

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2018 - 2019

LƯƠNG HOÀNG NGUYỄN¹, VŨ VĂN DU²

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung (CNTC) tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2018 - 2019.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu bệnh án người bệnh được chẩn đoán CNTC và điều trị tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2018 đến 31/12/2019.

Kết quả: Nhóm tuổi 30-34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 30,8%. Nhóm tuổi < 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,7%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $31,1 \pm 5,97$ tuổi. Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung 26,8%. Trong đó chủ yếu là mổ lấy thai, mổ CNTC, mổ u nang buồng trứng và mổ ruột thừa. Lâm sàng: Đau bụng (96%); chậm kinh (86,9%); ra huyết âm đạo (77,5%). Nhóm đối tượng có cả 3 triệu chứng đau bụng, chậm kinh, ra huyết âm đạo chiếm 68,1%. Tỷ lệ bệnh nhân CNTC có choáng là 17,9%. Triệu chứng phần phụ có khối nề đau (59,0%); phản ứng thành bụng (64,7%); cứng đồ đầy đau (60,7%). Cận lâm sàng: Siêu âm trước khi điều trị 1 lần (40,2%); 2 lần (38,2%); từ 3 lần trở lên (21,6%). Hình ảnh điển hình chiếm 48,7%. Kết quả siêu âm: 5,4% thấy hình ảnh túi thai và tim thai (+) ở ngoài tử cung; 48,7% thấy khối hình nhân; 32,2% thấy khối âm vang hỗn hợp; 13,7% không thấy khối bất thường. Có 66,7% bệnh nhân thực hiện test nhanh hCG trước khi vào viện. Có 87,7% người bệnh được định lượng β hCG huyết thanh tại viện trước khi điều trị. Tỷ lệ hCG dương tính là 39,2%.

Chịu trách nhiệm: Lương Hoàng Nguyễn
Email: luonghoangnguyen1981@gmail.com

Ngày nhận: 07/9/2020

Ngày phản biện: 28/9/2020

Ngày duyệt bài: 09/10/2020

Kết luận: Đau bụng là triệu chứng cơ năng phổ biến nhất; tỷ lệ người bệnh có đủ 3 triệu chứng cơ năng kinh điển là chậm kinh, đau bụng và ra máu âm đạo bất thường; tỷ lệ người bệnh có kết quả định tính hCG dương tính cũng chiếm tỷ lệ cao; các đặc điểm cận lâm sàng khác có nét tương đồng với các thông tin đã được y văn mô tả.

Từ khóa: Chữa ngoài tử cung.

SUMMARY

CLINICAL AND CLINICAL
CHARACTERISTICS OF ECTOPIC
PREGNANCY AT DEPARTMENT OF
OBSTETRIC AND GYNECOLOGY, THAI
NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2018 -
2019

Objectives: To describe clinical and subclinical characteristics of patients with ectopic pregnancy (EP) at the Department of Obstetrics and Gynecology, Thai Nguyen National Hospital in 2018 - 2019.

Subjects and research methods: cross-sectional descriptive studies and retrospective data of the patient's medical records diagnosed with EP and treated at the Department of Obstetrics and Gynecology, Thai Nguyen National Hospital from January 1, 2018 to January 31 12/2019.

Results: The age group 30-34 accounts for the highest percentage of 30.8%. The age group <20 years old accounts for the highest proportion of 1.7%. The mean age of the patients was 31.1 ± 5.97 years. History of subframe surgery accounted for 26.8%. In which, mainly caesarean section, surgery on EP, other operations (surgery for ovarian cysts and appendix surgery). Clinical characteristics: Abdominal pain symptoms (96%); delayed period (86.9%); vaginal bleeding (77.5%). The subjects with all 3 symptoms of abdominal pain, delayed menstruation, and vaginal bleeding accounted for 68.1%. The proportion of patients with EP shock was 17.9%. Symptoms of the appendages have painful mass (59.0%); abdominal wall reaction (64.7%); with full pain

(60.7%). *Subclinical characteristics: ultrasound 1 time before treatment (40.2%); 2 times (38.2%) and 3 times or more (21.6%). Typical image accounts for 48.7%. Ultrasound results: 5.4% saw images of fetal sac and fetal heart (+) outside the uterus; 48.7% saw a ring shape; 32.2% saw mixed resonance; 13.7% did not see an abnormal block. 66.7% of patients performed rapid hCG test before admission. There are 87.7% of patients quantified β hCG serum at the hospital before treatment. The proportion of patients with a positive hCG result is 39.2%.*

Conclusion: Abdominal pain is the most common physical symptom; the proportion of patients with 3 classic muscle symptoms are menstrual delay, abdominal pain and abnormal vaginal bleeding; the proportion of patients with a positive qualitative result hCG is also high; Other subclinical features similar to those described in the literature.

Keywords: Ectopic pregnancy (EP), Gestational extrauterus (GEU).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là hiện tượng trứng thụ tinh và làm tổ ngoài buồng tử cung. Đây là một bệnh phổ biến trong cấp cứu sản khoa với tỷ lệ 1/250-1/200 phụ nữ mang thai và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong mẹ trong 3 tháng đầu thai kỳ [1].

CNTC là một cấp cứu sản khoa không những đe dọa tính mạng mà còn ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của người phụ nữ. Nếu không được chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời thì có thể dẫn đến CNTC vỡ ngập máu trong ổ bụng đe dọa đến tính mạng của người bệnh.

Tần suất CNTC ngày càng gia tăng ở Việt Nam cũng như trên thế giới [2]. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ chửa ngoài tử cung từ 4,5/1000 các trường hợp mang thai trong năm 1970 tăng lên 1,11% giai đoạn 1997 - 1999, 2% năm 2005 [3]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hòa năm 2004 và Thân Ngọc Bích năm 2009 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương tỷ lệ CNTC lần lượt là 4,4% và 9,4% [4], [5]. Nghiên cứu của tác giả Võ Mạnh Hùng tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa (2008) là 2,66% [6]. Theo số liệu của phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Lào Cai, số bệnh nhân chửa ngoài tử cung cũng không ngừng tăng lên, số chửa ngoài tử cung trên số đẻ năm 2016 là 186/3821, tỷ lệ là 4,5%.

Sự gia tăng tần suất bệnh được nhiều tác giả cho rằng có liên quan đến các yếu tố như viêm nhiễm tiểu khung, bệnh lây truyền qua đường sinh dục, tiền sử nạo hút thai, tiền sử mổ vùng tiểu khung, các phương pháp mới trong điều trị vô sinh hoặc hỗ trợ sinh sản. Tiên lượng của

bệnh phụ thuộc vào thời điểm chẩn đoán và thái độ xử trí vì vậy tỷ lệ chửa ngoài tử cung gia tăng nhưng tỷ lệ tử vong lại giảm do tiến bộ của y học giúp cho chẩn đoán sớm, chính xác và xử trí kịp thời [1].

Điều trị chửa ngoài tử cung trước đây thường là mổ mở cắt vòi tử cung, những năm gần đây nhờ áp dụng siêu âm đầu dò âm đạo, định lượng β hCG, nội soi chẩn đoán, nên chửa ngoài tử cung ngày càng được chẩn đoán sớm giúp điều trị có hiệu quả, được lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu như điều trị nội khoa, điều trị phẫu thuật nội soi bảo tồn vòi tử cung.

Thái Nguyên là một tỉnh miền núi, dân số 1,2 triệu người trong đó có 8 dân tộc chủ yếu sinh sống bao gồm Kinh, Tày, Nùng, Sán diu, H Mông, Sán chay, Hoa và Dao với các phong tục tập quán sinh hoạt khác nhau. Địa hình tương đối phức tạp, tổng số có 180 xã trong đó 125 xã vùng cao và miền núi, còn lại là các xã đồng bằng và trung du. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên được thành lập năm 1951 là Bệnh viện Đa khoa hạng I, trực thuộc Bộ Y tế với quy mô 1.300 giường bệnh kế hoạch, gồm 53 khoa, phòng, trung tâm. Hiện nay có nhiều kỹ thuật chẩn đoán điều trị mới đã được áp dụng tại bệnh viện như nội soi chẩn đoán và xử trí, tuy nhiên chưa có siêu âm đầu dò âm đạo, định lượng β hCG trong chẩn đoán và theo dõi còn được chỉ định hạn chế, xử trí khối chửa phần lớn là phẫu thuật, điều trị nội khoa còn ít được áp dụng tại đây.

Bên cạnh đó, sự hiểu biết của người dân về chăm sóc sức khỏe còn hạn chế, người bệnh thường đến muộn trong tình trạng khối chửa đã vỡ và điều trị chủ yếu là mổ mở cắt vòi tử cung. Phương pháp điều trị phẫu thuật nội soi được triển khai tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ năm 2000, những năm gần đây nhờ chẩn đoán sớm ngay từ khi khối chửa nhỏ chưa vỡ mà được áp dụng nhiều hơn.

Trên cả nước đã có rất nhiều nghiên cứu về CNTC nhưng tại tỉnh Thái Nguyên chưa có nhiều đề tài nghiên cứu đầy đủ về đặc điểm điều trị CNTC. Nhằm giúp nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị CNTC, phù hợp với điều kiện thực tế tỉnh Thái Nguyên, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: “*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chửa ngoài tử cung tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2018 - 2019*”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ

tháng 09/2019 đến tháng 09/2020.

2. Đối tượng nghiên cứu

Là những bệnh án người bệnh được chẩn đoán CNTC và điều trị tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp thời gian từ ngày 01/01/2018 đến 31/12/2019.

3. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu bệnh án.

4. Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được chọn là tất cả các trường hợp CNTC có đủ tiêu chuẩn đã nêu trên dựa theo hồ sơ được lưu trữ tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thời gian từ ngày 01/01/2018 đến 31/12/2019.

Chúng tôi chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện cho nghiên cứu: Bao gồm những hồ sơ bệnh án thỏa mãn điều kiện nghiên cứu, nên không áp dụng công thức tính cỡ mẫu (chọn mẫu toàn bộ). Trên thực tế chúng tôi đã thu thập được 351 hồ sơ bệnh án của người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

5. Kỹ thuật thu thập thông tin

Thu thập số liệu từ bệnh án của người bệnh.

6. Phân tích số liệu

Số liệu được thu thập và làm sạch, nhập bằng Epidata 3.1, sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được sự cho phép của ban lãnh đạo Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, lãnh đạo Khoa Phụ sản trước khi tiến hành nghiên cứu, thu thập và phân tích số liệu. Nghiên cứu chỉ thu thập hồi cứu số liệu nên không ảnh hưởng đến quá trình thăm khám cũng như điều trị của sản phụ. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<20	06	1,7
20 - 24	46	13,1
25 - 29	85	24,2
30 - 34	108	30,8
35 - 39	81	23,1
≥ 40	25	7,1
Tổng số	351	100
$\bar{X} \pm SD$ (Min – Max)	31,1 $\pm$ 5,97 (16-47)	

Nhận xét:

Nhóm tuổi 30-34 tuổi chiếm 30,8%. Nhóm tuổi < 20 tuổi chiếm 1,7%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 31,1 $\pm$ 5,97 tuổi. Tuổi cao nhất là 47, tuổi nhỏ nhất là 16.

Bảng 2. Tiền sử phẫu thuật tiểu khung

Tiền sử phẫu thuật tiểu khung	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	94	26,8
Mổ lấy thai (n=48)		
Mổ CNTC (n=29)		
Mổ khác (n=17)	257	73,4
Không		
Tổng	351	100

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung chiếm 26,8%. Trong đó chủ yếu là mổ lấy thai, mổ CNTC, mổ khác (mổ u nang buồng trứng và mổ ruột thừa).

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2018 – 2019

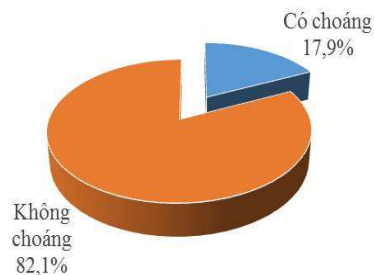
2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng

Đặc điểm triệu chứng cơ năng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	337	96,0
Chậm kinh	305	86,9
Ra máu âm đạo	272	77,5
Có cả 3 triệu chứng	239	68,1

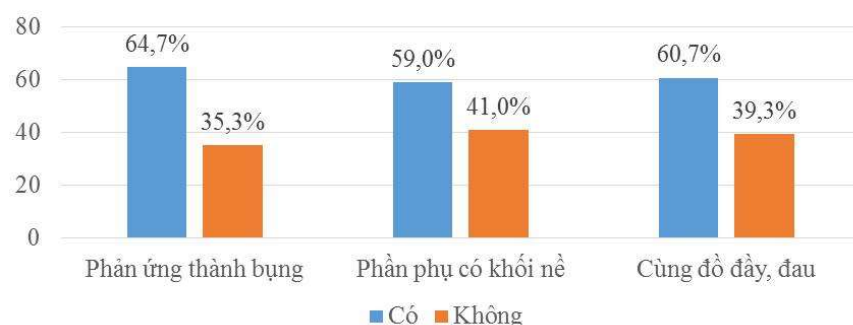
Nhận xét:

Nhóm đối tượng có triệu chứng đau bụng chiếm 96%. Nhóm đối tượng có triệu chứng chậm kinh chiếm 86,9%; triệu chứng ra huyết âm đạo chiếm 77,5%. Nhóm đối tượng có cả 3 triệu chứng đau bụng, chậm kinh, ra huyết âm đạo chiếm 68,1%.



Biểu đồ 1. Triệu chứng toàn thân

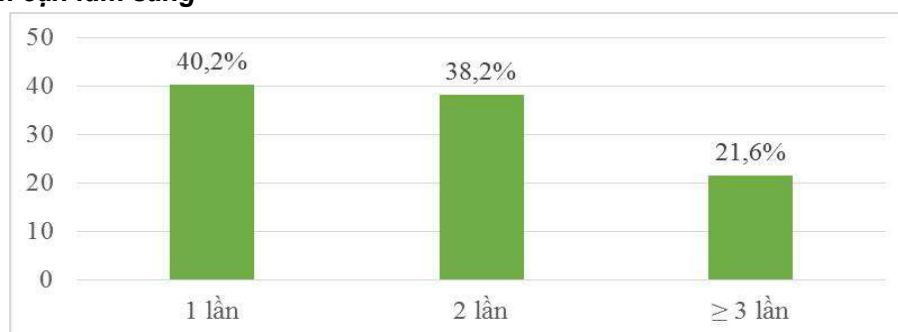
Nhận xét: Triệu chứng toàn thân có 63 trường hợp CNTC có choáng chiếm 17,9%.



Biểu đồ 2. Triệu chứng thực thể

Nhận xét: Nhóm có triệu chứng phản phụ có khối nề đau chiếm 59,0%; triệu chứng phản ứng thành bụng chiếm 64,7%; triệu chứng cùng đồ đầy đau chiếm 60,7%.

2.2. Đặc điểm cận lâm sàng



Biểu đồ 3. Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện siêu âm trước điều trị

Nhận xét: Số bệnh nhân được siêu âm trước khi điều trị 1 lần chiếm 40,2%, 38,2% bệnh nhân siêu âm 2 lần và 21,6% bệnh nhân phải siêu âm từ 3 lần trở lên.

Bảng 4. Kết quả siêu âm các trường hợp CNTC trước điều trị

Kết quả siêu âm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hình ảnh điển hình	171	48,7
Hình ảnh không điển hình	180	51,3
Tổng	351	100

Nhận xét: Kết quả siêu âm cho hình ảnh điển hình CNTC chiếm 48,7%. Còn lại 51,3% là hình ảnh không điển hình

Bảng 5. Kết quả siêu âm các trường hợp chữa ngoài tử cung

Kết quả siêu âm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hình ảnh khối cận tử cung	Túi thai và tim thai (+)	19	5,4
	Khối hình nhân	171	48,7
	Khối âm vang hỗn hợp	113	32,2
	Không thấy khối	48	13,7
Dịch cùng đồ	Có	136	38,7
	Không	215	61,3
Tổng		351	100

Nhận xét: Kết quả siêu âm có 5,4% thấy hình ảnh túi thai và tim thai (+) ở ngoài tử cung, 48,7% thấy khối hình nhân, 32,2% thấy khối âm vang hỗn hợp và 13,7% không thấy khối bất thường. Kết quả siêu âm có hình ảnh dịch cùng đồ chiếm 38,7%.

Bảng 6. Tỷ lệ làm xét nghiệm định tính hCG trước khi vào viện

Định tính hCG trong nước tiểu trước khi vào viện		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có làm	Dương tính	232	66,1
	Nghi ngờ	01	0,3
	Âm tính	01	0,3
Không làm		117	33,3
Tổng		351	100

Nhận xét: Bệnh nhân có test nhanh hCG trước khi vào viện chiếm 66,7%, còn lại 33,3% là không thử test nhanh.

Bảng 7. Xét nghiệm hCG trước điều trị tại viện

Đặc điểm	Số lượng (n=351)	Tỷ lệ %
Định tính hCG dương tính	138	39,3
Định lượng βhCG huyết thanh	308	87,7

Nhận xét: Có 87,7% người bệnh được định lượng β hCG huyết thanh tại viện trước khi điều trị. Có 39,2% người bệnh có kết quả hCG dương tính.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi: Kết quả tại bảng 1 cho thấy, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 30- 34 tuổi, chiếm 30,8%, tiếp theo là nhóm 25-29 tuổi chiếm 24,2%. Nhóm tuổi <20 chiếm 1,7% và 7,1% là tỷ lệ CNTC ở nhóm tuổi từ 40 trở lên. Tỷ lệ bệnh nhân trong độ tuổi 20- 39 tuổi là 91,2%. So sánh kết quả với một số tác giả khác như kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Lý Thị Hồng Vân thì kết quả nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 31- 35 tuổi, chiếm 27,8%, tiếp theo là nhóm 36- 40 tuổi (25%), tỷ lệ bệnh nhân trong độ tuổi 20- 40 tuổi là 86,1% [7]. Tỷ lệ bệnh nhân trong độ tuổi 20-39 tuổi cũng tương đương với kết quả của một số nghiên cứu như của Trần Thu Lệ năm 2013-2015 là 89,7% [8], Lê Đức Thọ năm 2017 là 92% [9]. Đây là nhóm ở độ tuổi sinh đẻ, tỷ lệ mang thai cao nên khả năng bị chữa ngoài tử cung cũng cao hơn.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $31,1 \pm 5,97$ tuổi. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân có tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $33,36 \pm 6,34$ tuổi [7]. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Mai (2005) là $31,2 \pm 6,1$ tuổi [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn chút so với nghiên cứu của Lê Đức Thọ thì độ tuổi trung bình của bệnh nhân CNTC năm 2012 là $30,0 \pm 6,3$ tuổi và năm 2017 là $29,8 \pm 6,4$ tuổi [9], của Trần Thu Lệ là $30,75 \pm 6,43$ tuổi [8], Nguyễn Thị Bích Thanh (2006) là $30,5 \pm 6,3$ tuổi [11] và Hồ Văn Việt (2009) là $30,5 \pm 6,3$ tuổi [12]. Kết quả này là có lẽ là do hiện nay, khi xã hội thay đổi, kinh tế và xã hội thay đổi nên nhiều phụ nữ sinh đẻ muộn hơn do tập trung vào công việc và cuộc sống cá nhân nên tuổi mang thai chữa ngoài tử cung cũng cao hơn các nghiên cứu trước đây.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có 7,1% người bệnh từ 40 tuổi, nhóm tuổi ở độ tuổi dưới 20 chiếm tỷ lệ 1,7%. Đây là hai độ tuổi quá trẻ hoặc quá cao so với tuổi sinh đẻ của phụ nữ, tần suất mang thai ở các lứa tuổi này thường thấp nên tỷ lệ CNTC cũng thấp là phù hợp.

Tuy nhiên, với nhóm tuổi từ 40 trở lên thì đây là nhóm tuổi được khuyến cáo không nên sinh đẻ do có nhiều nguy cơ cho thai phụ và thai nhi. Vì vậy, các chương trình giáo dục, truyền thông về

kế hoạch hóa gia đình cần tiếp cận các đối tượng này nhiều hơn nữa để giúp không nên sinh đẻ hoặc phòng tránh thai an toàn, tránh tình trạng có thai ngoài ý muốn và chữa ngoài tử cung. Với nhóm tuổi dưới 20 tuổi chiếm tỉ lệ 1,7%. Tuy con số ở đây là nhỏ nhưng cũng là độ tuổi đáng báo động bởi đây là nhóm tuổi còn khá trẻ, việc tiếp xúc thông tin còn chưa thực sự được đầy đủ. Đây cũng chính là một trong những yếu tố nguy cơ dẫn tới tình trạng vô sinh thứ phát đối với những đối tượng này.

Đây là hai độ tuổi quá trẻ hoặc quá cao so với tuổi sinh đẻ của phụ nữ, tần suất mang thai ở các lứa tuổi này thường thấp nên tỷ lệ CNTC cũng thấp là phù hợp.

Tiền sử phẫu thuật tiểu khung

Kết quả bảng 2 cho thấy tỷ lệ người bệnh CNTC có tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung chiếm 26,8%. Trong đó chủ yếu là mổ lấy thai, mổ CNTC, mổ khác (mổ u nang buồng trứng và mổ ruột thừa). Tỷ lệ của chúng tôi tương đương so với nghiên cứu của một số tác giả như Hồ Văn Việt (26,9%) [12], Nguyễn Thị Tuyết Mai (25,7%) [10], Trần Thu Lệ (26,6%) [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân tỷ lệ có tiền sử phẫu thuật tiểu khung (mổ NCTC, mổ lấy thai...) là 35,6% [7].

Theo nghiên cứu của Cao Xuân Hùng tỷ lệ CNTC có tiền sử mổ lấy thai chiếm 13,2% [13]. Theo Bùi Minh Phúc những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tiểu khung có tỷ lệ CNTC cao gấp 1,5 lần bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật tiểu khung, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [14]. Phẫu thuật vùng tiểu khung là nguyên nhân gây dính ổ bụng dẫn đến chít hẹp, gấp khúc vòi trứng gây CNTC. Đặc biệt trong các trường hợp đã từng mổ CNTC với việc bảo tồn không đạt được hình dáng giải phẫu bình thường của vòi trứng nên rất dễ gây CNTC tái phát. Như vậy, những người có tiền sử phẫu thuật tiểu khung, viêm phần phụ và chữa ngoài tử cung có thể là những yếu tố thuận lợi gây CNTC.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2018 – 2019

2.1. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng cơ năng: CNTC có các triệu chứng cơ năng kinh điển là đau bụng vùng hạ vị, chậm kinh và ra máu âm đạo bất thường, đây là những dấu hiệu quan trọng trong việc định hướng cho thầy thuốc thăm khám và chẩn đoán bệnh. Theo kết quả bảng 3 của chúng tôi, triệu

chứng đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất là 96%, tiếp đến là triệu chứng chậm kinh chiếm 86,9% và 77,5% là triệu chứng của ra huyết âm đạo. Nhóm đối tượng có cả 3 triệu chứng đau bụng, chậm kinh, ra huyết âm đạo chiếm 68,1%.

Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Thân Ngọc Bích và Lý Thị Hồng Vân [7], Lê Đức Thọ [9]. Theo nghiên cứu của Tạ Quốc Bản thì tỷ lệ chậm kinh, đau bụng, ra huyết âm đạo tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2015 lần lượt là: 75,7%, 77,3% và 56,3% [15].

Trong ba triệu chứng cơ năng của CNTC, triệu chứng chậm kinh là dấu hiệu sớm nhất gợi ý cho người phụ nữ nghĩ đến có thai trong khi đó, ra máu âm đạo bất thường và đau bụng ra dấu hiệu xuất hiện muộn hơn, biểu hiện của thai nghén bất thường. Đau bụng thường xuất hiện khi khối CNTC to dần làm căng, rạn nứt vòi trứng, nếu có máu chảy vào trong ổ bụng sẽ kích thích phúc mạc làm cho cảm giác đau bụng tăng lên, triệu chứng này thường xuất hiện ở những bệnh nhân đến viện muộn, khi khối chứa đã dọa vỡ hoặc vỡ.

Vì vậy, đây thường là nguyên nhân chính làm cho bệnh nhân vào viện khám hoặc cấp cứu. Điều này lý giải cho kết quả nguyên nhân chính làm cho người bệnh đến viện trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu khác là đau bụng (96%).

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người bệnh có cả 3 triệu chứng cơ năng kinh điển là chậm kinh, đau bụng và ra máu âm đạo bất thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 68,1%. Trong khi nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân tỷ lệ này chỉ khoảng 47,2% [7]. Lê Đức Thọ tỷ lệ này là 48,3% [9], Trần Thu Lệ (2016) là 41,9%, Khưa Văn Hậu (2015) là 41,1% [8].

Kết quả của chúng tôi về tỷ lệ người bệnh CNTC vào viện với cả 3 triệu chứng chậm kinh, đau bụng và ra máu âm đạo bất thường cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Bùi Minh Phúc (49,8%) [14], Hồ Văn Việt (47,3%) [12].

Như vậy, hơn nửa số người bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có đủ 03 triệu chứng cơ năng điển hình của CNTC.

Như vậy, trong 3 triệu chứng cơ năng cổ điển thì chậm kinh là dấu hiệu sớm nhất gợi ý cho người phụ nữ nghĩ đến có thai trong khi đó ra máu âm đạo bất thường và đau bụng là dấu hiệu xuất hiện muộn hơn, biểu hiện của thai nghén bất thường trong đó có CNTC.

Đây cũng là lý do khiến người bệnh đến khám, điều này có thể lý giải phần nào tỷ lệ

bệnh nhân chẩn đoán muộn trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao.

Triệu chứng toàn thân: Tình trạng sốc mất máu hay gọi là có choáng (mạch > 100 lần/phút và huyết áp < 90/60 mmHg) xảy ra khi khối lượng tuần hoàn đã giảm đáng kể, lượng máu trong cơ thể mất trên 20% thì huyết áp bắt đầu giảm, mạch tăng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 17,9% người bệnh có dấu hiệu sốc mất máu và tất cả các người bệnh đều ở trong tình trạng sốc trước và trong khi vào viện để chẩn đoán và điều trị (biểu đồ 1).

Tất cả các bệnh nhân này đều thuộc nhóm bệnh nhân chẩn đoán muộn, khối chứa đã vỡ (theo tường trình phẫu thuật đều có ghi lượng máu mất trên 1000ml có tới 31 trường hợp). Nguyên nhân tình trạng sốc choáng này theo chúng tôi có thể do mất khối lượng tuần hoàn quá nhiều, mất khối lượng tuần hoàn, quá đột ngột hoặc do đau nhiều và tâm lý lo sợ.

Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân tỷ lệ này là 14,4% [7]; nghiên cứu của Võ Mạnh Hùng (13,3%) [6]; nghiên cứu của Thân Ngọc Bích (3,4%) [5]; nghiên cứu của Bùi Minh Phúc (4,2%) [14]. Sự khác nhau về tỷ lệ của các nghiên cứu do khác nhau về địa điểm nghiên cứu, tính chất bệnh nhân của từng viện nghiên cứu. Trong CNTC, khi khối chứa vỡ gây ra mất máu cùng với cảm giác đau dữ dội, người bệnh nhanh chóng rơi vào tình trạng sốc mất máu. Đây là một bệnh cảnh cấp cứu, cần phải chẩn đoán và xử trí hết sức nhanh và tích cực để cứu sống người bệnh.

Triệu chứng thực thể: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm có triệu chứng phần phụ có khối nề đau chiếm 59% (Biểu đồ 2). Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Trần Thu Lệ sờ thấy khối hoặc đám nề ở phần phụ chiếm 81,2% [8], nghiên cứu của Hồ Văn Việt tỷ lệ người bệnh có dấu hiệu phần phụ có khối nề đau là 78,7% [12], nghiên cứu của Võ Mạnh Hùng (60,7%) [6]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn so với nghiên cứu của Heard M.J. và cộng sự, tỷ lệ người bệnh CNTC có khối bất thường kích thước 2- 3cm là 51%, khối kích thước dưới 2cm là 21% [3].

Việc phát hiện khối bất thường qua thăm khám là rất quan trọng để chẩn đoán CNTC, tuy nhiên kết quả nhận định còn phụ thuộc vào kinh nghiệm người thầy thuốc, tình trạng thành bụng của người bệnh, lượng máu trong ổ bụng, kinh nghiệm của bác sĩ...nên kết quả nghiên cứu về khám lâm sàng có khối hoặc đám nề ở phần phụ còn khác nhau.

Kết quả biểu đồ 2 lại cho thấy nhóm có triệu chứng phản ứng thành bụng chiếm 64,7% và nhóm có triệu chứng cùng đồ đầy đau chiếm 60,7%.

Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân thì có 61,1% người bệnh có phản ứng thành bụng, 68,3% người bệnh có cùng đồ đầy, đau [7]. Nhưng lại cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Hồ Văn Việt tỷ lệ người bệnh có dấu hiệu cùng đồ đầy đau là 42,6% [12]. Sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh vào viện trong tình trạng vỡ khối chứa cao hơn các nghiên cứu khác nên các triệu chứng của vỡ khối chứa cao hơn. Khi khối chứa sảy, rạn nứt, vỡ gây chảy máu trong ổ bụng làm chướng bụng, động xuống chỗ thấp nhất của ổ bụng là túi cùng Douglas gây đầy và đau cùng đồ, kích thích làm tăng cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng.

Dấu hiệu cùng đồ đầy đau khác nhau giữa các tác giả còn phụ thuộc vào thời điểm thăm khám, kỹ thuật khám của bác sĩ, cảm giác chủ quan về đau của người bệnh.

Và một số tác giả lấy dấu hiệu cùng đồ đầy và đau để nghiên cứu, còn nghiên cứu của chúng tôi có cả những bệnh nhân cùng đồ không đầy nhưng khám thấy đau. Kết quả của chúng tôi là phù hợp vì đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu có tình trạng khối chứa là vỡ, rỉ máu, sảy qua loa... nên có máu trong ổ bụng sẽ có dấu hiệu cùng đồ đầy đau hoặc không đầy đau phụ thuộc lượng máu trong ổ bụng nhiều hay ít. Như vậy, dấu hiệu cùng đồ đầy, đau là dấu hiệu có giá trị góp phần chẩn đoán CNTC khi đã có dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng. Chọc dò cùng đồ Douglas là một thủ thuật kinh điển đơn giản được áp dụng từ lâu để giúp chẩn đoán CNTC vỡ, nếu chọc được máu không đông. Tuy nhiên, thủ thuật này gây đau và làm sai lệch kết quả những lần khám sau, nhiều trường hợp cho kết quả không chính xác.

2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong sản phụ khoa, siêu âm sử dụng hai loại đầu dò: đầu dò đường bụng và đầu dò âm đạo. Siêu âm chẩn đoán CNTC thì siêu âm đầu dò âm đạo có ưu điểm vượt trội do có được hình ảnh rõ nét hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 100% người bệnh CNTC được siêu âm chẩn đoán. Trong đó theo kết quả biểu đồ 3 về tỷ lệ bệnh nhân thực hiện siêu âm trước điều trị thì số bệnh nhân được siêu âm trước khi điều trị 1 lần chiếm 40,2%, 38,2% bệnh nhân siêu âm 2 lần và 21,6% bệnh nhân phải siêu âm từ 3 lần trở lên.

Tỷ lệ của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Thân Ngọc Bích (99,9%) [5], Bùi Minh Phúc (99%) [14], cao hơn nghiên cứu của Phan Việt Tâm (73%) [16], Võ Mạnh Hùng (74,9%) [6]. Kết quả này cho thấy hiện nay siêu âm ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng nói chung và trong chẩn đoán CNTC nói riêng. Đối với các trường hợp chưa rõ, song song với khám lâm sàng, theo dõi diễn biến của β hCG huyết thanh, các thầy thuốc thường siêu âm nhiều lần để theo dõi và chẩn đoán chính xác và nhanh chóng hơn.

Kết quả siêu âm các trường hợp CNTC trước điều trị có 100% trường hợp không có hình ảnh túi thai trong buồng tử cung. Đây chính là hình ảnh gián tiếp để chẩn đoán CNTC [1]. Hình ảnh điển hình CNTC 48,7% (Bảng 4).

Kết quả bảng 5 cho thấy có 5,4% thấy hình ảnh túi thai và tim thai (+) ở ngoài tử cung, 48,7% thấy khối hình nhẵn, 32,2% thấy khối âm vang hỗn hợp và 13,7% không thấy khối bất thường. Kết quả siêu âm có hình ảnh dịch cùng đồ chiếm 38,7%.

Hình ảnh điển hình: Hình ảnh điển hình của siêu âm chẩn đoán CNTC là một khối hình nhẵn một vòng. Cấu trúc này là do hợp bào nuôi phát triển tạo thành những gai rau viền quanh một vùng trống âm là nước ối. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 48,7% người bệnh có hình ảnh siêu âm điển hình. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Hồ Văn Việt năm 2008 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (44,1%) [12]. Nhưng cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân tỷ lệ này là 33,9% [7].

Hình ảnh chắc chắn của CNTC là khi siêu âm thấy hình ảnh túi thai có túi noãn hoàng hoặc thai có tim thai (theo nghiên cứu của chúng tôi là 5,4%) (Bảng 5). Tuy nhiên, khi thấy hình ảnh điển hình nói trên thì đã muộn, nguy cơ vỡ khối chứa sẽ cao. Các hình ảnh không điển hình của CNTC là khối âm vang không đồng nhất cạnh tử cung, dịch túi cùng đồ Douglas,... Nghiên cứu này có 51,3% người bệnh có hình ảnh siêu âm không điển hình. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân tỷ lệ này là 66,1% [7], nghiên cứu của Hồ Văn Việt là 55,9% [12], Võ Mạnh Hùng là 59,7% [6]; thấp hơn nghiên cứu của Bùi Minh Phúc (85%) [14], Thân Ngọc Bích (95,1%) [5].

Sự khác nhau giữa các nghiên cứu theo chúng tôi do hình ảnh siêu âm rất đa dạng, phụ thuộc vào người siêu âm và chất lượng

máy siêu âm nên có sự khác nhau về kết quả giữa các bệnh viện. Như vậy, siêu âm là một phương pháp có giá trị cao để loại trừ CNTC khi có hình ảnh túi thai thực sự trong CNTC. Nhưng cần hết sức lưu ý một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân vừa có thai trong buồng tử cung, vừa có thai ngoài buồng tử cung, đặc biệt trong những trường hợp làm thụ tinh trong ống nghiệm.

Nghiên cứu của chúng tôi về kết quả siêu âm có dịch cùng đồ thấp hơn so với kết quả của Lý Thị Hồng Vân tỷ lệ này là 76,1% [7], nghiên cứu của Bùi Minh Phúc (85,9%) [14], Nguyễn Thị Bích Thanh (48,4%) [11], Võ Mạnh Hùng (50,9%) [6]. Siêu âm có dịch cùng đồ là một trong những dấu hiệu để nghĩ đến CNTC, ngoài ra còn gián tiếp đánh giá lượng máu mất trong ổ bụng để thầy thuốc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

Kết quả bảng 6 về tỷ lệ làm xét nghiệm định tính hCG trước khi vào viện cho ta thấy số bệnh nhân có test nhanh hCG trước khi vào viện chiếm 66,7%, còn lại 33,3% là không thử test nhanh. Kết quả này phù hợp với thực tế là trong những năm gần đây nhận thức của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ về bệnh CNTC ngày càng tốt hơn. Khi bệnh nhân có dấu hiệu của CNTC như chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo bất thường thì việc đầu tiên là thử hCG nước tiểu (que thử thai Quick Stick). Vì vậy, bệnh nhân CNTC đã được phát hiện sớm hơn.

Kết quả bảng 7 về xét nghiệm hCG trước điều trị tại viện thì có 87,7% người bệnh được định lượng β hCG huyết thanh và 39,3% người bệnh có kết quả hCG dương tính.

Tuy nhiên có 1 bệnh nhân không làm xét nghiệm định tính hCG cũng không làm định lượng β hCG huyết thanh do tình trạng lúc vào sốc mất máu nặng, bệnh nhân đã lâm vào hôn mê được chuyển thẳng lên phòng mổ tối cấp cứu nên không làm xét nghiệm được. Trường hợp này mổ ra CNTC rõ, vỡ đoạn bóng VTC rõ nên không chỉ định làm xét nghiệm thử thai sau đó nữa. Hiện nay, với phương pháp định lượng β hCG huyết thanh cho kết quả chính xác hơn. Theo Vương Tiến Hòa, đánh giá diễn biến nồng độ β hCG huyết thanh có giá trị hơn trị số tuyệt đối tại một thời điểm [17].

Trong thai nghén bình thường, nồng độ β hCG huyết thanh tăng gấp đôi sau 48 giờ còn trong CNTC thường tăng dưới 66%. Vì vậy, định lượng β hCG huyết thanh và theo dõi diễn biến nồng độ có giá trị chẩn đoán phân biệt giữa CNTC, sảy thai với một thai nghén bình thường hoặc theo dõi CNTC sau điều trị bảo tồn hay điều trị nội

khoa. Tỷ lệ người bệnh làm test thử thai nhanh tại viện chúng tôi ít được chỉ định do đa phần bệnh nhân nghi ngờ có thai đều tự thử thai trước khi đến viện. Việc làm test nhanh thử lại là không có giá trị chẩn đoán nhiều. Bệnh viện chúng tôi triển khai làm xét nghiệm β hCG huyết thanh gần như thường qui đối với trường hợp nghi ngờ CNTC. Điều này cũng lí giải vì sao mà tỷ lệ làm β hCG huyết thanh của chúng tôi cao hơn hẳn so với các nghiên cứu khác.

Những trường hợp chúng tôi dùng test nhanh để thử thai thì thường là ở nhóm bệnh nhân vào viện đã có triệu chứng lâm sàng và siêu âm tương đối rõ, chỉ để khẳng định việc có thai mà không cần theo dõi diễn biến của β hCG huyết thanh. Bên cạnh đó có một vài trường hợp chúng tôi phải làm test thử thai nhanh trước khi chỉ định làm β hCG huyết thanh do bệnh nhân có tình không khai đúng bệnh sử. Khi có test nhanh dương tính, chúng tôi vẫn chỉ định làm β hCG huyết thanh để theo dõi diễn biến bệnh.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

- Nhóm tuổi 30-34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 30,8%. Nhóm tuổi < 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,7%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $31,1 \pm 5,97$ tuổi.

- Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung chiếm 26,8%. Trong đó chủ yếu là mổ lấy thai, mổ CNTC, mổ khác (mổ u nang buồng trứng và mổ ruột thừa).

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2018 – 2019

2.1. Đặc điểm lâm sàng

- Triệu chứng đau bụng (96%); chậm kinh (86,9%); ra huyết âm đạo (77,5%). Nhóm đối tượng có cả 3 triệu chứng đau bụng, chậm kinh, ra huyết âm đạo chiếm 68,1%.

- Tỷ lệ bệnh nhân CNTC có choáng là 17,9%.

- Triệu chứng phần phụ có khối nề đau (59,0%); phản ứng thành bụng (64,7%); cùng đồ đầy đau (60,7%).

2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

- Bệnh nhận được siêu âm trước khi điều trị 1 lần (40,2%); 2 lần (38,2%) và từ 3 lần trở lên (21,6%). Hình ảnh điển hình chiếm 48,7%.

- Kết quả siêu âm: 5,4% thấy hình ảnh túi thai và tim thai (+) ở ngoài tử cung; 48,7% thấy khối hình nhân; 32,2% thấy khối âm vang hỗn hợp; 13,7% không thấy khối bất thường.

- Có 66,7% bệnh nhân thực hiện test nhanh hCG trước khi vào viện.
- Có 87,7% người bệnh được định lượng β hCG huyết thanh tại viện trước khi điều trị. Tỷ lệ người bệnh có kết quả hCG dương tính là 39,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vương Tiến Hòa** (2012). *Chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung*, Sách chuyên khảo, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. **Tạ Thị Thanh Thủy** (2006), Tác dụng của Methotrexate trên sự thay đổi β hCG sau mổ bảo tồn thai ngoài tử cung. *Nghiên cứu Y học, Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 10(2), tr. 100 - 104.
3. **H. Murray, H. Baakdah, T. Bardell và các cộng sự.** (2005), Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Cmaj*, 173(8), tr. 905-12.
4. **Nguyễn Thị Hòa** (2004). *Nghiên cứu các yếu tố liên quan và giá chữa ngoài tử cung trị của triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trong chẩn đoán sớm chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2003*, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Thân Ngọc Bích** (2010). *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong hai năm 1999 và 2009*, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Võ Mạnh Hùng** (2008). *Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa trong hai năm 2005-2006*, Luận văn Tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Thái Bình.
7. **Lý Thị Hồng Vân** (2016). *Nghiên cứu về chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*, Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Trần Thu lệ** (2016). *Nhận xét các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện C Thái Nguyên trong 3 năm từ 2013 - 2015*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Lê Đức Thọ** (2019). *Nghiên cứu sự tiến bộ trong chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung*

năm 2012 và năm 2017 tại khoa Phụ sản - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

10. **Nguyễn Thị Tuyết Mai** (2007). *Tìm hiểu những tiến bộ trong chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung năm 2005 với năm 2000 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

11. **Nguyễn Thị Bích Thanh** (2006). *Chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2006*, Luận văn Tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

12. **Hồ Văn Việt** (2009). *Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung năm 2008 và năm 2003 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn Tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

13. **Cao Xuân Hùng** (2019). *Nghiên cứu về phẫu thuật chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

14. **Bùi Minh Phúc** (2014). *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình trong 3 năm năm 2011 – 2013*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

15. **Tạ Quốc Bản** (2016), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. *Bản tin Y Dược học miền núi số 1*.

16. **Phan Viết Tâm** (2014). *Nghiên cứu tình hình chữa ngoài tử cung tại viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh trong 2 năm 1999 - 2000*, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

17. **Vương Tiến Hòa và Võ Mạnh Hùng** (2013), *Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hoá. Y học thực hành*, 11(886), tr. 44-49.