

EVALUATION OF INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION AND PERINATAL OUTCOMES IN TWIN PREGNANCIES FROM 23 WEEKS AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Bui Minh Tien^{1*}, Dinh Van Hoanh¹, Do Thi Thuong²

¹Department of Obstetrics and Gynecology - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon, Tran Lam ward, Hung Yen province, Vietnam

²Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital - 530A Ly Bon, Tran Hung Dao ward, Hung Yen province, Vietnam

Received: 24/02/2026

Revised: 14/03/2026; Accepted: 23/04/2026

ABSTRACT

Objective: To analyze the indications for cesarean section and perinatal outcomes in twin pregnancies from 23 weeks at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 133 pregnant women carrying twins from September 2024 to June 2025. Data were analyzed using multiple logistic regression (SPSS 27.0).

Results: The incidence of cesarean section was 84.2%, mainly due to unfavorable fetal presentation (63.9%) and maternal pathology (55.6%). Regression analysis confirmed that maternal systemic pathology ($p < 0.001$) and gestational age ($p = 0.003$) were independent prognostic factors for cesarean section indication. The mean birth weight ranged from 2230 to 2237 gram. Despite high NICU admission rates (42.1-48.1%), over 90% of infants achieved good 5-minute Apgar scores (≥ 8 points). The referral rate remained low ($\leq 6\%$).

Conclusion: The decision to perform multiple births in twin pregnancies is heavily influenced by maternal health and gestational age. The favorable perinatal outcome demonstrates the effectiveness of local obstetric-pediatric collaboration.

Keywords: Twin pregnancy, cesarean section, perinatal outcomes, logistic regression.

*Corresponding author

Email: tienbm@tbmc.edu.vn Phone: (+84) 904102798 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4900

ĐÁNH GIÁ CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI VÀ KẾT QUẢ CHU SINH TRONG THAI KỲ SONG THAI TỪ 23 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH

Bùi Minh Tiến^{1*}, Đinh Văn Hoàn¹, Đỗ Thị Thương²

¹Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Thái Bình - 373 Lý Bôn, phường Trần Lãm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

²Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình - 530A Lý Bôn, phường Trần Hưng Đạo, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 24/02/2026

Ngày chỉnh sửa: 14/03/2026; Ngày duyệt đăng: 23/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích chỉ định mổ lấy thai và kết cục chu sinh ở thai kỳ song thai từ 23 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 133 sản phụ mang song thai từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025. Dữ liệu được phân tích bằng hồi quy logistic đa biến (SPSS 27.0).

Kết quả: Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 84,2%, chủ yếu do ngôi thai bất lợi (63,9%) và bệnh lý mẹ (55,6%). Phân tích hồi quy khẳng định bệnh lý toàn thân của mẹ ($p < 0,001$) và tuổi thai ($p = 0,003$) là các yếu tố tiên lượng độc lập đến chỉ định mổ lấy thai. Trọng lượng sơ sinh trung bình dao động từ 2230-2237 gam. Mặc dù tỷ lệ nhập NICU cao (42,1-48,1%), trên 90% trẻ đạt chỉ số Apgar 5 phút tốt (≥ 8 điểm). Tỷ lệ chuyển tuyến duy trì thấp ($\leq 6\%$).

Kết luận: Quyết định mổ lấy thai trong song thai chịu ảnh hưởng lớn bởi sức khỏe mẹ và tuổi thai. Kết cục chu sinh khả quan cho thấy hiệu quả của sự phối hợp sản - nhi tại địa phương.

Từ khóa: Song thai, mổ lấy thai, kết quả chu sinh, Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song thai là thai kỳ nguy cơ cao với tỷ lệ biến cố sản khoa và chu sinh gia tăng so với đơn thai. Hiện nay, tỷ lệ song thai toàn cầu (1,1-1,5%) và tại Việt Nam (1-2%) đang có xu hướng tăng do sự phát triển của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản và xu hướng mang thai muộn [1-3]. Thai kỳ song thai không chỉ đối mặt với các hội chứng đặc thù như truyền máu song thai mà còn làm tăng nguy cơ tiền sản giật, đẻ non và các rối loạn bệnh lý cho mẹ.

Thái độ xử trí song thai đã dịch chuyển đáng kể sang phương thức mổ lấy thai. Quyết định này chịu ảnh hưởng bởi mạng lưới phức tạp gồm: ngôi thai, tuổi thai, bệnh lý mẹ và yếu tố tâm lý “con quý” ở các cặp vợ chồng điều trị hiếm muộn. Tuy nhiên, gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai không phải lúc nào cũng cải thiện kết cục chu sinh, đòi hỏi sự đánh giá cẩn trọng về chỉ định can thiệp [4-6].

Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình là bệnh viện chuyên khoa hạng I, giữ vai trò chủ chốt trong việc quản lý và xử trí các thai kỳ nguy cơ cao của khu vực. Việc đánh giá lại các chỉ định mổ lấy thai và kết quả chăm sóc sơ sinh tại đây là vô cùng cần thiết để cung cấp bằng chứng thực tiễn cho công tác điều trị và tư vấn sản khoa tại địa phương [7]. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá chỉ định mổ lấy thai và kết quả chu sinh trong thai kỳ song thai từ 23 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình nhằm 2 mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và các yếu

tố liên quan đến chỉ định mổ lấy thai; (2) Đánh giá kết quả chu sinh của các trường hợp nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và bối cảnh nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai theo thiết kế mô tả cắt ngang nhằm ghi nhận thực trạng chỉ định can thiệp phẫu thuật và kết cục chu sinh của các trường hợp đa thai tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình. Thiết kế này cho phép đánh giá đồng thời các yếu tố liên quan và kết quả tại một thời điểm nhất định, phù hợp với mục tiêu mô tả thực trạng lâm sàng. Đây là bệnh viện chuyên khoa hạng I, đóng vai trò là trung tâm tiếp nhận và điều trị các ca bệnh sản phụ khoa tuyến cuối của khu vực, nơi tập trung tỷ lệ lớn các thai kỳ nguy cơ cao và các trường hợp hỗ trợ sinh sản cần theo dõi sát sao.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Quần thể nghiên cứu bao gồm tất cả các sản phụ mang song thai có tuổi thai từ mốc 23 tuần trở lên được theo dõi và kết thúc thai nghén tại bệnh viện trong thời gian từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025. Mốc tuổi thai này được xác định dựa trên khả năng sống độc lập tối thiểu của thai nhi theo các hướng dẫn hiện hành về quản lý thai nghén nguy cơ cao [2]. Tiêu chuẩn lựa chọn yêu cầu hồ sơ bệnh án phải đầy đủ các thông tin, đồng thời loại trừ các trường

*Tác giả liên hệ

Email: tienbm@tbmc.edu.vn Điện thoại: (+84) 904102798 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4900

hợp song thai có một thai lưu trước 23 tuần hoặc các thai kỳ có dị tật bẩm sinh nặng nhằm tránh làm sai lệch các đánh giá về kết quả chu sinh.

2.3. Kích thước mẫu và phương pháp lấy mẫu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu thập toàn bộ các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong khung thời gian xác định, đạt quy mô mẫu là 133 sản phụ với 266 trẻ sơ sinh. Công thức tính quy mô mẫu cho nghiên cứu mô tả được áp dụng để đảm bảo độ tin cậy và sai số cho phép trong việc phân tích các biến số lâm sàng.

2.4. Đo lường và thu thập dữ liệu

Dữ liệu được thu thập qua quy trình phối hợp giữa khai thác hồ sơ bệnh án và thăm khám lâm sàng. Tình trạng sơ sinh được định lượng qua chỉ số Apgar ở phút thứ 1 và thứ 5 [4]. Các biến số về bệnh lý như tiền sản giật được phân loại dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của Liên đoàn Phụ sản Quốc tế (FIGO) hoặc Bộ Y tế Việt Nam [6].

2.5. Phân tích số liệu

Toàn bộ dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0. Các kiểm định Chi bình phương (χ^2) hoặc Fisher's exact được sử dụng để so sánh các tỷ lệ. Để xác định các yếu tố dự báo độc lập, mô hình hồi quy logistic đa biến được thiết lập nhằm tính toán tỷ suất chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% (95% CI).

2.6. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo Tuyên bố Helsinki. Đề tài đã được thông qua Hội đồng Đạo đức và Khoa học của Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Mọi thông tin cá nhân của sản phụ và trẻ sơ sinh đều được mã hóa và bảo mật tuyệt đối theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc học và tiền sử sản khoa (n = 133)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi	< 20 tuổi	2	1,5
	20-24 tuổi	17	12,8
	25-29 tuổi	48	36,1
	30-34 tuổi	39	29,3
	≥ 35 tuổi	27	20,3
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	30,3 ± 5,9	
	Min-max (tuổi)	18-50	
Số lần sinh con	0 (con so)	76	57,1
	1 (con rạ)	33	24,8
	≥ 2 lần	24	18,0
Cách mang thai	Tự nhiên	76	57,1
	Hỗ trợ sinh sản (IUI)	13	9,8
	Hỗ trợ sinh sản (IVF)	44	33,1

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiền sử mổ tử cung	Có (mổ đẻ cũ, bóc u xơ)	26	19,5
	Không	107	80,5
Tiền sử song thai	Bản thân, gia đình	11	8,3
	Không	122	91,7

Độ tuổi sinh sản từ 20-34 chiếm đa số. Tỷ lệ sản phụ mang thai nhờ các phương pháp hỗ trợ sinh sản chiếm tỷ lệ gần 43%.

Bảng 2. Phân loại song thai và tuổi thai lúc kết thúc thai nghén (n = 133)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phân loại song thai	2 bánh rau, 2 buồng ối (DCDA)	86	64,7
	1 bánh rau, 2 buồng ối (MCDA)	47	35,3
Tuổi thai khi sinh	23-27 tuần	3	2,3
	28-32 tuần	11	8,3
	33-36 tuần	53	39,8
	≥ 37 tuần (đủ tháng)	66	49,6
	$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	35,7 ± 2,6	
	Min-max (tuần)	27-39	
Tình trạng màng ối	Ối chưa vỡ	105	78,9
	Rỉ ối	1	0,8
	Vỡ ối	27	20,3

Tỷ lệ song thai hai bánh rau chiếm ưu thế (64,7%). Về tuổi thai, có khoảng 50% các trường hợp kết thúc thai kỳ ở giai đoạn đẻ non (< 37 tuần).

3.2. Chỉ định mổ lấy thai và các yếu tố liên quan

Bảng 3. Phương pháp kết thúc thai nghén (n = 133)

Phương pháp xử trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mổ lấy thai	112	84,2
Đẻ đường âm đạo	18	13,5
Kết hợp đẻ và mổ	3	2,3

Mổ lấy thai là phương thức can thiệp phổ biến nhất trong nhóm nghiên cứu. Chỉ định mổ lấy thai phần lớn xuất phát từ các yếu tố phía thai nhi (63,9%) như ngôi thai bất lợi hoặc suy thai, tiếp đến là bệnh lý của mẹ (55,6%).

Bảng 4. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan đến chỉ định mổ lấy thai

Yếu tố tiên lượng	OR	95% CI	p
Bệnh lý toàn thân của mẹ (không)	0,115	0,035-0,375	< 0,001
Tuổi thai (< 37 tuần)	0,100	0,022-0,453	0,003
Bệnh lý thai nhi (có)	1,421	0,812-2,485	0,152

Yếu tố tiên lượng	OR	95% CI	p
Ngôi thai thứ hai (ngôi ngang/mông)	1,354	0,784-2,336	0,186
Tuổi mẹ (< 20 tuổi)	0,227	0,012-4,286	0,323
Tuổi mẹ (30-34 tuổi)	1,989	0,481-8,217	0,342
Phương pháp mang thai (tự nhiên)	0,627	0,22-1,79	0,383
Tiền sử mổ tại tử cung (có)	1,35	0,413-4,41	0,620

Phân tích hồi quy đa biến khẳng định bệnh lý toàn thân của người mẹ và tuổi thai khi sinh là hai yếu tố tiên lượng độc lập đến quyết định mổ lấy thai ($p < 0,05$).

3.3. Kết quả chu sinh và tình trạng sơ sinh

Bảng 5. Chỉ số Apgar và trọng lượng sơ sinh

Đặc điểm sơ sinh	Phân loại	Trẻ 1 (n = 133)	Trẻ 2 (n = 133)	p
Trọng lượng sơ sinh	< 1500g	13 (9,8%)	8 (6,0%)	> 0,05
	1500-2499g	70 (52,6%)	76 (57,1%)	
	≥ 2500g	50 (37,6%)	49 (36,8%)	
	$\bar{X} \pm SD$ (g)	2237,5 ± 518,3	2230 ± 497,6	
Chỉ số Apgar 1 phút	< 8 điểm	78 (58,6%)	71 (53,4%)	> 0,05
	≥ 8 điểm	55 (41,4%)	62 (46,6%)	
Chỉ số Apgar 5 phút	< 8 điểm	12 (9,0%)	6 (4,5%)	> 0,05
	≥ 8 điểm	121 (91,0%)	127 (95,5%)	

Kết quả ghi nhận sự tương đồng đáng kể về các chỉ số nhân trắc học và trạng thái thích nghi sau sinh giữa hai thai trong cặp song sinh ($p > 0,05$). Trọng lượng sơ sinh trung bình đạt mức xấp xỉ 2230 gam. Tỷ lệ trẻ nhẹ cân (< 2500 gam) chiếm tỷ trọng lớn. Chỉ số Apgar phút thứ nhất cho thấy tỷ lệ ứ chế sơ sinh tạm thời ở mức trên 50%, nhưng sự chuyển biến tích cực tại thời điểm 5 phút với hơn 90% trẻ đạt mức ổn định (≥ 8 điểm).

Bảng 6. Thời gian nằm viện và tỷ lệ nhập đơn vị chăm sóc tích cực sơ sinh (NICU) của trẻ sơ sinh

Đặc điểm điều trị	Phân loại	Trẻ 1 (n = 133)	Trẻ 2 (n = 133)	p
Tỷ lệ nhập NICU	Có	64 (48,1%)	56 (42,1%)	> 0,05
	Không	69 (51,9%)	77 (57,9%)	

Đặc điểm điều trị	Phân loại	Trẻ 1 (n = 133)	Trẻ 2 (n = 133)	p
Số ngày nằm tại NICU	0-2 ngày	47 (35,3%)	55 (41,4%)	> 0,05
	3-6 ngày	45 (33,8%)	38 (28,6%)	
	≥ 7 ngày	41 (30,8%)	40 (30,0%)	
	$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	4,9 ± 5,2	4,5 ± 4,7	
Kết quả điều trị	Ra viện	125 (94,0%)	127 (95,5%)	> 0,05
	Chuyển tuyến trên	8 (6,0%)	6 (4,5%)	

Nhu cầu can thiệp tại NICU được ghi nhận ở mức cao, dao động từ 42,1-48,1% đối với cả hai trẻ. Thời gian điều trị nội trú trung bình kéo dài từ 4-5 ngày, trong đó nhóm trẻ cần theo dõi chuyên sâu trên 1 tuần chiếm tỷ lệ 30% trong mẫu nghiên cứu và tỷ lệ chuyển tuyến trên duy trì ở mức thấp dưới (≤ 6%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và các yếu tố liên quan đến chỉ định mổ lấy thai

Kết quả tại bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của sản phụ là 30,3 ± 5,93, với nhóm tuổi từ 20-34 chiếm đa số (78,2%). Đây là độ tuổi sinh sản lý tưởng, giúp giảm thiểu các biến cố do tuổi mẹ cao gây ra [1]. Tuy nhiên, tỷ lệ hỗ trợ sinh sản chiếm tới 42,9% (trong đó IVF là 33,1%), phản ánh sự thay đổi cơ cấu bệnh nhân tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình. Điều này tương đồng với nhận định của Nguyễn Duy Ánh (2022) về xu hướng gia tăng song thai do can thiệp y khoa [2].

Tỷ lệ mổ lấy thai ghi nhận ở mức 84,2% (bảng 3). Phân tích hồi quy logistic tại bảng 4 khẳng định bệnh lý toàn thân của mẹ và tuổi thai là hai yếu tố tiên lượng độc lập có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo kết quả tại bảng 5, các bệnh lý như tiền sản giật (16,5%) và đái tháo đường thai kỳ (11,3%) là những rào cản chính khiến sản phụ khó có thể theo dõi đẻ đường âm đạo. Việc chỉ định mổ lấy thai chủ động trong những trường hợp này phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế nhằm đảm bảo an toàn tối đa cho mẹ và con [6], [9]. Ngược lại, nhóm thai non tháng dưới 37 tuần (OR = 0,100) có khả năng sinh đường dưới cao hơn, thường do cuộc chuyển dạ tự nhiên xảy ra sớm và tiến triển nhanh trước khi có chỉ định phẫu thuật [4], [10]. Các biến số khác có $p < 0,2$ như biến chứng trong chuyển dạ cho thấy sự thận trọng của bác sĩ khi phải quyết định phương pháp xử trí giữa mổ lấy thai và đẻ kết hợp mổ để kiểm soát rủi ro [5].

4.2. Kết quả chu sinh và tình trạng sức khỏe sơ sinh

Trọng lượng sơ sinh trung bình tại bảng 5 là 2237,5 ± 18,3 gam (trẻ 1) và 2230 ± 497,6 gam (trẻ 2). Tỷ lệ trẻ nhẹ cân dưới 2500 gam chiếm trên 60%. Kết quả này phù hợp với tình trạng đẻ non thường gặp trong song thai (50,4% trường hợp sinh trước 37 tuần tại bảng 2). Theo kết quả

các nghiên cứu trước, đây là thách thức đặc thù của song thai do tử cung bị quá căng giãn và sự hạn chế dinh dưỡng từ bánh rau [11-12].

Về chỉ số Apgar, mặc dù ở phút thứ nhất tỷ lệ trẻ có biểu hiện ức chế sơ sinh (Apgar < 8) khá cao (> 50%), nhưng đã có sự cải thiện rõ rệt tại phút thứ 5 với trên 90% trẻ đạt trạng thái ổn định (Apgar ≥ 8). Số liệu cho thấy quy trình hồi sức sơ sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình đạt hiệu quả bước đầu trong việc xử trí các tình huống cấp cứu. Đặc biệt, sự tương đồng về chỉ số Apgar và trọng lượng giữa hai thai ($p > 0,05$) cho thấy quy trình quản lý ngôi thai và kỹ thuật kết thúc thai nghén hiện nay đã hạn chế tối đa nguy cơ cho thai thứ hai, vốn thường được coi là thai nghén có nguy cơ cao hơn [7], [10].

4.3. Hiệu quả điều trị và khả năng tự chủ tại chỗ

Tỷ lệ trẻ sơ sinh cần nhập NICU trong nghiên cứu dao động từ 42,1-48,1%. Mặc dù đây là con số tương đối cao, nhưng thời gian nằm viện trung bình ngắn (khoảng 4-5 ngày) và tỷ lệ chuyển tuyến trên thấp ($\leq 6\%$). Kết quả này cho thấy đa số các trường hợp sơ sinh non tháng hoặc nhẹ cân đã được điều trị ổn định và quản lý hiệu quả ngay tại cơ sở. Những kết quả trên phản ánh hiệu quả của mô hình chăm sóc chu sinh toàn diện, trong đó có sự phối hợp chặt chẽ giữa sản khoa và sơ sinh theo các khuyến cáo hiện hành về quản lý song thai và trẻ sơ sinh nguy cơ cao [9]. Việc giảm tỷ lệ chuyển tuyến trên không chỉ góp phần giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên mà còn giúp giảm chi phí điều trị, ổn định tâm lý cho gia đình sản phụ, đặc biệt trong bối cảnh nhiều trường hợp mang thai nhờ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản [5].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 133 sản phụ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai chiếm đa số với 84,2%. Quyết định can thiệp phẫu thuật có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng bệnh lý toàn thân của mẹ và tuổi thai khi kết thúc thai kỳ. Mặc dù tỷ lệ trẻ nhẹ cân và nhu cầu chăm sóc tại NICU còn cao, kết cục chu sinh bước đầu ghi nhận những tín hiệu khả quan với trên 90% trẻ có chỉ số Apgar tốt ở phút thứ 5. Tỷ lệ chuyển tuyến trên được duy trì ở mức thấp ($\leq 6\%$), phần nào phản ánh hiệu quả của quy trình phối hợp sản - nhi tại địa phương. Từ thực tiễn này, nghiên cứu kiến nghị cần duy trì mô hình phối hợp chuyên khoa chặt chẽ và tối ưu hóa việc sàng lọc bệnh lý mẹ để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Viết Tiến. Đa thai. Trong: Bài giảng Sản Phụ khoa, tập 2. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2020: 79-87.
- [2] Nguyễn Duy Ánh. Song thai và vai trò của can thiệp bào thai. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2022.
- [3] Nguyễn Đức Vy. Bài giảng Sản Phụ khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2016: 79-88.
- [4] Vũ Hoàng Lan. Nghiên cứu xử trí song thai chuyển dạ đẻ với tuổi thai từ 28 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2015.
- [5] Nguyễn Thanh Phong, Nguyễn Thị Lan Hương. Nhận xét tình hình đẻ song thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong 6 tháng cuối năm 2015. Tạp chí Phụ Sản, 2016, 14 (1): 80-85.
- [6] Bộ Y tế. Quyết định số 4128/QĐ-BYT, ngày 29 tháng 7 năm 2016, về việc phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản”.
- [7] Ninh Văn Minh, Lê Hải Dương. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí song thai chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình. Tạp Y học thực hành, 2013, 870 (5): 175-176.
- [8] Nguyễn Việt Hùng. Sinh lý chuyển dạ. Trong: Bài giảng Sản Phụ khoa, tập 1. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2020: 83-94.
- [9] Khalil A, Rodgers M et al. ISUOG practice guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol, 2016, 47 (2): 247-63.
- [10] Smith G.C.S, Pell J.P, Dobbie R. Birth order, gestational age, and risk of delivery related perinatal death in twins: retrospective cohort study. BMJ, 2002, 325 (7371): 1004. doi: 10.1136/bmj.325.7371.1004.
- [11] Mai Ngọc Ba, Trương Thị Linh Giang. Nghiên cứu một số biến chứng và kết quả thai kỳ ở các sản phụ song thai. Tạp chí Phụ Sản, 2020, 18 (3): 34-40.
- [12] Võ Thị Kim Quế, Nguyễn Văn Lâm, Nguyễn Thái Hoàng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết cục thai kỳ của sản phụ mang song thai tại Bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ. Tạp chí Y Dược Cần Thơ, 2024, 79: 122-128. doi: 10.58490/ctump.2024i79.2857