

DOI: 10.58490/ctjump.2026i103.5099

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, YẾU TỐ LIÊN QUAN
VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG CÓ LƯỢNG MÁU
TRONG Ổ BỤNG $\geq 300\text{mL}$ TẠI CẦN THƠ
TỪ NĂM 2024 ĐẾN THÁNG 03/2026**

Ngũ Quốc Vĩ, Phú Thị Hồng Thái*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: 23310511864@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 09/6/2026

Ngày phản biện: 26/8/2026

Ngày duyệt đăng: 25/9/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thai ngoài tử cung là cấp cứu sản khoa hàng đầu, có thể gây xuất huyết ổ bụng và sốc mất máu nếu không được xử lý kịp thời. Việc mô tả nhóm người bệnh có lượng máu trong ổ bụng đáng kể khi phẫu thuật giúp làm rõ biểu hiện lâm sàng và kết quả điều trị trong thực hành. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và phân tích các đặc điểm liên quan đến lượng máu trong ổ bụng $\geq 300\text{mL}$ ở người bệnh thai ngoài tử cung được phẫu thuật tại Cần Thơ (2024-03/2026). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 151 trường hợp thai ngoài tử cung điều trị ngoại khoa; Nhóm mất máu nhiều được xác định theo tiêu chí vận hành của nghiên cứu là lượng máu trong ổ bụng ghi nhận khi phẫu thuật $\geq 300\text{ mL}$. **Kết quả:** Trong 151 trường hợp được phẫu thuật, 64 trường hợp (42,38%) có lượng máu trong ổ bụng $\geq 300\text{ mL}$. Ở nhóm này, đau bụng chiếm 95,31%, trễ kinh 85,94%, ra máu âm đạo 67,19% và dịch ổ bụng vừa/nhiều trên siêu âm 71,88%. Phần lớn bệnh nhân mất từ 500-1.000 mL máu (57,81%), 46,88% được truyền máu, 81,25% được phẫu thuật nội soi. Phân tích đa biến cho thấy dịch ổ bụng vừa/nhiều trên siêu âm (aOR=10,39; KTC 95%:4,15-25,98; $p<0,001$) và túi cùng chạp đau (aOR=3,41; KTC95%:1,28-9,11; $p=0,014$) có mối liên quan với lượng máu trong ổ bụng $\geq 300\text{ mL}$. **Kết luận:** Trong nhóm thai ngoài tử cung được phẫu thuật, tỷ lệ mất máu $\geq 300\text{ mL}$ chiếm 42,38%. Dịch ổ bụng vừa/nhiều và túi cùng chạp đau là các biểu hiện đồng hiện với kết cục này; kết quả không được diễn giải như yếu tố nguy cơ, công cụ dự báo hoặc bằng chứng về việc người bệnh đến viện muộn.

Từ khóa: Thai ngoài tử cung, mất máu, phẫu thuật, Cần Thơ.**ABSTRACT**

**CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS, ASSOCIATED
FEATURES, AND TREATMENT OUTCOMES OF ECTOPIC
PREGNANCY WITH $\geq 300\text{ mL}$ OF HEMOPERITONEUM RECORDED
AT SURGERY IN CAN THO FROM 2024 TO MARCH 2026**

Ngũ Quốc Vĩ, Phú Thị Hồng Thái*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Ectopic pregnancy may cause hemoperitoneum and hemorrhagic shock. Describing surgically managed patients with a substantial volume of intraperitoneal blood may clarify their clinical manifestations and treatment outcomes. **Objectives:** To describe clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes, and to examine features associated with an intraoperative hemoperitoneum volume $\geq 300\text{ mL}$ among surgically managed ectopic pregnancies in Can Tho from 2024 to March 2026. **Materials and methods:** This retrospective cross-sectional study included 151 surgically managed ectopic pregnancies at two hospitals. The study outcome

was operationally defined as ≥ 300 mL of intraperitoneal blood recorded at surgery. **Results:** Of 151 surgical cases, 64 (42.38%) had ≥ 300 mL of intraperitoneal blood. In this group, abdominal pain occurred in 95.31%, amenorrhea in 85.94%, vaginal bleeding in 67.19%, and moderate-to-large free intraperitoneal fluid on ultrasonography in 71.88%. An intraoperative hemoperitoneum volume of 500-1,000 mL was recorded in 57.81%; 46.88% received blood transfusion and 81.25% underwent laparoscopy. After adjustment, moderate-to-large intraperitoneal fluid on ultrasonography ($aOR=10.39$; 95% CI: 4.15-25.98; $p<0.001$) and posterior fornix tenderness ($aOR=3.41$; 95% CI: 1.28-9.11; $p=0.014$) remained associated with hemoperitoneum ≥ 300 mL. **Conclusions:** Among surgically managed ectopic pregnancies, 42.38% had ≥ 300 mL of intraperitoneal blood. Moderate-to-large free fluid and posterior fornix tenderness were concurrent manifestations of this outcome and should not be interpreted as causal risk factors, early-screening predictors, or evidence of delayed hospital presentation.

Keywords: Ectopic pregnancy, hemoperitoneum, surgery, Can Tho.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung (TNTC) là tình trạng trứng đã thụ tinh làm tổ ngoài buồng tử cung, đa số xảy ra ở vòi tử cung. TNTC chiếm khoảng 1%-2% tổng số thai kỳ là nguyên nhân quan trọng gây tử vong mẹ trong ba tháng đầu [1],[2]. Khối thai vỡ có thể gây xuất huyết ổ bụng, thiếu máu, sốc mất máu và cần can thiệp phẫu thuật khẩn cấp [2], [3], [4], [5]. Siêu âm ngã âm đạo, định lượng β -hCG và đánh giá lâm sàng được phối hợp để chẩn đoán và lựa chọn phương pháp xử trí [2], [3], [5]. Lượng máu trong ổ bụng được định lượng trực tiếp tại phẫu thuật và có thể khác biệt đáng kể giữa các người bệnh [6].

Tại Cần Thơ, dữ liệu về biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của TNTC có lượng máu trong ổ bụng đáng kể còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu: 1) mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của nhóm TNTC được phẫu thuật có lượng máu trong ổ bụng ≥ 300 mL; 2) phân tích các đặc điểm liên quan với lượng máu trong ổ bụng ≥ 300 mL ở người bệnh TNTC được phẫu thuật tại Cần Thơ giai đoạn 2024-03/2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp được chẩn đoán TNTC và được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ và khoa Sản Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, trong giai đoạn từ năm 2024 đến tháng 03 năm 2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Hồ sơ bệnh án của các trường hợp TNTC được phẫu thuật và xác định được lượng máu trong ổ bụng khi phẫu thuật.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp điều trị bảo tồn; điều trị nội khoa; hồ sơ không xác định được lượng máu trong ổ bụng khi mổ, thiếu biến kết cục chính phục vụ phân tích.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ. Có 151 trường hợp đủ tiêu chuẩn, gồm 64 trường hợp có lượng máu ổ bụng ≥ 300 mL và 87 trường hợp < 300 mL. Do nghiên cứu chỉ gồm các trường hợp được phẫu thuật, tỷ lệ quan sát được chỉ đại diện cho nhóm phẫu thuật tại hai bệnh viện, không phải tỷ lệ của toàn bộ người bệnh TNTC.

- **Định nghĩa kết cục nghiên cứu:** Nhóm kết cục gồm các trường hợp có lượng máu trong ổ bụng ≥ 300 mL được ghi nhận trong biên bản phẫu thuật; nhóm so sánh có lượng

máu <300 mL. Phân nhóm này phản ánh lượng máu trong ổ bụng tại thời điểm phẫu thuật, không phản ánh thời gian từ khởi phát triệu chứng đến nhập viện.

- **Cơ sở lựa chọn ngưỡng:** Ngưỡng 300 mL là trung vị lượng máu trong ổ bụng ở 89 trường hợp TNTC được phẫu thuật trong nghiên cứu của Fauconnier và cộng sự; tỷ lệ vỡ vôi tử cung ở nhóm ≥ 300 mL cao hơn nhóm <300 mL (60,4% so với 17,1%; $p < 0,0001$) [6]. Mốc này cũng đã được sử dụng để phân nhóm trong nghiên cứu TNTC vỡ tại Cần Thơ [7]. Đây là tiêu chí vận hành, không phải ngưỡng chuẩn hóa quốc tế về xuất huyết nặng hoặc chỉ định điều trị.

- **Định nghĩa các biến nghiên cứu khác:** Triệu chứng toàn thân được xác định khi hồ sơ ghi nhận ít nhất một trong các biểu hiện: chóng mặt, ngất, vã mồ hôi, da niêm nhạt hoặc huyết động không ổn định. Dịch ổ bụng trên siêu âm được phân loại thành ít, vừa và nhiều theo mô tả của bác sĩ siêu âm và gộp thành ít hoặc vừa/nhiều khi phân tích mối liên quan.

- **Phân tích thống kê:** Biến định tính được trình bày bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Mối liên quan được đánh giá bằng hồi quy logistic đơn biến và đa biến. Đối với bảng 2×2 có ô tần số bằng 0, OR và KTC 95% được ước lượng bằng hiệu chỉnh Haldane-Anscombe, p được xác định bằng kiểm định Fisher chính xác. Các biến có $p < 0,20$ ở phân tích đơn biến được đưa vào mô hình đa biến. Biến ẩn đầu hạ vị không đưa vào mô hình đa biến do làm mô hình không hội tụ. Phân tích nhằm mô tả mối liên quan, không xây dựng công cụ dự báo hoặc suy luận quan hệ nhân quả. Ngưỡng ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số liệu được xử lý bằng SPSS 27.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo phiếu chấp thuận số 24.275.HV/PCT-HĐĐĐ. Các thông tin trong hồ sơ bệnh án được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ và đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Trong 151 trường hợp TNTC được phẫu thuật, có 64 trường hợp có lượng máu trong ổ bụng ≥ 300 mL, chiếm 42,38%; 87 trường hợp còn lại <300mL, chiếm 57,62%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm có lượng máu ổ bụng ≥ 300 mL ($n = 64$)

Đặc điểm		Tỷ lệ n (%)
Nhóm tuổi	<25	11 (17,20)
	25-35	33 (51,60)
	>35	20 (31,30)
Nơi cư trú	Cần Thơ	30 (46,88)
	Khác	34 (53,12)
Số lần mổ lấy thai	0	40 (62,50)
	1	18 (28,12)
	2	6 (9,38)
Số lần hút thai	0	43 (67,19)
	1	15 (23,44)
	2	5 (7,81)
	≥ 3	1 (1,56)
Sử dụng biện pháp tránh thai	Có	15 (23,44)
	Không	49 (76,56)

Nhận xét: Người bệnh từ 25–35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (51,60%). Phần lớn cư trú ngoài thành phố Cần Thơ (53,12%) và không sử dụng biện pháp tránh thai (76,56%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứuBảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm có lượng máu ổ bụng $\geq 300\text{mL}$ (n = 64)

Đặc điểm		Tỷ lệ n (%)
Đau bụng		61 (95,31)
Trễ kinh		55 (85,94)
Ra máu âm đạo		43 (67,19)
Triệu chứng toàn thân		26 (40,63)
Túi cùng chạm đau		45 (70,31)
Ấn đau hạ vị		64 (100,00)
Dịch ổ bụng trên siêu âm	Ít	18 (28,12)
	Vừa/ Nhiều	46 (71,88)
Nồng độ $\beta\text{-hCG}$ (mIU/mL)	<300	2 (3,12)
	300-<1.500	16 (25,00)
	1.500-<5.000	25 (39,06)
	5000-<10.000	9 (14,06)
	≥ 10.000	12 (18,75)
Có tim phôi		9 (14,06)
Có yolk sac		16 (25,00)

Nhận xét: Đau bụng, trễ kinh và ra máu âm là các triệu chứng thường gặp. Dịch ổ bụng vừa hoặc nhiều trên siêu âm chiếm 71,88%; nhóm $\beta\text{-hCG}$ từ 1.500 đến dưới 5.000 mIU/mL chiếm tỷ lệ cao nhất (39,06%).

3.3. Lượng máu ổ bụng, truyền máu và phương pháp phẫu thuật

Bảng 3. Lượng máu ổ bụng, truyền máu và phương pháp phẫu thuật (n= 64)

Đặc điểm	Phân nhóm	Tỷ lệ n (%)
Lượng máu trong ổ bụng (mL)	300-<500	20 (31,25)
	500-1.000	37 (57,81)
	>1.000	7 (10,94)
Số đơn vị máu đã truyền	Không truyền máu	34 (53,12)
	1 đơn vị	17 (26,56)
	2 đơn vị	10 (15,62)
	≥ 3 đơn vị	3 (4,69)
Phẫu thuật	Phẫu thuật nội soi	52 (81,25)
	Phẫu thuật mở	12 (18,75)

Nhận xét: Phần lớn người bệnh có 500-1.000 mL máu trong ổ bụng. Có 46,88% trường hợp được truyền máu. Phẫu thuật nội soi là đường tiếp cận chủ yếu, chiếm 81,25%.

3.4. Các đặc điểm liên quan với lượng máu trong ổ bụng $\geq 300\text{mL}$ Bảng 4. Phân tích đơn biến các đặc điểm liên quan với lượng máu mất trong ổ bụng $\geq 300\text{mL}$ (n = 151)

Đặc điểm	$\geq 300\text{ mL}$ n (%)	<300 mL n (%)	OR	KTC 95%	p
Tiền sử có thai ngoài tử cung	1 (1,56)	16 (18,39)	0,07	0,01-0,55	0,011
Triệu chứng toàn thân	26 (40,63)	9 (10,34)	5,93	2,53–13,89	< 0,001
Túi cùng chạm đau	45 (70,31)	22 (25,29)	7,00	3,40–14,40	< 0,001
Ấn đau hạ vị	64 (100,00)	76 (87,36)	19,39	1,12-335,51	0,003
Có tim phôi	9 (14,06)	31 (35,63)	0,30	0,13-0,68	0,004

Đặc điểm	≥ 300 mL n (%)	< 300 mL n (%)	OR	KTC 95%	<i>p</i>
Có yolk sac	16 (25,00)	38 (43,68)	0,39	0,19-0,79	0,009
Dịch ổ bụng vừa/nhiều trên siêu âm	46 (71,88)	11 (12,64)	17,66	7,66–40,68	$< 0,001$

Nhận xét: Ổ phân tích đơn biến, triệu chứng toàn thân, túi cùng chạp đau, ấn đau hạ vị và dịch ổ bụng vừa/nhiều có liên quan thuận; tiền sử TNTC, tim phổi và túi noãn hoàng có liên quan nghịch với kết cục.

Bảng 5. Hồi quy đa biến mô tả các đặc điểm liên quan với lượng máu trong ổ bụng ≥ 300 mL (n=151)

Đặc điểm	aOR	KTC 95%	<i>p</i>
Tiền sử có thai ngoài tử cung	0,13	0,01–1,50	0,102
Triệu chứng toàn thân	1,63	0,49–5,39	0,421
Túi cùng chạp đau	3,41	1,28–9,11	0,014
Có tim phổi	0,35	0,07–1,60	0,174
Có yolk sac	1,97	0,51–7,60	0,325
Dịch ổ bụng vừa/nhiều trên siêu âm	10,39	4,15–25,98	$< 0,001$

Nhận xét: Sau hiệu chỉnh, dịch ổ bụng vừa/nhiều trên siêu âm và túi cùng chạp đau còn có mối liên quan với kết cục. Đây là các biểu hiện đồng thời của tràn máu ổ bụng, không được diễn giải như yếu tố nguy cơ độc lập hoặc công cụ dự báo sớm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ trong nhóm phẫu thuật và đặc điểm chung

Trong 151 trường hợp TNTC được phẫu thuật tại hai bệnh viện, 42,38% có lượng máu trong ổ bụng ≥ 300 mL. Tỷ lệ này chỉ mô tả cơ cấu của nhóm được phẫu thuật, không đại diện cho tỷ lệ mất máu nhiều trong toàn bộ người bệnh TNTC. Nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ trên 55 trường hợp TNTC vỡ ghi nhận 69,1% mất máu ≥ 300 mL [7]. Do khác biệt về quần thể nghiên cứu và tiêu chí phân nhóm, không nên so sánh trực tiếp hai tỷ lệ này.

Nghiên cứu trên 469 trường hợp cần phẫu thuật cấp cứu ghi nhận tuổi trung bình $31,2 \pm 5,65$ [8]. Trong nghiên cứu hiện tại, nhóm 25-35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất; cư trú ngoài Cần Thơ và không sử dụng biện pháp tránh thai chiếm hơn một nửa, nhưng các biến này không cho phép kết luận về nguyên nhân hoặc thời điểm nhập viện.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm ≥ 300 mL

Đau bụng, trễ kinh và ra máu âm đạo vẫn là tam chứng thường gặp nhất, phù hợp Y văn [1], [2], [3]. Tuy nhiên trên lâm sàng, các triệu chứng này có thể không đồng thời xuất hiện. Đáng chú ý, có tới 40,63% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi xuất hiện triệu chứng toàn thân, gợi ý mức độ mất máu và ảnh hưởng huyết động khi nhập viện.

Dịch ổ bụng vừa/nhiều trên siêu âm chiếm 71,88%. Siêu âm ngã âm đạo là phương tiện chủ yếu để xác định vị trí thai và nhận diện dịch tự do hoặc máu ổ bụng; cần được đánh giá kết hợp với lâm sàng và β -hCG để định hướng xử trí [3],[5]. Vì kết cục nghiên cứu cũng dựa trên lượng máu trong ổ bụng, mối liên quan giữa dịch tự do trên siêu âm và kết cục là mối liên quan giữa hai phép đo của cùng quá trình bệnh lý. Mức độ phù hợp giữa siêu âm và phát hiện trong mổ có thể thay đổi theo vị trí thai, như ghi nhận trong nghiên cứu hồi cứu 10 năm trên 337 trường hợp phẫu thuật [9]. Bên cạnh đó, độ chính xác của siêu âm có thể thay đổi theo chất lượng thiết bị, kinh nghiệm người thực hiện và đặc điểm người bệnh [5].

Nồng độ β -hCG phân bố khá rộng và không phản ánh trực tiếp nguy cơ vỡ hay lượng máu trong ổ bụng của TNTC, ngay cả khi β -hCG thấp, khối thai vẫn có thể vỡ và gây xuất huyết ổ bụng đáng kể. Vì thế, không nên chủ quan, không sử dụng đơn độc để đánh giá mức độ nặng của TNTC [2],[3],[5],[10].

4.3. Truyền máu và phương pháp phẫu thuật

Trong nhóm có lượng máu trong ổ bụng ≥ 300 mL, 46,88% được truyền máu và 81,25% được phẫu thuật nội soi. Điều này cho thấy nội soi thường được ưu tiên khi người bệnh ổn định và điều kiện chuyên môn cho phép; mổ mở được lựa chọn khi huyết động không ổn định hoặc cần kiểm soát xuất huyết nhanh [3], [5]. Nghiên cứu chỉ mô tả kết quả điều trị, không so sánh hiệu quả giữa hai đường phẫu thuật.

4.4. Các đặc điểm liên quan với lượng máu trong ổ bụng ≥ 300 mL

Kết cục được xác định bằng lượng máu trong ổ bụng ≥ 300 mL tại thời điểm phẫu thuật; do đó, nghiên cứu không đánh giá “đến muộn” theo nghĩa thời gian và không thể kết luận đặc điểm nào gây tăng lượng máu hoặc làm người bệnh đến viện muộn.

Ở phân tích đơn biến, triệu chứng toàn thân, túi cùng chàm đau, ấn đau hạ vị và dịch ổ bụng vừa/nhiều trên siêu âm có liên quan thuận với kết cục. Sau hiệu chỉnh, dịch ổ bụng vừa/nhiều và túi cùng chàm đau còn ý nghĩa thống kê. Hai dấu hiệu này phản ánh tình trạng máu tích tụ trong ổ bụng và kích thích phúc mạc [4], [5]; do đó, aOR không được diễn giải như mức tăng nguy cơ nguyên nhân, khả năng dự báo độc lập hoặc giá trị sàng lọc sớm. Kết quả chỉ cho thấy sự đồng hiện giữa các dấu hiệu lâm sàng/cận lâm sàng và lượng máu được ghi nhận khi phẫu thuật. Vai trò của dịch tự do trong ổ bụng trong đánh giá người bệnh TNTC cũng được đề cập trong hướng dẫn của Fetal Medicine Barcelona [5].

Tiền sử TNTC có OR=0,07, nghĩa là người có tiền sử TNTC có odds thuộc nhóm mất máu ≥ 300 mL thấp hơn khoảng 93% so với người không có tiền sử. Kết quả này trái với kỳ vọng nếu chỉ xét nguy cơ tái phát TNTC, nếu được giải thích từ góc độ nhận thì những người bệnh đã từng mắc TNTC thường được tư vấn bệnh và có xu hướng đi khám sớm hơn khi xuất hiện các triệu chứng nghi ngờ. Tuy nhiên, do nghiên cứu hiện tại là hồi cứu và chưa đánh giá trực tiếp thời điểm xuất hiện triệu chứng và mức độ hiểu biết của người bệnh nên chưa thể giải thích cơ chế của mối liên quan này hoặc suy luận quan hệ nhân quả.

Khoảng tin cậy của một số OR rộng, phản ánh độ chính xác hạn chế do cỡ mẫu chưa lớn và một số ô có tần số thấp. Nghiên cứu không đánh giá hiệu năng dự báo; vì vậy, mô hình hồi quy không nên được sử dụng như công cụ dự báo lâm sàng.

4.5. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu nên phụ thuộc chất lượng hồ sơ và cách ước lượng lượng máu khi phẫu thuật. Đối tượng chỉ gồm các trường hợp được phẫu thuật tại hai bệnh viện nên hạn chế khả năng khái quát cho toàn bộ người bệnh TNTC. Tiêu chí ≥ 300 mL là định nghĩa vận hành, không phải ngưỡng chuẩn hóa về xuất huyết nặng. Các dấu hiệu siêu âm và thăm khám được ghi nhận gần thời điểm phẫu thuật, tạo nguy cơ vòng lặp trong suy luận khi so sánh với lượng máu trong ổ bụng. Ngoài ra, Nghiên cứu chưa thu thập đầy đủ thời gian khởi phát triệu chứng, thời gian đến viện, chuyển tuyến và yếu tố kinh tế-xã hội.

V. KẾT LUẬN

Trong 151 trường hợp TNTC được phẫu thuật tại hai bệnh viện, 64 trường hợp (42,38%) có lượng máu trong ổ bụng ≥ 300 mL. Ở nhóm này, đau bụng, trể kinh và ra máu

âm đạo là các triệu chứng thường gặp; 46,88% được truyền máu và 81,25% được phẫu thuật nội soi. Dịch ổ bụng vừa/nhiều trên siêu âm và túi cùng chày đau còn có mối liên quan với lượng máu trong ổ bụng ≥ 300 mL sau hiệu chỉnh. Tuy nhiên, đây là các biểu hiện đồng thời của tràn máu ổ bụng, không được diễn giải như yếu tố nguy cơ nguyên nhân, công cụ dự báo sớm hoặc bằng chứng về việc người bệnh đến viện muộn. Cần thực hiện các nghiên cứu tiến cứu có thu thập biến thời gian và chuẩn hóa phương pháp đo lượng máu trong ổ bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Papageorgiou D., Sapantzoglu I., Prokopakis I., Zachariou E. Tubal ectopic pregnancy: from diagnosis to treatment. *Biomedicines*. 2025. 13(6), 1465, <https://doi.org/10.3390/biomedicines13061465>.
2. Mullany K., Minneci M., Monjazeb R., Coiado O.C. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Women's Health*. 2023. 19, 17455057231160349, <https://doi.org/10.1177/17455057231160349>.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE Guideline NG126. 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>.
4. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa. Ban hành kèm theo Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29 tháng 01 năm 2015. Hà Nội: Bộ Y tế. 2015. <https://kcb.vn/thu-vien-tai-lieu/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-cac-benh-san-phu-khoa.html>.
5. Larroya M., Cobo T., Escura S., Ferrero S., Creus M., *et al.* Ectopic pregnancy. *Fetal Medicine Barcelona*. 2024.
6. Fauconnier A., Mabrouk A., Salomon LJ., Bernard JP., Ville Y. Ultrasound assessment of haemoperitoneum in ectopic pregnancy: derivation of a prediction model. *World Journal of Emergency Surgery*. 2007. 2, 23, <https://doi.org/10.1186/1749-7922-2-23>.
7. Nguyễn Xuân Mỹ, Nguyễn Quốc Tuấn, Lưu Tuyết Minh. Nghiên cứu tình hình thai ngoài tử cung vỡ tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 531(1), 387-391, <https://doi.org/10.51298/vmj.v531i1.6994>.
8. Firatlıgil F.B., Topkara Sucu S., Engin Üstün Y. Analysis of ectopic pregnancies requiring life-saving urgent surgery. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2025. 31(2), 125-132, <https://doi.org/10.14744/tjtes.2024.86087>.
9. Mutiso S.K. Correlation of sonographic with intraoperative findings in laparoscopic managed ectopic pregnancies, a 10-year synopsis: a retrospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2024. 24, 296, <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06441-y>.
10. Li P.C., Lin W.Y., Ding D.C. Risk factors and clinical characteristics associated with a ruptured ectopic pregnancy: a 19-year retrospective observational study. *Medicine*. 2022. 101(24), e29514, <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029514>.