

Chapter 13

Thai kỳ đa thai (Multifetal Gestation)

Chương này chủ yếu đề cập đến chủ đề giáo dục APGO khu vực:

CHỦ ĐỀ 20 THAI KỲ ĐA THAI

Học sinh sẽ có thể phân biệt các loại khác nhau của thai kỳ đa thai dựa trên sự phát triển phôi và kết quả siêu âm. Họ có thể mô tả quản lý thích hợp và các biến chứng có thể xảy ra của thai đa thai.

CA LÂM SÀNG

Tại thời điểm kiểm tra siêu âm thai kỳ lúc 12 tuần mang thai, một thai đôi được ghi nhận. Trong khi ban đầu rất hào hứng với tin này, bệnh nhân của bạn và chồng của cô ấy có một số câu hỏi và mối quan tâm về việc mang thai và sinh nở.

GIỚI THIỆU

Tỷ lệ mắc bệnh đa thai ở Hoa Kỳ là 3,5%, nhưng những lần mang thai này chiếm tỷ lệ không cân xứng trong tỷ lệ chu sinh mắc bệnh và tử vong. Tỷ lệ sinh đôi tự nhiên là khoảng 1 trong 80 và cao hơn một chút ở người Mỹ gốc Phi so với người da trắng. Các tỷ lệ mang thai đa thai tại Hoa Kỳ đã tăng lên đáng kể trong nhiều thập kỷ qua. Tỷ lệ đa thai đang tăng là kết quả của sự gia tăng tuổi mẹ và việc sử dụng thường xuyên hơn công nghệ hỗ trợ sinh sản (ART) và các tác nhân gây rụng trứng. Từ năm 1980 đến năm 2009, tỷ lệ sinh đôi tăng 76%; từ năm 2009 có mức tăng khiêm tốn hơn từ 2% đến 3%. Sinh ba và sinh cao hơn có tỷ lệ sinh tăng 400% từ năm 1980 đến năm 1998. Ước tính có 43% sinh ba và sinh cao hơn có kết quả từ thủ tục ART và 38% từ các tác nhân rụng trứng; thụ thai nguyên phát chiếm phần còn lại.

Mặc dù cơ chế chính xác không được biết đến, song thai cùng trứng cũng cao hơn trong các trường hợp mang thai được thụ thai bằng ART. Từ năm 1998, sinh ba và sinh cao hơn đã giảm hơn 40%, với một giảm trung bình hàng năm khoảng 4%. Sự suy giảm này trong sinh ba và sinh cao hơn có liên quan đến những thay đổi trong quy trình và hướng dẫn điều trị ARV bởi Hiệp hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ và Hiệp hội Y học Công nghệ hỗ trợ sinh sản đặc biệt nhằm mục đích giảm rủi ro của thai lý đa thai.

Sinh đôi có thể được đặc trưng gồm sinh đôi khác trứng (anh em) hoặc sinh đôi cùng trứng (giống hệt nhau). **Cặp song thai khác trứng** xảy ra khi hai trứng riêng biệt thụ tinh bởi hai tinh trùng riêng biệt. **Sinh đôi cùng trứng** là kết quả từ phân chia noãn đã thụ tinh sau khi thụ thai. Có một dấu sự khác biệt về tỷ lệ sinh đôi ở các quần thể khác nhau, gần như độc quyền kết quả của tỷ lệ sinh đôi khác trứng. Các tỷ lệ sinh đôi cùng trứng là khá hằng định trên toàn thế giới, khoảng 1 trong 250 ca mang thai. **Tăng tuổi mẹ và tăng tính bình đẳng (parity) là các yếu tố nguy cơ độc lập cho sinh đôi khác trứng, và tỷ lệ cao hơn ở những bà mẹ có gia đình sinh đôi.**

LỊCH SỬ TỰ NHIÊN

Zygosity đề cập đến cấu trúc di truyền của thai kỳ như mô tả ở trên. *Chorionity* đề cập đến cấu trúc nhau thai của thai kỳ. Vì cặp song sinh khác trứng được hình thành từ hai trứng riêng biệt và hai tinh trùng riêng biệt, chúng luôn có hai nhau thai riêng biệt (mặc dù chúng có thể đã hợp nhất với nhau trên siêu âm ở tam cá nguyệt cuối nếu gần nhau). Sau đây là những mô tả các trình tự phát triển khác nhau và các thành phần nhau thai có thể khi thai 1 trứng thành cặp song sinh (**chorionicity**), như trong [Hình 13.1](#):

*Placenta: bánh nhau, chorionic: nhau

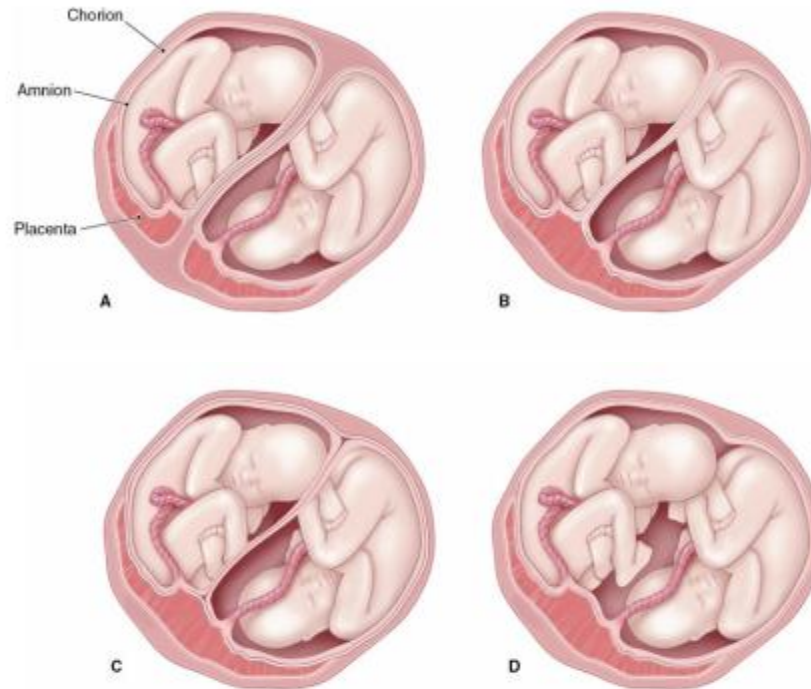


FIGURE 13.1. Chorionicity in twin pregnancies. **(A)** Two placentas, two amnions, two chorions: diamniotic/dichorionic. **(B)** One placenta, two amnions, two chorions: diamniotic/dichorionic. **(C)** One placenta, two amnions, one chorion: diamniotic/monochorionic. **(D)** One placenta, one amnion, one chorion: monoamniotic/monochorionic. (Based on American College of Obstetricians and Gynecologists. Patient Education Pamphlet AP092. Washington, DC: ACOG; 2004.)

- **Diamniotic/dichorionic:** Nếu sự phân chia khái niệm xảy ra trong vòng 3 ngày sau thụ tinh, mỗi bào thai sẽ được bao quanh bởi một ối và một nhau. Có thể có riêng biệt 2 bánh nhau hoặc một bánh nhau hợp nhất.

- **Diamniotic/monochorionic:** Nếu sự phân chia xảy ra giữa thứ 4 và thứ 8 sau khi thụ tinh, nhau đã bắt đầu phát triển, trong khi ối thì không. Do đó, mỗi bào thai sau này sẽ được bao quanh bởi một ối, nhưng một nhau duy nhất sẽ bao quanh cả hai thai nhi.

- **Monocnionic/monochorionic:** chiếm 1% song thai cùng trứng, sự phân chia xảy ra giữa ngày 9 và 12, sau khi phát triển cả amnion và chorion, và cặp song sinh sẽ chia sẻ một túi chung.

- Sự phân chia sau đó là không hoàn thiện, dẫn đến sự phát triển của **cặp song sinh dính liền**. Các thai nhi có thể được hợp nhất theo một số cách, với phổ biến nhất liên quan đến ngực và/hoặc bụng. Điều này hiếm điều kiện được nhìn thấy trong khoảng 1 trong 70.000 trẻ sơ sinh. Tình trạng này có liên quan đến tỷ lệ tử vong đến hơn 50%.

Trong quá trình đánh giá trước sinh định kỳ, không thể phân biệt cặp song sinh kha2c trứng cùng giới tính với cặp song sinh cùng trứng 2 nhau 2 ối. **Xác định sớm tính chất nhau là rất quan trọng vì các rủi ro liên quan đến cặp song sinh 1 nhau cao hơn nhiều và phải được quản lý khác nhau so với cặp song sinh 2 nhau (song thai cùng trứng).**

RỦI RO CỦA THAI KỲ ĐA THAI

Thai kỳ đa thai có liên quan đến tăng tỷ lệ mắc bệnh chu sinh. **Nguyên nhân quan trọng nhất của bệnh tật sơ sinh là chuyển dạ và sinh non.** Thai kỳ đa thai có liên quan đến tăng nguy cơ thai nhi và tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ sơ sinh. Có gần gấp 5 lần tăng nguy cơ thai chết lưu và tăng gấp 7 lần nguy cơ tử vong sơ sinh, mà chủ yếu là do các biến chứng của sinh non. Phụ nữ mang thai nhiều lần có khả năng sinh non cao gấp 6 lần và gấp 13 lần có khả năng sinh con trước 32 tuần tuổi thai nhiều hơn phụ nữ sinh đơn thai.

So với mang thai đơn, được sinh tại tuổi thai trung bình 39 tuần, sinh đôi được sinh ở mức trung bình 35 tuần, sinh ba ở 32 tuần và bốn lần trung bình 30 tuần. Do đó, với mỗi thai nhi bổ sung, thời gian mang thai sẽ giảm đi khoảng 2 đến 3 tuần ([Bảng 13.1](#)).

BẢNG 13.1 PREMATURITY AND MULTIFETAL GESTATIONS

Characteristic	Singleton	Twin	Triplets	Quadruplets
Mean birth weight ^a	3296 g	2336 g	1660 g	1291 g
Mean gestational age ^a	38.7 weeks	35.3 weeks	31.9 weeks	29.5 weeks
Percentage <32 weeks gestation ^b	1.2	10.6	39.3	72
Percentage <37 weeks gestation ^b	7.7	58.7	98.4	98

^a The American College of Obstetricians and Gynecologists. Multifetal gestations: twin, triplet and higher-order multifetal pregnancies. Practice Bulletin No. 169. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2016;128:e131–146.

^b Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJK, Curtin SC, Matthews TJ. Births: final data for 2014 *Natl Vital Stat Rep.* 2015;64(12):1–63.

Các vấn đề khác liên quan đến bà mẹ và thai nhi/trẻ sơ sinh bao gồm tăng huyết áp, thiếu máu, hạn chế tăng trưởng trong tử cung, đa ối (hydramnios) (trong khoảng 10% của thai kỳ đa thai, chủ yếu là song thai cùng trứng 1 nhau), tiền sản giật (tần suất tăng gấp 3 lần trong sinh đôi), đái tháo đường thai kỳ, dị tật bẩm sinh, sinh mổ, xuất huyết sau sinh, phá thai nhau thai, tai nạn dây rốn và trầm cảm sau sinh. Cả phá thai tự nhiên và bấm sinh dị thường đều xảy ra gấp 2 lần trong thai kỳ đa thai. Tử vong sơ sinh và suy giảm phát triển thần kinh bao gồm não bại liệt cũng phổ biến hơn trong thai kỳ đa thai khi so sánh với sinh 1 thai (Bảng 13.2).

Do tỷ lệ đa thai cao hơn, đặc biệt là sinh nhiều thai (hơn hai), tư vấn điều trị vô sinh nên bao gồm một cuộc thảo luận về các rủi ro liên quan đến nhiều thai kỳ và **lựa chọn giảm đa thai**. Thủ tục này là được định nghĩa là chấm dứt ba tháng đầu hoặc ba tháng đầu của một hoặc nhiều thai nhi trong một thai kỳ đa thai, để tăng cơ hội sống sót của các thai nhi còn lại và giảm tỷ lệ mắc bệnh dài hạn cho trẻ sơ sinh. **Tất nhiên, cách tiếp cận chính cho vấn đề này là thử ngăn ngừa sinh đa thai.** Bác sĩ điều trị vô sinh nên điều trị theo các khuyến cáo được thiết kế để hạn chế nguy cơ bội nhiễm thời kỳ mang thai trong điều trị ART hoặc cảm ứng rụng trứng (ovulation induction).

BẢNG 13.2 MORBIDITY AND MORTALITY IN MULTIFETAL GESTATIONS

Characteristic	Singleton	Twin	Triplets	Quadruplets
Overall rate of cerebral palsy (per 1000 live births) ^a	1.6	7	28	—
Overall infant mortality rate (per 1000 live births) ^a	5.4	23.6	52.6	96.3 ^d
Percentage death before discharge among ELBW infants ^b	25.1	32.1	26.3 ^c	—
Percentage neurodevelopmental impairment among ELBW infants ^b	36.1	41.1	39.1 ^c	—
Percentage cerebral palsy among ELBW infants ^b	5	6.9	5.6 ^c	—

ELBW = extremely low birth weight (401–1000g)

^a The American College of Obstetricians and Gynecologists. Multifetal gestations: twin, triplet and higher-order multifetal pregnancies. Practice Bulletin No. 169. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2016;128:1e131–146.

^b Wadhawan R, Oh W, Vohr BR, Wrage L, Das A, Bell EF, Laptook AR, Shankaran S, Stoll BJ, Walsh MC, Higgins RD for the Eunice Kennedy Striver NICHD Neonatal Research Network. Neurodevelopmental outcomes of triplets and higher-order extremely low birth weight infants. *Pediatrics* 2011;127:e654–e660.

^c Triplet and higher-order gestation.

^d Quadruplet and quintuplet data combined.

Hội chứng truyền máu song thai

Khi sự phát triển của một thai kỳ 1 nhau tiến triển, các mạch máu khác nhau thông nối (anastomoses) giữa các thai nhi có thể phát triển, do đó, có thể dẫn đến một tình trạng được gọi là **hội chứng truyền máu song thai (TTTS)**. tình trạng này có ở khoảng 10% đến 15% trường hợp mang thai 1 nhau 2 ối. Thông qua các động mạch thông nối, có 1 mạng lưới chảy từ thai cho sang thai nhận, thường có kết quả mang thai không mong muốn. Thai cho có thể bị suy giảm tăng trưởng, thiếu máu, giảm thể tích dịch, và các vấn đề khác. Thai nhận có thể bị quá tải dịch, tăng huyết áp, đa hồng cầu và suy tim sung huyết là kết quả của việc truyền máu này. Một biểu hiện thứ phát liên quan đến động học nước ối. Sự tăng thể tích máu ở thai nhận dẫn đến sự gia tăng sản lượng nước tiểu và làm tăng thể tích nước ối (hydramnios). Hiệu ứng ngược lại có thể xảy ra ở thai cho - giảm thể tích máu dẫn đến giảm sản lượng nước tiểu và, có thể, giảm thể tích nước ối (oligohydramnios). **Hydramnios trong một trường hợp sinh đôi là 1 nguy cơ của chuyển dạ sinh non đã xuất hiện cho đa thai mang thai.**

Theo truyền thống, loại bỏ hàng loạt nước ối từ túi của cặp sinh đôi là lựa chọn điều trị duy nhất liên quan đến cải thiện sống còn. Tuy nhiên, cắt đốt bằng laser các mạch máu thông nhau trong tử cung nội soi đã đạt được thành công lớn hơn trong điều trị vấn đề khó khăn này, đặc biệt trong những trường hợp nặng hơn. Khi có mặt trên thị trường, laser thai nhi quang hóa (fetoscopic laser photocoagulation) đã thay thế phần lớn kỹ thuật làm giảm nước ối và trở thành ưu tiên trong trị liệu cho TTTS. **Các bất thường mạch máu khác bao gồm sự vắng mặt của một động mạch rốn, có thể liên quan đến 30% các trường hợp khác vấn đề bẩm sinh, đặc biệt là không có thận (renal agenesis). Một động mạch rốn đơn độc là thấy trong khoảng 3% đến 4% cặp song sinh, so với 0,5% đến 1% của thai đơn.**

Cặp song sinh cùng trứng 1 nhau 1 ối

Trong 1% các cặp song sinh 1 ối, sự phân chia xảy ra trong khoảng từ 9 đến 12 ngày sau khi thụ tinh, kết quả là cả hai thai nhi đều chiếm một túi bao gồm 1 ối bên trong và 1 nhau bên ngoài. Nguy cơ vướng víu của dây rốn, với cái chết của thai nhi sau đó, là đáng kể. Theo truyền thống, sinh mổ tùy ý (sau steroid) khoảng 32 tuần thai là cách quản lý thông thường. **Các chiến lược quản lý gần đây, liên quan đến nhập viện sau 24 đến 26 tuần, sử dụng steroid và theo dõi nhịp tim thai nhiều lần mỗi ngày, đã cho phép dự đoán về khó khăn sắp xảy ra với vướng dây. Ngày sinh được đề nghị phải sớm, lúc 32 đến 34 tuần (sau khi dùng steroid), bằng cách sinh mổ.** Tỷ lệ tử vong chu sinh trong lịch sử đối với các cặp song sinh 1 ối là > 50%. Mặc dù việc quản lý tối ưu những thai biến chứng này là không chắc chắn, tỷ lệ tử vong chu sinh (không bao gồm mang thai với dị tật bẩm sinh) hiện < 10% với các quản lý hiện tại như mô tả ở trên.

Cái chết của một bào thai

Đa thai, đặc biệt là thai bậc cao (?), có nguy cơ cao cho mất một hoặc nhiều thai nhi từ việc sinh đẻ. Theo tóm tắt của Đại học Sản phụ khoa Hoa Kỳ, không có giao thức giám sát để dự đoán hầu hết các tổn thất này. Đồng thuận về phương pháp giám sát trước sinh và quản lý khi sự sụp đổ đã xảy ra đã không đạt được. Trong khi một số người ủng hộ việc sinh ngay lập tức cho thai nhi còn

lại, nếu cái chết là kết quả của sự bất thường của chính thai nhi (thay vì bệnh lý của mẹ hoặc tử cung) và thai kỳ ở xa nhiệm kỳ, quản lý kỳ vọng có thể thích hợp

Các trường hợp khó khăn nhất là những trường hợp tử vong thai nhi xảy ra trong một bào thai của một cặp sinh đôi 1 nhau (có thể 1 hoặc 2 ối). Bởi vì hầu như 100% nhau thai 1 nhau chứa các mạch máu thông nối liên kết lưu thông của hai thai nhi, thai nhi còn sống đang ở nguy cơ cao bị thiệt hại gây ra bởi sự đột ngột, nghiêm trọng và kéo dài hạ huyết áp xảy ra tại thời điểm chết thai hoặc do hiện tượng tắc mạch xảy ra sau đó. Vào thời điểm cái chết được phát hiện, tác hại lớn nhất rất có thể đã xảy ra, và có thể không có bất kỳ lợi ích trong việc sinh nở ngay lập tức, đặc biệt là nếu thai nhi còn sống sinh rất non và còn khỏe mạnh. Trong những trường hợp như vậy, cho phép mang thai tiếp tục có thể mang đến kết quả có lợi nhất.

CHẨN ĐOÁN

Hầu hết các trường hợp mang thai đa thai được chẩn đoán bằng siêu âm. Trên cơ sở lâm sàng, nên nghi ngờ song thai khi kích thước tử cung lớn so với tuổi tính toán. Chênh lệch 4 cm trở lên giữa các tuần thai và chiều cao cơ bản đo được nên đánh giá bằng siêu âm để phát hiện nguyên nhân (ví dụ: tuổi thai không chính xác, đa thai, đa ối, bệnh ngoại bì lá nuôi thai kỳ, và khối u vùng chậu). Đánh giá siêu âm nối tiếp đã chỉ ra rằng chỉ có 50% song thai được phát hiện trong 3 tháng đầu tiên dẫn đến việc sinh sinh đôi khả thi. 50% trường hợp khác cung cấp một bào thai duy nhất vì cắt bỏ tử cung và sự tái hấp thu tối đa cho một phôi/thai nhi (**hội chứng sinh đôi biến mất**).

Trong lần kiểm tra siêu âm đầu tiên xác nhận sinh đôi thời kỳ mang thai, nhau (chorionicity) nên được xác định bởi vì, như đã đề cập ở trên, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong tiềm năng liên quan đến song thai 1 nhau là khác nhau với song thai 2 nhau. Nhau có thể được xác định bằng siêu âm với độ chắc chắn gần như 100% ngay từ 8 đến 9 tuần tuổi thai. Thời điểm tối ưu để xác định nhau là trong 3 tháng đầu hoặc đầu của 3 tháng giữa. Kết quả cho thấy chỉ ra cặp song sinh 2 nhau bao gồm dấu hiệu đỉnh đôi (twin-peak) (hoặc lambda) (**Hình 13.2**), màng phân chia dày (> 2 mm) và giới tính trái ngược.



FIGURE 13.2. Twin peak or lambda sign in a dichorionic twin pregnancy at 12 weeks', 4 days' gestation.

QUẢN LÝ ANTENATAL

Một khi chẩn đoán song thai đã được thực hiện, và tình trạng nhau đã được xác định, chăm sóc tiền sản tiếp theo giải quyết từng mối quan tâm của mẹ và thai nhi. Mặc dù lượng máu của mẹ lớn hơn với một thai đôi so với mang thai đơn, sự mất máu dự kiến khi sinh cũng tương tự như vậy. Thiếu máu nhiều thường gặp ở những bệnh nhân này và chế độ ăn uống cân bằng khi mang thai bao gồm tăng lượng sắt, folate và các vi chất dinh dưỡng khác, là quan trọng.

Sự tiêu hao năng lượng nghỉ ngơi của mẹ (một chỉ số cơ bản tỷ lệ trao đổi chất) được tăng lên nhiều lần khi mang thai và kết quả là tăng nhu cầu về lượng calo. Mặc dù không có thành lập hướng dẫn dinh dưỡng cho bà mẹ mang song thai, Hiệp hội bà mẹ-Y học thai nhi khuyến cáo tăng tiêu thụ calo hàng ngày dựa trên chỉ số khối cơ thể trước khi mang thai (BMI): 4000 kcal/ngày đối với người phụ nữ thiếu cân (BMI < 19,8 kg/m²), 3000 đến 3500 kcal/ngày đối với phụ nữ cân nặng bình thường (BMI 19,8 đến 26 kg/m²), 3250 kcal/ngày đối với phụ nữ thừa cân (BMI 26,1 đến 29 kg/m²) và 2700 đến 3000 kcal/ngày đối với phụ nữ béo phì (BMI > 29 kg/m²). Khẩu phần ăn nên được lấy từ 20% protein, 40% từ carbohydrate chỉ số đường huyết thấp, và 40% từ chất béo. Các khuyến nghị tăng cân cho từng BMI cho người phụ nữ có cặp song sinh được liệt kê trong [Bảng 13.3](#).

BẢNG 13.3 BODY MASS INDEX-SPECIFIC WEIGHT GAIN GOALS IN TWINS

Pre-pregnancy Weight Category	BMI (kg/m ²)*	Recommended Total Weight Gain Range (lb)
Underweight	<18.5	Insufficient data
Normal Weight	18.5–24.9	37–54
Overweight	25–29.9	31–50
Obese (all classes)	30 or greater	25–42

*BMI, body mass index, to calculate BMI go to

https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/BMI/bmicalc.htm

From the National Academy of Sciences/Institute of Medicine, Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines, 2009; 1995 WHO BMI categories (endorsed by NIH/NHLBI, 1998).

Do tăng nguy cơ sinh non trong thai kỳ đa thai, chú ý cẩn thận để phát hiện các cơn co tử cung là rất quan trọng, và Bệnh nhân nên được cảnh báo về các dấu hiệu và triệu chứng của sinh non, chẳng hạn như đau bụng, đau thắt lưng, mỏng hoặc tăng tiết âm đạo, và chảy máu âm đạo. Nếu có triệu chứng sinh non, kiểm tra cổ tử cung nên được thực hiện. Việc sử dụng **siêu âm qua ngã âm đạo để đánh giá và sàng lọc chiều dài cổ tử cung** trong thai kỳ đa thai gây tranh cãi, phần lớn là do thiếu các nghiên cứu can thiệp đã được chứng minh để ngăn ngừa sinh non nếu tìm thấy một cổ tử cung ngắn. **Buộc vòng cổ tử cung (cervical cerclage)** cho cổ tử cung ngắn trong cặp song sinh có liên quan đến tăng nguy cơ sinh non sinh và không được khuyến khích. Điều trị **progesterone** không hiệu quả trong việc giảm nguy cơ sinh non ở những phụ nữ không được chọn sinh đôi hoặc sinh ba và không được khuyến khích. Việc tìm thấy một cổ tử cung ngắn có thể là một chỉ dẫn cho công việc hoặc sửa đổi hoạt động (không hoàn toàn nghỉ ngơi trên giường). Có những nghiên cứu đang tiếp tục thực hiện về thay thế **vòng tránh thai** để giảm nguy cơ sinh non ở phụ nữ có cặp song thai và cổ tử cung ngắn. Dựa trên các bằng chứng sẵn có, việc sử dụng vòng tránh thai cổ tử cung dự phòng (prophylactic cervical pessary) không được khuyến cáo trong thai kỳ đa thai. Không có vai trò cho **việc quản lý dự phòng tocolytics** ở phụ nữ có thai kỳ đa thai, bao gồm cả việc sử dụng betamimetic kéo dài cho chỉ định này. Tương tự như vậy, ở những phụ nữ có thai kỳ đa thai không biến chứng, không có bằng chứng về lợi ích của việc nghỉ ngơi tại giường thường xuyên kèm hoặc không kèm theo cần nhập viện; điều này không được khuyến cáo và có thể liên quan đến các tác hại như tăng nguy cơ huyết khối và deconditioning (tình trạng cơ thể yếu đi).

Mặc dù đánh giá về **fibronectin của bào thai** có thể giúp dự đoán sinh non ở phụ nữ, nó có giá trị dự đoán hạn chế và không được khuyến khích trong thai kỳ đa thai. Mỗi lần khám, nên đánh giá huyết áp, và, nếu tăng, protein nước tiểu nên được đánh giá. Bắt đầu từ 30 đến 32 tuần, số lần đá thai nhi hàng ngày thường được bắt đầu để giúp đánh giá sức khỏe của thai nhi.

SIÊU ÂM

Với song thai 2 nhau (dichorionic), không có bằng chứng khuyến nghị về tần suất tầm soát tăng trưởng của thai nhi sau 20 tuần thai. Tuy nhiên, thật sự nên thực hiện định kỳ kiểm tra siêu âm cứ sau 4 đến 6 tuần sau 20 tuần. Nếu có bằng chứng về hạn chế tăng trưởng của thai nhi hoặc các biến chứng thai kỳ khác, tần số nên được tăng lên một cách thích hợp. Do nguy cơ gia tăng đối

với biến chứng của TTTS, song thai 1 nhau (monochorionic) nên được theo dõi sớm hơn và thường xuyên hơn (cứ sau 2 tuần từ 16 đến 28 tuần, nếu tăng trưởng bình thường và không có bằng chứng TTTS, cứ sau 3 đến 4 tuần sau đó). Theo đánh giá ban đầu, đặc biệt chú ý đến xác định dị thường thai nhi, và điều này cần được lưu ý như vậy trong song thai 1 nhau, trong đó những bất thường như vậy thường được nhìn thấy hơn. Một kiểm tra siêu âm cẩn thận để xác định dị tật thai nhi được thực hiện tại tuần 16 đến tuần, tại thời điểm kích thích thai nhi cho phép chẩn đoán như vậy. Tại mỗi kiểm tra sau đó, sự tăng trưởng của từng thai nhi được đánh giá và ước tính khối lượng nước ối được thực hiện. **Tăng trưởng bất thường** được xác định là 20% hoặc lớn hơn về trọng lượng thai nhi ước tính giữa thai nhi lớn hơn và thai nhi nhỏ hơn (tỷ lệ được tính bằng cách xác định sự khác biệt trong ước tính trọng lượng thai nhi giữa hai thai nhi, chia cho trọng lượng của thai nhi lớn hơn). Giám sát trước sinh bổ sung, chẳng hạn như các kiểm tra không stress hoặc hồ sơ sinh lý, thường được sử dụng khi có hạn chế tăng trưởng một hoặc nhiều thai nhi, tăng trưởng trái ngược hoặc một tình huống rủi ro cao khác như sự hấp thụ y tế của mẹ (comorbidity).

QUẢN LÝ TRONG CUỘC ĐẸ (INTRAPARTUM MANAGEMENT)

Không có gì đáng ngạc nhiên, thời gian mang thai trung bình có liên quan nghịch với số lượng thai nhi. Thời gian mang thai trung bình trong song thai là khoảng 36 tuần. Nhiều người xem xét thời gian tối ưu cho cặp song thai 2 nhau 2 ối không biến chứng sẽ được phân phối trong khoảng từ 38.0 đến 38.6 tuần. Khởi phát chuyển dạ hoặc sinh mổ thường được lên lịch bởi vì nguy cơ tử vong chu sinh tăng lên ở tuần 39 và trở về sau. Phụ nữ có cặp song thai 1 nhau 2 ối không biến chứng thường diễn hình sinh trong khoảng từ 34,0 tuần đến 37,6 tuần. Trường hợp đặc biệt của cặp song thai 1 nhau 1 ối đã được thảo luận trước đó (giao hàng tại 32-34 tuần).

Quản lý trong cuộc đẻ phần lớn được xác định bởi sự hiện diện của cặp song thai. Nói chung, nếu thai đầu tiên trong cặp có đầu ra trước thì chuyển dạ được phép tiến triển bằng sinh thường, trong khi đó nếu thai nhi đó ở một vị trí không phải là đầu, sinh mổ thường được thực hiện. Khi chuyển dạ, nhịp tim của cả hai thai nhi là theo dõi riêng. **Tiếp cận trong việc cho đẻ cặp sinh đôi rất khác nhau, tùy thuộc về tuổi thai hoặc cân nặng ước tính của thai nhi, sự hiện diện của cặp song sinh và kinh nghiệm của các bác sĩ tham dự. Song thai 1 nhau 1 ối nên được sinh mổ do nguy cơ có biến chứng dây rốn.**

Bất kể kế hoạch sinh đẻ, tiếp cận đầy đủ dịch vụ sản khoa, gây mê, và dịch vụ nhi khoa là bắt buộc vì sinh mổ có thể được yêu cầu trong thông báo ngắn. Khoảng 40% của tất cả các cặp sinh đôi tham gia chuyển dạ với cả hai đều lộ đầu ra trước. Sau khi sinh thai nhi đầu tiên của cặp sinh đôi, nếu thai nhi thứ hai vẫn lộ đầu ra trước, sinh thường cho thai nhi thứ hai thường tiến hành thông suốt. Với sự theo dõi thích hợp của thai nhi thứ hai, không có gì khẩn cấp trong việc hoàn thành sinh em bé thứ hai.

Nghiệm pháp sinh đẻ (Delivery Maneuvers)

Nếu thai nhi thứ hai hiện diện không phải là thò đầu ra trước (40% của tất cả các cặp sinh đôi), có hai thao tác chính có thể ảnh hưởng đến sinh thường. Đầu tiên là **phiên bản thò đầu bên**

ngoài. Sử dụng hình ảnh siêu âm, thai nhi được nhẹ nhàng hướng cho thai nhi thò đầu ra trước bằng cách xoa bóp bụng và gây áp lực (**Hình 13.3A**). Nghiệm pháp thứ 2 là đỡ ngôi mông (**breech extraction**), trong đó các bác sĩ đưa tay vào khoang tử cung, nắm lấy các chi dưới của thai nhi, và nhẹ nhàng sinh em bé thông qua sinh nở (xem **hình 13.3B**). Sinh thai nhi thứ hai thông qua sinh mổ là một lựa chọn quản lý khác nhưng thường được dành riêng cho các trường hợp không có khả năng sinh một cách an toàn thai nhi thứ hai bằng sinh thường (bao gồm cả bác sĩ sản khoa không có kinh nghiệm trong đỡ ngôi mông).

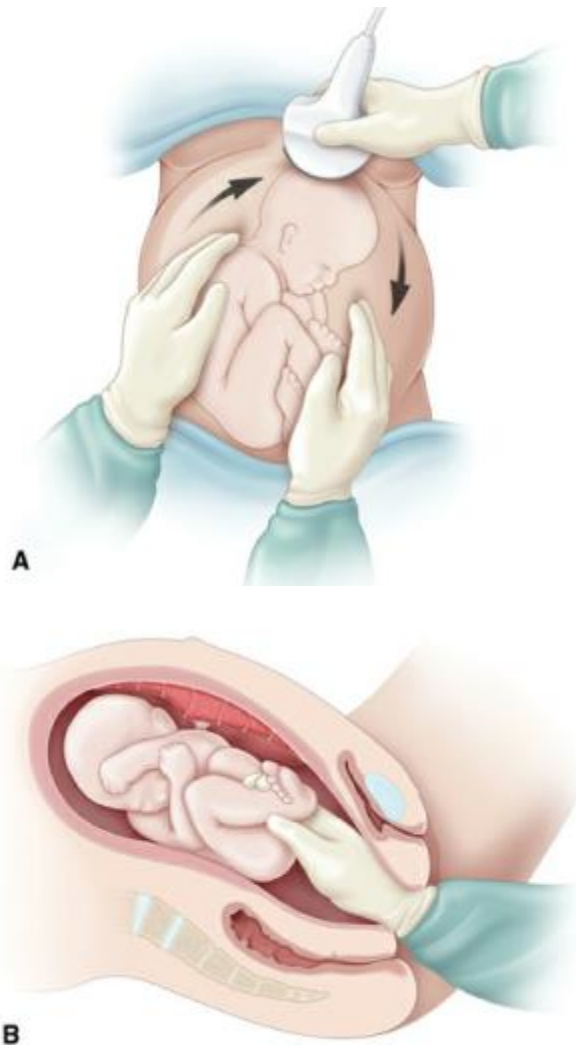


FIGURE 13.3. Delivery of second twin. **(A)** External cephalic version. **(B)** Breech extraction (internal podalic version).

Biến chứng

Khả năng dây rốn bị sa phải luôn luôn được sinh ra tâm trí khi sinh đôi được hoàn thành. Cặp sinh đôi trong đó mà thai nhi đầu tiên thò ra bằng mông (20% của tất cả các sinh đôi sinh thường) thường được sinh qua đẻ mổ. Một số bác sĩ lâm sàng và bệnh nhân của họ có kế hoạch sinh mổ trừ khi cả hai thai nhi đều ở thò đầu ra trước.

Đối với bệnh nhân có ba thai nhi trở lên, vì khả năng các bộ phận thai nhi khác nhau thò ra rất khác nhau, sinh đẻ được thực hiện theo kế hoạch sinh mổ trong hầu hết các trường hợp.

Sau sinh, tử cung đã căng quá mức có thể không co bóp bình thường, dẫn đến mất trương lực tử cung và xuất huyết sau sinh (xem Chương 12).

LIÊN HỆ LÂM SÀNG

Sau khi chẩn đoán đa thai được thực hiện, điều quan trọng là xem xét cẩn thận việc quản lý mang thai và sinh nở với bệnh nhân và chồng của cô. Quản lý bệnh nhân có thai kỳ đa thai đòi hỏi lập kế hoạch đáng kể và theo dõi chặt chẽ, và họ cần lưu ý về sự khác biệt trong việc chăm sóc cho 1 bệnh nhân nhiều thai nhi so với việc sinh 1 thai nhi. Mặc dù kết quả nói chung là thuận lợi, một mối quan hệ chặt chẽ và các đợt thăm khám thường xuyên hơn là cần thiết. Bạn nên khuyến khích bệnh nhân của bạn và chồng của cô ấy đặt câu hỏi và bày tỏ mối quan tâm trong suốt thai kỳ của cô.