

# Các yếu tố nguy cơ liên quan đến chữa ngoài tử cung ở phụ nữ tại trung tâm y tế huyện Chí Linh

Ths. Nguyễn Đức Hùng

TS. Bùi Thị Thu Hà

*Nghiên cứu bệnh - chứng được tiến hành với 60 trường hợp phụ nữ chữa ngoài tử cung (CNTC) (bệnh) và 123 trường hợp phụ nữ đẻ (chứng) tại trung tâm y tế huyện Chí Linh trong giai đoạn 2002-2004. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm đối tượng về các yếu tố liên quan như tuổi, học vấn, nghề nghiệp, hôn nhân, tiền sử gia đình về CNTC. Kết quả của phân tích đôi biến và đa biến đều cho kết quả giống nhau là tiền sử nạo phá thai, viêm nhiễm sinh dục và sử dụng vòng tránh thai là yếu tố nguy cơ của CNTC với OR tương ứng là 2,91 (95% CI: 1,50 - 6,00); 3,71 (95% CI: 1,76 - 7,89); và 4,82 (95% CI: 2,24-10,29). Cần phải tư vấn cho phụ nữ về các biện pháp tránh thai thích hợp, phòng chống viêm nhiễm sinh dục để hạn chế tối đa CNTC và các hậu quả của nó như vô sinh, vỡ tử cung v.v...*

*Từ khóa: Chữa ngoài tử cung, viêm nhiễm sinh dục, vỡ tử cung*

*The case - control study was used to examine 60 women with ectopic pregnancy (EP) (case) at Chi Linh District Health Center during 2002 - 2004 period and 123 women (control) having delivery at the same place, in the same period and living in Chi Linh district during 2002-2004. The analysis of case and control groups did not find differences on personal demographic characteristics such as age, education, profession, marriage and family history with ectopic pregnancy (EP). The results of bivariate and multivariate analyses showed that the significant risk factors on EP are previous abortion, pelvic inflammatory and IUD uses with respective OR: 2.91 (95% CI: 1.50 - 6.00); 3.71 (95% CI: 1.76 - 7.89); and 4.82 (95% CI: 2.24-10.29). Counseling on appropriate contraceptive methods and how to prevent genital infection is needed to minimize the EP and its consequences such as infertility and uterus rupture.*

*Key words: Ectopic pregnancy, genital infection, uterus rupture.*

## 1. Đặt vấn đề:

Chữa ngoài tử cung (CNTC) là trường hợp trứng được thụ tinh và làm tổ ở ngoài tử cung. Trứng thường được thụ tinh ở 1/3 ngoài của vòi trứng, rồi

di chuyển về buồng tử cung. Nếu trứng không di chuyển, hoặc di chuyển về hướng tử cung rồi dừng lại giữa đường, hoặc bị đẩy ra ngoài vòi trứng để làm tổ tại buồng trứng hay trong ổ bụng, sẽ gây ra

chửa ngoài tử cung<sup>1</sup>.

Tỷ lệ mới mắc CNTC có xu hướng tăng lên trên toàn thế giới. Tuy nhiên, trên thế giới hiện nay rất khó đưa ra con số chính xác về tỷ lệ CNTC do có sự khác biệt về hệ thống theo dõi, giám sát của ngành y tế các nước. Theo số liệu chung thì tỷ lệ mới mắc là khoảng 0,094%-3,57%<sup>2</sup>. Từ những năm 1970, tỷ lệ CNTC tăng lên nhanh chóng, chiếm khoảng 1,5% ở các nước phát triển<sup>3</sup> đến khoảng 0,9-4,38% ở các nước đang phát triển<sup>4</sup>. Tại Bệnh viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh, tỷ lệ này tăng từ 1,16% (1988-1992) đến 2,51% (1995) và 4,04% (2002-2003)<sup>5-6</sup>. Theo giáo sư Dương Thị Cương<sup>7</sup> thì tỷ lệ CNTC của Việt Nam là khoảng 0,25-0,3%.

CNTC là một trong những nguyên nhân chính gây nên bệnh tật và tử vong ở phụ nữ trong lứa tuổi sinh sản, chiếm tới 9% tử vong ở phụ nữ có thai trong vòng 3 tháng đầu<sup>8</sup>. Ở Việt Nam, CNTC là một biến chứng nguy hiểm gây ra tử vong cao, đặc biệt khi điều kiện giao thông và thông tin còn nghèo nàn. Mổ cấp cứu là giải pháp chính hiện nay.

Huyện Chí Linh bao gồm 17 xã và 3 thị trấn. Trong vòng 3 năm (2002-2004), bình quân có 5-6 bệnh nhân chửa ngoài tử cung nhập viện (bệnh viện huyện) do băng huyết, vỡ chửa ngoài tử cung. Tỷ lệ CNTC hiện nay là khoảng 0,22%. Đa đa số các ca CNTC nhập viện muộn (vỡ, băng huyết, sốc) và bệnh viện chỉ có khả năng mổ cấp cứu.

Cho đến nay, trên địa bàn Chí Linh chưa có một nghiên cứu nào về tình hình CNTC trong cộng đồng phụ nữ tuổi sinh đẻ. Nghiên cứu này nhằm xác định một số yếu tố nguy cơ gây CNTC ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại huyện Chí Linh, đề xuất các giải pháp nhằm giảm tỷ lệ chửa ngoài tử cung trong tương lai.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu bệnh - chứng*

Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu bao gồm tất cả phụ nữ được chẩn đoán và phẫu thuật là CNTC tại trung tâm y tế Chí Linh từ 01/01/2002 đến 31/12/2004 và hiện tại sống tại địa bàn Chí Linh có địa chỉ rõ ràng (nhóm bệnh = 60 người) và những phụ nữ đẻ thường tại trung tâm y tế Chí Linh cùng thời điểm với nhóm bệnh hiện đang sống tại huyện Chí Linh - Hải Dương (Nhóm chứng = 123 người). Với trường hợp một ca bệnh có nhiều ca chứng thì lấy 2 ca chứng có nhóm tuổi tương ứng.

*Thu thập số liệu*

Số liệu điều tra được thu thập bằng bộ câu hỏi phỏng vấn và do điều tra viên của CHILILAB chịu trách nhiệm thu thập. Bộ câu hỏi được thử nghiệm trên 20 đối tượng. Sau khi thử nghiệm, bộ câu hỏi được chỉnh sửa để có được ngôn từ thích hợp ở địa phương.

*Các biến số nghiên cứu:*

- Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: tuổi, học vấn, nghề nghiệp, hôn nhân, tiền sử CNTC của gia đình.

- Tiền sử sản khoa như tiền sử nạo hút thai, viêm nhiễm đường sinh sản và sử dụng vòng tránh thai, mổ tiểu khung, tiền sử vô sinh/ điều trị vô sinh, số lượng bạn tình, sống với chồng/bạn tình, mắc bệnh mãn tính khi mang thai và hút thuốc lá khi mang thai.

*Phân tích và xử lý số liệu*

Số liệu thu thập được nhập bằng phần mềm EPI INFO và xử lý bằng SPSS 11.0. Các test thống kê đơn thuần, khi bình phương được sử dụng để phân tích sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh chứng. Phương pháp phân tích hồi quy đa biến logic được sử dụng để đưa ra mô hình hồi quy logistic tốt nhất.

## 3. Kết quả nghiên cứu

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tuổi, học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và tiền sử gia đình ( $p > 0,05$ ). Tuổi của các bà mẹ ở cả 2 nhóm là tương đương nhau. Tỷ lệ cao nhất ở hai nhóm là ở lứa tuổi 25-34, sau đó là ở các lứa tuổi khác.

Trình độ học vấn ở 2 nhóm bệnh và chứng là gần tương đương. Số người có trình độ cấp II chiếm tỷ lệ cao nhất ở hai nhóm (khoảng một nửa). Sau đó là số người có trình độ cấp I. Số người có trình độ cấp III và trung cấp trở lên chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Tỷ lệ phân bố nghề nghiệp của 2 nhóm cũng gần tương đương nhau, chủ yếu là làm ruộng và buôn bán nhỏ (78,3%-20% và 66,7%-21,1%). Số người làm cán bộ công chức, công nhân chiếm tỷ lệ thấp ở cả hai nhóm.

Tỷ lệ có chồng ở cả 2 nhóm là tương đương (95,9% và 95,6%), chỉ có 1,6% ở nhóm chứng là chưa có chồng. Tiền sử gia đình có mẹ, chị em gái ruột có CNTC ở hai nhóm cũng là tương đương, tỷ lệ thấp là 1,6 1,7%.

Bảng 2 cho thấy mối liên quan giữa CNTC và

**Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm CNTC (N=60)	Không CNTC (N=123)	Tổng (N=183)
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Tuổi</b>			P > 0,05
24 tuổi	7(11,7)	41(33,3)	48 (26,2)
25-34 tuổi	26(43,3)	69 (56,1)	95 (52,0)
35-44 tuổi	21(35,0)	2 (9,8)	33 (18,0)
45 tuổi	6 (10,0)	1 (,8)	7 (0,04)
<b>Trình độ học vấn</b>			P>0,05
Biết đọc, viết	0 (0,0)	2(1,6)	2(1,1)
Cấp I	19(31,7)	36(29,3)	55(30,1)
Cấp II	34(56,7)	56(45,5)	90(49,2)
Cấp III	7 (11,6)	23(18,7)	30(16,4)
Trung cấp trở lên	0 (0,0)	6(4,9)	6(3,3)
<b>Nghề nghiệp</b>			P>0,05
Làm ruộng	47(78,3)	82(66,7)	128(70,5)
Buôn bán	12(20,0)	26(21,1)	38(20,8)
Cán bộ viên chức		3(2,4)	3(1,6)
Công nhân		5(4,1)	5(2,7)
Khác	1(1,7)	7(5,7)	8(4,4)
<b>Tình trạng hôn nhân</b>			P>0,05
Có chồng	57(95,0)	118 (95,9)	175 (95,6)
Lý dị	2(3,3)	1(,8)	3(1,6)
Góa	1(1,7)	2(1,6)	3(1,6)
Chưa có chồng		2(1,6)	2 (1,1)
<b>Tiền sử gia đình</b>			
Có người bị CNTC	1(1,7)	2(1,6)	3(1,6)

**Bảng 2. Mối liên quan giữa CNTC và tiền sử sản phụ khoa**

Các yếu tố	CNTC (N=60)	KhôngCNTC (N=123)	Odd ratio (95% CI)
	n (%)	n (%)	
<b>Nạo /hút thai</b>			p<0,05
Có	32(53,3)	34(27,6)	2,99 (1,50-6,00))
Không	28(46,7)	89(72,4)	
<b>Viêm nhiễm đường sinh sản</b>			p<0,05
Có	26(43,3)	21(17,1)	3,71 (1,76 7,89)
Không	34(56,7)	102(82,9)	
<b>Sử dụng VTT</b>			p<0,05
Có	29(48,3)	20(16,3)	4,82 (2,27 10,29)
Không	31(51,7)	103(83,7)	

một số yếu tố về tiền sử sản khoa. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm liên quan đến

tiền sử nạo hút thai (p<0,05). Tiền sử nạo hút thai ở nhóm có CNTC cao hơn so với nhóm không CNTC (53,3>27,6%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. OR = 2,99; 95% CI: 1,50-6,00.

Tỉ lệ mắc bệnh viêm nhiễm đường sinh sản ở nhóm CNTC cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê (p<0,05) so với nhóm không có CNTC (43,3 và 17,1%). Những phụ nữ có mắc viêm nhiễm sinh sản có nguy cơ CNTC cao gấp 3,7 lần so với những người không bị viêm nhiễm (OR=3,7; 95% CI = 1,2-2,3).

Trong số các BPTT được sử dụng thì vòng tránh thai (VTT) chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm (46,0 và 52,6%); sau đó là biện pháp tự nhiên (27,0 và 26,3%). Các biện pháp khác như thuốc viên tránh thai hoặc bao cao su sử dụng với tỷ lệ thấp hơn. Những phụ nữ có sử dụng VTT có nguy cơ mắc CNTC cao hơn 2,6 lần có ý nghĩa thống kê so với những phụ nữ không sử dụng VTT (48,3% > 16,3%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=4,8; 95% CI = 2,4 9,6).

**Bảng 3. Mối liên quan giữa CNTC và tiền sử ngoại khoa và một số yếu tố khác**

Các yếu tố	CNTC (N=60)	Không CNTC (N=123)	Tổng (N=183)
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Mổ</b>			P>0,05
- Có	2 (3,3)	6 (4,9)	8(4,4)
- Không	58 (96,7)	117 (95,1)	175(95,6)
<b>Tiền sử vô sinh</b>			P>0,05
- Có	1(1,7)	4 (3,3)	5(2,7)
- Không	59(98,3)	119(96,7))	178(97,3)
<b>Tiền sử điều trị vô sinh</b>			P>0,05
- Điều trị vô sinh	1(100,0)	2(50,0)	3(60,0)
- Không điều trị vô sinh	0	2(50,0)	2(40,0)
<b>Số lượng bạn tình</b>			P>0,05
- Một bạn tình	58(96,7)	120(97,6)	178(97,3)
- Một bạn tình	2(3,3)	3(2,4)	5(2,7)
<b>Thường xuyên sống với chồng/bạn tình</b>			P>0,05
- Có	48(80,0)	103(83,7)	151(82,5)
- Không	12(20,0)	20(16,3)	32(17,5)
<b>Mắc bệnh mãn tính khi mang thai</b>			P>0,05
- Có	4(6,7)	7(5,7)	1(16,0)
- Không	56(93,3)	116(94,3)	172(94,0)
<b>Hút thuốc lá</b>			P>0,05
- Có	60(100,0)	123(100,0)	183(100,0)
- Không			

Bảng 3 cho biết mối liên quan giữa tiền sử ngoại khoa (mổ tiểu khung) và một số yếu tố khác như tiền sử vô sinh và điều trị vô sinh, số bạn tình, sống với bạn tình và hút thuốc lá. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về những yếu tố này ( $p>0,05$ ). Tỷ lệ mổ ở cả hai nhóm là gần như tương đương (3,3 và 4,9%). Chủ yếu ở đây là mổ ruột thừa, mổ đẻ và một số mổ khác ở vùng tiểu khung.

Tiền sử vô sinh cũng không có gì khác biệt (1,7 và 3,3 %). Một người có tiền sử vô sinh ở nhóm CNTC có điều trị vô sinh, và 2/4 người vô sinh ở nhóm không có CNTC có điều trị.

Đại đa số là phụ nữ ở cả hai nhóm đều có một bạn tình (96,7 và 97,0%) và sống chung với chồng/bạn tình (80,0 và 83,7%). Chỉ có một số ít phụ nữ mắc bệnh mãn tính khi mang thai mà thôi (6,7 và 5,7%). Tất cả phụ nữ ở cả hai nhóm đều không hút thuốc.

Mô hình hồi quy logistic đa biến được xây dựng dựa trên các yếu tố cá nhân và yếu tố nguy cơ đã nêu ở trên, có kiểm soát các yếu tố cá nhân (tuổi, nghề nghiệp, trình độ văn hóa và hôn nhân), sử dụng phương pháp hồi quy logistic đa biến và được đưa ra như sau:

**Bảng 4. Mô hình hồi quy logic đa biến về các yếu tố nguy cơ của CNTC**

Các yếu tố	Tỷ suất chênh	Khoảng tin cậy 95 %	Giá trị p
Có nạo hút thai	2,54	1,08 - 5,96	0,03
Có tiền sử viêm nhiễm	2,76	1,14 - 6,66	0,02
Có tiền sử sử dụng VTT	4,23	1,79 - 9,9	0,001
Khi bình phương = 68,564 2 log likelihood = 157,708			P model = 0,000

Cả 3 yếu tố nạo hút thai, tiền sử viêm nhiễm và tiền sử sử dụng vòng tránh thai có liên quan chặt chẽ đến CNTC. Những đối tượng có tiền sử nạo hút thai có nguy cơ CNTC cao gấp 2,5 lần so với những người không có tiền sử nạo hút thai (OR=2,5; 95% CI: 1,08 - 5,96;  $p<0,05$ ). Những đối tượng có tiền sử viêm nhiễm có nguy cơ CNTC cao gấp 2,7 lần những đối tượng không có tiền sử viêm nhiễm (OR=2,7; 95% CI: 1,14 - 6,66;  $p<0,05$ ) và những đối tượng có tiền sử sử dụng VTT có nguy cơ CNTC cao gấp 4,2 lần so với những đối tượng chưa sử dụng VTT (OR=4,2; 95% CI: 1,79 - 9,9;  $p<0,05$ ). Mô hình

trên có ý nghĩa thống kê với  $p<0,05$  và Khi bình phương = 68,5.

#### 4. Bàn luận

Đây là một nghiên cứu bệnh - chứng sử dụng nhóm bệnh (CNTC) tại bệnh viện và nhóm đối chứng là những người đẻ (có thai trong tử cung) tại bệnh viện cùng thời điểm. Để xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến CNTC hầu hết các nghiên cứu trên thế giới đều sử dụng thiết kế nghiên cứu bệnh - chứng tại bệnh viện. Thiết kế của nghiên cứu này là phù hợp để kiểm định mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với CNTC.

Lựa chọn nhóm bệnh từ bệnh viện giúp cho nghiên cứu tránh khỏi các sai số phân loại (đã được mổ xử trí vỡ CNTC tại bệnh viện). Nhóm đối chứng được lựa chọn là những người đẻ (có thai trong tử cung) tại cùng thời điểm, và cùng địa bàn sinh sống với ca CNTC. Việc lựa chọn này dựa trên bệnh án lưu tại bệnh viện giúp cho lựa chọn nhóm chứng đại diện cho cộng đồng, tránh được các sai số lựa chọn.

Trong các nghiên cứu dịch tễ học tại cộng đồng có thể gặp nhiều yếu tố gây nhiễu. Tuy nhiên với cách phân tích hồi quy logistic giúp hạn chế được các yếu tố nhiễu có hiệu quả và đây cũng là một điểm mạnh trong nghiên cứu này. Kết quả này chỉ rõ có mối liên quan rất chặt chẽ giữa tiền sử nạo hút thai, viêm nhiễm sinh sản và sử dụng VTT với CNTC trong cả phân tích đơn biến (bảng 2) và đa biến (bảng 4).

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã phân ra các yếu tố nguy cơ của CNTC làm 3 loại: nguy cơ cao (tiền sử CNTC, mổ khung chậu, thất bại trong sử dụng VTT); nguy cơ trung bình (vô sinh, viêm khung chậu, và điều trị vô sinh); và nguy cơ thấp (tiền sử mổ ổ bụng, quan hệ tình dục sớm, hút thuốc lá)<sup>9</sup>. Theo Bernoux và cộng sự<sup>10</sup> thì các yếu tố nguy cơ có thể xuất hiện ở 50% người bị CNTC. Tiền sử CNTC làm tăng nguy cơ 10%; mổ buồng trứng là 9,5%; viêm nhiễm sinh sản là 4%; và điều trị vô sinh là 4,5%. Sử dụng VTT có thể làm tăng nguy cơ CNTC lên 10% đối với những loại vòng như Cu375 hay Copper T 380.

Liên quan đến yếu tố nguy cơ do nạo phá thai thì có nhiều kết quả trái ngược. Nạo hút thai được khẳng định trong y văn là yếu tố nguy cơ cao<sup>11</sup>; trong khi một số nghiên cứu khác lại không chỉ ra được nạo phá thai là yếu tố nguy cơ.

Nạo hút thai không phải là nguyên nhân trực tiếp gây CNTC mà thường phải trải qua giai đoạn viêm nhiễm sinh dục cấp tính hay mãn tính hoặc có khi không có triệu chứng lâm sàng. Cơ chế này đã được nhiều tác giả chỉ rõ<sup>12</sup>. Nạo hút thai nếu không đảm bảo vô khuẩn sẽ dẫn đến viêm nhiễm sinh dục như viêm nội mạc tử cung, viêm phần phụ hoặc viêm tiểu khung cấp tính. Tuy vậy quá trình này thường diễn ra dài, không có biểu hiện lâm sàng rõ rệt gây viêm dính, tắc vòi tử cung và gây ra vô sinh hoặc CNTC.

Viêm nhiễm sinh dục là yếu tố nguy cơ gây CNTC đã được nhiều nghiên cứu khẳng định Nguyên nhân phổ biến nhất của viêm nhiễm sinh dục là do Chlamydia, gonorrhoea hoặc và tổ hợp<sup>13,14</sup>. Trong nghiên cứu này viêm nhiễm sinh dục là yếu tố nguy cơ của CNTC với OR = 3,71.

Việc sử dụng VTT có gây ra nguy cơ CNTC không cũng không nhận được câu trả lời một cách thống nhất giữa các nghiên cứu. Trong khi Anorlu, Ayodeji và cộng sự<sup>9</sup> khẳng định rằng VTT là yếu tố nguy cơ gây CNTC thì một nghiên cứu khác thực hiện tại Việt Nam với 24.000 người sử dụng VTT lại không tìm ra sự khác biệt về tỷ lệ CNTC giữa người sử dụng VTT và người không sử dụng. Ngược lại VTT lại có xu hướng làm giảm tỷ lệ CNTC bằng 75%<sup>15</sup>. Trong nghiên cứu này VTT lại được xác định là một yếu tố nguy cơ với OR = 4,82. Có thể VTT không là nguyên nhân trực tiếp gây CNTC nhưng đặt VTT không tuân thủ quy trình vô khuẩn có thể gây nên viêm nhiễm và đó là yếu tố gián tiếp gây ra CNTC. Cần có nghiên cứu thuần tập hoặc là một nghiên cứu bệnh chứng quy mô hơn để có thể có thêm bằng chứng về giả thuyết này. Tuy nhiên khi đặt VTT cho phụ nữ cần phải tuân thủ đầy đủ các quy trình để có thể tránh các tai biến,

viêm nhiễm và cần có theo dõi sau khi đặt VTT cho phụ nữ.

Trong nghiên cứu này không chứng minh được các yếu tố như tiền sử mổ tiểu khung, điều trị vô sinh, số lượng bạn tình và hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ liên quan đến CNTC. Số lượng phụ nữ hút thuốc lá trong nghiên cứu này là không có do vậy kết quả nghiên cứu không tìm ra được mối liên quan. Một số thông tin mang tính nhạy cảm như số lượng bạn tình có thể không được phản ánh chính xác trong khi trả lời bảng hỏi. Đó cũng là một trong những hạn chế của đề tài. Cần có những nghiên cứu dài và có quy mô lớn hơn để khẳng định mối liên quan đã được đề cập đến trong y văn.

Nghiên cứu đã chỉ ra một số yếu tố liên quan chặt chẽ đến CNTC ở Chí Linh là nạo hút thai, viêm nhiễm sinh sản và sử dụng VTT. Các yếu tố nguy cơ như nạo hút thai và viêm nhiễm sinh sản là những vấn đề có thể phòng chống được. Các thông điệp truyền thông tại cộng đồng và cơ sở y tế nên hướng vào lĩnh vực này, nâng cao kiến thức chung của người phụ nữ và cộng đồng về biện pháp tránh thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục/ viêm nhiễm sinh dục.

Cần tư vấn kỹ cho phụ nữ trước khi thực hiện nạo hút thai, giúp cho họ lựa chọn BPTT phù hợp, không chỉ lệ thuộc vào mỗi VTT mà thôi. Đa dạng hóa các BPTT là một trong những chiến lược về chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ, tư vấn đúng đối tượng sử dụng và sử dụng đúng cách để có thể tránh có thai ngoài ý muốn, tránh mắc các bệnh viêm nhiễm sinh dục và hạn chế nạo phá thai, viêm nhiễm gây các hậu quả không mong muốn như vô sinh và CNTC là một trong những điểm chính mà những người thực hiện chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản cần phải hướng tới.

**Tác giả:**

- BS. Nguyễn Đức Hùng. Giám đốc trung tâm y tế Văn Đồn. Quảng Ninh.
- TS. Bùi Thị Thu Hà. Phó Hiệu trưởng, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội. Địa chỉ: 138 Giảng Võ, Hà Nội. Email: bth@hsph.edu.vn

**Tài liệu tham khảo**

1. Đại học Y Hà Nội (2004). Bài giảng sản phụ khoa. Tập I. Tái bản lần 3. Nhà xuất bản y học.
2. Gharoro, E. P. and A. A. Igbafe (2002). Ectopic pregnancy revisited in Benin City, Nigeria: analysis of 152 cases. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 81: 1139-1143
3. Bernoux, A., N. Job - Spira, et al. (2000). Fertility outcome after ectopic pregnancy and use of an IUD at the time of index ectopic pregnancy. *Human Reproduction* 15(5): 1173-1177.
4. Anorlu, R. I., O. Ayodeji, et al. (2005). Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 84: 184-188.
5. Lê Chí Trinh (2004). Tình hình chữa ngoài tử cung tại bệnh viện bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh năm 1995. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa. Đại học Y Hà Nội.
6. Lê Hằng Thu (2004). Tình hình chữa ngoài tử cung tại bệnh viện bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh năm 2002 - 2003. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa. Đại học Y Hà Nội.
7. Dương Thị Cương (2000). Chữa ngoài tử cung. Bách khoa thư bệnh học tập I. Trung tâm biên soạn từ điển quốc gia Việt Nam.
8. Barnhart, K. T., I. Katz, et al. (2002). Presumed Diagnosis of Ectopic Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 100(3): 501-510.
9. Varma, R. and L. Mascarenhas (2002). Evidence-based-management of ectopic pregnancy. *Current Obstetrics & Gynaecology* 99(5 (2)): 933-934
10. Taminzian, O. and S. Arulkumaran (2004). Bleeding in early pregnancy. *Current Obstetrics & Gynaecology* 14: 23-33.
11. Lê Anh Tuấn, Phạm Huy Dũng, Nguyễn Đức Vy (2002). Mối liên quan giữa tiền sử hút điều hòa kinh nguyệt và chữa ngoài tử cung: một nghiên cứu bệnh chứng tại cộng đồng ở Hà Nội. *Tạp chí Y học thực hành* (10): 422 - 423).
12. Atrash, H. K., L. T. Strauss, et al. (1997). The Relation Between Induced Abortion and Ectopic Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 89(4): 512-518.
13. Marchbank, P.A; Annegers, J.F et al (1998). Risk factors for ectopic pregnancy. A population based study. *The Journal of American Medical Association* 259 (12)
14. Deneux, C. T., J. Bouyer, et al. (1998). Risk of ectopic pregnancy and previous induced abortion. *American Journal of Public Health* 88(3): 401-405.
15. Hieu, D. T. and T. T. Luong (2003). The rate of ectopic pregnancy for 24,589 quinacrine sterilization (QS) users compared to users of other methods and no method in 4 provinces in Vietnam, 1994-1996. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* .83(2) : S35-S43.
16. Lê Anh Tuấn (1998). Hút điều hòa kinh nguyệt và những nguy cơ chữa ngoài tử cung. *Tạp chí Y học thực hành* 11 (357).