

•NGUYỄN HỒNG VIỆT, ĐỒNG VĂN HỆ	⇒ Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tắc hệ thống dẫn lưu não thất - ổ bụng	46
•ĐẬU XUÂN CẢNH, PHẠM THỊ THU THỦY NGUYỄN THỊ BẠCH TUYẾT	⇒ Chất lượng sống của bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo thang đo CCQ	50
•TRẦN CAO BÌNH, ĐÀM VĂN VIỆT	⇒ Xây dựng qui trình ứng dụng và phát triển kỹ thuật cấy ghép Implant trong nha khoa	53
•NGUYỄN THỊ KIM NGỌC, PHÍ THỊ NGUYỆT THANH, NGUYỄN NGÔ QUANG, NGUYỄN THANH HƯƠNG	⇒ Đào tạo liên tục cán bộ y tế giai đoạn 2014-2016: Kết quả điều tra một số bệnh viện đa khoa tuyến Trung ương và tuyến tỉnh	57
•NGUYỄN THỊ LAN ANH	⇒ Nâng cao năng lực quản lý bệnh viện công trong cơ chế tự chủ tài chính	61
•HỒ THỊ KIM THANH, LÊ VĂN CƠ	⇒ Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi viêm teo niêm mạc dạ dày theo phân loại Kimura-Takemoto ở người cao tuổi	63
•ĐỖ PHƯƠNG HƯỜNG, NGUYỄN HOÀNG HIỆP	⇒ Nghiên cứu sự biến đổi nồng độ Enzyme chống oxy hóa trên công nhân tiếp xúc trực tiếp với hóa chất kim loại nặng	65
•PHẠM KIM LIÊN, ĐỖ QUYẾT	⇒ Đặc điểm Lympho T CD4 và CD8 trong máu ngoại vi ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	67
•NGUYỄN KHẮC ĐỨC	⇒ Đối chiếu lâm sàng với phân độ chấn thương gan bằng chụp cắt lớp vi tính	70
•TRẦN CAO BÌNH, VÕ THUY HỒNG	⇒ Đánh giá kết quả điều trị nắn chỉnh răng ngầm tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội	74
•NGUYỄN THANH BÌNH	⇒ Ảnh hưởng của các triệu chứng vận động đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân Parkinson tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương	77

TIẾN TRIỂN SUY DINH DƯỠNG Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI VIỆT NAM TỪ NĂM 2011 – 2015

NGUYỄN THỊ KIM TIẾN¹, HÀ ANH ĐỨC¹, LÊ DANH TUYÊN²
¹Bộ Y tế, ²Viện Dinh dưỡng Quốc gia

SUMMARY

CHANGES IN UNDERNUTRITION OF UNDER FIVE-YEAR CHILDREN

The progress of malnutrition reduction and the WAZ, HAZ and WHZ were examined through national nutrition surveillance data which is conducted by National Institute of Nutrition from 2011 to 2015. It is shown that the prevalence of child malnutrition has been reduced: underweight from 16.8% in 2011 to 14.1% in 2015 with the rate of reduction is 0.5 percentage point per year; Stunting was 27.5% in 2011 to 24.6% in 2015 with the rate of reduction is 0.6 percentage point per year. The reduction of malnutrition was different among ecological regions

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Kim Tiến
Email: kimtien.moh@gmail.com
Ngày nhận: 28/6/2017
Ngày phản biện: 17/7/2017
Ngày duyệt bài: 27/7/2017
Ngày xuất bản: 20/8/2017

and between urban and rural area. The prevalence of malnutrition was still high in mountainous area.

Keywords: Malnutrition reduction.

ĐẶT VẤN ĐỀ VÀ MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Suy dinh dưỡng protein- năng lượng (Protein-energy malnutrition:PEM) đặc biệt là suy dinh dưỡng (SDD) thể thấp còi vẫn còn là vấn đề cấp bách ảnh hưởng tới sức khỏe toàn cầu nói chung và Việt Nam nói riêng. Ước tính 45% tỉ lệ tử vong của trẻ em dưới 5 tuổi có liên quan đến SDD [1]. Suy dinh dưỡng để lại những hậu quả về phát triển thể chất và tinh thần cho lớp người tương lai, gây ảnh hưởng lớn đến sự phát triển kinh tế, xã hội [2]. Theo ước tính của tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp quốc (UNICEF), hiện nay tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi mắc SDD thấp còi toàn cầu là 23,8% (159 triệu trẻ) và tỷ lệ trẻ SDD gầy còm toàn cầu là 7,5% (50 triệu trẻ) [3]. Châu Á và Châu Mỹ La Tinh là 2 khu vực SDD thấp còi có xu hướng giảm dần [4]. Tuy nhiên ở hai khu vực này, tốc độ giảm SDD thấp còi đang có xu hướng chậm lại so với thập kỉ trước. Tốc độ giảm

SDD thấp còi ở châu Á trước 2010 là 25,6% so với 10% từ 2010 tới nay [4]. Theo dõi tình hình dinh dưỡng các nước và Việt Nam cho thấy tỷ lệ SDD càng xuống thấp thì tốc độ giảm SDD càng chậm lại. Tại Việt Nam, số liệu từ điều tra giám sát Dinh dưỡng (n=98477) 2015 cho thấy, tỷ lệ SDD thấp còi và gầy còm ở trẻ em dưới 5 tuổi lần lượt là 24,6% và 6,4% [6].

Mục tiêu của nghiên cứu này là dựa vào số liệu điều tra giám sát dinh dưỡng hàng năm của Viện Dinh dưỡng để: (1) Xem xét tiến triển của SDD trẻ em dưới 5 tuổi qua các năm từ 2011 đến 2015 bằng việc phân tích chuyển dịch giá trị trung bình Z-score ở trẻ em dưới 5 tuổi. (2) Sử dụng mô hình hồi quy logistic để tìm ra mối tương quan của SDD thấp còi và các yếu tố liên quan như các yếu tố sinh học, kinh tế xã hội của bố mẹ, nước sạch vệ sinh và các yếu tố liên quan đến sức khỏe của trẻ nhỏ.

VẬT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Nguồn số liệu

Số liệu của nghiên cứu sử dụng số liệu điều tra giám sát dinh dưỡng 30 điểm hàng năm của Viện Dinh dưỡng từ năm 2011 đến 2015.

2. Phương pháp chọn mẫu

Đây là điều tra cắt ngang sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm hai giai đoạn. Giai đoạn đầu sử dụng phương pháp chọn mẫu xác suất theo tỷ lệ dân số, chọn ra 30 cụm. Ở giai đoạn hai, chọn ra 3 thôn/xóm. Sử dụng phương pháp chọn hộ liên kề hoặc chọn theo danh sách hộ để chọn ra 17 trẻ ở mỗi thôn/xã để có được 51 trẻ mỗi xã và khoảng 1530 trẻ mỗi tỉnh. Điều tra giám sát dinh dưỡng thực hiện ở tất cả 63 tỉnh. Cỡ mẫu của toàn quốc gồm 85.529 bà mẹ, 96.043 trẻ từ 0-5 tuổi, trong đó có 5572 trẻ dưới 6 tháng tuổi, 38847 trẻ từ 6-24 tháng tuổi và 51.624 trẻ từ 24 – 59 tháng 29 ngày [5].

3. Phân tích số liệu

Số liệu được phân tích sử dụng phần mềm SAS 9.3 và STATA 14.

Chỉ số chiều cao theo tuổi (HAZ), cân nặng theo tuổi (WAZ) và cân nặng theo chiều cao (WHZ) được tính toán theo chỉ số nhân trắc học chuẩn của WHO [7]. Từ các chỉ số nhân trắc này sẽ xây dựng biểu đồ xu hướng suy dinh dưỡng trong giai đoạn 2011-2015.

Phân tích đa tầng đa biến hồi quy logic để xác định các yếu tố nguy cơ và nhằm xác định tỷ suất chênh OR của các yếu tố nguy cơ khi trẻ bị suy dinh dưỡng. Phương pháp chọn sau hồi quy được sử dụng để xây dựng mô hình thể hiện mối tương quan giữa biến phụ thuộc và các yếu tố nguy cơ. Biến phụ thuộc: tình trạng SDD thấp còi. Dựa trên chuẩn WHO 2006, trung bình Z-score cao theo tuổi HAZ < -2 được phân loại là thấp còi và HAZ ≥ -2 là không thấp còi. Biến độc lập: các yếu tố như tuổi giới của trẻ, cân nặng sơ sinh, chiều cao của bà mẹ, trình độ học vấn bà mẹ, việc làm và nơi cư trú.

KẾT QUẢ

1. Tình hình SDD trẻ em từ năm 2011 đến 2015

Bảng 1 trình bày diễn biến của tình trạng SDD ở trẻ em dưới 5 tuổi từ năm 2011 đến năm 2015 qua số liệu điều tra giám sát dinh dưỡng hàng năm.

Bảng 1: Tỷ lệ suy dinh dưỡng qua 5 năm 2011-2015

Suy dinh dưỡng	2011	2012	2013	2014	2015	Trung bình 5 năm
Nhẹ cân	16,8 ± 0,4	16,2 ± 0,3	15,3 ± 0,4	14,5 ± 0	14,1 ± 0,3	15,4
Thấp còi	27,5 ± 0,6	26,7 ± 0,6	25,9 ± 0,5	24,9 ± 0	24,6 ± 0,4	25,9
Gầy còm	6,6 ± 0,2	6,7 ± 0,2	6,6 ± 0,2	6,8 ± 0	6,4 ± 0,2	6,6

Kết quả cho thấy tỷ lệ SDD nhẹ cân, thấp còi và gầy còm năm 2011 lần lượt là 16,8%±0,4%, 27,5%±0,6%, 6,6%±0,2%, đến năm 2013 tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 15,3%±0,4%, thể thấp còi là 25,9%±0,5%, thể gầy còm là 6,6%±0,2% và đến năm 2015 lần lượt ở mức 14,1%±0,3%, 24,6%±0,4% và 6,4%±0,2%.

Bảng 2: Diễn biến SDD thấp còi theo 6 vùng sinh thái từ 2011 đến 2015

Vùng sinh thái	2011	2012	2013	2014	2015
Đồng bằng sông Hồng	23 ± 1,1	21,9 ± 1,0	21 ± 0,8	20,3 ± 0	21,8 ± 0,7
Vùng núi và cao nguyên phía Bắc	32 ± 1,4	31,9 ± 1,3	31,9 ± 1,3	30,7 ± 0	30,3 ± 1,3
Bắc miền Trung và ven biển miền Trung	30,2 ± 1,3	31,2 ± 1,3	29,8 ± 1,3	28,1 ± 0	27,1 ± 1,1
Tây Nguyên	34,3 ± 2,1	36,8 ± 2,4	36,4 ± 2,2	34,9 ± 0	34,2 ± 2,2
Đông Nam Bộ	18,5 ± 1,4	20,7 ± 1	19,7 ± 0,9	18,3 ± 0	19,3 ± 0,8
Đồng bằng sông Cửu Long	26,9 ± 1	26 ± 0,9	25 ± 0,8	24 ± 0	23,5 ± 0,7

Bảng 2 cho thấy diễn biến SDD thấp còi theo vùng sinh thái từ năm 2011 đến năm 2015 qua các cuộc điều tra giám sát Dinh dưỡng hàng năm. Tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất vẫn ở khu vực Tây Nguyên và vùng Núi và cao nguyên phía Bắc, Bắc miền Trung và ven biển Miền Trung. Tỷ lệ SDD thấp còi ở khu vực Đông Nam Bộ năm 2015 cao hơn so với năm 2011. Ở khu vực Tây Nguyên tỷ lệ này giảm không đáng kể trong 5 năm qua.

2. Tốc độ/ mức giảm SDD qua các năm

Bảng 3: Tỷ lệ SDD theo nông thôn, thành thị, miền núi năm 2011 và 2015

Năm	%	Thành thị	Nông thôn	Miền núi
2011	SDD nhẹ cân	9,6	16,0	18,5
	SDD thấp còi	17,7	26,8	31,2
	SDD gầy còm	5,6	6,7	8,3
2015	SDD nhẹ cân	6,6	12,2	18,1
	SDD thấp còi	11,9	20,1	28,8
	SDD gầy còm	4,2	6,2	8,0

Tỷ lệ SDD nhẹ cân và thấp còi giảm khá đồng đều ở cả khu vực thành thị và nông thôn. Tuy nhiên tỷ lệ này giảm rất chậm ở khu vực miền núi.

Bảng 4: Mức giảm SDD của năm 2015 so với 2011 theo nông thôn, thành thị, miền núi

Thể SDD	Mức giảm SDD (tỷ lệ giảm trung bình/năm)		
	Thành thị	Nông thôn	Miền núi
SDD nhẹ cân	3,0 (0,6%/năm)	3,8 (0,8%/năm)	0,4 (0,08%/năm)
SDD thấp còi	5,8 (1,2%/năm)	6,7 (1,3%/năm)	2,4 (0,5%/năm)
SDD gầy còm	1,4 (0,3%/năm)	0,5 (0,1%/năm)	0,3 (0,06%/năm)

Bảng 4 thể hiện rõ tốc độ giảm SDD sau 5 năm tại thành thị, nông thôn và miền núi. Sau 5 năm, ở thành thị mức giảm SDD nhẹ cân là 3,0% và SDD thấp còi là 5,8%. Ở nông thôn, mức giảm SDD nhẹ cân là 3,8% và SDD thấp còi là 6,7%. Tốc độ giảm trung bình giảm tỷ lệ SDD là khá tương đồng giữa thành thị và nông thôn.

3. Các yếu tố nguy cơ của SDD thấp còi trẻ em

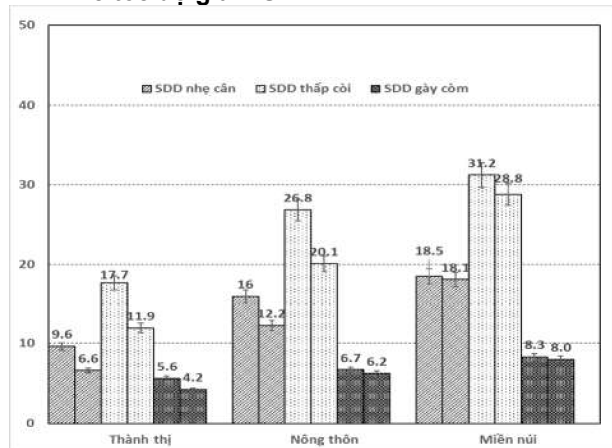
Bảng 5: Phân tích hồi quy đa biến logistic các yếu tố nguy cơ đến SDD thấp còi trẻ em

Biến số	Hệ số Beta	Sai số chuẩn	Giá trị p	OR (95% CI)
Hằng số	-1,617	0,028	<,0001	0,81 (0,79;0,84)
Trẻ gái	-0,206	0,014	<,0001	2,12 (2,03;2,21)
Cân nặng sơ sinh <2500g	0,751	0,022	<,0001	1,1 (1,05;1,66)
Tuổi bà mẹ (Dưới 18 tuổi)	0,087	0,021	<,0001	1,71 (1,64;1,78)
Nghề nông	0,537	0,021	<,0001	1,09 (1,57;1,66)
Chiều cao bà mẹ < 153cm	0,479	0,014	<,0001	2,40 (2,21;2,61)
Trình độ học vấn bà mẹ	0,876	0,042	<,0001	1,10 (1,05;1,13)
Số con	0,089	0,021	<,0001	1,21 (1,15;1,27)
Khu vực nông thôn	0,083	1,657	<,0001	

Bảng 5 chỉ ra các yếu tố nguy cơ chính liên quan đến SDD thấp còi của trẻ em Việt Nam theo số liệu điều tra từ năm 2011 đến năm 2015. Trẻ trai dưới 5 tuổi có khả năng mắc SDD thấp còi cao hơn 1,24 lần so với trẻ gái cùng độ tuổi. Những trẻ có cân nặng sơ sinh thấp (<2500g) có OR= 2,12 với 95% CI (2,03;2,21) có ý nghĩa thống kê. Bà mẹ làm nghề nông có tỷ suất chênh OR = 1,71 với 95% CI (1,64;1,78) có ý nghĩa thống kê. Bà mẹ có trình độ học vấn lớp 5 trở xuống thì con có khả năng mắc SDD thấp còi cao hơn 2,4 lần so với con của bà mẹ khác với 95% độ tin cậy là (2,21; 2,61) có ý nghĩa thống kê.

BÀN LUẬN

1. Về tốc độ giảm SDD



Hình 1. Tỷ lệ SDD trẻ em năm 2011 và 2015 theo nông thôn, thành thị và miền núi

Như đã trình bày trong bảng 3 và 4, mức giảm SDD nhẹ cân từ năm 2011 đến năm 2015 khá tương đồng so với mức giảm chung cho các nước châu Á là 0,7% và mức giảm SDD thấp còi cao hơn so với mức giảm chung của SDD thấp còi trên thế giới là 0,5% [1].

Tỷ lệ SDD chung trong các năm cho thấy xu hướng giảm tuy nhiên từ năm 2014 đến 2015 thì tốc độ giảm chậm hơn. Vùng núi tỷ lệ SDD vẫn giảm chậm hơn so với các vùng thành thị và nông thôn (hình 1). Điều này cho thấy cần phải có thêm nhiều dự án, can thiệp dinh dưỡng ưu tiên cho vùng miền núi, khu vực khó khăn nhằm giải quyết SDD cấp tính và SDD thấp còi trong tương lai.

2. Về các yếu tố liên quan đến SDD thấp còi trẻ em

2.1. Yếu tố cân nặng sơ sinh, giới tính của trẻ

Các kết quả phân tích cho thấy cân nặng sơ sinh ảnh hưởng lớn đến khả năng mắc SDD thấp còi sau này của trẻ. Ngoài ra thì trẻ trai thường có nguy cơ cao mắc SDD thấp còi hơn trẻ gái ở độ tuổi dưới 5 tuổi.

2.2. Trình độ văn hóa bà mẹ

Sự khác biệt về trình độ văn hóa bà mẹ thể hiện rõ rệt trong phân tích mối tương quan giữa trình độ học vấn và nguy cơ mắc SDD của trẻ em. Các bà mẹ chỉ học hết tiểu học có nguy cơ có con mắc SDD thấp còi cao hơn gấp hơn 2 lần so với các bà mẹ có trình độ học vấn cao hơn. Điều này có thể giải thích sự liên quan giữa trình độ học vấn và hạn chế về kiến thức chăm sóc nuôi dưỡng trẻ của bà mẹ.

Tuy nhiên thì sự khác biệt giữa các nhóm có trình độ học vấn cao hơn như cấp 2,3 so với trình độ cao đẳng đại học là không lớn. Điều này phù hợp với nghiên cứu trước đây cho thấy bố mẹ có trình độ văn hóa cao hơn thường bận rộn hơn với công việc và ít có thời gian chăm sóc con [2].

2.3. Yếu tố nghề nghiệp

Bà mẹ làm nghề nông thì con của họ có nguy cơ mắc SDD thấp còi cao hơn so với các nhóm khác.

2.4. Quy mô hộ gia đình

Hộ gia đình có từ 3 con trở lên có nhiều nguy cơ có trẻ mắc SDD thấp còi hơn so với hộ gia đình có 1 đến 2 con. Điều này có thể lý giải do đông con dẫn đến điều kiện kinh tế và điều kiện chăm sóc trẻ em kém hơn.

2.5. Yếu tố nhân trắc bà mẹ

Bà mẹ có chiều cao thấp hơn so với chiều cao trung bình (<153cm) có nhiều nguy cơ có con mắc SDD thấp còi hơn so với các bà mẹ có chiều cao trung bình trở lên.

2.6. Yếu tố địa lý

Các hộ gia đình nông thôn có nguy cơ có trẻ mắc SDD thấp còi cao hơn. Điều này có thể giải thích do điều kiện kinh tế kém hơn và khả năng tiếp cận với lương thực thực phẩm do đó cũng hạn chế hơn so với các hộ gia đình thành thị.

2.7. Các yếu tố khác

Nhóm trẻ ốm (tiêu chảy, sốt) có nguy cơ mắc SDD cao hơn so với các nhóm trẻ khỏe mạnh.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi có xu hướng giảm dần tuy nhiên tốc độ giảm đang chậm lại

Tỷ lệ SDD nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi giảm từ 16,8% năm 2011 xuống 14,1% năm 2015. Mức giảm trung bình là 0,5% năm.

Tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi giảm từ 27,5% năm 2011 xuống 24,6% năm 2015. Mức giảm trung bình là 0,6% năm cao hơn so với mức giảm trung bình 0,5% năm chung toàn cầu.

Mức giảm SDD ở thành thị và nông thôn là khá tương đồng ở cả 3 thể SDD nhẹ cân, thấp còi và gầy

còm. Tỷ lệ SDD giảm chậm ở vùng miền núi. Tỷ lệ SDD gầy còm ở khu vực miền núi còn khá cao so với tỷ lệ chung toàn quốc.

2. Một số yếu tố nguy cơ chính của SDD thấp còi trẻ em

Trình độ học vấn của bà mẹ thể hiện mối tương quan có ý nghĩa thống kê rõ rệt với tình trạng SDD thấp còi của trẻ. Ngoài ra các yếu tố như tuổi bà mẹ, nhân trắc bà mẹ và nghề nghiệp cũng có mối tương quan với tình trạng SDD của trẻ. Cỡ hộ gia đình, khu vực thành thị nông thôn cũng có mối tương quan có ý nghĩa thống kê đối với tình trạng SDD thấp còi trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 6th report on the world nutrition situation, progress in nutrition, United Nation, 2015.

2. Nguyễn Công Khanh, Lê Danh Tuyên, Hà Huy Khôi, Phạm Văn Hoan và cs (2007). Tiến triển suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi từ năm 1990 đến 2004 - Tình hình dinh dưỡng và chiến lược can thiệp ở Việt Nam. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. UNICEF (2016). Global nutrition report.

4. Mercedes de Onis & Francesco Branca (2016). Childhood stunting: a global perspective. Maternal & Child Nutrition Vol 12, May 2016, Geneva.

5. Viện Dinh dưỡng – UNICEF (2016), Tình hình Dinh dưỡng trẻ em 2015. Hà Nội.

6. Viện Dinh dưỡng – UNICEF (2012), Tình hình Dinh dưỡng trẻ em 2011. Hà Nội.

7. WHO (2006). WHO child growth standards. Geneva.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP XƯƠNG GÒ MÁ CUNG TIẾP BẰNG NỆP VÍT TỰ TIÊU

PHẠM HOÀNG TUẤN

Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

SUMMARY

TREATMENT ZYGOMA FRACTURE WITH ABSORBABLE PLATE AND SCREW

AIM: The study was performed on 19 patients with zygoma fracture at Hanoi National Hospital of Odontostomatology. Methods: Quasi experiment. Using absorbable plate and screw in treatment. Results: 3 months after treatment all target about anatomy, function and aesthetics are good with the rate is 100%. Conclusion: Treatment zygoma fracture with absorbable plate and screw shows good result not only in reconstructing anatomy also in function and aesthetics.

Keywords: fracture, zygoma, absorbable plate and screw, surgery

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, cùng với sự tiến bộ không ngừng của khoa học kỹ thuật đã đưa ra nhiều phương pháp điều trị gãy xương GMCT ngày càng tốt hơn trong đó phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít đã đem lại

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện trên 19 bệnh nhân điều trị gãy gò má cung tiếp tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội. Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng không có nhóm chứng. Sử dụng nẹp vít tự tiêu trong phẫu thuật điều trị. Kết quả: 3 tháng sau phẫu thuật các chỉ tiêu về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ đều đạt kết quả tốt với tỷ lệ 100%. Kết luận: Điều trị gãy xương gò má cung tiếp bằng nẹp vít tự tiêu cho hiệu quả tốt trong phục hồi cấu trúc giải phẫu cũng như chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Từ khóa: gãy xương, gò má cung tiếp, nẹp tự tiêu, phẫu thuật

Chịu trách nhiệm: Phạm Hoàng Tuấn

Email: drtuan1966@gmail.com

Ngày nhận: 15/6/2017

Ngày phân biên: 19/7/2017

Ngày duyệt bài: 02/8/2017

Ngày xuất bản: 20/8/2017