

chế độ điều trị.

***Liên quan giữa hoạt động tư vấn điều dưỡng với kiểm soát đường huyết.** Tất cả các yếu tố mức độ thường xuyên nhận được thông tin từ nhân viên y tế và mức độ hài lòng về thông tin nhận được là các yếu tố dẫn tới kiểm soát đường huyết tốt với chỉ số OR lần lượt là 6,486; 7,354 với $p < 0,001$.

Việc thường xuyên nhận được thông tin tư vấn từ nhân viên y tế và hài lòng với thông tin nhận được là rất quan trọng để giúp người bệnh nâng cao kiến thức, giúp NB kiểm soát tốt đường huyết của mình. Trong nghiên cứu của chúng tôi

Theo nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn Doanh thì các yếu tố liên quan tới tuân thủ điều trị gồm có: Thời gian mắc bệnh, kiến thức về bệnh, số lượng bệnh mạn tính/biến chứng đi kèm, mức độ thường xuyên và mức độ hài lòng về thông tin nhận được từ NVYT [1].

V. KẾT LUẬN

Kiến thức về bệnh ĐTĐ của người bệnh liên quan trực tiếp tới kiểm soát đường huyết tốt với $OR = 79$; $p < 0,001$.

- Tỷ lệ người bệnh có kiến thức và thực hành tốt về chế độ sinh hoạt cho người bệnh và kiến thức tự theo dõi tại nhà ở nhóm kiểm soát đường huyết tốt cao hơn nhóm kiểm soát đường huyết không tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Có sự khác biệt về kiến thức điều trị giữa nhóm kiểm soát đường huyết tốt so với nhóm kiểm soát đường huyết không tốt (89,5% và 5,0%; $p < 0,01$).

- Có mối liên quan chặt chẽ giữa các yếu tố:

tuân thủ tốt chế độ thuốc, chế độ theo dõi và tái khám định kỳ, chế độ ăn uống với kiểm soát đường huyết.

- Người bệnh hài lòng với thông tin nhận được từ nhân viên y tế ở nhóm kiểm soát đường huyết tốt cao hơn so với nhóm kiểm soát đường huyết chưa tốt ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Văn Doanh, Nguyễn Hồng Hạnh và Đinh Thị Thu (2016)**, "Một số yếu tố ảnh hưởng tới tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường type 2 tại bệnh viện tỉnh Quảng Ninh năm 2016", Khoa học điều dưỡng **2(3)**, tr. 46 - 51.
2. **Hà Thị Huyền, Lê Văn Khánh, Tô Minh Tuấn và các cộng sự. (2016)**, Kiến thức, thái độ, hành vi và nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân đái tháo đường tít 2 đang điều trị tại phòng khám nội tổng hợp bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum tháng 7 năm 2016, Đề tài cơ sở cấp tỉnh, Kon Tum.
3. **Đặng Thanh Nhân, Trần Thế Hưng và Dương Thị Hồng (2016)**, "Kiến thức về bệnh đái tháo đường và nhu cầu chăm sóc của người bệnh đái tháo đường tít 2", Y học cộng đồng, **31**, tr. 69 -71.
4. **Đỗ Quang Tuyền (2012)**, Mô tả kiến thức, thực hành và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám, Bệnh viện lão khoa Trung ương, Luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
5. **WHO (2003)**, Adherence to long-term therapies: Evidence for action, Geneva, Switzerland, tr. 211.
6. **WHO/IDF (2003)**, "Evaluation in health promotion Principles and perspective", WHO Regional Publications, European Series, tr. No.92.
7. **WHO/IDF (2006)**, Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia, Printed by the WHO Document Production Services, chủ biên, Geneva, Switzerland.

LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ TUYẾN GIÁP TÁI PHÁT

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Nguyễn Xuân Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư tuyến giáp tái phát. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp tái phát điều trị tại khoa UB&CSGN bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2017 đến tháng 8/2021. **Kết quả:**

Tuổi trung bình là 42,8, tỉ lệ nữ/nam là 8/1. Trung vị thời gian tái phát là 38,2 tháng. Đa phần bệnh nhân không có triệu chứng gì. Tái phát nhiều nhất tại hạch vùng chiếm 61,1%. Siêu âm phát hiện được 90,7% trường hợp tái phát. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ tỉ lệ dương tính đạt 89,2%. Thyroglobulin tăng trong 80,6%, xạ hình toàn thân cho tỉ lệ dương tính 56,1%. PET/CT được thực hiện ở 33,3% bệnh nhân với tỉ lệ phát hiện bệnh 100%. **Kết luận:** Ung thư tuyến giáp tái phát chủ yếu tại chỗ, ít triệu chứng

Từ khóa: ung thư tuyến giáp tái phát, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICOPATHOLOGICAL FEATURES OF RECURRENT THYROID CANCER

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022

Objective: to evaluate the clinicopathological features of recurrent thyroid cancer. **Subjects and Methods:** a retrospective combined with a prospective cohort study of 50 recurrent thyroid cancer patients treated by surgery at Hanoi Medical University Hospital from October 2017 to August 2021. **Results:** The mean age was 42.8 and the ratio of female/male was 8/1. The median time to relapse was 38.2 months, and most of the patients had asymptomatic. Recurrence occurred in local lymph nodes in 61.1% of cases. Ultrasound could detect lesions in 90.7% of patients. FNA gave a malignant result in 89.2% of cases. 80.6% of patients had elevated thyroglobulin, the positive whole-body scan results in 56.1%. PET/CT was performed in 33.3% of patients with 100% recurrence detected. **Conclusion:** Almost thyroid carcinoma is local recurrence, slight symptoms.

Keyword: recurrent thyroid cancer, clinicopathological features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2018, ung thư tuyến giáp (UTT) đứng hàng thứ 5 trong số các loại ung thư ở nữ giới với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 10,2/100.000 dân, đứng hàng thứ 9 chung cho cả 2 giới với 567.233 ca mới mắc và 41.071 ca tử vong hàng năm¹. Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tiến triển chậm, bệnh nhân thường đến viện ở giai đoạn chưa di căn xa, u tại chỗ và hạch di căn còn có thể cắt bỏ được và chiếm tỉ lệ hơn 90%². Do tình trạng kháng điều trị I¹³¹ ngày càng tăng cùng với điều trị ban đầu chưa hoàn chỉnh đặc biệt là vấn đề nạo vét hạch cổ dự phòng còn nhiều tranh cãi dẫn đến tỉ lệ tái phát còn khá cao, ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh. Mặc dù UTTG là loại ung thư có tiên lượng tốt với thời gian sống thêm toàn bộ 10 năm trên 90%, tuy nhiên vẫn có tỉ lệ tái phát khoảng 10 – 30%, chủ yếu là tái phát tại chỗ, tại vùng^{3,4}.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán UTTG tái phát điều trị tại khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ - bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2017 đến tháng 8/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp tái phát lần đầu.

Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

Có thông tin theo dõi trong và sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh lý toàn thân chống chỉ định với phẫu thuật.

Tổn thương di căn từ nơi khác đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

Tuổi, giới: chia các nhóm: < 15 tuổi, 15 – 45 tuổi, > 45 tuổi

Lý do khiến bệnh nhân phải đi khám: khám sức khỏe định kỳ hoặc có triệu chứng cơ năng: sờ thấy u, nuốt vướng, nuốt nghẹn, khàn tiếng, khó thở.

Tái phát tại u: cùng bên, đối bên. Tại hạch: nhóm 6, máng cảnh cùng bên, máng cảnh đối bên, máng cảnh 2 bên hoặc tái phát cả u và hạch.

Khám lâm sàng: tỉ lệ phát hiện tổn thương, mật độ: cứng chắc, mềm, ranh giới: rõ, không rõ, di động, cố định

Kết quả siêu âm: tổn thương tại chỗ, hạch

Kết quả tế bào học: Âm tính, dương tính, nghi ngờ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi trung bình trong nhóm là 42,8 ± 14,6, nhỏ nhất 13, lớn nhất 74

- Tỉ lệ nam/nữ = 1/8.

- Tái phát gặp nhiều nhất trong khoảng dưới 24 tháng (59,3%).

- Tại lần phẫu thuật ban đầu, u giai đoạn T3 chiếm tỉ lệ cao nhất với 38,9%. Giai đoạn hạch N1 chiếm 68,5%.

- Lý do phát hiện tái phát: đa số bệnh nhân đến viện chủ yếu do khám định kỳ phát hiện bệnh (88,8%). Triệu chứng cơ năng ít gặp, chiếm tỉ lệ 11,2%.

- Điều trị sau mổ lần đầu: có 33 bệnh nhân được điều trị I¹³¹ chiếm 61,1% và 21 bệnh nhân tiếp tục theo dõi đơn thuần chiếm 38,9%.

- Đa số bệnh nhân không có triệu chứng tái phát trên lâm sàng chiếm 61,1%

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm siêu âm vùng cổ

Đặc điểm	Số BN	Tỉ lệ(%)	
Phát hiện tổn thương			
Có	47	90,7	
Không	3	9,3	
Tổng	50	100	
Khối u			
Vị trí giương u cũ	13	72,2	Kích thước trung bình: 2,8 cm
Vị trí thùy đối bên	5	27,8	
Tổng	18	100	
Có xâm lấn	4	22,2	Kích thước trung bình: 2,8 cm
Không xâm lấn	14	77,8	
Tổng	18	100	
Hạch			
Nhóm 6	22	61,1	Kích thước trung bình:
Nhóm cảnh cùng bên	15	41,7	
Nhóm cảnh đối bên	6	16,7	
Tổng	36		

Có xâm lấn, phá vỡ vỏ	7	19,3	1,4 cm
Không phá vỡ	29	80,7	
Tổng	36	100	

Nhận xét: Siêu âm phát hiện tổn thương tái phát lên tới 90%

- **Mô bệnh học:** Thể giải phẫu bệnh hay gặp nhất là thể nhú, 45 bệnh nhân chiếm 90,7%, có 5 bệnh nhân thể nang, chiếm 9,3%. Không có trường hợp nào thể tủy hoặc thể không biệt hóa.

- **Kết quả sau mổ:** 36/50 tái phát tại hạch đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ 66,7%, 10 BN tái phát tại cả u và hạch chiếm 18,5%, tái phát đơn thuần tại u chỉ chiếm 14,8%.

- **Tần suất tái phát** tại hạch chiếm đa số với 85,2%.

IV. BÀN LUẬN

Về tiền sử bệnh trước khi tái phát: các kết quả của chúng tôi đều thống nhất với các nghiên cứu trong và ngoài nước rằng độ tuổi > 45, di căn hạch, u kích thước trên 4 cm hoặc xâm lấn phá vỡ vỏ bao tuyến giáp là yếu tố tiên lượng xấu, tăng nguy cơ tái phát, tử vong^{4,5,6}. Thời điểm tái phát là điều mà chúng ta đều rất quan tâm khi theo dõi sau điều trị. Theo kết quả, thời gian tái phát chủ yếu gặp trong 2 năm đầu chiếm tỉ lệ 62,7%, trung vị thời gian tái phát là 38,2 tháng (3,2 năm), muộn nhất 180 tháng. Kết quả này cho thấy bệnh có khả năng tái phát ở bất kì thời điểm nào, vì vậy theo dõi liên tục định kì trong suốt cuộc đời còn lại là điều cần thiết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng cơ năng khi tái phát ít gặp, chỉ chiếm tỉ lệ 11,2%. Kết quả này thấp hơn không đáng kể so với kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Hải, với 16,3% trường hợp tái phát có triệu chứng⁷. Tỉ lệ phát hiện tổn thương trên siêu âm của chúng tôi là 90,7%. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của Andrea Frasoldati (94,1%)⁵ và Trần Ngọc Hải (92,1%)⁷. Vị trí tái phát chủ yếu là tại giường u cũ với tỉ lệ 72,2%, chỉ có 27,8% tái phát tại thùy đối bên. Như vậy, để hạn chế tái phát tại chỗ ngoài việc lấy bỏ hết tổn thương tại thùy có u, đòi hỏi phải đánh giá chính xác số lượng và vị trí u trước mổ, ngoài ra còn phải kiểm tra kĩ lưỡng thùy đối bên trong lúc mổ để hạn chế tối đa khả năng bỏ sót tổn thương trong lần phẫu thuật đầu tiên. Theo nghiên cứu của chúng tôi kích thước u tái phát trung bình là 2,8 cm. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Trần Đặng Ngọc Linh (2016), trung bình 2,7 cm⁸. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hạch tái phát có đường kính trung bình 1,4 cm. Tất cả các trường hợp đều có nhiều hơn 1 hạch, rải rác nhiều

vị trí, tỉ lệ hạch xâm lấn phá vỡ vỏ phát hiện được trên siêu âm là 19,3%. Tần suất tái phát tại hạch nhóm 6 chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,1%, tần suất tái phát hạch tại nhóm cảnh là 58,4%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 35 trường hợp được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA), với tỉ lệ dương tính là 89,2% cho cả u và hạch. Pino Rivero khi so sánh 4 phương pháp: siêu âm, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, xạ hình, xét nghiệm Tg, ông nhận thấy rằng xét nghiệm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ là chính xác hơn cả trong chẩn đoán UTTG tái phát⁹. Tuy vậy, xét nghiệm này chỉ mang giá trị định hướng chứ không mang tính quyết định, bởi vì những trường hợp âm tính mà lâm sàng nghi ngờ (hạch sờ rõ và có tiền sử UTTG), bệnh nhân vẫn được phẫu thuật. Có 15 trường hợp không làm FNA do có bằng chứng rõ ràng trên lâm sàng và siêu âm.

Xét nghiệm thyroglobulin huyết thanh và xạ hình toàn thân có độ nhạy cao trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp tái phát sau cắt giáp toàn bộ và điều trị diệt giáp bằng I¹³¹. Trong nhóm BN của chúng tôi có 80,6% trường hợp được xét nghiệm Tg có kết quả tỉ lệ tăng trên 2 ng/ml. Có 41/50 bệnh nhân được làm xạ hình toàn thân bằng I¹³¹, với tỉ lệ xạ hình dương tính chỉ chiếm 56,1%. Xạ hình âm tính mà bệnh vẫn tái phát chứng tỏ bệnh nhân đã kháng với điều trị I¹³¹. PET/CT là phương tiện chủ yếu dùng để phát hiện tổn thương cấu trúc trong trường hợp các phương tiện hình ảnh khác (siêu âm, xạ hình...) không phát hiện tổn thương nhưng nồng độ Tg cao. PET/CT có thể giúp phát hiện các tổn thương tại chỗ, tại hạch cũng như di căn xa.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là 42,8, tỉ lệ nữ/nam là 8/1. Trung vị thời gian tái phát là 40,6 tháng. Triệu chứng cơ năng ít gặp chỉ chiếm 11,2%. Mô bệnh học: thể nhú chiếm 90,7%, thể nang chiếm 9,3%, không có trường hợp nào thể tủy hoặc không biệt hóa.

Tái phát nhiều nhất tại hạch vùng chiếm 61,1%. Siêu âm phát hiện được 90,7% trường hợp tái phát. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ tỉ lệ dương tính đạt 89,2%. Thyroglobulin tăng trong 80,6%, xạ hình toàn thân cho tỉ lệ dương tính 56,1%. PET/CT được thực hiện ở 33,3% bệnh nhân với tỉ lệ phát hiện bệnh 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Deen MH, Burke KM, Janitz A, Campbell J. **Cancers of the Thyroid:** Overview and Statistics in the United States and Oklahoma. The Journal of the Oklahoma State Medical Association.

- 2016;109(7-8):333-338.
- Hundahl SA, Fleming ID, Fremgen AM, Menck HR.** A National Cancer Data Base report on 53,856 cases of thyroid carcinoma treated in the U.S., 1985-1995 [see comment]. *Cancer*. 1998;83(12):2638-2648.
 - Hay ID, Thompson GB, Grant CS, et al.** Papillary thyroid carcinoma managed at the Mayo Clinic during six decades (1940-1999): temporal trends in initial therapy and long-term outcome in 2444 consecutively treated patients. *World journal of surgery*. 2002;26(8):879-885.
 - Mazzaferri EL, Jhiang SM.** Long-term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer. *The American journal of medicine*. 1994;97(5):418-428.
 - Chữ Quốc Hoàn.** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, tỉ lệ các nhóm mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K. Trường đại học Y Hà Nội. 2013.
 - Frasoldati A, Pesenti M, Gallo M, Caroggio A, Salvo D, Valcavi R.** Diagnosis of neck recurrences in patients with differentiated thyroid carcinoma. *Cancer*. 2003;97(1):90-96.
 - Trần Ngọc Hải.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh ung thư giáp trạng tái phát tại bệnh viện K. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2008.
 - Trần Đăng Ngọc Linh, Đoàn Văn Lâm, Võ Khắc Nam.** Xử trí hạch cổ tái phát, tồn tại trong ung thư tuyến giáp biệt hóa. *Ung thư học Việt Nam*. 2016;2.
 - Pino Rivero V, Montero García C, Marcos García M, Pando Pinto JM, Alvarez Domínguez J, Blasco Huelva A.** [Treatment of thyroid cancer. Retrospective study and review of the literature]. *Anales otorrinolaringológicos ibero-americanos*. 2003;30(5):481-488.

NGHIÊN CỨU BẢO CHẾ VÉC-NI FLUORIDE 5% ĐỂ DỰ PHÒNG SÂU RĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG SÂU RĂNG GIAI ĐOẠN SỚM

Võ Trương Như Ngọc¹, Trịnh Thị Phương¹, Phạm Thị Tuyết Nga¹, Vũ Lê Hà¹, Nguyễn Quốc Hoàn¹, Nguyễn Văn Hoàng²

TÓM TẮT

Sâu răng là một bệnh lý phổ biến trên thế giới. Sâu răng giai đoạn sớm có thể được điều trị bằng liệu pháp Fluoride đơn giản và răng có thể phục hồi hoàn toàn. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên các chế phẩm Véc-ni Fluoride (VF) 5% được bào chế nhằm mục đích tìm ra công thức Véc-ni Fluoride 5% tối ưu và đánh giá đặc tính lý hóa của sản phẩm trong phòng thí nghiệm. **Kết quả:** VF 5% sau bào chế tồn tại ở dạng gel, màu nâu đặc trưng, mùi thơm, vị ngọt, không tách lớp và kết tủa ở nhiệt độ 10-45⁰, nồng độ Fluoride 5.1%, chỉ tiêu kim loại nặng As là 0.21ppm, Pb là 0.65pp, Hg là 0.11ppm. **Kết luận:** VF 5% được bào chế đạt độ ổn định, độ an toàn, hình thức cảm quan phù hợp với yêu cầu của một sản phẩm dùng cho cộng đồng.

Từ khóa: Verni Fluoride, tính chất, công thức.

SUMMARY

RESEARCH FOR PRODUCTION OF FLUORIDE VARNISH IN PREVENTION OF CARIES AND TREATMENT THE INITIAL CARIE

Tooth decay is a common disease in the world. The initial decay (decay non cavity) can be treated with simple fluoride therapy and the tooth can be fully restored. Our research is done on prepared products

FluorideVarnish (VF) 5% with the aim of finding out which one is the optimal formula and evaluate the physicochemical properties of the product in the laboratory. **Result:** VF 5% after preparation exists in gel form; characteristic brown color; aroma; sweet taste; does not separate into layers and precipitates at 10-45 degrees Celsius; fluoride concentration is 5.1%; indicators of heavy metals Arsenic (As) is 0.21ppm, lead (Pb) is 0.65ppm, mercury (Hg) is 0.11ppm. **Conclusion:** Prepared FluorideVarnish 5% achieves stability, safety, and organoleptic properties consistent with the requirements of a product for public use.

Keywords: FluorideVarnish, properties, formula...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống. Theo nghiên cứu của Lamis và CS (2020) trên 1557 trẻ ở độ tuổi 4-5 tuổi cho kết luận ở trẻ có tỷ lệ sâu răng cao và mức độ nặng có ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống của cả trẻ và gia đình [1].

Sâu răng có hai giai đoạn, giai đoạn đầu là sâu răng giai đoạn sớm, chưa có lỗ sâu, giai đoạn sau là giai đoạn có lỗ sâu[2]. Sâu răng giai đoạn sớm có thể điều trị bằng liệu pháp Fluoride đơn giản, trong các chế phẩm được dùng hiện nay thì VF 5% là vật liệu được khuyến cáo nhiều nhất và đem lại hiệu quả cao trong điều trị [8].

Các nghiên cứu dịch tễ khác nhau trên thế giới cho thấy hiệu quả rõ rệt khi điều trị bằng VF 5%. Theo báo cáo của Hong-Ru Su và CS (2019) nghiên cứu trên 1140 trẻ mẫu giáo từ 3 - 4 tuổi ở quận Xuhui, Thượng Hải có 762 trẻ trong đó

¹Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

²Công ty Phát triển Thương mại Yersin

Chịu trách nhiệm chính: Võ Trương Như Ngọc

Email: votruongnhungoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2022

Ngày duyệt bài: 2.3.2022