

môi trường ở tốc độ cao. Các chấn thương thường liên quan đến các vùng xương dài dễ gãy vỡ như xương chi và chấn thương phần mềm. Các chấn thương này có thể không nguy hại tính mạng nhưng thường kéo dài thời gian điều trị và phục hồi chức năng gây tổn hại lớn về kinh tế và chất lượng cuộc sống. Chấn thương sọ não chiếm tỷ lệ (13,2%) thấp hơn so với tổn thương các chi và phần mềm nhưng đây thường là chấn thương nguy hiểm có thể dẫn đến tử vong và di chứng trầm trọng khác.

Vấn đề tiên lượng điều trị TNTT thường phụ thuộc vào từng loại TNTT và mức độ nặng nhẹ, thời gian trước viên hoặc sơ cứu ban đầu... kết quả bảng 3.4 cho thấy kết quả điều trị TNTT của 2168 bệnh nhân điều trị nội trú. Kết quả này cho thấy tỷ lệ khỏi chỉ chiếm 10%. Còn lại đa số (85,3%) bệnh nhân đỡ hoặc giảm khi ra viện. Còn lại 4,6% là không tiến triển hoặc tiến triển nặng hoặc tử vong. Số liệu này là một minh chứng đầu ra cho gánh nặng bệnh tật liên quan đến TNTT.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu dịch tễ học TNTT trên 2168 bệnh nhân tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên cho thấy TNTT tập trung chủ yếu ở Nam giới, lứa tuổi dưới 40 và ở nhóm người làm nông hoặc lao động tự do. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông và tai nạn lao động. Ví trí tổn thương chủ yếu ở phần chi và thời gian điều trị thường

kéo dài trên 1 tuần. Cần tiếp tục thực hiện các phân tích sâu hơn để tìm hiểu các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị, đồng thời tiến hành các phân tích gánh nặng bệnh tật và chi trả ở nhóm bệnh nhân TNTT nhập viện. Ngành y tế địa cần thực hiện các biện pháp dự phòng TNTT ở người trưởng thành 18-60 tuổi trong đó tập trung vào các nguyên nhân hàng đầu như tai nạn giao thông, tai nạn lao động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N. Paichadze**, "Global data availability and sources: what and where," in National Conference on Trauma and Injuries, 2019, vol. 3.
2. **W. H. Organization**, "Injuries and violence: the facts 2014," 2014.
3. **W. H. Organization**, "Preventing injuries and violence: an overview," 2022.
4. **N. X. T. N. T. K. Cúc**, "Nghiên cứu TNTT ở trẻ em Gánh nặng kinh tế của tai nạn thương tích," Tạp chí Khoa học, pp. 71-76, 2003.
5. **N. T. K. Nguyễn Minh Hải**, "Nghiên cứu đặc điểm, kết quả sơ cứu ban đầu và điều trị thương tích do TNGT đường bộ tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020-2021," Tạp chí Y học Việt Nam, no. Số 1, tháng 1, pp. 160-165, 2022.
6. **P. H. B. Đinh Văn Quỳnh, Nguyễn Đức Chính**, "Thực trạng cấp cứu chấn thương trước viện qua các trường hợp chấn thương sọ não nặng do tai nạn giao thông cấp cứu tại Bệnh viện Việt Đức," Tạp chí Y học Việt Nam, no. Số 1, tháng 12, pp. 189-193, 2021.
7. **N. T. C. L. N. Quang**, "Thực trạng TNTT của các trường hợp nhập viện và điều trị tại BV Đức Giang năm 2013," Tạp chí Y học thực hành, no. 879, pp. 55-60, 2013.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI BẰNG SỤN SƯỜN TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ 2022 - 2023

Ngô Văn Công¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn sườn tự thân toàn phần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 42 bệnh nhân đã được phẫu thuật chỉnh hình mũi bằng sụn sườn tự thân tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 01/2022 đến năm 10/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 42 bệnh nhân được phẫu thuật chỉnh hình mũi bằng sụn sườn toàn phần. Tuổi trung bình của

bệnh nhân là $29,74 \pm 9,16$ tuổi (từ 19 đến 53 tuổi). Trong đó, 90,48% bệnh nhân can thiệp xương chính mũi. Tạo hình sống mũi bằng sụn sườn nguyên khối 23,81%, sụn sườn cắt nhỏ 9,52%, kết hợp cả hai phương pháp 66,67%. Trong tạo hình đầu mũi, mảnh ghép Columelar strut graft chiếm tỉ lệ 28,57%, Cap graft 100%, Extended septal graft 71,43%, Spreader graft 64,29%. Kết quả sau phẫu thuật ghi nhận 9,52% khá hài lòng, 85,72% rất hài lòng về kết quả thẩm mỹ cũng như chức năng mũi, bên cạnh đó có 4,76% bệnh nhân không hài lòng với kết quả phẫu thuật. Biến chứng tại nơi nhận sụn sườn ghi nhận 7,14%, biến chứng sẹo xấu thành ngực 4,76%. **Kết luận:** Phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn sườn tự thân hoàn toàn mang lại kết quả tốt. Tạo hình đầu mũi, tạo hình sống mũi và can thiệp xương chính mũi là ba quy trình chủ yếu trong phẫu thuật. Trong tạo hình đầu mũi Extended septal graft được sử dụng tạo độ nhô và độ

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023

xoay đổi với trường hợp sụn cánh lớn mỏng và yếu. Sụn sườn nguyên khối kết hợp sụn sườn cắt nhỏ phù hợp cho bệnh nhân chấn thương mũi sụn lõm thấp mũi. **Từ khóa:** nâng mũi sụn sườn, nâng mũi sụn sườn toàn phần, nâng mũi cấu trúc sụn sườn.

SUMMARY

TO EVALUATE RESULTS OF RHINOPLASTY APPROACH USING TOTAL AUTOLOGOUS COSTAL CARTILAGE AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Evaluating the effectiveness of rhinoplasty using total autologous costal cartilage. **Methods:** The study describes a series of cases of 42 patients who underwent rhinoplasty surgery with autologous rib cartilage at Cho Ray hospital from 01/2022 to 10/2023. **Results:** The study was conducted on 42 patients undergoing rhinoplasty surgery using total rib cartilage. The average age of the patients was $29,74 \pm 9,16$ years (range 19 to 53 years). Of these, 90,48% of patients had nasal bone intervention. Dosal augmentation using solid rib cartilage 23,81%, diced rib cartilage 9,52%, combination of both methods 66,67%. In tip plasty, Columellar strut graft accounts for 28,57%, Cap graft 100%, Extended septal graft 71,43%, Spreader graft 64,29%. Post-operative results recorded 9,52% quite satisfied, 85,72% very satisfied with the aesthetic results as well as nasal function, in addition, 4,76% of patients were not satisfied with the surgical results. Complications at were recorded at 7,14%, complications of bad scar of the chest wall were recorded at 4,76%. **Conclusion:** Rhinoplasty surgery using autologous rib cartilage completely brings good results. Tip plasty, dosal augmentation, and nasal bone intervention are the three main surgical procedures. In tip plasty, Extended septal graft is used to create projection and rotation in cases where the lower lateral cartilage is thin and weak. The block rib cartilage combined with diced rib cartilage is suitable for patients with severe nasal injury.

Keywords: costal cartilage rhinoplasty, total costal cartilage rhinoplasty, costal cartilage structure rhinoplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi là một cấu trúc không gian ba chiều, có chức năng hô hấp và khứu giác. Bên cạnh đó, mũi nằm ở vị trí trung tâm của khuôn mặt nên tác động rất nhiều đến thẩm mỹ của mỗi cá nhân¹. Tại bệnh viện Chợ Rẫy chấn thương mũi là thương gặp nhất trong chấn thương Tai Mũi Họng. Việc điều trị nâng xương chính mũi đơn thuần mang lại kết quả thẩm mỹ không cao. Hiện nay sụn sườn được lựa chọn ưu tiên hàng đầu của các tác giả trên thế giới trong các trường hợp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 42 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn sườn tự thân hoàn toàn tại

Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 01/ 2022 đến năm 10/2023.

Phương pháp phẫu thuật: Bệnh nhân được kết hợp ba quy trình can thiệp xương chính mũi, tạo hình chóp mũi bằng sụn sườn, tạo hình sống mũi bằng sụn sườn. Tất cả bệnh nhân được thực hiện phương pháp mổ mũi hở.

Đánh giá kết quả dựa trên sự hài lòng của bệnh nhân theo thang điểm ROE và biến chứng sau phẫu thuật tại nơi cho sụn và nơi nhận sụn.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Qua 42 trường hợp được phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn sườn toàn phần tại Bệnh viện Chợ Rẫy, tuổi trung bình $29,74 \pm 9,16$ từ 19 đến 53, giới tính có 17 nam và 25 nữ. Tất cả bệnh nhân đều do nguyên nhân chấn thương mũi, trong đó tai nạn giao thông có tỉ lệ cao nhất với 67%.

3.1. Can thiệp xương chính mũi

Bảng 1: Các kỹ thuật can thiệp

Các loại kỹ thuật		Số ca	Tỉ lệ (%)
Không can thiệp xương chính mũi		4	9,52%
Can thiệp xương mũi	Đục cắt xương, chỉnh hình xương chính mũi	27	64,29%
	Đục cắt xương, chỉnh hình xương chính mũi + Mài gỗ xương	3	7,14%
	Nâng xương chính mũi	8	19,05%

Trong tạo hình mũi, chỉnh hình xương là một trong những yếu tố góp phần tạo ra kết quả hoàn thiện hơn cả về mặt chức năng và thẩm mỹ, chỉnh hình xương được chỉ định có những trường hợp nền xương mũi rộng², vẹo sống mũi phần xương chính mũi³, và phổ biến nhất là những trường hợp gãy xương chính mũi lâu ngày⁴ hoặc những trường hợp mới chấn thương cần nắn chỉnh lại để giải quyết cả về mặt chức năng và thẩm mỹ.

3.2. Sử dụng sụn sườn trong nâng sống mũi

Bảng 2: các loại sụn sườn sử dụng trong chỉnh hình mũi

Tạo hình sống mũi bằng sụn sườn	Số ca	Tỉ lệ (%)
Sụn sườn khối	10	23,81%
Sụn sườn nghiền nhỏ	4	9,52%
Kết hợp cả hai	28	66,67%

Hiện nay, sụn sườn được dùng cho tạo hình sống mũi có rất nhiều phương pháp khác nhau như sụn nguyên khối, sụn sườn được cắt nhỏ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tạo hình sống mũi bằng sụn sườn nguyên khối kết hợp sụn nghiền nhỏ chiếm tỉ lệ cao nhất 66,67%, sụn

sườn cắt nhỏ chiếm tỉ lệ 9,52%, sụn sườn nguyên khối chiếm tỉ lệ 23,81%. Trong đó, những trường hợp bệnh nhân có sống mũi thấp, chúng tôi dùng phương pháp sụn sườn nguyên khối nhằm mục đích nâng cao sống mũi được nhiều mà vẫn tạo hình dáng mũi đẹp theo ý muốn. Những bệnh nhân có sống mũi thấp sụp lõm thường do chấn thương mũi, chúng tôi kết hợp sử dụng sụn sườn khối và sụn sườn cắt nhỏ, phương pháp này giúp chúng tôi có thể nâng sống mũi lên được cao, những sụn cắt nhỏ được bổ sung vào những chỗ lõm khuyết do nền xương chính mũi và nền sụn không đều. Những trường hợp bệnh nhân có đủ độ cao sống mũi trước phẫu thuật, bệnh nhân bị veo sống mũi ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, đối với những trường hợp này được điều trị chủ yếu liên quan đến chức năng như chỉnh xương chính mũi, chỉnh hình vách ngăn nhằm cải thiện tình trạng veo thóp mũi hoặc đi kèm nghẹt mũi. Tạo hình sống mũi trong những trường hợp này được sử dụng bằng sụn sườn cắt nhỏ nhằm mục đích để căn chỉnh sống mũi cho hài hoà với khuôn mặt.

3.3. Tạo hình đầu mũi

Bảng 3: Tạo hình đầu mũi

Tạo hình đầu mũi	Số ca	Tỉ lệ (%)
Columelar strut graft	12	28,57%
Cap graft	42	100%
Extended septal graft	30	71,43%
Spreader graft	27	64,29%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 42 bệnh nhân đều được tạo hình đầu mũi với sự kết hợp của nhiều loại mảnh ghép. Trong đó mảnh ghép Columelar strut graft chiếm tỉ lệ 28,57%, Cap graft chiếm tỉ lệ 100%, Extended septal graft chiếm tỉ lệ 71,43%, Spreader graft chiếm tỉ lệ 64,29%.

Trong tạo hình đầu mũi, kiểm soát độ nhô và độ xoay là chìa khoá quan trọng nhất. Độ nhô của đầu mũi được tạo nên từ một số yếu tố giải phẫu như sụn cánh lớn khoẻ và dài, dây chằng cuộn và mô liên kết với sụn cánh bên, góc vách ngăn trước. Có nhiều mảnh ghép thay đổi độ nhô và độ xoay của đầu mũi, hai mảnh ghép được sử dụng phổ biến nhất là Extended septal graft và Columelar strut graft⁸.

Extended septal graft là một mảnh ghép linh hoạt giúp kiểm soát hiệu quả độ nhô ra, hình dạng và độ xoay của đầu mũi. Trong khi Columelar strut graft giúp định hình đầu mũi, không hỗ trợ trong chống xoay đầu mũi⁹. Sawh Martinez nghiên cứu so sánh đánh giá kiểm soát vị trí của đầu mũi giữa Extended septal graft và Columelar strut graft. Tác giả ghi nhận rằng

Extended septal graft có khả năng duy trì độ xoay đầu mũi tốt hơn Columelar strut graft¹⁰. Zhe Zhang và cộng sự nghiên cứu sử dụng Extended septal graft trong điều trị mũi ngắn ở người Châu Á. Nhóm tác giả kết luận rằng Extended septal graft duy trì vị trí và kéo dài đầu mũi trên những bệnh nhân mũi ngắn.¹¹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Extended septal graft được dùng cho những trường hợp đầu mũi ngắn và thấp, sụn vách ngăn mỏng, yếu. Việc sử dụng Extended septal graft trong những trường hợp này nhằm mục đích kéo dài đầu mũi, tăng độ nhô của đầu mũi và giúp gia cố thêm độ ổn định của bờ trước sụn vách ngăn. Những trường hợp độ nhô của đầu mũi tốt, cấu trúc sụn cánh lớn dày và to, sụn vách ngăn dày, trong những trường hợp này chúng tôi sử dụng Columelar strut graft nhằm mục đích hỗ trợ thêm độ nhô của đầu mũi.

Spreader graft giữ một vai trò quan trọng trong phục hồi đường nét thẩm mỹ sống mũi, sửa chữa và duy trì vòm mũi giữa, phục hồi và duy trì van mũi trong, điều trị lệch vách ngăn, được mô tả đầu tiên bởi Sheen.¹² Trong nghiên cứu của chúng tôi, Spreader graft chiếm tỉ lệ 64,29%, được chỉ định trong những trường hợp chấn thương mũi gây sụp vòm mũi giữa, vỡ vẹo vách ngăn.

Ngoài ra chúng tôi sử dụng Cap graft trên tất cả các bệnh nhân nhằm giúp tinh chỉnh đầu mũi đẹp và hài hoà với khuôn mặt.

3.4. Đánh giá mức hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật 3 tháng bằng thang điểm ROE. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 9,52% bệnh nhân khá hài lòng, 85,72% rất hài lòng về kết quả thẩm mỹ cũng như chức năng mũi mà phẫu thuật chỉnh hình mũi mang lại. Bên cạnh đó có 4,76% bệnh nhân không hài lòng với kết quả phẫu thuật, bệnh nhân do biến chứng cong vênh sụn sườn và được phẫu thuật lại. Điều này cho thấy sự hiệu quả của phẫu thuật chỉnh hình mũi bằng sụn sườn tự thân do đội ngũ Bác sĩ tay nghề cao của bệnh viện Chợ Rẫy thực hiện.

3.5. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 4: Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng		Trường hợp	Tỉ lệ (%)
Nơi cho sụn sườn	Sẹo xấu	2	4,76%
	Nhiễm trùng	1	2,38%
Nơi nhận sụn sườn	Sụp đầu mũi, cong vênh khối sụn sườn	2	4,76%

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận

biến chứng nơi cho sụn sườn có 4,76% bệnh nhân than phiền sẹo xấu nơi lấy sụn. Biến chứng tại nơi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 7,14%, trong đó 1 trường hợp nhiễm trùng điều trị thành công với kháng sinh tĩnh mạch. Park JH ghi biến chứng liên quan mảnh ghép 12%, gồm 6% nhiễm trùng và 6% cong vênh mảnh ghép.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng tạo hình mũi sụn sườn tự thân chủ yếu cho những bệnh nhân chấn thương mũi mang lại kết quả khả quan. Tạo hình đầu mũi, tạo hình sống mũi, can thiệp xương chính mũi là ba quy trình chủ yếu trong phẫu thuật. Trong tạo hình đầu mũi Extended septal graft được sử dụng tạo độ nhô và độ xoay đối với trường hợp sụn cánh lớn mỏng và yếu. Sụn sườn nguyên khối kết hợp sụn sườn cắt nhỏ phù hợp cho bệnh nhân chấn thương mũi sụp lõm thấp mũi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **SUH MK.** Atlas of Asian Rhinoplasty. Springer; 2018.
2. **Jeong JY, Ha Y, Kim S, Yang HJ, Oh SH.** Availability and Safety of Osteotomy in Esthetic Rhinoplasty of East Asian Patients. Ann Plast Surg. 2018;81(2): 141-145. doi:10.1097/ SAP.0000000000001472
3. **Koçak I, Senturk E.** Osteoplasty in Crooked

- Nose Deformity: A Novel Approach. Aesthetic Plast Surg. 2017;41(3): 628-636. doi:10.1007/s00266-017-0848-5
4. **Han SK, Chun KW, Park DK, Min BD, Kim WK.** Corrective osteotomy technique for a posttraumatic deviated nose. J Craniofac Surg. 2008; 19(2): 476-481. doi:10.1097/ SCS.0b013e31805343a3
 5. **Lee HJ, Bukhari S, Jang YJ.** Dorsal Augmentation Using Crushed Autologous Costal Cartilage in Rhinoplasty. The Laryngoscope. 2021;131(7): E2181-E2187. doi: 10.1002/ lary.29398
 6. **Hùng ĐQ.** Đánh giá kết quả tạo hình thẩm mỹ mũi bằng sụn sườn tự thân toàn bộ tại Bệnh viện Chợ Rẫy. J 108 - Clin Med Pharmacy. Published online April 26, 2023. doi: 10.52389/ ydls.v18i4.1859
 7. **Ngô Văn Công, Lê Huy Hoàng.** Ứng dụng sụn sườn nguyên tự thân trong chỉnh hình mũi chấn thương. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023; 526(1B). doi: 10.51298/vmj.v526i1B.5480
 8. **Rohrich RJ, Durand PD, Dayan E.** Changing Role of Septal Extension versus Columellar Grafts in Modern Rhinoplasty. Plast Reconstr Surg. 2020;145(5): 927e. doi: 10.1097/ PRS.00000000000006730
 9. **Rohrich RJ, Savetsky IL, Avashia YJ.** The Role of the Septal Extension Graft. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2020;8(5):e2710. doi:10.1097/ GOX.00000000000002710
 10. **Sawh-Martinez R, Perkins K, Madari S, Steinbacher DM.** Control of Nasal Tip Position: Quantitative Assessment of Columellar Strut versus Caudal Septal Extension Graft. Plast Reconstr Surg. 2019;144(5): 772e. doi:10.1097/ PRS.00000000000006178

THỰC TRẠNG CỦA CƠN BẢO THẬN (SCLERODERMA RENAL CRISIS) TRÊN BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ TOÀN THỂ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Phạm Hùng¹, Lê Thị Liễu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của cơn bão thận trên bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể và khảo sát các yếu tố nguy cơ của cơn bão thận. **Đối tượng và phương pháp:** 25 bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể (chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2013) có cơn bão thận (chẩn đoán theo tiêu chuẩn ISRCS, đã loại trừ tổn thương thận do các nguyên nhân khác) đến khám và điều trị tại bệnh viện Bạch Mai từ năm 2016 đến năm 2023 được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ của cơn bão thận (Scleroderma Renal Crisis – SRC) trên bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể là 8%; tuổi trung bình khi phát hiện

là 60,4 ± 11,8 tuổi; thời gian mắc bệnh trung bình là 2,3 ± 2,5 năm. Có tới 58% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm. 88% bệnh nhân có tăng huyết áp, huyết áp tâm thu trung bình là 162,8 ± 25,4 mmHg. 100% bệnh nhân có triệu chứng phù và có tăng nồng độ creatinin huyết thanh với giá trị trung bình là 466,3 ± 177,5 μmol/L. Protein niệu và hồng cầu niệu được ghi nhận dương tính trong hầu hết các trường hợp (trên 88%). Có tới 64% bệnh nhân tử vong trong vòng 6 tháng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) về tỉ lệ thiếu máu, tăng áp động mạch phổi, tràn dịch màng ngoài tim, suy tim, tuổi, thời gian mắc bệnh, liều corticoid, giảm tiểu cầu, tăng huyết áp giữa bệnh nhân có SRC và không có SRC. **Kết luận:** Đặc trưng của cơn bão thận là tổn thương thận cấp và tăng huyết áp ác tính, có tiên lượng xấu, tỉ lệ tử vong cao. Một số yếu tố nguy cơ của SRC: thiếu máu, tăng áp lực động mạch phổi, suy tim, tuổi ≥ 58, thời gian mắc bệnh < 4 năm, liều corticoid ≥ 16 mg/ngày (tính theo Methyl-Prednisolon), giảm tiểu cầu và tăng huyết áp. Giảm tiểu cầu là một yếu tố nguy cơ tiên lượng nặng cho bệnh nhân SRC (p = 0,021).

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phạm Hùng

Email: lephamhung199@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023