

liền xương, cải thiện rõ rệt triệu chứng đau cổ, 1 bệnh nhân cải thiện từ ASIA B lên ASIA D, và không có biến chứng đáng kể sau mổ.

Nghiên cứu của Wang và cộng sự⁵ (2022) trên 15 bệnh nhân vỡ hình giọt lệ C2 được phẫu thuật ACDF C2-3 cho kết quả tốt. Tất cả BN đều liền xương vào 6 tháng sau mổ; 2 BN cải thiện từ ASIA D trước mổ lên ASIA E; không có biến chứng sau mổ và không có hiện tượng lỏng vít, nhổ vít sau mổ.

Nghiên cứu của chúng tôi có một vài hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu và cỡ mẫu nhỏ. Thứ hai, nghiên cứu thiếu nhóm phẫu thuật đường trước và nhóm điều trị bảo tồn bằng khung Halo để đối chứng. Thêm vào đó, định nghĩa mất vững của vỡ hình giọt lệ C2 vẫn còn mơ hồ và chúng tôi chỉ xem xét một vài yếu tố dựa trên các nghiên cứu trước đó. Trong tương lai, cần tiến hành thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và đầy đủ nhóm đối chứng để có kết quả toàn diện hơn.

V. KẾT LUẬN

Vỡ hình giọt lệ C2 là một tổn thương hiếm gặp với cơ chế thường do cổ ưỡn quá mức. Tổn thương hình giọt lệ C2 đơn độc thường là gãy vững nên phần lớn điều trị bảo tồn. Phương pháp điều trị bảo tồn được lựa chọn đầu tiên là nẹp cổ cứng. Chỉ định phẫu thuật được đặt ra trong các trường hợp gãy mất vững hoặc có tổn thương tủy. Do chưa có tiêu chuẩn cụ thể đánh giá mức độ mất vững nên điều trị phẫu thuật hay bảo tồn vẫn là vấn đề gây tranh cãi.

Các yếu tố ảnh hưởng tới mức độ vững của tổn thương bao gồm kích thước, độ di lệch của

mảnh xương vỡ, tổn thương dây chằng – đĩa đệm phối hợp, mức độ trật của C2-C3, tổn thương vỡ phần khác của C2 (hangman, vỡ mỏm nha, vỡ thân,...). Các phương pháp phẫu thuật bao gồm cố định cổ trước, cố định cổ sau và phối hợp hai đường. Mỗi phương pháp phẫu thuật có ưu và nhược điểm riêng, cần lựa chọn phù hợp với từng bệnh nhân cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mazel C RCR.** Tear drop fractures of C2; pathogenesis and treatment. 7th Annu Meet CSRS Taormina. Published online September 1990:16-29.
2. **Burke JT, Harris JH.** Acute injuries of the axis vertebra. *Skeletal Radiol.* 1989;18(5):335-346. doi:10.1007/BF00361422
3. **Watanabe M, Sakai D, Yamamoto Y, Sato M, Mochida J.** Clinical features of the extension teardrop fracture of the axis: review of 13 cases: Clinical article. *J Neurosurg Spine.* 2011;14(6):710-714. doi:10.3171/2011.1.SPINE10687
4. **Hu Y, Kepler CK, Albert TJ, et al.** Conservative and Operative Treatment in Extension Teardrop Fractures of the Axis. *Clin Spine Surg Publ.* 2016; 29(1): E49-E54. doi: 10.1097/BSD.0b013e31828984f9
5. **Wang H, Chen G, Liu Y, Li X, Jiang W.** Anterior C2-3 fusion with internal fixation for unstable teardrop fracture of the axis: a retrospective cohort study. *Ann Transl Med.* 2022; 10(18): 1004-1004. doi:10.21037/atm-22-4020
6. **Kim SK, Rhee JM, Park ET, Seo HY.** Analysis of Nonunion in Conservatively Managed Anterior Tear Drop Fractures of C2 Vertebra. *J Clin Med.* 2021;10(9):2037. doi:10.3390/jcm10092037
7. **Kim S, Rhee JM, Park ET, Seo H.** Surgical Outcomes for C₂ Tear Drop Fractures: Clinical Relevance to Hangman's Fracture and C₂₋₃ Discoligamentous Injury. *Orthop Surg.* 2021;13(8):2363-2372. doi:10.1111/os.13163

ĐỘ CHÍNH XÁC CỦA XQUANG TRƯỚC PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÒN BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT XƯƠNG BÊN TRONG

Nguyễn Ảnh Sang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát, đánh giá độ chính xác của hình ảnh Xquang (XQ) xương đòn trước phẫu thuật trong điều trị gãy kín thân xương đòn bằng phương pháp kết hợp xương (KHX) bên trong. **Đối tượng và**

phương pháp: Nghiên cứu (NC) tiến cứu mô tả hàng loạt ca từ tháng 01/2022 đến tháng 04/2024 trên 169 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán gãy kín thân xương đòn được KHX bên trong tại Bệnh viện Quân y 175.

Kết quả và kết luận: Tuổi trung bình của đối tượng NC là 40,11 ± 14,93, với 31,95% là BN nữ và 68,05% là BN nam. Gãy xương có mảnh rời chiếm 65,1%, di lệch chủ yếu là kiểu chông ngắn chiếm 67,5%. Có 32/169 BN lúc phẫu thuật phát hiện số mảnh rời thay đổi nhiều hơn so với XQ ban đầu, trong đó có 31/32BN thay đổi đánh giá phân loại ổ gãy theo phân loại AO (Hiệp hội nghiên cứu kết hợp xương bên trong), và có 10/32 trường hợp phải thay đổi phương pháp phẫu thuật. Kết quả của NC này cho thấy chẩn đoán XQ xương đòn không phải lúc nào cũng mô tả

¹Bệnh viện Quân y 175

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ảnh Sang

Email: dr.anhsang@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024

đúng tính chất phức tạp của ổ gãy. Trong thực tế lâm sàng, bác sĩ phẫu thuật nên lưu ý, dự tính các phương pháp bổ sung thay thế và tư vấn cho BN các trường hợp có thể xảy ra. **Từ khóa:** Chi trên, xương đòn, gãy xương, X quang

SUMMARY

ACCURACY OF PREOPERATIVE X-RAY IN THE TREATMENT OF CLOSED CLAVICLE MIDSHAFT FRACTURE BY OPEN REDUCTION INTERNAL FIXATION

Objectives: Survey and evaluate accuracy of preoperative X-ray in the treatment of closed clavicle midshaft fracture by open reduction internal fixation. **Subjects and methods:** A prospective study from January 2022 to April 2024 at Military Hospital 175, on 169 adult patients with closed midshaft fracture of the clavicle, treated by open reduction and internal fixation method. **Results and conclusion:** The average age of the study group was 40.11 ± 14.93 years old, with 31.95% female patients and 68.05% male patients. Fractures with separate fragments accounted for 65.1%, displacement was mainly short overlap type, accounting for 67.5%. In 32/169 patients, the number of fragments detected at surgery was greater than the preoperative X-ray, among them, 31/32 patients changed their fracture classification according to the AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) classification, and 10/32 cases had to change surgical methods. The results of this study show that radiological diagnosis of the clavicle does not always accurately describe the complexity of the fracture. In clinical practice, surgeons should be aware, anticipate additional and alternative approaches, and advise patients on possible scenarios. **Keywords:** Upper limb, clavicle, fracture, X-ray

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương đòn là một tổn thương phổ biến, chiếm tỉ lệ 44% các gãy xương vùng vai và 5%

các gãy xương của cơ thể ở người trưởng thành [1]. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và hình ảnh XQ. Trên phim XQ thẳng thấy được vị trí, tính chất, mức độ di lệch của ổ gãy giúp cho người phẫu thuật viên sẽ đưa ra phương pháp phẫu thuật thích hợp. Tuy nhiên trong quá trình phẫu thuật, không phải mức độ phức tạp cổ ổ gãy luôn giống như kết quả phim XQ trước phẫu thuật. Từ nhu cầu thực tế lâm sàng, chúng tôi thực hiện NC với mục tiêu "Khảo sát, đánh giá độ tin cậy của hình ảnh XQ xương đòn trước phẫu thuật trong điều trị gãy kín thân xương đòn bằng phương pháp KHX bên trong".



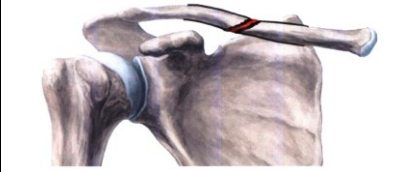

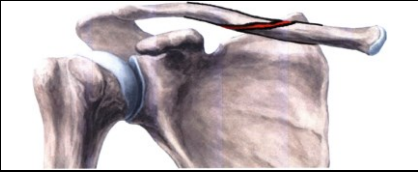

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

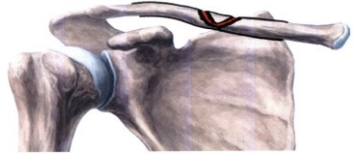





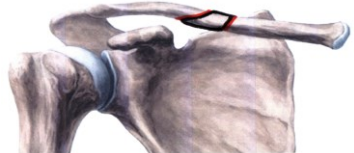

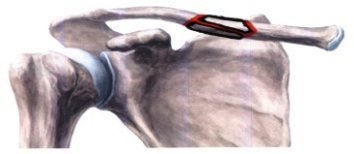

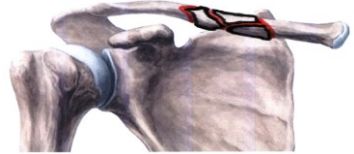

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 169 BN được chẩn đoán gãy kín thân xương đòn được KHX bên trong từ 01/2022 đến 04/2024 tại bệnh viện Quân y 175. Tiêu chuẩn chọn : BN từ bị gãy kín thân xương đòn được KHX bên trong, đồng ý tham gia NC, có phim XQ trước và sau mổ. Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đồng ý tham gia NC, bị gãy xương đòn bệnh lý, hoặc bị gãy xương đòn không đủ điều kiện phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế NC tiến cứu, mô tả hàng loạt ca, kết quả thu thập được 169 ca phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh. Khảo sát các đặc điểm trước mổ (phân loại theo AO, hình thái ổ gãy, kiểu di lệch, số mảnh rời phát hiện được trên XQ, phương pháp phẫu thuật dự kiến), các đặc điểm trong mổ (số mảnh rời phát hiện được trong mổ, phân loại theo AO, phương pháp phẫu thuật thực hiện).

Nhập, phân tích và xử lý số liệu bởi phần mềm SPSS 29.

Bảng 1. Phân loại ổ gãy xương đòn theo AO

15.2A: Gãy thân xương đòn đơn giản [2]		
		Đường gãy ngang
		Đường gãy xiên ngắn
		Đường gãy chéo vát

15.2B: Gãy thân xương đòn có mảnh rời [2]		
		Mảnh rời còn nguyên vẹn
		Mảnh rời bị phân tách
		Mảnh rời bị xoắn vặn
15.2C: Gãy thân xương đòn có nhiều mảnh rời [2]		
		Ổ gãy tách đoạn còn nguyên vẹn
		Ổ gãy tách đoạn có phân mảnh
		Ổ gãy tách đoạn bị phân mảnh, xoắn vặn

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Phân bố tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu (n=169)

Tuổi	Nam (n=115)	Nữ (n=54)	Tổng số (n=169)
Tuổi trung bình	37,21 ± 12,79	46,28 ± 17,25	40,11 ± 14,93
Nhỏ nhất	18	18	18
Lớn nhất	73	79	79

Nhận xét: Trong số 169 BN có 54 BN nữ (31,95%) và 115 BN nam (68,05%). Tỷ lệ BN nữ/nam là 1/2,13. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng NC là 40,11 ± 14,93 (18 – 79).

Bảng 3. Đánh giá ổ gãy thân xương đòn trước mổ (n=169)

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
Phân loại theo AO		
15.2A	59	34,9
15.2B	71	42,0

15.2C	39	23,1
Ổ gãy		
Ngang	17	10,1
Xiên ngắn	26	15,4
Chéo vát dài	16	9,5
Mảnh lớn	41	24,3
Mảnh nhỏ	69	40,8
Kiểu di lệch		
Di lệch gấp góc	18	10,7
Di lệch giãn cách	12	7,1
Di lệch chồng ngắn	114	67,5
Di lệch chồng	6	3,6
Di lệch sang bên	19	11,2

Nhận xét: Gãy có mảnh chiếm 65,1%, trong đó mảnh nhỏ chiếm 40,8%, chủ yếu là di lệch chồng ngắn chiếm 67,5%.

Bảng 4. So sánh kết quả trước mổ và trong mổ (n=169)

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
----------	-------	-----------

Phân loại theo AO		
Không thay đổi	138	81,65
Thay đổi 15.2A thành 15.2B	15	8,88
Thay đổi 15.2B thành 15.2C	16	9,47
Thay đổi 15.2A thành 15.2C	0	0
Số mảnh rời		
Không thay đổi	137	81,06
Thay đổi từ 0 sang 1	15	8,88
Thay đổi từ 1 sang 2	16	9,47
Thay đổi từ 2 sang nhiều hơn 2	1	0,59
Phương pháp phẫu thuật		
Không thay đổi	159	94,08
Có thay đổi	10	5,92

Nhận xét: Trong số 169 BN có 32 BN phát hiện có số mảnh thay đổi nhiều hơn so với XQ ban đầu, trong đó có 31/32BN thay đổi đánh giá phân loại ổ gãy theo AO, và có 10/32 trường hợp phải bổ sung thêm vật tư (chỉ thép, chỉ vicryl...) trong mổ.

Bảng 5. Liên quan giữa kiểu di lệch với sự thay đổi số mảnh rời (n=169)

Kiểu di lệch	Số mảnh rời		
	Có thay đổi	Không thay đổi	Tổng
Di lệch gập góc	2	16	18
Di lệch giãn cách	1	11	12
Di lệch chông ngắn	24	90	114
Di lệch chông	2	4	6
Di lệch sang bên	3	16	19
Tổng	32	137	169

Nhận xét: 24/32 BN khi phẫu thuật phát hiện có thay đổi tính chất ổ gãy, có kiểu di lệch chông ngắn trên phim XQ trước mổ.

IV. BÀN LUẬN

Trong NC này, qua bảng 2, độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng NC là 40,11 ± 14,93 tuổi (dao động trong khoảng từ 18 tuổi đến 79 tuổi). Trong số này có 54 BN là nữ và 115 BN là nam.

Từ bảng 3 thấy rằng, NC của chúng tôi, gãy thân xương đòn có mảnh (15.2B và 15.2C) chiếm tỉ lệ nhiều hơn với 65,1% các trường hợp, trong đó phát hiện được có 24,3% các trường hợp mảnh rời lớn, và 40,8% là mảnh nhỏ. Các trường hợp gãy thân xương đòn mà đường gãy đơn giản, không có mảnh như gãy ngang, gãy xiên ngắn, gãy chéo vát thì ít hơn, với tỉ lệ lần lượt là 10,1%, 15,4%, 9,5%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với báo cáo của tác giả Nguyễn Văn Phước (2015) về mức độ gãy phức tạp chiếm 71% [3]. Giải thích cho kết quả này, NC của chúng tôi được tiến hành khảo sát trên nhóm đối tượng gãy thân xương đòn được phẫu thuật, những trường hợp gãy đơn giản không di lệch hoặc không đủ điều kiện phẫu

thuật đã được điều trị đeo đai bảo tồn. Kết quả XQ trước mổ cho thấy di lệch chông ngắn chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 67,5%, các kiểu di lệch khác như di lệch gập góc, di lệch giãn cách, di lệch chông, di lệch sang bên chiếm tỉ lệ ít hơn, lần lượt là 10,7%, 7,1%, 3,6%, 11,2%. Kết quả này của chúng tôi khác với kết quả của tác giả Nguyễn Văn Phước (2015), trong NC của tác giả, kiểu di lệch thường gặp nhất là gập góc chiếm tỉ lệ 52,6%, kể đến là di lệch sang bên chiếm tỉ lệ 28,9% [3]. Điều này có thể là do khi phân loại, các trường hợp vừa có di lệch chông hình và thu ngắn kèm gập góc, chúng tôi đều phân vào kiểu di lệch chông ngắn.

Kết quả thu được từ bảng 4, trong số 169 BN có 32 BN (chiếm 18,93%) phát hiện có số mảnh thay đổi nhiều hơn so với XQ ban đầu, trong đó có 31/32BN thay đổi đánh giá phân loại ổ gãy theo AO (1 trường hợp ban đầu gãy được phân loại 15.2C với 2 mảnh rời, nhưng khi phẫu thuật thì thấy rằng số mảnh rời là 3), và có 10/32 trường hợp khi phẫu thuật phải buộc tăng cường thêm vòng thép hoặc buộc tăng cường bằng chỉ vicryl 1.0 rời mới tiến hành đặt nẹp bắt vít. Kết quả này của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả NC của tác giả Axel Jubel (2024) thực hiện trên 326 BN bị gãy thân xương đòn, với 40 BN (chiếm 12%) có sự khác biệt giữa hình chụp XQ trước phẫu thuật và thực tế trong phẫu thuật đã dẫn đến sự thay đổi phương pháp phẫu thuật [4]. Ngoài ra, từ bảng 5, trong 32 trường hợp khi phẫu thuật phát hiện có thay đổi tính chất ổ gãy thì có đến 24 trường hợp (chiếm 75%) có kiểu di lệch chông ngắn trên phim XQ trước mổ. Điều này có thể là do trên phim XQ chụp bình diện trước sau, khi xương gãy bị di lệch thu ngắn kèm theo đầu xương gãy chông lên nhau làm cho các mảnh cũng bị chông hình, nên khó phát hiện thấy.

Chẩn đoán gãy xương đòn dựa trên các triệu chứng lâm sàng và XQ. Dựa vào các triệu chứng lâm sàng, các bác sĩ có thể đưa ra chẩn đoán BN có bị gãy xương đòn hay không, đến mức chính xác hơn 98% nhưng cũng có tỉ lệ từ 1,96% đến 12% nếu không có XQ thì bác sĩ lâm sàng sẽ ghi nhận sai tổn thương [5],[6]. Tuy nhiên, XQ thông thường không phải lúc nào cũng phát hiện được gãy thân xương đòn [4]. Do vậy, việc kết hợp giữa XQ và lâm sàng sẽ giúp bác sĩ lâm sàng chẩn đoán chính xác hơn, tránh bỏ sót hay đánh giá sai thương tích.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của NC này cho thấy chẩn đoán XQ xương đòn không phải luôn luôn mô tả đúng tình

chất phức tạp của ổ gãy. Trong thực tế lâm sàng, bác sĩ phẫu thuật nên lưu ý, dự tính các phương pháp bổ sung thay thế và tư vấn cho người bệnh các tình huống có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Văn Phúc** (2022) Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu ngoài xương đòn bằng nẹp vít khóa đĩa hướng, Luận văn Chuyên khoa II, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
2. **Andermahr J., M. McKee, Nam D.** (2024) Clavicle fractures, <https://surgeryreference.aofoundation.org/orthopedic-trauma/adult-trauma/clavicle-fractures>,
3. **Nguyễn Văn Phước, Phan Anh Tuấn, Nguyễn Tấn Khai, et al.** (2015) Kết quả điều trị gãy 1/3

- giữa xương đòn bằng nẹp tạo hình chữ S tại bệnh viện Trưng Vương. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 19 (5): 46-50.
4. **Jubel A., Özel G., Herbst H., et al.** (2024) Reliability of preoperative conventional X-ray diagnostics for multifragmentary midclavicular fractures - a retrospective cohort study. Eur J Trauma Emerg Surg.
 5. **Shuster M., Abu-Laban R. B., Boyd J., et al.** (2003) Prospective evaluation of clinical assessment in the diagnosis and treatment of clavicle fracture: Are radiographs really necessary? Cjem. 5 (5):309-313.
 6. **Landine J., McGraw R., Pickett W.** (2001) Clinical diagnosis of clavicle fractures: a pilot study. Cjem. 3 (2):95-98.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY MẠN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Văn Thông¹, Lê Anh Xuân¹, Trần Đạt Bảo Thành¹, Nguyễn Huy Toàn¹, Phạm Minh Tuấn¹, Trần Hồng Quân¹

TOM TẮT

Đánh giá kết quả phẫu thuật (PT) điều trị viêm tụy mạn (VTM). Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân (BN) có bệnh lý VTM được PT tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ 1/2020 đến 12/2023. Chúng tôi đã PT cho 32 BN với 28 (87,5%) nam, 4 (12,5%) nữ; tuổi trung bình 49,6 (35-68). 100% số BN có đau bụng thượng vị, 31,3% có sút cân và BMI trung bình là 18,82. Sỏi đầu tụy chiếm 34,4%, toàn bộ tụy chiếm 53,1%, hầu hết các trường hợp ống tụy chính giãn. Các phương pháp PT gồm: Partington Rochelle (12,5%), Frey (62,5%), Frey-Beger (18,8%), cắt khối tá tụy (6,2%). Biến chứng sau mổ là 9,4%; không có BN tử vong. Đánh giá sau 6 tháng sau mổ cho thấy phần lớn bệnh nhân cải thiện được chất lượng cuộc sống: 96,9% BN không còn hoặc giảm rõ rệt triệu chứng đau bụng. Kết luận: Phẫu thuật giảm áp là một trong những phương pháp điều trị VTM hiệu quả, an toàn, nhằm cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN. **Từ khóa:** Viêm tụy mạn, Frey, Frey-Beger, Partinton - Rochelle

SUMMARY

SURGICAL MANAGEMENT OF CHRONIC PANCREATITIS AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

To evaluate outcome of surgical treatment of chronic pancreatitis at Nghe An Friendship General Hospital. This was a retrospective and prospective study on 32 patients who had chronic pancreatitis and

were operated from January 2020 to December 2023 at Nghe An Friendship General Hospital. There were 28 males (87,5%) and 4 females (12,5%) enrolled in this study. The mean age of the patients was 49,6 (35-68). All patients had pain in upper abdomen, 31,3% weight loss and the mean BMI was 18.82. The rate of cases which had stone in the head of pancreas was 34,4%, in all part of pancreas was 53,1%, almost patients has enlarged main pancreatic duct. Surgical methods were Partington Rochelle (12,5%), Frey (62,5%), Frey-Beger (18,8%), Pancreaticoduodenectomy (6,2%). The rate of post-operative complications was 9,4% and no one died. Evaluating after 6 months showed that there are many cases who were improved quality of life, 96,9% of the patients had no or reduced a lot of abdominal pain. Conclusion: Pressure reduction surgery is a safe and effective procedure in treatment of chronic pancreatitis, help reduce symptom, improve quality of life, but only applied in proper patients (enlarged main pancreatic duct, obstruction of bile duct, Pancreatic Pseudocysts and not response to internal medicine).

Keywords: Chronic pancreatitis, Frey, Frey-Beger, Partinton- Rochelle

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VTM là tình trạng viêm tụy tiến triển gây ra bởi các yếu tố di truyền và môi trường. Các đặc điểm về mặt bệnh học bao gồm tình trạng tụy teo nhỏ, phá hủy các tế bào tuyến nang ở tụy và xơ hóa. Biểu hiện lâm sàng chính là đau bụng thượng vị tái diễn và suy giảm chức năng nội tiết lẫn ngoại tiết của tụy, kèm theo đó là sự hình thành sỏi ống tụy, chít hẹp ống tụy, hình thành nang giả tụy. Điều trị chủ yếu là nội khoa. Điều trị ngoại khoa đặt ra khi BN đau nhiều, điều trị

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thông
Email: tranthong3010@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.6.2024
Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024
Ngày duyệt bài: 29.8.2024