

nhân viên y tế để hoàn thiện và duy trì chương trình GDSK

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Padmore G, Sutherland FR, Ball CG.** The art and craft of biliary T-tube Use. J Trauma Acute Care Surg. 2021;91(2): e46-e49. doi:10.1097/TA.0000000000003267
2. **Lammert F, Gurusamy K, Ko CW, et al.** Gallstones. Nat Rev Dis Primers. 2016; 2:16024. doi:10.1038/nrdp.2016.24
3. **Cianci P, Giacomini G, Tartaglia N, Fersini A, Ambrosi A, Neri V.** T-tube biliary drainage during reconstruction after pancreaticoduodenectomy. A single-center experience. Ann Ital Chir. 2017; 88:330-335.
4. **Strücker B, Stockmann M, Denecke T, Neuhaus P, Seehofer D.** Intraoperative placement of external biliary drains for prevention and treatment of bile leaks after extended liver resection without bilioenteric anastomosis. World J Surg. 2013;37(11):2629-2634. doi:10.1007/s00268-013-2161-z
5. **Zhang JF, Du ZQ, Lu Q, Liu XM, Lv Y, Zhang XF.** Risk Factors Associated With Residual Stones in Common Bile Duct Via T Tube Cholangiography After Common Bile Duct Exploration. Medicine (Baltimore).015;94(26):e1043.doi:10.1097/MD.0000000000001043
6. **Phạm Ngọc Hà.** Hiệu Quả Giáo Dục Sức Khỏe Nâng Cao Kiến Thức và Thực Hành Chăm Sóc Dẫn Lưu Kehr Của Người Bệnh Sỏi Đường Mật. Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2020.
7. **Yang X, Qin Y, Hu J, Mo W.** Application of continuity nursing model in caring patients receiving percutaneous transhepatic biliary drainage. Journal of Interventional Radiology. Published online 2017:180-183.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VỠ XƯƠNG GÓT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2019

Vũ Văn Khoa¹, Võ quốc Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bảo tồn vỡ xương gót tại bệnh viện Việt Đức năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 40 bệnh nhân bị xương gót vỡ được điều trị bằng kéo nắn và bó bột tại khoa khám xương Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2019. **Kết quả:** xương gót gãy kín của 40 bệnh nhân đã được điều trị bằng kéo nắn và bó bột trong nghiên cứu. Kết quả cho thấy, các bệnh nhân trước điều trị có góc Bohler $15,8 \pm 13,2$, thang điểm chức năng cổ bàn chân trung bình theo FADI là $30, 1 \pm 11,2$, sau quá trình nắn chỉnh và bó bột trong 6-8 tuần các bệnh nhân có góc Bohler là $23,3 \pm 10,1$ và chỉ số chức năng cổ bàn chân theo FADI là $77,8 \pm 13,4$. Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm FADI có 80% đạt kết quả rất tốt, 15% đạt kết quả khá và không có bệnh nhân nào gặp biến chứng trong quá trình điều trị. Nghiên cứu cũng cho thấy mối tương quan chặt chẽ giữa chức năng cổ bàn chân theo FADI và góc Bohler cũng như thời gian từ khi tai nạn đến lúc được nắn chỉnh. **Kết luận:** Bảo tồn chức năng và cố định trong điều trị gãy xương gót bằng bó bột thạch cao cho thấy vẫn có vai trò tốt và hiệu quả cao. **Từ khóa:** vỡ xương gót, góc Bohler, FADI.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF TREATMENT

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khoa

Email: bskhoavd@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 22.7.2024

CALCANEAL FRACTURE BY CAST IN VIET DUC HOSPITAL IN 2019

Objective: Describe the clinical symptoms and the result of calcaneal fracture following functional and immobilization treatment in plaster in Viet Duc Hospital in 2019. **Subjects and methods:** 40 patients with calcaneal fractures were corrected, and immobilization was treated in plaster. Result: 40 patients with calcaneal fractures were corrected and immobilized in plaster in this research. The result showed that patients before correction and immobilization had a Bohler angle of 15.8 ± 13.2 and an FADI of 30 ± 11.2 . Then after correction and immobilization in plaster for 6-8 weeks, the Bohler angle is 23.3 ± 10.1 and the FADI is 77.8 ± 11.2 . According to FADI, 80% of patients rated excellent, 15% rated good, and there was no complication. A closed correlation exists between the FADI and the Bohler angle from time after trauma to correction. **Conclusions:** The functional and immobilization in plaster treatment calcaneal fracture showed good and effective. **Keywords:** calcaneal fracture, Bohler angle, FADI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ xương gót là một tổn thương thường gặp trong các tai nạn lao động, liên quan đến cơ chế ngã cao; khi đó, vỡ xương gót thường đi kèm với các tổn thương khác như chấn thương khung chậu, chấn thương cột sống. Vỡ xương gót chiếm tới 60% các loại gãy xương vùng cổ bàn chân và khoảng 2% tổng số gãy xương. Tỷ lệ gặp ở nam/ nữ là khoảng 5/1, đặc biệt hay gặp ở bệnh nhân độ tuổi lao động [1], thăm khám

thấy vùng cổ bàn chân sưng nề nhiều, đặc biệt vùng cổ chân, có dấu hiệu nề, căng, bầm tím và có thể lan tới vòm gan chân (dấu hiệu Mondor) [2]. Nhìn từ phía sau thấy gót chân bè ra, giảm độ cao, trục cổ chân nghiêng ra ngoài. Ngoài thăm khám, bệnh nhân cần được chỉ định chụp XQ xương gót thẳng, nghiêng hoặc phim cổ chân thẳng, nghiêng. Trên phim X-quang thấy sự mất liên tục của thành xương, thay đổi trục của xương cũng như các mốc giải phẫu của xương gót - góc Bohler [3] (góc hợp bởi 2 đường: 1 đường nối điểm cao nhất của mỏm trước và mỏm khớp sau và 1 đường nối điểm cao nhất của của mỏm khớp sau và đỉnh của của xương gót). Vỡ xương gót được chẩn đoán dựa trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Trước đây, khi chưa có phim CT- scanner, các phương tiện kết hợp xương chưa phát triển, các kháng sinh chưa đủ mạnh... gãy xương gót chủ yếu được điều trị bảo tồn [4]. Ngày nay, y học hiện đại với sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, phương tiện kết hợp xương đa dạng, can thiệp mổ nhỏ... chỉ định phẫu thuật rộng rãi hơn. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy kết quả cải thiện chức năng sau điều trị bảo tồn hay điều trị phẫu thuật không có sự khác biệt lớn [5]. Quyết định điều trị bảo tồn hay phẫu thuật dựa trên nhiều yếu tố như tuổi, giới, tình trạng phần mềm tại chỗ, mức độ gãy xương, điều kiện trang thiết bị, trình độ thầy thuốc... Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bảo tồn vỡ xương gót tại Bệnh viện Việt Đức năm 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 40 bệnh nhân gãy kín xương gót được chẩn đoán và điều trị bảo tồn tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/ 2019 đến tháng 5/ 2019

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp trước sau không đối chứng

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm tuổi, giới, nghề nghiệp, tai nạn, thời gian từ lúc tai nạn đến khi được nắn chỉnh, chức năng của cổ bàn chân đánh giá theo thang điểm FADI trước khi nắn bó và sau khi quá trình bó bột hoàn thiện, chỉ số góc Bohler trước nắn và sau nắn.

Quy trình lấy mẫu trong nghiên cứu:

- Các bệnh nhân vỡ xương gót đến khám tại khoa sẽ được lấy các thông tin cá nhân cơ bản cũng như các yếu tố liên quan đến chấn thương
- Đánh giá chức năng cổ bàn chân theo thang điểm FADI activities
- Chụp X-quang đánh giá chỉ số góc Bohler

trước khi nắn bó.

- Sau quá trình bó bột bệnh nhân được hẹn khám lại, đánh giá lại mức độ vận động theo thang điểm FADI và chụp lại X-quang xương gót, đo lại góc Bohler, so sánh với chỉ số trước nắn bó, kèm theo so sánh mức độ cải thiện thang điểm vận động sau bột.

Số liệu được xử lí theo SPSS. So sánh khác biệt tỷ lệ phần trăm các giá trị sử dụng test Chi-bình phương (CHITEST), so sánh các giá trị trung bình sử dụng test T- Student.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 40 bệnh nhân bị vỡ xương gót chúng tôi thấy tuổi trung bình 43,5 tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm tới hơn 90% bệnh nhân.

Bảng 1: Thời gian từ khi bệnh nhân gặp tai nạn cho đến khi bệnh nhân đến nắn

Thời gian	Bệnh nhân	Số lượng (n=40)	Tỷ lệ %
1-2 ngày		35	87,5
3-7 ngày		3	7,5
>7 ngày		2	5

Nhận xét: Nắn chỉnh ngay sau tai nạn chiếm 87,5%, chỉ 3 ca (5%) được nắn chỉnh sau 7 ngày.

Bảng 2: Góc Bohler của gót trước - sau nắn chỉnh (N=49)

Thời điểm	Góc Bohler			Góc Bohler trung bình
	<0 độ	0-20 độ	>20 độ	
Trước nắn	8 16,3%	21 42,9%	20 40,8%	15,9 ± 13,2
Sau nắn	0 0%	18 36,7%	31 63,3%	23,2 ± 10,2

Nhận xét: Bệnh nhân có góc Bohler thấp trước nắn chiếm 60%, sau nắn chỉ còn 22,5%, sau nắn không còn bệnh nhân nào có góc Bohler âm.

Bảng 3: Sự thay đổi của thang điểm FADI

Thời điểm	Kết quả	Điểm FADI trung bình (điểm)	Kết quả	Kết quả
	Điểm FADI trung bình (điểm)	khá và tốt	trung bình và kém	
FADI trước nắn	30,1 ± 11,1	5%	95%	
FADI sau nắn	77,8 ± 13,4	97,5%	2,5%	

Nhận xét: Chức năng cổ bàn chân được cải thiện rõ rệt trước nắn hầu hết các bệnh nhân có chức năng cổ bàn chân dưới trung bình 30 điểm, sau nắn chức năng đã được cải thiện rõ rệt với 97,5% đạt kết quả khá và tốt sau 2 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi thấy, các bệnh nhân vỡ xương gót có độ tuổi trung bình là 44,5 ± 12,3 tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 9 tuổi, nhiều tuổi nhất là 70 tuổi. Các bệnh nhân

trong độ tuổi lao động từ 18-60 tuổi chiếm 82.5 khi phải điều trị một thời gian dài 6-8 tuần ảnh hưởng đến cuộc sống, thu nhập của gia đình, tạo gánh nặng cho gia đình và xã hội [1].

Vỡ xương gót thường do các chấn thương có lực tác động mạnh, hướng lực từ trên cao xuống, làm lún xương gót, giảm góc Bohler. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 40 bệnh nhân với 49 xương gót bị vỡ, góc Bohler trung bình trước mổ là $15,9^{\circ} \pm 13,2^{\circ}$. Đáng chú ý là tỉ lệ bệnh nhân có góc Bohler dưới bình thường chiếm 59,2% và có tới 16,3% xương gót có góc Bohler âm ($<0^{\circ}$). Các bệnh nhân khi chưa được nắn chỉnh xương gót, có thang điểm chức năng cổ bàn chân thấp, trung bình $30,1 \pm 11,1$ điểm, trong đó bệnh nhân với mức điểm thấp nhất là 10 điểm, gần như mọi sinh hoạt đều phụ thuộc người khác. Điều đó cho thấy vỡ xương gót ảnh hưởng rất nhiều tới chức năng cổ bàn chân cũng như chất lượng cuộc sống [2].

Điều trị vỡ xương gót vẫn là một thách thức lớn cho nền y học của Việt Nam và trên thế giới, các phương pháp điều trị vỡ xương gót vẫn tồn tại song song nhau và chưa có một phương pháp nào tỏ ra vượt trội, nổi bật. Từ phương pháp kinh điển nhất với nắn bó bột, cố định xương bằng kim hay nẹp vis cho tới cố định ngoài đều đã được áp dụng, tuy nhiên do đặc điểm giải phẫu phức tạp, phần mềm bao quanh dễ bị tổn thương nên tỉ lệ biến chứng khi phẫu thuật còn cao [6]. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, sau khi nắn chỉnh, góc Bohler đã được cải thiện, trung bình $23,2^{\circ} \pm 10,2^{\circ}$, không có bệnh nhân nào có góc Bohler âm. Tuy nhiên, vẫn còn 36,7% bệnh nhân có góc này ở dưới mức bình thường. Khi nắn chỉnh để cải thiện góc Bohler thì chức năng cổ bàn chân của bệnh nhân cũng đã cải thiện rất nhiều. Cụ thể là, sau nắn chỉnh, chỉ số FADI tăng lên, trung bình $77,8 \pm 13,4$ điểm. Điều này cho thấy chức năng cổ bàn chân của bệnh nhân sau nắn chỉnh đã được cải thiện rất nhiều, hầu hết bệnh nhân đã tự đi lại, trở lại được công việc của mình dù một số bệnh nhân vẫn còn than phiền về sự đau tức của cổ chân khi đi lại nhiều. Mức điểm này thấp hơn so với trong nghiên cứu của Peng Y và cộng sự [7] với chỉ số FADI trung bình $80,29 \pm 6,15$ và $83,62 \pm 6,95$ cho 2 nhóm nghiên cứu mổ, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu, cho thấy có sự tương quan đồng biến giữa góc Bohler và chỉ số chức năng cổ bàn chân với $r = 0,477$ và $p = 0,002$ ở bệnh nhân trước nắn và sau khi nắn chỉnh, chỉ số này là $r = 0,512$ và $p = 0,001$. Tương quan này cho thấy góc Bohler tăng lên sau khi nắn

chỉnh làm chức năng cổ bàn chân được cải thiện, giúp bệnh nhân tái hòa nhập cuộc sống hàng ngày [8]. (không thấy kết quả ở đầu)

Thời gian từ khi tai nạn đến khi được nắn chỉnh từ 1- 10 ngày, trung bình là 2 ngày. Từ nghiên cứu cho thấy, các bệnh nhân được nắn chỉnh lần đầu sau tai nạn càng sớm, khả năng cải thiện chức năng cổ bàn chân sau điều trị càng cao với $r = -0,541$ và $p < 0,0001$. So sánh cho thấy có sự tương quan nghịch biến giữa thời gian từ khi tai nạn đến lúc được nắn và góc Bohler sau nắn với $p < 0,0001$. Góc Bohler sau nắn cải thiện nhiều hay ít có tương quan tỉ lệ thuận với chức năng cổ bàn chân khi phục hồi. Trong nghiên cứu này hầu hết các bệnh nhân được nắn sau 1-2 ngày sau chấn thương chiếm 87,5% bệnh nhân, số bệnh nhân được nắn sau 1 tuần chỉ có 2 bệnh nhân. Tuy nhiên thời gian để bệnh nhân được nắn chỉnh lần đầu sau chấn thương còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố, các điều trị trước đó cũng như các tổn thương phối hợp kèm theo – có các tổn thương phối hợp kèm theo thì khả năng phục hồi càng giảm [9].

Trong số 40 bệnh nhân của nghiên cứu có 6 bệnh nhân có các tổn thương kèm theo trong đó có 4 bệnh nhân bị chấn thương cột sống, 2 bệnh nhân có gãy xương chi dưới. Các bệnh nhân này có số ngày được nắn chỉnh sau chấn thương trung bình 4,6 ngày và góc Bohler sau nắn là 22 độ, chỉ số FADI sau nắn của 49 xương gót là 63,6. Tất cả chỉ số của nhóm bệnh nhân có tổn thương phối hợp thấp hơn so với trung bình cả nhóm với thời gian trung bình được nắn là 2 ngày, góc trung bình nắn được là 23 độ, đặc biệt chỉ số FADI trung bình cả nhóm là 77,8. Như vậy, ở các bệnh nhân có tổn thương phối hợp, việc nắn chỉnh xương gót đạt hiệu quả kém hơn, sự phục hồi chức năng cổ bàn chân cũng kém hơn so với nhóm không có tổn thương phối hợp đi kèm [4],[10].

V. KẾT LUẬN

- Vỡ xương gót là một tổn thương thường gặp trong các chấn thương có lực tác động lớn. Có thể gặp ở mọi lứa tuổi, hay gặp nhất ở độ tuổi lao động với tuổi trung bình 43,5 tuổi. Tỉ lệ nam giới chiếm tới hơn 90% bệnh nhân. Tỉ lệ vỡ xương gót bị gãy bên phải và bên trái tương đương nhau, tỉ lệ bệnh nhân bị gãy cả 2 xương gót chiếm tới 25%. Các bệnh nhân chủ yếu là nông dân và công nhân. Vỡ xương gót thường kèm theo chấn thương cột sống và gãy xương chi dưới. Các bệnh nhân thường được nắn chỉnh, làm bột ngay thứ 2 sau tai nạn

Điều trị bảo tồn vỡ xương gót là một phương

pháp mang lại hiệu quả cao, giúp cải thiện, phục hồi chức năng cổ bàn chân. Trong nghiên cứu cho thấy, góc Bohler đã được cải thiện từ $15,8^{\circ} \pm 13,2^{\circ}$ độ tăng lên thành $23,3^{\circ} \pm 10,1^{\circ}$ độ, chỉ số chức năng cổ bàn chân được cải thiện từ $30,1 \pm 11,2$ trước điều trị thành $77,8 \pm 13,3$ sau điều trị. Không ghi nhận biến chứng nào trong quá trình điều trị.

Điều trị bảo tồn gãy xương gót cho kết quả trị tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Bình, Nguyễn Năng Giới, (2017), Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật kết xương nẹp khóa điều trị gãy xương gót, Y học Việt Nam, 1, (454), 49-55.
2. Snoop T, Jaykel M, Williams C, Roberts et al, (2017), A Possible Musculoskeletal Emergency. J Emerg Med, 52(1):28-33
3. Loucks C and Buckley R. Bohler's, 1999, Angle: correlation with outcome in displaced intra-articular calcaneal fractures. J Orthop. Trauma, 13(8):554-8. doi 10.3928/01477447 20170907 02
4. Saleh M, Marshall PD, Senior R et al, 1992, The Sheffield splint for controlled early mobilisation after rupture of the calcaneal tendon. A prospective, randomised comparison with plaster treatment. J Bone Joint Surg, 74(2), 206-9. doi: 10.1302/0301-620X.74B2.1544953.
5. Schepers T, van Lieshout EM, Ginai AZ, et al (2009), Calcaneal fracture classification: a comparative study. J Foot Ankle Surg, 48(2):156-62 DOI: 10.1053/j.jfas.2008.11.006
6. Bibbo C, Siddiqui N, Fink J, et al., Wound Coverage Options for Soft Tissue Defects Following Calcaneal Fracture Management (Operative/Surgical). Clin Podiatr Med Surg, 36(2):323-337
7. Peng Y, Liu J, Zhang G, et al, (2019), Reduction and functional outcome of open reduction plate fixation versus minimally invasive reduction with percutaneous screw fixation for displaced calcaneus fracture: a retrospective study. J Orthop Surg Res, 9 (14), 1-9.
8. Rammelt S (2014), An update on the treatment of calcaneal fracture. J Orthop Trauma, 28(10):549-50.
9. Wei N, Zhou Y, Chang W, Zhang Y et al (2017), Displaced Intra-articular Calcaneal Fractures: Classification and Treatment, Orthopedics, 40(6): e921-e929. doi: 10.3928/01477447-20170907-02.
10. Yi-Bing Zheng and Yue-Feng Qi (2017), Progress on treatment for calcaneal fracture. Zhongguo Gu Shang, 30 (12):1077-1079.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH VẢY NẾN THỂ THÔNG THƯỜNG

Nguyễn Thị Kim Hương^{1,2}, Bùi Long², Đỗ Thu Trang³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng xơ vữa động mạch ở bệnh nhân mắc bệnh vảy nến thể thông thường. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên một nhóm bệnh nhân mắc bệnh vảy nến thể thông thường. Tình trạng xơ vữa động mạch được đánh giá thông qua chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm. Dữ liệu nhân khẩu học, lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập, phân tích, và so sánh giữa nhóm bệnh nhân có và không có xơ vữa động mạch. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân có xơ vữa động mạch có tỷ lệ nữ giới cao hơn, tuổi trung bình cao hơn, thời gian mắc bệnh lâu hơn, và tỷ lệ mắc bệnh kèm theo cũng cao hơn so với nhóm không có xơ vữa ($p < 0,05$). Bên cạnh đó, nhóm này cũng có tỷ lệ cholesterol và triglycerid bất thường cao hơn đáng kể. Triệu chứng đau và chấn thương

khớp kết hợp cũng phổ biến hơn trong nhóm bệnh nhân có xơ vữa động mạch ($p < 0,05$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên hệ rõ ràng giữa tình trạng xơ vữa động mạch và các yếu tố nhân khẩu học, thời gian mắc bệnh, bệnh kèm theo, rối loạn mỡ máu, và triệu chứng khớp ở bệnh nhân vảy nến thể thông thường. Quản lý toàn diện bệnh vảy nến nên bao gồm việc theo dõi và kiểm soát nguy cơ xơ vữa động mạch. **Từ khóa:** xơ vữa động mạch, vảy nến thể thông thường, yếu tố liên quan

SUMMARY

FACTORS RELATED TO ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS WITH PSORIASIS VULGARIS

Objective: To identify factors related to atherosclerosis in patients with psoriasis vulgaris. **Research Methods:** A cross-sectional study was conducted on a group of patients with psoriasis vulgaris. Atherosclerosis was assessed using imaging and laboratory tests. Demographic, clinical, and laboratory data were collected, analyzed, and compared between patients with and without atherosclerosis. **Results:** The group with atherosclerosis had a significantly higher proportion of females, older average age, longer disease duration, and higher rates of comorbidities than the non-atherosclerosis group ($p < 0.05$). This group also had

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Long

Email: builong21@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024