

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BONG THỂ MI SAU CHẤN THƯƠNG ĐỤNG DẬP NHÃN CẦU

Trần Trung Kiên*, Thẩm Trương Khánh Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước đầu bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu và một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị bong thể mi về mặt giải phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu không có nhóm chứng trên 60 mắt bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu được điều trị khoa Chấn thương và phòng khám ngoại trú Bệnh viện Mắt Trung ương từ 01/2017 đến 07/2018. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân là nam giới, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 6/1. Độ tuổi trung bình là 39,0±12,3 tuổi, đa số trong nhóm tuổi 31 – 50 tuổi. Thị lực trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu trước điều trị là 0,2±0,3, sau 3 tuần là 0,08±0,16 và sau 3 tháng là 0,05±0,08. Nhãn áp trung bình trước điều trị là 14,3±4,7 mmHg. Sau điều trị 3 tháng, nhãn áp trung bình là 19,9 ± 2,9 mmHg. Tỷ lệ tăng nhãn áp sau 3 tuần điều trị là 8,3%. Tỷ lệ bệnh lý hoàng điểm nhãn áp thấp là 36,7%. Nhãn áp và mức độ sâu của khe bong thể mi khi vào viện có tương quan nghịch với nhau ($r=-0,4$, $p=0,0015$). Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị về mặt giải phẫu bao gồm độ sâu khe bong thể mi ban đầu, mức độ bong thể mi ban đầu phân loại theo độ rộng khe bong, bệnh hoàng điểm nhãn áp thấp và phân loại nhãn áp trước điều trị. Kết quả điều trị không phụ thuộc vào các yếu tố tuổi, giới, thời gian từ khi chấn thương tới khi điều trị và thị lực trước điều trị. **Kết luận:** Bong thể mi là tổn thương trầm trọng gặp trong chấn thương đụng dập nhãn cầu. Điều trị bong thể mi phụ thuộc vào mức độ bong và các tổn thương phối hợp. Một số yếu tố có thể được sử dụng để tiên lượng khả năng điều trị thành công về mặt giải phẫu.

SUMMARY

DIAGNOSIS AND TREATMENT CYCLODISLYSIS AFTER OCULAR BLUNT TRAUMA

Objective: To evaluate the initial outcomes and some factors affecting the anatomical results of treatment of cyclodialysis after ocular blunt trauma. **Subjects and research methods:** A prospective descriptive study without a control group on 60 eyes diagnosed with cyclodialysis after ocular blunt trauma treated at the Trauma department and outpatient clinic of Vietnam National Eye Hospital from 01/ 2017 to 07/2018. **Results:** Most patients were male, the ratio male / female was approximately 6/1. The average age was 39,0 ± 12,3, most of them were in the groups of 31 – 50 years old. The average visual acuity (VA) pre – treatment was 0.2±0.3, after 3

weeks it was 0.08±0.16 and after 3 months it was 0.05±0.08. The average intraocular pressure (IOP) pre - treatment was 14.3±4.7 mmHg. After 3 months of treatment, the average IOP was 19.9 ± 2.9 mmHg. The percentage of patients with high IOP after 3 weeks of treatment was 8.3%. The proportion of hypotony maculopathy was 36,7%. IOP and the depth of cyclodialysis cleft were inversely correlated ($r=-0.4$, $p=0.0015$). Factors affecting the anatomical outcome included initial depth of cyclodialysis cleft, initial grade of cyclodialysis, hypotony maculopathy, and pre-treatment IOP. Age, gender, time from injury to treatment and pre - treatment visual acuity had no effect on the anatomical outcome. **Conclusion:** Cyclodialysis is a serious injury in ocular blunt trauma. Treatment of cyclodialysis depend on the grade and associated injuries. Some factors can be used to prognosis the anatomical outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong thể mi là tình trạng một phần hoặc toàn bộ dải cơ dọc thể mi tách khỏi cửa củng mạc, dẫn tới sự nối thông bất thường giữa tiền phòng và khoang dưới thể mi – hắc mạc¹. Bong thể mi là một biến chứng nặng sau chấn thương đụng dập nhãn cầu, trực nhãn cầu bị nén đột ngột, rách đạo nhãn cầu giãn ra gây co kéo, rách và bong các tổ chức nội nhãn². Bong thể mi dẫn đến giảm thị lực, đục thể thủy tinh, viêm màng bồ đào, nhãn áp thấp kéo dài, phù hoàng điểm do nhãn áp thấp và có thể dẫn tới teo nhãn cầu³. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Chẩn đoán và điều trị bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu" với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả điều trị bước đầu bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu.
2. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị bong thể mi về mặt giải phẫu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Là 60 mắt trên 49 bệnh nhân được chẩn đoán bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu được điều trị tại khoa Chấn thương mắt và phòng khám ngoại trú Bệnh viện Mắt Trung ương từ 01/2017 đến 7/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu được chẩn đoán bằng siêu âm bán phần trước (UBM) và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Chúng tôi loại khỏi nghiên cứu tất cả các bệnh nhân bị bong thể mi

*Bệnh viện Mắt TW

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Kiên

Email: dr.ttkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024

nhưng có bệnh toàn thân nặng như đa chấn thương, chấn thương sọ não, chấn thương tai – mũi – họng và hàm mặt chưa ổn định; các bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật nội nhãn như phaco, cắt bè cứng giác mạc, cắt dịch kính; các bệnh nhân chấn thương mi phức tạp và các bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

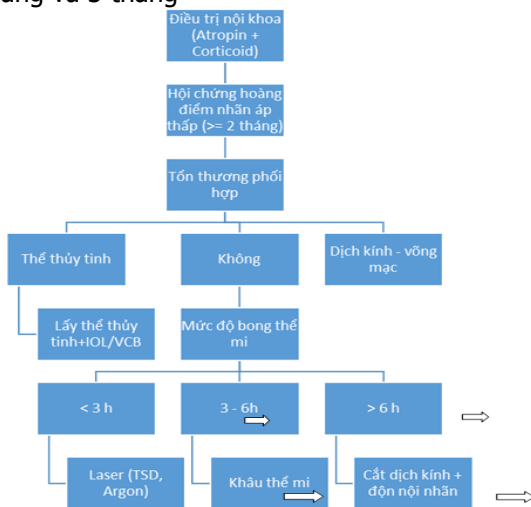
2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả tiến cứu không có nhóm chứng với cỡ mẫu là 38 mắt. Chúng tôi chọn toàn thể liên tục các bệnh nhân bị bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

2.2.2 Phương tiện nghiên cứu. Là các phương tiện có sẵn tại bệnh viện Mắt TW bao gồm: Bảng thị lực Snellen, kính sinh hiển vi, kính Volk 90D, kính soi đáy mắt trực tiếp, nhãn áp kế Maclakov, compas đo kích thước vị trí của tổn thương nhãn cầu, máy siêu âm A,B, máy siêu âm bán phần trước (UBM).

2.3 Các bước tiến hành. Tất cả bệnh nhân được đánh giá và xử trí tổn thương theo các bước sau:

- Hỏi bệnh, khám lâm sàng, soi góc và làm siêu âm bán phần trước để chẩn đoán xác định các trường hợp bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu đồng thời đánh giá các tổn thương phối hợp như: phù giác mạc, xuất huyết tiền phòng, lệch thể thủy tinh, xuất huyết dịch kính và các tổn thương võng mạc.
- Đánh giá mức độ tổn thương bong thể mi về: vị trí bong, mức độ bong, độ sâu khe bong.
- Điều trị bong thể mi và các tổn thương phối hợp (biểu đồ 1)
- Theo dõi sau khi ra viện 1 tuần, 3 tuần, 2 tháng và 3 tháng



Biểu đồ 2. Điều trị bong thể mi

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tỷ lệ giới nam/ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi xấp xỉ 6/1 với tỷ lệ nam giới chiếm 85% và nữ giới chiếm 15%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 39,0 ± 12,3 tuổi (nhỏ tuổi nhất là 10 tuổi và lớn tuổi nhất là 69 tuổi). Trong đó, phần lớn bệnh nhân (61,7%) thuộc nhóm tuổi 31 – 50 tuổi. Đa số các trường hợp có hoàn cảnh chấn thương là tai nạn lao động (68,3%), 28,7% là tai nạn sinh hoạt, các nguyên nhân khác chiếm 5,0%. Tỷ lệ chấn thương mắt phải/ mắt trái là tương đương nhau (48,3% và 51,7%). Thời gian vào viện điều trị sau chấn thương đa số trong vòng dưới 1 tuần (91,7%), trong đó 30,0% các trường hợp vào viện trong 24h đầu. Đặc biệt, có 2 trường hợp đến với chúng tôi sau 1 tháng chấn thương (3,3%).

3.2. Đặc điểm bong thể mi sau chấn thương đụng dập và kết quả điều trị

Thị lực. Thị lực trung bình (logMAR) của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu trước điều trị là 0,2±0,3, sau 3 tuần là 0,08±0,16 và sau 3 tháng là 0,05±0,08. Thị lực sau điều trị 3 tuần và 3 tháng cải thiện so với thị lực ban đầu có ý nghĩa thống kê với p<0,05 (Wilcoxon signed – rank test ghép cặp do phân bố số liệu không chuẩn).

Nhãn áp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhãn áp trung bình trước điều trị là 14,3±4,7 mmHg, thấp nhất là 8 mmHg và cao nhất là 38 mmHg. Trong đó, 43,3% các trường hợp trước điều trị thuộc nhóm nhãn áp thấp (<14mmHg). Sau điều trị 3 tháng, nhãn áp trung bình là 19,9 ± 2,9 mmHg (thấp nhất là 14 mmHg và cao nhất là 27 mmHg), không có bệnh nhân nào thuộc nhóm nhãn áp thấp. Nhãn áp sau 3 tháng điều trị cao hơn nhãn áp trước điều trị có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 (T-test ghép cặp). Tại thời điểm sau điều trị 3 tuần, 5/60 mắt (8,3%) có nhãn áp > 24mmHg.

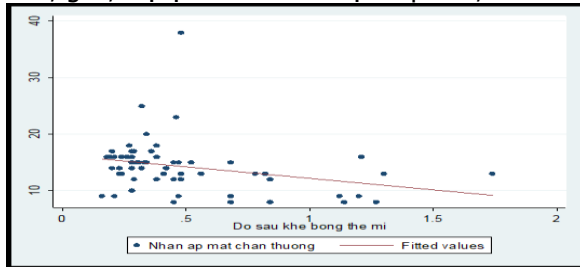
Bệnh lý hoàng điểm nhãn áp thấp. Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý hoàng điểm nhãn áp thấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 36,7%. Trong đó, nhãn áp trung bình của nhóm có bệnh lý hoàng điểm nhãn áp thấp là 10,77 ± 2,09 mmHg, nhãn áp thấp nhất và cao nhất lần lượt là 8 và 13 mmHg.

Mức độ bong thể mi và yếu tố ảnh hưởng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân (73,4%) có bong thể mi ở mức độ nặng (>180 độ). Trong khi đó, chỉ có 8,3% các trường hợp bong thể mi ở mức độ vừa (90 – 180 độ) và 18,3% bong thể mi ở mức độ nhẹ (< 90độ). Sau điều trị 3 tuần, tỷ lệ bệnh nhân

không còn bong thể mi chiếm 56,6%, bong thể mi mức độ nhẹ chiếm 16,7%, mức độ trung bình chiếm 20% và chỉ có 6,7% số bệnh nhân còn bong thể mi mức độ nặng. Tỷ lệ bệnh nhân bong thể mi mức độ nặng giảm có ý nghĩa thống kê sau 3 tuần với $p < 0,001$.

Đồ thị 1 biểu hiện mối liên quan giữa nhãn áp và độ sâu khe bong thể mi lúc vào viện. Dựa vào đồ thị ta có thể thấy nhãn áp và mức độ sâu của khe bong thể mi khi vào viện có tương quan nghịch với nhau ($r = -0,4, p = 0,0015$). Tương tự, trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt về mức độ bong thể mi ban đầu (phân loại theo độ rộng vùng bong) giữa các nhóm nhãn áp khi vào viện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Chi – square test, $p = 0,035$).

3.3. Kết quả điều trị và yếu tố ảnh hưởng. Điều trị được coi là thành công về mặt giải phẫu khi khe thể mi đóng trên siêu âm bán phần trước UBM. Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị bao gồm độ sâu khe bong thể mi ban đầu (Chi – square test, $p = 0,000$), mức độ bong thể mi ban đầu phân loại theo độ rộng khe bong (Chi – square test, $p = 0,013$), bệnh hoàng điểm nhãn áp thấp ($p = 0,006$) và phân loại nhãn áp trước điều trị (Chi – square test, $p = 0,001$). Kết quả điều trị không phụ thuộc vào các yếu tố tuổi, giới, thị lực trước điều trị với $p < 0,05$.



Đồ thị 1. Mối quan hệ giữa nhãn áp và độ sâu khe bong thể mi

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm nhóm nghiên cứu Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các bệnh nhân thuộc độ tuổi lao động (31 – 50 tuổi) và phần lớn người bệnh là nam giới. Điều này tương đồng với các nghiên cứu về chấn thương nhãn cầu nói chung và bong thể mi nói riêng trước đây³⁻⁵. Tỷ lệ nam giới chiếm phần lớn do nam giới thường làm các công việc có nguy cơ hơn và trẻ em trai cũng nghịch ngợm hơn; những người trong độ tuổi lao động tăng nguy cơ gặp chấn thương do tai nạn lao động.

4.2 Đặc điểm bong thể mi. Sự giảm nhãn áp trong các trường hợp bong thể mi được giải thích do sự tách rời thể mi và cửa cùng mạc tạo

nên đường thông bất thường giữa tiền phòng và khoang dưới hắc mạc⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhãn áp trung bình trước điều trị là $14,3 \pm 4,7$ mmHg. Nhãn áp trung bình của nhóm nghiên cứu cao hơn khi so sánh với nghiên cứu của Wang và cs (2017) trên 44 mắt bong thể mi chấn thương ($8,0 \pm 3,4$ mmHg) dù tỷ lệ bong thể mi mức độ nặng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Wang và cs (78% và 36%). Sự khác biệt này có thể giải thích do phương pháp đo nhãn áp (Wang và cs đo nhãn áp bằng tonometer trong khi chúng tôi sử dụng nhãn áp Maclakov). Ngoài ra, trong nghiên cứu của Wang và cs, mức độ bong thể mi không có mối quan hệ có ý nghĩa với nhãn áp trước phẫu thuật. Ngược lại, trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ bong thể mi giữa các nhóm nhãn áp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê⁶.

Tại thời điểm sau phẫu thuật 3 tuần, tỷ lệ bệnh nhân có nhãn áp > 24mmHg trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,3%, 100% các bệnh nhân tăng nhãn áp đều có kết quả đóng khe thể mi. Các nghiên cứu trước đây cũng báo cáo hiện tượng tăng nhãn áp sau khi giải phẫu thể mi được phục hồi^{4,7,8}. Trong nghiên cứu của Agrawal và cs (2013), tỷ lệ bệnh nhân tăng nhãn áp tới 70 mmHg là 13/17 (76,5%) tại thời điểm sau điều trị 1 tuần⁴.

Nhãn áp thấp gây nên nếp gấp hắc mạc, biểu mô sắc tố võng mạc và gấp võng mạc – còn gọi là bệnh lý hoàng điểm nhãn áp thấp – một trong những nguyên nhân gây giảm thị lực ở bệnh nhân hạ nhãn áp⁹. Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý hoàng điểm nhãn áp thấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 36,7%. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Yang và cs (2011) trên 42 mắt bong hắc mạc – thể mi (64,3%). Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể giải thích do hạn chế đánh giá bệnh lý hoàng điểm nhãn áp thấp trong nghiên cứu của chúng tôi bởi sự che lấp của phù giác mạc, xuất huyết tiền phòng, đục lệch thể thủy tinh và xuất huyết dịch kính. Trong khi đó, nghiên cứu của Yang và cs (2011) loại bỏ tất cả các bệnh nhân có xuất huyết tiền phòng, xuất huyết nội nhãn và lệch thể thủy tinh³.

Do nghiên cứu của chúng tôi tập trung đánh giá thời điểm sau phẫu thuật 3 tuần nên tỷ lệ đóng khe thể mi (56,6%) thấp hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới có thời gian theo dõi dài hơn, ví dụ như nghiên cứu của Wang và cs(2017) báo cáo 100% các trường hợp khe thể mi đều đóng sau 32±8 tuần theo dõi, con số này là 94% trong nghiên cứu của Agrawal và cs (2013) sau 43,7±24,6 tháng theo dõi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ bong thể mi và sự thành công điều trị về mặt giải phẫu có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Bong thể mi là một tổn thương trầm trọng có thể gặp trong chấn thương đung dập nhãn cầu. Các phương pháp điều trị bong thể mi rất phong phú, phụ thuộc vào mức độ bong và tổn thương kèm theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân bong thể mi đa phần thuộc độ tuổi lao động và giới tính là nam. Thị lực và nhãn áp cải thiện có ý nghĩa thống kê sau 3 tuần và 3 tháng điều trị. Có tình trạng tăng nhãn áp sau đóng khe thể mi tại thời điểm sau điều trị 3 tuần. Nhãn áp và mức độ bong thể mi có quan hệ có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị về mặt giải phẫu gồm độ sâu khe bong thể mi ban đầu, mức độ bong thể mi ban đầu phân loại theo độ rộng khe bong, bệnh hoàng điểm nhãn áp thấp và phân loại nhãn áp trước điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **González-Martín-Moro J, Contreras-Martín I, Muñoz-Negrete FJ, Gómez-Sanz F, Zarallo-Gallardo J.** Cyclodialysis: an update. *Int Ophthalmol.* 2017;37(2):441-457. doi:10.1007/s10792-016-0282-8
2. **Direct cyclopepsy surgery for post-traumatic cyclodialysis with persistent hypotony:**

- ultrasound biomicroscopic evaluation - PubMed. Accessed February 17, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25076374/>
3. **Yang JG, Yao GM, Li SP, Xiao-HuaWang, Ren BC.** Surgical treatment for 42 patients with traumatic annular ciliochoroidal detachment. *Int J Ophthalmol.* 2011;4(1):81-84. doi:10.3980/j.issn.2222-3959.2011.01.19
 4. **Agrawal P, Shah P.** Long-term outcomes following the surgical repair of traumatic cyclodialysis clefts. *Eye.* 2013;27(12):1347-1352. doi:10.1038/eye.2013.183
 5. **Dogramaci M, Erdur SK, Senturk F.** Standardized Classification of Mechanical Ocular Injuries: Efficacy and Shortfalls. *Beyoglu Eye J.* 2021;6(3):236-242. doi:10.14744/bej.2021.01488
 6. **Wang C, Peng XY, You QS, et al.** Internal cyclopepsy for complicated traumatic cyclodialysis cleft. *Acta Ophthalmol (Copenh).* 2017;95(6):639-642. doi:10.1111/aos.13463
 7. **Popovic M, Shareef S, Mura JJ, et al.** Cyclodialysis cleft repair: A multi-centred, retrospective case series. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2019;47(2):201-211. doi:10.1111/ceo.13378
 8. **Hwang JM, Ahn K, Kim C, Park KA, Kee C.** Ultrasonic biomicroscopic evaluation of cyclodialysis before and after direct cyclopepsy. *Arch Ophthalmol Chic Ill 1960.* 2008;126(9):1222-1225. doi:10.1001/archophth.126.9.1222
 9. **Kumar M, Kesarwani S.** Post-traumatic cyclodialysis cleft with hypotonic maculopathy. *Clin Exp Optom.* 2011;94(5):481-483. doi:10.1111/j.1444-0938.2011.00599.x

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU Ổ LOÉT TÁ TRÀNG THÙNG TẠI BỆNH VIỆN E

Trần Nguyễn Bảo Tuấn^{1,2}, Đỗ Trường Sơn^{1,2},
Nguyễn Hữu Sâm¹, Trịnh Tuấn Dương³, Đặng Quốc Ái^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loét da dày- tá tràng tác động đến 4 triệu người mỗi năm và có tỉ lệ ước tính khoảng 5-10% dân số trên thế giới [2]. Mặc dù tỉ lệ bệnh đã giảm xuống rất nhiều trong một thập kỷ vừa qua tuy nhiên các biến chứng của bệnh vẫn không thay đổi [2]. Biến chứng thủng xảy ra với tỉ lệ 2-10% trong các bệnh nhân loét da dày- tá tràng, với nguy cơ tử vong cao, đặc biệt ở người lớn tuổi, với tỉ lệ là 10-40%[4]. Theo khuyến cáo hội phẫu thuật nội soi thế giới, chỉ định mổ cấp cứu sớm nhất có thể đối với phần lớn

trường hợp bệnh nhân thủng ổ loét hành tá tràng, trong đó phẫu thuật nội soi mang lại nhiều lợi ích. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu ổ loét hành tá tràng thủng tại bệnh viện E ở nhóm người bệnh trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm tất cả các người bệnh được PTNS khâu ổ loét hành tá tràng thủng tại Bệnh viện E từ 01/2018 đến 12/2022. Các dữ liệu nghiên cứu bao gồm các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật, tai biến, biến chứng sau phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật. **Kết quả:** Có 122 người bệnh đã được phẫu thuật nội soi khâu ổ loét hành tá tràng thủng tại bệnh viện E từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022, trong đó nam gấp 4 lần nữ, độ tuổi trung bình là 48,3±19,6. Mùa khởi phát bệnh chủ yếu là thu đông chiếm: 59,9%. Yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là sử dụng rượu, chiếm 52,6%. Có 11 bệnh nhân (11%) có chỉ số Boey là 1 điểm, còn lại đều là 0 điểm. Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 5%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi khâu ổ loét hành tá tràng thủng là một phương pháp điều trị hiệu quả và có nhiều ưu điểm bao gồm

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện đa khoa Y Học Cổ Truyền Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024