Nhân một trường hợp thai ngoài tử cung sau phúc mạc

Đinh Thị Mỹ Hòa[1], Nguyễn Đình Tuyến[1*]
[1]Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

doi: 10.46755/vjog.2025.4.1866
Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Đình Tuyến, Email: nguyendinhtuyen889@gmail.com
Nhận bài (received): 19/8/2025 - Chấp nhận đăng (accepted): 15/12/2025

Tóm tắt

Tóm tắt: *Tỷ lệ thai ngoài tử cung sau phúc mạc rất hiếm gặp, chiếm tỉ lệ dưới 1% thai ngoài tử cung. Thai ngoài tử cung sau phúc mạc có thể được chia thành hai loại: thai ngoài tử cung ở vị trí vùng chậu và thai ngoài tử cung ở vị trí bụng. Chúng tôi giới thiệu một trường hợp thai ngoài tử cung khoang sau phúc mạc nằm cạnh bên phải tĩnh mạch chủ bụng, trên rốn tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi vào tháng 6/2025.*

Giới thiệu ca bệnh: *Đây là một trường hợp thai lạc chỗ khoang sau phúc mạc hiếm gặp ở Việt Nam và trên thế giới được chẩn đoán và điều trị kịp thời, tránh được các biến chứng nguy hiểm cho thai phụ.*

Dấu hiệu lâm sàng: *Bệnh nhân nữ, 28 tuổi, PARA 1021, mổ lấy thai một lần, vào viện vì đau bụng dữ dội vùng quanh rốn; không có ra máu âm đạo; bụng ấn đau không cảm ứng phúc mạc, mạch nhanh, huyết áp tụt do choáng mất máu.*

Chẩn đoán can thiệp: *Bệnh nhân được kiểm tra siêu âm tử cung phần phụ thấy không có bất thường; siêu âm ổ bụng theo dõi thai trong ổ bụng. Xét nghiệm định lượng β-hCG là 9988 mIU/mL. Thai phụ được chẩn đoán thai trong ổ bụng và có chỉ định mổ cấp cứu.*

Điều trị: *Trong quá trình mổ nội soi thám sát ghi nhận vị trí túi thai nằm ở khoang sau phúc mạc, ngay sát động tĩnh mạch chủ bụng đoạn trên rốn, do diện nhau bám chảy máu nhiều kèm vị trí thai bám phức tạp gần nhiều mạch máu lớn, bóc tách cũng khó, phương tiện mổ nội soi chưa được đầy đủ, bụng hơi chướng, quai ruột dãn chướng nhẹ, nên chúng tôi chuyển phẫu thuật mở bụng lấy khối thai. Sau phẫu thuật, nồng độ β-hCG giảm dần, bệnh nhân ổn định và ra viện sau 7 ngày.*

Kết quả: *Thai ngoài tử cung sau phúc mạc khó chẩn đoán do hiếm gặp và các triệu chứng không đặc hiệu. Chẩn đoán sớm dựa vào xét nghiệm β-hCG huyết thanh, siêu âm bụng. Khi β-hCG tăng cao và không tìm thấy túi thai trong tử cung hoặc tại các vị trí lạc chỗ phổ biến, nên nghĩ đến chẩn đoán thai ngoài tử cung sau phúc mạc. Phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp được lựa chọn tốt nhất cho phương pháp điều trị thai ngoài tử cung.*

Từ khóa: *thai lạc chỗ, sau phúc mạc, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi, kết quả điều trị.*

A case report of retroperitoneal ectopic pregnancy

Dinh Thi My Hoa[1], Nguyen Dinh Tuyen[1*]
[1]Quang Ngai Hospital for Children and Women

Abstract

Retroperitoneal ectopic pregnancy (REP) is a rare form of ectopic pregnancy, occuring below 1% of ectopic pregnancies. REP can be divided into pelvic and abdominal positions. We report one case of REP located to the right vena cava and above umbilicus in Quang Ngai Hospital for Children and Women in June 2025.

Case report: *This is a rare case of retroperitoneal ectopic pregnancy in Vietnam and worldwide, diagnosed and treated in a timely manner to avoid maternal serious complications.*

Clinical finding: *A 28-year-old female patient, PARA 1021, once cesarean section. Patient was transferred to our hospital due to severe abdominal pain around the navel, no vaginal bleeding, painful abdominal palpation but no peritoneal sensation, rapid pulse and hypotention due to blood loss.*

Diagnostic assessment: *The patient had an ultrasound of the uterus and adnexa with no abnormalities. The abdominal ultrasound was condected to follow the pregnancy. The quantitative β-hCG test was 9988 mIU/mL. The pregnant patient was diagnosed with an abdominal pregnancy and was indicated for emergency surgery.*

Therapeutic intervention: *During the exploratory laparoscopic surgery, the position of the gestational sac was noted to be in the posterior peritoneal cavity, adjacent to the abdominal vena cava above the umbilicus. Due to the placenta being heavily bleeding and the complex location of the fetus being attached near many large blood vessels, the separation was also difficult. In addition, the laparoscopic surgical equipment was not yet complete. The abdomen was slightly distended. The intestinal loop was slightly dilated. Therefore, we switched to open surgery to remove the fetus. After*

surgery, the β-hCG concentration gradually decreased, the patient was stable and discharged after 7 days.

Results: *Retroperitoneal ectopic pregnancy is difficult to diagnose due to its rarity and nonspecific symptoms. Early diagnosis is based on serum β-hCG test and abdominal ultrasound. When β-hCG is high and no gestational sac is found in the uterus or at common ectopic locations, a diagnosis of REP should be considered. Surgical resection is the best choice for the treatment of ectopic pregnancy.*

Keywords: *ectopic pregnancy, Retroperitoneal, Quang Ngai Hospital for children and women, treatment results.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung là tình trạng phôi làm tổ và phát triển ở vị trí ngoài lớp nội mạc buồng tử cung, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bà mẹ trong tam cá nguyệt đầu tiên [2]. Thai ngoài tử cung có tỷ lệ khoảng 0,45 - 1% các trường hợp mang thai, trong số này có đến 97% thai nằm ở vòi tử cung, 3% còn lại nằm ở vị trí khác như cổ tử cung, sẹo mổ cũ, buồng trứng, ổ bụng,... Tỷ lệ thai ngoài tử cung khoang sau phúc mạc càng hiếm, đến tháng 9/2024 chỉ có khoảng 46 trường hợp thai lạc chỗ khoang sau phúc mạc được báo cáo trên y văn [4].

Chẩn đoán và điều trị sớm thai ngoài tử cung sau phúc mạc rất khó khăn. Nguy cơ tử vong liên quan đến thai ngoài tử cung khoang sau phúc mạc cao gần gấp bảy lần so với thai ngoài tử cung ở vòi tử cung. Do vị trí của thai ngoài tử cung khoang sau phúc mạc thường gần với các mạch máu hoặc các tạng trong khoang bụng nên nếu chẩn đoán và điều trị chậm trễ, sẽ có nguy cơ xuất huyết nghiêm trọng, đe dọa đến tính mạng [4]

Có ba phương pháp điều trị thai lạc chỗ khác nhau - nội khoa, phẫu thuật và theo dõi - dựa trên vị trí thai lạc chỗ. Theo Lê Ngọc Diệp, Nguyễn Phúc Nhơn [7], thai ngoài ổ bụng sau phúc mạc 7 - 9 tuần tuổi không phẫu thuật chỉ điều trị bằng Methotexate, sau một tháng theo dõi lại khối thai biến mất và nồng độ β-hCG âm tính. Tác giả Xi LQ [4], gặp trường hợp thai phụ chẩn đoán nhầm với viêm dạ dày ruột và sau 35 ngày mới phát hiện và phẫu thuật nội soi cắt bỏ túi thai. Tác giả Xu HN [8], thai ngoài tử cung sau phúc mạc đã điều trị bằng Methotrexate 05 ngày thất bại, chuyển sang phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ túi thai. Như vậy, phẫu thuật cắt bỏ túi thai vẫn là phương pháp được nhiều tác giả trong và ngoài nước lựa chọn vì tính an toàn và hiệu quả.

Sau đây, chúng tôi xin giới thiệu một trường hợp thai ngoài tử cung khoang sau phúc mạc để các đồng nghiệp tham khảo.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Lý do vào viện: Bệnh nhân nữ 28 tuổi, trễ kinh 2 tháng, vào viện vì đau bụng dữ dội vùng quanh rốn. Tình trạng lúc vào viện: tỉnh, van đau dữ dội vùng quanh rốn, da niêm mạc hồng nhạt, mạch 90 lần/ phút, nhiệt độ 370 C, huyết áp 120/80 mmHg, nhịp thở 20 lần/ phút, tim đều, phổi không ran, phản ứng thành bụng dương tính. Khám âm đạo: thân tử cung không lớn, hai phần phụ không đau, ấn túi cùng sau không đau, cổ tử cung đóng, âm đạo không ra máu.

Tiền sử: PARA 1021 (2022 mổ lấy thai, 2018 sẩy, 2019 sẩy).

Cận lâm sàng: siêu âm tử cung buồng trứng đường âm đạo: tử cung ngả trước, DAP 41 mm, nội mạc 10 mm, hai buồng trứng bình thường; siêu âm ổ bụng: ¼ bụng trên bên phải lan sang trái dưới gầm gan có cấu trúc echo kém không đồng nhất kích thước 65*85 mm, bên trong vùng ngang trên rốn có cấu trúc hỗn hợp kích thước 29*31 mm, có túi thai, không có dịch ổ bụng; công thức máu: RBC 4,18*106/mm^3, HGB 10,5 g/dl, HCT 31,5%, chức năng đông chảy máu trong giới hạn bình thường, β-hCG: 9988 mIU/ml.

Hình 1. Hình ảnh túi thai trên siêu âm ổ bụng

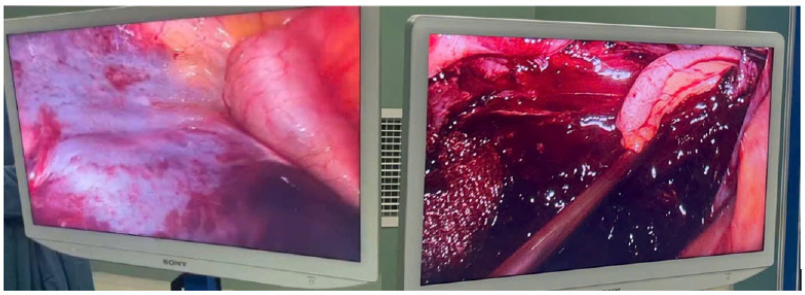
Chẩn đoán trước mổ: Theo dõi thai trong ổ bụng.

Hướng xử trí: Mổ nội soi thám sát và cắt bỏ khối thai có kết hợp bác sỹ ngoại khoa trong cuộc mổ, chuẩn bị 01 đơn vị hồng cầu khối và 01 đơn vị plasma tươi đông lạnh đồng nhóm máu.

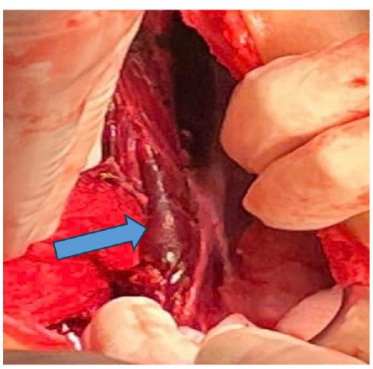
Tường trình phẫu thuật: Vào bụng qua 3 lỗ trocart rốn 10 mm; hai bên hố chậu trocart 5 mm, tiến hành thám sát, quan sát thấy tử cung và hai phần phụ bình thường, có ít dải viêm dính dạng clamydia.

Ở trường hợp này chúng tôi quan sát thấy khối máu tụ lan ra phúc mạc thành sau từ rốn đến hết đại tràng bên phải. Mời kíp mổ ngoại vào phối hợp thăm dò, mở khoang sau phúc mạc thám sát, tiếp cận túi thai: vị trí túi thai nằm ngay sát tĩnh mạch chủ bụng đoạn trên rốn kích thước 3*3 cm. Bóc tách và loại bỏ túi thai ra khỏi vị trí bám, quá trình phẫu thuật gặp khó khăn do diện nhau bám chảy máu nhiều kèm vị trí thai bám phức tạp gần nhiều mạch máu lớn. Chúng tôi chuyển phẫu thuật mở

bụng. Mở bụng đường giữa trên và dưới rốn, lấy ra 100 gr máu cục và mô nhau vụn gửi giải phẫu bệnh, cầm máu các vị trí nhau thai bám, kiểm tra cầm máu ổn, đặt dẫn lưu khoang sau phúc mạc ra hố chậu trái, đóng bụng. Máu mất khoảng 500 ml. Chẩn đoán sau mổ: Thai ngoài tử cung khoang sau phúc mạc.

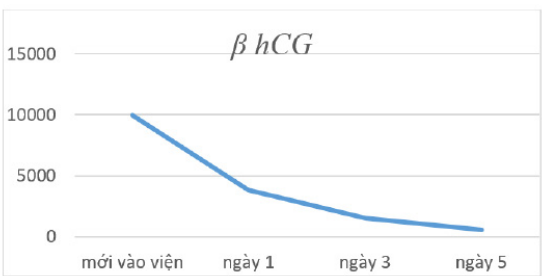


Hình 2. Khối máu tụ tại vị trí thai làm tổ khoang sau phúc mạc trong phẫu thuật nội soi

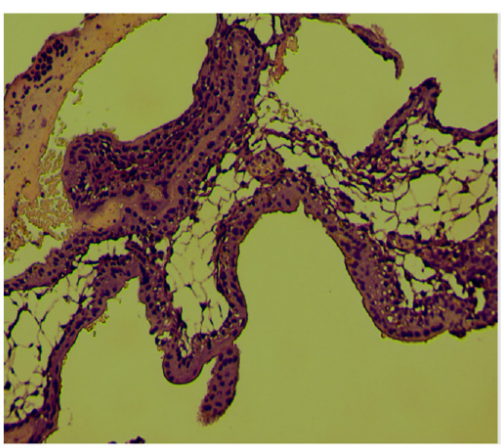


Hình 3. Hình ảnh mở bụng đường rốn vệ: Tĩnh mạch chủ dưới xung huyết

Theo dõi sau điều trị: β-hCG sau phẫu thuật một ngày 3857 mIU/ml, ba ngày 1520 mIU/ml, năm ngày 558 mIU/ml, mô bệnh học là gai nhau. Bệnh nhân ổn định và ra viện sau 01 tuần điều trị.



Biểu đồ 1. Diễn tiến giảm dần của β-hCG



Hình 4. Kết quả mô bệnh học: Gai nhau bình thường

3. BÀN LUẬN

Cơ chế: thai ngoài tử cung khoang sau phúc mạc vẫn chưa được biết chính xác, tuy nhiên bốn giả thuyết được đặt ra là: (1) Thông qua đường bạch huyết, (2) thông qua lỗ rò giữa gốc vòi trứng và khoang sau phúc mạc ở những bệnh nhân có tiền sử cắt vòi trứng, (3) trong quá trình chuyển phôi có thể sai sót dẫn đến chuyển vào khoang sau phúc mạc ở những bệnh nhân có hỗ trợ sinh sản, (4) thông qua sự xâm lấn của các tế bào nuôi. Tuy nhiên, cơ chế chính xác bệnh sinh thai ngoài tử cung khoang sau phúc mạc cần được nghiên cứu thêm bởi bệnh nhân không có tiền sử cắt vòi trứng, cũng không hỗ trợ sinh sản [1].

Vị trí: Khối thai của nghiên cứu chúng tôi kích thước 29*31 mm nằm ở vị trí khoang sau phúc mạc cạnh phải tĩnh mạch mạch chủ bụng, trên rốn. Thai ngoài tử cung sau phúc mạc có tỷ lệ chẩn đoán đúng không cao do tỷ lệ mắc cực kỳ thấp, các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và vị trí không rõ của khối thai ngoài [1].

Các tiêu chí được sử dụng để chẩn đoán thai trong ổ bụng được Studdiford [3] mô tả vào năm 1944 như sau: (1) Vòi trứng và buồng trứng bình thường, (2) Không có bằng chứng về lỗ rò phúc mạc tử cung, (3) Thai nghén chỉ liên quan đến bề mặt phúc mạc, và (4) Không có bằng chứng về sự cấy ghép thứ phát xảy ra sau khi làm tổ trong ống dẫn trứng. Tác giả Xi LQ [4], khối thai lạc chỗ 3,0 cm ở khoang sau phúc mạc, nằm cạnh bờ dưới dây chằng rộng trái có vết rách bề mặt và chảy máu. Tác giả Xu HN [8], thai phụ 29 tuổi có thai ngoài tử cung sau phúc mạc kích thước 4,5 × 4,0 × 3,0 cm nằm vị trí bám chặt vào bề mặt tĩnh mạch chủ dưới và bên trái động mạch chủ bụng.

Chẩn đoán: Ca bệnh của chúng tôi, với các đặc điểm lâm sàng như trễ kinh, đau bụng dữ dội vùng quanh rốn, phản ứng thành bụng dương tính, siêu âm có hình ảnh giống túi thai vùng quanh rốn. Để chẩn đoán thêm bằng chứng cho chính xác, chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi ngay thay vì chụp MRI vùng bụng chậu vì bệnh nhân vào viện trong tình trạng choáng mất máu kèm đau bụng dữ dội. Việc chẩn đoán thai lạc chỗ khoang sau phúc mạc chỉ dựa vào siêu âm vẫn còn nhiều sai sót. CT hoặc MRI bụng có thể được thực hiện trước khi điều trị để làm rõ hơn chẩn đoán, xác định mối liên quan giữa vị trí của túi thai với phúc mạc và với các cơ quan lân cận. Siêu âm kết hợp với CT và MRI có thể làm tăng độ chính xác chẩn đoán thai lạc chỗ khoang sau phúc mạc trong trường hợp bệnh nhân nghi ngờ thai lạc chỗ khoang sau phúc mạc có sinh hiệu ổn định và không có nguy cơ vỡ túi thai [1], [4], [8].

Theo Xu HN [8] và cộng sự, mô tả một trường hợp thai ngoài tử cung, thai phụ nữ 29 tuổi chưa sinh con có tiền sử vô kinh 50 ngày và đau bụng trên 7 ngày mà không ra máu âm đạo. Không tìm thấy túi thai trong tử cung qua siêu âm đầu dò âm đạo. Sau đó, siêu âm đầu dò bụng và chụp cắt lớp vi tính có cản quang đã xác định thai ngoài tử cung sau phúc mạc nằm sát tĩnh mạch chủ dưới và động mạch chủ bụng. Trong giai đoạn sớm, không thấy túi thai trong tử cung, cần siêu âm để tìm vị trí thai ngoài tử cung. Tác giả mở bụng để xác định túi thai bám chặt vào bề mặt tĩnh mạch chủ dưới và bên trái động mạch chủ bụng, đã được tách cẩn thận ra khỏi các mô xung quanh và lấy ra nguyên khối. Theo Vũ Bá Quyết, Đinh Thị hiền Lê [5], thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, tác giả kết hợp lâm sàng với siêu âm và kết quả xét nghiệm β-hCG đã giúp hướng chẩn đoán là thai ngoài tử cung. Sau hai ngày, siêu âm đầu dò âm đạo và siêu âm ngả bụng phát hiện được chửa song thai trong ổ bụng, dưới góc lách, tương đương thai 11 tuần, thai 1: Chiều dài đầu - mông: 38 mm, tim thai (+) và thai 2: Chiều dài đầu - mông: 39 mm, tim thai (+). Lúc này, việc chẩn đoán đã chính xác và tiếp tục cho chụp MRI. Kết quả MRI khẳng định chẩn đoán trước đó là chính xác. Qua thực tế nếu β-hCG tăng cao, siêu âm đầu dò âm đạo không thấy túi thai trong buồng tử cung nên làm siêu âm đường bụng để xác định.

Về nồng độ β-hCG: Ca bệnh chúng tôi lúc đầu nồng độ β-hCG gần 10.000 mIU/ml, sau 03 ngày giảm dần, sau 05 ngày 558 mIU/ml. Tác giả Xi LQ [4] β-hCG là

16.111,94 mIU/ml, và 33 ngày sau phẫu thuật nồng độ β-hCG mới trở về bình thường. Theo Vũ Bá Quyết, Đinh Thị hiền Lê [5], ở lần khám đầu tiên, lượng β-hCG là

94.714,6 mIU/ml, không thấy thai trong buồng tử cung đã hướng chẩn đoán tới một bệnh u nguyên bào nuôi. Sau hai ngày, kết quả xét nghiệm cho thấy nồng độ β-hCG là

101.703 mIU/ml (trên ngưỡng phát hiện của siêu âm); Sau 4 đợt hóa chất, nồng độ β hCG từ ngày vào viện đến ngày phẫu thuật luôn dao động ở mức khoảng 100.000 mIU/ml đã giảm xuống còn 276 mIU/ml. Theo Lê Ngọc Diệp và cộng sự [7] nồng độ β-hCG ngày đầu 51.586 mIU/ml, ngày thứ 3 là 41.529 mIU/ml, ngày thứ 5 36.060 mIU/ml, ngày thứ 7 29.724 mIU/ml và 01 tuần sau phẫu thuật là 3.500 mIU/ml, sau phẫu thuật 03 tuần nồng độ β-hCG âm tính.

Điều trị: Các phương pháp điều trị thai lạc chỗ khoang sau phúc mạc đã được báo cáo trước đây bao gồm can thiệp phẫu thuật, liệu pháp Methotrexate, quản lý theo dõi hoặc kết hợp các phương pháp này, trong đó phẫu thuật vẫn là lựa chọn chính để điều trị [4]. Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi phối hợp cùng với các bác sĩ ngoại khoa để xử trí và loại bỏ hoàn toàn mô nhau thai, không cần sử dụng thêm Methotrexate toàn thân sau phẫu thuật ở bệnh nhân này. Chiến lược cầm máu: hạn chế tổn thương mạch máu lớn (tĩnh mạch chủ dưới) và chỉ lấy mô nghi ngờ thai vừa đủ, khâu cầm máu các điểm chảy máu lân cận, rửa bụng kiểm tra cầm máu ổn mới quyết định đặt dẫn lưu và đóng bụng.

Ban đầu chúng tôi phẫu thuật nội soi thám sát nhưng do vị trí tổn thương rộng và khó tiếp cận (ngay dưới rốn), gần sát mạch máu lớn, kèm với kinh nghiệm nội

soi của chúng tôi chưa nhiều đối với những trường hợp phẫu thuật phức tạp như vậy nên chúng tôi quyết định chuyển mở bụng sớm nhằm tiếp cận tổn thương và hạn chế những biến chứng đáng tiếc cho bệnh nhân. Tổng thời gian 130 phút vẫn đảm bảo an toàn cho người bệnh, tránh mất máu nhiều trong cuộc mổ, kết quả bệnh nhân ra viện sớm, và chỉ truyền một đơn vị máu, toàn thân ổn định dần và không có biến chứng.

Các tác giả khác như Vũ Bá Quyết, Đinh Thị Hiền Lê [5], song thai ngoài ổ bụng, tác giả phẫu thuật nội soi và có kết hợp điều trị Methotrexate toàn thân. Triệu Quốc Tinh, Phạm Thu Huyền, Lê Thanh Dung [6], thai ngoài tử cung sau phúc mạc, phẫu thuật nội soi và tác giả khuyến cáo trường hợp phát hiện thai ngoài sớm chỉ cần điều trị bằng Methotrexate. Mullany K. và cộng sự [2] điều trị có thể được thực hiện theo phương pháp bảo tồn hoặc tích cực tùy thuộc vào vị trí thai lạc chỗ, thời gian mang thai và kích thước khối thai. Có ba phương pháp điều trị thai lạc chỗ khác nhau - nội khoa, phẫu thuật và theo dõi - dựa trên vị trí thai lạc chỗ. Theo Lê Ngọc Diệp, Nguyễn Phúc Nhơn [7], thai ngoài ổ bụng sau phúc mạc 7-9 tuần tuổi không phẫu thuật chỉ điều trị bằng Methotexate, sau một tháng theo dõi lại khối thai biến mất và nồng độ β-hCG âm tính. Tác giả Xi LQ [4], gặp trường hợp thai phụ 47 tuổi, chẩn đoán nhầm với viêm dạ dày ruột và sau 35 ngày mới phát hiện và phẫu thuật nội soi cắt bỏ túi thai. Tác giả Xu HN [8], thai phụ 29 tuổi có thai ngoài tử cung sau phúc mạc kích thước 4,5 × 4,0 × 3,0 cm điều trị bằng Methotrexate 05 ngày thất bại, chuyển sang phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ túi thai. Như vậy, phẫu thuật cắt bỏ túi thai vẫn là phương pháp được nhiều tác giả trong và ngoài nước lựa chọn vì tính an toàn và hiệu quả.

4. KẾT LUẬN

Đây là trường hợp thai lạc chỗ khoang sau phúc mạc hiếm gặp tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi từ năm 2017 đã ghi nhận 03 trường hợp thai trong ổ bụng, tuy nhiên đây là lần đầu tiên ghi nhận trường hợp thai lạc chỗ khoang sau phúc mạc. Việc chẩn đoán thai lạc chỗ khoang sau phúc mạc còn nhiều thách thức. Cần kết hợp siêu âm và MRI để chẩn đoán chính xác hơn, và β-hCG là cần thiết để theo dõi bệnh nhân. Việc điều trị thai lạc chỗ khoang sau phúc mạc nên được cá nhân hóa từng trường hợp với phẫu thuật là phương pháp điều trị chính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu Z, Jing CA. Case Report of Retroperitoneal Ectopic Pregnancy After in vitro Fertilization-Embryo Transfer and Literature Review. Int J Womens Health. 2023;15: 679-693.

2. Mullany K, Minneci M, Monjazeb R, Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. Women's health 2023; 19: 1-13

3. Studdiford WE, Primary peritoneal pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1942 ;44: 487–91.

4. Xia, Liqun, Tongyun Qi, and Jianhua Qian. "A Case Report of Retroperitoneal Ectopic Pregnancy and Review of Literature." International Journal of Women's Health 2024; 16: 1855–64.

5. Vũ Bá Quyết, Đinh Thị Hiền Lê. Nhân một trường hợp chửa song thai trong ổ bụng, ở sau phúc mạc, trước rốn thận trái. Tạp chí Phụ sản 2013; 11(3): 101-103.

6. Trieu Quoc Tinh, Pham Thu Huyen, Le Thanh Dung. Retroperitoneal ectopic pregnancy: A case report, Radiology Case Reports 2025; 4540 – 4544.

7. Diep Ngoc Le, Phuc Nhon Nguyen, Phuong Hai Huynh. Retroperitoneal ectopic pregnancy: successful expectant management in condition of early pregnancy failure. BMC Pregnancy and Childbirth 2023; 23:599.

8. Xu HN, Cheng DL, Yang Q and Wang DD. Multidisciplinary treatment of retroperitoneal ectopic pregnancy: a case report and literature review. BMC Pregnancy and Childbirth (2022) 22:472.