

- oral microbiome of patients with generalized aggressive periodontitis and periodontitis-free subjects, Archives of Oral Biology, Volume 99, March 2019, Pages 169-176
7. **Maria Minguez et al (2014)**. Characterization and serotype distribution of *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* isolated from a population of periodontitis patients in Spain. Archives of oral biology. 59 . 1359 – 1367.
8. **Heller D et al (2011)**, Impact of systemic antimicrobials combined with anti-infective mechanical debridement on the microbiota of generalized aggressive periodontitis: a 6-month RCT. J Clin Periodontol: 38: 355–364.
9. **Rylev M et al (2011)**. Microbiological and immunological characteristics of young Moroccan patients with aggressive periodontitis with and without detectable *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* JP2 infection. Mol Oral Microbiol: 26.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở HỌC SINH LỚP MỘT Ở HUYỆN KIẾN XƯƠNG, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2021

Phạm Quốc Hùng¹, Vi Việt Cường², Trần Đình Thoan³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng học sinh lớp một (6-7 tuổi) tại 3 xã thuộc huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình. Nghiên cứu được hoàn thành vào tháng 2/2021 với 325 trẻ lớp một tại 3 trường tiểu học ở 3 xã Bình Nguyên, Quốc Tuấn, Bình Minh. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ trẻ trai là 50,46%; tuổi trung bình là 76,8 ± 3,89 tháng tuổi; cân nặng trung bình là 20,14 ± 3,64 kg; chiều cao trung bình là 114,86 ± 4,91 cm; BMI trung bình 15,18 ± 2,0 kg/m²; tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân là 9,2% (6,4% nhẹ cân vừa, 2,8% nhẹ cân nặng); tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi là 7,1% (6,2% thấp còi vừa, 0,9% thấp còi nặng); tỷ lệ suy dinh dưỡng gầy còm là 6,8% (6,2% gầy còm vừa, 0,6% gầy còm nặng); tỷ lệ thừa cân béo phì là 3,4% (3,1% thừa cân, 0,3% béo phì). Sự khác biệt giữa 3 xã nhỏ và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Từ khóa: chiều cao, cân nặng, tình trạng dinh dưỡng, trẻ tiểu học

SUMMARY

NUTRITION STATUS OF GRADE - ONE SCHOOL STUDENTS IN KIEN XUONG DISTRICT, THAI BINH PROVINCE IN 2021

Descriptive cross-sectional study was implemented to assess the nutritional status of first grade school students (6-7 years old) at 3 communes of Kien Xuong district, Thai Binh province. The study was completed in February 2021 with 325 first grade school students at 3 primary schools at 3 communes of Binh Nguyen, Quoc Tuan, and Binh Minh. Research results showed that the rate of boys was 50.46%; average age was 76.8 ± 3.89 months; average weight was 20.14 ±

3.64 kg; average height was 114.86 ± 4.91 cm; average BMI 15.18±2.0kg/m²; the rate of underweight malnutrition was 9.2% (6.4% moderate underweight, 2.8% underweight); the rate of stunting was 7.1% (6.2% medium stunting, 0.9% severe stunting); the rate of wasting malnutrition was 6.8% (6.2% moderately skinny, 0.6% heavyweight); the rate of overweight and obesity was 3.4% (3.1% overweight, 0.3% obesity). The difference among the 3 communes was small and not statistically significant ($p > 0.05$). **Keywords:** height, weight, nutritional status, primary school children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em Việt Nam hiện nay vẫn đang là vấn đề cần quan tâm trong khi đó có một tỷ lệ trẻ thừa cân béo phì gây ra tình trạng gánh nặng kép về dinh dưỡng [1]. Sự thay đổi chuyển dịch từ nhẹ cân, gầy còm sang thừa cân, béo phì của trẻ em, đặc biệt là vùng nông thôn cần có dữ liệu để làm cơ sở cho thiết kế các chương trình can thiệp phòng chống suy dinh dưỡng phù hợp cho từng khu vực và từng lứa tuổi khác nhau. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở học sinh lớp một (6-7 tuổi) tại các trường tiểu học thuộc 3 xã của huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: toàn bộ trẻ lớp một ở 03 trường tiểu học được chọn ngẫu nhiên thuộc huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình có cha mẹ hoặc người nuôi dưỡng đồng ý cho tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm tuyển đối tượng can thiệp cho nghiên cứu đánh giá can thiệp dinh dưỡng cho học sinh tiểu học.

Thời gian: từ tháng 12/2020 đến 2/2021.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Có 325 trẻ lớp một đã

¹Trường Đại học Y Hà Nội;

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng,

³Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Hùng

Email: phạmquochung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2021

Ngày duyệt bài: 30.12.2021

tham gia nghiên cứu.

Phương pháp đánh giá: chiều cao, cân nặng trung bình, điểm Z-score cao/tuổi, cân nặng/tuổi, BMI/tuổi theo chuẩn WHO 2007 [2].

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2016 và phân tích

bằng phần mềm Anthroplus 1.0.4 (WHO), SPSS IBM 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học và đạo đức nghiên cứu Trường Đại học Y Dược Thái Bình phê duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 325 học sinh lớp một tham gia nghiên cứu với kết quả điều tra sau đây.

Bảng 1. Đặc điểm giới, tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI

Chỉ số	Bình Nguyên	Quốc Tuấn	Bình Minh	Chung	p
Số đối tượng	125	107	93	325	
Tỷ lệ trẻ nam	50,40%	50,47%	50,54%	50,46%	> 0,05 ^a
Tuổi (tháng)	76,65±3,58	76,88±3,64	76,93±4,57	76,80±3,89	> 0,05 ^b
Cân nặng (kg)	20,24±3,76	20,15±3,86	19,99±3,25	20,14±3,64	> 0,05 ^b
Chiều cao (cm)	114,86±5,27	114,99±4,38	114,70±5,03	114,86±4,91	> 0,05 ^b
BMI (kg/m ²)	15,1±1,84	15,1±1,84	15,1±1,84	15,18±2,0	> 0,05 ^b
Z-score cân nặng/tuổi	-0,48±1,21	-0,54±0,89	-0,54±1,1	-0,51±1,21	> 0,05 ^b
Z-score chiều cao/tuổi	-0,57±0,94	-0,54±0,98	-0,61±0,88	-0,57±0,91	> 0,05 ^b
Z-score BMI/tuổi	-0,20±1,23	-0,32±1,43	-0,28±1,18	-0,26±1,28	> 0,05 ^b

^a) Chi-square test; ^b) ANOVA test.

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 1 cho thấy: tỷ lệ trẻ trai là 50,46%; tuổi trung bình là 76,8 ± 3,89 tháng tuổi; cân nặng trung bình là 20,14 ± 3,64 kg; chiều cao trung bình là 114,86 ± 4,91 cm; BMI trung bình 15,18 ± 2,0 kg/m²; Z-score cân nặng/tuổi trung bình là -0,51 ± 1,21; Z-score chiều cao/tuổi trung bình là -0,57 ± 0,91; Z-score BMI/tuổi trung bình là -0,26 ± 1,28.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (YNTK) (p>0,05) giữa các nhóm về các chỉ số giới, tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI, Z-core cân nặng/tuổi, chiều cao/tuổi, BMI/tuổi.

Bảng 2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của học sinh lớp một

Chỉ số	Bình Nguyên	Quốc Tuấn	Bình Minh	Chung	p
Tỷ lệ SDD nhẹ cân	10(8%)	10(9,3%)	10(10,8%)	30(9,2%)	> 0,05 ^b
Tỷ lệ SDD nhẹ cân vừa	7(5,6%)	6(5,6%)	8(8,6%)	21(6,4%)	> 0,05 ^b
Tỷ lệ SDD nhẹ cân nặng	3(2,4%)	4(3,7%)	2(2,2%)	9(2,8%)	(^a)
Tỷ lệ SDD thấp còi	8(6,4%)	7(6,5%)	8(8,6%)	23(7,1%)	> 0,05 ^b
Tỷ lệ SDD thấp còi vừa	8(6,4%)	4(3,7%)	8(8,6%)	20(6,2%)	> 0,05 ^b
Tỷ lệ SDD thấp còi nặng	0(0%)	3(2,8%)	0(0%)	3(0,9%)	(^a)
Tỷ lệ SDD gầy còm	6(4,8%)	13(12,1%)	3(3,2%)	22(6,8%)	> 0,05 ^b
Tỷ lệ SDD gầy còm vừa	6(4,8%)	11(10,3%)	3(3,2%)	20(6,2%)	> 0,05 ^b
Tỷ lệ SDD gầy còm nặng	0(0%)	2(1,9%)	0(0%)	2(0,6%)	(^a)

^a) không có sự khác biệt hoặc dữ liệu nhỏ không làm kiểm định; ^b) Fisher's exact - test, Bootstrap 1000 samples. Kết quả nghiên cứu Bảng 2 cho thấy: tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân là 9,2% (6,4% nhẹ cân vừa, 2,8% nhẹ cân nặng); tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi là 7,1% (6,2% thấp còi vừa, 0,9% thấp còi nặng); tỷ lệ suy dinh dưỡng gầy còm là 6,8% (6,2% gầy còm vừa, 0,6% gầy còm nặng); Sự khác biệt của các chỉ số này giữa 3 nhóm nhỏ và không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3. Nguy cơ suy dinh dưỡng và tỷ lệ thừa cân béo phì

Chỉ số	Bình Nguyên	Quốc Tuấn	Bình Minh	Chung	p
Tỷ lệ nguy cơ SDD nhẹ cân	40(32%)	40(37,4%)	31(33,3%)	111(34,2%)	> 0,05 ^c
Tỷ lệ nguy cơ SDD thấp còi	41(32,8%)	31(29,0%)	8(8,6%)	102(31,2%)	> 0,05 ^c
Tỷ lệ nguy cơ SDD gầy còm	31(24,8%)	36(33,6%)	28(30,1%)	95(29,2%)	> 0,05 ^c
Tỷ lệ thừa cân, béo phì	3(2,4%)	5(4,6%)	3(3,2%)	11(3,4%)	> 0,05 ^b
Tỷ lệ thừa cân	3(2,4%)	4(3,7%)	3(3,2%)	10(3,1%)	(^a)
Tỷ lệ béo phì	0(0%)	1(0,9%)	0(0%)	1(0,3%)	(^a)

^a) không có sự khác biệt hoặc dữ liệu nhỏ không làm kiểm định; ^b) Fisher's exact - test, Bootstrap 1000 samples; ^c) Chi-square test.

Kết quả nghiên cứu Bảng 3 cho thấy: tỷ lệ có nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ cân là 34,2%; tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi là 31,2%; tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng gầy còm là 29,2%; tỷ lệ thừa cân béo phì là 3,4% (3,1% thừa cân, 0,3% béo phì). Sự khác biệt của các chỉ số này giữa 3 nhóm không nhiều và không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Các chỉ số về dinh dưỡng của nhóm đối tượng nghiên cứu thấp hơn so với chuẩn của WHO và một số nghiên cứu gần đây: tỷ lệ trẻ trai là 50,46%; tuổi trung bình là $76,8 \pm 3,89$ tháng tuổi; cân nặng trung bình là $20,14 \pm 3,64$ kg; chiều cao trung bình là $114,86 \pm 4,91$ cm; BMI trung bình $15,18 \pm 2,0$ (kg/m²); Z-core cân nặng/tuổi trung bình là $-0,51 \pm 1,21$; Z-score chiều cao/tuổi trung bình là $-0,57 \pm 0,91$; Z-score BMI/tuổi trung bình là $-0,26 \pm 1,28$.

Ở độ tuổi 76,8 tháng, theo chuẩn của WHO 2007, chiều cao trung bình là 117,5-118,5 cm [2]. Trong khi chiều cao trung bình trong nghiên cứu chỉ đạt 114,86 thấp hơn 3 cm. Điều này cho thấy đây là một cộng đồng trẻ có chiều cao không đạt chuẩn khá nhiều. Nguyên nhân lý giải bên cạnh gen di truyền của quần thể người châu Á, có thể do dinh dưỡng, hoạt động thể lực, chế độ sinh hoạt... trong đó dinh dưỡng có thể chiếm 20-30% [3].

Theo chuẩn của WHO 2007, ở độ tuổi 76,8 tháng, cân nặng trung bình vào khoảng 20,9-21,5 kg [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cân nặng trung bình là $20,14 \pm 3,64$ kg thấp hơn chuẩn của WHO khoảng 0,76 kg. Nghiên cứu cũng đã điều tra tình hình dịch tễ, ký sinh trùng, bệnh tật tại vùng này trong thời gian nghiên cứu không có biến động mạnh ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng. Như vậy có thể nói đây là những đối tượng nghiên cứu có tình trạng dinh dưỡng không được tốt.

Tình trạng suy dinh dưỡng còn khá cao với tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân là 9,2% (6,4% nhẹ cân vừa, 2,8% nhẹ cân nặng); tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi là 7,1% (6,2% thấp còi vừa, 0,9% thấp còi nặng); tỷ lệ suy dinh dưỡng gầy còm là 6,8% (6,2% gầy còm vừa, 0,6% gầy còm nặng); tỷ lệ có nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ cân là 34,2%; tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi là 31,2%; tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng gầy còm là 29,2%;

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ SDD thể nhẹ cân thấp hơn với kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009 với tỷ lệ SDD thể nhẹ cân

trẻ từ 5-10 tuổi là 24,2% [4]. Kết quả nghiên cứu này cũng thấp hơn kết quả điều tra Tỷ lệ SDD thấp còi chung của cả 2 giới là 17,5%, cao hơn so với tỷ lệ thấp còi của học sinh lứa tuổi 6-9 tuổi của 6 tỉnh thành của Việt Nam theo điều tra SEANUT năm 2011 là 15,6% [5]. Kết quả nghiên cứu này cũng thấp hơn so với nghiên cứu trên trẻ tiểu học ở Nghĩa Đàn năm 2019 với tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân là 21,5%, tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng thấp còi 10,8%, tỷ lệ suy dinh dưỡng gầy còm là 10,1% [6]. Kết quả này gần tương đương với nghiên cứu trên trẻ tiểu học tại Phú Bình năm 2017 với tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân là 9,1% [7].

Tỷ lệ thừa cân béo phì khá thấp với tỷ lệ 3,4% (3,1% thừa cân, 0,3% béo phì).

Kết quả gần tương đương với nghiên cứu ở huyện Phú Bình (2017) là 2,5% [7] và nghiên cứu ở huyện Nghĩa Đàn (2019) là 3,4% [6]. Những tình trạng dinh dưỡng trên có thể lý giải bởi chế độ ăn hiện nay chưa thực sự đáp ứng được nhu cầu cho sự tăng trưởng của trẻ. Kết quả điều tra khẩu phần của trẻ em từ 7-10 tuổi ở Phú Bình 2017 cho thấy khẩu phần mức cung cấp protid, glucid, lipid, vitamin và khoáng chất chỉ đạt 72%. Một số loại vi chất dinh dưỡng như vitamin A chỉ đáp ứng 43%; kẽm đạt 48%; sắt chỉ đạt 66% nhu cầu khuyến nghị hàng ngày [7].

V. KẾT LUẬN

Điều tra tình trạng dinh dưỡng ở 325 học sinh lớp một (6-7 tuổi) tại huyện Kiến Xương cho thấy: tỷ lệ trẻ trai là 50,46%; tuổi trung bình là $76,8 \pm 3,89$ tháng tuổi; cân nặng trung bình là $20,14 \pm 3,64$ kg; chiều cao trung bình là $114,86 \pm 4,91$ cm; BMI trung bình $15,18 \pm 2,0$ kg/m²; tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân là 9,2% (6,4% nhẹ cân vừa, 2,8% nhẹ cân nặng); tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi là 7,1% (6,2% thấp còi vừa, 0,9% thấp còi nặng); tỷ lệ suy dinh dưỡng gầy còm là 6,8% (6,2% gầy còm vừa, 0,6% gầy còm nặng); tỷ lệ thừa cân béo phì là 3,4% (3,1% thừa cân, 0,3% béo phì). Sự khác biệt giữa các nhóm ít và không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Chính phủ (2015).** Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011 - 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.
- 2. World Health Organization (2007).** The new WHO child growth standards. Bull World Health Organ, 52(SUPP.1), 13-17.
- 3. Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2010).** Dinh dưỡng và gia tăng tăng trưởng của người Việt Nam. Nhà xuất bản Y học.
- 4. Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2011).** Tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010.

5. **SEANUTS (2012)**. Nutrition and health status of children in South East Asia. *Curr Updat Child Nutr Dev*, 2012(11), 1–25.
6. **Nguyễn Đức Vinh (2019)**, Hiệu quả tăng cường vị chất vào thực phẩm đến tình trạng dinh dưỡng của học sinh tiểu học huyện Nghĩa Đàn. Luận án

- Tiến sĩ, Viện Dinh dưỡng Quốc gia.
7. **Nguyễn Song Tú, Trần Thúy Nga và cộng sự (2017)**. Thực trạng dinh dưỡng học sinh tiểu học 7- 10 tuổi tại 5 xã của huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên, năm 2017. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 27(6), 172–175.

PHẪU THUẬT THÀNH CÔNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ HAI CƠ QUAN TRÊN CÙNG MỘT BỆNH NHÂN – NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Hữu Lư*, Nguyễn Minh Trí**

TÓM TẮT

Hiện nay, với những tiến bộ y học trong chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư; số lượng bệnh nhân được chẩn đoán với nhiều bệnh ung thư nguyên phát khác nhau ngày càng gia tăng. Cùng với đó, phẫu thuật đã là một phương pháp điều trị ung thư thiết yếu trong quản lý đa mô thức cho bệnh nhân ung thư. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 71 tuổi cùng mắc ung thư tại hai cơ quan khác nhau: ung thư phổi và ung thư trực tràng, đã được điều trị phẫu thuật thành công tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

Từ khóa: nhiều khối u nguyên phát, ung thư phổi, ung thư trực tràng

SUMMARY

DUAL PRIMARY MALIGNANT TUMORS IN A PATIENT: A SUCCESSFUL TREATED CASE AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

Today, as a result of recent advances in diagnostic techniques and treatment modalities, the number of patients diagnosed with multiple primary malignancies has been increasing. In addition, surgery has been an essential oncology modality in the multimodal management of cancer patients. We report a case of a 71-year-old male with multiple primary tumors in two different organs: lung and rectum; that has been operated successfully at VietDuc University Hospital.

Keyword: multiple primary tumors, lung cancer, rectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều bệnh ung thư nguyên phát trên cùng một bệnh nhân được được miêu tả lần đầu tiên bởi Billroth năm 1889 và sau đó đã được Warren và Gates đề xuất các tiêu chí chẩn đoán vào năm 1932¹⁻³. Nhiều bệnh ung thư nguyên phát trên cùng một bệnh nhân được định nghĩa là có nhiều

hơn một khối u ác tính nguyên phát có nguồn gốc mô học khác nhau xuất hiện trên cùng một bệnh nhân. Loại hình thương tổn này thường không phổ biến trong thực hành lâm sàng. Dựa trên các tiêu chí được đề xuất bởi Warren và Gates, chẩn đoán nhiều ung thư nguyên phát trên cùng một bệnh nhân bao gồm những đặc điểm sau³⁻⁶: (i) Tổn thương ác tính của từng loại khối u phải được xác định bằng mô bệnh học; (ii) Mỗi loại u ác tính xảy ra ở các vùng hoặc cơ quan khác nhau; (iii) phải loại trừ khả năng mắc bệnh ung thư ác tính thứ hai là di căn của bệnh ung thư ác tính thứ nhất. Hiện nay, với các tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị ung thư đã làm cải thiện đáng kể thời gian sống thêm của từng bệnh lý ung thư cơ quan nhưng vấn đề tiếp cận chẩn đoán cũng như điều trị vẫn còn là một thách thức trong y học^{2,5,7,8}. Tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức, chúng tôi đã phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng và ung thư phổi cho một bệnh nhân nam 71 tuổi được thực hiện bởi các chuyên ngành chuyên sâu khác nhau, đem lại kết quả tốt sau phẫu thuật.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 71 tuổi. Tiền sử: đã phẫu thuật cắt đoạn trực tràng do u cách 19 năm tại bệnh viện Bạch Mai, không khám lại thường xuyên, thất lạc giấy tờ mổ cũ và giấy tờ liên quan. Đợt này cách vào viện 4 tháng, bệnh nhân xuất hiện đi ngoài phân nhày có kèm ít máu, sờ thấy khối ở vùng sát hậu môn khi đi đại tiện, không có gầy sút cân. Đi khám phát hiện khối u sùi vùng trực tràng thấp ngay sát ống hậu môn chiếm nửa chu vi lòng trực tràng, kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch phù hợp với ung thư biểu mô tuyến xâm nhập nguồn gốc trực tràng. Khi đi làm bilan phục vụ việc chẩn đoán và điều trị u trực tràng, bệnh nhân được phát hiện một khối u khác ở phổi phải bằng chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Trên hình ảnh cắt lớp vi

*Trung tâm phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2021

Ngày duyệt bài: 30.12.2021