

International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Chapter 25

2. **WHO, UNICEF** (2008). Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia (GAPP).

3. **Pavia AT** (2011). Viral infections of the lower respiratory tract: old viruses, new viruses, and the role of diagnosis. Clin Infect Dis; pp.284–9.

4. **Nair H**, et al (2010). "Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta analysis", *Lancet*, 375, pp.1545 - 1555.

5. **World health organization** (2005), "Cough or difficult breathing", *Pocket book of hospital care for children*, Chapter 4, pp.69 - 106.

6. **Elisabeth G Huijskens, Renée CBiesmans, Anton G Buiting, Charles C Obihara and John W Rossen** (2012). Diagnostic value of respiratory virus detection in symptomatic children using real-time PCR. *Virology Journal*, 9; p. 276.

7. **Lu L, Yan Y, Yang B** et al (2015), "Epidemiological and clinical profiles of respiratory syncytial virus infection in hospitalized neonates in Suzhou, China", *BMC infectious diseases*, 15(1), 431.

8. **Mishra A, Tambolkar S.A** et al (2013), Effect of Malnutrition on Severity of Presentation and Outcome of Acute Bronchiolitis, *Chalipat S.S WebmedCentral Paediatrics*, 4(2).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHỐI U BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

ĐẶNG THỊ HƯƠNG
Bệnh viện Phụ sản Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật khối u buồng trứng tại bệnh viện phụ sản Nam Định.

Đối tượng nghiên cứu: 365 bệnh nhân có hồ sơ bệnh án chẩn đoán là khối u buồng trứng được phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản Nam Định trong 2 năm từ tháng 1/1/2018 đến tháng 31/12/2019, có kết quả giải phẫu bệnh là u buồng trứng.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu trên hồ sơ bệnh án.

Kết quả: mổ nội soi chiếm đa số (81,1%). Kích thước U ở nhóm PTNS là 6,87 cm nhỏ hơn so với nhóm PTMM (8,18 cm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. PTNS ở nhóm có kích thước nhỏ < 5 cm cao nhất chiếm 86,7%, nhóm có kích thước trên 10 cm có tỷ lệ mổ nội soi thấp nhất (58,7%). Cắt 2 phần phụ ở nhóm trên 45 tuổi chiếm 67,1%. Ở nhóm có kích thước U dưới 5 cm thì phương pháp xử trí bóc U chiếm 46,7%; đối với nhóm có kích thước từ 5 đến 10 cm và nhóm trên 10 cm thì phương pháp xử trí

chủ yếu là cắt 2 phần phụ. Tai biến thấp và nhẹ: Nhóm PTMM có 2 trường hợp sốt; có 02 trường hợp tụ máu thành bụng trong nhóm PTNS.

Kết luận: mổ nội soi chiếm đa số (81,1%). Kích thước U ở nhóm PTNS là 6,87 cm nhỏ hơn so với nhóm PTMM (8,18 cm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. PTNS và bóc u buồng trứng thực hiện chủ yếu ở nhóm u buồng trứng có kích thước nhỏ < 5 cm, tỷ lệ cắt 2 phần phụ còn cao, ở nhóm trên 45 tuổi chiếm 67,1%. Tai biến thấp và nhẹ là sốt sau mổ và tụ máu thành bụng.

Từ khóa: u buồng trứng, phẫu thuật

SUMMARY

OVARIAN TUMOR SURGERY RESULTS AT NAM DINH PROVINCIAL OBSTETRICS HOSPITAL

Objective: To observe the results of ovarian tumor surgery at Nam Dinh Provincial Obstetrics Hospital.

Study subjects: 365 patients with medical records who were diagnosed with ovarian tumors undergoing surgery at Nam Dinh Provincial Obstetrics Hospital for 2 years from January 1, 2018, to December 31, 2019, and had results of pathology as an ovarian tumor.

Research method: cross-sectional, retrospective description of medical records.

Chịu trách nhiệm: Đặng Thị Hương

Email: bshuongsnd88@gmail.com

Ngày nhận: 09/9/2020

Ngày phản biện: 21/10/2020

Ngày duyệt bài: 03/11/2020

Results: laparoscopic surgery accounted for the majority (81.1%). The tumors size in the laparoscopic surgery group is 6.87 cm, smaller than that of the open surgery group (8.18 cm) and the difference is statistically significant with $p < 0.05$. Laparoscopic surgery in the group with the highest small size < 5 cm, which occupies 86.7%. On the other hand, the group with a size of over 10 cm had the lowest portion of laparoscopic surgery (58.7%). The surgery that cut 2 appendages in the group over 45 years old, accounting for 67.1%. In the group with the tumor size less than 5 cm, the portion of the dissection surgery treatment method is 46.7%; for the group with the size from 5 to 10 cm and the group over 10 cm, the main treatment method is to cut the 2 appendages. Low and mild complications: open surgery group had 2 cases of fever; There are 02 cases of abdominal wall hematoma in the laparoscopic surgery group.

Conclusion: laparoscopic surgery accounted for the majority (81.1%). The tumors size in the laparoscopic surgery group is 6.87 cm, smaller than that of the open surgery group (8.18 cm) and the difference is statistically significant with $p < 0.05$. Laparoscopic surgery and dissection surgery of ovarian tumors performed mainly in the group of ovarian tumors with small size < 5 cm, the rate of cutting 2 appendages is still high, in the group of over 45 years old accounting for 67.1%. Low and mild complications were postoperative fever and abdominal wall hematoma.

Keywords: ovarian tumor, surgery

ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng (UBT) là một trong những khối u thường gặp của hệ sinh dục nữ, có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào từ trẻ em chưa thấy kinh đến người già sau mãn kinh. Việc chẩn đoán khối u buồng trứng thường không khó, nhưng tiên lượng và cách xử trí lại phức tạp. Việc xử trí tùy thuộc vào tính chất khối u, nhằm mục đích phòng ngừa các biến chứng, nhất là ung thư buồng trứng (UTBT), đồng thời bảo tồn chức năng sinh sản và các chức năng sinh dục khác của phụ nữ.

Bệnh viện Phụ sản Nam Định (BVPSND) là bệnh viện chuyên khoa hạng II. Trước đây điều trị khối u buồng trứng lành tính chủ yếu là phẫu thuật mổ mở (PTMM), trong vài năm trở lại đây việc chẩn đoán và điều trị UBT tại BVPSND đã có nhiều tiến bộ, đưa dần phẫu thuật nội soi (PTNS) vào điều trị UBT và thái độ xử trí cũng có những bước tiến bộ đáng kể. Để đánh giá một cách đầy đủ và toàn diện về

điều trị khối UBT nhằm rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả phẫu thuật khối u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định với mục tiêu nhận xét kết quả phẫu thuật khối u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

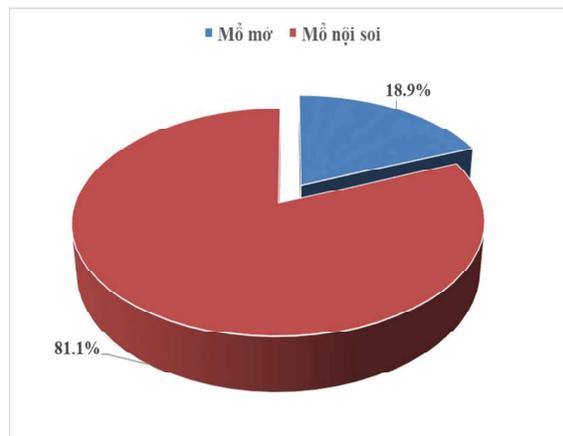
365 bệnh nhân có hồ sơ bệnh án chẩn đoán là khối u buồng trứng được phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản Nam Định trong 2 năm từ tháng 1/1/2018 đến tháng 31/12/2019, có kết quả giải phẫu bệnh là u buồng trứng.

Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, hồi cứu trên hồ sơ bệnh án.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp mổ u buồng trứng



Biểu đồ 1. Phương pháp mổ u buồng trứng

Nhận xét: tỷ lệ mổ nội soi chiếm đa số (81,1%), mổ mở chỉ chiếm 18,9%.

2. Phân bố phương pháp mổ theo kích thước u

Bảng 1. Phân bố phương pháp mổ theo kích thước u

Kích thước u	Phương pháp mổ		P
	PTMM	PTNS	
<5 cm	8 (13,3%)	52 (86,7%)	<0,001
5-10 cm	42 (16,2%)	217 (83,8%)	
>10 cm	19 (41,3%)	27 (58,7%)	
Mean \pm SD	8,18 \pm 3,2	6,87 \pm 2,38	

Nhận xét: Kích thước U ở nhóm PTNS là 6,87 cm nhỏ hơn so với nhóm PTMM (8,18 cm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ PTNS ở nhóm có kích thước sỏi < 5 cm cao nhất chiếm 86,7%, nhóm có kích thước trên 10 cm có tỷ lệ mổ nội soi thấp nhất (58,7%).

3. Phân bố phương pháp xử trí khối UBT theo tuổi

Bảng 2. Phân bố phương pháp xử trí UBT theo tuổi

Phương pháp xử trí	Nhóm tuổi			Chung	P
	< 20 tuổi	20 - 45 tuổi	> 45 tuổi		
Cắt buồng trứng	0 (0%)	55 (84,6%)	10 (15,4%)	65 (17,8%)	< 0,001
Bóc U	8 (5,8%)	125 (89,9%)	6 (4,3%)	139 (38,1%)	
Cắt 2 phần phụ	0 (0%)	53 (32,9%)	108 (67,1%)	161 (44,1%)	

Nhận xét: Tỷ lệ cắt 2 phần phụ cao nhất ở nhóm trên 45 tuổi chiếm 67,1%, thấp nhất ở nhóm dưới 20 tuổi (0%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

4. Phân bố phương pháp xử trí khối UBT theo kích thước u

Bảng 3. Phân bố phương pháp xử trí UBT theo kích thước u

PPXT	Kích thước (cm)		< 5 cm		5 - 10 cm		> 10 cm		P
	n	%	n	%	n	%			
Cắt buồng trứng	12	20,0	40	15,4	13	28,3	>0,05		
Bóc U	28	46,7	98	37,8	13	28,3			
Cắt 2 phần phụ	20	33,3	121	46,7	20	43,5			
Tổng số	60	100,0	259	100,0	46	100,0			

Nhận xét: Ở nhóm có kích thước U dưới 5 cm thì phương pháp xử trí chủ yếu là Bóc U chiếm 46,7%; đối với nhóm có kích thước từ 5 đến 10 cm và nhóm trên 10 cm thì phương pháp xử trí chủ yếu là cắt 2 phần phụ; tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

5. Tai biến, biến chứng và điều trị sau mổ

Bảng 4. Các tai biến, biến chứng

Tai biến và biến chứng	PTMM		PTNS		P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Sốt	2	100,0	0	0	<0,001
Tụ máu thành bụng	0	0	2	100	
Tổng	2	100,0	2	100,0	

Nhận xét: nhóm PTMM có 2 trường hợp sốt; có 02 trường hợp tụ máu thành bụng trong nhóm PTNS.

BÀN LUẬN

1. Phương pháp mổ u buồng trứng

U buồng trứng là một bệnh thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động tình dục. Hướng xử trí u buồng trứng thực thể là can thiệp ngoại khoa mổ mở hay mổ nội soi. Thái độ xử trí đối với UBT trong khi phẫu thuật cũng rất cần được quan tâm: làm sao cho vừa duy trì được chức năng sinh sản cũng như điều hòa hormon sinh dục, nhưng không bỏ sót những tổn thương ác tính để đảm bảo tính mạng cho bệnh nhân.

Kết quả nghiên cứu tại biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ mổ nội soi chiếm đa số (81,1%), mổ mở chỉ chiếm 18,9%. Điều này cũng phù hợp với thực tế, Nội soi đảm bảo nhu cầu về thẩm mỹ cao có nhiều ưu điểm như giảm nguy cơ mất máu, giảm nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ, ít gây sang

chấn tổ chức, tránh dính sau mổ, vừa đảm bảo được chức năng sinh sản nhanh hồi phục sức khỏe, rút ngắn thời gian nằm viện nên dễ thấy phương pháp mổ nội soi được lựa chọn trước trừ khi có chống chỉ định ... ngoài ra còn phụ thuộc vào các yếu tố khác như điều kiện kinh tế, xã hội...

Theo nghiên cứu của Hoàng Văn Yên ghi nhận được có 153 trường hợp phẫu thuật mổ, chiếm tỷ lệ 53,31%; có 134 trường hợp phẫu thuật nội soi, chiếm tỷ lệ 46,69% [1]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích Thanh tỷ lệ u buồng trứng được PTNS chiếm 87,1%, mổ mở chiếm 12,9% [2].

Qua đây có thể nhận định rằng tỷ lệ PTNS u buồng trứng ngày càng được áp dụng rộng rãi, là lựa chọn ưu tiên, ngày càng phát triển mạnh và dần thay thế cho phẫu thuật mổ bụng đặc biệt trong điều trị u buồng trứng lành tính.

2. Phân bố phương pháp mổ theo kích thước u

Qua bảng 1 chúng tôi thấy có thấy kích thước u ở nhóm phẫu thuật nội soi là 6,87 cm nhỏ hơn so với nhóm phẫu thuật mổ mở là 8,18 cm. Tỷ lệ phẫu thuật nội soi ở nhóm có kích thước u < 5 cm cao nhất chiếm 86,7%, tiếp đến là nhóm có kích thước từ 5 đến 10 cm chiếm 83,8% mổ nội soi, nhóm có kích thước trên 10 cm có tỷ lệ mổ nội soi thấp nhất (58,7%).

Trong nhóm người bệnh có kích thước u < 5cm, thì có 8 trường hợp phải phẫu thuật mổ mở (chiếm 13,3%). Hầu hết đây là các trường hợp có vết mổ thành bụng cũ phức tạp (như mổ tắc ruột...) hoặc khối u tiên lượng dính, thành bụng người bệnh quá dày gây khó khăn cho mổ nội soi.

Ở nhóm người bệnh có kích thước u buồng trứng trên 10 cm thì tỷ lệ mổ nội soi và mổ mở không cách biệt nhau nhiều. Mổ nội soi chiếm 58,7% và mổ mở chiếm 41,3%. Điều này cho thấy +mặc dù ở bệnh viện phụ sản Nam Định mới phát triển kỹ thuật mổ nội soi chưa lâu nhưng các bác sĩ của chúng tôi đã và đang nỗ lực để mổ nội soi những trường hợp u buồng trứng có kích thước lớn trên 10 cm. Đây là một điều rất đáng khích lệ và phát huy, tuy nhiên vẫn luôn phải đảm bảo tiêu chí an toàn cho người bệnh là số một. Nghiên cứu của Nguyễn Bình An năm 2008³, số u nang buồng trứng có kích thước trên 10 cm được phẫu thuật là 21 (chiếm 10,5%). Nhiều nghiên cứu khác về phẫu thuật nội soi u nang buồng trứng có kích thước lớn cho kết quả khả quan.

3. Phân bố phương pháp xử trí u buồng trứng theo tuổi

Qua bảng 2 chúng tôi thấy ở nhóm tuổi dưới 45 tuổi, tỷ lệ mổ bóc u cao nhất (chiếm 95,7%). Trong đó nhóm trên 45 tuổi tỷ lệ mổ bóc u chỉ chiếm 4,3%.

Điều này cho thấy ở lứa tuổi trẻ tuổi hoạt động tình dục, thì mổ bóc u bảo tồn phần buồng trứng lành, đảm bảo nhu cầu sinh đẻ cũng như nội tiết của người bệnh là bắt buộc, trừ khi có những lý do ác tính hoặc u hay tái phát.

Tỷ lệ cắt 2 phần phụ cao nhất ở nhóm trên 45 tuổi (chiếm 67,1%). Thường trong quá trình mổ phẫu thuật viên ghi nhận thấy đây là những trường hợp khi kiểm tra buồng trứng còn lại thấy bị teo hoặc nang hóa, nếu để lại có thể có nguy cơ lại tạo u buồng trứng nên đã lựa chọn cắt luôn phần phụ bên đối diện. Đây là nhóm người bệnh không còn nhu cầu sinh đẻ nữa tuy nhiên cũng xem xét kỹ nếu có thể bảo tồn được thì tốt

hơn khi chưa mãn kinh vì vẫn cần duy trì nội tiết để đảm bảo chất lượng cuộc sống. Những người bệnh này sau mổ cần được tư vấn những vấn đề về suy giảm nội tiết, các yếu tố nguy cơ và có thể đặt ra các phương án dùng hormone thay thế cho người bệnh.

Tỷ lệ cắt buồng trứng ở nhóm người bệnh 20 đến 45 tuổi cũng khá cao (chiếm 84,6%). Nếu là những trường hợp có khối u quá to hoặc lạc nội mạc tử cung, phẫu thuật viên đánh giá phần lành của buồng trứng còn lại không đáng kể hoặc những trường hợp nếu có bóc sẽ gây khó khăn trong khâu cầm máu... và kiểm tra buồng trứng còn lại vẫn tốt, tránh tỷ lệ tái phát u sau mổ cho người bệnh, một mặt khác một số phẫu thuật viên trong giai đoạn đầu làm phẫu thuật nội soi chưa nhiều kinh nghiệm thì lựa chọn cắt buồng trứng để đảm bảo an toàn cho người bệnh, Qua đây cần nâng cao kỹ thuật của phẫu thuật nội soi giúp tăng tỷ lệ bảo tồn buồng trứng của phụ nữ khi có thể.

4. Phân bố phương pháp xử trí u buồng trứng theo kích thước u

Theo kết quả nghiên cứu ở bảng 3.3 chúng tôi thấy với nhóm người bệnh có kích thước khối u buồng trứng dưới 5 cm thì phương pháp xử trí bóc u chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7%. Ở nhóm có kích thước 5-10 cm, và trên 10 cm thì phương pháp xử trí cắt 2 phần phụ chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 46,7% và 43,5%.

Như vậy với khối u có kích thước bé dưới 5 cm thì bóc u được ưu tiên hơn vì dễ thực hiện hơn. Tỷ lệ cắt buồng trứng ở nhóm bệnh nhân có khối u nang kích thước từ 5 cm trở lên cao hơn nhóm bệnh nhân có kích thước u nang buồng trứng dưới 5 cm. Chúng tôi nhận thấy rằng trong những trường hợp u có kích thước to nếu bóc u có nguy cơ chảy máu cao và mất nhiều thời gian nhưng nếu cắt buồng trứng sẽ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, có một giải pháp đó là chúng ta có thể cắt đi một phần buồng trứng có u và giữ lại một phần buồng trứng lành còn lại. Với những phẫu thuật viên có kinh nghiệm dù kích thước u to vẫn có thể bóc u an toàn bảo tồn buồng trứng, cần đào tạo, nâng cao kỹ thuật nội soi của các bác sĩ.

5. Các tai biến và biến chứng

Bảng 4 cho thấy tỷ lệ tai biến và biến chứng trong phẫu thuật u buồng trứng rất thấp. Chỉ có 2 trường hợp sốt ở phẫu thuật mổ mở và 2 trường hợp tụ máu thành bụng trong mổ nội soi.

Ở nước ta đã có một số nghiên cứu về kỹ thuật, chỉ định và kết quả phẫu thuật nội soi khối

u buồng trứng. Kết quả cho thấy vẫn tồn tại một số vấn đề trong việc áp dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị khối u buồng trứng như tai biến chảy máu, tổn thương hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa, tai biến do bơm hơi, bỏ sót ung thư gây lan tràn vào ổ bụng khi không được chẩn đoán trước và trong mổ...ảnh hưởng đến việc cân nhắc chỉ định phương pháp phẫu thuật cho các bệnh nhân [4, 5].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn năm 2012 cho thấy tỉ lệ biến chứng sau mổ nội soi là 1,1% [6].

Theo nghiên cứu của Hoàng Văn Yên thitrong số 153 trường hợp phẫu thuật mở, không có trường hợp nào chảy máu sau mổ, chỉ có 18 trường hợp nhiễm trùng sau mổ, chiếm tỷ lệ 11,76%; trong số 134 trường hợp phẫu thuật nội soi, không có trường hợp nào chảy máu sau mổ, chỉ có 2 trường hợp nhiễm trùng sau mổ, chiếm tỷ lệ 1,49% [1].

Theo nghiên cứu của Trần Thị Hà năm 2015 trên 124 trường hợp u nang buồng trứng được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện trung ương Huế cho thấy có 0,85% có biến chứng tràn khí dưới da⁷. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hải cho thấy hầu hết phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng không có biến chứng, chỉ có 2,8% có biến chứng chảy máu, 1,7% tràn khí [8].

Như vậy chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tai biến và biến chứng mổ nội soi u nang buồng trứng không cao nhưng vẫn gặp và đôi khi lại là những tai biến để lại hậu quả nặng nề cho người bệnh. Để hạn chế những tai biến và biến chứng không đáng có, chúng tôi cho rằng phẫu thuật viên cần phải thăm khám kỹ bệnh nhân trước mổ, tiên lượng được những khó khăn trong từng ca bệnh, để có những cách xử trí thận trọng, an toàn, thuận lợi cho ca mổ thành công. Trong nghiên cứu này, tai biến ít gặp và nhẹ chủ yếu do các phẫu thuật viên chọn giải pháp an toàn cho người bệnh nên tỷ lệ cắt buồng trứng còn cao.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ mổ nội soi chiếm đa số (81,1%), mổ mở chỉ chiếm 18,9%. Kích thước U ở nhóm PTNS là 6,87 cm nhỏ hơn so với nhóm PTMM (8,18 cm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. PTNS ở nhóm có kích thước sỏi < 5 cm cao nhất chiếm 86,7%, nhóm có kích thước trên 10 cm có tỷ lệ mổ nội soi thấp nhất (58,7%).

Cắt 2 phần phụ cao nhất ở nhóm trên 45 tuổi chiếm 67,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Ở nhóm có kích thước U dưới 5 cm thì phương pháp xử trí bóc U chiếm 46,7%: đối với nhóm có kích thước từ 5 đến 10 cm và nhóm trên 10 cm thì phương pháp xử trí chủ yếu là cắt 2 phần phụ.

Tai biến thấp và nhẹ: Nhóm PTMM có 2 trường hợp sốt; có 02 trường hợp tụ máu thành bụng trong nhóm PTNS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Văn Yên.** Nghiên cứu đặc điểm và kết quả điều trị khối u buồng trứng thực thể lạnh tính tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang năm 2013-2014. 2014. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.

2. **Nguyễn Thị Bích Thanh.** Kết quả phẫu thuật nội soi khối U buồng trứng tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh. 2018. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.

3. **Nguyễn Bình An.** Nhận xét về kết quả điều trị u nang buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ trong 6 tháng đầu năm 2008. 2008. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

4. **Kha Thị Trâm, Lê Hoài Chương.** Tình hình điều trị phẫu thuật các khối u buồng trứng ở phụ nữ có thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1/2010 đến 31/12/2013. 2014. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

5. **Nguyễn Hải Linh, Vũ Bá Quyết.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật các khối u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1-2012 đến 12-2012. *Trường Đại học Y Hà Nội.* 2014.

6. **Trần Quang Tuấn.** Nghiên cứu u buồng trứng ở trẻ em và tuổi vị thành niên tại Bệnh viện phụ sản Trung ương năm 2004-2006. 2007. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

7. **Trần Thị Ngọc Hà, Lê Minh Toàn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi u nang buồng trứng tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 2014-2015. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2015.

8. **Nguyễn Thanh Hải.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi khối u buồng trứng tại Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Giang. 2016. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.