

Hip Soc 22(2): 159-165, 2010

7. **Choy, Won Sik; Ahn, Jae Hoon; Ko, Joon-Hyuk; Kam, Byoung Sup; Lee, Do-Hyun.** Cementless Bipolar Hemiarthroplasty for Unstable Intertrochanteric Fractures in Elderly Patients. Clinics in Orthopedic Surgery, Volume 2 (4).

PubMed Central – Dec 1, 2010

8. **Harwin SF, Stern RE, Kulick RG.** Primary Bateman-Leinbach bipolar prosthetic replacement of the hip in the treatment of unstable Intertrochanteric Fractures in Elderly. Orthopedics 1990;13: 1131-1136.

## HIỆU QUẢ LỌC MÁU Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI CHẠY THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thùy Linh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Bệnh thận mạn đặc biệt là bệnh thận mạn giai đoạn cuối là vấn đề sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ mắc bệnh cao. Thận nhân tạo chu kỳ là phương pháp điều trị thay thế thận được sử dụng phổ biến nhất hiện nay. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả lọc máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau. **Kết quả:** (1) Chỉ số URR trung bình là  $64,13 \pm 3,25$ ; chỉ số Kt/V trung bình là  $1,22 \pm 0,12$ ; (2) Có 67,57% tổng số bệnh nhân đạt chỉ số URR và 75,68% tổng số bệnh nhân đạt chỉ số Kt/V; (3) Các triệu chứng lâm sàng giảm đáng kể sau lọc máu so với trước lọc máu nhất là các triệu chứng mệt mỏi, buồn nôn và đau đầu. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân bệnh thận mạn đạt chỉ số URR và Kt/V sau lọc máu.

**Từ khóa:** Thận nhân tạo, bệnh thận mạn

### SUMMARY

#### THE EFFECTIVENESS OF DIALYSIS IN PATIENTS WITH END-STAGE RENAL DISEASE ON HEMODIALYSIS IN NGHE AN GENERAL HOSPITAL

Chronic kidney disease, especially end-stage renal disease (ESRD), is a global health problem with a high incidence. Artificial kidney is the most commonly used kidney replacement therapy. **Objectives of the study:** To evaluate the effectiveness of dialysis in patients with ESRD on hemodialysis. **Research methodology:** Intervention research. **Results:** (1) The average URR is  $64,13 \pm 3,25$ ; The average Kt / V is  $1,22 \pm 0,12$ ; (2) 67,57% of patients had appropriate URR and 75,68% of patients had appropriate Kt/V; (3) Clinical symptoms significantly reduced after dialysis compared to before dialysis, especially symptoms of fatigue, nausea and headache.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Vinh

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: tuanminh1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2021

Ngày duyệt bài: 5.4.2021

**Conclusion:** Most patients with CKD achieved URR and Kt / V after dialysis.

**Keywords:** Artificial kidney, chronic kidney disease

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính là vấn đề sức khỏe có tính toàn cầu với tỷ lệ mắc bệnh tăng nhanh và chi phí điều trị cao. Các phương pháp điều trị thay thế thận suy đã cải thiện đáng kể tỉ lệ sống sót của bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, tuy nhiên tỉ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân này còn cao dù đã có nhiều tiến bộ lớn trong điều trị [5].

Trên thế giới có khoảng 1,5 triệu người mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang được điều trị thay thế thận. Tại Trung Quốc năm 2012 tỷ lệ mắc bệnh thận mạn là 10,8% tương đương 119,5 triệu người. Điều tra của Nguyễn Văn Tuấn năm 2015 tại Nghệ An cho thấy tỉ lệ bệnh thận mạn tại Nghệ An là 1,04% [2].

Ở nước ta việc điều trị bệnh thận mạn giai đoạn cuối bằng phương pháp ghép thận còn hạn chế do đó lọc máu bằng chạy thận nhân tạo chu kỳ là phương pháp điều trị được lựa chọn phổ biến nhất. Tại Nghệ An số lượng các cơ sở chạy thận nhân tạo tăng nhanh trong thời gian gần đây để đáp ứng nhu cầu lọc máu cho người bệnh. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: "*Đánh giá hiệu quả lọc máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa tỉnh Nghệ An*".

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Khoa nội thận – thận nhân tạo, Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An.

**- Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ 3 lần/1 tuần, 1 lần

kéo dài 4 tiếng.

+ Thời gian lọc ổn định > 3 tháng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân bị bệnh cấp tính nặng khác kèm theo như viêm gan nặng, xơ gan mất bù, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não.

+ Bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau

**2.2. Cỡ mẫu:** 37 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

**2.3. Các chỉ số để đánh giá hiệu quả lọc máu**

- **Chỉ số URR.** Tỷ lệ hạ ure trước và sau lọc máu được tính theo công thức:

$$URR = (Co - Ct) \times 100 / Co$$

Trong đó: Co là nồng độ ure trước lọc; Ct là nồng độ ure sau lọc

Tiêu chuẩn đạt yêu cầu là URR từ 65 – 70%.

- **Chỉ số Kt/V.** Là chỉ số so sánh giữa tổng lượng dịch lọc sạch ure (Kt) và thể tích phân bố ure trong cơ thể (V). Thể tích phân bố ure tương đương với tổng lượng nước của cơ thể.

Chỉ số Kt/V được tính theo công thức :

$$Kt/V = \ln (Co/Ct)$$

Tiêu chuẩn Kt/V đạt yêu cầu là 1,2 – 1,4

**2.4. Xử lý số liệu:**

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Sử dụng ANOVA test để so sánh trung bình các quan sát nếu biến có phân bố chuẩn.

- Sử dụng test  $\chi^2$  để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu**

Tuổi	Nam (n = 22)	Nữ (n = 15)	p
Tuổi	39,95±20,29	50,20±14,57	>
Trung bình	44,10 ± 18,67		0,05

**Nhận xét:** Không có sự khác nhau về độ tuổi giữa nam và nữ của đối tượng nghiên cứu.

**Bảng 2. Thời gian lọc máu của đối tượng nghiên cứu**

Thời gian lọc máu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ	p
≤ 1 năm	5	13,5%	< 0,01
> 1 năm	32	86,5%	
Trung bình	2,61 ± 1,59		

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có thời gian lọc máu trên 1 năm.

**2. Một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng trước và sau lọc máu của đối tượng**

**nghiên cứu**

**Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng thay đổi trước và sau lọc**

Triệu chứng lâm sàng	Trước lọc	Sau lọc	Tỷ lệ hết triệu chứng (%)
Mệt mỏi	37	4	89,1
Chóng mặt	28	18	35,7
Đau đầu	24	12	50,0
Buồn nôn	27	11	59,3
Phù	21	13	38,1

**Nhận xét:** Các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt sau các lần lọc máu.

**Bảng 4. Nồng độ ure trước và sau lọc của đối tượng nghiên cứu**

Nồng độ ure máu (mmol/L)	Nam	Nữ	p
Trước lọc máu	40,71±10,61	36,70±7,37	> 0,05
	39,09 ± 9,50		
Sau lọc máu	14,79± 4,58	13,64±4,30	< 0,01
	14,32 ± 4,45		

**Nhận xét:** Nồng độ ure sau lọc máu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trước lọc máu.

**3. Hiệu quả lọc máu qua chỉ số URR và Kt/V của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.5. Chỉ số URR và Kt/V trung bình của đối tượng nghiên cứu**

Chỉ số	Nam	Nữ	Trung bình
URR (%)	64,23±3,60	63,98±2,82	64,13 ± 3,25
	p > 0,05		
Kt/V	1,22±0,15	1,21±0,13	1,22 ± 0,12
	P > 0,05		

**Nhận xét:** Kt/V và URR trung bình của nam cao hơn nữ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**Bảng 3.6. Hiệu quả lọc máu qua chỉ số URR và Kt/V của đối tượng nghiên cứu**

Chỉ số	n	Tỷ lệ (%)	
URR	Đạt	25	67,57
	Không đạt	12	32,43
Kt/V	Đạt	28	75,68
	Không đạt	9	24,32

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân lọc máu đạt yêu cầu theo chỉ số URR là 67,57% và theo chỉ số Kt/V là 75,68%.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 44,1 ± 18,67 tuổi. Đa số bệnh nhân có độ tuổi ≥ 60 tuổi và tuổi lớn nhất là 87 tuổi, thấp nhất là 16 tuổi. Điều này chứng tỏ ở bệnh nhân rất lớn tuổi khi được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối

vẫn còn cơ hội kéo dài tuổi thọ bằng phương pháp lọc máu. So sánh với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác, như nghiên cứu của Nguyễn Hữu Dũng (2011) tuổi trung bình của bệnh nhân lọc máu chu kỳ là  $45,7 \pm 14,5$  tuổi; nghiên cứu của Nguyễn Như Nghĩa (2013) tuổi trung bình của bệnh nhân lọc máu là  $46,02 \pm 12,29$  tuổi. Chúng tôi cũng nhận thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân lọc máu có xu hướng tăng dần do tuổi thọ trung bình của người Việt Nam tăng lên, điều kiện chăm sóc y tế phát triển, bệnh nhân bệnh thận mạn ngày càng được phát hiện sớm và chăm sóc tốt làm cho tuổi thọ của bệnh nhân bệnh thận mạn ngày càng tăng. Tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 15/22, nữ giới thấp hơn nam giới nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh Vân trên bệnh nhân bệnh thận mạn cho thấy tỉ lệ nữ/nam là 65/99; của Nguyễn Đức Lộc là 35/26.

Cải thiện các dấu hiệu lâm sàng là một phần quan trọng trong điều trị bệnh thận mạn giai đoạn cuối, là một yếu tố quan trọng trong đánh giá hiệu quả lọc máu mà bệnh nhân có thể cảm nhận được sau mỗi buổi lọc máu. Chúng tôi nhận xét các biểu hiện thường gặp nhất trên lâm sàng là mệt mỏi, đau đầu, chóng mặt, buồn nôn và phù. Chúng tôi nhận thấy rằng mệt mỏi là triệu chứng thường gặp nhất của bệnh nhân và cũng là dấu hiệu lâm sàng được cải thiện nhiều nhất sau mỗi buổi lọc máu (89,2%). Buồn nôn cũng là triệu chứng thay đổi đáng kể (43,3%) đã phần nào phản ánh được khả năng loại bỏ ure, nguyên nhân gây buồn nôn, đánh giá hiệu quả của lọc máu. Các triệu chứng khác như đau đầu, chóng mặt,... cũng cải thiện đáng kể sau mỗi lần lọc máu. Kết quả nghiên cứu của Lương Trác Nhân và cộng sự cũng cho thấy các triệu chứng thay đổi rõ rệt sau mỗi buổi lọc kể cả khi có tái sử dụng quả lọc [1]. Nghiên cứu của Tạ Phương Dung và cộng sự thấy với  $Kt/V \geq 1,2$  và  $URR > 65\%$  thì các triệu chứng lâm sàng như ngứa, ăn uống ngon miệng thay đổi tích cực. Nhận thấy rằng càng đạt chuẩn  $Kt/V$  thì khả năng giảm các triệu chứng càng cao.

Sự thay đổi nồng độ ure sau các buổi lọc máu có vai trò quan trọng và đó là chỉ tiêu đánh giá hiệu quả của buổi lọc máu thông qua việc tính chỉ số URR và chỉ số  $Kt/V$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ ure trung bình của đối tượng nghiên cứu sau lọc máu là  $14,32 \pm 4,45$ mmol/L thấp hơn rất nhiều so với trước lọc là  $39,09 \pm 9,5$ mmol/L. Nghiên cứu của Lương Trác Nhân trên 30 bệnh nhân lọc máu cho thấy

nồng độ ure trước và sau lọc là  $29,32 \pm 6,45$  mmol/L và  $7,57 \pm 1,45$ mmol/L với  $p < 0,01$ [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hương trên 60 bệnh nhân lọc máu cho thấy nồng độ ure trung bình trước và sau lọc tương ứng là  $34,73 \pm 10,78$ mmol/L và  $10,03 \pm 3,64$ mmol/L với  $p < 0,01$ .

Hiện nay các nhà thận học trong và ngoài nước đều dựa vào chỉ số  $Kt/V$  và URR để đánh giá hiệu quả của lọc máu [6]. Chế độ lọc máu 3 lần/tuần với  $Kt/V = 1,2$  và  $URR = 65\%$  được chấp nhận rộng rãi. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số hạ ure máu trung bình (URR) là  $64,13 \pm 3,25$  và chỉ số  $Kt/V$  là  $1,22 \pm 0,12$ . Theo K/DOQI, chỉ số URR và chỉ số  $Kt/V$  trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong giới hạn cho phép. Trong đó 67,57% số bệnh nhân đạt yêu cầu về chỉ số URR và 75,68% số bệnh nhân đạt yêu cầu về chỉ số  $Kt/V$ . Nghiên cứu của Lương Trác Nhân trên 30 bệnh nhân lọc máu thấy rằng chỉ số URR và  $Kt/V$  qua các lần lọc thứ 1, thứ 5 và thứ 7 đều giảm rất có ý nghĩa sau lọc của tất cả các lần lọc, đặc biệt là sau lọc lần thứ 7. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hương trên nhóm bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ cho thấy chỉ số URR trung bình là 70,08% và chỉ số  $Kt/V$  là 1,21. Nghiên cứu của Võ Tam trên bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ cho thấy chỉ số URR trung bình là  $51,9 \pm 13,4\%$  và chỉ số  $Kt/V$  trung bình là  $0,967 \pm 0,407$  [3]. Những nguyên nhân có thể góp phần vào hiệu suất lọc ure, chỉ số  $Kt/V$  chưa cao là thời gian lọc chưa đủ của mỗi lần lọc máu và tái sử dụng lại màng lọc.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng chỉ số  $Kt/V$  ở nữ giới thấp hơn nam giới ( $1,21 \pm 0,13$  so với  $1,22 \pm 0,15$ ), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Eghlim Nemati và cộng sự cũng cho thấy chỉ số  $Kt/V$  ở nữ là  $0,88 \pm 0,30$  thấp hơn so với nam giới là  $0,97 \pm 0,32$  và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  [4]. Chỉ số URR tính được trực tiếp lượng hạ ure trong cơ thể nên không phụ thuộc vào giới tính. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, chỉ số URR ở nữ giới thấp hơn ở nam giới với kết quả lần lượt là  $63,98 \pm 2,82$  và  $64,23 \pm 3,60$ . Nghiên cứu của Eghlim Nemati và cộng sự cũng có kết quả là chỉ số URR ở nữ giới thấp hơn nam giới ( $56,00 \pm 0,14$  so với  $60,00 \pm 0,15$ ) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ [4].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hiệu quả lọc máu trên 37 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ, cho thấy:

- Chỉ số URR trung bình là  $64,13 \pm 3,25$ ; chỉ số Kt/V trung bình là  $1,22 \pm 0,12$ .
- Có 67,57% tổng số bệnh nhân đạt chỉ số URR và 75,68% tổng số bệnh nhân đạt chỉ số Kt/V.
- Các triệu chứng lâm sàng giảm đáng kể sau lọc máu so với trước lọc máu nhất là các triệu chứng mệt mỏi, buồn nôn và đau đầu.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Trác Nhân, Lê Văn Luân (2015)**, Đánh giá hiệu quả lọc máu chu kỳ tại khoa thận nhân tạo Bệnh viện quân y 121, Hội tiết niệu – thận học Thừa Thiên Huế.
2. **Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Cảnh Phú (2015)**, Tỷ lệ và một số yếu tố nguy cơ suy thận mạn ở người dân Nghệ An, Tạp chí KH-CN Nghệ An, số 12.
3. **Võ Tam, Hoàng Bùi Bảo (2008)**, Đánh giá hiệu quả lọc máu chu kỳ bằng hiệu suất ure, creatinin, acid uric và chỉ số Kt/V, Tạp chí Y học thực hành, 7 (612+613).
4. **Eghlim Nemati et al (2017)**, The relationship between dialysis adequacy and serum uric acid in dialysis patients; a cross-sectional multi-center study in Iranian hemodialysis centers, Journal of Renal Injury Prevention, 6(5):142-147.
5. **Mehedi Hasan, Ipsita Sutradhar (2018)**, Prevalence of chronic kidney disease in South Asia: a systematic review, BMC Nephrology, 19(291).
6. **Roya Hemayati, Mahboub Lesanpezeski (2015)**, Association of dialysis adequacy with nutritional and inflammatory status in patients with chronic kidney failure, Original Article, 26(6):1154-1160.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TẠO HÌNH SỤN CHÊM RÁCH DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Đình Toàn<sup>1</sup>, Trần Phương Nam<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

Từ 7/2019 đến 5/2020 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 48 bệnh nhân rách sụn chêm khớp gối do chấn thương, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt tạo hình sụn chêm. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt tạo hình sụn chêm rách do chấn thương tại bệnh viện hữu nghị việt đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Thăm khám, chẩn đoán xác định rách sụn chêm độ III, độ IV dựa trên lâm sàng và dấu hiệu MRI, chỉ định mổ và mổ nội soi cắt tạo hình sụn chêm. Theo dõi, đánh giá kết quả sau mổ dựa theo thang điểm Lysholm và VAS. **Kết quả:** rất tốt và tốt đạt 89,6%; khá đạt 10,4%. Không có trường hợp nào đạt kết quả trung bình và xấu. Tình trạng đau sau mổ được cải thiện một cách rõ rệt, điểm VAS trung bình sau mổ đạt 1,8 ( $\pm 1,05$ ). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đã giải quyết được cơ bản những tổn thương rách sụn chêm độ III, IV không có khả năng khâu phục hồi. Sau mổ giải quyết được tình trạng đau, kẹt khớp và lấy lại được chức năng khớp gối.

**Từ khóa:** rách sụn chêm, phẫu thuật nội soi

#### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE RESULTS OF ARTHROSCOPIC MENISCECTOMY AND PLASTY SURGERY AT VIET DUC HOSPITAL

From 7/2019 to 5/2020, we conducted a study on 48 patients with traumatic meniscus tears, have

arthroscopic meniscectomy surgery. Objective: to evaluate the results of arthroscopic meniscectomy and plasty surgery at Viet Duc Hospital. Results: 89.6% good and very good; 10.4% fair. There are no cases of poor or bad results. Postoperative pain was significantly improved, the average postoperative VAS score was 1.8 ( $\pm 1.05$ ). Conclusion: arthroscopic surgery has basically solved the damage of meniscus at grade III and IV, that were unable to recover. After the surgery, the pain, stuck joints were resolved, and function of the knee joint was regained.

**Keywords:** meniscus tears, arthroscopy, meniscectomy

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sụn chêm có vai trò chính như các giảm xóc, hấp thu và truyền lực đều từ lõi cầu xương đùi xuống xương chày, làm giảm sang chấn sụn khớp. Thương tổn sụn chêm nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời sẽ gây ra những hậu quả nghiêm trọng như đau, hạn chế chức năng vận động khớp, thoái hóa khớp cũng như làm thương tổn thứ phát đến các thành phần khác của khớp<sup>1</sup>.

Điều trị thương tổn sụn chêm khớp gối do chấn thương bằng phẫu thuật nội soi đã được nhiều tác giả trong và ngoài nước báo cáo. Bệnh viện Việt Đức là nơi có số liệu về mổ sụn chêm lớn, tuy nhiên trong gần thập niên gần đây chưa có tác giả nào tổng kết kết quả điều trị bằng phẫu thuật nội soi xử lý tổn thương sụn chêm đơn thuần. Mặt khác so với một thập niên trước đây, chẩn đoán và điều trị rách sụn chêm đơn thuần đã có nhiều thay đổi, vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài này nhằm

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện ĐK Tỉnh Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: Toandungdingh@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.2.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2021

Ngày duyệt bài: 7.4.2021