

- 2020;12: 1-6.
6. **World Health Organization (WHO).** Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. VMNIS. 2011.
 7. **Lê Thị Thanh Vân.** Đặc điểm lâm sàng của rong kinh, rong huyết cơ năng. Tuổi dậy thì và tuổi tiền mãn kinh. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội; 2003.
 8. **Nguyễn Việt Tiên.** Tác dụng của estrogen và progesterin trong điều trị RKRH tuổi trẻ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.
 9. **Nguyễn Thị Thuý.** Bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị rong kinh tuổi trẻ bằng viên thuốc rigevidon tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa. Trường đại học Y Hà Nội, 2001.
 10. **Phạm Thị Bình.** Nghiên cứu một số phương pháp điều trị RKRHCN tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Trường Đại học Y Hà Nội; 2003.

CHỮA NGOÀI TỬ CUNG THỂ NGẬP MÁU Ổ BỤNG: SO SÁNH KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI VỚI PHẪU THUẬT MỞ BỤNG

Đào Nguyên Hùng¹, Hoàng Văn Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự an toàn, hiệu quả của phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở bụng điều trị chữa ngoài tử cung thể ngập máu ổ bụng tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 04/2020 đến tháng 09/2022. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán chữa ngoài tử cung thể ngập máu ổ bụng điều trị tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 04/2020 đến tháng 09/2022. **Kết quả:** Có 22 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật mở bụng chiếm 41,51% và 31 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật nội soi chiếm 58,49%. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là 50,00±9,38 phút, của nhóm phẫu thuật nội soi là 59,84±9,44 phút. Lượng máu mất trong ổ bụng trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là 2000,00±377,96 ml, của nhóm phẫu thuật nội soi là 1083,87±288,78 ml. 100% bệnh nhân phẫu thuật mở bụng phải truyền máu, với phẫu thuật nội soi là 64,5%. Lượng máu truyền trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là 834,09±331,80 ml, của nhóm phẫu thuật nội soi là 364,52±316,01 ml. Có 4,5% bệnh nhân nhóm phẫu thuật mở bụng và 25,8% bệnh nhân nhóm phẫu thuật nội soi sử dụng kháng sinh dự phòng, thời gian dùng kháng sinh trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là 4,05±1,43 ngày, của nhóm phẫu thuật nội soi là 2,97±1,37 ngày. Số liều giảm đau sau mổ trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là 2,14±0,46 liều, của nhóm phẫu thuật nội soi là 1,45±0,56 liều. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng 4,68±1,04 ngày, của nhóm phẫu thuật nội soi là 3,81±0,94 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi có thời gian phẫu thuật trung bình dài hơn, lượng máu mất trong ổ bụng trung bình và lượng máu truyền trung bình ít hơn so với nhóm phẫu thuật mở bụng. Nhưng phẫu thuật nội soi có số ngày sử dụng kháng sinh trung bình ngắn hơn, số liều giảm

đau trung bình ít hơn, thời gian hồi phục sau mổ nhanh hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm phẫu thuật mở bụng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phẫu thuật nội soi điều trị an toàn với các trường hợp chữa ngoài tử cung vỡ ngập máu ổ bụng có sốc mất máu mức độ nhẹ, trung bình hoặc mức độ nặng sau khi đã hồi sức nội khoa tích cực, huyết áp ổn định. Các trường hợp sốc nặng, huyết động không ổn định hoặc sốc rất nặng nên chỉ định mổ mở.

Từ khóa: Chữa ngoài tử cung thể ngập máu ổ bụng, phẫu thuật mở bụng, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

ECTOPIC PREGNANCY WITH ABDOMINAL APOPLEXY: COMPARISON OF LAPAROSCOPY AND LAPAROTOMY

Objective: To evaluate the safety and effectiveness of laparoscopic and laparotomy in the treatment of ectopic pregnancy with abdominal apoplexy at Military Hospital 103 from April 2020 to September 2022. **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 53 patients diagnosed of ectopic pregnancy with abdominal apoplexy treated at Military Hospital 103 from April 2020 to September 2022. **Results:** There were 22 patients treated by laparotomy (41.5%) and 31 patients treated by laparoscopy (58.5%). The mean surgery time of the laparotomy group was 50.00±9.38 minutes, and the laparoscopy group was 59.84±9.44 minutes. The mean intra-abdominal blood loss of the laparotomy group was 2000.00±377.96 ml and the laparoscopy group was 1083.87±288.78 ml. 100% of patients undergoing laparotomy required blood transfusion, the figure for the laparoscopy was 64.5%. The mean blood transfusion volume of the laparotomy group was 834.09±331.80 ml and the laparoscopy group was 364.52±316.01 ml. 4.5% of patients in the laparotomy group and 25.8% of patients in the laparoscopy group used prophylactic antibiotics, the mean antibiotic time of the laparotomy group was 4.05±1.43 days, 2.97±1.37 days of laparoscopy group. The average number of postoperative analgesic doses of the laparotomy group was 2.14±0.46 doses, and that of the laparoscopy group was 1.45±0.56 doses. The mean hospital stay of the laparotomy group was

¹Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đào Nguyên Hùng

Email: bshung103@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 20.6.2023

4.68±1.04 days, and that of the laparoscopy group was 3.81±0.94 days. **Conclusion:** The rate of treatment of ectopic pregnancy with abdominal apoplexy by laparotomy was 58.5% and laparoscopy was 41.5%. The laparoscopy group had longer mean operative time, less intra-abdominal mean blood loss and mean blood transfusion volume, shorter mean days of antibiotic use, and fewer mean analgesic doses, a faster mean postoperative recovery time and the mean hospital stay was shorter than the laparotomy group. This difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: ectopic pregnancy with abdominal apoplexy, laparotomy, laparoscopy,...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là hiện tượng noãn được thụ tinh, làm tổ và phát triển ngoài buồng tử cung, là một cấp cứu hay gặp trong sản phụ khoa. Nghiên cứu của Vương Tiến Hòa (2013) chỉ có 43,49% trường hợp CNTC được chẩn đoán sớm và 56,51% được chẩn đoán muộn [1]. Chửa ngoài tử cung thể ngấp máu ổ bụng là các trường hợp khối thai ngoài tử cung vỡ, chảy máu ngấp tràn ổ bụng, máu lan lên góc gan và góc lách, lượng máu mất trên 20% tổng lượng máu trong cơ thể, có hoặc chưa có sốc giảm thể tích. Bệnh nhân đến muộn và chẩn đoán muộn là nguyên nhân chính gây nên tình trạng mất máu nặng, nếu không được xử trí kịp thời, bệnh nhân sốc mất máu, đe dọa tính mạng, thậm chí tử vong. Trước đây, phẫu thuật mở bụng là phương pháp điều trị duy nhất cho các trường hợp CNTC thể ngấp máu ổ bụng. Ngày nay, nhờ sự phát triển của dụng cụ phẫu thuật, sự tiến bộ trong lĩnh vực gây mê hồi sức cũng như kỹ năng, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phẫu thuật nội soi đã được áp dụng để điều trị chửa ngoài tử cung thể ngấp máu ổ bụng. Phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm như: ít đau, tính thẩm mỹ cao, thời gian phục hồi sau mổ nhanh, rút ngắn thời gian nằm viện. Tại Bộ môn-Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Quân y 103 trong những năm gần đây đã đạt được nhiều tiến bộ trong điều trị chửa ngoài tử cung, đặc biệt là các trường hợp vỡ ngấp máu ổ bụng. Để tổng kết, rút kinh nghiệm trong quá trình điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá sự an toàn, tính hiệu quả của phẫu thuật nội soi so với phẫu thuật mở bụng điều trị chửa ngoài tử cung thể ngấp máu ổ bụng tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 04/2020 đến tháng 09/2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 53 bệnh nhân được chẩn đoán CNTC thể ngấp máu ổ bụng tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng

04/2021-09/2022. Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, lấy toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu. Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các trường hợp CNTC vỡ với lượng máu mất trong ổ bụng ≥ 800 ml, có choáng, được phẫu thuật PTMB hoặc PTNS. Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin phục vụ cho nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp CNTC chưa vỡ hoặc vỡ nhưng với lượng máu mất trong ổ bụng < 800 ml, không có choáng. Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin cho nghiên cứu.

- **Quy trình thu thập số liệu:** Bệnh nhân vào viện, chẩn đoán chửa ngoài tử cung thể ngấp máu ổ bụng, được hồi sức tích cực trước, trong và sau mổ kết hợp điều trị bằng phẫu thuật (nội soi/mổ mở). Đối chiếu tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, thu thập số liệu: phương pháp, thời gian mổ, lượng máu mất, kháng sinh, giảm đau, phụ hồi sau mổ.

- Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức của Bệnh viện Quân y 103.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu 53 bệnh nhân với chẩn đoán CNTC thể ngấp máu ổ bụng trong thời gian từ tháng 04/2020 đến tháng 09/2022 tại Bệnh viện Quân y 103 và được chia thành 2 nhóm điều trị: PTNS với 31 bệnh nhân chiếm 58,49% và PTMB với 22 bệnh nhân chiếm 41,51%, không có bệnh nhân nào phải chuyển phương pháp phẫu thuật từ PTNS sang PTMB. Trước phẫu thuật, có 39,62% bệnh nhân biểu hiện sốc mất máu (với huyết áp tâm thu lúc vào viện < 90 mmHg) và 71,70% bệnh nhân có biểu hiện da xanh, niêm mạc nhợt. Thời gian từ lúc vào khoa Phụ Sản đến lúc phẫu thuật trung bình là 35,34±13,31 phút, trong đó có 58,49% dưới 30 phút và nhanh nhất là 10 phút. Trong phẫu thuật, tình trạng ổ bụng dính có 15 bệnh nhân gồm 5 PTMB và 10 PTNS, 100% bệnh nhân được phẫu thuật cắt hoàn toàn vòi tử cung chứa khối thai cầm máu. Sau phẫu thuật, có 6 bệnh nhân PTMB phải chuyển về khoa hồi sức tích cực theo dõi.

3.1. Kết quả phẫu thuật

- **Thời gian phẫu thuật:**

Bảng 1. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	PTMB		PTNS		p
	n=22	Tỉ lệ (%)	n=31	Tỉ lệ (%)	
<45	5	22,73	2	6,45	
45-60	14	63,63	16	51,61	
>60	3	13,64	13	41,94	

Trung bình	50,00±9,38	59,84±9,44	<0,05
Ngắn nhất - Dài nhất	40-70	42-75	

Đối với PTMB: thời gian phẫu thuật từ 45-60 phút chiếm tỉ lệ lớn nhất với 63,63%, thời gian phẫu thuật trung bình là 50,00±9,38 phút. Đối với PTNS: thời gian phẫu thuật từ 45-60 phút chiếm tỉ lệ lớn nhất với 51,61%, thời gian phẫu thuật trung bình là 59,84±9,44 phút. Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa nhóm PTMB và nhóm PTNS có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong PTNS, chúng tôi vào ổ bụng nhanh chóng đốt khống chế điểm chảy máu rồi mới tiến hành hút máu và cắt vòi tử cung chứa khối thai.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Cohen A. với thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm PTMB là 50 phút, của nhóm PTNS là 60 phút [2], ngắn hơn so với tác giả Ding D. C. khi thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm PTMB là 84,5±34,3 phút, của nhóm PTNS là 73,2±26,8 phút [3].

- Lượng máu trong ổ bụng:

Bảng 2. Lượng máu trong ổ bụng khi phẫu thuật

Lượng máu mất trong ổ bụng (mL)	PTMB		PTNS		P
	n=22	Tỉ lệ (%)	n=31	Tỉ lệ (%)	
800 - <1500	1	4,54	26	83,87	
1500-2000	16	72,73	5	16,13	
>2000	5	22,73	0	0,0	
Trung bình	2000,00 ±377,96		1083,87 ±288,78		< 0,05
Nhỏ nhất - lớn nhất	1000-2500		800-2000		

Đối với PTMB: lượng máu mất trong ổ bụng từ 1500-2000mL chiếm tỉ lệ lớn nhất với 72,73%, lượng máu mất trong ổ bụng trung bình là 2000,00±377,96mL. Đối với PTNS: lượng máu mất trong ổ bụng từ 800mL đến dưới 1500mL chiếm tỉ lệ lớn nhất với 83,87%, lượng máu mất trong ổ bụng trung bình là 1083,87±288,78m. Sự khác biệt về lượng máu mất trong ổ bụng của nhóm PTMB và PTNS có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Cohen A. với PTMB là 1500ml, PTNS là 1000ml [2], của Ding D. C. với PTMB là 934,5±1106,8ml, PTNS là 315,4±514,7ml [3] và của Nguyễn Việt Trung với PTNS là 708,06ml [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp lượng máu mất từ 1500ml đến 2000ml nhưng vẫn tiến hành PTNS thành công mà không có tai biến, biến chứng nào. Do vậy, đối với CNTC thể ngập máu ổ bụng với lượng máu mất

lớn nhưng khả năng gây mê hồi sức tốt, tốc độ triển khai dụng cụ, phương tiện phẫu thuật nhanh, phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm thì chúng ta có thể mạnh dạn PTNS cho bệnh nhân.

3.2. Điều trị sau phẫu thuật

- Truyền máu trong và sau mổ:

Bảng 3. Lượng máu truyền

Lượng máu truyền (ml)	PTMB		PTNS		P
	n=22	Tỉ lệ (%)	n=31	Tỉ lệ (%)	
Không truyền	0	0,0	11	35,48	
<500	0	0,0	2	6,45	
500-750	13	59,09	16	51,62	
>750	9	40,91	2	6,45	
Trung bình	834,09 ±331,80		364,52 ±316,01		<0,05

Đối với PTMB: 100% bệnh nhân đều phải truyền máu từ 500mL trở lên; lượng máu truyền từ 500-750mL chiếm tỉ lệ lớn nhất với 59,09%; lượng máu truyền trung bình là 834,09±331,80 mL. Đối với PTNS: có 51,62% bệnh nhân truyền máu từ 500-750mL chiếm tỉ lệ lớn nhất và có 35,48% bệnh nhân không phải truyền máu; lượng máu truyền trung bình là 364,52±316,01 mL. Sự khác biệt về lượng máu truyền giữa 2 nhóm PTMB và PTNS có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Do lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lớn nên lượng máu truyền trung bình cũng lớn hơn so với nghiên cứu của Cohen A. cả PTMB và PTNS đều có lượng máu truyền trung bình là 500ml [2].

- Điều trị kháng sinh sau mổ:

Bảng 4. Điều trị kháng sinh sau mổ

Dùng kháng sinh	PTMB		PTNS		P
	n=22	%	n=31	%	
Dự phòng	1	4,54	8	25,81	
Điều trị	21	95,46	23	74,19	
Số ngày sử dụng trung bình	4,05 ± 1,43		2,97±1,37		<0,05

Đối với nhóm PTMB: chỉ có 1 bệnh nhân sử dụng kháng sinh dự phòng chiếm 4,54%, thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là 4,05±1,43 ngày. Đối với nhóm PTNS: có 8 bệnh nhân sử dụng kháng sinh dự phòng chiếm 25,81%. Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là 2,97±1,37 ngày. Sự khác biệt về cách sử dụng kháng sinh và thời gian sử dụng kháng sinh trung bình giữa nhóm PTMB và nhóm PTNS có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi với PTNS: tỉ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Ngọc Hà là 25,23% [5] và thời gian điều trị kháng sinh trung

bình tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Việt Trung là 2,5±0,9 ngày [4].

- Dùng thuốc giảm đau sau mổ

Bảng 5. Số liều giảm đau sau mổ

Số liều giảm đau sau mổ (liều)	PTMB		PTNS		P
	n=22	%	n=31	%	
1	1	4,55	18	58,06	
2	17	77,27	12	38,72	
≥3	4	18,18	1	3,22	
Trung bình	2,14±0,46		1,45±0,56		

Đối với PTMB: dùng 2 liều giảm đau sau mổ chiếm tỉ lệ lớn nhất với 77,27%; số liều giảm đau sau mổ trung bình là 2,14±0,46 liều. Đối với PTNS: dùng 1 liều giảm đau sau mổ chiếm tỉ lệ lớn nhất 58,06%; số liều giảm đau sau mổ trung bình là 1,45±0,56 liều. Sự khác biệt về số liều giảm đau sau mổ giữa nhóm PTMB và nhóm PTNS có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Nghiên cứu của Akrong E. số liều giảm đau trung bình của nhóm PTNS là 1,0 liều và của nhóm PTMB là 3,0 liều [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Trung trong PTNS điều trị CNTC thể ngập máu ổ bụng, số liều giảm đau trung bình sau mổ là 1,8±0,3 liều [4]. Dựa vào các kết quả trên có thể thấy PTNS giúp bệnh nhân đỡ phải chịu sự đau đớn hơn, tạo điều kiện cho việc nhanh chóng hồi phục sức khỏe sau mổ.

- Hồi phục sau mổ

Bảng 6. Thời gian hồi phục trung bình sau mổ

Thời gian trung bình (giờ)	PTMB	PTNS	P
Vận động sau mổ	26,38±5,16	20,12±3,97	<0,05
Trung tiện sau mổ	28,91±6,58	23,43±5,12	<0,05
Ăn uống sau mổ	21,33±3,17	15,22±3,06	<0,05

Có sự khác biệt giữa thời gian trung bình của vận động, trung tiện và ăn uống sau mổ giữa 2 nhóm PTMB và PTNS có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Điều đó cho thấy PTNS giúp bệnh nhân nhanh chóng hồi phục sau mổ hơn so với PTMB.

- Thời gian nằm viện sau mổ:

Bảng 7. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện (ngày)	PTMB		PTNS		P
	n=22	%	n=31	%	
≤3	3	13,64	16	51,61	
4-5	18	81,82	14	45,17	
≥6	1	4,54	1	3,22	
Trung bình	4,68±1,04		3,81±0,94		<0,05

Với nhóm PTMB: thời gian nằm viện từ 4-5 ngày chiếm tỉ lệ lớn nhất với 81,8%, thời gian nằm viện trung bình là 4,68±1,04 ngày. Với nhóm PTNS: thời gian nằm viện ≤3 chiếm tỉ lệ lớn nhất với 51,6%, thời gian nằm viện trung

bình là 3,81±0,94 ngày. Thời gian nằm viện của nhóm PTMB khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm PTNS (p<0,05). Điều này cho thấy trong CNTC thể ngập máu ổ bụng thì PTNS có thời gian nằm viện ngắn hơn so với PTMB. Nghiên cứu của Cohen A. về CNTC thể ngập máu ổ bụng thì thời gian nằm viện trung giữa nhóm PTMB và PTNS không có sự khác biệt đều 4,0 ngày (p>0,05) [2].

IV. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ điều trị phẫu thuật mở bụng 58,5%, phẫu thuật nội soi 41,5%.

- Nhóm phẫu thuật nội soi có thời gian phẫu thuật trung bình dài hơn nhóm phẫu thuật mở bụng có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

- Nhóm phẫu thuật nội soi có lượng máu mất trong ổ bụng trung bình và lượng máu truyền trung bình ít hơn so với nhóm phẫu thuật mở mổ có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

- Nhóm phẫu thuật nội soi có số ngày sử dụng kháng sinh trung bình ngắn hơn, số liều giảm đau trung bình ít hơn, hồi phục sau mổ nhanh hơn và thời gian nằm viện trung bình ngắn hơn so với nhóm phẫu thuật mở bụng sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

- Phẫu thuật nội soi điều trị an toàn với các trường hợp chứa ngoài tử cung vỡ ngập máu ổ bụng có sốc mất máu mức độ nhẹ, trung bình hoặc mức độ nặng sau khi đã hồi sức nội khoa tích cực, huyết áp ổn định. Các trường hợp sốc nặng, huyết động không ổn định hoặc sốc rất nặng nên chỉ định mổ mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Vương Tiến Hoà, Võ Mạnh Hùng,** (2013) Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí chứa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hoá. Y học thực hành. 11(886): p. 44-49.
- 2. Cohen A., et.al.** (2013) Laparoscopy versus laparotomy in the management of ectopic pregnancy with massive hemoperitoneum. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 123: p. 139-141.
- 3. Ding D. C., et al.** (2008) Laparoscopic management of tubal ectopic pregnancy. Scientific Paper. 2008(12): p. 273-276.
- 4. Nguyễn Việt Trung, Đào Nguyên Hùng** (2016) Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị CNTC thể ngập máu ổ bụng tại Bệnh viện Quân y 103. Tạp chí y dược học Quân sự. 2: p. 155-158.
- 5. Phạm Ngọc Hà** (2017) Thực trạng phẫu thuật nội soi trong điều trị chứa ngoài tử cung tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ 1/2014-6/2015. Tạp chí y học Việt Nam. 451: p. 116-120.
- 6. Akrong E., et al.** (1999) Ectopic pregnancy - Laparoscopic management in a district general hospital. Journal of obstetrics and gynecology. 19(6): p. 636-639.