

Song thai và các vấn đề có liên quan

Đỗ Thị Ngọc Mỹ¹, Tô Mai Xuân Hồng²

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

¹ Giảng viên bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: dtmmy2003@yahoo.com

² Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: tomaixuanhong@ump.edu.vn

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Phân biệt được cơ chế hình thành các dạng song thai trong thai kỳ
2. Trình bày được cách tiếp cận chẩn đoán song thai trong thai kỳ
3. Trình bày được các hậu quả của song thai 1 bánh nhau
4. Trình bày được cách chẩn đoán hội chứng truyền máu song thai (twin-twin transfusion syndrome)
5. Giải thích được nguy cơ của một số dạng song thai trên lâm sàng

PHÂN LOẠI CÁC DẠNG SONG THAI

Có 2 dạng song thai

1. Song thai khác trứng
2. Song thai cùng trứng

Song thai khác trứng do 2 trứng khác nhau thụ tinh bởi 2 tinh trùng khác nhau.

Song thai cùng trứng là song thai có xuất phát điểm từ **một trứng duy nhất** được thụ tinh với **một tinh trùng** duy nhất. Kết quả của sự thụ tinh là một hợp tử duy nhất. Hợp tử này sẽ phát triển thành phôi. Trong quá trình phát triển của phôi, phôi sẽ bị tách ra và tạo ra song thai cùng trứng.

Song thai một trứng có 3 kiểu, tùy theo thời điểm chia tách của phôi

1. Song thai 1 trứng - 2 nhau - 2 ối
2. Song thai 1 trứng - 1 nhau - 2 ối
3. Song thai 1 trứng - 1 nhau - 1 ối

Tùy thời điểm tách ra là

1. **Trước khi hình thành trophoblast** (ngoại bì lá nuôi), tức khoảng 3 ngày sau thụ tinh
 2. **Sau khi hình thành trophoblast nhưng trước khi hình thành amnion**, tức khoảng 4-8 ngày sau thụ tinh
 3. **Sau khi hình thành amnion**, tức 9-13 ngày sau thụ tinh
- mà lần lượt song thai sẽ là:

1. Song thai **2 nhau - 2 ối** (dichorionic-diamniotic) (D-D) là **dạng phổ biến nhất**, chiếm 60% song thai một trứng.
2. Song thai **1 nhau - 2 ối** (monochorionic-diamniotic) (M-D) là dạng ít phổ biến, nhưng gây nhiều nguy hiểm và biến chứng, chiếm 30% song thai một trứng
3. Song thai **1 nhau - 1 ối** (monochorionic-monoamniotic) (M-M) rất hiếm, chỉ khoảng 1% số song thai sống, nhưng gây nhiều vấn đề phức tạp trong quản lý.

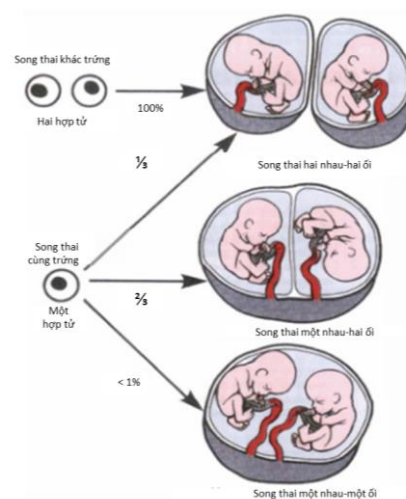
Nếu sự tách ra là rất muộn, khi đĩa phôi đã hình thành, thì khi đó có thể sẽ có kiểu thứ tư: song thai dính liền nhau.

Như vậy song thai **M-D hay M-M chắc chắn là có cùng nguồn gốc từ một trứng thụ tinh.**

Trong khi đó **song thai D-D có thể là có nguồn gốc từ một trứng thụ tinh hay từ hai trứng thụ tinh khác nhau.**

Bắt buộc phải phân biệt thể loại song thai.

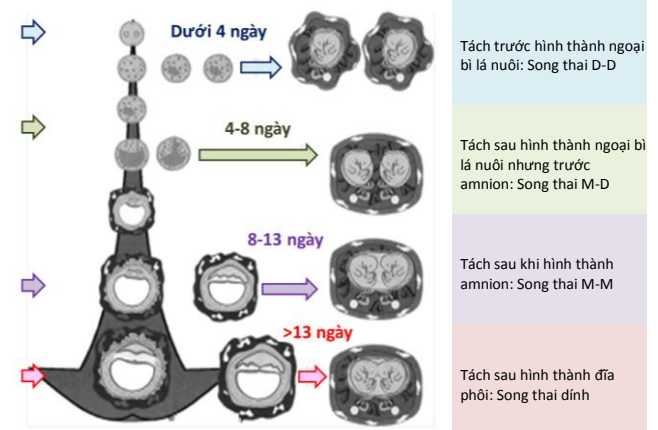
Tiên lượng và kết cục của thai kỳ tùy thuộc rất nhiều vào bản chất và dạng của song thai.



Hình 1a: Song thai D-D có thể có nguồn gốc từ một hay từ hai trứng thụ tinh khác nhau.

Hình 1b: Song thai M-D hay M-M chắc chắn là có cùng nguồn gốc từ một trứng thụ tinh.

Hình 1: Các loại song thai D-D, M-D và M-M



Hình 2: Cơ chế hình thành các dạng khác nhau của song thai 1 trứng

Nguồn: sonoworld.com

Tỷ suất của song thai một trứng cao hơn tỷ suất của song thai hai trứng.

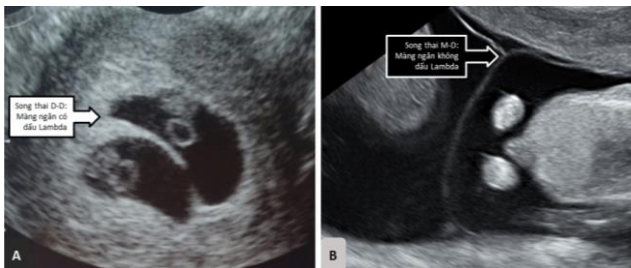
Trong song thai một trứng, thời điểm tách càng muộn, tỷ suất càng cao.

Tỷ suất là 9% cho D-D, 25% cho M-D và 60% cho M-M.

CHẨN ĐOÁN SONG THAI

Chẩn đoán loại song thai **chủ yếu dựa vào siêu âm.**

Loại song thai	D-D	M-D	M-M
Bánh nhau	Riêng biệt	Chung	Chung
Tính chất màng ngăn	Dạng hình Y (lambda)	Dạng hình T	
Bề dày của màng ngăn	Dầy, thấy các lớp (> 2.5 mm)	Mỏng, không thấy các lớp	Không có màng ngăn



Hình 3a: Siêu âm phân biệt song thai D-D và M-D

Màng ngăn giữa 2 thai với dấu lambda trong song thai D-D

Nguồn: images.agoramedia.com

Hình 3b: Siêu âm phân biệt song thai D-D và M-D

Màng ngăn giữa 2 thai không dấu lambda trong song thai M-D

Nguồn: sonoworld.com

Trong song thai, khảo sát chi tiết siêu âm giúp đỡ rất nhiều cho đánh giá và tiên lượng sản khoa.

Siêu âm trong song thai phải đánh giá các thông số gồm:

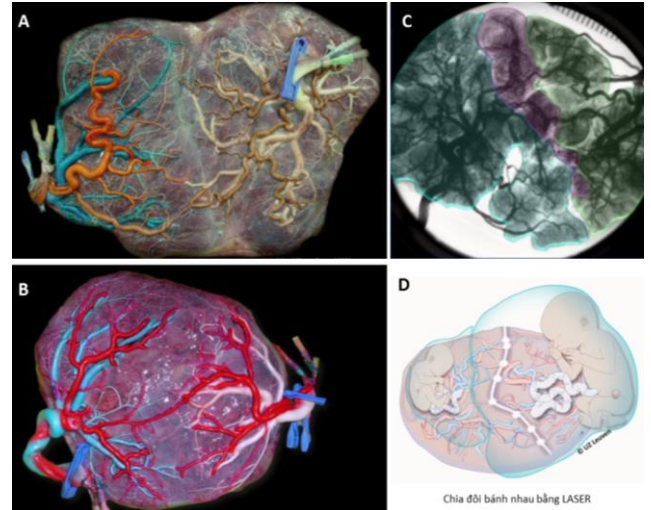
1. Sinh trắc học và ước lượng cân thai từng thai nhi, so sánh độ chênh trọng lượng giữa 2 thai để đánh giá tưới máu thai hoặc do bất thường về di truyền
2. Thể tích xoang ối giữa 2 thai và hình dạng màng ngăn để xem xoang ối có cân đối hay mất cân đối
3. Bánh nhau và vị trí bám của dây rốn
4. Chiều dài cổ tử cung cho tiên lượng sanh non
5. Thông số Doppler các động mạch tử cung, động mạch rốn, động mạch não giữa

Song thai M-D và song thai M-M là các song thai gây ra nhiều vấn đề nhất cho quản lý.

Nhiều bất thường có thể gặp trong 2 loại song thai trên, và đều là kết quả của việc có chung một bánh nhau với thông nối mạch máu giữa 2 thai.

Khi có sự thông nối, kết cục sẽ tùy thuộc vào:

1. Kiểu thông nối là động-động mạch, động-tĩnh mạch hay tĩnh-tĩnh mạch.
2. Vị trí thông nối.



Hình 4: Thông nối động-động mạch và động-tĩnh mạch giữa hai thai trong song thai (hình A và B). Vùng nhau chung chịu sự chi phối của hai hệ thống mạch máu (hình C). Việc điều trị nhằm mục đích là tách biệt hai hệ tuần hoàn (bichorionization) bằng đốt LASER (hình D).
Nguồn: Đơn vị phẫu thuật bào thai, Đại học UZ Leuven, Bỉ

Khi có thông nối, sẽ **thể hiện ra ngoài bằng hội chứng truyền máu trong song thai** (Twin-Twin Transfusion Syndrome) (TTTS). Khi đó cần đánh giá độ nặng của hội chứng để có quyết định can thiệp¹.

Bảng 2: Hội chứng truyền máu trong song thai		
Loại song thai	Thai cho	Thai nhận
Kích thước thai	Nhỏ	Lớn
Thể tích dịch ối	Giảm	Tăng
Cử động thai	Tăng	Giảm
Kích cỡ bàng quang	Nhỏ	Căng to
Kích cỡ dây rốn	Nhỏ hoặc bình thường	Phình to
Thể tích máu	Giảm	Tăng
Biến chứng	Hiện tượng twin, IUGR, oxy, thai chết	stuck, Tim to, phù, thai chết

Điều trị chỉ có thể đạt được nếu biết rõ vị trí thông nối.

Corticoid liệu pháp chỉ được phép dùng khi có nguy cơ trực tiếp của sanh non.

1. Corticoid liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh khi có đe dọa trực tiếp của sanh non
2. Gây tắc nghẽn mạch thông nối mạch máu bằng photocoagulation laser (nguy cơ tử vong thai và tử vong chu sinh 25-50%).

QUẢN LÝ MỘT THAI KỲ SONG THAI

¹ Có thể căn cứ theo bảng phân loại Quintero đánh giá mức độ nghiêm trọng của hội chứng truyền máu trong song thai.

Độ 1: Nhìn rõ bàng quang của thai cho

Độ 2: Không nhìn thấy bàng quang của thai cho, Doppler bình thường

Độ 3: Doppler bất thường

Độ 4: Có dấu hiệu bất thường ở tim của thai nhận

Độ 5: Có 1 thai chết lưu

Quản lý trước sanh một thai kỳ song thai gồm những vấn đề chung và những vấn đề chuyên biệt.

Các vấn đề chung gồm:

1. Cung cấp **đủ dinh dưỡng**: cân bằng chế độ ăn, cần đảm bảo đủ trong chế độ ăn hàng ngày 300 kCal, đa sinh tố và muối khoáng, đặc biệt là acid folic
2. Đối với nguy cơ tăng lượng máu mất sau sanh: cần cung cấp **đủ lượng sắt** để dự phòng thiếu máu
3. Tạo điều kiện để thai nhi phát triển bằng cách gia tăng sự nghỉ ngơi vào tuần 24-26 (chưa có chứng cứ rõ ràng, nhưng nghỉ ngơi làm giảm nguy cơ sanh non)
4. Đối với nguy cơ chuyển dạ sanh non: cần thông tin cho thai phụ dấu hiệu của chuyển dạ, khuyến khích nghỉ ngơi, đánh giá nguy cơ của sanh non khi khám
5. Đối với nguy cơ cao huyết áp do thai kỳ: cần theo dõi thường xuyên huyết áp động mạch và xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu
6. Khảo sát sự phát triển bất tương xứng giữa 2 thai: cần siêu âm định kỳ để đánh giá sự tăng của mức độ chênh lệch trọng lượng

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Hacker and Moore's Essential of Obstetrics and Gynecology 5th edition. Multiple gestation. Ch. 13, page 160-165.
2. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.

Những vấn đề chuyên biệt cần được giải quyết ở nơi có đủ trang thiết bị.

1. Cần thực hiện xét nghiệm di truyền học, sinh thiết gai nhau đối với thai kỳ nguy cơ cao lệch bội. Ngoại trừ NT vẫn còn nguyên giá trị, các khảo sát tầm soát, kể cả NIPT, tỏ ra không hữu dụng trong tầm soát lệch bội ở đa thai. Nếu chọc ối trong song thai, cần dùng 2 kim riêng biệt.
2. Làm chết chọn lọc thai bị lệch bội. Nên chọn lọc hủy thai nếu thai có bất thường.
3. Kỹ thuật **laser photocoagulation**: được thực hiện sau **tuần 26**, làm tắc sự thông nối mạch máu nếu có TTTS hoặc dây rốn bám màng.
4. Kỹ thuật thắt dây rốn (cord ligation) thực hiện khi việc chết thai có thể xảy ra cho một thai ở trường hợp song thai một bánh nhau.