

## NHÂN MỘT CA BỆNH: HỘI CHỨNG SỐC NHIỄM ĐỘC Ở TRẺ MẮC THỦY ĐẬU

Phạm Thị Mai Hương<sup>1</sup>, Hà Thị Kiều Oanh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Thủy đậu thường được coi là một bệnh lành tính, bệnh có thể khỏi và phục hồi nhanh chóng sau 7-10 ngày mà không gây ra nhiều vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, thủy đậu có thể gây biến chứng, trong đó nhiễm trùng da là phổ biến nhất. Hội chứng sốc nhiễm độc (Toxic shock syndrome – TSS) ở trẻ mắc thủy đậu là một trong những biến chứng rất nghiêm trọng, đe dọa tính mạng trẻ, thậm chí gây tử vong. Chúng tôi báo cáo trường hợp trẻ mắc thủy đậu có biến chứng hội chứng sốc nhiễm độc. **Ca bệnh báo cáo:** Trẻ nam khởi phát thủy đậu khi 53 ngày tuổi, sau 3 ngày tổn thương mụn nước, mụn mủ, phỏng trợt da lan tỏa, kèm theo trẻ sốt. Trẻ biểu hiện hội chứng sốc nhiễm độc, suy đa tạng và tử vong sau 6 ngày nhập viện. **Từ khóa:** Hội chứng sốc nhiễm độc (TSS), thủy đậu, trẻ em

### SUMMARY

#### A CASE REPORT: TOXIC SHOCK SYNDROME IN CHILDREN WITH CHICKENPOX

**Introduction:** Chickenpox is generally considered a benign disease, which can recover quickly in 7-10 days without causing any serious health problems. However, in some cases, chickenpox can cause complications such as secondary infection in the skin is the most common. Toxic shock syndrome (TSS) in children with chickenpox is one of the most serious, life-threatening, even fatal complications. We report a case of chickenpox children with complications of toxic shock syndrome. **Case report:** A male infant presented chickenpox at 53 days of age. Three days later, there were vesiculo-pustular, blistering lesions, and diffuse desquamation on his skin, with fever. The child manifested with toxic shock syndrome, multi-organ dysfunction, and death after 6 days of hospitalization. **Keywords:** Toxic shock syndrome – TSS, chickenpox, children

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủy đậu không thường gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 6 tháng, do nhiễm Varicella zoster virus (VZV), tuy nhiên nếu mắc bệnh sẽ có nguy cơ biến chứng nặng và tỷ lệ tử vong cao, theo Preblud SR và cộng sự, tỉ lệ này lên đến 20-31% [1]. Biến chứng của thủy đậu đa dạng có thể xuất hiện ở nhiều cơ quan như viêm phổi nặng do virus, viêm não, nhiễm khuẩn huyết (liên cầu

khuẩn, tụ cầu khuẩn), ban xuất huyết giảm tiểu cầu...đặc biệt nhiễm trùng da thứ phát là biến chứng phổ biến nhất của thủy đậu. Bội nhiễm tụ cầu và liên cầu gây chốc, loét, viêm mô tế bào..., nặng hơn vi trùng có thể xâm nhập từ mụn nước vào máu gây nhiễm trùng huyết, hội chứng sốc nhiễm độc.

Hội chứng sốc nhiễm độc là một tình trạng nhiễm khuẩn hiếm gặp, triệu chứng xuất hiện thường nhanh, đột ngột, nguy cơ đe dọa tính mạng người bệnh. Nguyên nhân thường do sự giải phóng độc tố của vi khuẩn tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) hoặc các liên cầu nhóm A (*Streptococcus*).

Hội chứng sốc nhiễm độc tụ cầu (Staphylococcal toxic shock syndrome) là do một số chủng sản sinh độc tố: Toxic shock syndrome toxin-1 chiếm 75%, enterotoxin B 23% và enterotoxin C 2% bệnh nhân TSS.

Hội chứng sốc nhiễm độc liên cầu khuẩn (Streptococcal toxic shock syndrome) là một biến chứng nghiêm trọng gây ra bởi ngoại độc tố của liên cầu nhóm A (Group A *Streptococcus*- GAS).

Biểu hiện lâm sàng của TSS, nhiều cơ quan trong cơ thể sẽ bị ảnh hưởng cùng lúc. Triệu chứng từng ca bệnh phụ thuộc chủng vi khuẩn gây bệnh, một số dấu hiệu chung như: Sốt, mệt mỏi, đau đầu, nôn trớ, tiêu chảy, ban da, rối loạn huyết động...

Một số tác giả cho thấy, tình trạng nhiễm khuẩn nặng toàn thân có biểu hiện tổn thương lan tỏa trên da ở bệnh nhân mắc thủy đậu như hội chứng bong vảy da do tụ cầu và hội chứng sốc nhiễm độc là hiếm gặp, nhưng khi xảy ra thì tỷ lệ tử vong cao.

### II. CA BỆNH BÁO CÁO

Trẻ nam 56 ngày tuổi, trẻ là con lần 3, cân nặng khi sinh 3400 gram, Apgar sau sinh bình thường. Thời kỳ mang thai, mẹ khám thai định kỳ đầy đủ, mẹ không có bệnh lý mãn tính và không phát hiện thấy bất thường ở thai nhi.

Ngày thứ 44 sau sinh, mẹ của trẻ xuất hiện các mụn nước rải rác ở thân mình lan nhanh toàn thân, ngứa, kèm theo sốt nhẹ, mẹ được xác định mắc thủy đậu, trẻ vẫn bú mẹ trong thời gian mẹ bị bệnh. Bố và anh trai của trẻ cũng mắc thủy đậu cùng thời điểm này. Sau 7 ngày những người mắc bệnh trong gia đình trẻ khỏi hoàn toàn.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Mai Hương

Email: drmaihuong272@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 4.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.5.2024

Ngày duyệt bài: 12.6.2024

Khi trẻ 53 ngày tuổi, trẻ xuất hiện mụn nước nhỏ trên nền da dát đỏ, lây lan nhanh từ mặt lan ra toàn thân, gia đình cho trẻ tắm lá cây (thuốc nam không rõ loại). Hai ngày sau trẻ có biểu hiện sốt, vài mụn nước hóa mủ, vài mụn nước tăng dần kích thước thành bong nước, tổn thương bong nước vỡ để lại các vết trợt da nông, bong da mỏng, rải rác toàn thân. Ngoài ra, trẻ đi ngoài phân lỏng vàng 7-8 lần/ngày, bú kém, trẻ mệt, ngủ nhiều li bì. Vào ngày thứ 3 của bệnh, trẻ được đưa vào bệnh viện tỉnh trong tình trạng suy hô hấp, suy tuần hoàn và được nhận định: Sốc nhiễm khuẩn/Thủy đậu. Xử trí tại bệnh viện tỉnh: đặt nội khí quản, thở máy, duy trì 2 thuốc

vận mạch, tiêm kháng sinh Vancomycin, Meropenem, Acyclovir và chuyển Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tình trạng trẻ khi vào Bệnh viện Nhi Trung ương: Suy hô hấp, suy tuần hoàn nặng biểu hiện SpO<sub>2</sub> 98%, mạch 156 lần/phút, huyết áp 60/35/47 mmHg, Refill 2-3 giây, chi lạnh, hạ thân nhiệt 35,5°C, không có nước tiểu.

Tổn thương da: dát đỏ, bong da, trợt da nông thành mảng rải rác toàn thân, nhiều ở hai tay, hai chân, xen kẽ rải rác mụn nước, tổn thương xuất huyết, vảy tiết, vảy da. Chẩn đoán: Hội chứng sốc nhiễm độc (Toxic shock syndrome - TSS)/Thủy đậu/Theo dõi nhiễm khuẩn huyết

Ngày vào viện	BC/Hb /TC			CRP/Pro-calcitonin		GOT/GPT		PT/APTT/ Fib			Khí máu		
	(G/L)	(g/L)	(G/L)	(mg/L)	(ng/ml)	(U/L)	(U/L)	(%)	(s)	(g/L)	pH	HCO <sub>3</sub>	BE
<b>N1</b>	2.1	97	61	39	>100	244	60	52	61.9	2.15	7.24	22.7	-4.7
<b>N2</b>	6.8	88	28	114	>100	217	58	32	67.1	1.14	7.28	23.5	-3.2
<b>N3</b>	12	85	34	128		186	61	90	57	1.55	7.26	25.6	-1.7
<b>N4</b>	12	91	53	92		279	107	94	46	2.31	7.27	24.8	-2.5
<b>N5</b>	20	64	15	45		118	203	87	45	1.8	7.28	26.8	-0.6
<b>N6</b>	39	80	43	41		67	137	76	51	1.13	6.81	9.9	-24.4

Một số xét nghiệm: Huyết học, sinh hóa và vi sinh

(N: ngày; BC: bạch cầu, TC: tiểu cầu; Pro-calcitonin: pro-calcitonin; Fib: Fibrinogen)

PCR (dịch nốt phỏng, dịch họng, máu): VZV dương tính; VZV IgM Elisa: dương tính (>200 u/mL); Cấy dịch nốt phỏng: tụ cầu vàng; Cấy máu và dịch nội khí quản đều âm tính.

Trẻ được điều trị thở máy, duy trì các thuốc vận mạch liều cao (Adrenalin, Noradrenalin, Milrinone), sử dụng kháng sinh Vancomycin, Linezolid, Meropenem, Acyclovir, truyền dịch, truyền máu và các chế phẩm máu, albumin, lọc máu liên tục, dùng IVIG, điều chỉnh nước điện giải, kiểm toan.

Chăm sóc tổn thương da tích cực bằng thay băng, đắp gạc xốp kháng khuẩn có chứa nano bạc (Gạc Hetis, Gạc Anson). Bôi thuốc ngừa bội nhiễm.

Sau 5 ngày điều trị tình trạng trẻ có dấu hiệu tiến triển nên trẻ đã được cai thở máy, chuyển sang hỗ trợ thở oxy, dùng được các loại thuốc vận mạch, vẫn tiếp tục lọc máu liên tục. Tổn thương da khô dần, hết bong trợt da, tuy nhiên có nhiều chấm xuất huyết dưới da toàn thân.

Sau cai máy thở 1 ngày, trẻ đột ngột xuất hiện tình trạng chảy máu phổi, tình trạng trẻ tiến triển nặng nhanh chóng, suy hô hấp thở máy tần số cao (FiO<sub>2</sub>: 100%), suy tuần hoàn duy trì lại các thuốc vận mạch liều cao, trẻ được truyền máu và các chế phẩm máu. Siêu âm tim, phổi, ổ bụng, chụp Xquang loại trừ các tình trạng tràn dịch-tràn khí màng tim, tràn dịch-tràn khí màng

phổi, tràn dịch ổ bụng. Dù được điều trị tích cực nhưng tình trạng chảy máu phổi của trẻ vẫn tiến triển nặng, SpO<sub>2</sub> giảm dần, trẻ tử vong 18 giờ sau khi vào thở máy lại và là ngày thứ 6 sau nhập Bệnh viện Nhi Trung ương.

### III. BÀN LUẬN

Thủy đậu là bệnh do Varicella zoster virus (VZV) gây ra với biểu hiện lâm sàng điển hình là các mụn nước rất nhỏ như những giọt sương trên cánh hoa hồng, nông, xung quanh là các quầng đỏ ở giữa lõm, lây lan nhanh, có thể kèm theo các triệu chứng toàn thân như sốt, nhức đầu, mệt mỏi trước khi các mụn nước thủy đậu xuất hiện [2]. Chẩn đoán thủy đậu ở trẻ nhỏ chủ yếu là dựa vào các triệu chứng lâm sàng điển hình. Đặc biệt là trường hợp có tiền sử dịch tễ tiếp xúc với người bị thủy đậu, các xét nghiệm huyết thanh đôi khi không nhất thiết cần thực hiện. Tuy nhiên trong những trường hợp cần thiết các xét nghiệm sinh học phân tử như PCR xác định DNA của virus cũng hữu ích với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Như trường hợp ca bệnh của chúng tôi, xét nghiệm PCR VZV dương tính trong dịch nốt phỏng nước, dịch họng và máu càng củng cố chắc chắn trẻ nhiễm VZV và mắc thủy đậu như các thành viên trong gia đình.

Biến chứng phổ biến nhất của thủy đậu là nhiễm khuẩn thứ phát da và mô mềm. Theo Singalavanija và cộng sự ghi nhận 9 trường hợp bị nhiễm khuẩn mô mềm (35%), 8 trường hợp nhiễm trùng huyết (30%), 7 trường hợp

viêm phổi (26%) và 1 trường hợp viêm gan (4%). Trên bệnh nhân thủy đậu, hàng rào da bị phá vỡ tính toàn vẹn và giảm miễn dịch tại chỗ do nhiễm virus là yếu tố thuận lợi cho nhiễm khuẩn mô mềm [3].

Hội chứng sốc nhiễm độc (TSS) được định nghĩa là tình trạng bệnh nặng cấp tính, nguy hiểm tính mạng với các biểu hiện sốt cao, phát ban đỏ lan tỏa toàn thân, hạ huyết áp, rối loạn chức năng từ ba hệ cơ quan trở lên và bong da. Trong đó triệu chứng bong da có thể xuất hiện trong vòng 1 đến 3 tuần sau khởi phát. Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng sốc nhiễm độc bao gồm: sốt, tiêu chảy, đau mỗi cơ, da phát ban đỏ, sưng nề sau đó bong tróc da ở các chi, môi lưỡi đỏ, viêm kết mạc, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, rối loạn chức năng thần kinh, xét nghiệm máu giảm tiểu cầu, tăng men gan, tăng ure máu, tăng creatinin máu, rối loạn đông máu, rối loạn điện giải...[4].

Trong y văn, nhiễm khuẩn liên cầu nhóm A và tụ cầu vàng đều có thể gây ra tình trạng hội chứng sốc nhiễm độc [3][4]. Trên bệnh nhân báo cáo, cấy dịch nốt phỏng thấy sự có mặt của tụ cầu vàng. Độc tố ruột của tụ cầu vàng (staphylococcal enterotoxins) và ngoại độc tố gây sốt tinh hồng nhiệt của liên cầu (streptococcal pyrogenic exotoxins) hoạt động như siêu kháng nguyên, kích thích một lượng lớn tế bào lympho T, gây ra sự kích hoạt hệ miễn dịch lan rộng, bao gồm cả việc sản xuất một lượng khổng lồ các cytokin dẫn đến tình trạng sốc, ức chế tủy xương gây ra tình trạng giảm ba dòng tế bào máu, cũng như giảm tiểu cầu dai dẳng, khởi động quá trình đông máu nội quản rải rác (DIC) như ở ca bệnh của chúng tôi.

Tụ cầu vàng và liên cầu nhóm A là tác nhân thường gặp nhất gây nhiễm khuẩn da và mô mềm. Tụ cầu vàng sản xuất độc tố, chủ yếu là TSS-toxin 1, độc tố siêu kháng nguyên (superantigenic toxins), độc tố bong da (exfoliative toxin A-B) gây chốc bọng nước và hội chứng bong vảy da do tụ cầu (SSSS) [4][5]. Tụ cầu vàng nuôi cấy được ở trong phỏng nước ở ca bệnh của chúng tôi hướng đến hội chứng sốc nhiễm độc tụ cầu. Theo báo cáo của Pollard và cộng sự, 13 bệnh nhân từ 1,5 tháng đến 84 tháng tuổi bị nhiễm trùng sau mắc thủy đậu 2-14 ngày thì có 8 trẻ biến chứng TSS, trong đó có 1 trẻ tử vong (phân lập được cả tụ cầu và liên cầu). Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu thứ phát sau nhiễm thủy đậu ở trẻ nhỏ có tiên lượng rất nặng [6].

Sự bùng phát của TSS được định nghĩa là "ban dát đỏ lan tỏa", tuy nhiên phát ban dạng tinh hồng nhiệt cũng có thể gặp. Ban đỏ và phù

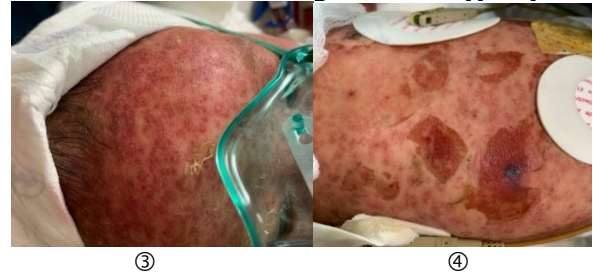
nề ở lòng bàn tay và lòng bàn chân, sung huyết kết mạc và niêm mạc, lưỡi dâu tây có thể gặp. Bong da lòng bàn tay, bàn chân thấy trong nhiều bệnh có rối loạn qua trung gian độc tố vi khuẩn, thường xuất hiện sau 1 đến 2 tuần khởi phát bệnh. Trong TSS có thể ảnh hưởng đến nhiều hệ cơ quan bao gồm tiêu hóa, cơ, thận, gan, huyết học và hệ thần kinh trung ương [4].

Ngoài triệu chứng trên da, kết mạc xung huyết là dấu hiệu cũng thường gặp trong TSS. Biểu hiện này dễ nhầm với Kawasaki, hồng ban đa dạng, sốt Rocky Mountain, nhiễm adenovirus, enterovirus. Do vậy chẩn đoán phân biệt hội chứng sốc nhiễm độc do tụ cầu, liên cầu (Streptococcal toxic shock syndrome – STSS) và hội chứng bong vảy da do tụ cầu ở giai đoạn đầu là một thách thức, cần khai thác triệu chứng lâm sàng toàn diện cũng như chỉ định cận lâm sàng phù hợp để đánh giá tiên lượng bệnh và hướng xử trí kịp thời nhất [4][5].

TSS có khả năng gây tử vong với tỉ lệ 3,3-30% [4]. Bệnh nhân cần được chăm sóc trong đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU), lọc máu (suy thận), hỗ trợ thở máy (hội chứng suy hô hấp cấp tính), hỗ trợ tim mạch, điều chỉnh rối loạn đông máu, điện giải, thăng bằng toan kiềm, sử dụng kháng sinh phù hợp. Ở ca bệnh báo cáo, trẻ được tiếp cận đầy đủ theo phác đồ, chăm sóc tổn thương da của thủy đậu và TSS, đến ngày thứ 5 sau nhập viện chúng tôi đánh giá tổn thương da không bong tróc tiếp mà khô se hơn. Tuy nhiên, sức đề kháng của trẻ 56 ngày tuổi với tình trạng toàn thân nặng đã không thể kiểm soát được, trẻ chảy máu phổi và tử vong sau 6 ngày nhập viện.



**Ảnh 1&2: Tổn thương da khi nhập viện**



**Ảnh 3&4: Tổn thương da ngày thứ 5 điều trị**

#### IV. KẾT LUẬN

Thủy đậu ở trẻ nhỏ cần được giám sát chặt chẽ, ngay từ giai đoạn đầu mới chỉ nổi trội về tổn thương da để hạn chế các biến chứng nặng nề như TSS. Luôn cảnh giác với nguy cơ nhiễm trùng huyết do tụ cầu vàng hoặc liên cầu nhóm A ở trẻ nhỏ mắc thủy đậu có sốt, rối loạn tiêu hóa và tri giác... Tiếp cận xử trí TSS càng sớm, chính xác sẽ giảm thiểu biến chứng, di chứng và tỉ lệ tử vong cho trẻ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Preblud SR, Bregman DJ, Vernon LL (1985). Death from varicella in infants. *Pediatr Infect Dis*, 4:503-7.

2. Bộ Y tế (2023), Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị các bệnh Da liễu, 108-110.
3. Singalavanija S, Limpongsanurak W, Horpoapan S, et al (1999). Neonatal varicella; a report of 26 cases. *J Med Assoc Thai*, 82:957-62.
4. Vinod KD (2023). Pediatric toxic shock syndrome overview of pediatric TSS. Update. <https://emedicine.medscape.com/article/969239-overview>.
5. Bradley JS, Schlievert PM, Sample TG (1991). Streptococcal toxic shock like syndrome as a complication of varicella. *Pediatr Infect DisJ*. 10:77-9.
6. Pollard AJ, Isaacs A, Hermione Lyall EG, et al (1996). Potentially lethal bacterial infection associated with varicella zoster virus. *BMJ*. 313:283-5.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KỸ THUẬT CẮT NGẮN CƠ NÂNG MI PHỐI HỢP TREO CÂN NGANG TRÊN MỞ RỘNG ĐIỀU TRỊ SỤP MI BẨM SINH MỨC ĐỘ NẶNG

Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>1</sup>, Dương Diệu Hương<sup>2</sup>,  
Vũ Thị Quế Anh<sup>3</sup>, Phạm Trọng Văn<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của kỹ thuật cắt ngắn cơ nâng mi phối hợp treo cân ngang trên mở rộng trong điều trị bệnh nhân sụp mi bẩm sinh mức độ nặng tại Khoa Tạo hình thẩm mỹ mắt và vùng mặt Bệnh viện Mắt Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp mô tả không đối chứng trên nhóm bệnh nhân sụp mi bẩm sinh mức độ nặng. Lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện với cỡ mẫu là 30 mắt. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Tạo hình thẩm mỹ mắt và vùng mặt Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** 22 bệnh nhân với 30 mắt sụp mi bẩm sinh mức độ nặng được phẫu thuật lại bằng phương pháp cắt ngắn cơ nâng mi phối hợp treo cân ngang trên mở rộng. Tỉ lệ nam : nữ = 1,2 : 1, tuổi thấp nhất là 2 tuổi, tuổi cao nhất là 19 tuổi. MRD1 trước phẫu thuật trung bình  $0,67 \pm 0,33$  mm, MRD1 trung bình sau phẫu thuật là  $3,25 \pm 0,25$  mm. Theo dõi sau 6 tháng chỉ có 1 BN bị quặm mi gây tổn hại bề mặt nhãn cầu cần phẫu thuật lại. Độ cong bờ mi và nếp mi cân đối 2 bên. **Kết luận:** Phương pháp cắt ngắn cơ nâng mi trên phối hợp với treo cân ngang trên mở rộng là một phương pháp an toàn, hiệu quả đối với những bệnh nhân sụp mi bẩm sinh mức độ nặng. Vật liệu cân

ngang trên mở rộng là một vật liệu tự thân, do đó hạn chế được những biến chứng thái loại vật liệu, nhiễm trùng, giá thành rẻ, phù hợp với nhiều đối tượng bệnh nhân. **Từ khoá:** Cân ngang trên mở rộng, sụp mi, bẩm sinh

#### SUMMARY

#### EVALUATE OUTCOMES OF LEVATOR MUSCLE RESECTION COMBINE WITH TRANSVERSE SUPERIOR FASCIAL EXPANSION (TSFE) TO TREAT SEVERE CONGENITAL PTOSIS

**Objective:** This study was conducted to evaluate the effectiveness of the technique of the levator muscle resection combined with transverse superior fasscial expansion (TSFE) in the treatment of patients with severe congenital ptosis at the Department of Eye and Facial Reconstruction and Plastic Surgery, Vietnam National Eye Hospital. **Research subjects and methods:** Uncontrolled descriptive intervention study on a group of patients with severe congenital ptosis. Select a convenient sample size with a sample size of 30 eyes. The study was conducted at the Oculoplastic and reconstructive Department, Vietnam National Eye Hospital. **Results:** 22 patients with 30 eyes with severe congenital ptosis were operated by the levator muscle resection combined with transverse superior fasscial expansion (TSFE). Ratio male: female = 1.2:1, lowest age is 2 years old, highest age is 19 years old. The average MRD1 before surgery was  $0.67 \pm 0.33$  mm, the average MRD1 after surgery was  $3.25 \pm 0.25$  mm. After 6 months of follow-up, only 1 patient had entropion of the eyelid causing damage to the ocular surface requiring re-surgery. The curvature of the eyelid margin and upper folds are balanced on both sides. **Conclusion:** The method of of the levator muscle resection combined with transverse superior

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

<sup>2</sup>Phòng Khám Mắt Nguyệt Cát

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: dr.thuhien85@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 12.6.2024