

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM CÁC TRƯỜNG HỢP CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2020-2021

*Hồ Thanh Huy**, *Nguyễn Phước Sang*, *Võ Văn Thi*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: hothanhhuuy0504@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương bụng kín (CTBK) là nguyên nhân gây chấn thương hàng đầu đưa trẻ đến khám và nhập viện. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát các đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2020-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 42 trẻ được chẩn đoán chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là: 9,41 tuổi. Tuổi thường gặp là nhóm 6-12 tuổi (52,4%). Tỷ lệ giới tính xấp xỉ 1:1. Nguyên nhân vào viện chiếm đa số là do tai nạn giao thông. Về lâm sàng: tỷ lệ sốc khi vào viện là 9,5%. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng (73,8%). Triệu chứng thực thể chủ yếu là ấn đau bụng khu trú/khắp bụng (70%). Các chấn thương phối hợp đa số là chấn thương chi. Về cận lâm sàng: siêu âm phát hiện nhiều nhất là hình ảnh chấn thương gan (26%). CT scan bụng phát hiện dịch ổ bụng (45%), tổn thương gan (33%) và tổn thương lách (11%). **Kết luận:** Đặc điểm chung hay gặp ở chấn thương bụng kín là nhóm tuổi 6-12, tai nạn giao thông là nguyên nhân đa số. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng khá đa dạng nhưng chủ yếu biểu hiện là tình trạng đau bụng, tổn thương gan, lách.

Từ khóa: CTBK, đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS SURVEY ON BLUNT ABDOMINAL TRAUMA AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL IN 2020-2021

*Ho Thanh Huy**, *Nguyen Phuoc Sang*, *Vo Van Thi*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Blunt abdominal trauma is the leading cause of trauma bringing children to the clinic and hospital. **Objectives:** Described general characteristics, clinical and subclinical

characteristics, and related to blunt abdominal trauma hospitalized at Can Tho Children's Hospital in 2020-2021. **Materials and methods:** Retrospective study on 42 pediatric patients diagnosed with blunt abdominal trauma at Can Tho Children's Hospital. **Results:** Mean age was: 9.41 years old. The common age group is 6-12 years old (52.4%). The ratio of sex is approximately 1:1. The most common cause of hospitalization was traffic accidents. Clinically: the rate of shock on admission is 9.5%. The most significant was abdominal pain (73.8%). The main symptom was localized/widespread abdominal pain (70%). The majority of combined injuries were orthopedic injuries. On subclinical: the most detected ultrasound image was liver injury (26%). Abdominal CT scan revealed abdominal fluid (45%), liver injury (33%), and spleen injury (11%). **Conclusions:** The common feature in blunt abdominal trauma was the age group of 6-12, the mean age was: 9.41 years old, the ratio of sex was approximately 1:1, and traffic accidents were the main cause. Clinical and subclinical symptoms were quite diverse, but the main manifestations were abdominal pain, and liver and spleen damage.

Keywords: Blunt abdominal trauma, general characteristics, clinical, subclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng là nguyên nhân thứ ba gây tử vong trên thế giới, sau chấn thương đầu và ngực [10]. Ở Việt Nam, chấn thương bụng kín (CTBK) là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp [1]. Đó là nguyên nhân phổ biến nhất của tử vong do thương tích không được phát hiện [3]. Tại Cần Thơ chưa có nhiều nghiên cứu về chấn thương bụng kín ở trẻ em. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

+ Xác định các đặc điểm chung của chấn thương bụng kín.

+ Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chấn thương bụng kín ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ được chẩn đoán xác định, theo dõi, điều trị CTBK tại khoa Ngoại Tổng quát và Ngoại Chấn thương chi Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Trẻ được chẩn đoán lâm sàng chấn thương bụng kín hoặc có kết quả cận lâm sàng (siêu âm, X-quang, CT-scan, nội soi...) hoặc kết quả qua phẫu thuật bụng thăm dò ghi nhận tổn thương bụng kín.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không có chẩn đoán rõ ràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca, hồi cứu từ bệnh án.

- **Cỡ mẫu:** n=42.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

- **Xử lý số liệu:** Theo phương pháp thống kê y học, nhập số liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 42 trường hợp CTBK. Tỷ lệ chấn thương nhiều nhất ở nhóm 6-12 tuổi, tuổi trung bình: 9,41 tuổi. Ghi nhận CTBK ở nam 52,4%, nữ 47,6%. Nguyên nhân chấn thương thường gặp nhất là tai nạn giao thông (69%).

3.2. Các đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Tình trạng sóc	Số trẻ (n=42)	Tỷ lệ %
Sóc	4	9,5%
Không sóc	38	90,5%
Triệu chứng cơ năng	Số trẻ (n=42)	Tỷ lệ %
Đau bụng	31	73,8%
Tiểu ra máu	2	2,1%
Không ghi nhận	9	21,4%
Triệu chứng thực thể	Số trẻ (n=42)	Tỷ lệ %
Bụng chướng	7	16,6%
Bầm máu hông/lưng	2	4,7%
Bầm máu quanh rốn	1	2%
Gãy các xương sườn	1	2%
Ấn đau bụng khu trú/khắp bụng	29	70%
Phản ứng thành bụng	2	4,7%
Chấn thương phối hợp	Số trẻ (n=42)	Tỷ lệ %
Chấn thương ngực	1	2,4%
Chấn thương chi	5	11,9%
Không có chấn thương phối hợp	36	85,7%

Nhận xét: Số trẻ sóc chiếm 9,5%. Triệu chứng cơ năng chủ yếu là đau bụng (73,8%). Triệu chứng thực thể chủ yếu là ấn đau khu trú/ khắp bụng (70%). Tổng cộng có 6/42 trẻ có chấn thương phối hợp (14,3%). Các chấn thương phối hợp đa số là chấn thương chi (11,9%).

Bảng 2. Chấn thương theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số trường hợp chấn thương						
	Nông	Gan	Lách	Thận	Hôi tràng	Bàng quang	Tổng số
6 tháng-6 tuổi	6	4	1				11
6 tuổi-12 tuổi	5	8	5	2	1	1	22
Trên 12 tuổi	4	3	2				9

Nhận xét: Nhóm từ 6 tháng-6 tuổi thường gặp nhất là chấn thương nông ở bụng có 6/11 trường hợp. Nhóm từ 6 tuổi-12 tuổi: thường gặp nhất là chấn thương tạng đặc 15/22 trường hợp. Nhóm trên 12 tuổi: chấn thương tạng đặc vẫn chiếm chủ yếu với 5/9 trường hợp.

Bảng 3. Các hội chứng

Hội chứng	Số trẻ (n=42)	Tỷ lệ %
Xuất huyết nội	6	14
Viêm phúc mạc	2	5

Nhận xét: Trong tổng số 42 trẻ, ghi nhận được 6 trường hợp có biểu hiện xuất huyết nội (chiếm 14%), trong đó có 2 trẻ vừa biểu hiện hội chứng xuất huyết nội, vừa biểu hiện hội chứng viêm phúc mạc.

3.3. Các đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương trên cận lâm sàng

Đặc điểm tổn thương trên siêu âm	Số trẻ (n=42)	Tỷ lệ %
Dịch ổ bụng	8	19%

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 54/2022

Đặc điểm tổn thương trên siêu âm		Số trẻ (n=42)	Tỷ lệ %
Tổn thương gan		11	26%
Tổn thương lách		6	14%
Tổn thương thận		2	5%
Tổn thương cơ quan khác		3	7%
Không ghi nhận		12	29%
Đặc điểm tổn thương trên CT-scan bụng		Số trẻ (n=9)	Tỷ lệ %
Dịch ổ bụng		4	45%
Tổn thương gan		3	33%
Tổn thương lách		1	11%
Tổn thương bàng quang		1	11%
Mức độ thiếu máu		Số trẻ (n=42)	Tỷ lệ %
Không		18	43%
Có	Nhẹ	21	50%
	Trung bình	2	5%
	Nặng	1	2%

Nhận xét: Siêu âm ghi nhận nhiều nhất là tổn thương gan (26%), thấp nhất là tổn thương thận (5%). CT scan ghi nhận nhiều nhất là dịch ổ bụng (45%), tổn thương gan (33%). Dựa vào tiêu chuẩn thiếu máu theo WHO [14], có 24/42 trẻ xét nghiệm có thiếu máu (57%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi, CTBK gặp ở nam nhiều hơn nữ, tuy nhiên chênh lệch không đáng kể, nam 52,4%, nữ 47,6%. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1:1. Theo nghiên cứu của Roy Spijkerman (2021) và cộng sự tại Hà Lan [11] nghiên cứu trên 121 trẻ thì tỷ lệ nam là 68% và nữ là 31%; nghiên cứu của Tomohiro Kurahachi (2020) [13], nghiên cứu trên 132 trẻ có 74,2% nam và 25,8% nữ.

Tỷ lệ nam/nữ ở các nghiên cứu trên thế giới không có sự khác biệt nhiều, tỷ lệ nam vẫn luôn ưu thế hơn so với nữ, chênh lệch nhiều so với chúng tôi có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi ít hơn.

Nhóm tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi thường gặp là nhóm trên 6 tuổi-12 tuổi (52,4%), tuổi trung bình là: 9,41 tuổi. So sánh với các nghiên cứu khác như Tomohiro Kurahachi (2020) [13] là tuổi trung bình 7,68±3,58 tuổi, nghiên cứu trên 132 bệnh nhân ở Nhật Bản. Khá tương đồng với chúng tôi, nghiên cứu của Kumar Abdul Rashid và cộng sự [9] năm 2018 tại Ấn Độ ghi nhận nhóm tuổi chân thương bụng kín nhiều nhất là từ 6-12 tuổi.

Nghiên cứu chúng tôi không có sự khác biệt nhiều giữa tuổi trung bình với các nghiên cứu của các tác giả ở nước khác. Tuy nhiên vẫn chủ yếu thường gặp ở nhóm từ 6-12 tuổi (52,4%), ít gặp ở các nhóm tuổi nhỏ hơn.

Nguyên nhân CTBK

Nguyên nhân gây CTBK ghi nhận nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn giao thông (69%), tai nạn sinh hoạt đứng hàng thứ hai với 31%. Kết quả này tương đồng với

nghiên cứu của Roy Spijkerman (2021) và cộng sự tại Hà Lan [11] cũng như nghiên cứu của Tomohiro Kurahachi (2020) [13].

4.2. Các đặc điểm lâm sàng

Tình trạng lúc vào viện

Nghiên cứu của chúng tôi có tổng số 42 trẻ, có 4 trẻ sốc chiếm 9,5%.

Theo nghiên cứu của Dileep Garg và cộng sự [5] năm 2019 trên 101 trẻ ở Ấn Độ ghi nhận 13/101 (12,87%) trẻ có tình trạng sốc khi vào viện. So sánh với nghiên cứu của Echavarría Medina và cộng sự (2017) [4] trong số 70 trẻ nhập viện trong tình trạng chấn thương ổ bụng có 2/70 (2,8%) trẻ có rối loạn huyết động. Các tỷ lệ này có phần khác biệt với chúng tôi do nghiên cứu của họ cỡ mẫu lớn hơn (nghiên cứu của Dileep Garg và cộng sự) hay tiêu chí chọn mẫu của họ dựa trên những trẻ có chấn thương gan hoặc lách kín trên CTBK (nghiên cứu của Echavarría Medina và cộng sự).

Triệu chứng cơ năng

Có 31 trẻ đau bụng chiếm 73,8% và 2 trẻ (2,1%) có triệu chứng tiêu ra máu, 9 trẻ không ghi nhận được triệu chứng.

Có kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi có nghiên cứu của E A Ameh và cộng sự [6], nghiên cứu của Amuthan J và cộng sự (2017) [8] cũng như nghiên cứu khác của Solanki HJ và cộng sự (2018) [7] cũng ghi nhận kết quả tương tự.

Triệu chứng thực thể

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì triệu chứng thực thể chủ yếu là ấn đau khu trú/khấp bụng (70%) và bụng chướng (16,6%).

Nghiên cứu của E A Ameh và cộng sự [6] tiến hành trên 54 trẻ ở Nam Phi cũng ghi nhận triệu chứng thực thể nhiều nhất là ấn đau vùng bụng (90%) và bụng chướng. Theo nghiên cứu của Solanki HJ và cộng sự (2018) [7] cũng ghi nhận ấn đau khu trú hay khắp bụng là 90%.

Các kết quả trên thì tỷ lệ ấn đau khu trú hay khắp bụng ở các nghiên cứu trên khá cao, gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Các hội chứng

Hội chứng xuất huyết nội chiếm 14% và viêm phúc mạc là 5% trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này có thấp hơn trong nghiên cứu của Tạ Văn Trâm, Trần Hoàng Ân (2016) [2] với xuất huyết nội chiếm 31,7% và viêm phúc mạc chiếm 9,9%. Có lẽ là do cỡ mẫu khác nhau, tiêu chuẩn chọn mẫu, loại trừ khác nhau trên các nghiên cứu.

Theo nhóm tuổi

Nhóm từ 6 tháng-6 tuổi thường gặp nhất là chấn thương nông ở bụng có 6/11 trường hợp (chiếm 55%), kế tiếp là chấn thương gan ghi nhận 4/11 trường hợp (36%), cuối cùng ghi nhận 1 trường hợp chấn thương lách.

Nhóm từ 6 tuổi-12 tuổi: thường gặp nhất là chấn thương gan có 8/22 trường hợp (chiếm 36%), chấn thương lách có 5/22 trường hợp (chiếm 23%), chấn thương nông vùng bụng có 5/22 trường hợp (chiếm 23%), chấn thương thận ghi nhận 2/22 trường hợp (chiếm 9%), chấn thương hồi tràng 1 trường hợp, chấn thương bàng quang cũng ghi nhận 1 trường hợp.

Nhóm trên 12 tuổi: chấn thương tạng đặc chiếm 5/9 trường hợp (chấn thương gan 3/9 trường hợp chiếm 33%, chấn thương lách chiếm 2/9 trường hợp chiếm 22%), chấn thương nông vùng bụng ghi nhận 4/9 trường hợp chiếm 45%.

Chấn thương phối hợp

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6/42 trẻ có chấn thương phối hợp chiếm 14,3% tổng số trẻ. Trong đó phối hợp với chấn thương ngực có 1 trẻ (2,4%) và phối hợp chấn thương chi chiếm tỷ lệ cao nhất là 05 trẻ (11,9%).

Theo nghiên cứu của Roy Spijkerman (2021) và cộng sự tại Hà Lan [11] ghi nhận chấn thương sọ não nặng gặp ở 19 (16%) bệnh nhân, chấn thương ngực nặng ở 38 (32%) bệnh nhân và chấn thương chi ở 33 (27%) bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Solanki HJ và cộng sự (2017) [7], tỷ lệ tổn thương phối hợp trong chấn thương bụng là 48%.

Tỷ lệ chấn thương phối hợp ở trẻ em Việt Nam thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trên người lớn ở nước ngoài. Nguyên nhân sự khác biệt có thể do đối tượng nghiên cứu, thời gian và địa điểm nghiên cứu khác nhau. Ngoài ra có lẽ tốc độ lưu thông đường bộ, phương tiện lưu thông và vị trí ngồi trên phương tiện của trẻ em Việt Nam không giống ở các quốc gia khác.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Siêu âm bụng

100% trẻ được chỉ định siêu âm ổ bụng, nhiều nhất là tổn thương gan chiếm 26%, sau đó tới dịch ổ bụng (19%), tổn thương lách (14%), tổn thương thận (5%) và còn lại là tổn thương cơ quan khác ghi nhận 7%.

Kết quả này khá giống với nghiên cứu của Dileep Garg và cộng sự [5] năm 2019 trên 101 trẻ ở Ấn Độ cũng như của Tobias Retzlaff và cộng sự [12], từ đó cho thấy sự tương đồng về mức độ tổn thương của trẻ trong CTBK, chiếm đa số vẫn là tổn thương tạng đặc và gan, lách chiếm ưu thế.

CT-scan bụng

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9/42 trẻ được chỉ định chụp CT-scan (21,4%). Kết quả ghi nhận nhiều nhất là dịch ổ bụng (45%), tổn thương gan (33%), lách (11%), bàng quang (11%).

Theo nghiên cứu của Dileep Garg và cộng sự [5] ghi nhận 28/101 (27%) trẻ được chỉ định chụp CT scan bụng, kết quả nhiều nhất là dịch ổ bụng rồi tới tổn thương gan, lách, ruột. Kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Còn theo nghiên cứu của Roy Spijkerman và cộng sự (2021) [11], có tổng số 116/121 trẻ (96%) được chụp CT-scan, 5 trẻ (4%) chấn thương nhẹ không chụp CT-scan xác định, tổn thương gan được tìm thấy ở 12 (9,9%) trẻ. 3 trẻ bị tổn thương tụy. 2 (1,6%) trẻ bị chấn thương niệu đạo và 10 (8,2%) tổn thương tạng rỗng.

Có thể thấy tuy mức độ chỉ định cho chụp CT scan khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do cỡ mẫu, khảo sát lâm sàng và ứng dụng cận lâm sàng trong điều trị ở mỗi nước khác nhau, tuy nhiên đều ghi nhận hình ảnh tổn thương tạng khá tương tự nhau.

Xét nghiệm máu

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm trẻ xét nghiệm có thiếu máu chiếm 24/42 (64,2%). So sánh với nghiên cứu của E A Ameh và cộng sự [6] tiến hành trên 54 trẻ ở Nam Phi ghi nhận 46% trẻ có xét nghiệm thiếu máu.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình: 9,41 tuổi, nhóm 6-12 tuổi chiếm 52,4%. Tỷ số trai gái 1:1. Nguyên nhân vào viện đa số do tai nạn giao thông. Tỷ lệ sóc khi vào viện là 9,5 %. Triệu

chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng (73,8%). Triệu chứng thực thể chủ yếu là ấn đau bụng khu trú/ khắp bụng (70%). Ghi nhận 14% trẻ có biểu hiện xuất huyết nội. 14,3% trẻ có chấn thương phối hợp. Nhóm dưới 6 tuổi thường gặp nhất là chấn thương nông vùng bụng, trong khi nhóm trên 6 tuổi chủ yếu ghi nhận tổn thương tạng đặc. Hình ảnh học phát hiện nhiều nhất là tổn thương tạng đặc. Có 24/42 trẻ xét nghiệm có thiếu máu (chiếm 57%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Việt Khánh, Dương Trọng Hiền và Trần Bình Trọng (2013), Phẫu thuật nội soi chẩn đoán và điều trị vỡ tạng rỗng do chấn thương bụng kín. *Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, tập số 110, trang 5-10.
2. Trần Hiếu Học, Quách Văn Kiên và Trần Quế Sơn (2020), *Bài giảng bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học, trang 38-50.
3. Tạ Văn Trâm và Trần Hoàng Ân (2016), Đặc điểm tổn thương chấn thương bụng kín tại bệnh viện Đa khoa Trung Tâm Tiền Giang. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập số 2, trang 360-363.
4. Adriana Echavarria Medinaa, Carlos Hernando Morales Uribe and et al. (2017), Associated factors to non-operative management failure of hepatic and splenic lesions secondary to blunt abdominal trauma in children. *Rev Chil Pediatr*, 88, pp.470-477.
5. Dileep Garg, Aditya P Singh and et al. (2019), An epidemiological study of abdominal blunt trauma in pediatric population. *Department of Pediatric Surgery*, 32, pp.1090-1093.
6. E A Ameh, L B Chirdan and et al. (2000), *Pediatric Surgery International*, volume 17, No 2, pp.505-509.
7. Hardik J. Solanki, Himanshu R. Patel and et al. (2018), Blunt abdomen trauma: a study of 50 cases, *International Surgery Journal*, volume 5, No 5, pp.1763-1769.
8. J Amuthan, A Vijay and et al. (2017), A Clinical Study of Blunt Injury Abdomen in a Tertiary Care Hospital. *International Journal of Scientific Stud*, 5, pp.1-2.
9. Kumar Abdul Rashid and Zaffer Saleem Khanday. (2018), Diagnosis and Management of Blunt Abdominal Trauma in Children: Experience from a Newly Established Facility, *New Indian Journal of Surgery*, volume 94, No 3, pp.474-478.
10. Sampoth E, Yukimato A. (2019), National Vital Statistics System, National Center for Health Statistics. *10 Leading causes of death by age group*, 49, pp.131-135.
11. Roy Spijkerman, Naoki Hashizume, et al. (2021), Management of pediatric blunt abdominal trauma in a Dutch level one trauma center, *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, volume 47, No 2, pp.1543–1551.
12. Tobias Retzlaff , Wolfgang Hirsch, et al. (2010), Is sonography reliable for the diagnosis of pediatric blunt abdominal trauma, *Journal of Pediatric Surgery*, volume 45, No 4, pp.912-915.
13. Tomohiro K., et al .(2020), The management and outcome of pediatric blunt chest-abdominal injuries, *Pediatrics International*, volume 8, No 3, pp.1-6.
14. WHO. (2001), The world health report. World Health Organization. *Journal Geneva*, 22, pp.28.

(Ngày nhận bài: 24/6/2022 – Ngày duyệt đăng: 19/9/2022)
