

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH THẬN MẠN TẠI KHOA THẬN NHÂN TẠO BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUẬN THỦ ĐỨC

Đặng Huỳnh Anh Thư^{1*}, Lê Quốc Tuấn¹, Nguyễn Thị Lệ¹

TÓM TẮT: Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu khảo sát đặc điểm cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn trên các người bệnh đang điều trị tại khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện đa khoa quận Thủ Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên toàn bộ 151 người bệnh đang điều trị tại khoa. **Kết quả:** Giá trị trung bình của ure huyết thanh là $84,5 \pm 45,8$ mg/dL, creatinine huyết thanh là $5,1 \pm 4,0$ mg/dL, cao hơn có ý nghĩa ở các người bệnh nam so với các người bệnh nữ. Các yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn trong nhóm nghiên cứu: tăng huyết áp (47,7%), đái tháo đường (31,1%), thận đa nang (9,3%), gout (4,6%), bệnh cầu thận (4%), sỏi thận (3,3%). **Kết luận:** Tăng huyết áp và đái tháo đường là 2 yếu tố nguy cơ hàng đầu đưa đến bệnh thận mạn hiện nay. Các đối tượng nam giới mắc các yếu tố nguy cơ cần được lưu ý tầm soát và điều trị sớm bệnh thận mạn để tránh bỏ sót chẩn đoán, gây diễn tiến đến suy thận nhanh hơn và nghiêm trọng hơn.

Từ khóa: bệnh thận mạn (BTM), độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR), đái tháo đường (ĐTĐ), tăng huyết áp (THA).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mới mắc của bệnh BTM trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng ngày càng gia tăng song hành với sự phát triển kinh tế xã hội và quá trình đô thị hóa (1). Theo thống kê của PGS. Trần Văn Chất và Trần Thị Thịnh trong khoảng thời gian từ 1991 đến 1995 tại Khoa Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai thì suy thận mạn chiếm tỉ lệ 40,4%. Trong tương lai, tỷ lệ này có thể tăng nhanh chóng do sự lan rộng của các bệnh chuyển hóa như tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì...

Tại bệnh viện đa khoa quận Thủ Đức, số bệnh nhân nhập viện vì các biến chứng của suy thận mạn và điều trị thay thế thận ngày càng tăng. Tuy nhiên, người bệnh thường không được điều trị tích cực hoặc tự ý bỏ điều trị do chưa có nhận định đúng đắn về bệnh. Trong những năm gần đây, mô hình bệnh tật đã thay đổi ở các nước

đang phát triển, trong đó có nước ta, với tỷ lệ đái tháo đường và tăng huyết áp ngày càng cao rõ rệt trong cộng đồng. Ngoài ra, tại Việt Nam, sỏi thận là một nguyên nhân thường gặp gây thận ứ nước, góp phần đưa đến hậu quả suy thận mạn. Vì vậy, chúng tôi nhận thấy việc khảo sát đặc điểm cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của BTM là quan trọng tại thời điểm hiện tại, đưa ra cái nhìn khái quát về bệnh, từ đó giúp các nhân viên y tế có thái độ tích cực hơn trong việc tư vấn và điều trị các bệnh nguyên dẫn tới suy thận mạn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả 151 người bệnh bệnh thận mạn tại khoa Thận nhân tạo - Bệnh viện đa khoa Quận Thủ Đức từ tháng 03/2014 đến 10/2014.

- Tiêu chuẩn chọn vào: được chẩn đoán BTM theo KDOQI 2002 (5):

(1) Tổn thương thận kéo dài trên 3 tháng, xác định bởi các bất thường cấu trúc và chức năng thận (có hay không có giảm GFR).

¹ Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh

* Tác giả chịu trách nhiệm chính

Đặng Huỳnh Anh Thư

Email: thudanghuynhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2017

Ngày phản biện: 19/5/2017

Ngày chấp nhận đăng: 22/6/2017

(2) GFR < 60 ml/phút/1,73 m² da kéo dài trên 3 tháng, kèm theo có hoặc không có tổn thương thận.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

(1) Người bệnh bệnh thận mạn kèm theo tăng creatinine máu cấp tính.

(2) Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, có phân tích.

- Kỹ thuật chọn mẫu: liên tục không xác suất trên toàn bộ số bệnh nhân điều trị tại khoa

Thận nhân tạo, bệnh viện quận Thủ Đức.

- Xử lý số liệu: phần mềm STATA 10.0, sử dụng phép kiểm t test và ANOVA để so sánh các trung bình, phép kiểm chi bình phương để so sánh các tỷ lệ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại khoa Thận nhân tạo - Bệnh viện đa khoa Quận Thủ Đức từ tháng 03/2014 đến tháng 10/2014, số liệu ghi nhận trên toàn bộ 151 người bệnh đang được điều trị bệnh thận mạn.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng cộng	Nam	Nữ	P
Giới	N = 151	n=80 (52,9%)	n=71 (47,1%)	
Tuổi (năm)	56,7 ± 16,3	52,2 ± 17,8	61,8 ± 12,8	< 0,01
BMI (kg/m ²)	23,7 ± 4,2	24,2 ± 4,5	23,2 ± 3,7	> 0,05
Huyết áp tâm thu (mmHg)	131,0 ± 16,2	133,3 ± 16,1	128,2 ± 16,0	0,06
Đường huyết đói (mg/dL)	117,7 ± 33,5	115,1 ± 32,5	120,4 ± 34,5	> 0,05
Acid uric (mg/dL)	8,2 ± 2,3	8,8 ± 2,5	7,4 ± 1,9	< 0,01
Ure máu (mg/dl)	84,5 ± 45,8	92,7 ± 54,2	75,5 ± 32,1	< 0,05
Creatinine máu (mg/dl)	5,1 ± 4,0	5,8 ± 4,6	4,4 ± 3,2	< 0,05

Về phân bố giới tính của nhóm nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy nam giới chiếm tỷ lệ là 52,9%, cao hơn so với nữ giới chiếm 47,1%. Kết quả này khác với nghiên cứu thực hiện tại các khoa tim mạch hoặc nội tiết. Dựa vào dữ liệu ở Bảng 1, chúng tôi nhận thấy các giá trị huyết áp tâm thu, acid uric, ure, và creatinine huyết thanh đều cao hơn có ý nghĩa ở các người bệnh nam so với các người bệnh nữ (P < 0,05). Đa số các người bệnh đến điều trị tại khoa thận nhân tạo đều đã ở giai đoạn rất trễ của bệnh thận mạn. Điều này cho thấy thói quen của các người bệnh nam tại Việt Nam thường không quan tâm đúng mức đến tình hình sức khỏe, và không chịu đến các cơ sở y tế điều trị sớm như các người bệnh nữ.

Khi phân tích chỉ số khối cơ thể, chúng tôi nhận thấy BMI trung bình là 23,7 ± 4,2

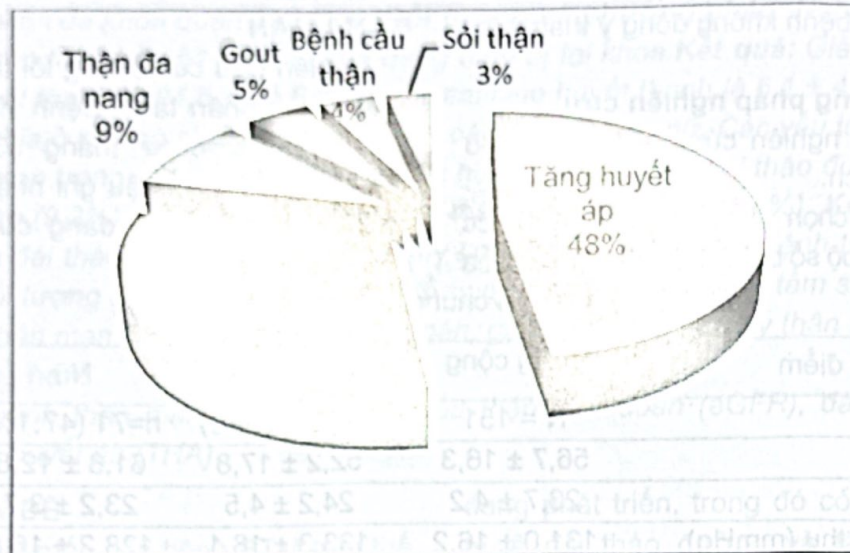
kg/m², và không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm người bệnh nam và nữ. Nhóm nghiên cứu bao gồm 33,3% người bệnh đang có tình trạng béo phì, đa số những bệnh nhân béo phì này đều đã được chẩn đoán đái tháo đường trước đó (chiếm 60,8% số ca béo phì).

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 56,7 ± 16,3 tuổi, đa số người bệnh trong độ tuổi từ 40-79 (72,8%). Điều này đồng nghĩa với tần suất mắc bệnh thận mạn có xu hướng cao ở những người bệnh lớn tuổi do quá trình diễn tiến bệnh lâu dài, phù hợp với nhận định của nhiều tác giả trong và ngoài nước. Tuổi trung bình của các người bệnh nam là 52,2 ± 17,8 năm, thấp hơn có ý nghĩa so với các người bệnh nữ (61,8 ± 12,8 năm), trong khi bệnh thận mạn ở nam giới lại có xu hướng nặng hơn với sự tăng cao của chỉ số creatinine huyết thanh. Dữ liệu này

góp phần khẳng định diễn tiến bệnh xấu hơn so với các người bệnh nữ.

Đường huyết tĩnh mạch lúc đói (sau 8 giờ nhịn ăn) trung bình của nhóm nghiên cứu là $117,7 \pm 33,5$ mg/dL, thấp nhất là 72

mg/dL và cao nhất là 239 mg/dL. Chúng tôi ghi nhận đa số các người bệnh không mắc đái tháo đường đều có mức đường huyết vào khoảng 100-125 mg/dL (rối loạn đường huyết đói).



Biểu đồ 3.1. Các yếu tố nguy cơ bệnh thận mạn trong nhóm nghiên cứu

Các yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn trong nhóm nghiên cứu lần lượt là: tăng huyết áp (47,7%), đái tháo đường (31,1%), thận đa nang (9,3%), gout (4,6%), bệnh cầu thận (4,0%), sỏi thận (3,3%). Tăng huyết áp và đái tháo đường là 2 yếu tố nguy cơ hàng đầu đưa đến bệnh thận mạn hiện nay tại khoa thận nhân tạo - bệnh viện quận Thủ Đức, chiếm 78,8% tổng số người bệnh (119/151 ca).

Khi tiến hành so sánh các yếu tố nguy cơ bệnh thận mạn ở 2 nhóm người bệnh chưa điều trị và đã điều trị thay thế thận, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về sự phân bố bệnh thận đa nang và ĐTD giữa 2 nhóm này. Đa số các người bệnh mắc thận đa nang (13/14 ca, chiếm 92,9%) đều đã vào điều trị thay thế thận dù độ tuổi trung bình của nhóm còn khá trẻ ($48,4 \pm 12,2$ tuổi).

Bảng 3.2. Các yếu tố nguy cơ bệnh thận mạn ở 2 nhóm người bệnh chưa điều trị (69 ca) và đã điều trị thay thế thận (82 ca)

Yếu tố nguy cơ	Chưa thay thế thận	Thay thế thận	P
Tăng huyết áp	43,5% (30)	51,2% (42)	> 0,05
Đái tháo đường	42,0% (29)	22,0% (18)	< 0,01
Thận đa nang	1,5% (1)	15,9% (13)	< 0,01
Gout	4,4% (3)	4,9% (4)	> 0,05
Bệnh cầu thận	2,9% (2)	4,9% (4)	> 0,05
Sỏi thận	5,8% (4)	1,2% (1)	> 0,05
Tổng cộng	100% (69)	100% (82)	

Điều này cho thấy đây là một thể bệnh diễn tiến nhanh, người bệnh vào suy thận giai đoạn cuối và phải điều trị thay thế thận từ rất sớm. Ngược lại, phần lớn các người bệnh ĐTD trong nghiên cứu đều chưa cần thay thế thận (29/47 ca, chiếm 61,7%). Khi tìm câu trả lời lý giải cho vấn đề này, chúng tôi nhận thấy một điều thú vị. Trong tổng số 47 ca mắc ĐTD của nhóm nghiên cứu, tỷ lệ nam giới chỉ chiếm 38,3% (18 ca). Trong khi đó, ở nhóm bệnh thận mạn do THA (72 ca), tỷ lệ nam giới lên đến 58,8% (42 ca). Điều này cho thấy số lượng người bệnh nam đến khám ĐTD còn khá khiêm tốn. Ở giai đoạn sớm, bệnh

ĐTD không có triệu chứng đặc hiệu, các người bệnh nam thường bỏ qua không đến điều trị. Các người bệnh nữ thường đến khám sớm hơn và tuân thủ tốt, đường huyết ổn định trong thời gian dài, làm chậm diễn tiến của biến chứng thận ĐTD. Do vậy, chính tỷ lệ nữ giới trong nhóm ĐTD cao (61,7%) đã kéo theo tỷ lệ người bệnh chưa điều trị thay thế thận cũng cao hơn (42,0%) so với nhóm đã thay thế thận (22,0%), với trị số $P < 0,01$. Vấn đề này cần được đánh giá cẩn thận trong các nghiên cứu với quy mô lớn hơn, nhằm xây dựng chiến lược tầm soát và điều trị hiệu quả hơn cho các người bệnh nam.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ BTM với tuổi, creatinine, và HGB

Yếu tố	Tuổi (năm)	Creatinine (mg/dL)	HGB (g/dL)
Tăng huyết áp ^a	56,8 ± 18,2	5,6 ± 4,1	12,1 ± 2,3
Đái tháo đường ^b	61,5 ± 11,9	3,8 ± 3,1	12,0 ± 1,8
Thận đa nang ^c	48,4 ± 12,2	8,1 ± 4,9	10,9 ± 2,1
Gout ^d	53,7 ± 15,1	5,2 ± 5,1	12,3 ± 2,0
Bệnh cầu thận ^e	37,0 ± 17,4	5,1 ± 4,2	12,3 ± 1,4
Sỏi thận ^f	62,2 ± 11,6	2,5 ± 2,7	13,5 ± 1,3
Trị số P ^(a,b,c,d,e,f)	0,05	> 0,05	> 0,05

Chúng tôi ghi nhận các người bệnh thận đa nang có độ tuổi còn khá trẻ (48,4 ± 12,2 tuổi) do đây là bệnh lý có tính chất di truyền, nhưng biểu hiện của bệnh thận mạn trong nhóm này thì nghiêm trọng hơn đáng kể so với các yếu tố nguy cơ khác. Trên các người bệnh thận đa nang, nồng độ creatinine huyết thanh trung bình lên đến 8,1 ± 4,9 mg/dl, còn hemoglobine trung bình giảm thấp chỉ có 10,9 ± 2,1 g/dL. Như vậy, đa số các người bệnh thận đa nang đều có thiếu máu ở mức trung bình đến nặng theo tiêu chuẩn của WHO 2011 (hemoglobine <11 g/dL); trong khi ở các nhóm yếu tố nguy cơ còn lại, tình trạng thiếu máu chỉ diễn ra ở mức độ nhẹ (hemoglobine >12 g/dL). Tình trạng thiếu máu nặng trên nhóm thận đa nang có thể do hai thận bị phá hủy nhanh chóng bởi sự tạo nang, dẫn đến hội chứng ure huyết

cao xuất hiện sớm, ứ đọng nhiều chất độc hại gây ảnh hưởng đến quá trình tạo máu. Bên cạnh đó, bệnh lý này xảy ra chủ yếu tại vùng ống thận mô kẽ, là nơi có các tế bào chế tiết erythropoietine kích thích tủy xương tạo hồng cầu (3).

Đối với các người bệnh trong nhóm bệnh thận mạn liên quan sỏi thận, chúng tôi gần như không nhận thấy có sự hiện diện của tình trạng thiếu máu (nồng độ hemoglobine trung bình là 13,5 ± 1,3 g/dL), nồng độ creatinine huyết thanh (2,5 ± 2,7 mg/dl) cũng ở mức thấp. Điều đó chứng tỏ bệnh thận mạn ở các người bệnh sỏi thận chỉ mới xuất hiện, thời gian diễn tiến chưa lâu. Trong số 5 ca sỏi thận, chúng tôi chỉ ghi nhận 1 trường hợp duy nhất là có chỉ định điều trị thay thế thận. Nhóm bệnh nhân sỏi thận thường có biểu hiện lâm sàng rầm rộ (đau lưng âm ỉ, cơn

đau quặn thận, tiểu gắt, tiểu máu ...) nên người bệnh thường đến khám sớm, và có nhiều phương pháp ngoại khoa điều trị triệt để (như tán sỏi ngoài cơ thể, phẫu thuật nội soi gấp sỏi, mổ hở nếu sỏi to ...). Do vậy, bệnh ít khi dẫn tới suy thận tiến triển nặng, gây phá hủy hệ thống các nephron như trong ĐTD hoặc THA.

Các người bệnh bệnh cầu thận cũng có tuổi trung bình còn rất trẻ ($37,0 \pm 17,4$ tuổi), nhưng lại có diễn tiến xấu, nồng độ creatinine huyết thanh ($5,1 \pm 4,2$ mg/dl) tăng cao, có lẽ do đây là nhóm bệnh lý trực tiếp tác động lên quá trình biến đổi chức năng thận (2). Diễn tiến của bệnh cầu thận thường âm ỉ, kéo dài, biểu hiện ít khi rõ ràng, thường phát hiện ở những người bệnh khám sức khỏe định kỳ nên cũng dễ bỏ sót điều trị trong giai đoạn sớm.

Nhóm người bệnh THA, ĐTD, và gout thường lớn tuổi, có thể vì đây là nhóm bệnh chuyển hóa chủ yếu xảy ra trên người già (4). Trong đó, nhóm ĐTD có tuổi trung bình cao nhất ($61,5 \pm 11,9$ tuổi), nhưng nồng độ creatinine huyết thanh thường không cao (creatinine $3,8 \pm 3,1$ mg/dl) như các người bệnh trong nhóm THA (creatinine $5,6 \pm 4,1$ mg/dl) hoặc gout (creatinine $5,2 \pm 5,1$ mg/dl). Tỷ lệ người bệnh thay thế thận trong nhóm ĐTD cũng thấp, chỉ có 22,0%, so với nhóm THA (51,2%). Điều đó phần nào cho thấy bệnh ĐTD được kiểm soát tốt, thời gian diễn biến trước khi vào suy thận giai đoạn cuối

dài hơn so các người bệnh THA.

4. KẾT LUẬN

- Giá trị trung bình của ure huyết thanh là $84,5 \pm 45,8$ mg/dL, creatinine huyết thanh là $5,1 \pm 4,0$ mg/dL, cao hơn có ý nghĩa ở các người bệnh nam so với nữ.

- THA và ĐTD là 2 yếu tố nguy cơ hàng đầu đưa đến bệnh thận mạn.

- Bệnh thận đa nang thường có xu hướng diễn tiến nhanh và xấu hơn so với các yếu tố nguy cơ khác. Sỏi thận có tiên lượng tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alshatwi AA (2007), A Comparative Study of Nutritional Parameters in Hemodialysis Patients, Bull Fac Agric, Cairo Univ, Egypt, 58, 105-111.
2. Joseph R, Mossey RT (1996), Comparison of methods for measuring albumin in peritoneal dialysis and hemodialysis patients, Am J Kidney Dis, 27, 566-572.
3. Ju-Hyun Cho, Ji-Yun Hwang (2008), Nutritional status and the role of diabetes in hemodialysis patients, Nutrition Research and Practice, 2(4), 301-307.
4. KDOQI, National Kidney Foundation (2000), Clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure, Am J Kidney Dis, 35, 1-140.
5. Trần Thị Bích Hương (2010) Ứng dụng eGFR trong thực hành lâm sàng đánh giá chức năng lọc cầu thận. Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh, tập số 14(2): 613-620.

SUMMARY

THE CHARACTERISTIC AND RISK FACTOR OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN DIALYSIS DEPARTMENT OF THU DUC GENERAL HOSPITAL

Dang Huynh Anh Thu¹, Le Quoc Tuan¹, Nguyen Thi Le¹

¹University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

Objectives: To review the paraclinical characteristics and risk factors of CKD (chronic kidney disease) in dialysis department of Thu Duc General Hospital. **Subjects and methods:** Cross sectional study in 151 patients. **Results:** The medium value of plasma ure is $84,5 \pm 45,8$ mg/dL, creatinine is $5,1 \pm 4,0$ mg/dL, statistically higher in male in

comparison to female patients. Risk factor for CKD include: hypertension (47,7%), diabetes (31,1%), Polycystic kidney disease (9,3%), gout (4,6%), glomerular diseases (4%), nephritic calculus (3,3%). **Conclusions:** Hypertension and diabetes is two main risk factors for CKD. Male patients with risk factors need to be screened and treated for CKD, to avoid rapid progression to CKD.

Keywords: chronic kidney disease (CKD), estimated glomerular filtration rate (eGFR), diabetes, hypertension.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI VIÊM PHÚC MẠC Ở BỆNH NHÂN THẨM PHÂN PHÚC MẠC LIÊN TỤC NGOẠI TRÚ

Lê Quốc Tuấn¹, Nguyễn Thị Thu Hà¹

TÓM TẮT: Nghiên cứu được tiến hành nhằm khảo sát các yếu tố liên quan với viêm phúc mạc ở người bệnh thẩm phân phúc mạc liên tục ngoại trú đang điều trị tại khoa Nội thận - Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu bệnh chứng hồi cứu trên 316 người bệnh, bao gồm 117 ca viêm phúc mạc và 199 ca chứng không viêm phúc mạc. **Kết quả:** Các yếu tố nguy cơ quan trọng đưa đến viêm phúc mạc trên người bệnh thẩm phân phúc mạc ngoại trú liên tục bao gồm: (1) nhóm yếu tố nguy cơ không thay đổi được là tuổi cao > 60, mới thực hiện thẩm phân liên tục < 12 tháng, sống tại vùng nông thôn; và (2) nhóm yếu tố nguy cơ thay đổi được chủ yếu là tình trạng albumin máu thấp < 3,5 g/dL. **Kết luận:** Tuổi cao và albumin máu thấp là những yếu tố nguy cơ quan trọng liên quan đến viêm phúc mạc trên người bệnh thẩm phân phúc mạc ngoại trú liên tục.

Từ khóa: suy thận mạn giai đoạn cuối, viêm phúc mạc nguyên phát, thẩm phân phúc mạc liên tục ngoại trú (TPPMLTNT).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, kỹ thuật thẩm phân phúc mạc (TPPM) ra đời từ những năm cuối thế kỷ 19. Năm 1975, Popovich và Moncrief đã thực hiện kỹ thuật thẩm phân phúc mạc liên tục ngoại trú (1). Tuy nhiên, kỹ thuật này không được phát triển rộng rãi, vì nhiều lý do, trong đó biến chứng viêm phúc mạc là quan trọng nhất. Trải qua nhiều cải tiến, kỹ thuật CAPD trở nên có hiệu quả và nhiều ưu điểm nên, đã nhanh chóng phát triển, chiếm từ 5% đến 8% tổng số điều trị thay thế thận ở các nước

trên thế giới.

Từ năm 1998, TPPMLTNT bắt đầu được triển khai tại Việt Nam, nhưng không phát triển mạnh vì tỷ lệ người bệnh bị viêm phúc mạc khá cao. Từ tháng 6/2004, kỹ thuật thẩm phân phúc mạc với túi đôi được đưa vào áp dụng đã làm giảm đáng kể tỷ lệ viêm phúc mạc, và phát triển mạnh cho đến nay. Tại Bệnh Viện Chợ Rẫy, đến 12/2013, số người bệnh TPPMLTNT đã đạt đến con số hơn 500, là trung tâm thẩm phân phúc mạc lớn nhất Việt Nam. Tuy nhiên, viêm phúc mạc vẫn còn là biến chứng hay gặp trong TPPMLTNT, là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến rút catheter Tenckhoff và thất bại với điều trị thẩm phân phúc mạc, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, thậm chí tử vong.

Trong thời điểm hiện tại, chúng tôi

¹ Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh

* Tác giả chịu trách nhiệm chính

Lê Quốc Tuấn

Email: tuan_lqc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18/5/2017

Ngày phản biện: 19/5/2017

Ngày chấp nhận đăng: 20/6/2017