

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ THÂN XƯƠNG CHÀY BẰNG ĐINH SIGN KHÔNG MỞ Ổ GỠ CÓ SỬ DỤNG C-ARM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Đào Văn Quang¹, Lê Mai Dung¹, Mã Văn Sán²,
Đào Xuân Thành³, Nguyễn Văn Hoạt⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị 40 bệnh nhân gãy kín thân xương chày đơn thuần (hoặc có gãy xương mác kèm theo) được phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh SIGN không mở ổ gãy (có hỗ trợ của C-arm) tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân trên 18 tuổi, gãy kín thân xương chày đơn thuần (hoặc kèm gãy xương mác) do chấn thương, không có biến dạng nặng ở khớp gối, khớp cổ chân (khớp gối gấp trên 90⁰), có đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu, thời gian theo dõi sau mổ > 6 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Qua nghiên cứu 40 trường hợp gãy thân xương chày được phẫu thuật kết hợp xương kín bằng đinh SIGN tại Bệnh viện tỉnh Thanh Hóa trong khoảng thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 04/2024 cho thấy: nam giới chiếm đa số (62,5%); độ tuổi hay gặp nhất: 18 - 40 (65%) và tai nạn giao thông là nguyên nhân chính (62,5%); vị trí gãy thường gặp nhất là 1/3 giữa (55%); thương tổn theo phân loại AO: loại A cao nhất (80%), trong đó A3 chiếm 47,5%; loại B chiếm 20%; không có thương tổn loại C. **Kết quả điều trị:** +/- Kết quả gần: tất cả các trường hợp liền vết mổ thì đầu, không có biến chứng sau phẫu thuật; kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn của Larson và Bostman: rất tốt chiếm 90%, tốt chiếm 10%, không có trường hợp nào trung bình và kém. Kết quả xa: kết quả liền xương theo tiêu chuẩn của JL Haas và JY De La Cafinière: rất tốt chiếm 92,5%, liền xương tốt 7,5%. Khớp gối vận động bình thường chiếm 97,5%, hạn chế gấp < 20⁰ chiếm 2,5%. Vẹo trục chi 5 - 10⁰ chiếm 5%. Kết quả phục hồi chức năng rất tốt chiếm 92,5% và tốt 7,5%, không có trường hợp nào trung bình hoặc kém. **Kết luận:** Phương pháp đóng đinh SIGN, không mở ổ gãy, có hỗ trợ của C-Arm là một phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn cho những gãy thân xương chày ở người lớn. Có thể áp dụng tại các cơ sở bệnh viện tuyến tỉnh.

Từ khóa: Gãy xương chày, đinh SIGN

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF TIBIA BODY

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá

²Trường Cao đẳng Y tế Thanh Hoá

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.6.2024

Ngày duyệt bài: 2.7.2024

FRACTURES WITH SIGN NAILS WITHOUT OPENING THE FRACTURE USING C-ARM AT THANH HOA PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Objective: The study aimed to evaluate the treatment results of 40 patients with isolated closed tibial shaft fractures (or associated fibula fractures) undergoing tibial fusion surgery using SIGN nails without opening the fracture (assisted by C-Arm) at Thanh Hoa Provincial General Hospital. **Research design:** Cross-sectional descriptive study. **Selection criteria:** Patients over 18 years old, with a simple closed tibial shaft fracture (or with a fibula fracture) due to trauma, without severe deformity in the knee or ankle joints (knee flexion over 90⁰), with enough information according to the form Researched medical records, postoperative follow-up period > 6 months. **Research results:** Through a study of 40 cases of tibial shaft fractures undergoing closed fusion surgery with SIGN nails at Thanh Hoa Provincial Hospital between January 2020 and April 2024, it was found that men accounted for the majority (62,50%); Most common age: 18 - 40 (65%) and traffic accident is the main cause (62.50%); The most common fracture location is the middle third (55%); Lesions according to AO classification: type A is the highest (80%), of which A3 accounts for 47.50%; type B accounts for 20%; There are no type C lesions. **Results:** +/- Soon results: all cases had immediate healing, no post-operative complications; Results of fracture reduction according to the standards of Larson and Bostman: very good accounts for 90%, good accounts for 10%, there are no average or poor cases. +/- Late results: Bone healing results according to the standards of JL Haas and JY De La Cafinière: very good 92.5%, good bone healing 7.5%. Normal knee movement accounts for 97.5%, flexion restriction < 20⁰ accounts for 2.5%. Scoliosis of limbs 5 - 10⁰ accounts for 5%. The functional recovery results were very good in 92.5% and good in 7.5%, with no average or poor cases. **Conclusion:** Bone fusion surgery method using SIGN nail without opening the fracture, assisted by C-Arm is an effective and safe treatment method for tibial shaft fractures in adults. Can be applied at provincial hospital facilities. **Keywords:** Tibia fracture, SIGN nail.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương chày là gãy xương hay gặp nhất trong các gãy thân xương dài, chiếm khoảng 37% gãy xương dài ở người lớn^{1, 2}.

Điều trị gãy thân xương chày có nhiều cách như: bảo tồn, kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ, hoặc nẹp vít... mỗi phương pháp đều có ưu nhược điểm. Hiểu biết về chỉ định, chống chỉ

định, biến chứng và kỹ thuật mổ... giúp phẫu thuật viên đưa ra được quyết định điều trị phù hợp với mỗi bệnh nhân.³

Trong những năm gần đây xu hướng điều trị gãy thân xương chày là phẫu thuật ít xâm lấn vì có nhiều ưu điểm như: tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ thấp, hậu phẫu nhẹ nhàng, tính thẩm mỹ cao, thời gian nằm viện ngắn, người bệnh sớm quay trở lại với cuộc sống sinh hoạt hàng ngày... trong đó kết hợp xương kín (không mở ổ gãy) bằng đinh nội tủy có chốt có hỗ trợ của C-Arm là một lựa chọn tốt;⁴ tuy nhiên làm thế nào để đạt hiệu quả tối ưu vẫn còn là một thách thức.

Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa đã và đang áp dụng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt - đinh SIGN không mở ổ gãy (dùng C-arm hỗ trợ) để điều trị cho nhiều bệnh nhân gãy thân xương chày ở người lớn nhưng cho đến nay chưa có một nghiên cứu đánh giá kết quả của phương pháp điều trị. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu tổng kết, đánh giá kết quả, phân tích ưu, nhược điểm, rút ra những bài học kinh nghiệm góp phần nâng cao kết quả điều trị cho những người bệnh bị gãy thân xương chày ở bệnh viện tỉnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 40 bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán gãy kín thân xương chày đơn thuần (hoặc gãy xương kèm theo) được phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh SIGN không mở ổ gãy (có sự hỗ trợ của C-arm) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa trong khoảng thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 04/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 40 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân trên 18 tuổi, gãy kín thân xương chày đơn thuần (hoặc kèm gãy xương mác) do chấn thương, không có biến dạng nặng ở khớp gối, khớp cổ chân (khớp gối gấp trên 90^o), có đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu, thời gian theo dõi sau mổ > 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân gãy thân xương chày có kèm tổn thương nặng ở khớp gối, cổ chân, tổn thương mạch máu, thần kinh lớn cần sửa chữa, gãy xương độ C theo phân loại AO.

2.3. Đánh giá kết quả

Kết quả gần

- Liên vết mổ thì đầu, biến chứng sớm sau mổ.
- Kết quả nắn chỉnh ổ gãy: Theo tiêu chuẩn của Larson-Bostman.^{3,5}

Kết quả xa:

- Kết quả liền xương: Theo tiêu chuẩn của JL Haas và JY De La Cafinière.^{4,6}

- Kết quả phục hồi chức năng: Theo tiêu chuẩn của Ter Schiphort.^{7,8}

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong 40 bệnh nhân nghiên cứu có 25 trường hợp là nam giới (chiếm 62,5%), 15 nữ (37,5%), trẻ nhất là 18, cao nhất 80, độ tuổi trung bình 35,12 ± 15,16.

Nguyên nhân gây xương cẳng chân:

Bảng 3.1. Phân loại bệnh nhân theo nguyên nhân gây gãy thân xương chày (n=40)

Nguyên nhân gãy xương	Nhóm tuổi			Tổng
	18-40	41-60	> 60	
Tai nạn lao động	5 (19,2%)	0	0	5 (12,5%)
Tai nạn sinh hoạt	5 (19,2%)	4 (33,3%)	1 (50%)	10 (25%)
Tai nạn giao thông	16 (61,6%)	8 (66,7%)	1 (50%)	25 (62,5%)
Tổng	26(65%)	12(30%)	2(5%)	100%

Nguyên nhân gây gãy thân xương chày do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (62,50%), trong đó nhóm tuổi 18 – 40 tuổi chiếm 65,00%.

Phân độ gãy xương theo AO:

Bảng 3.2: Phân độ gãy thân xương chày theo AO (n = 40)

Phân độ theo AO	Kiểu gãy				Tổng (n,%)
	Gãy cánh bướm (n,%)	Gãy chéo vát ≥30° (n,%)	Gãy ngang <30° (n,%)	Gãy xoắn (n,%)	
A1	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (9,52)	2 (66,67)	4 (10,0)
A2	0 (0,0)	9 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (22,5)
A3	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (90,48)	0 (0,0)	19 (47,5)
B1	2 (28,75)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,33)	3 (7,5)
B2	5 (71,43)	0 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (12,5)
Tổng	7(17,5)	9(22,5)	21(52,5)	3(7,5)	40(100)

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả gần: 100% BN liền vết mổ kỳ đầu, 100% đinh đạt yêu cầu, không có trường hợp nào đinh phạm khớp cổ chân hoặc dài vào khe khớp gối, 100% vít chốt bắt trúng lỗ đinh, không có trường hợp nào có hội chứng chèn ép khoang hay biến chứng khác sau mổ; thời gian hậu phẫu trung bình 5,07 ± 0,97 ngày, ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 7 ngày.

Bảng 3.3. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn Larson và Bostman (n = 40)

Kết quả nắn chỉnh ổ gãy	Kiểu gãy				Tổng	P X ² Fisher
	Gãy cánh bướm	Gãy chéo vát ≥ 30°	Gãy ngang < 30°	Gãy xoắn		
Di lệch ít	2	1	0	1	4	0,077
Hết di lệch	5	8	21	2	36	
Tổng	7	9	21	3	40	

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 90,0% ổ gãy hết di lệch và 10% ổ gãy di lệch ít ở người bệnh gãy xương cánh bướm, gãy xoắn và gãy chéo vát ≥ 30°. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.2.2. Kết quả điều trị xa. Thời gian khám lại sau mổ ngắn nhất: 6 tháng, xa nhất: 36 tháng, trung bình: 25,88 ± 8,15 tháng; có 87,5% số người bệnh khám lại sau mổ trên 18 tháng. Kết quả: 100% bệnh nhân liền xương, không có trường hợp nào gãy đinh hoặc gãy vis.

a. *Đánh giá kết quả liền xương*

Bảng 3.4. Đánh giá kết quả liền xương theo tiêu chuẩn của JL Haas và JY De la Caffinière (n=40)

Kết quả liền xương	Kiểu gãy				Tổng	P X ² Fisher
	Gãy cánh bướm	Gãy chéo vát ≥ 30°	Gãy ngang < 30°	Gãy xoắn		
Liền xương di lệch ít	0	2	1	0	3	0,278
Liền xương hết di lệch	7	7	20	3	37	
Tổng	7	9	21	3	40	

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 37 trường hợp ổ gãy liền xương hết di lệch (92,5%) và 3 người bệnh liền xương di lệch ít (7,5%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

b. *Kết quả phục hồi chức năng sau 6 tháng*

Bảng 3.5. Kết quả phục hồi chức năng sau 6 tháng (n=40)

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Biên độ vận động gấp khớp gối (n = 40)		
Bình thường	39	97,5
Hạn chế < 20°	1	2,5
Tình trạng vẹo trục chi sau mổ (n = 40)		
5 - 10°	2	5,0
Không	38	95,0
Mức độ đau gối khi đi lại sau mổ (n = 40)		
Đau khi gắng sức	2	5,0
Không đau	38	95,0

Tình trạng teo cơ đùi sau mổ (n = 40)		
Không teo cơ	39	97,5
Teo cơ < 5%	1	2,5

Kết quả khám sau 6 tháng:

- + Hầu hết bệnh nhân có khớp gối gấp bình thường (97,5%); khớp gối sau mổ không đau (95,0%), chỉ có 1 người bệnh hạn chế gấp khớp gối < 20° (chiếm 2,5%),
- + 95,0% trục chi bình thường.
- + 100% bệnh nhân vận động khớp cổ chân bình thường và không có ngăn chi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu có 40 BN, nam giới chiếm đa số với 25 trường hợp (62,5%); độ tuổi trung bình 35,12 ± 15,16 tuổi, thấp nhất là 18, cao nhất tuổi; vị trí gãy 1/3G chiếm tỷ lệ cao nhất: 55,0%, 1/3D chiếm 37,5%, 1/3T chiếm 7,50%. Một số nghiên cứu khác như báo cáo của Lê Xuân Hồng nghiên cứu trên 72 trường hợp thì gãy 1/3 giữa 47,2%,⁴ nghiên cứu của tác giả Lê Minh Hoan 63,5% gãy 1/3 giữa không có trường hợp nào gãy hai tầng.⁶ Qua nghiên cứu cho thấy gãy 1/3 giữa thân xương chày là loại gãy hay gặp nhất, phù hợp với đóng đinh nội tủy.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Kết quả điều trị gần. Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân liền vết thương thì đầu, không có bệnh nhân nào có biến chứng sau mổ. Mặc dù số lượng bệnh nhân nghiên cứu cũng chưa nhiều nhưng kết quả nghiên cứu cho thấy rất đáng khích lệ; Bên cạnh đó thì thời gian nằm viện cũng được rút ngắn: trung bình 5,07 ± 0,97 ngày, một số nghiên cứu khác cũng tương tự: Lê Xuân Hồng (nghiên cứu ở Bệnh viện Việt Đức): 4,64 ngày,⁴ Lê Minh Hoan (Bệnh viện Trung ương Huế): 5,2 ngày.⁶ Nhiều nghiên cứu khác gần đây còn cho thấy thời gian bệnh nhân nằm viện ngắn hơn.

Kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn Larson và Bostman. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả nắn chỉnh ổ gãy sau mổ rất tốt chiếm 90%, tốt chiếm 10%. Nghiên cứu của tác giả Irfanullah Khan: kết quả rất tốt 89,5%, tốt 10,5% không có trường hợp nào trung bình và xấu.⁸

Nhìn chung, phương pháp kết hợp xương bằng đinh nội tủy đạt yêu cầu nắn chỉnh xương về giải phẫu, đặc biệt đinh nội tủy có chốt đã khắc phục được di lệch xoay, vị trí đinh nằm trong ống tủy nên sự điều chỉnh trục xương được dễ dàng.

4.2.2. Kết quả điều trị xa

Kết quả liền xương. Kết quả nghiên cứu tại thời điểm tái khám theo tiêu chuẩn của JL Haas -

JY De la Caffinière: hình ảnh liền xương trên phim rất tốt: 37 bệnh nhân (chiếm 92,50%), tốt có 3 trường hợp (chiếm 7,50%), 3 trường hợp liền xương tốt này ở BN gãy chéo vát $\geq 30^\circ$, gãy cánh bướm và gãy xoắn. Không có trường hợp nào có dấu hiệu chậm liền xương. Một số nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ liền xương cũng khá cao, tuy nhiên vẫn có tỷ lệ chậm liền xương, như nghiên cứu của Lê Minh Hoan, Nguyễn Văn Hỷ: tỷ lệ chậm liền xương là 2,38%.⁶

Biên độ vận động khớp gối, cổ chân. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết các bệnh nhân có khớp gối vận động tốt sau mổ: 97,50%, chỉ có 1 BN hạn chế gấp gối $< 20^\circ$ (chiếm 2,50%). Nghiên cứu khác như của Trương Văn Linh và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ tương tự: 94,8%.⁷ Theo chúng tôi trong quá trình kết hợp xương bằng đinh nội tủy vị trí điểm vào ở vùng gò gian lồi cầu trước nên không xâm phạm mặt khớp và ít ảnh hưởng tổ chức xung quanh, các diện khớp không bị ảnh hưởng; bên cạnh đó tất cả các bệnh nhân sau mổ đều được hướng dẫn tập phục hồi chức năng sớm và đúng cách nên biên độ vận động khớp gối của người bệnh được phục hồi gần như hoàn toàn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 40 trường hợp gãy thân xương cẳng chân được điều trị bằng đinh SIGN không mở ổ gãy dưới sự hỗ trợ của C-arm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 01/2020 đến tháng 04/2024 cho thấy Phương

pháp đóng đinh SIGN, không mở ổ gãy là một phương pháp điều trị hiệu quả cho những bệnh nhân bị gãy thân xương chày; có thể áp dụng tốt tại bệnh viện tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc, "Gãy thân xương cẳng chân," trong Chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Y học, 2013, pp. 447 - 452.
2. Lisa Tamburini, Francine zeng, Dillon Neumann, Casey Jackson, Michael Mancini, Andrew Block, Seema Patel, Lan Wellington and David Stroh. A Review of Tibial Shaft Fracture Fixation Methods, Trauma Care, 2023
3. Mosheiff. R and Leung. F, "Intramedullary Nailing A Comprehensive Guide," in Tibia, Diaphysis, 2015, pp. 347 - 374.
4. Lê Xuân Hồng, Đánh giá kết quả điều trị gãy thân hai xương cẳng chân bằng đinh Sign không mở ổ gãy tại bệnh viện Việt Đức, Luận văn chuyên khoa II - Đại học Y Hà Nội, 2012.
5. Phạm Đăng Ninh, Nguyễn Bá Ngọc và Hoàng Thế Hùng, "Đánh giá kết quả điều trị gãy hở thân xương chày bằng đinh SIGN tại bệnh viện Quân y 103," Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam, tập Số đặc biệt, pp. 216-220, 2016
6. Lê Minh Hoan, Đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương chày bằng đinh Sign không mở ổ gãy, Luận văn Thạc sỹ - Đại học Y khoa Huế, 2006.
7. Trương Văn Linh, Đỗ Phước Hùng và Phạm Quang Vinh, "Điều trị phẫu thuật gãy thân xương chày bằng đinh nội tủy có chốt với khung định vị phía trước cải biên," Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 23, số 2, pp. 196-200, 2019.
8. Khan. L, Javed. S, Khan. G and Aziz. A, "Outcome of Intramedullary Interlocking SIGN Nail in Tibial Diaphyseal Fracture," Journal of the College of Physicians and Surgeons - Pakistan, vol. 3, no. 23, pp. 203 - 207, 2013

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI VIÊM TAI GIỮA Ứ DỊCH TRÊN BỆNH NHÂN CÓ CHỈ ĐỊNH NẠO VA TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Như Đưa¹, Nguyễn Lê Hoa¹, Lưu Thị Hoa¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tai giữa ứ dịch (VTGÚD) là bệnh lý phổ biến nhất ở trẻ em, có đến 80% trẻ em mắc bệnh này trước 10 tuổi, viêm VA là một trong những yếu tố gây nên bệnh, Bệnh không được xử trí đúng cách có thể gây ra giảm thính lực hoặc các biến chứng nguy hiểm. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi của VTGÚD trên bệnh nhân có chỉ định nạo VA ở Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 45 bệnh nhân được chẩn đoán bị VTGÚD và được nạo VA

tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong giai đoạn từ 5/2023 – 3/2024. **Kết quả và bàn luận:** Dưới 5 tuổi gặp nhiều nhất 73,33%; Ngạt mũi, chảy mũi chiếm 77,78%; VA độ 3 chiếm 71,11%, độ 4 chiếm 15,56%; Bệnh nhân bị viêm tai giữa hai bên 68,89%, một tai 31,11%; Màng nhĩ căng ứ dịch 35,53%, lõm có dịch 36,84%. **Kết luận:** VTGÚD trên bệnh nhân có chỉ định nạo VA thường gây viêm cả hai bên. Viêm VA quá phát có thể gây tắc vòi nhĩ làm màng nhĩ lõm hoặc căng phồng ứ dịch. **Từ khóa:** Viêm tai giữa ứ dịch, Viêm VA quá phát.

SUMMARY

RESEARCH THE CLINICAL AND ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION IN PATIENT TO BE ADENOIDECTOMY AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Đưa

Email: nhuduanguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024