



KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Tổng Biên tập:

TS. Nguyễn Phương Sinh

Ngày nhận bài:

15/9/2023

Ngày chấp nhận đăng bài:

20/9/2023

Ngày xuất bản:

29/9/2023

Bản quyền: @ 2023

Thuộc Tạp chí Khoa học
và công nghệ Y Dược

Xung đột quyền tác giả:

Tác giả tuyên bố không
có bất kỳ xung đột nào
về quyền tác giả

Địa chỉ liên hệ: Số 284,
đường Lương Ngọc
Quyến, TP. Thái Nguyên,
tỉnh Thái Nguyên

Email:

tapchi@tnmc.edu.vn

Đào Thị Phương Huệ¹, Phạm Thị Quỳnh Hoa²

Nguyễn Thị Giang^{2*}

1 Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2 Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

* Tác giả liên hệ: nguyenthigiang@tnmc.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chửa ngoài tử cung là một cấp cứu phụ khoa đang có xu hướng gia tăng trên thế giới. Phẫu thuật nội soi hiện nay là một trong các phương pháp điều trị chửa ngoài tử cung chính được áp dụng ở nhiều nước với nhiều ưu điểm vượt trội. Phương pháp này được triển khai ở Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ năm 2013 nhưng những năm gần đây chưa có nghiên cứu nhận xét về kết quả điều trị của phương pháp này, do đó chúng tôi thực hiện đề tài này. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chửa ngoài tử cung được điều trị bằng phẫu thuật nội soi và nhận xét kết quả điều trị của phương pháp này. **Phương pháp:** Mô tả, cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 107 bệnh nhân chửa ngoài tử cung được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022 - 2023. **Kết quả:** Nhóm tuổi 20 – 35 cao nhất 71%. Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt 79,4%, đau bụng 69,2%, ra huyết âm đạo 51,4%, 100% siêu âm có khối cạnh tử cung và hCG dương tính. Phẫu thuật nội soi cắt vòi tử cung 98,1%, bảo tồn vòi tử cung 1,9%, 21,5% có phẫu thuật kết hợp, 17,7% gỡ dính, 1,9% bóc u buồng trứng, 1,9% triệt sản, 11,2% có biến chứng nhiễm trùng. **Kết luận:** Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt thường gặp nhất 79,4%, đau bụng 69,2%, ra huyết âm đạo 51,4%. Phẫu thuật nội soi điều trị chửa ngoài tử cung đa số là cắt vòi tử cung, tỷ lệ bảo tồn vòi tử cung thấp và 11,2% sót sau mổ.

Từ khóa: Chửa ngoài tử cung; Phẫu thuật nội soi; Vòi tử cung

TREATMENT RESULTS OF ECTOPIC PREGNANCY BY LAPAROSCOPIC SURGERY AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Dao Thi Phuong Hue¹, Pham Thi Quynh Hoa², Nguyen Thi Giang^{2*}

1 Thai Nguyen National Hospital

2 Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy

* Author contact: nguyenthigiang@tnmc.edu.vn

ABSTRACT

Background: Ectopic pregnancy is a gynecological emergency that is on the rise in the world. Laparoscopic surgery is currently one of the common cervical cancer treatment methods applied in many countries with outstanding advantages. This method has been implemented at Thai Nguyen National Hospital since 2013, but in recent years there has been no research to comment on the treatment results of this method, so we carried out this study.

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with ectopic pregnancy who underwent laparoscopic surgery and make a comment on the surgical results of these patients. **Methods:** A descriptive, cross-sectional, retrospective combined with prospective study was conducted on 107 patients with ectopic pregnancy having laparoscopic surgery at Thai Nguyen National Hospital from 2022 to 2023. **Results:** The common age group was 20 - 35 (71%). 79.4% of the patients had menstrual disorders. 69.2% had abdominal pain. 51.4% suffered from bleeding. 100% of the cases had a mass near the uterus through ultrasound and positive β hCG. 98.1% took laparoscopic surgery for fallopian tube removal. 1.9% had the preservation of the fallopian tube. 21.5% had combined surgery. 1.9% had surgical removal of adhesions. 1.9% had fallopian tube ligation surgery. Infectious complications were found in 11.2% of the patients. **Conclusions:** Less than 50% of patients had menstrual disorders, abdominal pain, and bleeding. Menstrual disorder was the most common at 79.4%. Laparoscopic surgery

to treat ectopic pregnancy mainly removed the fallopian tube. There was a small proportion of preserved fallopian tube. 11.2% of the cases suffered from postoperative fever.

Keywords: Ectopic pregnancy; Laparoscopic surgery

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là trường hợp thai không làm tổ trong buồng tử cung (BTC), là một cấp cứu sản phụ khoa. Bệnh không những ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe, khả năng sinh sản mà còn đe dọa đến tính mạng của người bệnh nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời¹. Tỷ lệ CNTC ngày càng có xu hướng gia tăng, tại Hoa Kỳ tỉ lệ CNTC trong các báo cáo thay đổi từ 0.64% - 2.62% và chiếm khoảng 0.5% tỉ lệ tử vong mẹ trên 100.000 ca sinh sống². Ở Việt Nam, Bệnh viện Phụ sản Trung ương Hà Nội 2010 theo Phạm Thị Thanh Hiền, tỉ lệ CNTC/ tổng số ca đẻ là 8,23% và theo Nguyễn Văn Xuyên thì con số này ở năm 2013 là 10.7%^{3,4}. Do đó chẩn đoán sớm CNTC được đặt ra, nhằm lựa chọn các phương pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân. Hiện nay có 2 phương pháp điều trị CNTC chủ yếu là phẫu thuật nội soi (PTNS) và điều trị nội khoa. PTNS được Bruhat M.A thực hiện lần đầu tiên tại Pháp năm 1974, đây là phương pháp xâm lấn tối thiểu với nhiều ưu điểm như giảm biến chứng trong và sau mổ, bệnh nhân phục hồi nhanh và tính thẩm mỹ cao¹.

PTNS trong điều trị CNTC được Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên áp dụng từ 2013 và đã đạt được những thành công nhất định, tuy nhiên những năm gần đây chưa có nghiên cứu nào nhận xét về kết quả điều trị của phương pháp này, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân CNTC được điều trị bằng PTNS và nhận xét kết quả PTNS CNTC tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu: 107 bệnh nhân được chẩn đoán CNTC và được điều trị bằng PTNS, điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/06/2022 đến 31/05/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân chẩn đoán xác định CNTC dựa vào lâm sàng: Đau bụng, rối loạn kinh nguyệt, ra huyết âm đạo và cận lâm sàng: Siêu âm tử cung phần phụ có khối cạnh tử cung, không có thai trong buồng tử cung, β hCG dương tính.

Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là CNTC sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, chuyển viện, trốn viện, hồ sơ không có đầy đủ thông tin cho nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu: Toàn bộ

Kỹ thuật chọn mẫu: Có chủ đích. Chọn tất cả những bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ tham gia nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân CNTC: Tuổi, tiền sử sản phụ khoa, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

Kết quả PTNS loại bỏ khối chứa: Phương pháp điều trị chính (bảo tồn vòi tử cung (VTC), cắt VTC cùng khối chứa), điều trị kèm theo (bóc u nang buồng trứng, gỡ dính, tạo hình vòi trứng, kẹp vòi trứng) và biến chứng trong phẫu thuật (chảy máu, nhiễm trùng...), thời gian điều trị sau mổ.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 22.0. Tính tần số và tỷ lệ phần trăm (biến định tính), tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (biến định lượng).

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân chữa ngoài tử cung

Đặc điểm chung		n	%
Nhóm tuổi	< 20	2	1,9

Tiền sử sản phụ khoa	20 – 35		76	71
	> 35		29	27,1
	Tuổi trung bình		31,88 ± 5,87	
	Số con hiện có	Chưa có con	28	26,2
		1	30	28
		≥ 2	49	45,8
	Nạo phá thai	Có	45	42,1
		Không	62	57,9
	Viêm nhiễm đường sinh dục	Có	48	44,9
		Không	59	55,1
	CNTC	Có	15	14
		Không	92	86
	Phẫu thuật tiểu khung	Có	42	39,3
		Không	65	60,7

Kết quả Bảng 1 cho thấy: Nhóm 20 - 35 tuổi có tỷ lệ CNTC cao nhất 71%, tiếp đến là nhóm > 35 tuổi với 27,1%. Có 26,2% bệnh nhân chưa có con và 28% mới có 1 con. Bệnh nhân có tiền sử nạo phá thai, CNTC, phẫu thuật tiểu khung lần lượt là 42,1%, 14% và 39,3%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung

Triệu chứng		n	%
Đau bụng	Có	74	69,2
	Không	33	30,8
Rối loạn kinh nguyệt	Có	85	79,4
	Không	22	20,6
Ra huyết âm đạo	Có	55	51,4
	Không	52	48,6
Có cả 3 triệu chứng	Có	46	43,0
	Không	61	57,0

Kết quả Bảng 2 cho thấy: Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt chiếm tỷ lệ cao nhất 79,4%, đau bụng 69,2% và ra huyết âm đạo 51,4%, 43,0% bệnh nhân có cả 3 triệu chứng này

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung

Đặc điểm		n	%	
Siêu âm	Khối phần phụ	Khối hình nhẫn/ túi thai	40	37,4
		Khối âm vang hỗn hợp	67	62,6
	Dịch cùng đồ	Có	68	63,6
		Không	39	36,4
βhCG (mUI/ ml)		< 1000	27	25,2
		1000 – 3000	41	38,3
		> 3000	39	36,5

Kết quả Bảng 3 cho thấy: 100% siêu âm có khối cạnh tử cung, 37,4% hình ảnh khối chứa điển hình, 63,6% có dịch cùng đồ. Nhóm βhCG 1000 - 3000 mUI/ml có tỷ lệ cao nhất 38,3%.

Bảng 4. Đặc điểm của khối chứa ngoài tử cung

Đặc điểm CNTC		n	%
Vị trí	Loa VTC	6	5,6
	Bóng VTC	81	75,5
	Eo VTC	13	12,1
	Kê VTC	7	6,5
Kích thước	< 3 cm	72	67,3
	3 – 5 cm	27	25,2
	> 5 cm	8	7,5
Hình thái	Chưa vỡ	28	26,2
	Rỉ máu	63	58,9
	Vỡ chảy máu	8	7,5
	Sảy qua loa	6	5,6
	Huyết tụ thành nang	2	1,9
	0 ml	20	18,7

Lượng máu trong ổ bụng	1 - < 100 ml	22	20,6
	100 – 500 ml	59	55,1
	> 500 ml	6	5,6

Kết quả Bảng 4 cho thấy: CNTC đoạn bóng VTC, < 3cm và rỉ máu là thường gặp nhất với 75,5%, 67,3 % và 58,9% và hầu hết các trường hợp đã có máu trong ổ bụng.

Bảng 5. Phương pháp điều trị

Đặc điểm		n	%
Phương pháp điều trị chính	Bảo tồn VTC	2	1,9
	Cắt VTC	105	98,1
Phương pháp điều trị kèm theo	Gỡ dính	19	17,7
	Bóc u buồng trứng	2	1,9
	Triệt sản	2	1,9
	Không	84	78,5

Kết quả Bảng 5 cho thấy: Hầu hết bệnh nhân được điều trị bằng cắt VTC với 98,1%, bảo tồn VTC 1,9%. 21,5% có phẫu thuật kèm theo, đa số là gỡ dính.

Bảng 6. Đặc điểm điều trị sau mổ

Đặc điểm		n	%
Biến chứng sau mổ	Nhiễm trùng	12	11,2
	Không	95	88,8
Kháng sinh	Dự phòng	0	0
	Điều trị	107	100

Thời gian điều trị sau mổ trung bình (ngày) 6,1 ± 1,12

Kết quả Bảng 6 cho thấy: Thời gian điều trị sau mổ trung bình là 6,1 ± 1,12 với 100% dùng kháng sinh điều trị. 11,2% trường hợp có biến chứng nhiễm trùng và không gặp các biến chứng khác.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình 31,88 ± 5,87, thấp hơn nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân (2016) với tuổi trung

bình là $33,36 \pm 6,4^5$. Sự khác biệt này cho thấy xu hướng ngày càng trẻ hóa của CNTC, khi mà ngày nay giới trẻ có xu hướng quan hệ tình dục sớm nhưng lại thiếu kiến thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản và tình dục an toàn. Nhóm 20 – 35 tuổi là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất với 71%, kết quả này tương tự kết quả Nguyễn Thị Phương Đông⁶, phù hợp với tình hình thực tế hiện nay vì đây là nhóm đối tượng trong độ tuổi sinh đẻ, nhu cầu mang thai cao. Nhóm > 35 tuổi với 27,1%, cao hơn nghiên cứu của Vũ Văn Du (2011) với 2,5%⁷. Đây là nhóm tuổi được khuyến cáo không nên sinh đẻ do có nhiều nguy cơ cho thai phụ và thai nhi. Do đó, các chương trình truyền thông, giáo dục sức khỏe sinh sản cần chú trọng hơn vào nhóm tuổi này để nâng cao tỉ lệ bệnh nhân sử dụng các biện pháp tránh thai an toàn, từ đó hạn chế mang thai ngoài ý muốn.

Tiền sử sản phụ khoa: Có 26,2% bệnh nhân chưa có con và 28% bệnh nhân mới chỉ có 1 con, nghĩa là có 54,2% bệnh nhân còn có nguyện vọng sinh đẻ vậy nên việc điều trị bảo tồn VTC ngày càng phải được đặt ra. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử nạo phá thai chiếm 42,1%, viêm nhiễm đường sinh dục 44,9%, tiền sử CNTC 14%; tiền sử phẫu thuật tiểu khung 42%. Các nghiên cứu ở Việt Nam hầu hết đều cho thấy đây là những yếu tố làm tăng nguy cơ CNTC. Các tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao do đó các chương trình truyền thông về kế hoạch hóa gia đình cần được tuyên truyền rộng rãi nhằm nâng cao tỉ lệ áp dụng các biện pháp tránh thai và tình dục an toàn. Nhằm giảm tỉ lệ mang thai ngoài ý muốn, đồng thời giảm tỉ lệ nạo hút thai, viêm nhiễm phụ khoa.

Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt (RLKN) chiếm tỷ lệ cao nhất 79,4%, cao hơn nghiên cứu của Đinh Huệ Quyên với 69,51% và Phạm Ngọc Hà với 75,69%^{8,9}. RLKN là dấu hiệu sớm nhất gợi ý cho người phụ nữ nghĩ đến có thai, tuy nhiên người bệnh ít đến viện chỉ với triệu chứng này, ra huyết âm đạo và đau bụng thường mới là những bất thường khiến người bệnh phải đến viện. Song 2 triệu chứng này thường xuất hiện muộn hơn, khi khối chứa to dần, căng làm nứt tổ chức đặc biệt khi khối chứa ở VTC hoặc khi có máu trong ổ bụng. Nhóm bệnh nhân có đủ cả 3 triệu chứng này chiếm dưới 50%. Trong thực tế lâm sàng, chỉ một số nhỏ trường

hợp ra huyết âm đạo có kèm theo các triệu chứng lâm sàng điển hình để chẩn đoán còn lại phần lớn các trường hợp triệu chứng lâm sàng thường rất nghèo nàn. Định hướng chẩn đoán dựa vào tiền sử, nơi có những thông tin mang tính định hướng quan trọng. Trường hợp thiếu các thông tin định hướng thì cận lâm sàng sẽ đảm nhận vai trò làm các mốc định hướng.

Tất cả các đối tượng trong nghiên cứu đều được siêu âm trước khi PTNS, 100% bệnh nhân có hình ảnh khối cạnh tử cung, 37,4% bệnh nhân có hình ảnh CNTC điển hình, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Đông với 21,9%⁶. Siêu âm có vai trò rất quan trọng chẩn đoán xác định CNTC nhưng nếu chỉ quan sát thấy những hình ảnh không điển hình thì việc chẩn đoán xác định cần hết sức thận trọng.

Khối CNTC ở vị trí đoạn bóng VTC và kích thước < 3cm chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 75,5% và 67,3%, kết quả này tương tự các nghiên cứu của Phạm Ngọc Hà, Phạm Mỹ Hoài^{9,10}. Có 81,3% trường hợp có máu trong ổ bụng, 2,7% lượng máu > 1000ml tuy nhiên không có trường hợp nào cần chuyển mổ mở.

Hầu hết các bệnh nhân CNTC được PTNS cắt VTC với 98,1%, bảo tồn VTC chiếm 1,9%, tỷ lệ này đã cao hơn trong nghiên cứu của Nông Thị Hồng Lê (2020) ở Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, là 1,06%. Tuy nhiên thấp hơn nghiên cứu của Phạm Ngọc Hà với tỷ lệ PTNS cắt VTC và bảo tồn VTC lần lượt là 89,91% và 10,09%, nghiên cứu của Đinh Huệ Quyên với 10,22% bảo tồn VTC⁹⁻¹¹. Tỷ lệ bảo tồn VTC còn thấp tuy nhiên để bảo tồn VTC còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tình trạng khối u, VTC, toàn trạng bệnh nhân và kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng là một trong những yếu tố quan trọng bảo tồn VTC. Điều này cho thấy cần nâng cao trình độ chuyên môn của bác sĩ cũng như các trang thiết bị của bệnh viện để tăng tỷ lệ bảo tồn VTC cho người bệnh.

Có 21,5% trường hợp có phẫu thuật kết hợp, 17,8% gỡ dính, 1,9% bóc u buồng trứng và 1,9% triệt sản. Tỷ lệ gỡ dính trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phạm Mỹ Hoài với 12%, vì tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử nạo hút thai, viêm nhiễm phụ khoa trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 42,1% và 44,9%

cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Mỹ Hoài với 3,1% và 6,2%¹⁰.

Thời gian điều trị sau mổ trung bình $6,1 \pm 1,12$ ngày, cao hơn so với nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (2005) là $4,5 \pm 1,5$ ngày và thấp hơn so với thời gian điều trị sau mổ mở CNTC với $7,2 \pm 1,8$ ngày¹², do PTNS là phẫu thuật xâm nhập tối thiểu, hạn chế các nguy cơ trong và sau mổ, bệnh nhân hồi phục nhanh hơn. Song thời gian điều trị sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác một phần do 100% trường hợp đều dùng kháng sinh điều trị.

Có 88,8% bệnh nhân không có biến chứng, 11,2% có biến chứng nhiễm trùng. Tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng cao hơn nghiên cứu của Vũ Văn Sơn, Bùi Minh Phúc lần lượt với 1,3% và 0,9%^{13,14}. Cụ thể có 12 bệnh nhân xuất hiện sốt sau mổ ngày thứ 3, được xử trí kịp thời bằng bổ sung kháng sinh tuy nhiên vẫn sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân, vì vậy cần phải nhanh nhạy hơn trong chẩn đoán, chẩn thận hơn trong phẫu thuật và tích cực trong điều trị hậu phẫu.

KẾT LUẬN

Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt thường gặp nhất 79,4%, đau bụng 69,2%, ra huyết âm đạo 51,4%. Phẫu thuật nội soi điều trị chữa ngoài tử cung đa số là cắt vòi tử cung, tỷ lệ bảo tồn vòi tử cung thấp và 11,2% sốt sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Linh. *Chửa ngoài tử cung. Sản phụ khoa (sách đào tạo bác sĩ đa khoa)*. tr. 258 – 259, (Nhà xuất bản Y học 2007)
2. Hoover K W, Tao G, Kent C K. Trends in the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in the United States. *Obstet Gynecol* **115** (3), 495-502 (2010).
3. Phạm Thị Thanh Hiền. Tình hình mổ nội soi cắt vòi tử cung trong điều trị chửa ngoài tử cung năm 2010 tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1/2012 (2010).
4. Nguyễn Văn Xuyên. *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hướng xử trí chửa ngoài tử cung nhắc lại tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2013* Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, trường đại học y Hà Nội, (2013).

5. Lý Thị Hồng Vân. *Nghiên cứu về chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung tại khoa phụ sản bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong 3 năm 2013- 2015* Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội (2016).
6. Nguyễn Thị Phương Đông. *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí chữa ngoài tử cung tại bệnh viện E trong 2 năm 2017 – 2018* Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội, (2018)
7. Vũ Văn Du. *Nghiên cứu điều trị bảo tồn vòi tử cung trong chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng phẫu thuật nội soi* Luận văn tiến sĩ. Đại học Y Hà Nội, (2011).
8. Đinh Huệ Quyên. *Nhận xét về lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí chữa ngoài tử cung được phẫu thuật tại BV phụ sản TW từ tháng 1/2014- 6/2014* Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa. Đại học Y Hà Nội, (2015)
9. Phạm Ngọc Hà. *Thực trạng phẫu thuật nội soi trong điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 6 năm 2015. Tạp chí Y học số 1*, p. 116-120 (2017)
10. Phạm Mỹ Hoài. *Đánh giá kết quả điều trị chữa ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện sản nhi tỉnh Bắc Ninh. Tạp chí Y học Việt Nam Số đặc biệt*, 245-251 (2018).
11. Nông Thị Hồng Lê. *Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị chữa ngoài tử cung tại khoa sản bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam Số 1*, 215-219 (2021).
12. Vương Tiến Hòa. *Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ sản Thanh Hoá. Tạp chí Y học thực hành. Số 11*, p. 45 – 49 (2013).
13. Vũ Văn Sơn. *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại BV Sản nhi Lào Cai năm 2016-2017* Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, (2018).
14. Bùi Minh Phúc. *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại BV Đa khoa tỉnh Hòa Bình trong 3 năm 2011-2013* Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, (2014).