Viện Y học (Institute of Medicine, Rasmussen và Yaktine, 2009) khuyến cáo những phụ nữ mang song thai có chỉ số khối cơ thể bình thường nên tăng khoảng 17-25kg trong thai kì. Những người quá cân thì nên tăng 14-23kg và những thai phụ béo phì thì nên tăng 11-19kg.
- **Khám thai thường xuyên hơn:** đa thai có nguy cơ bị nhiều biến chứng thai kì. Khám thai thường xuyên giúp phát hiện các biến chứng sớm nhằm xử trí và điều trị hiệu quả. Tình trạng dinh dưỡng và cân nặng của người mẹ cũng nên được theo dõi sát hơn. Tuy nhiên, vẫn chưa có khuyến cáo về tần suất khám thai cụ thể. Nhiều cơ sở y tế vẫn áp dụng chế độ khám thai tương tự như đơn thai.
  - Theo khuyến cáo của RCOG (2008) và RANZCOG (2011), **song thai một bánh nhau cần được phân loại là thai kì nguy cơ cao** và cần siêu âm mỗi 2-3 tuần kể từ tuần thứ 16 của thai kì nhằm tầm soát sớm hội chứng truyền máu song thai và thai chậm tăng trưởng trong tử cung.
  - Trong trường hợp song thai hai bánh nhau không có biến chứng, **đánh giá sự tăng trưởng thai**

**cần được thực hiện liên tục ít nhất mỗi 4 tuần, từ tuần thứ 24 trở đi** (NICE, 2011; ACOG, 2014).

- **Chuyển tuyến:** trong quá trình khám thai, một số trường hợp cần chuyển tuyến chuyên khoa khi có bất thường, cần đánh giá đặc biệt hoặc siêu âm khảo sát kĩ hoặc khi có biến chứng cần can thiệp. Cần chuyển đến một bệnh viện tuyến chuyên khoa trong các trường hợp sau:
  - Nghi ngờ song thai cùng túi ối.
  - Nghi ngờ hội chứng truyền máu song thai.
  - Bất thường cấu trúc thai.
  - Nghi ngờ bất xứng cân nặng giữa 2 thai > 18%.
  - Từ 3 thai trở lên.
  - Một thai lưu trong song thai một bánh nhau.
- **Nghỉ ngơi nhiều hơn:** một số thai phụ cần nghỉ ngơi nhiều hơn, tránh làm việc nặng, tùy theo số lượng thai và biến chứng thai kì. Tuy nhiên, nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường chưa được chứng minh là giúp phòng ngừa sinh non trong trường hợp đa thai không có biến chứng.
- **Xét nghiệm mẹ và thai:** cần tư vấn thai phụ phải khám thai, thực hiện đầy đủ các xét nghiệm để theo dõi sức khỏe mẹ và thai, đặc biệt là khi có biến chứng thai kì.
- **Thuốc giảm gò:** khi có dọa sinh non, cần cho thuốc giảm gò để giúp cất cơn co tử cung hoặc làm chậm tiến trình đến chuyển dạ thực sự nhằm đủ thời gian để hỗ trợ phổi.
- **Corticosteroid:** giúp hỗ trợ trưởng thành phổi. Suy hô hấp do phổi chưa trưởng thành, bệnh màng trong là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ non tháng. Liệu pháp corticosteroid trước sinh nên được thực hiện 1 đợt khi dự đoán sinh non trước 34 tuần thai kì, mặc dù lợi ích của liệu pháp trước sinh đối với phổi thai nhi có thể thấp hơn so với trường hợp đơn thai. Liệu pháp corticosteroid nên được sử dụng đúng thời điểm hơn là sử dụng một cách thường qui.

- **Magiesium sulfat:** nhiều phân tích gộp đã chứng minh là liệu pháp này giúp giảm tỉ lệ bại não ở trẻ sinh non.
- Một số biện pháp đang được nghiên cứu để giảm tỉ lệ sinh non: khâu cổ tử cung, đặt vòng arabin hoặc progesterone đặt âm đạo đã được chứng minh trên các thai kì đơn thai có cổ tử cung ngắn là giúp giảm tỉ lệ sinh non. Mặc dù chưa có bằng chứng rõ ràng về hiệu quả của các phương pháp này trên các thai kì đa thai, nhưng hiện đang có rất nhiều nghiên cứu tỏ ra khá tiềm năng về các biện pháp dự phòng sinh non trên.

## THỜI ĐIỂM SINH

Các thai kì đa thai có thời điểm ranh giới của tử vong chu sinh sớm hơn so với đơn thai. Đối với song thai, thời điểm này vào khoảng 38 tuần và tam thai là 35 tuần. Thời điểm sinh lí tưởng thì khó xác định trong các trường hợp nhiều thai hơn và cần được cá thể hóa trên từng bệnh nhân. Ngay cả với các trường hợp song thai, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu tiến cứu về thời điểm sinh lí tưởng.

So với song thai hai nhau hai ối, song thai một nhau hai ối đã được chứng minh là tăng nguy cơ tử vong chu sinh trong suốt thai kì, ngay cả khi đã đủ tháng. Tỉ lệ thai lưu ước tính khoảng 44,4 trên 1.000 ca sinh song thai một nhau so với 12,2 trên 1.000 ca sinh song thai hai nhau. Tỉ lệ thai lưu tăng trong song thai một bánh nhau có lẽ một phần do hội chứng truyền máu song thai, mặc dù tỉ lệ thai lưu do bất thường thai bẩm sinh và thiếu oxy trước sinh cũng khá cao trong trường hợp song thai một bánh nhau. Nguyên nhân được cho là do sự thay đổi huyết động trong các mạch máu thông nối bên trong bánh nhau.

Song thai một nhau một ối làm tăng nguy cơ tử vong chu sinh, chủ yếu do dây rốn bị xoắn và cần được theo dõi thai kì nhiều hơn trong giai đoạn trước sinh.

## Khuyến cáo của ACOG (2014) về thời điểm sinh lí tưởng

- Song thai hai nhau hai ối, không biến chứng: 38 tuần.
- Song thai một nhau hai ối, không biến chứng: 34-37<sup>6/7</sup> tuần.
- Song thai một nhau một ối, không biến chứng: 32-34 tuần.

## PHƯƠNG PHÁP SINH

Quyết định phương pháp sinh thường hay sinh mổ chủ yếu dựa trên ngôi thai. Bên cạnh đó, các yếu tố khác bao gồm: tuổi thai, sức khỏe mẹ và thai, kinh nghiệm của bác sĩ lâm sàng, chọn lựa của bệnh nhân cũng cần được xem xét đầy đủ khi chọn phương pháp sinh.

Mổ lấy thai chủ động thường qui chưa được chứng minh là có khác biệt có ý nghĩa về tử vong chu sinh hoặc sơ sinh, bệnh suất sơ sinh hoặc bệnh suất ở mẹ. Song thai hai ngôi đầu xảy ra ở khoảng 42% trường hợp song thai. Sinh thường thường được chấp nhận trong tình huống này, nhưng phải xảy ra tại một cơ sở đủ điều kiện mổ lấy thai đối với thai 2 khi có chỉ định. Mổ lấy thai thường được chỉ định trong các trường hợp thai 1 không phải ngôi đầu, song thai một ối và thai kì có hơn 2 thai, do không đủ bằng chứng về tính an toàn khi sinh ngã âm đạo. Đối với trường hợp thai 1 ngôi đầu, thai 2 không phải ngôi đầu, có nhiều phương án có thể được lựa chọn như mổ lấy thai, sinh thường kèm ngoại xoay thai 2 thành ngôi đầu hoặc sinh ngôi mông thai 2.

Sinh ngôi mông thai 2 đã được chứng minh là có tần suất suy thai và mổ lấy thai thấp hơn so với xoay thai thành ngôi đầu, trong khi kết cục sơ sinh thì tương đương giữa hai phương pháp. Kinh nghiệm của bác sĩ lâm sàng và ước lượng cân thai là hai yếu tố cần xem xét khi dự định sinh ngôi mông thai 2. Một số chuyên gia khuyến cáo sinh ngôi mông thai 2 khi ước lượng cân thai trên 1.500g và sự bất xứng cân nặng giữa hai thai phải ít hơn 500g.

Các thủ thuật thực hiện khi sinh thường thai 2 có thể làm tăng nguy cơ sa dây rốn hoặc phát sinh các vấn đề khác; do đó, cơ sở y tế phải đủ điều kiện để mổ lấy thai cấp cứu khi cần thiết. Sinh thường song thai có thể được tiến hành và theo dõi tại phòng mổ.

## KẾT LUẬN

Đa thai là một thai kì nguy cơ cao, nhiều biến chứng, cần được theo dõi sát, thực hiện đầy đủ các xét nghiệm tầm soát nhằm phát hiện sớm biến chứng và xử lý kịp thời. Các thai kì đa thai nên được thực hiện quá trình khám thai tại các tuyến chuyên khoa có các bác sĩ sản khoa giàu kinh nghiệm nhằm giảm tối thiểu bệnh suất và tử suất cho mẹ và con.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. ACOG (2014). Multifetal gestations: Twin, triplet and higher-order multifetal pregnancies. Practice Bulletin; No.144.
2. Chasen ST, Perni SC, Kalish RB, Chervenak FA (2007). First-trimester risk assessment for trisomies 21 and 18 in twin pregnancy. Am J Obstet Gynecol; 197:374.e1-e374.e3. (Level II-3).
3. Garchet-Beaudron A, Dreux S, Leporrier N, Oury JF, Muller F (2008). Second-trimester Down syndrome maternal serum marker screening: a prospective study of 11,040 twin pregnancies. ABA Study Group, Clinical Study Group. Prenat Diagn; 28:1105-1109.
4. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ (2012). Three decades of twin births in the United States, 1980-2009. NCHS Data Brief.
5. Mauldin JG, Newman RB (1998). Neurologic morbidity associated with multiple gestation. Female Pat; 23(4):27-28.
6. National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) (2011). Clinical Guideline Number 129. Management of Twin and Triplet Pregnancies in the Antenatal Period.
7. Rasmussen K, Yaktine A (2009). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. The National Academies; Washington, D.C.
8. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) (2011). Management of Monochorionic Twin Pregnancy (C-Obs 42).
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2008). Management of Monochorionic Twin Pregnancy. Green-top Guideline Number 51.
10. Sebire NJ, Snijders RJ, Hughes K, Sepulveda W, Nicolaides KH (1996). Screening for trisomy 21 in twin pregnancies by maternal age and fetal nuchal translucency thickness at 10-14 weeks of gestation. Br J Obstet Gynaecol; 103:999-1003.



Cẩm nang bỏ túi “HƯỚNG DẪN NGỪA THAI 2016” được các thầy cô trong bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TPHCM dốc nhiều tâm huyết biên dịch và HOSREM hỗ trợ thiết kế, in ấn, phát hành.

Sách do Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TPHCM và HOSREM chính thức phát hành từ **18/03/2017**

Bác sĩ Sản Phụ khoa, Bác sĩ khoa Kế hoạch hóa gia đình sẽ được nhận 1 quyển nếu có nhu cầu. Để nhận sách tặng vui lòng liên hệ Văn phòng Bộ môn Phụ sản Đại học Y Dược TP.HCM (ở bệnh viện Từ Dũ hoặc bệnh viện Hùng Vương).

