2. **Nguyễn Văn Dũng** (2015). Đặc điểm dịch tễ, sinh học phân tử, lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị viêm gan virus B mạn bằng thuốc kháng virus, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương, Hà Nội.
3. **Lê Thị Hằng, Tạ Thị Diệu Ngân** (2020). Đánh giá kết quả sau 6 tháng điều trị Tenofovir Alafenamide (TAD) ở bệnh nhân viêm gan vi-rút B mạn. Tạp chí truyền nhiễm Việt Nam, số 2(30)-2020.
4. **Lê Thanh Phuông, Lê Mạnh Hùng, Cao Ngọc Nga** (2012). Hiệu quả của Tenofovir trong điều trị viêm gan B mạn, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 16 (Phụ bản số 1), tr. 107-113.
5. **Do Huy Son** (2015). High prevalences of hepatitis B and C virus infections among adults living in Binh Thuan province, Vietnam, Hepatol Res, 45 (3), pp. 259-268.
6. **Trần Thị Khánh Tường, Huỳnh Tấn Tài** (2019). Hiệu quả của Tenofovir Disoproxil fumarate trên xơ hóa gan ở bệnh nhân viêm gan B mạn. Tạp chí Y Dược học Huế. Tập 9 (02); Trang: 12.
7. **Tajiri Kazuto and Yukihiro Shimizu** (2015). Unsolved problems and future perspectives of hepatitis B virus vaccination, World Journal of Gastroenterology: WJG, 21 (23), pp. 7074-7083.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MẤT VỮNG KHỚP VAI RA TRƯỚC BẰNG PHẪU THUẬT BANKART NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Vương[1], Trần Văn Quân[1], Nguyễn Phan Chương[1], Lê Nghi Thành Nhân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân mất vững khớp vai ra trước và đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật Bankart nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 21 bệnh nhân được PTNS khớp vai tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 06/2018 đến tháng 01/2023**. Kết quả:** Độ tuổi trung bình 25,81; nam (90,5%) nhiều hơn nữ (9,5%). Nguyên nhân chấn thương chủ yếu do chấn thương thể thao (42,9%). MRI là phương tiện hỗ trợ tích cực trong chẩn đoán mất vững khớp vai ra trước và các tổn thương khác kèm theo. Số chỉ neo được sử dụng trong PT đa số là 3 chỉ neo. Kết quả đánh giá sau mổ theo thang điểm Rowe, tỉ lệ tốt và rất tốt chiếm 90,5%. **Kết luận:** Mặc dù phẫu thuật nội soi khớp vai phụ thuộc nhiều vào trang thiết bị, dụng cụ đắt tiền và tay nghề của phẫu thuật viên, nhưng đây là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả và có nhiều ưu điểm, cho kết quả rất tốt và tốt chiếm tỉ lệ cao. ***Từ khóa:*** Phẫu thuật nội soi, mất vững khớp vai, kết quả điều trị.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF BANKART REPAIR ARTHROSCOPY IN PATIENTS WITH ANTERIOR SHOULDER INSATABILITY AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objective: To research clinical characteristics and imaging characteristics in patients with anterior shoulder instability; Evaluation of the results of Bankart repair arthroscopy at Nghe An Friendship General Hospital. **Subject and methods**: Retrospectively study 21 patients who underwent shoulder arthroscopy at Nghe An Friendship General Hospital from 06/2018 to 01/2023. **Results:** the average age was 25.81; male (90.5%) was higher than female (9.5%). The main causes of injury are sports injuries (42.9%). MRI supports the diagnosis of anterior shoulder instability. The majority of suture anchors used in surgery is 3 suture anchors. According to Rowe scores, there were 90.5% good and excellent results. **Conclusion:** Although shoulder arthroscopy is highly dependent on expensive instruments and the skills of the surgeon, but it is a safe, effective and advantageous treatment, and gives a high rate of excellent and good results. ***Keywords:*** Arthroscopy, shoulder instability, treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp vai hay còn gọi là khớp ổ chảo - cánh tay là khớp có biên độ vận động rộng, linh hoạt nhất cơ thể, đồng thời cũng là khớp kém vững và có nguy cơ mất vững cao nhất [1]. Mất vững khớp vai là tổn thương gây đau hoặc cảm giác khó chịu do sự dịch chuyển quá mức của chỏm xương cánh tay trên hố ổ chảo trong quá trình vận động của khớp vai. Thường gặp mất vững khớp vai ra trước, chiếm 85-95% [1], tổn thương chủ yếu gây nên là tổn thương phức hợp sụn viền - dây chằng bao khớp trước, gọi là tổn thương Bankart, chiếm 97%.

Có nhiều phương pháp điều trị mất vững

[1]*Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
[2]*Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Vương
Email: dr.ducvuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024
Ngày duyệt bài: 23.4.2024

khớp vai ra trước: bảo tồn hoặc phẫu thuật (mổ mở, nội soi...). Điều trị bảo tồn còn nhiều tranh cãi do tỉ lệ mất vững tái phát khá cao, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân trẻ, hoạt động nhiều. Vì thế, thường cân nhắc chỉ định trong các trường hợp mất vững khớp vai không do chấn thương, bệnh nhân không đủ điều kiện hoặc không muốn phẫu thuật.... Mổ mở đã được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị mất vững khớp vai với tỉ lệ tái phát thấp dưới 10%, nhưng vẫn có nhược điểm gây sẹo xấu và ảnh hưởng không tốt đến chức năng và tầm vận động của khớp vai sau mổ. Việc ứng dụng nội soi khớp đã tăng cường khả năng xác định đầy đủ các tổn thương hơn, hiểu biết sâu hơn về nguyên nhân gây mất vững và điều trị chọn lọc các cấu trúc thương tổn nhằm đạt kết quả tối ưu và giảm thiểu nguy cơ gây tổn thương thêm do thầy thuốc. Ngoài ra, kỹ thuật này giúp giảm đau sau mổ, giảm thời gian nằm viện, giảm biến chứng phẫu thuật và bệnh nhân sớm phục hồi chức năng sau mổ [2]. Những tiến bộ kỹ thuật gần đây đã dần đưa phẫu thuật nội soi trở thành kỹ thuật điều trị tiêu chuẩn trong bệnh lý mất vững khớp vai ra trước [3].

Một số bệnh viện tuyến tỉnh nói chung và bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An nói riêng trong những năm gần đây đã thực hiện khá phổ biến phương pháp phẫu thuật Bankart qua nội soi trong điều trị bệnh lý mất vững khớp vai ra trước, nhưng còn ít nghiên cứu tổng kết, đánh giá kết quả của phương pháp điều trị này.

Nghiên cứu này nhằm thực hiện mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đặc điểm hình ảnh ở bệnh nhân mất vững khớp vai ra trước, đánh giá kết quả điều trị mất vững khớp vai ra trước bằng phẫu thuật Bankart nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 21 bệnh nhân được chẩn đoán mất vững khớp vai ra trước và được điều trị bằng phẫu thuật Bankart qua nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 06/2018 đến tháng 01/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Lâm sàng thể hiện tình trạng mất vững khớp vai ra trước với nghiệm pháp e sợ ± nghiệm pháp ngăn kéo trước dương tính hoặc có trật khớp vai ra trước ± hình ảnh tổn thương sụn viền trước dưới trên phim MRI.

- Được chẩn đoán xác định và điều trị mất vững khớp vai ra trước bằng phẫu thuật Bankart nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ: - BN có can thiệp phẫu thuật vào khớp vai trước đó.

- BN có tổn thương Hill-Sachs lớn gây khuyết xương chỏm xương cánh tay trên 30% (đánh giá trên MRI trước mổ) hoặc có tổn thương "Hill-Sachs cài" (tổn thương Hill-Sachs lớn cài vào bờ trước ổ chảo).

- BN có tổn thương khuyết xương bờ trước ổ chảo trên 25%.

- BN có mất vững khớp vai đa hướng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu.

- Chúng tôi thu thập những BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, gọi BN đến khám lại để đánh giá các biến chứng sau mổ, khả năng làm việc và chơi thể thao của BN sau mổ, đánh giá chức năng khớp vai theo thang điểm Rowe, ASES.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1. Tuổi. Tuổi trung bình là 25,81 ± 6,79, bệnh nhân lớn nhất là 40 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi.

3.1.2. Giới. MVKV ra trước chủ yếu gặp ở nam giới, chiếm 90,5% các trường hợp. Tỉ lệ Nam/Nữ là 9,5 lần.

3.1.3. Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc được phẫu thuật (PT). BN được phẫu thuật chủ yếu sau 6 tháng từ lần chấn thương đầu tiên. Thời gian từ khi chấn thương đến lúc phẫu thuật trung bình là 35,43 ± 50,51 tháng. BN đến mổ sớm nhất sau chấn thương khớp vai cấp tính đầu tiên là 5 tháng. BN đến mổ muộn nhất sau 20 năm.

3.1.4. Phân bố vai mất vững với tay thuận và tay không thuận. Tỉ lệ mất vững khớp vai bên phải cao hơn, chiếm 71,4% các trường hợp. Có 16 BN bị mất vững khớp vai bên tay thuận, chiếm 76,2% các trường hợp, nhiều hơn BN bị mất vững bên không thuận

3.1.5. Nguyên nhân chấn thương. Chấn thương thể thao là nguyên nhân chủ yếu gây mất vững khớp vai lần đầu ở BN mất vững khớp vai ra trước, chiếm tỉ lệ 42,9%.

3.1.6. Số lần trật. Đa số các BN có số lần trật khớp vai từ 1 – 5 lần chiếm 52,4% các trường hợp. Còn lại có số lần trật từ 6 – 10 lần (47,6%).

3.1.7. Tổn thương trên phim XQ. Tổn thương Hill-Sachs xuất hiện phổ biến trên bệnh nhân mất vững khớp vai ra trước, chiếm 17 trường hợp (tương đương 81,0%). Có 1 trường hợp có thoái hóa khớp vai mức độ nhẹ (chiếm 4,8%).

3.1.8. Tổn thương trên phim MRI. Chụp MRI ở 17 bệnh nhân, ghi nhận tổn thương sụn viền trước dưới ở 13 trường hợp (chiếm 76,5%). Tổn thương SLAP 3 trường hợp (chiếm 17,6%). Tổn thương chóp xoay 2 trường hợp (chiếm 11,8%)

3.2. Đánh giá trong và sau mổ

3.2.1. Thời gian phẫu thuật. Thời gian PT trung bình khoảng 78,33 ± 16,38 phút, nhanh nhất là 50 phút, lâu nhất là 110 phút.

3.2.2. Số chỉ neo sử dụng. Số chỉ neo sử dụng trung bình là 3,29 ± 0,64 chỉ neo. Số chỉ neo sử dụng có thể từ 2 đến 4 chỉ neo. Nhóm bệnh nhân sử dụng 3 chỉ neo chiếm nhiều nhất với 11 trường hợp, tương đương tỉ lệ 52,4%.

3.3. Kết quả sau phẫu thuật

3.3.1. Đánh giá lâm sàng sau phẫu thuật theo biên độ khớp vai. Tầm vận động trung bình của khớp vai khi thực hiện các động tác lần lượt là: dạng (162±12,9°), khép (42,9±4,0°), xoay trong (76,5±5,5°), xoay ngoài (64,4±10,8°), gấp ra trước (168,7±10,9°), gấp ra sau (54,7±7,8°).

3.3.2. Đánh giá chức năng khớp vai sau mổ theo các thang điểm Rowe, ASES. Hầu hết, chức năng khớp vai BN sau mổ theo thang điểm Rowe được xếp loại ở mức "rất tốt" và "tốt" (chiếm 90,5%).

3.3.3. Một số mối tương quan giữa thang điểm Rowe, ASES với các yếu tố khác. Chúng tôi nhận thấy có mối tương quan tuyến tính giữa điểm Rowe, ASES với tuổi bệnh nhân được phẫu thuật ($p<0,05$ – Spearman Correlation). Các mối tương quan đều là tương quan nghịch (âm). Mức độ tương quan mạnh giữa tuổi bệnh nhân được phẫu thuật với chức năng khớp vai theo thang điểm Rowe ($r=-0,5$) và thang điểm ASES ($r=-0,6$)

3.3.4. Một số yếu tố liên quan đến chức năng khớp vai sau mổ theo các thang điểm Rowe, ASES trong mô hình hồi quy tuyến tính đa biến. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy một số yếu tố có liên quan đến chức năng khớp vai sau mổ theo thang điểm Rowe, ASES bao gồm: tuổi bệnh nhân, tổn thương chóp xoay phối hợp, loại hình luyện tập thể thao sau phẫu thuật và hình thức bệnh nhân tập PHCN sau phẫu thuật ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

4.1.1. Tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi bệnh nhân trật khớp vai ra trước lần đầu khá trẻ, trung bình là 25,81 ± 6,79 tuổi, nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 40 tuổi. Đây là nhóm tuổi thanh niên, lao động, hoạt động thể thao nhiều nên xác suất gặp chấn thương cũng cao hơn. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Vermeulen và cộng sự (2019) với tuổi trung bình lần trật khớp vai đầu tiên là 26±9,9 tuổi [4]. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy tuổi trật khớp vai ra trước lần đầu tiên rất sớm, với kết quả dao động từ 22-23 tuổi [3], 5]. Mất vững khớp vai ra trước thường gặp ở người trẻ tuổi. BN bị trật khớp vai cấp tính lần đầu ở độ tuổi càng trẻ thì khả năng bị tái diễn càng cao.

4.1.2. Giới. Tỉ lệ BN nam MVKVTD trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với tỉ lệ BN nữ, kết quả này cũng được ghi nhận bởi nhiều tác giả [3], 5], 6]. Tỉ lệ BN nam cao hơn BN nữ có lẽ do nam giới có nhu cầu hoạt động thể lực nhiều hơn nữ giới và trong các hoạt động thể lực của mình, cường độ và tốc độ hoạt động của nam giới cũng lớn hơn nữ giới.

4.1.3. Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc PT. Thời gian mất vững trên 6 tháng được xem là yếu tố làm tăng tổn thương bề mặt khớp vai dẫn đến tăng tỉ lệ thất bại sau phẫu thuật nội soi điều trị mất vững khớp vai ra trước . Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 2 BN (chiếm 9,5%) đến phẫu thuật trong 6 tháng đầu sau khi bị chấn thương. Tỉ lệ thấp này cũng được ghi nhận tương tự ở nghiên cứu của Shibata, trong 102 bệnh nhân, chỉ có 31% trường hợp phẫu thuật trong 6 tháng đầu kể từ khi chấn thương . Điều này cho thấy rằng hiện nay BN sau khi trật khớp vai khá nhiều lần, ảnh hưởng rất nhiều đến đời sống mới can thiệp ngoại khoa và được chỉ định PT khá muộn so với các nghiên cứu của tác giả nước ngoài.

4.1.4. Nguyên nhân chấn thương. Nhiều tác giả cũng ghi nhận, chấn thương thể thao là nguyên nhân chính gây nên mất vững khớp vai ra trước. Theo Mohtadi, trong số 98 BN được điều trị MVKV ra trước bằng phẫu thuật nội soi, chấn thương liên quan đến thể thao chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ 56% [7]. Nghiên cứu của Cole cũng cho tỉ lệ tương tự: 56,76% . Theo Nguyễn Trọng Anh, tỉ lệ này là 42,86% và Đỗ Văn Minh là 73,8% [6], 8]. Cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội, nhu cầu giải trí của con người cũng được nâng cao, theo đó phong trào thể dục thể thao cũng được phát triển rộng rãi.

4.1.5. Triệu chứng cận lâm sàng: MRI. MRI là phương tiện đánh giá tổn thương khớp vai rất tốt, đặc biệt là tổn thương dây chằng -

bao khớp sụn viền với độ nhạy và độ chuyên biệt cao. MRA mới được ứng dụng và chứng tỏ ưu điểm hơn so với MRI. Điều này rất quan trọng trong hoạch định kế hoạch trước mổ. Trong các nghiên cứu trước đây, còn rất nhiều tranh cãi về độ nhạy của MRI trong việc phát hiện tổn thương rách sụn viền, cho kết quả độ nhạy với khoảng giá trị từ 44% đến 93% khi so sánh với nội soi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, MRI phát hiện tổn thương sụn viền trước dưới có độ nhạy là 76,5%. Nghiên cứu của Shellock và cộng sự, cho thấy MRI trong phát hiện tổn thương sụn viền có độ nhạy là 89% và độ đặc hiệu là 100%. Kết quả nghiên cứu của Zlatkin và cộng sự, độ nhạy và độ đặc hiệu của MRI trong phát hiện tổn thương sụn viền lần lượt là 55% và 100%.

4.2. Kết quả

4.2.1. Số chỉ neo sử dụng trong PT. Số lượng chỉ neo được sử dụng cho mỗi trường hợp của chúng tôi đa số là 3 chỉ neo. Đây cũng là số lượng chỉ neo cần thiết, mà theo nhiều nghiên cứu, đem lại sự đảm bảo cho toàn bộ tổn thương sụn viền bao khớp được may điều trị một cách đầy đủ và vững chắc [6].

4.2.2. Đánh giá chức năng khớp vai sau mổ theo các thang điểm Rowe, ASES. Nghiên cứu chúng tôi cũng đã tìm hiểu, đánh giá về một số yếu tố ảnh hưởng đến chức năng khớp vai sau PT: giới tính, vị trí vai trật, tay thuận hay tay không thuận, số chỉ neo sử dụng… Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy một số yếu tố có liên quan đến chức năng khớp vai sau mổ theo thang điểm Rowe, ASES bao gồm: tuổi bệnh nhân, tổn thương chóp xoay phối hợp, loại hình luyện tập thể thao sau phẫu thuật và hình thức bệnh nhân tập PHCN sau phẫu thuật. Chức năng khớp vai sau mổ ở BN tuổi càng lớn có xu hướng càng giảm hơn so với các bệnh nhân trẻ tuổi. Bệnh nhân MVKV ra trước có tổn thương chóp xoay phối hợp phục hồi chức năng khớp vai kém hơn so với nhóm còn lại. BN được tập PHCN tại cơ sở y tế có kết quả PHCN khớp vai tốt hơn so với BN tự tập tại nhà theo hướng dẫn. Bệnh nhân sau mổ có luyện tập thể thao ở nhóm không có nguy cơ hoặc ít nguy cơ như chạy bộ, đi xe đạp… có kết quả phục hồi chức năng khớp vai tốt hơn so với nhóm không luyện tập hoặc luyện tập những môn có nguy cơ cao.

V. KẾT LUẬN

MVKV ra trước gặp chủ yếu ở người trẻ, trong độ tuổi lao động, tuổi trung bình là 25,81 tuổi, gặp ở nam (90,5%) cao hơn nữ (9,5%), nguyên nhân hàng đầu là chấn thương thể thao (42,9%). Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật trung bình là 35,43 ± 50,51 tháng. Phim MRI là phương tiện cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán mất vững khớp vai.

Đánh giá chức năng khớp vai dựa vào thang điểm Rowe sau phẫu thuật nội soi điều trị mất vững khớp vai ghi nhận kết quả tích cực: "rất tốt" và "tốt" (chiếm 90,5%). Không ghi nhận trường hợp nào đạt kết quả "xấu".

Các yếu tố ảnh hưởng đến chức năng khớp vai sau mổ đánh giá trong mô hình hồi quy tuyến tính đa biến gồm: tuổi BN, tổn thương chóp xoay phối hợp, hình thức BN tập PHCN và loại hình thể thao BN luyện tập sau mổ. Có mối tương quan tuyến tính giữa chức năng khớp vai sau mổ với tuổi bệnh nhân lúc được phẫu thuật cũng như tuổi mất vững khớp vai lần đầu tiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phillips Barry B.** (2021), "Recurrent Dislocations", Campbell's Operative Orthopaedics, pp. 2426-2478.
2. **Nguyễn Trọng Anh** (2006), Báo cáo kết quả bước đầu ứng dụng nội soi khớp vai trong điều trị mất vững khớp vai, Báo cáo tại hội nghị thường niên lần thứ 13 Hội chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh, tháng 6/2006.
3. **Aboalata M., Plath J. E., Seppel G., et al.** (2017), "Results of Arthroscopic Bankart Repair for Anterior-Inferior Shoulder Instability at 13-Year Follow-up", Am J Sports Med. 45(4), pp. 782-787.
4. **Vermeulen A. E., Landman E. B. M., Veen E. J. D., et al.** (2019), "Long-term clinical outcome of arthroscopic Bankart repair with suture anchors", J Shoulder Elbow Surg. 28(5), pp. e137-e143.
5. **Panzram B., Kentar Y., Maier M., et al.** (2020), "Mid-term to long-term results of primary arthroscopic Bankart repair for traumatic anterior shoulder instability: a retrospective study", BMC Musculoskelet Disord. 21(1), p. 191.
6. **Nguyễn Trọng Anh** (2007), Nội soi khớp vai điều trị tổn thương Bankart trong mất vững khớp vai phía trước do chấn thương, Báo cáo tại hội nghị thường niên lần thứ 6 Hội chấn thương chỉnh hình Việt Nam - Đông Nam Á, tháng 12/ 2007.
7. **Mohtadi N. G., Chan D. S., Hollinshead R. M., et al.** (2014), "A randomized clinical trial comparing open and arthroscopic stabilization for recurrent traumatic anterior shoulder instability: two-year follow-up with disease-specific quality-of-life outcomes", J Bone Joint Surg Am. 96(5), pp. 353-60.
8. **Đỗ Văn Minh** (2011), Đánh giá kết quả điều trị trật khớp vai tái diễn ra trước bằng phẫu thuật Latarjet - Bristow, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện Việt Đức năm 2011.