

cổ. Nghiên cứu Czarniecka A. và các cộng sự đã xác nhận mối liên quan giữa đột biến gen và nguy cơ di căn cao hơn với các hạch cổ trung tâm và đã đề xuất rằng việc nạo vét dự phòng nhóm hạch cổ trung tâm cần dựa vào kết quả xét nghiệm phát hiện đột biến gen BRAF V600E qua chọc hút tế bào bằng kim nhỏ. Các tác giả này đều có đánh giá kết quả đột biến gen BRAF trước phẫu thuật để lên kế hoạch điều trị phẫu thuật hợp lý và hiệu quả nhất cho bệnh nhân [11].

KẾT LUẬN

Tỷ lệ đột biến gen BRAF V600E trên BN ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú là 25%. Kết quả nghiên cứu cho thấy đột biến gen BRAF V600E có thể là yếu tố ảnh hưởng đến khả năng di căn hạch cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Davies H** et al. *Mutations of the BRAF gene in human cancer*. Nature, 2002; 417 (6892): 949-954
2. **Sala E., Mologni L., Truffa S.** et al. BRAF silencing by short hairpin RNA or chemical blockade by PLX4032 leads to different responses in melanoma and thyroid carcinoma cells. *Mol Cancer Res MCR*.2008; 6 (5): 751-759.
3. **Xing M**, *BRAF mutation in papillary thyroid cancer: pathogenic role, molecular bases, and clinical implications*. Endocr Rev, 2007. 28 (7): 742-762.
4. **Xing M., Westra W.H., Tufano R.P.** et al. BRAF mutation predicts a poorer clinical prognosis for papillary thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab*.2005). 90 (12): 6373-6379.

5. **Kim SK, Hwang TS, Yoo YB, Han HS, Kim DL**, et al. Surgical Results of Thyroid Nodules according to a Management Guideline Based on the BRAF V600E Mutation Status. *J Clin Endocrinol Metab*.2011); 96 (3): 658-664.

6. **Rossi RL** et al. *Current results of conservative surgery for differentiated thyroid carcinoma*. World J Surg.1986; 10 (4): 612-622.

7. **Elisei R, Viola D, Torregrossa L** et al. The BRAF V600E Mutation Is an Independent, Poor Prognostic Factor for the Outcome of Patients with Low-Risk Intrathyroid Papillary Thyroid Carcinoma: Single-Institution Results from a Large Cohort Study, *J Clin Endocrinol Metab*.2012; 97 (12): 4390-4398.

8. **Mai Trọng Khoa, Phạm Cẩm Phương, Nguyễn Huy Bình**. Khảo sát đột biến gen BRAF V600E ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa kháng I-131 tại Bệnh viện Bạch Mai, *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, (9). 2016.

9. **Nguyễn Tiến Lãng**. *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp phối hợp với I131 điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa*, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa Cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội. 2008.

10. **Xing, M**, et al, *Association between BRAF V600E mutation and mortality in patients with papillary thyroid cancer*. JAMA, 2013; 309 (14): 1493-1501.

11. **Czarniecka A, Oczko-Wojciechowska M, and Barczyński M**. BRAF V600E mutation in prognostication of papillary thyroid cancer (PTC) recurrence. *Gland Surg*.2016; 5 (5): 495-505.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI QUẢNG NINH

TRẦN THỊ TRANG, NGUYỄN MINH HỒNG
Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ ĐTĐTK và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 300 thai phụ từ 24 – 28 tuần đến khám thai Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2020. Tiến hành nghiệm pháp dung nạp

glucose và lấy máu xét nghiệm đường huyết thai phụ ở các thời điểm: Lúc đói, 1 giờ và 2 giờ sau uống 75gr glucose. Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA 2011.

Kết quả: Tỷ lệ ĐTĐTK của các thai phụ mang thai từ 24 – 28 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh là 24%. Các yếu tố được ghi nhận có liên quan đến tỷ lệ mắc ĐTĐTK: tuổi, glucose niệu

(+), tiền sử ĐTĐTK và tiền sử sinh con \geq 3500gram, tiền sử sinh mổ, tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường.

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Trang
Email: hoatrangnguyen93yd@gmail.com
Ngày nhận: 21/9/2020
Ngày phản biện: 27/10/2020
Ngày duyệt bài: 13/11/2020

Kết luận: Tầm soát và chẩn đoán ĐTĐTK cho tất cả thai phụ có tuổi thai từ 24 – 28 tuần là cần thiết. Trong quá trình khám thai cần phát hiện những yếu tố nguy cơ ĐTĐTK để chẩn đoán và điều trị càng sớm càng tốt.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ.

SUMMARY

COMMENTARY ON THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED TO GESTATIONAL DIABETES AT QUANG NINH OBSTETRICS AND PEDIATRICS.

Determine the rate of gestational diabetes mellitus and some related factor in Quang Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Materials and methods: The study was designed as a cross - sectional and descriptive, included 300 pregnant women from 24 to 28 weeks who antenatal exam at Quang Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 2020 to June 2020. Pregnant women were screened for GDM and blood glucose test at the time: fasting, 1 hour and 2 hour after taking 75gram of glucose. Diagnosis of gestational diabetes according to ADA 2011 Standards.

Results: The rate of gestational diabetes of pregnant women who are 24 - 28 weeks pregnant at Quang Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital is 24%. The factor were associated with the incidence of gestational diabetes: age, positiv urinary glucose, history of gestational diabetes, history baby with birth weight \geq 3500gram, history of cesarean section, family history of diabetes in first – degree relatives.

Conclusion: The rate of gestational diabetes at Quang Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital is high (24%). Screening and diagnosing gestational diabetes for all pregnant women from 24 to 28 weeks is essential. During antenatal examination, it is necessary to ask and detect factors for gestational diabetes so that fasting blood glucose test is indicated at the first examination of pregnant women. High risk

pregnant women should be diagnosed and treated as soon as possible.

Keywords: Gestational diabetes.

ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐTK là một thể đặc biệt của đái tháo đường và đang có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây. Đây là bệnh rối loạn chuyển hoá hay gặp nhất trong thai kỳ. Bệnh thường diễn biến âm thầm do vậy người bệnh khó phát hiện. Tuy nhiên, nếu không được kiểm soát tốt sẽ gây rất nhiều hậu quả và biến chứng phức tạp cho cả mẹ và thai nhi.

Việt Nam là nước nằm trong vùng có nguy cơ mắc ĐTĐTK cao. Tỷ lệ ĐTĐTK ở nước ta dao động từ 3,6 – 39%, thay đổi tùy theo vùng miền. Có nhiều bằng chứng chỉ ra mối liên hệ giữa ĐTĐTK với tăng tỷ lệ các biến cố chu sinh ở mẹ và thai nhi như tiền sản giật, sảy thai, thai chết lưu, thai to gây đẻ khó, ngạt sơ sinh.... Trẻ sơ sinh của những bà mẹ bị ĐTĐTK có nguy cơ cao bị hạ đường máu, vàng da và nguy cơ bị béo phì, ĐTĐ type 2. Khoảng 30-50% phụ nữ mắc ĐTĐTK sẽ tiếp tục mắc ĐTĐTK trong lần mang thai tiếp theo, và có nguy cơ mắc ĐTĐ type 2 về sau. Hầu hết ĐTĐTK không có triệu chứng, chỉ chẩn đoán bằng nghiệm pháp dung nạp glucose, nhóm thai phụ này chiếm tỷ lệ rất cao so với nhóm thai phụ có đái tháo đường biết trước khi có thai, chiếm 90% ĐTĐTK [1]. Do đó, cần phải tầm soát ĐTĐTK ở thai phụ để có phương pháp chăm sóc, theo dõi và điều trị thích hợp.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

300 thai phụ tuổi thai từ 24 – 28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Tuổi thai từ 24 - 28 tuần theo kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tình trạng sức khỏe bình thường: Xác định qua hỏi tiền sử, khám lâm sàng, xác định không có bệnh tâm thần, nội khoa, ngoại khoa, rối loạn chuyển hóa.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không có khả năng thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose.

- Được chẩn đoán đái tháo đường týp 1 hoặc týp 2 (từ trước khi có thai hoặc trong quý 1 của thai kỳ).

2. Cỡ mẫu: Được tính theo công thức

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Trong đó: n = cỡ mẫu nghiên cứu cần thiết tối thiểu; α = mức ý nghĩa thống kê; với $\alpha = 0,05$ thì hệ số $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $p = 0,178$ (tỷ lệ ĐĐTĐTK theo nghiên cứu HAPO 2008; $q = 1 - p$; d = sai số mong đợi, chọn $d = 5\%$. Do đó: $n = (1,96)^2 \times 0,178 \times 0,822 / (0,05)^2 = 225$. Thực tế trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 300 thai phụ phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu.

3. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và tỷ lệ mắc ĐĐTĐTK

Bảng 2. Mối liên quan giữa ĐĐTĐTK và tuổi mang thai

Nhóm tuổi	ĐĐTĐTK		Không ĐĐTĐTK		p
	n	%	n	%	
< 25	12	16,6	42	18,4	p < 0,05
25 – 29	21	29,2	113	49,6	
30 – 34	22	30,6	45	19,7	
≥ 35	17	23,6	28	12,3	
Tổng	72	100	228	100	

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo nhóm tuổi. Trong đó tỷ lệ mắc bệnh gặp nhiều ở nhóm tuổi 30 – 34 chiếm 22%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa ĐĐTĐTK glucose niệu (+)

Glucose niệu (+)	ĐĐTĐTK		Không ĐĐTĐTK		p
	n	%	n	%	
Có	10	13,9	11	4,8	P < 0,05
Không	62	86,1	217	95,2	
Tổng	72	100	228	100	

Nhận xét: Tỷ lệ bị ĐĐTĐTK ở nhóm có glucose niệu (+) có 10 thai phụ chiếm 13,9% cao hơn 4,8% ở nhóm không bị bệnh. So sánh tỷ lệ mắc bệnh giữa nhóm có glucose niệu (+) và nhóm không có glucose niệu (+) thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa ĐĐTĐTK và tiền sử ĐĐTĐ thể hệ thứ nhất

Tiền sử gia đình ĐĐTĐ thể hệ thứ nhất	ĐĐTĐTK		Không ĐĐTĐTK		p
	n	%	n	%	
Có	13	18,1	5	2,2	P < 0,05
Không	59	81,9	223	97,8	
Tổng	72	100	228	100	

Nhận xét: Tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường ở thể hệ thứ nhất làm tăng tỷ lệ mắc bệnh ĐĐTĐTK, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa ĐĐTĐTK với tiền sử cân nặng con trong những lần đẻ trước.

Cân nặng con	ĐĐTĐTK		Không ĐĐTĐTK		p
	n	%	n	%	
≥ 3500	12	16,7	16	7	

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2020 với 300 thai phụ mang thai từ 24 – 28 tuần được khám thai tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh, chúng tôi thu được những kết quả như sau:

1. Tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ

Bảng 1. Tỷ lệ ĐĐTĐ thai kỳ

	n	Tỷ lệ (%)
ĐĐTĐTK	72	24
Không ĐĐTĐTK	228	76
Tổng	300	100

Nhận xét: Trong 300 phụ nữ mang thai từ 24 – 28 tuần được chọn vào nghiên cứu đã được làm nghiệm pháp dung nạp glucose với 75gr uống, kết quả là có 72 thai phụ được chẩn đoán ĐĐTĐTK, chiếm tỷ lệ 24%.

< 3500	60	83,3	212	93	P < 0,05
Tổng	72	100	228	100	

Nhận xét: Tỷ lệ mắc ĐTĐTK ở nhóm thai phụ có tiền sử sinh con ≥ 3500 gr chiếm 16.7% cao hơn 7% ở nhóm không bị bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa ĐTĐTK với tiền sử sản khoa bất thường

Yếu tố		ĐTĐTK		Không ĐTĐTK		p
		n	%	n	%	
Tiền sử sảy thai, thai lưu	Có	20	27,8	46	20,2	p > 0,05
	Không	52	72,2	182	79,8	
Tiền sử sinh non	Có	1	1,4	7	3,1	p > 0,05
	Không	71	98,6	221	96,9	
Tiền sử tiền sản giật	Có	1	1,4	0	0	p > 0,05
	Không	71	98,6	228	100	
Tiền sử ĐTĐ thai kỳ	Có	2	2,8	0	0	p < 0,05
	Không	70	97,2	228	100	
Tiền sử sinh mổ	Có	18	25	29	12,7	p < 0,05
	Không	54	75	199	87,3	
Tiền sử thai dị tật	Có	2	2,8	1	0,4	p > 0,05
	Không	70	97,2	227	99,6	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thai phụ có tiền sử ĐTĐTK và tiền sử sinh mổ làm tăng tỷ lệ mắc đái tháo đường với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ

Theo nghiên cứu của chúng tôi trong số 300 thai phụ được làm nghiệm pháp dung nạp glucose, phát hiện tỷ lệ mắc ĐTĐTK là 24% (theo tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2011) [2]. Như vậy, tỷ lệ ĐTĐTK của chúng tôi cao hơn một số tác giả trong nước nghiên cứu các năm trước đó:

Tác giả	Năm	Địa điểm	Tỷ lệ ĐTĐTK (%)
Ngô Kim Phụng [3]	2004	Quận 4 Tp HCM	3,9
Nguyễn Lê Hương [4]	2012	Bệnh viện Phụ sản Trung ương	11,4
Nguyễn Thị Mai Phương [5]	2015	Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng	37,4
Trần Đình Vinh [6]	2016	Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng	15,2
Trần Thị Trang	2020	Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh	24

So với các nghiên cứu ở nước ngoài thì tỷ lệ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu đã được công bố trước đây.

2. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Thai phụ có tuổi càng cao thì nguy cơ mắc ĐTĐTK càng tăng ($p = 0,005$). Tỷ lệ mắc ĐTĐTK theo các nhóm tuổi < 25; 25 – 29; 30 – 34 và ≥ 35 là: 12%; 21%; 22%, 17%. Tỷ lệ ĐTĐTK ở các nhóm tuổi tương ứng của Trần Đình Vinh: 11,4%; 31,4%, 37,1%, 7% [6]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi và của các tác giả đều đi đến luận chung là tỷ lệ ĐTĐTK có xu hướng tăng dần theo tuổi.

Tỷ lệ bị đái tháo đường thai kỳ ở nhóm có glucose niệu (+) là 13,9% cao hơn so với nhóm không có glucose niệu là 4,8% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo khuyến cáo của Hội nghị Quốc tế lần thứ 4 về ĐTĐTK thì glucose niệu (+) là một yếu tố nguy cơ cao của ĐTĐTK, khi thai phụ có glucose trong nước tiểu thì tỷ lệ có rối loạn chuyển hóa đường tăng cao. Vì vậy, khi một thai phụ có xét nghiệm glucose niệu (+) thì thai phụ sẽ được chỉ định làm nghiệm pháp dung nạp với 75gr glucose để chẩn đoán ĐTĐTK.

Tỷ lệ ĐTĐTK ở những thai phụ có tiền sử gia đình bị ĐTĐ thể hệ thứ nhất là 18,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có tiền sử

gia đình có người bị ĐTĐ thể hệ thứ nhất và không có tiền sử với $p < 0,05$. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy nếu sàng lọc ĐTĐTK ở những thai phụ có tiền sử gia đình ĐTĐ thể hệ thứ nhất thì cơ hội phát hiện bệnh cao hơn ở những thai phụ không có tiền sử. Nhận định của tác giả Tô Thị Minh Nguyệt thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có tiền sử gia đình ĐTĐ và nhóm không có tiền sử với $p < 0,05$. Như vậy, tiền sử gia đình có người ĐTĐ thể hệ thứ nhất có thể coi là một yếu tố nguy cơ cao đối với các thai phụ khi mang thai.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có tiền sử sinh con $\geq 3500\text{gr}$ có tỷ lệ mắc ĐTĐTK là 16,7%, cao hơn so với 7% ở nhóm không bị bệnh, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Tô Thị Minh Nguyệt [3] cho thấy không có sự khác biệt giữa tiền sử sinh con $\geq 4000\text{gr}$ và tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐTK. Tuy nhiên tác giả Tạ Văn Bình [7] thấy tỷ lệ mắc ĐTĐTK ở những thai phụ đã từng sinh con trong những lần mang thai trước là 7,4% vì số người đã từng sinh con nặng trên 4000gr chỉ chiếm 2,7% và tác giả cho rằng ngưỡng giá trị nguy cơ tiền sử đẻ con trên 4000gr là không phù hợp với người Việt Nam, tác giả lấy ngưỡng so sánh là tiền sử sinh con nặng 3500gr để phân nhóm và so sánh thấy tỷ lệ mắc bệnh ở 2 nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [7]. Thai to cũng là một chỉ định của mổ lấy thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thai phụ có tiền sử sinh mổ bị ĐTĐTK chiếm 25%, cao hơn so với 12,7% của nhóm không bị bệnh, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ tiền sử ĐTĐTK ở đối tượng nghiên cứu làm tăng tỷ lệ mắc ĐTĐTK với $p < 0,05$. Có 2 thai phụ có tiền sử ĐTĐTK, và cả 2 thai phụ đều được chẩn đoán ĐTĐTK trong lần mang thai này, chiếm 2,8% trong số các thai phụ ĐTĐTK, mỗi liên hệ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhận định của tác giả Trần Đình Vinh cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa

nhóm có tiền sử bị ĐTĐTK ở lần mang thai trước và nhóm không có tiền sử với $p < 0,05$.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐTĐTK của các thai phụ mang thai từ 24 – 28 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh là 24%. Các yếu tố được ghi nhận là có liên quan đến tỷ lệ mắc ĐTĐTK: tuổi của mẹ, glucose niệu (+), tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường, tiền sử sinh mổ, bị ĐTĐTK trong lần mang thai trước với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Chi, Trần Đức Thọ, Đỗ Trung Quân, (2000), *Phát hiện tỷ lệ đái tháo đường thai nghén và tìm hiểu các yếu tố liên quan*, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. **ssociation A.D** (2011). Standards of Medical Care in Diabetes -2011. *Diabetes Care*, 33 (Supplement 1), S11 - S61.

3. Tô Thị Minh Nguyệt, Ngô Thị Kim Phụng (2008), *Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan ở những thai phụ nguy cơ cao tại Bệnh viện Từ Dũ*. Tạp chí Tim mạch học.

4. Nguyễn Lê Hương, Đỗ Quang Hà (2014). Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén tại khoa khám theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 và một số yếu tố nguy cơ. *Tạp chí Phụ sản*, 12 (2), 108-111.

5. Nguyễn Thị Mai Phương (2015), *Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2015*. 2016, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

6. Trần Đình Vinh, Trần Thị Quỳnh Mai, Trương Thị Bích Phượng, (2016), Khảo sát tình hình đái tháo đường trong thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng năm 2016. 2017. *Tạp chí Phụ sản*, 15 (3), 88-93.

7. Tạ Văn Bình (2006), *Bệnh đái tháo đường - Tăng glucose máu*. 2006, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI KHOA SƠ SINH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI TỪ THÁNG 4/2019 ĐẾN THÁNG 9/2019

NGUYỄN VĂN TÂN,
VŨ THỊ THU HUYỀN, ĐẶNG THỊ HỒNG THẮNG,
NGUYỄN THỊ THỦY, NGUYỄN THỊ THANH HÀ