

Đánh giá kết quả điều trị thai lạc chỗ bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản - Nhi Quảng Ngãi

Đinh Thị Mỹ Hoà^{1*}, Lê Minh Tâm²

¹ Bệnh viện Sản - Nhi Quảng Ngãi

² Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

doi: 10.46755/vjog.2022.2.1379

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Đinh Thị Mỹ Hoà; email: bsdinhmyhoa@gmail.com

Nhận bài (received): 16/1/2022 - Chấp nhận đăng (accepted): 1/8/2022

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi thai lạc chỗ tại Bệnh viện Sản - Nhi Quảng Ngãi.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các trường hợp thai lạc chỗ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản - Nhi Quảng Ngãi thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu từ tháng 07/2020 đến tháng 05/2021.

Kết quả: Với 78 trường hợp nhận vào mẫu, độ tuổi trung bình $30,3 \pm 5,7$ tuổi, tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung (26,9%), tiền sử sảy thai/thai lưu (19,2%), viêm nhiễm phụ khoa (17,9%) và nạo hút thai (16,7%). Bệnh nhân vào viện hầu hết có đau bụng (98,7%) và ra máu âm đạo (71,8%). Nồng độ β hCG trung bình $6481,82 \pm 879,99$ mUI/ml. Vị trí thường gặp nhất của thai lạc chỗ là đoạn bóng 71,8%. Nội soi cho thấy 60% khối thai đã vỡ và 12,8% có dây dính tiểu khung. Tỷ lệ thành công bằng phẫu thuật nội soi là 97,4%, có 2 trường hợp thất bại phải chuyển mổ hở chiếm 2,6%. Không ghi nhận tai biến gì trong và sau nội soi. Thời gian phẫu thuật trung bình là $50,8 \pm 15,2$ phút. Có 9,0% thai phụ cần truyền máu trong phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình là $6,67 \pm 0,62$ ngày.

Kết luận: Điều trị thai lạc chỗ bằng phẫu thuật nội soi là phương pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khoá: thai lạc chỗ, nội soi, ống dẫn trứng.

Laparoscopic management of ectopic pregnancy at Quang Ngai Hospital for Children and Women: an assessment of treatment results

Đinh Thị Mỹ Hoà^{1*}, Lê Minh Tâm²

¹ Quang Ngai Hospital for Children and Women

² University of Medicine and pharmacy, Hue University

Abstract

Objectives: This study aims to evaluate the results of laparoscopic surgery for ectopic pregnancy. **Methods:** A cross-sectional descriptive study on cases with ectopic pregnancy treated with laparoscopic surgery at Quang Ngai Hospital for Women and Children met the inclusion and exclusion criteria during the study period from July 2020 to May 2021.

Results: Among 78 cases recruited in the study, mean age was 30.3 ± 5.7 years old, history of pelvic surgery (26.9%), history of miscarriage/stillbirth (19.2%), gynecological infections (17.9%) and abortion (16.7%). Most of the patients admitted to the hospital had abdominal pain (98.7%) and vaginal bleeding (71.8%). The mean β hCG concentration was 6481.82 ± 879.99 mUI/ml. The most common location of ectopic pregnancy is the ampulla (71.8%). Laparoscopy showed that 60% of the ruptured mass and 12.8% with pelvic adhesions. The success rate of laparoscopic surgery is 97.4%, there are 2 failed cases that need to be indicated for laparotomy, accounting for 2.6%. No complications were recorded during and after laparoscopy. The mean surgical time was 50.8 ± 15.2 minutes. 9.0% of pregnant women need blood transfusion during surgery. The mean duration of hospital stay was 6.67 ± 0.62 days.

Conclusion: Treatment of ectopic pregnancy by laparoscopic surgery is a safe and effective method.

Keywords: Ectopic pregnancy, surgery, laparoscopy, fallopian tube.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai lạc chỗ (TLC) là một bệnh lý liên quan đến giai đoạn đầu thai kỳ, có thể gây biến chứng nguy hiểm đến tính mạng người phụ nữ nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Đây là tình trạng bệnh lý khá phổ biến và thay đổi tùy vùng theo các thời gian khác nhau [18]. Theo nghiên cứu của Karen W. Hoover và cộng sự năm 2010 tại Hoa Kỳ trên 11.989 phụ nữ từ 15 - 44 tuổi, tỷ lệ chung của thai lạc chỗ là 0,64% [14]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Trần Thị Hạnh tại Bệnh viện A Thái Nguyên từ năm 2008 - 2012 ghi nhận tỷ lệ TLC là 2,3% [8]; theo báo cáo của Hà Duy Tiến và Phạm Thị Thanh Hiền năm 2010 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, tỷ lệ này là 8,23% [4].

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị TLC khác nhau như phẫu thuật cắt bỏ vòi tử cung kèm khối thai ngoài, xẻ vòi tử cung lấy khối thai qua mổ hở hoặc nội soi [18]; khi TLC chưa vỡ có thể điều trị nội khoa bằng Methotrexate hoặc chỉ theo dõi không can thiệp cho đến khi khối thai tự thoái triển [1]. Từ những năm đầu của thập kỷ 70, phẫu thuật nội soi đã được áp dụng giúp phát hiện và xử trí sớm thai lạc chỗ; từ đó giảm nguy cơ vỡ vòi tử cung, giảm tỷ lệ mất máu, truyền máu. Bên cạnh đó, phẫu thuật nội soi còn có nhiều ưu điểm nổi bật như ít đau, thời gian nằm viện và hồi phục sau mổ ngắn, đặc biệt có tính thẩm mỹ cao so với phương pháp phẫu thuật mở bụng truyền thống. Nhờ những ưu điểm vượt bậc, phẫu thuật nội soi đã và đang là phương pháp điều trị được áp dụng rộng rãi trong điều trị TLC [2].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị TLC cũng đã được áp dụng khá phổ biến tại nhiều cơ sở y tế khác nhau. Bệnh viện Nhân Dân Gia Định báo cáo tỷ lệ thành công cao, lên đến 99,4% [9], nghiên cứu của Mai Trọng Dũng năm 2014 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho tỷ lệ phẫu thuật trong TLC là 71,66%, trong đó phẫu thuật nội soi chiếm 98,8% [5]. Tại Quảng Ngãi, phẫu thuật nội soi trong điều trị TLC được bắt đầu triển khai từ năm 2005 nhưng cho đến nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá toàn diện kết quả điều trị TLC theo phương pháp này. Đồng thời, mô hình bệnh tật có thể thay đổi

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tại Bệnh viện Sản - Nhi Quảng Ngãi từ tháng 07/2020 đến tháng 05/2021, có 78 bệnh nhân TLC thoả mãn tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Đặc điểm chung	Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
< 25	10	12,8
25-29	28	35,9
30-34	20	25,6
35- 41	20	25,6
Tuổi TB (Min-Max)	30,3 ± 5,7 tuổi Min =16 Max = 41	

theo thời gian cũng như do ảnh hưởng các yếu tố liên quan. Đề tài được tiến hành nhằm đánh giá đặc điểm bệnh nhân và kết quả PTNS trong TLC tại Bệnh viện Sản - Nhi Quảng Ngãi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 78 bệnh nhân được chẩn đoán TLC và chỉ định điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi từ tháng 07/2020 đến tháng 05/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Gồm các trường hợp được chẩn đoán xác định thai lạc chỗ khi siêu âm qua đầu dò âm đạo thấy được túi thai nằm ngoài buồng tử cung (có hoặc không có tim thai), có chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị theo hướng dẫn Bộ Y tế (2) và kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật khẳng định là tổ chức thai; Các trường hợp điều trị nội khoa thất bại và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng như đang choáng mất máu, các trường hợp chống chỉ định với gây mê. Không đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang Quy trình nghiên cứu

(1) Khai thác tiền sử, bệnh sử, khám phụ khoa. Làm các xét nghiệm cận lâm sàng. Chẩn đoán xác định có thai lạc chỗ: có chậm kinh hoặc ra máu âm đạo bất thường, có đau bụng hoặc không; kết hợp cận lâm sàng gồm siêu âm phụ khoa đường âm đạo và xét nghiệm β HCG để đưa ra chẩn đoán xác định thai lạc chỗ.

(2) Chuẩn bị trước điều trị: tư vấn các phương pháp điều trị. Khi bệnh nhân đồng ý, người nhà và bệnh nhân sẽ được ký giấy cam đoan trước phẫu thuật. và mời bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

(3) Tiến hành nội soi ổ bụng, quan sát, đánh giá vị trí thai lạc chỗ và tiến hành xử trí. Gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

(4) Theo dõi sau phẫu thuật: đánh giá lại công thức máu, nồng độ β HCG, tai biến của phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ.

Đặc điểm chung	Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)
Số lần sinh		
Chưa sinh lần nào	13	16,7
Sinh một lần	21	26,9
Sinh hai lần	37	47,4
Sinh ba lần trở lên	7	9,0
Tổng	78	100,0
Tiền sử phụ khoa		
Sẩy thai, thai lưu	15	19,2
TLC	6	7,7
Viêm nhiễm phụ khoa	14	17,9
Đặt dụng cụ tử cung	9	11,5
Sử dụng thuốc tránh thai	3	3,8
Tiền sử phẫu thuật tiểu khung		
Mổ lấy thai	15	19,2
Mổ TLC	6	7,7
Phẫu thuật khác	15	19,2

Nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình $30,3 \pm 5,7$ tuổi, nhỏ nhất 16 và lớn nhất 41 tuổi. Độ tuổi 25 - 29 chiếm 35,9%. Có 74,3% thai phụ đã trải qua 1 - 2 lần sinh, 16,7% chưa sinh lần nào và 9,0% đã sinh con trên 3 lần.

Tiền sử sẩy thai, thai lưu chiếm 19,2%, viêm nhiễm phụ khoa 17,9%. Có 13/78 thai phụ từng nạo hút thai, chiếm 16,7%. Về tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung, 19,2% có tiền sử mổ lấy thai (15 trường hợp), 7,7% tiền sử mổ TLC (6 trường hợp) và 19,2% có tiền sử phẫu thuật khác (bao gồm mổ ruột thừa viêm, mổ bóc u nang, mổ u xơ tử cung...).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai lạc chỗ

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm lâm sàng		
Trễ kinh	71	91,0
Đau bụng	77	98,7
Ra máu âm đạo	56	71,8
Lay CTC đau	52	66,7
Chạm túi cùng đau	52	66,7
Khối cạnh tử cung	64	82,1
Nồng độ βHCG huyết thanh		
< 1000 mUI/ml	23	29,5
1000 – 5000 mUI/ml	28	35,9
> 5000 mUI/ml	27	34,6
β HCG TB [Min-Max]	6481,82 \pm 9785,32 mUI/ml [94,1 - 62545]	
Hình ảnh siêu âm		
Khối bất thường cạnh tử cung	78	100
Tim thai (+)	9	11,5

Kích thước khối thai qua siêu âm		
< 3 cm	36	46,2
3 - 5 cm	34	43,6
> 5 cm	8	10,2
X ± SD [Min-Max]	3,26 ± 1,38 cm [1 - 7,2]	

Bệnh nhân đến khám có đau bụng (98,7%), trễ kinh (91,0%) và ra máu âm đạo (71,8%). Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ βhCG huyết thanh trước phẫu thuật < 1000 mUI/ml, từ 1000 - 5000 mUI/ml và > 5000 mUI/ml lần lượt là 29,5%, 35,9% và 34,6%. Siêu âm trước phẫu thuật thấy 11,5% trường hợp túi thai cạnh tử cung đã có tim thai. Kích thước khối TLC từ 3 cm trở lên chiếm 53,8%.

Bảng 3. Kết quả nội soi ổ bụng

Đặc điểm		Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)
Vị trí khối thai			
Vòi tử cung	Đoạn kẽ	3	3,8
	Đoạn eo	11	14,1
	Đoạn bóng	56	71,8
	Đoạn loa	6	7,7
Buồng trứng	2	2,6	
Tình trạng khối thai			
	Chưa vỡ	4	5,1
	Đang rỉ máu qua loa	27	34,6
	Vỡ	47	60,3
Thời gian nằm viện			
	≤ 3 ngày	2	2,6
	4 - 5 ngày	25	32,1
	≥ 6 ngày	51	65,3
Thời điểm trung tiện được sau phẫu thuật			
	12 - 24 giờ	31	39,7
	25 - 48 giờ	44	56,4
	49 - 72 giờ	3	3,8

Vị trí TLC thường gặp nhất là đoạn bóng vòi tử cung (71,8%). Tình trạng khối thai đã vỡ chiếm 60,3%.

Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công là 97,4% (76/78 bệnh nhân). Kỹ thuật cắt vòi tử cung được áp dụng trong hầu hết trường hợp thai làm tổ ở vòi tử cung (74/76 trường hợp, 2/78 trường hợp phẫu thuật nội soi thất bại do chảy máu nhiều, phải chuyển mổ hở (2,6%). Có 07 trường hợp cần truyền máu trong phẫu thuật, chiếm 9,0%.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 50,8 ± 15,2 phút, ngắn nhất 30 phút và dài nhất 115 phút, 100% bệnh nhân không gặp tai biến gì trong phẫu thuật nội soi. Đa số có thời gian nằm viện ≥ 6 ngày, chiếm 65,3%.

Thời điểm trung tiện được sau phẫu thuật chủ yếu trong khoảng 25-48 giờ (56,4%).

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 78 trường hợp TLC có chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi, lứa tuổi thường gặp TLC là từ 25-40 tuổi với độ tuổi trung bình khá trẻ (30,3 ± 5,7 tuổi). Về tiền sử nạo hút thai, kết quả của chúng tôi thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trước đây [3], [16]. Sự chênh lệch này có thể giải thích do nạo hút thai là vấn đề rất nhạy cảm, có khả năng ảnh hưởng lớn đến tâm lý xã hội của người phụ nữ nên việc xác định tính xác câu trả lời của bệnh nhân khó khăn. Nguy cơ TLC tăng với OR = 1,3 đối với nạo hút thai 1 lần và OR = 3,0 cho nhóm nạo hút thai từ 2 lần trở lên (p < 0,001) [6], [13].

Hình ảnh trên siêu âm trong TLC có thể cho thấy hình ảnh trực tiếp với thấy khối thai ở ngoài buồng tử

cung hoặc gián tiếp như buồng tử cung rỗng, có dịch ở túi cùng Douglas và ổ bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ 100% thai phụ siêu âm có buồng tử cung trống, dù túi thai giả nằm ở trung tâm buồng tử cung đã được báo cáo với tỷ lệ 8-29% [4], [12]. Nguyên nhân làm cho tỉ lệ của chúng tôi cao hơn có thể do các thai phụ trong nhóm nghiên cứu đến khám muộn hoặc do chẩn đoán muộn [10 - 11].

Vị trí khối thai qua nội soi ổ bụng, vòi tử cung là vị trí thường gặp trong hầu hết các trường hợp TLC được phẫu thuật nội soi. Đây là vị trí thuận lợi cho phẫu thuật nội soi nếu được chẩn đoán sớm, chưa có biến chứng thai vỡ ảnh hưởng đến huyết động. Thai làm tổ ở buồng trứng thường được chẩn đoán trong quá trình phẫu thuật (kết hợp với kết quả giải phẫu bệnh) do việc phân biệt giữa TLC ở buồng trứng có chảy máu và thai nằm ở đầu xa của vòi tử cung thường rất khó khăn [15].

Về tình trạng khối thai khi nội soi ổ bụng, tỷ lệ TLC đã vỡ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả Hà Ngọc Đại (2016) (60,3% so với 52,2%). Chẩn đoán sớm TLC ở giai đoạn chưa vỡ là mục tiêu của các bác sĩ lâm sàng, tuy nhiên thường gặp nhiều khó khăn do lúc này các triệu chứng thường nghèo nàn và các xét nghiệm cận lâm sàng chưa thay đổi đủ nhiều và đặc hiệu cho TLC. Tương ứng, tỷ lệ chảy máu ổ bụng lượng nhiều của chúng tôi cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu khác.

Phẫu thuật nội soi được xem là phương pháp điều trị tốt nhất đối với thai vòi tử cung vì ít xâm lấn hơn, có thời gian nằm viện ngắn hơn, ít mất máu và ít đau sau phẫu thuật hơn mà không có sự khác biệt đáng kể về khả năng mang thai trong tử cung hay nguy cơ TLC tái phát sau này; điều này đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng khi so sánh hiệu quả giữa mổ hở và mổ nội soi. Ngoài ra, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng mổ nội soi làm giảm đáng kể tình trạng dày dính so với mổ hở. Tuy nhiên khác với các nghiên cứu ở trên, có thể dễ dàng nhận thấy 100% thai phụ mổ nội soi điều trị TLC trong nghiên cứu của chúng tôi đều là điều trị triệt để, không có trường hợp nào được bảo tồn vòi tử cung. Trong thực hành lâm sàng, phẫu thuật cắt vòi tử cung được chỉ định tuyệt đối cho các trường hợp vỡ vòi tử cung hoặc vòi tử cung có tổn thương trung bình/nặng, chảy máu không kiểm soát, khối thai ở vòi có kích thước lớn > 3 cm và thai vòi tử cung tái phát sau điều trị bảo tồn. Nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ TLC đã vỡ cao, chảy máu ổ bụng và kích thước của khối thai trên siêu âm khá cao nên chỉ định cắt vòi tử cung trong các trường hợp này là hợp lý [18]. 02 trường hợp thất bại do trong quá trình phẫu thuật nội soi bệnh nhân chảy máu nhiều không cầm được, phải chuyển mổ hở. Đáng chú ý, cả 2 trường hợp này đều là TLC đoạn kẽ. Thai đoạn kẽ là vị trí TLC rất nguy hiểm do nằm tương ứng vùng nối giữa động mạch tử cung và động mạch buồng trứng, một khi vỡ gây mất máu rất nhiều và nhanh, gây nguy cơ tử vong cao cũng như ảnh

hưởng đến khả năng có thai sau này [17].

Thời gian phẫu thuật cắt vòi tử cung phụ thuộc vào nhiều yếu tố như máu ổ bụng nhiều hay ít, máu cục hay máu lỏng, tình trạng viêm dính hố chậu, kích thước, vị trí và tình trạng khối thai, thời gian lấy bệnh phẩm khỏi ổ bụng và đặc biệt phụ thuộc rất nhiều vào phương tiện, trang thiết bị và trình độ tay nghề của phẫu thuật viên. Tai biến sau phẫu thuật nội soi điều trị TLC là rất thấp, đa phần là tai biến nhẹ và không có trường hợp nào ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh [7], [9]

Thời gian nằm viện: nghiên cứu chúng tôi đa số có thời gian nằm viện ≥ 6 ngày, chiếm 65,3%, phần lớn bệnh nhân hồi phục nhu động ruột trong 24 giờ đầu, có thể ăn cháo, uống nước và sữa sau 6-7 giờ [7]. Thật sự PTNS ít gây sang chấn, mất máu, mất dịch hay xáo trộn ruột hơn so với phẫu thuật mở bụng nên nhu động ruột hồi phục sớm. Tuy nhiên, so với một số báo cáo khác, thời gian nằm viện như trên là khá dài, liên quan đến thực hành của Bệnh viện hơn là sự phục hồi của bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi giải quyết khối thai ngoài tử cung được đánh giá là một phương pháp xử trí an toàn, rất ít biến chứng và tỷ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ sản Trường Đại học Y Dược Huế. Thai lạc chỗ. Giáo trình Sản khoa. Hà Nội 2016. p. 264-76.
2. Bộ Y Tế. Phẫu thuật nội soi điều trị chửa ngoài tử cung. Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản, ban hành kèm theo Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế. 2013:128-31.
3. Đinh Thị Oanh. Nhận xét chẩn đoán và điều trị chửa ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình năm 2013. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
4. Hà Duy Tiến, Phạm Thị Thanh Hiền. Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến chửa ngoài tử cung tại Bệnh viện phụ sản trung ương năm 2010. Tiến, editor 2010. 86-92 p.
5. Mai Trọng Dũng. Nhận xét kết quả điều trị chửa ngoài tử cung tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2013. Tạp chí Phụ sản. 2014;12(02):44-8.
6. Phạm Văn Tự. Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ trong thai ngoài tử cung tại Bệnh Viện Trung Ương Huế. Tạp chí Phụ sản. 2012;10(3):156-61.
7. Trần Thị Anh. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong chẩn đoán và điều trị chửa ngoài tử cung. Hà Nội: Học Viện Quân Y; 2004.
8. Trần Thị Hạnh, Nguyễn Đức Hình, Nguyễn Việt Hùng. Một số nhận xét về chẩn đoán và yếu tố nguy cơ chửa ngoài tử cung tại bệnh viện a thái nguyên năm 2008 - 2012. Y học Thực hành. 2013;11(893):16-8.
9. Võ Doãn Mỹ Thanh, Nguyễn Thị Thắm, Lê Thị Mỹ Hạnh. Tình hình phẫu thuật nội soi thai ngoài tử cung tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 01/2009 đến 04/2010. Tạp

chí nghiên cứu Y học. 2010;14(4):43-8.

10.Võ Thị Thanh Nguyên. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của siêu âm trong chẩn đoán thai lạc chỗ. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2020.

11.Amy J. Voedisch. Early Pregnancy Loss and Ectopic Pregnancy. Berek & Novak's Gynecology: Wolters Kluwer Health; 2019. p. 1912-59.

12.Anju D, Kaur P, Kaur K, Mohi MK. Annual audit of ectopic pregnancy in tertiary care hospitals. Contraception (IUCD). 2019;7:8.4.

13.Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly J-L, Fernandez H, Gerbaud L, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. American journal of epidemiology. 2003;157(3):185-94.

14.Hoover KW, Tao G, Kent CK. Trends in the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in the United States. Obstetrics & Gynecology. 2010;115(3):495-502.

15.Matorras R, Zallo A, Hernandez-Pailos R, Ferrando M, Quintana F, Remohi J, et al. Cervical pregnancy in assisted reproduction: an analysis of risk factors in 91,067 ongoing pregnancies. Reproductive biomedicine online. 2020;40(3):355-61.

16.Schultheis P, Montoya MN, Zhao Q, Archer J, Madden T, Peipert JF. Contraception and ectopic pregnancy risk: a prospective observational analysis. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2021;224(2):228-9.

17.Strauss III JF, Barbieri RL. Chapter 9: The Structure, Function, and Evaluation of the Female Reproductive Tract. Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology 8th Edition: Elsevier Health Sciences; 2019. p. 191-233.

18.The British Society for Gynecological Endoscopy. History 2021 [Available from: <https://www.bsge.org.uk/history>].