

# Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 56 – QUÝ IV/2020

## THỜI ĐIỂM VÀ CÁC BIỆN PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ

- 04 Thời điểm chấm dứt thai kỳ của các thai phụ không nguy cơ: đã đến lúc thay đổi?  
ThS. BS. Đặng Quang Vinh
- 08 Thời điểm và cách thức chấm dứt thai kỳ ở thai phụ có rối loạn tăng huyết áp  
BS. Tô Mỹ Anh, BS. CKI Bùi Quang Trung
- 12 Chẩn đoán, xử trí và thời điểm chấm dứt thai kỳ ở thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung  
BS. CKI. Trần Thị Minh Châu
- 17 Cập nhật thời điểm chấm dứt thai kỳ có chỉ định y khoa  
BS. Trần Thế Hùng
- 20 Tư vấn phương thức sinh ở thai phụ con so  
ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 23 Thời điểm chấm dứt thai kỳ ở song thai không biến chứng  
BS. CKI Lê Tiểu My
- 27 Khởi phát chuyển dạ trên thai kỳ có tiền căn mổ lấy thai  
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 33 Xu hướng chấm dứt thai kỳ đủ tháng trên thai phụ thụ tinh trong ống nghiệm  
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 38 Chấm dứt thai kỳ kèm bất thường hệ thần kinh thai: cần cân nhắc điều gì?  
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 44 Yếu tố dự báo kết cục xấu ở song thai  
ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 46 Ảnh hưởng của phá thai lên tâm lý bệnh nhân  
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 48 Những tiến bộ trong việc cải thiện hiệu quả tiếp cận và giảm các biến chứng xuất hiện trong quá trình chấm dứt thai kỳ ở giai đoạn sớm  
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 52 Bệnh lý thiếu máu tán huyết ở thai nhi và sơ sinh  
Nhóm bác sĩ BV Mỹ Đức / GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng
- 57 Vai trò của siêu âm trong sàng lọc và theo dõi điều trị Hemoglobin Bart  
BS. Nguyễn Phước Phương Thảo, BS. Võ Tá Sơn
- 66 Cộng hưởng từ thai nhi trong chẩn đoán nguy cơ bất thường não thai  
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 70 Quan điểm hiện đại về nguồn gốc lạc nội mạc tử cung: mô hình “Endometriosis life”  
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 76 Dây rốn bám màng  
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 79 Mạch máu tiền đạo  
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 83 Xử trí các bất thường tối thiểu trong kết quả sàng lọc ung thư cổ tử cung  
ThS. BS. Đinh Thanh Nhân
- 86 Ứng dụng mới trong cải thiện hiệu quả đông lạnh tinh trùng thu nhận có số lượng ít  
ThS. Huỳnh Trọng Kha, CN. Đặng Thị Huyền Trang, CN. Ngô Hoàng Tín

90 *Hỏi – đáp tình huống lâm sàng*

91 *Journal Club*

Nằm nghỉ tại giường sau chuyển phôi

Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau mổ lấy thai

Hướng dẫn thực hành từ ISUOG: chẩn đoán và quản lý thai nhỏ so với tuổi thai và thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung

Tổng quan hệ thống: chấm dứt thai kỳ trong ba tháng đầu bằng cách sử dụng kết hợp Mifepristone và Misoprostol hoặc Misoprostol đơn thuần

Đồng thuận ASRM về tiêm tinh trùng vào bào tương noãn trên những trường hợp vô sinh không do yếu tố nam

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 58 – Quý II/2021  
Chủ đề “Thai kỳ và các bệnh lý nội tiết, chuyển hóa”

Vui lòng nộp bài trước 28/02/2021



Y học sinh sản tập 59 – Quý III/2021  
Chủ đề “Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản”

Vui lòng nộp bài trước 30/05/2021

# THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ Ở SONG THAI KHÔNG BIẾN CHỨNG

BS. CKI Lê Tiểu My

Bệnh viện Mỹ Đức

Tỷ lệ song thai có khuynh hướng tăng dần, một phần do sự phát triển của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản vì có đến 24% các thai kỳ đa thai là kết quả của các kỹ thuật này (Fields và cs, 2013). Song thai chiếm khoảng 3% tổng số sinh sống nhưng tỷ lệ nhập đơn vị sản sóc tích cực lên đến khoảng 15% (Harrison và cs, 2015). Một số nguyên nhân chủ yếu làm tăng nguy cơ tử vong ở đa thai là do sinh non, biến chứng liên quan cuộc sinh và suy chức năng bánh nhau (Sherer và cs, 2001).

Song thai được phân loại thành 2 loại, song thai đồng hợp tử và dị hợp tử, tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, quản lý thai kỳ song thai được phân loại theo số bánh nhau. Cả thai kỳ song thai một bánh nhau (monochorionic) hay hai bánh nhau (dichorionic) đều tăng nguy cơ sinh non, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, tiền sản giật, băng huyết và các biến chứng sau sinh (NICE 2011), và trên thực tế, nguy cơ này có liên quan đến số bánh nhau. Các song thai một bánh nhau có tỷ lệ tử vong chu sinh, nhập đơn vị chăm sóc tích cực sơ sinh cao hơn và trẻ nhẹ cân hơn (Sebire và cs, 1997) so với nhóm hai bánh nhau. Có thể do tình trạng các thai nhi cùng chung một bánh nhau dẫn đến mất cân bằng, quá tải trong tam cá nguyệt thứ ba (Elito và cs, 2014). Một nghiên cứu trên 94.170 trường hợp (Ko và cs, 2018) cho thấy nguy cơ thai chết tăng đáng kể ở giai đoạn 37 đến 38 tuần ở thai kỳ song thai. Vì vậy, lựa chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ hợp lý là một trong các chiến lược chủ yếu trong giảm thiểu tỷ lệ tử vong chu sinh.

Bảng 1. So sánh các yếu tố nguy cơ của song thai hai bánh nhau và song thai một bánh nhau.

| Nguy cơ                      | Hai bánh nhau | Một bánh nhau |
|------------------------------|---------------|---------------|
| Bất thường cấu trúc lớn      | 1%            | 4%            |
| Sẩy thai 11 – 13 tuần        | 2%            | 10%           |
| Tử vong chu sinh (> 24 tuần) | 2%            | 4%            |
| Sinh non (< 32 tuần)         | 5%            | 10%           |
| Thai giới hạn tăng trưởng    | 20%           | 30%           |

Nguồn: Lewis và cs, 2007.

## THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ Ở SONG THAI KHÔNG BIẾN CHỨNG

### Song thai một bánh nhau

Do cùng chung bánh nhau nên ở những thai kỳ song thai một nhau có những biến chứng đặc biệt liên quan đến sự thông nối tuần hoàn ở thai và thông nối mạch máu nhau thai. Có thể kể đến một số các biến chứng như truyền máu song thai (Twin-to-twin transfusion syndrome – TTTS), thai giới hạn tăng trưởng chọn lọc (selective growth restriction – sGR), hội chứng thiếu máu đa hồng cầu (twin anaemia-polycythaemia sequence – TAPS), hội chứng bơm máu đảo ngược trong song thai (twin reversed arterial perfusion sequence – TRAPs) hoặc một thai chết trong tử cung ở song thai.

Một tổng quan hệ thống năm 2016 cho thấy rằng các thai kỳ song thai một bánh nhau tăng nguy cơ thai lưu sau 34 tuần so với tử vong sơ sinh sau 36 tuần (Cheong-See và cs, 2016). Hầu hết các thai kỳ song thai có nguy cơ sinh sớm, tuy nhiên nguy cơ tử vong chu sinh lại tăng

khi thai khoảng 38 tuần (Cheung và cs, 2000). Do vậy, cho đến nay, thời điểm chấm dứt thai kỳ theo khuyến cáo của các hiệp hội còn chưa thống nhất.

### Song thai hai bánh nhau

Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ đề nghị nên chấm dứt thai kỳ đối với các trường hợp song thai không biến chứng ở tuổi thai 38<sup>0/7</sup> đến 38<sup>6/7</sup> tuần (ACOG, 2016). Đối với các trường hợp có biến chứng, như thai giới hạn tăng trưởng khuyến cáo chấm dứt thai kỳ trước 38<sup>0/7</sup> tuần.

Vào năm 2016, kết quả một tổng quan hệ thống bao gồm 32 nghiên cứu (29.685 song thai hai bánh nhau, 5.486 song thai một bánh nhau) cho thấy rằng ở những trường hợp song thai sau

34 tuần (15 nghiên cứu, 17.830 thai kỳ), nguy cơ thai chết lưu hàng tuần khi theo dõi thai và nguy cơ tử vong sơ sinh cân bằng ở tuần thứ 37. Khi trì hoãn chấm dứt thai kỳ thêm 1 tuần (đến 38 tuần), tỷ lệ tử vong chu sinh là 8,8/1.000 (Cheung và cs, 2016).

### CÁC DỮ LIỆU CẬP NHẬT VÀ MỘT SỐ VẤN ĐỀ CÒN TRANH CÃI VỀ THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ

Vấn đề lựa chọn thời điểm lý tưởng để chấm dứt thai kỳ ở song thai còn nhiều vấn đề chưa sáng tỏ. Cho đến nay, dữ liệu từ thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng chưa đủ mạnh để kết luận thời điểm chấm dứt thai kỳ tối ưu (Dodd và cs, 2012). Khuyến nghị quản

**Bảng 2. Tổng hợp một số khuyến cáo, đồng thuận thời điểm chấm dứt thai kỳ ở song thai không biến chứng.**

| Hiệp hội/<br>Nghiên cứu – Năm                               | Thời điểm chấm dứt thai kỳ                                | Khuyến cáo                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BJOG – 2016                                                 | MC: 36 <sup>0/7</sup> tuần                                | Trường hợp song thai một bánh nhau nên thảo luận với thai phụ thời điểm chấm dứt thai kỳ và nên chấm dứt thai kỳ từ 36 <sup>0/7</sup> tuần, có hỗ trợ trưởng thành phổi trước đó, nếu không có chỉ định chấm dứt thai kỳ sớm hơn. |
|                                                             | MCMA: 32 <sup>0/7</sup> – 34 <sup>0/7</sup> tuần          | Thai 1 nhau 1 ối (MCMA) có nguy cơ tử vong cao, nên chủ động mổ lấy thai ở tuổi thai 32 <sup>0/7</sup> – 34 <sup>0/7</sup> tuần.                                                                                                  |
| ACOG – 2016                                                 | MCDA: 34 <sup>0/7</sup> – 37 <sup>6/7</sup> tuần          | Thai kỳ 1 nhau 2 ối (MCDA) không biến chứng có thể chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai từ khoảng 34 <sup>0/7</sup> – 37 <sup>6/7</sup> tuần.                                                                                             |
|                                                             | MCMA: 32 <sup>0/7</sup> – 34 <sup>0/7</sup> tuần          | Thai kỳ MCMA không biến chứng có thể CDTK ở tuổi thai từ khoảng 34 <sup>0/7</sup> – 37 <sup>6/7</sup> tuần.                                                                                                                       |
|                                                             | DCDA: 38 <sup>0/7</sup> – 38 <sup>6/7</sup> tuần          | Khuyến cáo song thai hai bánh nhau không biến chứng nên chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 38 <sup>0/7</sup> – 38 <sup>6/7</sup> tuần. Trường hợp có biến chứng, như giới hạn tăng trưởng, khuyến cáo chấm dứt thai kỳ trước 38 tuần.   |
| NICE – 2019                                                 | MCDA: 36 <sup>0/7</sup> tuần                              | Khuyến cáo chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 36 tuần ở song thai 1 nhau 2 ối nhằm hạn chế rủi ro và tai biến.                                                                                                                          |
|                                                             | MCMA: 32 <sup>0/7</sup> – 33 <sup>6/7</sup> tuần          | Khuyến cáo chấm dứt thai kỳ từ 32 <sup>0/7</sup> – 33 <sup>6/7</sup> tuần ở song thai 1 nhau 1 ối vì chấm dứt thai kỳ thời điểm này không tăng các kết cục bất lợi nghiêm trọng ở trẻ sơ sinh.                                    |
| Đồng thuận The North American Fetal Therapy Network – 2015  | Một bánh nhau: 36 <sup>0/7</sup> – 38 <sup>0/7</sup> tuần | Song thai một bánh nhau không biến chứng nên khám thai thường xuyên ở tam cá nguyệt 3 của thai kỳ và chấm dứt thai kỳ từ 36 <sup>0/7</sup> – 38 <sup>0/7</sup> tuần.                                                              |
|                                                             | Hai bánh nhau: 38 <sup>0/7</sup> tuần                     | Đề nghị chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 38 <sup>0/7</sup> tuần đối với song thai hai bánh nhau.                                                                                                                                      |
| Fiona và cs, AJOG 2016. Tổng quan hệ thống và phân tích gộp | Một bánh nhau: 36 <sup>0/7</sup> tuần                     | Thai kỳ song thai 1 bánh nhau nên cân nhắc chấm dứt thai kỳ lúc 36 <sup>0/7</sup> tuần.                                                                                                                                           |
|                                                             | Hai bánh nhau: 37 <sup>0/7</sup> tuần                     | Để giảm thiểu tử vong chu sinh, song thai hai bánh nhau nên chấm dứt thai kỳ lúc 37 <sup>0/7</sup> tuần.                                                                                                                          |

MCMA: một nhau một ối; MCDA: một nhau hai ối; NICE: Viện Y tế và chất lượng điều trị Quốc Gia.

lý và chấm dứt thai kỳ ở song thai của một số hiệp hội, tổ chức như hướng dẫn của Viện Y tế và chất lượng điều trị quốc gia – NICE và Hội y học mẹ và thai – SMFM/ACOG đều dựa trên số liệu của các nghiên cứu mô tả. Theo đó, hướng dẫn mới nhất của NICE công bố tháng 12/2019 vẫn khuyến cáo:

- Đối với trường hợp song thai DCDA không biến chứng: có kế hoạch chấm dứt thai kỳ lúc thai 37<sup>0/7</sup> tuần vì không tăng biến cố bất lợi nghiêm trọng. Nếu tiếp tục theo dõi đến hơn 37<sup>6/7</sup> tuần tăng nguy cơ thai chết trong tử cung.
- Đối với trường hợp song thai MCDA không biến chứng: có kế hoạch chấm dứt thai kỳ lúc thai 33<sup>6/7</sup> – 36<sup>0/7</sup> tuần vì không tăng biến cố bất lợi nghiêm trọng. Nếu tiếp tục theo dõi đến hơn 36<sup>6/7</sup> tuần tăng nguy cơ thai chết trong tử cung.
- Đối với trường hợp song thai MCMA không biến chứng: có kế hoạch chấm dứt thai kỳ lúc thai 32<sup>0/7</sup> tuần vì không tăng biến cố bất lợi nghiêm trọng. Cần giải thích cho thai phụ khả năng nhập đơn vị sản sóc tích cực sơ sinh và nguy cơ suy hô hấp. Tuy nhiên, nếu theo dõi thai tiếp thì tăng nguy cơ thai chết trong tử cung nếu hơn 33<sup>6/7</sup> tuần.

Để đánh giá thời điểm lý tưởng chấm dứt thai kỳ, các nhà nghiên cứu tại Scotland đã thực hiện một nghiên cứu đoàn hệ liên kết dữ liệu, dựa trên dân số thu thập số liệu từ 43.133 trẻ song thai ở tuổi thai từ 34 tuần trở lên và công bố kết quả phân tích tháng 3/2020 (Sarah và cs, 2020). Tỷ lệ tử vong chu sinh theo tuổi thai lúc sinh lần lượt là: 2,2% khi 34 tuần; 1,7% khi 35 tuần; 1,3% khi 36 tuần; 0,7% khi 37 tuần; 0,7% khi 38 tuần; 0,9% khi 39 tuần và 1,1% khi  $\geq 40$  tuần.

Phân nhóm 9.519 song thai DCDA (xác định dựa trên sự khác biệt giới tính) được đánh giá về nhu cầu giáo dục đặc biệt, bao gồm các vấn đề chậm phát triển trí tuệ, giảm khả năng vận động hoặc thể chất, rối loạn ngôn ngữ hoặc giọng nói, rối loạn phổ tự kỷ và các khó khăn về xã hội, cảm xúc hoặc hành vi. Tần suất cần giáo dục chuyên biệt ở trường theo tuổi thai lúc sinh: 14,4% khi sinh lúc thai 34 tuần, 14,7% khi

35 tuần, 15,1% khi 36 tuần, 11,4% khi 37 tuần, 10,9% khi 38 tuần, 11,9% khi 39 tuần) và 12,2% khi  $\geq 40$  tuần. Do đó, khả năng tử vong chu sinh thấp nhất đối với song thai sinh ở tuần 37 và 38 và cần giáo dục chuyên biệt ít nhất đối với song thai sinh ở tuần 38. Từ kết quả của nghiên cứu này cho thấy, để giảm các ảnh hưởng ngắn hạn và dài hạn trên thai kỳ song thai không biến chứng, không nên sinh trước 38 tuần.

Theo hướng dẫn của Hiệp hội siêu âm Sản Phụ khoa thế giới (ISUOG), cách xác định ngày dự sinh trên thai kỳ song thai dựa vào số đo chiều dài đầu mông (CRL) của thai lớn hơn trên siêu âm 11<sup>0/7</sup> – 13<sup>6/7</sup> tuần (Khalil và cs, 2016). Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho rằng CRL của thai nhỏ hơn có thể chính xác hơn (Chaudhuri và cs, 2013), nhưng vì điều này có thể đưa ra diễn giải thai nhỏ hơn đang phát triển thích hợp, dẫn đến bỏ sót chẩn đoán lệch bội hoặc thai giới hạn tăng trưởng chọn lọc (sFGR), nên phương pháp này không thường được sử dụng trong thực tế (Khalil và cs, 2020).

Đối với song thai hai bánh nhau, nguyên nhân chính của thai chết trong tử cung giai đoạn muộn thường do thai giới hạn tăng trưởng. Theo kết quả một phân tích gộp, nếu sinh ở tuần thứ 36, nguy cơ tử vong ở trẻ sơ sinh cao hơn thai chết trong tử cung (3,2 so với 1,5/1.000). Trong khi đó, nếu sinh ở tuần thứ 37, tỷ lệ này đảo ngược, nguy cơ của thai chết trong tử cung cao hơn nguy cơ tử vong sơ sinh (3,4 so với 2,2: 1.000). Điều này dẫn đến thực hành phổ biến là chấm dứt thai kỳ ở tuần thứ 37 ở song thai.

Ở song thai MCDA, nguy cơ thai chết trong tử cung cao hơn đáng kể so với song thai hai bánh nhau (19,1 so với 6,5/1.000 sau 26 tuần), phần lớn là do các biến chứng chuyên biệt của một bánh nhau. Nguy cơ này bắt đầu tăng từ tuần thứ 32, tăng cao hơn khi đến 36 tuần, trong khi đó bệnh suất tổng hợp ở trẻ sơ sinh lại thấy giảm dần. Nguy cơ tử vong sơ sinh được ghi nhận cao hơn đáng kể so với thai chết trong tử cung (8,1 so với 2,8/1.000) ở tuổi thai 35 tuần, và đảo ngược tỷ lệ khi thai được 37 tuần, nguy



cơ thai chết lưu lại cao hơn tử vong sơ sinh (9,6 so với 3,6/1.000). Do đó, các hướng dẫn thường đề nghị chấm dứt thai kỳ trong khoảng 36 – 37 tuần đối với thai MCDA.

## KẾT LUẬN

Thời điểm lý tưởng chấm dứt thai kỳ đối với song thai hiện vẫn đang được làm sáng tỏ. Nhìn chung các khuyến cáo đều đề nghị chủ động chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai quanh 38 tuần đối với song thai hai bánh nhau, khoảng 36 tuần đối với song thai một bánh nhau và sớm nhất ở song thai một buồng ối – khoảng 32 tuần. Việc lựa chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ và phương thức chấm dứt thai kỳ cần được thảo luận với thai phụ và cân nhắc tùy vào lợi ích – nguy cơ cho mẹ và thai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chaudhuri K, Su LL, Wong PC, et al. Determination of gestational age in twin pregnancy: Which fetal crown-rump length should be used? J Obstet Gynaecol Res. 2013;39(4):761–765.
2. Cheong SF, Schuit E, Arroyo MD, et al. Prospective risk of stillbirth and neonatal complications in twin pregnancies: Systematic review and meta-analysis. BMJ. 2016;354:i4353.
3. Cheung YB, Yip B, Karlberg J. Mortality of twins and singletons by gestational age: a varying-coefficient approach. Am J Epidemiol 2000; 152: 1107–16.
4. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, society for maternal–fetal medicine.
5. Dodd JM, Crowther CA, Haslam RR, Robinson JS; Twins Timing of Birth Trial Group. Elective birth at 37 weeks of gestation versus standard care for women with an uncomplicated twin pregnancy at term: the twins timing of birth randomised trial. BJOG. 2012;119(8):964–973.
6. Elito JJ, Santana EFM, Nardini GC. Monochorionic twin pregnancy: Potential risks and perinatal outcomes. In: Obstetric and Gynecologic Practice in 2014, 67th ed. Europe: InTech; 2014, pp. 203–234.
7. Emery SP, Bahtiyar MQ, Dashe JS, et al. The north American fetal therapy network consensus statement: Prenatal management of uncomplicated monochorionic gestations. Obstetrics and Gynecology. 2015;125:1236.
8. Fields E, Chard J, James D, Treasure T; Guideline Development Group. Fertility (update): summary of NICE guidance. BMJ. 2013;346(7896):f650.
9. Harrison W, Goodman D. Epidemiologic trends in neonatal intensive care, 2007–2012. JAMA Pediatr. 2015;169(9):855–862.
10. Khalil A, Liu B. Controversies in Twin pregnancies. Accepted article. J Ultrasound Obstet Gynecol. 2020.
11. Khalil A, Rodgers M, Baschat A, et al. ISUOG Practice Guidelines: Role of ultrasound.
12. Kilby MD, Bricker L on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of monochorionic twin pregnancy. BJOG 2016; 124:e1–e45.
13. Ko HS, Choi SK, Wie JH, Park IY, Park YG, Shin JC. Optimal timing of delivery based on the risk of stillbirth and infant death associated with each additional week of expectant management in multiple pregnancies: A National Cohort Study of Koreans. Journal of Korean Medical Science. 2018;33(10):e80.
14. Lewis et al. Placental sharing, birthweight discordance, and vascular anastomoses in monochorionic twin placentas. Am J Obstet Gynecol 2007.
15. Management of monochorionic twin pregnancy. BJOG 2016; 124:e1–e45.
16. National Institute for Health and Clinical Excellence. Multiple pregnancy. The management of twin and triplet pregnancies in the antenatal period. NICE clinical guideline 129. Manchester: NICE; 2011.
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Twin and triplet pregnancy. NICE guideline 2019.
18. Practice bulletin no. 169: Multifetal gestations: Twin, triplet, and higher-order multifetal pregnancies. Obstetrics and Gynecology. 2016;128:e131.
19. Sarah M et al. Association of gestational age at birth with risk of perinatal mortality and special educational need among twins. JAMA Pediatr 2020 Mar.
20. Sebire NJ, Snijders RJ, Hughes K, Sepulveda W, Nicolaides KH. The hidden mortality of monochorionic twin pregnancies. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1997;104:1203–1207.
21. Sherer DM. Adverse perinatal outcome of twin pregnancies according to chorionicity: Review of the literature. American Journal of Perinatology. 2001;18:23–37.
22. Simões T, Amaral N, Lerman R, et al. Prospective risk of intrauterine death of monochorionic-diamniotic twins. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006;195:134.
23. Simões, T. et al. Prospective risk of intrauterine death of monochorionic twins: update. Journal of Perinatal Medicine 44 (2016): 871 – 874. Fiona CS, Ewoud S, David AM, Asma K, Jon B et al. Prospective risk of stillbirth and neonatal complications in twin pregnancies: systematic review and meta-analysis. BMJ 2016; 354:i4353.

# SẢN PHỤ KHOA

## từ BẰNG CHỨNG

## đến THỰC HÀNH

### QUYỂN 11

— ra mắt tháng 3 . 2021 —

Kính mời quý độc giả đón đọc!



Đặt sách trước: 0933.456.650 (HOSREM)

