

- Unit-Treated Patients with Necrotizing Severe Acute Pancreatitis. J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract. Published online May 13, 2021.
- Singh S, Prakash S, Kaushal D, Chahal H, Sood A. Percutaneous Catheter Drainage in Acute Infected Necrotizing Pancreatitis: A Real-World Experience at a Tertiary Care Hospital in North India. Cureus. 2022;14(8).
 - Büchler MW, Gloor B, Müller CA, Friess H, Seiler CA, Uhl W. Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection. Ann Surg. 2000;232(5):619-626.
 - Iisenmann R, Rau B, Beger HG. Bacterial infection and extent of necrosis are determinants of organ failure in patients with acute necrotizing pancreatitis. Br J Surg. 1999;86(8):1020-1024. doi:10.1046/j.1365-2168.1999.
 - Zeng YB, Zhan XB, Guo XR, et al. Risk factors for pancreatic infection in patients with severe acute pancreatitis: an analysis of 163 cases. J Dig Dis. 2014;15(7):377-385.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ HAI THỤY TUYẾN GIÁP

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Nguyễn Thị Phương Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi đường miệng điều trị ung thư hai thùy tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu trên 24 bệnh nhân ung thư 2 thùy tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2019 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Tất cả 24 bệnh nhân (100%) đều trải qua phẫu thuật nội soi đường miệng (TOETVA), cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch cổ trung tâm 2 bên. Thời gian phẫu thuật trung bình là 104,1 ± 33,7, lượng máu mất là 8,0 ± 4,8 ml. Chúng tôi ghi nhận 2 bệnh nhân (8,3%) suy tuyến cận giáp tạm thời và 1 bệnh nhân (4,1%) tổn thương TKTQQN tạm thời, không có bệnh nhân nào tổn thương thần kinh cảm hoặc nhiễm trùng vết mổ. Đánh giá về mức độ đau sau phẫu thuật, đa số bệnh nhân không đau sau phẫu thuật, ngày thứ 5 với điểm VAS là 0,6±0,4 (0 - 2) điểm. Phần lớn bệnh nhân đánh giá rất hài lòng sau mổ, chiếm 79,2%. Toàn bộ bệnh nhân đều là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú. Số hạch trung bình vét được là 7,5 ± 4,7 (0-15) hạch; di căn hạch cổ trung tâm sau mổ gặp ở 14 trường hợp (58,3%); số hạch di căn trung bình là 1,67 ± 1,7 (0-7) hạch. Kết quả tái khám sau mổ 1 tháng: 2 bệnh nhân ghi nhận nồng độ Tg >2ng/ml và 2 bệnh nhân khác có nồng độ anti-Tg cao sau mổ, chiếm 8,3%. Siêu âm sau 1 tháng không có bệnh nhân nào phát hiện tổn thương. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đường miệng đạt được an toàn, hiệu quả và bước đầu đảm bảo về mặt ung thư học trong điều trị ung thư 2 thùy tuyến giáp.

Từ khóa: ung thư hai thùy tuyến giáp, phẫu thuật nội soi đường miệng

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT BY THE

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: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY BY VESTIBULAR APPROACH (TOETVA) FOR BILATERAL THYROID CANCER

Objectives: To evaluate the results of treatment by the transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach (TOETVA) for bilateral thyroid cancer. **Methods:** A prospective study on 24 patients with bilateral thyroid cancer at Hanoi Medical University Hospital from January 2019 to December 2021. **Results:** 100% patients underwent transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach (TOETVA) (total thyroidectomy and central lymph node dissection). The average surgery time was 104,1±33,7 minutes while the mean blood loss was 8,0±4,8ml. Transient hypoparathyroidism: 2 cases (8,3%); transient vocal cord palsy: 1 cases (4,1%). There were no cases of permanent hypoparathyroidism and permanent vocal cord palsy. Infection complications and numb chin did not occur in our patients. Most of patients were satisfied, 79,2% cases were extremely satisfied with the outcomes of operations. Histopathology after surgery was 100% papillary thyroid cancer. Metastasis of the central lymph nodes was detected in 14 cases (58,3%). The number of harvested and metastatic lymph node is 7,5±4,7 nodes and 1,67±1,7 nodes, respectively. After 1 month of surgery, high levels of Tg or anti-Tg after surgery were found in 2 cases (8,3%), while there was no remaining lesion detected by ultrasound after 1 month of surgery. **Conclusion:** TOETVA achieves safety, efficacy and initial oncological assurance in the treatment of bilateral thyroid cancer.

Keywords: bilateral thyroid cancer, the transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach (TOETVA)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, trên toàn cầu, ung thư tuyến giáp đứng thứ 9 về tỉ lệ mắc mới và ghi nhận 43.646 ca tử vong do ung thư tuyến giáp trong đó tính riêng châu Á là 25.668 ca¹. Tuy nhiên, nếu xét riêng nhóm tuổi từ 20-50 ở nữ giới, ung thư tuyến giáp hay gặp thứ 3 sau

ung thư vú và ung thư cổ tử cung².

Phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn đầu tiên với ung thư giáp trạng. Ngày nay, phẫu thuật tuyến giáp hiện đại đã có nhiều tiến bộ, từ mổ mở truyền thống đến phẫu thuật nội soi, phẫu thuật robot, từ phẫu thuật với đường rạch da dài thành phẫu thuật thẩm mỹ không có sẹo sau mổ. Vì bệnh có khả năng chữa khỏi cao nên đòi hỏi bác sĩ phẫu thuật phải theo đuổi 2 mục tiêu trong điều trị: phẫu thuật loại bỏ triệt để khối u, hạch, đồng thời phải nâng cao chất lượng cuộc sống sau điều trị. Từ đó, phẫu thuật nội soi ra đời, ngày càng được áp dụng rộng rãi và trở thành xu thế của phẫu thuật tuyến giáp hiện đại.

Phẫu thuật nội soi qua đường miệng (TOETVA) là một trong những phương pháp phẫu thuật nội soi tuyến giáp phổ biến nhất, được miêu tả lần đầu bởi tác giả Anuwong và cộng sự năm 2016³. So sánh với các phương pháp khác, TOETVA có nhiều ưu điểm như không có sẹo mổ, tiếp cận được cả 2 thùy tuyến giáp và hạch cổ trung tâm,... Từ năm 2019, TOETVA được thực hiện lần đầu tại bệnh viện của chúng tôi và đã trở thành một kỹ thuật phổ biến được sử dụng trong điều trị bệnh nhân ung thư tuyến giáp, không chỉ bệnh nhân có ung thư một thùy mà còn được sử dụng cho nhiều bệnh nhân ung thư 2 thùy tuyến giáp. Tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về nhóm bệnh nhân này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi đường miệng điều trị ung thư hai thùy tuyến giáp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 24 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư 2 thùy tuyến giáp được chẩn đoán tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Chẩn đoán trước và sau mổ là ung thư 2 thùy tuyến giáp
- Được điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội
- Có hồ sơ đầy đủ
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu

2.3. Các chỉ số nghiên cứu:

Kết quả của phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật; lượng máu mất trong mổ, thời gian hậu phẫu, số lượng hạch cổ trung tâm vét được và số lượng hạch di căn, số lượng bệnh nhân được dẫn

lưu mức độ đau sau mổ, biến chứng: suy cận giáp, tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN), tổn thương thần kinh cảm, nhiễm trùng vết mổ, điểm đau sau mổ, mức độ hài lòng sau phẫu thuật

Kết quả ung thư học: Giải phẫu bệnh sau mổ, đặc điểm di căn hạch cổ, khám lâm sàng và siêu âm sau 1 tháng đánh giá tổn thương tồn dư; chỉ số Tg, anti-Tg sau 1 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả phẫu thuật. Tất cả 24 bệnh nhân (100%) đều trải qua phẫu thuật nội soi đường miệng, cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch cổ trung tâm 2 bên.

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật (phút)	104,1 ± 33,7
	Lượng máu mất (ml)	8,0 ± 4,8
Thời gian nằm viện (ngày)	5 ± 1,6	

Bảng 2: Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n (%)	
Suy tuyến cận giáp	Tạm thời	2 (8,3%)
	Vĩnh viễn	0 (0)
Tổn thương TKTQQN	Tạm thời	1 (4,1%)
	Vĩnh viễn	0 (0)
Tổn thương thần kinh cảm	Tạm thời	0 (0)
	Vĩnh viễn	0 (0)
Nhiễm trùng vết mổ	0 (0)	

Trong nhóm bệnh nhân này, chúng tôi ghi nhận 2 bệnh nhân (8,3%) suy tuyến cận giáp tạm thời và 1 bệnh nhân (4,1%) tổn thương TKTQQN, tuy nhiên những bệnh nhân này đều hồi phục sớm sau một vài tháng, không có bệnh nhân nào tổn thương thần kinh cảm hoặc nhiễm trùng vết mổ.

Bảng 3: Điểm đau sau mổ

Điểm đau sau mổ	Mức độ
Ngày 1	4,7 ± 0,6 (1 - 6)
Ngày 2	2,4 ± 1,1 (0 - 5)
Ngày 5	0,6 ± 0,4 (0 - 2)

Bảng 4: Mức độ hài lòng sau phẫu thuật

Mức độ	n (%)
Rất hài lòng	19 (79,2)
Hài lòng	4 (16,7)
Trung bình	1 (4,1)
Không hài lòng	0 (0)
Rất không hài lòng	0 (0)

Phần lớn bệnh nhân đều rất hài lòng sau phẫu thuật, chiếm 79,2%.

3.2. Kết quả ung thư học

Bảng 5. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Kết quả GPB sau mổ		
Số hạch trung bình sau mổ	Hạch vét được	7,5 ± 4,7 (0-15)
	Hạch di căn	1,67 ± 1,7 (0-7)
Xâm nhập vỏ	Có	10 (41,7%)
	Không	24 (58,3%)
U đa ổ mỗi thùy	Có	2 (8,3%)
	Không	22 (91,7%)

Toàn bộ bệnh nhân đều là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, trong đó có 1 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể nang. Số hạch trung bình vét được là 7,5 ± 4,7 (0-15) hạch; di căn hạch cổ trung tâm sau mổ gặp ở 14 trường hợp (58,3%); số hạch di căn trung bình là 1,67 ± 1,7 (0-7) hạch. Có 2 trường hợp u đa ổ, chiếm 8,3%.

Bảng 3. Kết quả ung thư học sau mổ 1 tháng

	Sau mổ 1 tháng
Tg >2ng/ml	2 (8,3%)
anti-Tg >100IU/ml	2 (8,3%)
Siêu âm phát hiện tồn dư	0

Tất cả bệnh nhân đều được đánh giá sau mổ 1 tháng bằng khám lâm sàng, siêu âm, xét nghiệm Tg và anti Tg; chụp xạ hình tuyến giáp sau 2 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Chỉ định cắt tuyến giáp nội soi đường miệng ngày càng được mở rộng, kể cả với những u giáp lành kích thước lớn từ 6 – 8cm và cả các BN ung thư tuyến giáp thể biệt hoá. Các nghiên cứu gần đây trên thế giới và tại Việt Nam đã cho tính toán an toàn về mặt ung thư học của TOETVA trong điều trị khối u ác tính.⁴ Một trong những lợi thế của TOETVA trong điều trị ung thư tuyến giáp đó là việc tiếp cận được cả 2 thùy tuyến giáp và hạch cổ trung tâm cả 2 bên thông qua 1 đường phẫu tích duy nhất với tư thế bộc lộ rất thuận tiện cho việc cắt tuyến giáp toàn bộ và vét hạch cổ. Do đó, tại khoa UB&CSGN, BV Đại học Y Hà Nội, chúng tôi thực hiện kỹ thuật này cho những bệnh nhân ung thư 2 thùy tuyến giáp, đem lại kết quả tương đương so với mổ mở.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 104,1±33,7 phút, lượng máu mất trung bình là 8ml; kết quả này cải thiện hơn so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ qua đường miệng của Ahn (132,65 ± 34,79 phút và 32,7 ml).⁵ Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được đặt dẫn lưu sau phẫu thuật để giảm thiểu nguy cơ đọng dịch vết mổ. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 5 ngày, ngắn hơn so với nghiên cứu trước của chúng tôi (trung bình 6,2±1,4 ngày).⁶ Ban đầu khi kỹ thuật

TOETVA mới được thực hiện, thời gian phẫu thuật lâu hơn làm những mô xung quanh nề nhiều hơn, vì vậy bệnh nhân phải nằm viện dài hơn.

Một điều quan trọng đối với bất kỳ cuộc phẫu thuật cắt tuyến giáp nào là xác định và bảo tồn TKTQQN và tuyến cận giáp. TOETVA cho phép dễ dàng xác định các thành phần trên, được hỗ trợ bởi chế độ xem nội soi phóng đại, độ nét cao. Trong nhóm bệnh nhân này, chúng tôi ghi nhận 2 bệnh nhân (8,3%) suy tuyến cận giáp tạm thời và 1 bệnh nhân (4,1%) tổn thương TKTQQN, tuy nhiên những bệnh nhân này đều hồi phục sớm sau một vài tháng, tỷ lệ này tương đương với mổ mở cắt tuyến giáp tiêu chuẩn.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào xuất hiện tê bì vùng cằm hoặc nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật. Dây thần kinh cằm thoát ra khỏi các lỗ cằm giữa răng tiền cối thứ nhất và thứ hai. Dây thần kinh này chi phối cảm giác vùng cằm và môi dưới, do vậy việc đặt troca đúng vị trí đã giảm thiểu nguy cơ gây tổn thương thần kinh cằm. Kết quả này tương đương với báo cáo của Anuwong trên 425 bệnh nhân u lành và ung thư tuyến giáp được phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường miệng năm 2018.⁸

Đánh giá về mức độ đau sau phẫu thuật, đa số bệnh nhân không đau sau phẫu thuật ngày thứ 5 với điểm VAS là 0,6±0,4 (0-2) điểm. Không có bệnh nhân nào cần sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật. Phần lớn bệnh nhân đánh giá rất hài lòng sau mổ, chiếm 79,2%, chỉ có 1 bệnh nhân đánh giá mức độ trung bình

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư tuyến giáp thể nhú, đây là thể mô bệnh học hay gặp và biệt hóa, tiên lượng tốt và đáp ứng với điều trị hóa chất. Số hạch trung bình vét được là 7.5 ± 4,7 (0-15) hạch; di căn hạch cổ trung tâm sau mổ gặp ở 14 trường hợp (58,3%); số hạch di căn trung bình là 1,67 ± 1,7 (0-7) hạch. Có 2 trường hợp u đa ổ, chiếm 8,3%. Nồng độ Tg>2ng/ml và anti-Tg>100IU/ml là 2 yếu tố tiên lượng độc lập làm tăng tỉ lệ tái phát.⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 bệnh nhân ghi nhận nồng độ Tg >2ng/ml và 2 bệnh nhân khác có nồng độ anti-Tg cao sau mổ. Siêu âm sau 1 tháng không có bệnh nhân nào phát hiện tồn dư.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đường miệng vẫn đạt được an toàn, hiệu quả và bước đầu đảm bảo về mặt ung thư học trong điều trị ung thư 2 thùy tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **32-Thyroid-fact-sheet.pdf**. Accessed October 3, 2022. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/32-Thyroid-fact-sheet.pdf>
2. **Global Cancer Observatory**. Accessed March 28, 2021. <https://gco.iarc.fr/>
3. **Anuwong A**. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. *World J Surg*. 2016; 40(3):491-497. doi:10.1007/s00268-015-3320-1
4. **Kim SY, Kim SM, Makay Ö, et al**. Transoral endoscopic thyroidectomy using the vestibular approach with an endoscopic retractor in thyroid cancer: experience with the first 132 patients. *Surg Endosc*. 2020;34(12):5414-5420. doi: 10.1007/s00464-019-07336-2
5. **Ahn JH, Yi J**. Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases. *Surgical Endoscopy*. 2020;34. doi: 10.1007/s00464-019-06841-8
6. **Nguyen HX, Nguyen HX, Nguyen HV, Nguyen LT, Nguyen TTP, Le QV**. Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach with Central Lymph Node Dissection for Thyroid Microcarcinoma. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2021;31(4):410-415. doi:10.1089/lap.2020.0411
7. **Selberherr A, Scheuba C, Riss P, Niederle B**. Postoperative hypoparathyroidism after thyroidectomy: efficient and cost-effective diagnosis and treatment. *Surgery*. 2015;157(2): 349-353. doi:10.1016/j.surg.2014.09.007
8. **Anuwong A, Sasanakietkul T, Jitpratoom P, et al**. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA): indications, techniques and results. *Surg Endosc*. 2018;32(1):456-465. doi:10.1007/s00464-017-5705-8
9. **Chung JK, Park YJ, Kim TY, et al**. Clinical significance of elevated level of serum antithyroglobulin antibody in patients with differentiated thyroid cancer after thyroid ablation: Anti-thyroglobulin antibody in thyroid cancer. *Clinical Endocrinology*. 2002;57(2):215-221. doi:10.1046/j.1365-2265.2002.01592.x

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC CÁC PHÂN NHÓM NHỒI MÁU NÃO VÙNG SÂU ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA

Trần Nguyễn Uyên Dung¹, Nguyễn Bá Thăng^{1,2}, Đinh Huỳnh Tố Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố gợi ý nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của các phân nhóm nhồi máu não vùng sâu động mạch não giữa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu so sánh; đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân nhồi máu não vùng sâu động mạch não giữa nhập khoa Thần kinh Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM trong thời gian nghiên cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận được 157 bệnh nhân nhồi máu não vùng sâu động mạch não giữa, ghi nhận một số kết quả như sau: tỉ lệ nam/nữ là 1,7; tuổi trung bình là 60 tuổi. Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ mạch máu thường gặp (lần lượt chiếm 93,6% và 74,5%), rung nhĩ chỉ gặp trong phân nhóm nhồi máu não đầu vân tổn thương cả vùng xa và gần nhánh xuyên với tỉ lệ 46,7%. Các chỉ dấu bệnh lý mạch máu nhỏ (tổn thương chất trắng với Fazekas ≥ 2 , vi xuất huyết, nhồi máu não im lặng) thường gặp trong phân nhóm nhồi máu não dưới vỏ nhỏ đơn độc vùng xa (lần lượt 64,2%, 23,9% và 26,9%). Các chỉ dấu xơ vữa động mạch (hẹp động mạch nuôi nhánh xuyên, hẹp động mạch nội sọ khác) thường gặp trong phân nhóm nhồi

máu não dưới vỏ nhỏ đơn độc vùng gần (đều là 42,3%) và nhồi máu não đầu vân. **Kết luận:** Nhồi máu não dưới vỏ nhỏ đơn độc vùng xa gợi ý căn nguyên bệnh mạch máu nhỏ, nhồi máu não đầu vân tổn thương cả vùng xa và gần gợi ý lấp mạch từ tim, nhồi máu não dưới vỏ nhỏ đơn độc vùng gần và nhồi máu đầu vân vùng xa gợi ý xơ vữa động mạch nuôi.

Từ khóa: Nhồi máu não vùng sâu, động mạch não giữa, nhồi máu não đầu vân, nhồi máu não dưới vỏ nhỏ đơn độc.

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS OF DEEP CEREBRAL INFARCTION OF MIDDLE CEREBRAL ARTERY

Objectives: Determine suggesting the possible mechanism and etiology of subgroups of deep cerebral infarction. **Subjects and methodology:** this is a retrospective comparative study, based on patients with deep cerebral infarction of the middle cerebral after admitted to University Medical Center during the study period. **Results:** Our study enrolled 157 patients with deep cerebral infarction in the middle cerebral artery, which showed some results as follows: the male/female ratio is 1.7; mean age is around 60. Hypertension and dyslipidemia are common vascular risk factors (93.6% and 74.5%, respectively). Atrial fibrillation is only seen in the striatocapsular infarction affected both distal and proximal region, with a rate of 46.7%. Indicators of small vessel disease (white matter hyperintensities with Fazekas ≥ 2 , microbleeds, silent brain infarction) are more common in the distal

¹Đại học Y Dược TPHCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Thăng

Email: nguyenbathang@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023