

## Thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu trong song thai

La Văn Minh Tiến<sup>1\*</sup>, Trần Nhật Thăng<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bộ môn Phụ sản, Khoa Y, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup> Khoa Phụ sản, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

doi: 10.46755/vjog.2023.2.1562

Tác giả liên hệ (Corresponding author): La Văn Minh Tiến, email: lavanminhtien@ump.edu.vn

Nhận bài (received): 20/4/2023 - Chấp nhận đăng (accepted): 20/5/2023.

### Tóm tắt

Tần suất của đa thai đang tăng dần trong các năm gần đây dưới sự phát triển mạnh mẽ của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Thai kỳ đa thai làm tăng nguy cơ kết cục bất lợi lên mẹ, thai và trẻ sơ sinh. Trong đó, sinh non là nguyên nhân thường gặp nhất làm gia tăng bệnh suất và tử suất sơ sinh ở các thai kỳ đa thai. Thời điểm chấm dứt thai kỳ trong song thai nên được cân nhắc giữa kết cục bất lợi lên mẹ, thai lưu nếu tiếp tục dưỡng thai, làm tăng tử suất và bệnh suất sơ sinh nếu chấm dứt thai kỳ sớm. Với những bằng chứng y học hiện tại, thời điểm chấm dứt thai kỳ ở các thai kỳ song thai có kèm giới hạn tăng trưởng thai đơn thuần không thay đổi so với các trường hợp song thai không biến chứng. Thời điểm tối ưu đó trong khoảng từ 36 + 0 đến 37 + 7 tuần.

**Từ khóa:** thời điểm chấm dứt thai kỳ, song thai, giới hạn tăng trưởng thai.

## The optimal timing of delivery in twin pregnancies

La Van Minh Tien<sup>1\*</sup>, Tran Nhat Thang<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Faculty of OB/GYN, Department of Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city

<sup>2</sup> Department of OB/GYN, University Medical Center at Ho Chi Minh city

### Abstract

The frequency of multiple pregnancy has gradually been increasing in recent years under the prompt development of assisted reproductive technology. The risk of adverse maternal, fetal and neonatal outcomes is higher in multiple pregnancy compared to singleton pregnancy. In particular, preterm birth is the most common cause of increased neonatal morbidity and mortality in multiple pregnancy. Timing of delivery in twins should be weighed against adverse maternal outcomes, stillbirth by prolonging pregnancy, and increased neonatal mortality and morbidity by early termination. Based on current evidence, the timing of delivery in twins with isolated fetal growth restriction is similar to uncomplicated twins. The optimal timing is between 36 + 0 and 37 + 7 weeks of gestational age.

**Keywords:** timing of delivery, twin pregnancy, fetal growth restriction.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển mạnh mẽ của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản và tuổi mẹ lúc mang thai muộn, tần suất của đa thai cũng tăng dần và trở thành một vấn đề thu hút sự quan tâm của các nhà sản khoa. Tại Hoa Kỳ, từ giữa năm 1980 đến năm 2009, tần suất của song thai đã tăng từ 18,9 lên đến 33,3 trên 1000 trường hợp có thai [1].

Thai kỳ đa thai làm tăng nguy cơ kết cục bất lợi lên mẹ, thai và trẻ sơ sinh so với thai kỳ đơn thai. Thai kỳ song thai có tử suất và bệnh suất sơ sinh cao hơn thai kỳ đơn thai. Trong số đó, sinh non - tự phát hay do chỉ định sản khoa, là nguyên nhân thường gặp nhất và mang đến nhiều thách thức cho các nhà sản khoa [2]. Tần suất của sinh non ở thai kỳ song thai lên đến 50%, phần lớn xảy ra ở giai đoạn sinh non muộn (từ 34 + 0 đến 36 + 6 tuần) [3]. Khoảng 20% những trường hợp này không có chỉ định chấm dứt thai kỳ rõ ràng [4]. So với những trường hợp đủ tháng, trẻ sơ sinh non tháng muộn có tỷ lệ bệnh suất cần phải nhập viện lúc sinh cũng như tỷ lệ

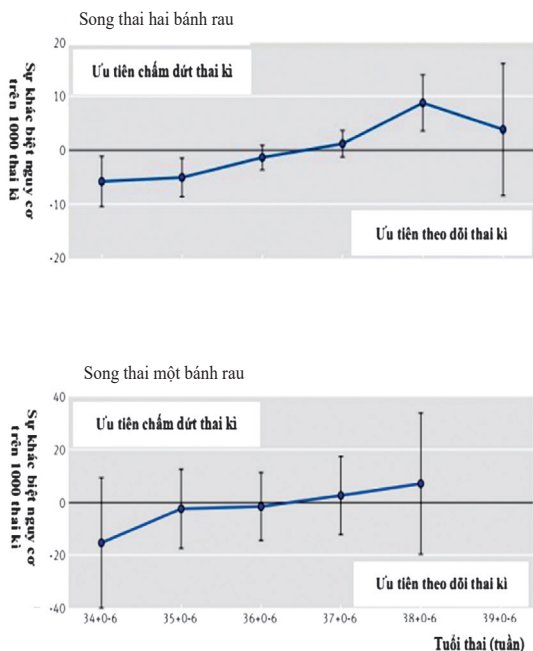
tái nhập viện trong vòng một năm đầu đời cao hơn. Hơn nữa, chúng còn làm tăng nguy cơ chậm phát triển tâm thần - vận động sau này ở trẻ [5], [6]. Vì vậy, thời điểm chấm dứt thai kỳ song thai nên được cân nhắc giữa kết cục xấu lên mẹ, tử suất thai chu sinh cũng như bệnh suất sơ sinh.

### 2. CÁC THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ TỐI ƯU TRONG SONG THAI

#### Thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu để giảm tử suất thai chu sinh ở song thai không biến chứng

Bàn về thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu trong song thai, Cheong-See và cộng sự đã tổng quan hệ thống và phân tích gộp từ 32 nghiên cứu, với số lượng cỡ mẫu lên đến 35.171 trường hợp song thai không biến chứng (với 29.685 trường hợp song thai hai bánh nhau (dichorionic, DC) và 5.486 trường hợp song thai một bánh nhau (monochorionic, MC)). Với kết cục nguyên phát của nghiên cứu là tỷ lệ thai lưu khi theo dõi tiếp thai kỳ và tỷ lệ chết sơ sinh khi chấm dứt thai kỳ ngay, tác giả đã tính

toán ra sự khác biệt nguy cơ này theo mỗi tuần tuổi thai. Khi sự khác biệt này nhỏ hơn 0 thì nguy cơ chết sơ sinh lớn hơn nguy cơ thai lưu. Vì vậy, việc theo dõi tiếp thai kỳ nên được ưu tiên. Ở tuổi thai mà sự khác biệt nguy cơ này bằng 0 là thời điểm thích hợp nhất để chấm dứt thai kỳ. Kết quả của nghiên cứu này được thể hiện trong **Hình 1**. Từ đó, tác giả cho ra rằng để giảm tử suất thai chu sinh (thai lưu và chết sơ sinh), các trường hợp song thai MC và DC không biến chứng nên được cân nhắc chấm dứt lần lượt lúc 36 tuần và 37 tuần [7].



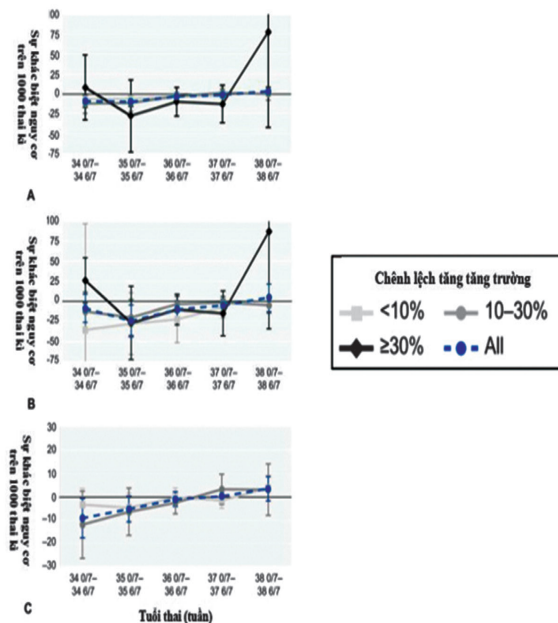
**Hình 1.** Nguy cơ thai lưu khi theo dõi thai kỳ so với nguy cơ tử vong sơ sinh khi chấm dứt thai kỳ theo tuần tuổi thai ở các trường hợp song thai không biến chứng (Nguồn: Cheong-See và cộng sự, 2016) [7]

Thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu để giảm tử suất thai chu sinh ở song thai có kèm giới hạn tăng trưởng bào thai.

Cùng với sự gia tăng tần suất của song thai, các biến chứng trên thai kỳ song thai cũng gia tăng, trong đó hay gặp nhất là các giới hạn tăng trưởng bào thai. Các giới hạn tăng trưởng này bao gồm tăng trưởng bất tương xứng có hoặc không đi kèm thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung. Thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu ở các trường hợp song thai đi kèm với giới hạn tăng trưởng vẫn chưa được biết rõ. Với lý do đó, đầu tháng 06 năm 2022, Koch và cộng sự đã công bố một tổng quan hệ thống và phân tích gộp dữ liệu cá nhân tham gia từ 20 nghiên cứu, với cỡ mẫu là 9755 trường hợp song thai (trong đó 7474 trường hợp song thai DC và 2281 trường hợp song thai MC). Với cùng phương pháp phân tích như nhóm tác giả Cheong-See, báo cáo của tác giả đã cho thấy mức độ ảnh hưởng của các giới hạn tăng trưởng lên thời điểm chấm dứt thai kỳ [8].

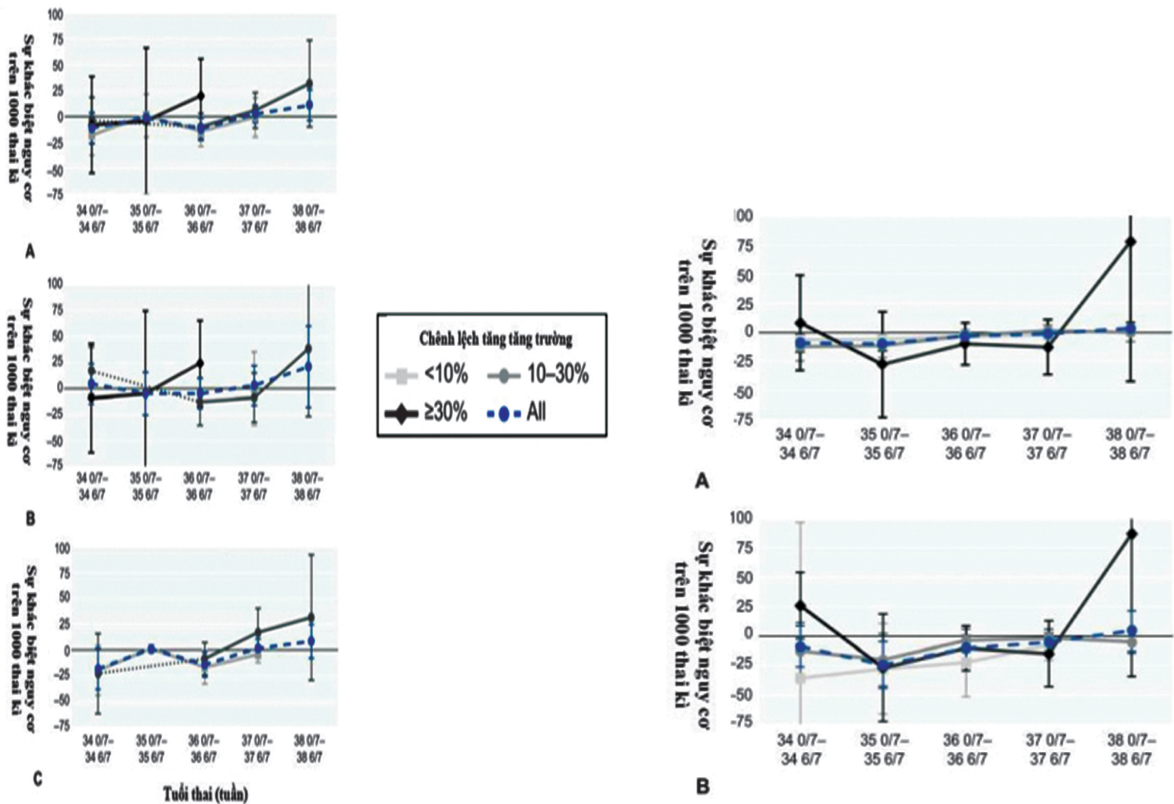
Trong bài tổng quan này, tác giả đã loại trừ các trường hợp song thai cùng một màng ối, dị tật bẩm sinh đi kèm và các trường hợp thỏa tiêu chuẩn của hội chứng truyền máu song thai (twin-to-twin transfusion syndrome) hoặc song thai với tưới máu động mạch đảo ngược (twin reversed arterial perfusion). Thai nhỏ so với tuổi thai (small for gestational age, SGA) được định nghĩa là cân nặng lúc sinh nhỏ hơn bách phân vị thứ 10, sử dụng biểu đồ tăng trưởng của dân số song thai [9]. Chênh lệch cân nặng được tính theo công thức  $100 \times (\text{cân lúc sinh của thai lớn} - \text{cân nặng lúc sinh của thai nhỏ}) / \text{cân nặng lúc sinh của thai lớn}$ .

Kết quả của nghiên cứu này thể hiện theo **Hình 2** (song thai DC) và **Hình 3** (song thai MC). Nguy cơ tử vong chu sinh (thai lưu và chết sơ sinh) cân bằng trong khoảng tuổi thai từ 36 + 0 đến 37 + 7 tuần ở các trường hợp song thai MC và DC, bất kể sự tăng trưởng bất tương xứng và cân nặng lúc sinh. Kết quả này tương đồng với phân tích gộp trước đó của tác giả Cheong-See ở các trường hợp song thai không biến chứng. Từ kết quả của nghiên cứu này, nhóm tác giả kết luận rằng tăng trưởng bất tương xứng và thai nhỏ so với tuổi thai có nguy cơ cao hơn của tử vong thai chu sinh. Tuy nhiên, thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu ở các trường hợp song thai không thay đổi nếu chỉ dựa đơn thuần vào các giới hạn tăng trưởng bào thai [8].



**Hình 2.** Nguy cơ thai lưu khi theo dõi thai kỳ so với nguy cơ tử vong sơ sinh khi chấm dứt thai kỳ theo tuần tuổi thai ở các trường hợp song thai hai bánh nhau, phân nhóm theo cân nặng lúc sinh và mức độ chênh lệch tăng trưởng (Nguồn: Koch và cộng sự, 2022) [8]

- (A). Tất cả các trường hợp
- (B). Trẻ có cân nặng lúc sinh nhỏ so với tuổi thai
- (C). Trẻ có cân nặng lúc sinh phù hợp tuổi thai



**Hình 3.** Nguy cơ thai lưu khi theo dõi thai kỳ so với nguy cơ tử vong sơ sinh khi chấm dứt thai kỳ theo tuần tuổi thai ở các trường hợp song thai một bánh nhau, phân nhóm theo cân nặng lúc sinh và mức độ chênh lệch tăng trưởng (Nguồn: Koch và cộng sự, 2022) [8]

- (A). Tất cả các trường hợp
- (B). Trẻ có cân nặng lúc sinh nhỏ so với tuổi thai
- (C). Trẻ có cân nặng lúc sinh phù hợp tuổi thai

**Thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu ở song thai để giảm bệnh suất sơ sinh**

Bên cạnh tử suất thai chu sinh, bệnh suất sơ sinh ở những trường hợp non tháng cũng là yếu tố cân nhắc khi quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ. Cho và cộng sự đã tiến hành đoàn hệ hồi cứu trên dữ liệu dân số quốc gia của Hàn Quốc. Từ năm 2007 đến 2010, tác giả đã chọn lọc được 17189 trường hợp song thai sinh từ 34 tuần để đưa vào phân tích. Bằng việc so sánh bệnh suất giữa hai nhóm, nhóm sinh non muộn (từ 34 + 0 đến 36 + 7 tuần) và nhóm sinh đủ tháng (từ 37 + 0 tuần trở lên), tác giả đã cho ra kết quả về kết cục bất lợi ngắn hạn (**Bảng 1**) và dài hạn (**Bảng 2**). Với kết quả này, nhóm tác giả đã kết luận các trường hợp song thai sinh non muộn có kết cục bất lợi ngắn hạn và dài hạn nhiều hơn so với các trường hợp song thai sinh non đủ tháng [6].

**Bảng 1.** Kết cục ngắn hạn bất lợi ở các trường hợp song thai sinh non muộn (từ 34 + 0 đến 36 + 7 tuần) và đủ tháng (từ 37 + 0 tuần trở lên)

(Nguồn: Cho và cộng sự, 2021)[6]

Kết cục (n, (%))	Sanh non muộn (n = 5032)	Đủ tháng (n = 12157)	OR	OR hiệu chỉnh
Bệnh suất tổng hợp	1214 (24,1)	1239 (10,2)	2,8 (2,6 - 3,1)	2,1 (1,9 - 2,3)
Thở nhanh thoáng qua	604 (12,0)	738 (6,1)	2,1 (1,9 - 2,4)	1,9 (1,6 - 2,1)
Hội chứng suy hô hấp	706 (14,0)	566 (4,7)	3,3 (3,0 - 3,8)	2,3 (2,0 - 2,6)
Viêm ruột hoại tử	28 (0,6)	24 (0,2)	2,8 (1,6 - 4,9)	2,1 (1,2 - 3,7)
Xuất huyết não thất	70 (1,4)	49 (0,4)	3,5 (2,4 - 5,0)	2,1 (1,5 - 3,1)
Loạn sản phế quản - phổi	9 (0,2)	12 (0,1)	1,8 (0,8 - 4,3)	1,3 (0,5 - 3,2)

\* Bệnh suất tổng hợp bao gồm trẻ sơ sinh có ít nhất một trong những kết cục còn lại trong bảng.

\* OR hiệu chỉnh: Odds ratio hiệu chỉnh, tỉ số số chênh hiệu chỉnh với tuổi mẹ, thu nhập, đái tháo đường, tăng huyết áp, mổ lấy thai, cân nặng lúc sanh, tăng trưởng bất tương xứng (> 20%) và giới tính trẻ.

**Bảng 2.** Kết cục dài hạn bất lợi ở các trường hợp song thai sanh non muộn (từ 34 + 0 đến 36 + 7 tuần) và đủ tháng (từ 37 + 0 tuần trở lên)

(Nguồn: Cho và cộng sự, 2021) [6]

Kết cục (n, (%))	Sanh non muộn (n = 5032)	Đủ tháng (n = 12157)	HR	HR hiệu chỉnh
Bệnh suất tổng hợp	1899 (37,7)	4025 (33,1)	1,2 (1,1 - 1,3)	1,1 (1,1 - 1,2)
Chậm phát triển tâm thần chung	518 (10,3)	1000 (8,2)	1,3 (1,1 - 1,4)	1,2 (1,1 - 1,3)
Chậm phát triển tâm thần - vận động	258 (5,1)	528 (4,3)	1,2 (1,0 - 1,4)	1,1 (0,9 - 1,3)
Chậm phát triển tâm thần - nhận thức	291 (5,8)	536 (4,4)	1,3 (1,2 - 1,5)	1,3 (1,1 - 1,5)
Phổ tự kỉ và rối loạn tăng động - giảm chú ý	309 (6,1)	612 (5,0)	1,2 (1,1 - 1,4)	1,2 (1,0 - 1,4)
Hành vi lặp lại vô nghĩa	176 (3,5)	431 (3,6)	1,0 (0,8 - 1,2)	1,0 (0,8 - 1,2)
Động kinh và sốt co giật	1358 (27,0)	2911 (24,0)	1,2 (1,1 - 1,2)	1,1 (1,0 - 1,2)

\* Bệnh suất tổng hợp bao gồm trẻ sơ sinh có ít nhất một trong những kết cục còn lại trong bảng.

\* HR hiệu chỉnh: Hazard ratio hiệu chỉnh, tỉ số rủi ro hiệu chỉnh với tuổi mẹ, thu nhập, đái tháo đường, tăng huyết áp, mổ lấy thai, cân nặng lúc sinh, tăng trưởng bất tương xứng (> 20%) và giới tính trẻ.

#### 4. BÀN LUẬN

Trong những phân tích gộp kể trên, thời điểm chấm dứt thai kỳ chủ yếu dựa trên tuổi thai và cân nặng lúc sinh đơn thuần. Thực tế, cân nặng lúc sinh sẽ được thay bằng cân nặng thai ước lượng qua siêu âm để quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ. Với độ chính xác là 10%, việc ước lượng cân nặng bằng siêu âm sẽ phù hợp với cân nặng lúc sinh trong 49,7% trường hợp song thai. Độ chính xác này sẽ giảm dần khi tuổi thai nhỏ và cân nặng lúc sinh dưới 2000g. Hơn nữa, việc sử dụng biểu đồ tăng trưởng cho dân số song thai được chứng minh rằng cho giá trị tiên đoán tốt hơn về bệnh suất chu sinh [10]. Nếu sử dụng biểu đồ tăng trưởng cho đơn thai áp vào các trường hợp song thai, chúng ta sẽ nhận được một tỷ lệ cao hơn các trường hợp thai nhỏ so với tuổi thai so với sử dụng biểu đồ tăng trưởng cho song thai. Điều này dẫn đến việc tăng cường quản lý không cần thiết. Đây là những bất lợi có thể gặp phải trong thực tế lâm sàng [11].

Khi có sự hiện diện của tăng trưởng bất tương xứng và thai giới hạn tăng trưởng, việc tăng cường theo dõi là cần thiết vì chúng làm tăng nguy cơ tuyệt đối của thai lưu và tử vong sơ sinh. Các công cụ lượng giá sức khỏe thai và thông số Doppler có thể ảnh hưởng đến thời điểm chấm dứt thai kỳ. Đây cũng là hạn chế trong những nghiên cứu trên do không khảo sát về lượng giá sức khỏe thai.

Trước đây, quyết định chấm dứt thai kỳ ở các trường hợp song thai sớm hơn so với đơn thai dựa trên một nhận định lâm sàng rằng song thai sẽ có sự trưởng thành các cơ quan nhanh hơn so với đơn thai. Tuy nhiên, Ribicic và cộng sự đã chứng minh rằng không có sự khác biệt về kết cục sơ sinh ở những trường hợp đơn

thai và song thai khi sinh non tháng muộn [12]. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên về hiệu quả của liệu pháp Corticosteroids lên trẻ sơ sinh ở những trường hợp song thai non tháng muộn đang được thực hiện. Với những bằng chứng hiện tại, nghiên cứu này có thể mang lại những kết quả hứa hẹn [13].

#### 5. KẾT LUẬN

Với các bằng chứng hiện tại, khi không có kèm các chỉ định khác, thời điểm chấm dứt thai kỳ ở các trường hợp song thai có giới hạn tăng trưởng đơn thuần không thay đổi so với các trường hợp song thai không biến chứng. Đó là, chấm dứt thai kỳ trong khoảng từ 36 + 0 đến 37 + 7 tuần để giảm tử suất thai chu sinh và giảm các kết cục bất lợi về bệnh suất sinh non.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ. Three decades of twin births in the United States, 1980-2009. 2012.
2. Mathews T, MacDorman MF, Thoma ME. Infant mortality statistics from the 2013 period linked birth/infant death data set. 2015.
3. Refuerzo JS, Momirova V, Peaceman AM, et al. Neonatal outcomes in twin pregnancies delivered moderately preterm, late preterm, and term. American journal of perinatology. 2010;27(07):537-42.
4. Elliott JP, Istwan NB, Collins A, et al. Indicated and non-indicated preterm delivery in twin gestations: impact on neonatal outcome and cost. Journal of perinatology. 2005;25(1):4-7.
5. Stewart DL, Barfield WD, Cummings JJ, et al. Updates on an at-risk population: late-preterm and

- early-term infants. *Pediatrics*. 2019;144(5).
6. Cho G, Cho KD, Kim H, et al. Short term neonatal and long term infant outcomes of late preterm twins: nationwide population based study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2021.
  7. Cheong-See F, Schuit E, Arroyo-Manzano D, et al. Prospective risk of stillbirth and neonatal complications in twin pregnancies: systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2016;354.
  8. Koch AK, Burger RJ, Schuit E, et al. Timing of Delivery for Twins With Growth Discordance and Growth Restriction: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 2022;139(6):1155-67.
  9. Li Z, Umstad MP, Hilder L, et al. Australian national birthweight percentiles by sex and gestational age for twins, 2001–2010. *BMC pediatrics*. 2015;15(1):1-7.
  10. Gielen M, Lindsey PJ, Derom C, et al. Twin-specific intrauterine 'growth'charts based on cross-sectional birthweight data. *Twin Research and Human Genetics*. 2008;11(2):224-35.
  11. Kalafat E, Sebghati M, Thilaganathan B, et al. Predictive accuracy of Southwest Thames Obstetric Research Collaborative (STORK) chorionicity specific twin growth charts for stillbirth: a validation study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2019;53(2):193-9.
  12. Ribicic R, Kranjcec I, Borosak J, et al. Perinatal outcome of singleton versus twin late preterm infants: do twins mature faster than singletons? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2016;29(9):1520-4.
  13. Hong S, Lee SM, Kwak DW, et al. Effects of antenatal corticosteroids in twin neonates with late preterm birth (ACTWIN [Antenatal Corticosteroids in TWIN late preterm neonates] trial): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*. 2019;19(1):1-6.