

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chẩn đoán đa thai: phải ghi số thai – số nhau – số ối
- Ngày dự sinh: tính theo số đo thai lớn
- Đặt tên cho thai, dựa trên:
 - Vị trí của thai (trái/phải), trên/dưới so với mẹ).
 - Dấu hiệu khác biệt (lưu ý kiểu hình cơ quan sinh dục ngoài, bất thường đi kèm: ví dụ bàng quang to, vị trí bánh nhau, nơi bám dây rốn).
 - Thai "l" là thai gần cổ tử cung hơn.
 - Mô tả nhiều chi tiết khác biệt nhất có thể để dán nhãn cho thai và theo dõi diễn tiến chính xác hơn.

Ví dụ:

- + Song thai hai nhau hai ối, Thai A bên P có nhau bám mặt trước. Thai B bên T nhau mặt sau.
- + Song thai một nhau hai ối, Thai A bên P có dây rốn bám màng và thai nhỏ, Thai B bên trên T.

II. SONG THAI MỘT NHAU

2.1. Song thai 1 nhau 2 ối

- Mục tiêu quản lý thai kỳ
 - Sàng lọc bất thường (lệch bội nhiễm sắc thể và bất thường cấu trúc)
 - Phát hiện sớm biến chứng song thai một nhau: TTTS (truyền máu song thai), sIUGR (thai chậm tăng trưởng chọn lọc), TRAPs (bơm máu đảo ngược trong song thai), TAPs (thiếu máu - đa hồng cầu).
 - Sàng lọc nguy cơ sinh non.
- Siêu âm cho song thai 1 nhau 2 ối
 - Đo tất cả các kích thước của thai, tính toán ước lượng cân nặng thai, xoang ối lớn nhất, MCA-PSV (PSV-MCA: Peak Systolic

- Velocity – Middle Cerebral Artery - vận tốc đỉnh tâm thu của động mạch não giữa) thường quy từ 24 tuần.
- Trong trường hợp có bất cân xứng nước ối, làm thường quy
 - + Dopplers cho cả hai thai: ĐM rốn, ĐM não giữa, ống tĩnh mạch khi cần
 - + Tìm các dấu hiệu bù trừ của tim phải ở thai nhận (trào ngược van 3 lá, hẹp phổi chức năng)
 - + Nơi cắm dây rốn
 - + Đo chiều dài CTC lúc 16-17 tuần:
 - chiều dài CTC > 25 mm: theo dõi
 - chiều dài CTC \leq 25 mm: khuyến cáo sử dụng các biện pháp không xâm lấn: Progesteron hoặc đặt Pessary.
 - Chênh lệch CRL (crown rump length) \geq 10%; NT (nuchal translucency) \geq 20%, nguy cơ cao TTTS, sIUGR, bất thường thai, thai lưu.
 - Siêu âm tim thai chuyên khoa thường quy: vì bất thường tim tăng 9 lần ở song thai 1 nhau 2 ối, 14 lần ở truyền máu song thai.
 - Không phải bất cân xứng nước ối nào cũng là TTTS và không phải bất cân xứng trọng lượng nào cũng là sIUGR
 - TTTS có thể làm nặng lên sIUGR
 - **Thủ thuật xâm lấn chẩn đoán** (khi XN sàng lọc bất thường)
 - Sinh thiết gai nhau/chọc ối (ưu tiên chọc ối): lấy 1 mẫu mô nhau hoặc 1 mẫu ở túi ối.
 - Chọc ối: cân nhắc lấy 2 mẫu ở cả 2 túi ối nếu ko chắc chắn về số bánh nhau (ưu tiên thai bình thường), bất tương xứng về cấu trúc giải phẫu sau 14 tuần.
 - Nguy cơ thủ thuật cộng dồn 1%.

2.1.1. Song thai 1 nhau 2 ối KHÔNG BIẾN CHỨNG

Lịch khám và đánh giá như sau:

- Từ 11 – 14 tuần
 - + Tính ngày dự sinh
 - + Dán nhãn
 - + Số nhau
 - + Sàng lọc Trisomy 21

- Từ 16 – 20 tuần: đánh giá mỗi 2 tuần (16, 18 và 20 tuần):
 - + Tăng trưởng thai
 - + Xoang ối lớn nhất
 - + Đo chiều dài CTC (thường quy ở đa thai lúc 16 - 17 tuần)
- Lúc 20 tuần
 - + SA tiền sản: cấu trúc giải phẫu chi tiết
 - + Siêu âm tim thai chuyên khoa
- Từ 24 – 36 tuần
 - + Đánh giá tăng trưởng thai
 - + Xoang ối lớn nhất
 - + MCA – PSV
 - + Um, MCA Doppler
- Chấm dứt thai kỳ ở 37 tuần

2.1.2. Song thai một nhau 2 ối CÓ BIẾN CHỨNG

a. Hội chứng TRUYỀN MÁU SONG THAI

(TTTS: Twin twin transfusion syndrome) hay TOPs: Twin Oligo - Polyhydramnios sequence)

- Chẩn đoán
 - + Song thai một nhau, VÀ
 - + Thiếu ối: xoang ối lớn nhất ≤ 2 cm ở thai cho VÀ đa ối ở thai nhận ≥ 8 cm nếu thai ≤ 20 tuần, ≥ 10 cm nếu thai > 20 tuần và ko kèm dị tật thai gây thiếu ối hoặc đa ối.
- Phân độ (Quintero)
 - + Độ I: chỉ thiếu ối/đa ối
 - + Độ II: I + không thấy bàng quang ở thai cho
 - + Độ III: bất thường Doppler (mất/đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn, đảo ngược sóng a ống TM)
 - + Độ IV: phù thai
 - + Độ V: một thai lưu

- Điều trị
 - Độ I: theo dõi, cân nhắc giảm ối tùy trường hợp.
 - Độ > I
 - + Chọn lựa 1: nội soi thai đốt thông nối mạch máu
 - + Chọn lựa 2: giảm ối hàng loạt
 - Thời điểm điều trị tối ưu: trước 26 tuần
 - Chấm dứt thai kỳ: 34 – 36 tuần, hoặc sớm hơn tùy diễn tiến.

Bất cứ thủ thuật can thiệp nào trước nội soi thai đều có thể làm giảm khả thi tỉ lệ thành công của laser do chảy máu, tách rời khoang ối – đệm, vô tình phá màng ối giữa hai thai, hoặc làm ối vỡ non.

Sau laser vẫn có tỉ lệ 30 - 50% tử vong chu sinh, 5 - 20% tổn thương thần kinh về lâu dài.

b. Thai chậm tăng trưởng chọn lọc: sIUGR (selective Intra Uterine Growth Restriction)

- Chẩn đoán
 - Ước lượng cân nặng thai nhỏ \leq BPV thứ 10, VÀ
 - Chênh lệch trọng lượng thai \geq 25 %.
- Phân loại (Gratacos)
 - Type I: doppler bình thường. Tiên lượng tốt
 - Type II: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn
 - Type III: mất xen kẽ với đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn
- Tiên lượng nặng khi có các dấu hiệu
 - Type II và type III: nguy cơ cao thai lưu và tổn thương thần kinh
 - Chênh lệch trọng lượng > 30%
 - Bất thường Doppler ống TM
 - Xuất hiện sớm (< 20 tuần).

- Điều trị

- Mục tiêu: cố gắng kéo dài thai kỳ đến 32 – 34 tuần và tránh đẻ một thai lưu.

Týp	I	II	III
Nguy cơ	Thai lưu 2-4% Biến chứng thần kinh 0-4% Nặng thêm TTTS 10%	Thai lưu: thai nhỏ: 30%, thai lớn 20% Tổn thương thần kinh thai nhỏ: 15% Nặng thêm TTTS: 30%	Thai lưu: thai nhỏ: 15% Tổn thương thần kinh thai lớn: 20-30% Nặng thêm TTTS 10%
Theo dõi	2 tuần	1 tuần	1 tuần
Điều trị	Không can thiệp	Không can thiệp Can thiệp: kẹp tắc dây rốn / laser	Không can thiệp Can thiệp: kẹp tắc dây rốn / laser
Chấm dứt thai kỳ	34 – 35 tuần	30 – 32 tuần	30 – 32 tuần

c. Thiếu máu – đa hồng cầu trong song thai: TAPs (Twin Anemia Polycythemia sequence)

- Chẩn đoán

- Bất tương xứng PSV-MCA (vận tốc đỉnh tâm thu của ĐMNG): >1.5 MoM ở thai cho và < 1 MoM ở thai nhận
- Chẩn đoán sau sinh: chênh lệch Hb > 0.8 g/dl và một trong số các dấu hiệu sau: tỉ lệ hồng cầu lưới > 1.7 ; bánh nhau với các mạch máu thông nối nhỏ (đường kính < 1 mm)

- Phân độ

- Độ I: PSV-MCA >1.5 MoM và PSV-MCA < 1 MoM
- Độ II: PSV-MCA >1.7 MoM và PSV-MCA < 0.8 MoM
- Độ III: bất thường Doppler ĐM rốn thai nhận: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương ĐM rốn, tăng PI hoặc sóng a đảo ngược ống TM
- Độ IV: thai nhận phù
- Độ V: 1 hoặc 2 thai lưu

- Điều trị

Chọn lựa điều trị tùy vào tuần tuổi thai, khả năng can thiệp tại chỗ và mức độ nặng của bệnh, cá thể hóa từng trường hợp.

- Không can thiệp
- Laser: qua nội soi thai đốt thông nối mạch máu
- Truyền máu bào thai (IUT) ± trao đổi máu một phần (PET: partial exchange transfusion)
- Kẹp tắc dây rốn qua nội soi thai (hủy thai chọn lọc).
- Chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai: 34 – 36 tuần

d. Hội chứng bơm máu động mạch đảo ngược trong song thai: TRAPs (Twin Reversed Arterial Perfusion sequence)

- Chẩn đoán

- Dựa vào siêu âm: một khối thai không tim có mạch máu nuôi từ một thai bình thường, qua một thông nối động – động mạch lớn trên bề mặt bánh nhau

Trong song thai 1 thai lưu ở ba tháng đầu, siêu âm phải phổ Doppler màu để phát hiện dòng chảy bên trong khối thai không tim giúp chẩn đoán TRAPs.

- Điều trị

- Chọn lựa phương pháp điều trị tùy vào kích thước khối không tim và nguy cơ tim mạch của thai bơm.
 - + Không can thiệp
 - + Cắt đứt nguồn máu nuôi khối thai không tim: bằng kẹp tắc dây rốn với kẹp đốt lưỡng cực (bipolar forceps), sóng điện từ (radio frequency ablation)
- Chấm dứt thai kỳ ở 36 – 37 tuần nếu có can thiệp thành công. Thời điểm chấm dứt thai kỳ có thể sớm hơn tùy vào nguy cơ tim mạch của thai bơm.

e. Song thai với 1 thai lưu

Tỉ lệ thai còn lại bị chết lưu hoặc sống nhưng có tổn thương thần kinh: 15 – 26%

- Chẩn đoán
 - Xác định nếu được thời điểm thai chết trong tử cung vì ảnh hưởng đến tiên lượng thai còn lại.
 - Theo dõi tình trạng thiếu máu của thai còn lại (chẩn đoán thiếu máu khi: PSV-MCA > 1.5 MoM)
 - MRI 4 tuần sau thời điểm lưu tìm tổn thương não.
- Điều trị
 - Khi xác định được thai mới chết (trong vòng 12 – 24 giờ). Trong trường hợp thai mới chết, và tuổi thai nuôi sống được (≥ 28 tuần), hỗ trợ phổi tức thì và mổ lấy thai cấp cứu.
 - Không xác định được thời điểm thai chết:
 - + Nếu có tổn thương thần kinh, tư vấn chấm dứt thai kỳ.
 - + Chấm dứt thai kỳ ở 36 – 37 tuần trong trường hợp không có biến chứng.
 - + Cân nhắc truyền máu bào thai (IUT).

2.2. Song thai một nhau một ối

- Siêu âm tìm dấu hiệu xoắn dây rốn từ ba tháng giữa.
- Nguy cơ cao thai lưu và nên chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai từ 32 – 34 tuần vì gần như luôn có xoắn dây rốn.

III. SONG THAI HAI NHAU

- Siêu âm độ mờ da gáy: 11 – 13 tuần: tính sinh tồn, tính chất bánh nhau, độ mờ da gáy, bất tương xứng về bất thường cấu trúc.
- Sàng lọc lệch bội nhiễm sắc thể kết hợp quý I.
- Đo thường quy độ dài CTC ở 16 – 17 tuần.
- Siêu âm đánh giá bất thường giải phẫu ở 20 – 22 tuần.
- Kiểm tra tăng trưởng ở tuần 24, 28, 32 và sau đó là mỗi 2 tuần.
- Phát hiện các biến chứng liên quan đến đa thai: tiền sản giật, đái tháo đường, sinh non.
- 34 – 36 tuần: thảo luận với người nhà, khám và tiên lượng cuộc sinh, cách thức sinh.
- Chấm dứt thai kỳ chủ động ở 37 – 38 tuần.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ TRONG SONG THAI

4.1. Theo dõi sinh ngã âm đạo

- Có chuyển dạ tự nhiên hoặc có chỉ định KPCD và cần khi đủ các điều kiện sau:
 - Song thai 2 nhau 2 ối hoặc 1 nhau 2 ối không biến chứng
 - Ngôi thứ nhất là ngôi đầu
 - Cân nặng mỗi thai không quá 3000g
 - Khung chậu bình thường hoặc tương xứng thai
 - Khởi phát chuyển dạ khi ≥ 38 tuần với tách ối, Foley, oxytocin (Bishop ≥ 4 điểm), nếu thất bại chuyển MLT.

Nguy cơ tai biến cho thai thứ 2 là 15 – 25%, nên cần tư vấn cho sản phụ và gia đình trước khi quyết định cách sinh.

4.2. Mổ lấy thai: khi có chỉ định CDTK mà kèm theo một trong những lý do sau:

- Song thai 1 nhau 1 ối
- Song thai 1 nhau 2 ối có biến chứng
- Chênh lệch cân nặng giữa 2 thai $> 20\%$
- Thai non tháng < 28 tuần hoặc ULCT $< 1.500g$
- Có VMC trên tử cung: MLT, bóc NXTC, xén góc TC
- Tử cung dị dạng
- Chuyển dạ/thai trình ngưng tiến triển
- Chuyển dạ giai đoạn 2 kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Management of Monochorionic Twin Pregnancy, Green top Guideline No.51, November 2016, RCOG*
2. *TAPS and TOPS: Two Distinct Forms of Feto-fetal Transfusion in Monochorionic Twins, Slaghekke F, 2009*
3. *Laser surgery as a management option for twin anemia-polycythemia sequence. Slaghekke, F., Ultrasound Obstet Gynecol, 44: 304–310, 2014*

4. *Diagnosis of twin-to-twin transfusion syndrome, selective fetal growth restriction, twin anaemia-polycythaemia sequence, and twin reversed arterial perfusion sequence, Sueters, Marieke et al. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Volume 28, Issue 2, 215 - 226, 2016*
5. *Twin Anemia Polycythemia Sequence: Current Views on Pathogenesis, Diagnostic Criteria, Perinatal Management, and Outcome. Lianne S. A. Tollenaar, et al. Twin Research and Human Genetics Volume 19 Number 3 pp. 222-233, 2016*
6. *ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy, Ultrasound Obstet Gynecol, 2016; 47: 247 - 263*
7. *A classification system for selective intrauterine growth restriction in monochorionic pregnancies according to umbilical artery Doppler flow in the smaller twin. E.Gratacos, Ultrasound Obstet Gynecol 2007; 30: 28-34*
8. *Active management of selective intrauterine growth restriction with abnormal Doppler in monochorionic diamniotic twin pregnancies diagnosed in the second trimester of pregnancy. G.E.Chalouhi, Prenatal Diagnosis 2013, 33, 109-115.*