

Accessed November 5, 2023. https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2012.30.15_suppl.1534

6. **Peters S, Camidge DR, Shaw AT, et al.** Alectinib versus Crizotinib in Untreated ALK-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2017;377(9):829-838. doi:10.1056/NEJMoa1704795
7. **Soria JC, Tan DSW, Chiari R, et al.** First-line ceritinib versus platinum-based chemotherapy in

advanced ALK-rearranged non-small-cell lung cancer (ASCEND-4): a randomised, open-label, phase 3 study. *The Lancet*. 2017;389(10072):917-929. doi:10.1016/S0140-6736(17)30123-X

8. **Lipson D, Capelletti M, Yelensky R, et al.** Identification of new ALK and RET gene fusions from colorectal and lung cancer biopsies. *Nat Med*. 2012;18(3):382-384. doi:10.1038/nm.2673

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BÀNG QUANG NÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ BẰNG EPIRUBICIN NỘI BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Quỳnh Hương¹, Đỗ Anh Tú¹, Trịnh Lê Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư bàng quang nông được điều trị bổ trợ bằng Epirubicin nội bàng quang tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 133 bệnh nhân UTBQN mới chẩn đoán đã được phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang triệt căn, được xác định bằng giải phẫu bệnh lý sau mổ là ung thư biểu mô đường niệu, được điều trị bổ trợ bằng Epirubicin nội bàng quang tại Bệnh viện K thời gian từ tháng 01/2016 đến tháng 06/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình chung của nhóm đối tượng nghiên cứu là 58,53±12,18; phần lớn đối tượng là nam giới (113/133) chiếm 85,0%; nữ giới chiếm 15,0%. Triệu chứng tiểu máu gặp nhiều nhất 72,9%, 21% đau bụng hạ vị, 18% tiểu buốt; 11,3% không có triệu chứng. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi khám trung bình là 2,08 tháng. Bệnh nhân có một u chiếm chủ yếu 78,2%. 14,3% bệnh nhân có kích thước u trên 3cm. Vị trí u hay gặp nhất là thành phải bàng quang 51,9%, ít gặp nhất là lỗ niệu quản phải 1,5%. Phần lớn đối tượng có độ mô học thấp 60,2%. Chủ yếu ở giai đoạn Ta (69,2%); 29,3% T1, 1,5% Tis. **Từ khóa:** ung thư bàng quang

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF BLADDER CANCER PATIENTS TREATED AT K HOSPITAL

Objective: Describe some clinical and paraclinical characteristics of superficial bladder cancer patients treated with adjuvant intravesical Epirubicin at K hospital. **Methods:** a cross-sectional study was conducted on 133 patients diagnosed superficial bladder cancer patients who underwent laparoscopic

radical cystectomy, determined by post-operative pathology to be urothelial carcinoma, treated adjuvantly with Epirubicin at K Hospital from January 2016 to June 2023. **Results:** The mean age of the study group was 58.53±12.18. Most patients were men (113/133), accounting for 85.0%; females account for 15.0%. The most common symptoms of hematuria were 72.9%, 21% were pelvic pain, and 18% had painful urination, 11.3% had no symptoms. The time from first symptoms to examination was an average of 2.08 months. Patients with one tumor mainly accounted for 78.2%. 14.3% of patients had tumor size over 3cm. The most common tumor location is the bladder wall right 51.9%, and the least common is the ureteral orifice right 1.5%. The majority of subjects had low histological grade, 60.2%. Mainly in stage Ta (69.2%); 29.3% T1, 1.5% Tis. **Keywords:** superficial bladder cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là bệnh lý thường gặp nhất trong các bệnh ung thư đường tiết niệu. Theo Globocan 2020, UTBQ đứng thứ 10 trong các bệnh ung thư ở cả hai giới. Bệnh hay gặp hơn ở nam với tỷ lệ mắc và tử vong lần lượt là 9,5 và 3,3 trên 100.000 người, cao gấp khoảng 4 lần so với nữ trên toàn thế giới [1]. Về mô bệnh học, trên 90% UTBQ là ung thư biểu mô đường niệu, 6-8% là ung thư biểu mô vảy, ngoài ra là các thể giải phẫu bệnh hiếm gặp hơn. Do triệu chứng của bệnh thường biểu hiện rõ như tiểu máu nhưng không đau, xuất hiện đột ngột, toàn bãi, thay đổi thói quen tiểu tiện nên bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn sớm. Khoảng 70-75% ung thư bàng quang được chẩn đoán ở giai đoạn chưa xâm nhập lớp cơ – ung thư bàng quang nông (UTBQN). Điều trị UTBQ giai đoạn này, phẫu thuật cắt u tại chỗ qua nội soi bàng quang đóng vai trò chủ yếu. Tuy nhiên, UTBQ có tỷ lệ tái phát rất cao. Các nghiên cứu cho thấy có khoảng 40 – 80% UTBQ tái phát tại

¹Bệnh viện K

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

chỗ trong vòng 6 – 12 tháng sau phẫu thuật đơn thuần và khoảng 10 – 25% sẽ có nguy cơ tiến triển xâm lấn cơ [2]. Do đó, điều trị hỗ trợ trong UTBQN là hết sức cần thiết và giữ vai trò quan trọng trong điều trị bệnh với mục đích giảm tái phát và tiến triển bệnh. Điều trị hóa chất nội bàng quang có thể làm giảm tỷ lệ tái phát trong 3 năm lên tới 70% so với phẫu thuật cắt u bàng quang nội soi đơn thuần.⁴ Bệnh viện K hằng năm thăm khám và điều trị hàng nghìn bệnh nhân mắc các bệnh lý tiết niệu nói chung, trong đó có UTBQ. Để có được những thống kê về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư bàng quang được khám và điều trị tại Bệnh viện K là cơ sở cho việc can thiệp sau này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư bàng quang nông được điều trị hỗ trợ bằng Epirubicin nội bàng quang tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân UTBQN mới chẩn đoán đã được phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang triệt căn, được xác định bằng giải phẫu bệnh lý sau mổ là ung thư biểu mô đường niệu, được điều trị hỗ trợ bằng Epirubicin tại Bệnh viện K thời gian từ tháng 01/2016 đến tháng 06/2023.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân mới được chẩn đoán xác định là UTBQN, đã được phẫu thuật cắt u bàng quang triệt căn qua nội soi. Mô bệnh học là ung thư biểu mô đường niệu. Được điều trị hỗ trợ bằng Epirubicin. Có hồ sơ bệnh án thông tin điều trị và chấp nhận tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật không có lớp cơ trên bệnh phẩm. Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ 2. Bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính nặng khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu
Cỡ mẫu: 133 bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Công cụ thu thập thông tin: Bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn

- Đặc điểm chung: tuổi, giới
- Đặc điểm lâm sàng: Lý do vào viện, triệu chứng đầu tiên.

- Đặc điểm cận lâm sàng: số lượng u, kích thước, vị trí u, giải phẫu bệnh (giai đoạn, độ mô học)

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm STATA 17.0.

Kết quả trình bày theo dạng bảng tần số, tỷ lệ cho biến định tính, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 133 bệnh nhân UTBQN với tuổi trung bình $58,53 \pm 12,18$ (tuổi nhỏ nhất: 20; lớn nhất 87 tuổi). Phần lớn đối tượng là nam giới (113/133) chiếm 85,0%; nữ giới chiếm 15,0%.

Bảng 1. Lý do vào viện (n=133)

Lý do vào viện	Số lượng	Tỷ lệ %
Đái máu	97	72,9
Đau bụng hạ vị	28	21,0
Đái buốt	24	18,0
Đái rắt	10	7,5
Tiểu khó	4	3,0
Khám định kì	15	11,3
Mệt mỏi	2	1,5
Sốt	2	1,5
Gãy sút	1	0,8

Đa số bệnh nhân vào viện là do tiểu máu (72,9%); có 21,0% bệnh nhân có đau bụng hạ vị, 18,0% đái buốt; 7,5% đái rắt; 11,3% bệnh nhân được phát hiện do đi khám định kì.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng đầu tiên (n=133)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đái máu	83	62,4
Đau bụng hạ vị	21	15,8
Đái buốt	21	15,8
Đái rắt	3	2,3
Tiểu khó	3	2,3
Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi khám	$2,08 \pm 2,19$	tháng

Triệu chứng đái máu gặp nhiều nhất 62,4%, 15,8% đau bụng hạ vị, 15,8% đái buốt; 11,3% không có triệu chứng. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi khám trung bình 2,08 tháng.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng trên nội soi (n=133)

Đặc điểm cận lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Số lượng u	1	78,2
	Đa ổ	21,8
Kích thước u	<3cm	85,7
	>=3cm	14,3
Vị trí	Thành phải	51,9
	Thành trái	30,8
	Đáy	6,8
	Cổ	10,5
	Lô NQ trái	2,3
	Lô NQ phải	1,5

Bệnh nhân có một u chiếm chủ yếu 78,2%. 14,3% bệnh nhân có kích thước u trên 3cm. Vị

trí u hay gặp nhất là thành phải bàng quang 51,9%, ít gặp nhất là lỗ niệu quản phải 1,5%.

Bảng 4. Kết quả giải phẫu bệnh và độ mô học

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %	
Giải phẫu bệnh	Ta	92	69,2
	T1	39	29,3
	Tis	2	1,5
Độ mô học	Thấp	80	60,2
	Cao	53	39,8

Phần lớn đối tượng có độ mô học thấp 60,2%. Chủ yếu ở giai đoạn Ta (69,2%); 29,3% T1, 1,5% Tis.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 133 bệnh nhân UTBQN với tuổi trung bình $58,53 \pm 12,18$ (tuổi nhỏ nhất: 20; lớn nhất 87 tuổi). Phần lớn đối tượng là nam giới (113/133) chiếm 85,0%; nữ giới chiếm 15,0%. Tương đồng với nghiên cứu của Kenji Mitsumori, trên 69 đối tượng trong đó nam giới chiếm tỷ lệ 73,9% và nữ giới là 26,1%; tuổi trung bình chung là 68 tuổi (35-90). Nghiên cứu của Riiikka Jarvinen (2009) trong 45 đối tượng theo dõi nam giới 66,7% nữ 33,3%; với tuổi trung bình 67 (nhỏ nhất: 31 đến 84 tuổi). Nghiên cứu của Se Young Choi (2014) trên 531 đối tượng cho thấy tỷ lệ đối tượng dưới 60 tuổi là 34,5%; 60-70 tuổi là 37,1%; trên 70 tuổi 28,4%; tỷ lệ đối tượng nam giới chiếm phần lớn 88,7%; nữ giới 11,3%. Các kết quả này phù hợp với dịch tễ bệnh ung thư bàng quang trong y văn và một số nghiên cứu khác trên thế giới.

Tiểu máu là dấu hiệu lâm sàng phổ biến, điển hình và khá đặc hiệu của UTBQ; trong đó, có 80 - 90% bệnh nhân đái máu đại thể hoặc vi thể. Đái máu thường xuất hiện đột ngột, tự cầm rồi lại tái diễn đợt khác và đây cũng là lý do chính khiến người bệnh đến khám và điều trị [3]. Kết quả chúng tôi cũng ghi nhận triệu chứng đái máu gặp nhiều nhất 62,4%, 15,8% đau bụng hạ vị, 15,8% đái buốt; 11,3% không có triệu chứng. Kết quả này tương đồng với các mô tả của các nghiên cứu trước. Tương đồng với nghiên cứu của Hà Mạnh Cường (2021) 71,2% đái máu, 10,2% tiểu buốt tiểu rất, tiểu khó, đau hạ vị; 11,8% không có triệu chứng [4]. Về triệu chứng thực thể và toàn thân, trong nghiên cứu chúng tôi là những bệnh nhân UTBQN nên ngoài triệu chứng lâm sàng là tiểu máu, một số ít bệnh nhân có các triệu chứng khác như mệt mỏi, sốt, gầy sút.

Đối với các bệnh ung thư nói chung và UTBQ nói riêng, việc phát hiện bệnh sớm rất có ý nghĩa trong tiên lượng và điều trị bệnh. Đây là yếu tố

quan trọng có liên quan đến giai đoạn bệnh UTBQ nên quyết định sự lựa chọn phương pháp điều trị tạm thời hay phẫu thuật triệt căn. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi bệnh nhân đi khám trung bình là 2,08 tháng. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Minh An (2022) thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi vào viện khám phát hiện ra bệnh và điều trị bệnh trung bình là $3,5 \pm 2,4$ tháng [5]. Điều này có thể giải thích do trong nghiên cứu chúng tôi có hơn 10% đối tượng phát hiện bệnh là do đi khám định kì. Nghiên cứu chúng tôi cũng tương đồng với Lê Đình Khánh cho thấy 30 bệnh nhân có thời gian nghi ngờ mắc bệnh < 3 tháng (90,9%), thời gian từ 10 - 15 tháng có 2 BN (6,1%) [6].

Số lượng khối u có thể được đánh giá qua siêu âm, qua chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, nội soi bàng quang trước phẫu thuật, và trong phẫu thuật. Trong đó xác định số lượng khối u trong phẫu thuật là chính xác nhất. Trong kết quả của chúng tôi, bệnh nhân có một u chiếm chủ yếu 78,2%; tỷ lệ bệnh nhân có đa u chiếm tỉ lệ thấp hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Minh An (2022) đa số bệnh nhân có 1 khối u chiếm 77,1%, có 5 bệnh nhân có 2 khối u (14,3%) và 3 bệnh nhân có từ 3 khối u trở lên (8,6%). Phần lớn bệnh nhân có kích thước u dưới 3cm, 14,3% bệnh nhân có kích thước u trên 3cm [5]. Kết quả Phạm Văn Thuyên cho thấy kích thước u thường gặp trong nghiên cứu của tác giả từ 2 - 3cm (52,3%) [7]. Theo Hứa Văn Đức (2015), tỷ lệ bệnh nhân có 1 khối u là 61,8%, 2-7 khối u là 28,2%, ≥ 8 khối u là 10% [8].

Vị trí khối u liên quan tới phẫu thuật, mức độ quan sát dễ hay khó, vị trí để thực hiện thao tác cắt u hay không. Với khối u nằm ở vùng đỉnh bàng quang, vị trí này bàng quang được che phủ bởi phúc mạc thành nên nếu phẫu thuật có tai biến thủng bàng quang sẽ thông với ổ bụng, nguy cơ tổn thương ruột có thể xảy ra. Vị trí u hay gặp nhất là thành phải bàng quang 51,9%, ít gặp nhất là lỗ niệu quản phải 1,5% tương đồng với Mehta N (2015), vị trí u hay gặp nhất là ở thành bên, chiếm tỷ lệ lần lượt là 51,4% và 56,2%.

Phần lớn đối tượng có độ mô học thấp 60,2%. Chủ yếu ở giai đoạn Ta (69,2%); 29,3% T1, 1,5% (2BN)Tis. So với các nghiên cứu khác nghiên cứu chúng tôi cao hơn về tỉ lệ Tis. Nghiên cứu của Hà Mạnh Cường có 31/59 BN (52,5%) ở giai đoạn Ta, cao hơn ở giai đoạn T1 là 47,5% (28/59 BN), không có BN nào ở giai đoạn Tis [4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 133 bệnh nhân UTBQN với

tuổi trung bình $58,53 \pm 12,18$ (tuổi nhỏ nhất: 20; lớn nhất 87 tuổi). Phần lớn đối tượng là nam giới (113/133) chiếm 85,0%; nữ giới chiếm 15,0%. Triệu chứng đái máu gặp nhiều nhất 62,4%, 15,8% đau bụng hạ vị, 15,8% đái buốt; 11,3% không có triệu chứng. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi khám trung bình 2,08 tháng. Bệnh nhân có một u chiếm chủ yếu 78,2%. 14,3% bệnh nhân có kích thước u trên 3cm. Vị trí u hay gặp nhất là thành phải bàng quang 51,9%, ít gặp nhất là lỗ niệu quản phải 1,5%. Phần lớn đối tượng có độ mô học thấp 60,2%. Chủ yếu ở giai đoạn Ta (69,2%); 29,3% T1, 1,5% Tis.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Samadder, N.J., et al.**, Comparison of universal genetic testing vs guideline-directed targeted testing for patients with hereditary cancer syndrome. *JAMA oncology*, 2021. 7(2): p. 230-237.
2. **Lerner, S.P., et al.**, Summary and recommendations from the National Cancer Institute's clinical trials planning meeting on novel therapeutics for non-muscle invasive bladder cancer. 2016. 2(2): p. 165-202.
3. **Sternberg, C.N., et al.**, ICUD-EAU international consultation on bladder cancer 2012: chemotherapy for urothelial carcinoma—neoadjuvant and adjuvant settings. *European urology*, 2013. 63(1): p. 58-66.
4. **Hà Mạnh Cường**, Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi kết hợp bơm Doxorubicin tại Bệnh viện Việt Đức. 2021: Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Minh An, N.T.K.**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư bàng quang được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn. *Tạp chí Y dược học quân sự*, 2022. 9: p. 76-83.
6. **Lê Đình Khánh, H.V.T.**, Đánh giá kết quả sớm điều trị u bàng quang nông bằng cắt đốt nội soi kết hợp Doxorubicin một liều duy nhất sau mổ *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2012. 16.
7. **Phạm Văn Thuyên**, Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bàng quang bán phần điều trị UTBQ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2010 - 2017. 2017: Đại học Y Hà Nội.
8. **Hứa Văn Đức**, Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo. 2015: Đại học Thái Nguyên.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC U NGUYÊN BÀO VÔNG MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2022

Bùi Ngọc Dung¹, Hoàng Anh Tuấn², Phạm Thị Minh Châu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học u nguyên bào võng mạc (UNBVM) tại Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 38 hồ sơ bệnh án và các tiêu bản giải phẫu bệnh của bệnh nhân bị UNBVM điều trị tại BV Mắt Trung ương từ tháng 1 đến hết tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** Nghiên cứu được tiến hành trên 38 mắt của 38 bệnh nhân, gồm 19 nam và 19 nữ. Tuổi trung bình là $3,11 \pm 2,56$ tuổi. Có 26 bệnh nhân bị bệnh thể một mắt (68,4%) và 12 bệnh nhân bị bệnh thể hai mắt (31,6%). Tỷ lệ u xâm nhập bán phần trước, hắc mạc, củng mạc và thị thần kinh lần lượt là 10,5%, 21%, 5,3% và 63,2%. Có 22 mắt (57,9%) không có sự hiện diện của yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao và 16 mắt (42,1%) có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao. Các yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao được ghi nhận là: xâm nhập bán phần trước (10,5%), xâm nhập hắc mạc thành đám (18,4%), xâm nhập củng mạc (5,3%), xâm nhập thị

thần kinh sau lá sàng (26,3%). Điều trị hóa chất trước phẫu thuật không có mối liên quan với tình trạng xâm nhập u ($p > 0,05$), tuy nhiên lại làm giảm tỷ lệ xuất hiện các yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao so với các mắt không được điều trị ($p = 0,025$). **Kết luận:** UNBVM thường xâm nhập vào thị thần kinh nhưng ít xâm nhập vào bán phần trước, hắc mạc và củng mạc. Điều trị hóa chất trước phẫu thuật làm giảm tỷ lệ xuất hiện các yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao so với các mắt không được điều trị.

Từ khóa: UNBVM, mô bệnh học, yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF RETINOBLASTOMA AT THE VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL IN 2022

Objective: To describe the histopathological characteristics of retinoblastoma at the Vietnam National Eye Hospital in 2022. **Research subjects and methods:** Cross-sectional, retrospective descriptive study on 38 medical records and histopathological slides of patients with retinoblastoma treated at the Vietnam National Eye Hospital from January to the end of December 2022. **Results:** The study was conducted on 38 eyes of 38 patients, including 19 men and 19 women. The average age was 3.11 ± 2.56 years. There were 26 patients with

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Ngọc Dung

Email: gororo93@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023

Ngày duyệt bài: 29.11.2023