

BỆNH TIÊU CHẨY KÉO DÀI Ở TRẺ EM

TS.BS Nguyễn Thị Việt Hà
Bộ môn Nhi ĐHY Hà Nội

Case study 1

- Bệnh nhân Nguyễn Văn A, 14 tháng được đưa tới khám vì tiêu chảy kéo dài. Bà mẹ nói A bị tiêu chảy đã 23 ngày
- Câu hỏi gì cần đặt ra để khai thác bệnh sử, tiền sử cho trẻ?
- Cần đánh giá những biểu hiện lâm sàng gì?
- Cần làm xét nghiệm gì để chẩn đoán bệnh cho trẻ?
- Điều trị?

Mục tiêu học tập

- Trình bày được định nghĩa TCC, đợt tiêu chảy, tiêu chảy kéo dài (TCKD)
- Trình bày được nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi gây TCKD
- Trình bày sinh lý bệnh học bệnh TCKD
- Trình bày các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng bệnh TCKD
- Trình bày được nguyên tắc điều trị dinh dưỡng trong TCKD
- Trình bày được các biện pháp phòng bệnh TCKD

ĐẶT VĂN ĐỀ

- WHO: 2-4 triệu trẻ tử vong/năm vì tiêu chảy
- Tại các nước đang phát triển: trẻ dưới 5 tuổi có thể mắc 3-4 đợt tiêu chảy/năm
- Khoảng 3-20% những đợt tiêu chảy cấp ở trẻ < 5 tuổi trở thành tiêu chảy kéo dài gây ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ
- 2002: 13.2% tử vong vì tiêu chảy, tỷ lệ tử vong do TCKD chiếm 30-50% tử vong chung do mất nước - điện giải và suy dinh dưỡng
- Trung bình trẻ mắc 3.2 đợt tiêu chảy kéo dài/năm

Tình hình tử vong trên thế giới

- Lima, Peru: 44% tử vong dưới 5 tuổi do TC (50% trẻ bị TCKD >2 tuần)
- Bắc Án độ: Tử vong TCKD 14%, TCC 0,7%
- Brazin, Nepan: 35-50% tử vong do TCKD trên 2 tuần
- Bangladesh: tử vong TCKD 7,6% (nhiễm trùng huyết PQPV, VRHT)
 - SDD nặng 97,14%
 - Nhiễm trùng phổi hợp 46,4%
- Nguyên nhân tử vong chính
 - SDD nặng 97,14%
 - Nhiễm trùng phổi hợp 46,4%

Tình hình bệnh tiêu chảy ở Việt Nam

- Việt Nam triển khai chương trình phòng chống tiêu chảy
 - Giảm 2,2 đợt tiêu chảy/trẻ < 5 tuổi/năm (CDD)
 - 1,3 đợt/trẻ <5 tuổi/năm (Thanh Hà 2003)
- Theo dõi dọc Hà Nội – Thái Bình - Bắc Thái chỉ số mắc mới 0,62 đợt/TC/Trẻ/năm (Nguyễn Gia Khánh)
- Tỷ lệ tiêu chảy cấp trở thành TCKD
 - Bệnh viện: 2,82 % (Huế)
 - Cộng đồng:
 - 4,3 % (Thành phố Hồ Chí Minh)
 - 4,05% (Hà Nội)

ĐỊNH NGHĨA

- Tổ chức y tế thế giới (WHO): TCKD là tình trạng tiêu chảy khởi đầu cấp tính và kéo dài trên 14 ngày
- Định nghĩa này loại trừ các trường hợp tiêu chảy do nguyên nhân khác: bệnh celiac, tiêu chảy do dị ứng thức ăn, các bệnh lý ruột bẩm sinh
- Tiêu chảy mãn tính: tiêu chảy kéo dài nhiều tháng, nhiều năm gấp trong hội chứng kém hấp thu

Tại sao trẻ em dễ bị tiêu chảy

- Hệ thống tiêu hóa chưa trưởng thành
- Nhu cầu dinh dưỡng cao
- Hệ thống miễn dịch chưa trưởng thành
- Hệ vi khuẩn chí ở ruột chưa phát triển tốt
- Ăn nhàn tạo



NGUYÊN NHÂN TCKD

Nguyên nhân thuận lợi

- Tuổi: <18 tháng
- Suy dinh dưỡng
- Suy giảm miễn dịch
- Tiền sử mắc TCKD/ nhiều đợt TCC
- Chế độ ăn
- Ảnh hưởng của các đợt điều trị TCC

Nguyên nhân gây tiêu chảy kéo dài

- Virus:

- Rotavirus là tác nhân gây TCC và TCKD
- Đã được chứng minh tồn thương vi nhung mao

- Ký sinh khuẩn:

- Giardia Lamblia
- Cryptosporidium
- Gây tổn thương các tế bào niêm mạc ruột, bám vào các nhung mao, giảm hấp thu niêm mạc ruột

=> Kém hấp thu

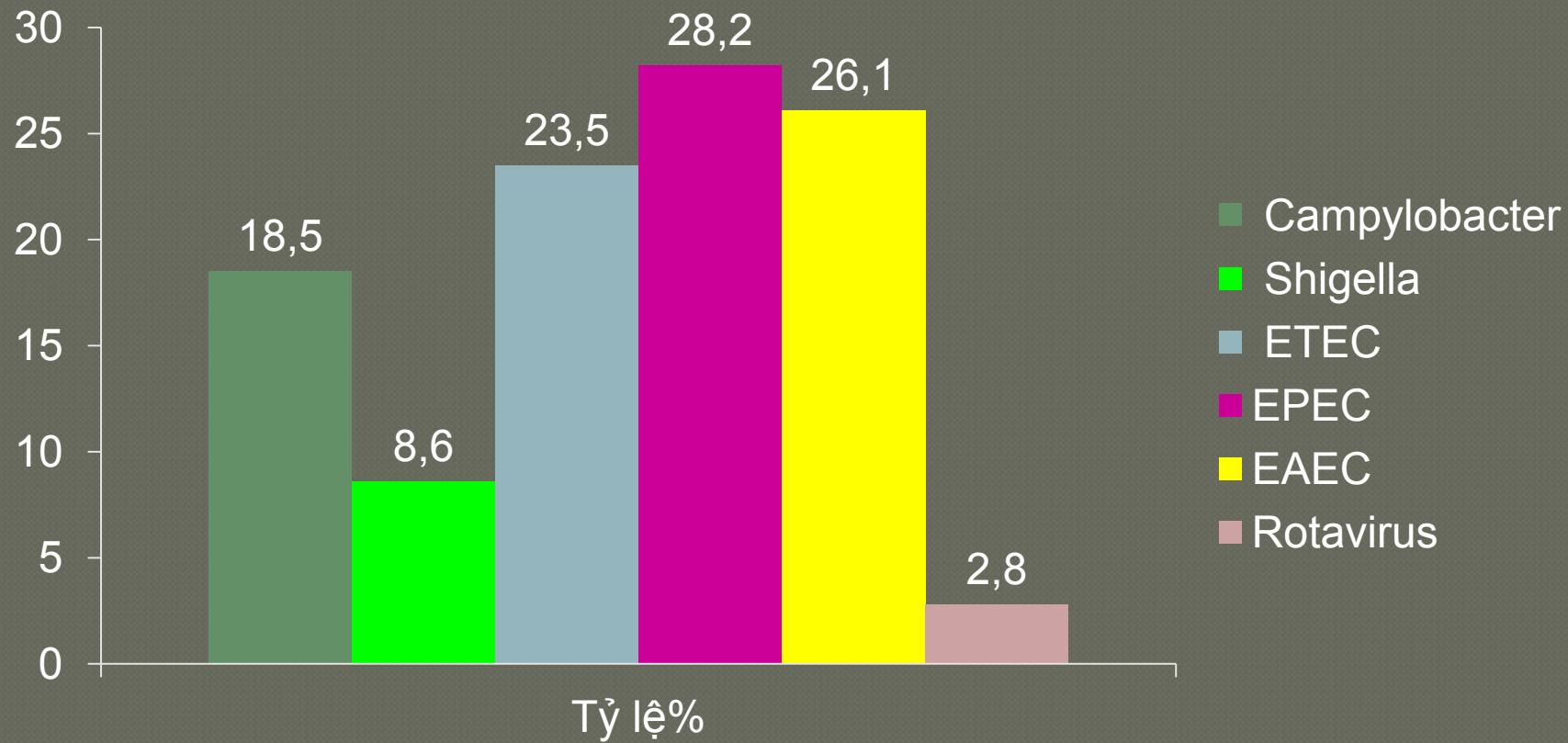
Nguyên nhân gây tiêu chảy kéo dài

- Nguyên nhân gặp tương đương giữa hai nhóm TCC và TCKD
 - *Shigella*
 - *Salmonella* không gây thương hàn
 - *E.coli*: E~~T~~EC
 - *Campylobacter*
- Nguyên nhân gặp tỷ lệ trội ở TCKD:
 - *E.coli*: E~~P~~E~~I~~C, E~~I~~EC, EAEC
 - *Cryptosporidium*

Nguyên nhân gây TCC và TCKD

Nguyên nhân	TCC (%)	TCKD (%)
Shigella	5.4	5.4 %
Campylobacter	15.7	12.0
Rotavirus	4.3	1.6
ETEC	12.2	14.6
EAEC	29.9	32.9
EPEC	8.8	13.5
E.Histolytica	1.8	0
G.Lamblia	0.6	1.2
Cryptosporidium	1.8	5.6

Kết quả phân lập phân ở trẻ < 3 tuổi mắc TCKD



CƠ CHẾ BỆNH SINH



Sinh lý bệnh TCKD

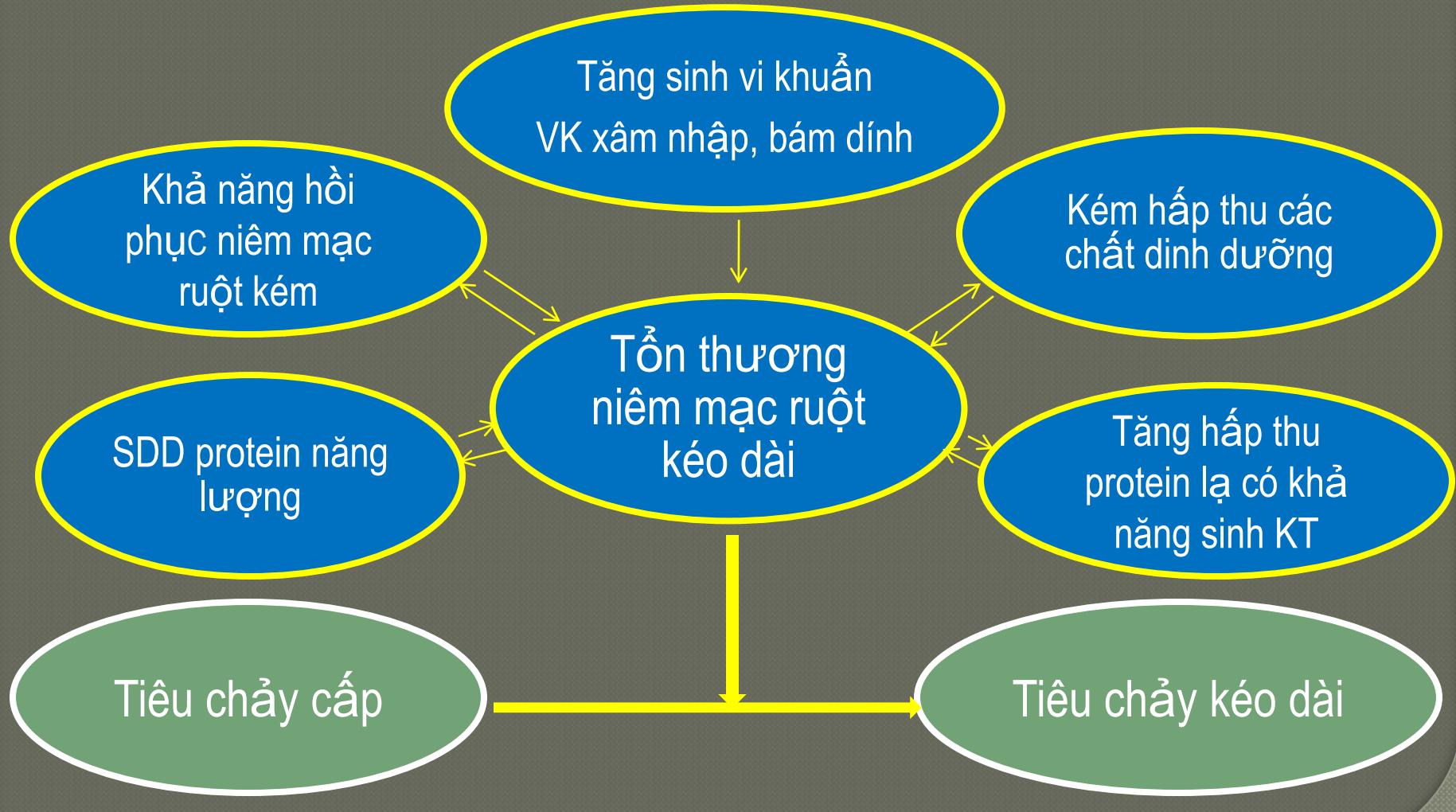
◦ Sự tổn thương tiếp tục niêm mạc ruột

- Khả năng đào thải vi khuẩn giảm
- VK xâm nhập và bám dính => tổn thương các lớp tế bào hấp thu bề mặt niêm mạc ruột
- Chế độ ăn chưa tiêu hóa hết
- Thiếu năng hấp thu mật ở ruột non

◦ Sự hồi phục niêm mạc ruột bị gián đoạn

- Chế độ ăn thiếu protein, năng lượng
- Tình trạng kém hấp thu
- Thiếu vitamin và các yếu tố vi lượng
- => Khả năng đổi mới niêm mạc ruột chậm

Hậu quả của sự tổn thương và phục hồi niêm mạc ruột



Hậu quả tiêu chảy kéo dài



Tiêu chảy kéo dài là hậu quả sự tổn thương, kém hồi phục của niêm mạc ruột non nhưng lại là biểu hiện của tình trạng kém hấp thu các chất dinh dưỡng

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG



Biểu hiện lâm sàng

- Triệu chứng tiêu hóa
- Triệu chứng toàn thân
- Rối loạn nước – điện giải
- Các bệnh nhiễm trùng phổi hợp

Triệu chứng tiêu hóa



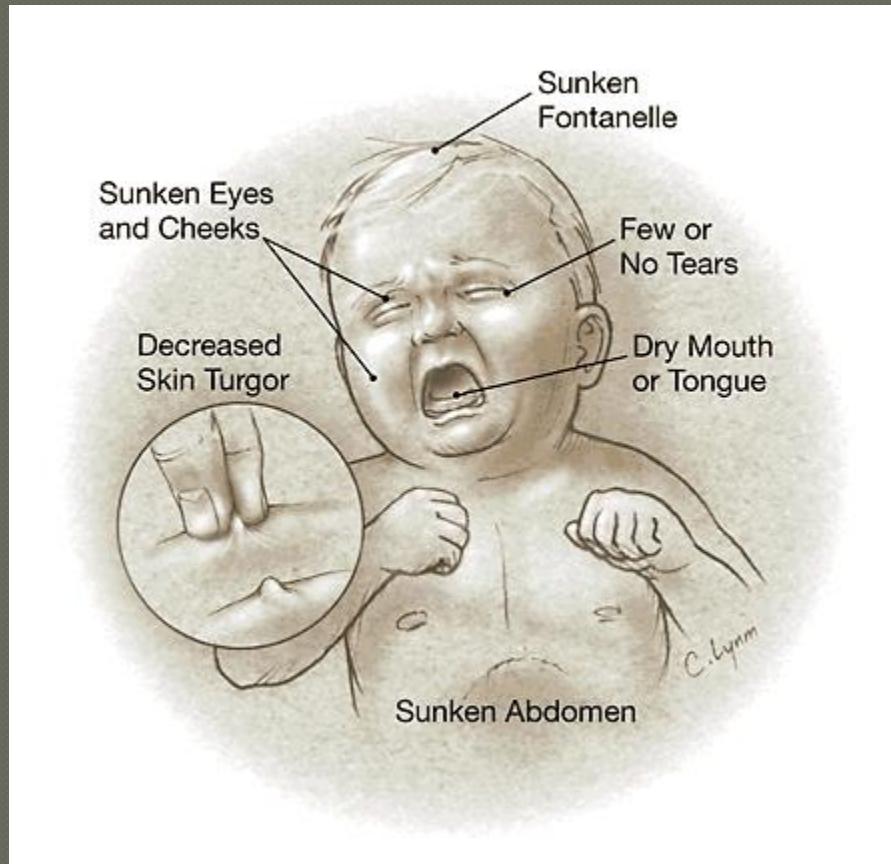
- Tiêu chảy:
 - Thời gian tiêu chảy kéo dài trên 14 ngày
 - Số lần đi ngoài phân lỏng thay đổi
 - Phân lỏng, nhiều nước, hoặc khi đặc khi lỏng
 - Phân có mùi chua hoặc khǎn
 - Phân có thể có nhiều bọt hoặc nhầy khi không dung nạp đường
 - Phân có nước lẫn nhầy, máu khi trẻ bị lỵ
- Biếng ăn hoặc khó tiêu
- Tiêu chảy xuất hiện khi ăn thức ăn lạ

Liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và các đợt ỉa chảy theo thời gian

Triệu chứng	Số ngày bị tiêu chảy				Tổng số n=2609
	1-7 n=1849	8-14 n=565	15-22 n=65	22+ n=130	
Phân có máu	10.6	19.6	18.5	36.2	14.1
Phân có nhày	57.5	65.0	86.9	85.4	65.4
Nôn	12.7	17.0	26.2	26.2	14.6
Sốt	42.9	53.8	50.8	50.0	45.8
Mất nước	23.5	32.2	58.2	62.0	29.3
Giảm hoạt động	21.5	26.5	34.5	46.9	24.7
Tới BV khám	1.6	2.0	7.3	5.3	2.1

Triệu chứng mất nước và điện giải

Triệu chứng mất nước



Phân loại theo mức độ mất nước

Dấu hiệu	Mất nước A (<5%)	Mất nước B (5 - 10%)	Mất nước C (>10%)
Toàn trạng*	Bình thường	Kích thích, vật vã	Li bì, mệt lả, hôn mê
Mắt	Bình thường	Trũng	Rất trũng, khô
Nước mắt	Có	Không có nước mắt	Không
Miệng lưỡi	Uớt	Khô	Rất khô
Khát *	Không khát, uống bình thường	Khát uống háo hức	Uống kém, không uống được
Nếp véo da *	Mất nhanh	Mất chậm <2'	Mất rất chậm >2'
Phân loại	Không mất nước	Mất nước nhẹ, trung bình	Mất nước nặng

Đánh giá dấu hiệu mất nước ở BN SDD nặng

- Khó đánh giá tình trạng, phân loại mức độ mất nước
 - Độ đàn hồi của da rất chậm ở trẻ SDD nặng
 - Trẻ SDD có thể có mắt trũng
 - Nếp véo da có thể mất nhanh ở trẻ Kwashiorkor
 - Kwashiorkor và Marasmus đều có biểu hiện thần kinh
- Những triệu chứng hữu ích
 - Uống nước háo hức (triệu chứng của mất nước)
 - Li bì, lạnh và ẩm đầu chi
 - Mạch quay yếu hoặc không bắt được
 - Bài tiết nước tiểu ít hoặc vô niệu

Khó phân biệt mất nước nặng và shock nhiễm khuẩn





Đánh giá tình trạng mất nước ở trẻ SDD nặng

- Khai thác tiền sử bệnh về tiêu chảy có giá trị rất lớn
- Trẻ SDD nặng có triệu chứng gợi ý tình trạng mất nước nặng nhưng không có tiền sử đi ngoài phân có nước thì nên nghĩ tới shock nhiễm khuẩn
- Có thể coi tất cả trẻ tiêu chảy đều có mất nước
- Lưu ý: trẻ SDD thường đi ngoài nhiều, phân nát không thành khuôn, ko nên nhầm với tiêu chảy và không cần bù nước

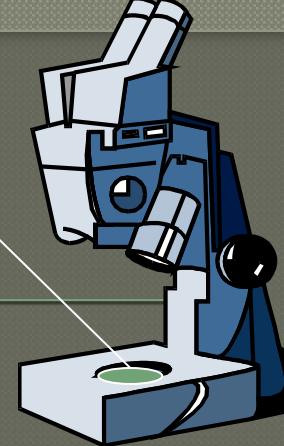
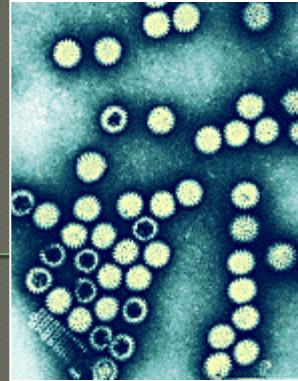
Đánh giá tình trạng mất nước ở trẻ SDD nặng

- Tình trạng dinh dưỡng
 - Cân nặng của bệnh nhân giảm khi bị tiêu chảy
 - Chậm phát triển cân nặng, chiều cao
 - Suy dinh dưỡng Protein năng lượng, Marasmus, Kwashiokor
- Triệu chứng của thiếu vitamin tan trong dầu
 - Khô mắt
 - Còi xương
 - Xuất huyết
- Thiếu các yếu tố vi lượng và muối khoáng: kẽm, selen, calci, phospho

Các bệnh nhiễm trùng phổi hợp

- Viêm đường hô hấp mạn tính: viêm tai giữa, viêm VA mạn tính
- Viêm phế quản phổi
- Nhiễm khuẩn tiết niệu
- Nhiễm khuẩn huyết

XÉT NGHIỆM



- Soi phân (hồng, bạch cầu, KST)
- Cấy phân phân lập vi khuẩn và làm KSĐ
- Cení dư phân và đo pH phân
- Nghiệm pháp hấp thu đường đôi, định lượng men ruột và sinh thiết ruột
- Tùy theo chẩn đoán lâm sàng có thể làm các xét nghiệm khác: Điện giải đồ, Phân tích khí máu (Mất nước nặng), CTM (Bc đa nhân trung tính)

CHẨN ĐOÁN

Phân loại mất nước theo WHO

Dấu hiệu	Mất nước A	Mất nước B	Mất nước C
Toàn trạng*	Bình thường	Kích thích, vật vã	Li bì, mệt lả, hôn mê
Mắt	Bình thường	Trũng	Rất trũng, khô
Nước mắt	Có	Không có nước mắt	Không
Miệng lưỡi	Ướt	Khô	Rất khô
Khát *	Không, uống bình thường	Khát uống háo hức	Uống kém, không uống được
Nếp véo da *	Mất nhanh	Mất chậm <2'	Rất chậm >2'
Chẩn đoán	Không mất nước	Mất nước nhẹ, trung bình	Mất nước nặng
Phác đồ ĐT	Phác đồ A	Phác đồ B	Phác đồ C

Phân loại mất nước theo IMCI

Dấu hiệu	Không mất nước	Có mất nước	Mất nước nặng
Toàn trạng	Bình thường	Kích thích, vật vã	Li bì, khó đánh thức
Mắt trũng	Bình thường	Mắt trũng	Mắt trũng
Khát	Không, uống bình thường	Khát uống háo hức	Uống kém, không uống được
Nếp véo da	Mất nhanh	Mất chậm	Rất chậm
Đánh giá	Không đủ các dấu hiệu	Hai trong các dấu hiệu trên	Hai trong các dấu hiệu trên

Đánh giá tiêu chảy kéo dài

- Tiêu chảy kéo dài nặng:
 - Tiêu chảy ≥ 14 ngày và
 - Có mất nước hoặc mất nước nặng
- Tiêu chảy kéo dài:
 - Tiêu chảy ≥ 14 ngày và
 - Không có mất nước

ĐIỀU TRỊ



NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ TCKD

- Cung cấp đủ dịch thích hợp để dự phòng và điều trị mất nước
- Dinh dưỡng hợp lý để không làm tiêu chảy nặng thêm
- Bổ sung các loại vitamin và khoáng chất
- Chỉ định dùng kháng sinh khi bệnh nhân có nhiễm trùng

Chỉ định nhập viện điều trị TCKD

- Trẻ bị nhiễm khuẩn nặng: viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết
- Bệnh nhân bị suy dinh dưỡng nặng
- Có biểu hiện mất nước
- Trẻ nhỏ dưới 4 tháng tuổi

Bù nước và điện giải

- Trẻ cần được bù nước điện giải trước khi tiến hành điều trị dinh dưỡng
- Bù nước điện giải bằng đường uống:
 - Phác đồ A
 - Phác đồ B
- Bù nước điện giải bằng đường tĩnh mạch: phác đồ C
- Lưu ý trong bù nước và điện giải cho trẻ TCKD bị SDD nặng

Hồi phục nước và điện giải

Thành phần	ORS (1975)	ORS (2002)
Glucose	20 g/l	13,5 g/l
Clorua natri	3,5 g/l	2,6 g/l
Clorua kali	1,5 g/l	1,5 g/l
Bicarbonat natri/	2,5 g/l	
Trisodium citrate	2.9 g/l	2,9 g/l

Source: <http://www.cdc.gov>

Hồi phục nước và điện giải

Thành phần	ORS (1975)	ORS (2002)
Glucose	111 mmol/l	75 mmol/l
Na ⁺	90 mmol/l	75 mmol/l
K ⁺	20 mmol/l	20 mmol/l
Cl ⁻	80 mmol/l	65 mmol/l
Kiềm/ citrate	30 mmol/l 10 mmol/l	10 mmol/l
Áp lực thẩm thấu	311 mosmol/l	245 mosmol/l

Bù nước điện giải cho trẻ SDD nặng bị tiêu chảy kéo dài

- Được tiến hành tại bệnh viện
- Bù nước và điện giải nên bằng đường uống
 - Tiến hành chậm 70-100ml/kg trong 12 giờ
 - Bắt đầu với liều 10ml/kg/giờ trong 2h đầu tiên
 - Tiếp tục duy trì tốc độ này hoặc thấp hơn (khát nước, mức độ tiêu chảy)
- Đặt sonde dạ dày để nhỏ giọt nếu trẻ uống kém
- Truyền dịch khi trẻ có biểu hiện sốc
- Sau khi bồi phụ được lượng nước đã mất, nên tiếp tục bổ sung dịch tuỳ thuộc vào lượng nước mất qua phân (sử dụng phác đồ A)

RESOMAL điều trị TC cho trẻ SDD nặng

- Dung dịch ORS theo tiêu chuẩn của TCYTTG có Na cao và K thấp, không thích hợp cho trẻ SDD nặng
- Dung dịch Resomal đem lại hiệu quả cao nhờ việc cung cấp **ít muối hơn** (37,5mmol/l), **nhiều KCl hơn** (40mmol/l) và **thêm đường** (25g/l)
- Cách pha dung dịch Resomal
 - Hoà tan gói ORS NĐTTT (loại 1gói/1lít nước) trong 2 lít nước sạch
 - Thêm 45ml dung dịch muối KCl 10%
 - Thêm 50g đường

Điều trị tiêu chảy cho trẻ SDD nặng

- Cho uống dung dịch Resomal hoặc nhỏ giọt qua sonde dạ dày chậm 5ml/kg, 30 phút/lần trong 2h đầu.
- Sau đó 5-10 ml/kg/h trong 4 -10h tiếp theo. Số lượng chính xác phụ thuộc vào nhu cầu của trẻ, lượng nước mất khi trẻ nôn hay tiêu chảy.
- Theo dõi:
 - 30 phút/l trong 2h
 - Sau đó 1h/l trong 6-12h tiếp
- *Phù tăng dần là dấu hiệu của việc quá tải*

Theo dõi điều trị

Cần theo dõi triệu chứng thừa nước, phải kiểm tra:

- Nhịp thở
- Mạch
- Số lần trẻ đi tiểu, lượng nước tiểu
- Số lần đi ngoài, nôn, lượng phân, chất nôn

Nếu có thừa nước, thở nhanh, mạch tăng ngừng resomal và đánh giá lại sau 1h

Chế độ dinh dưỡng

- Chế độ dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong TCKD
- Mục đích:
 - Giảm tạm thời lượng sữa động vật hoặc đường lactose trong chế độ ăn
 - Cung cấp đầy đủ năng lượng, Protein, vitamin và các yếu tố vi lượng => phục hồi tổn thương niêm mạc ruột và cải thiện tình trạng dinh dưỡng
 - Tránh các thức ăn, nước uống làm tăng tiêu chảy
 - Đảm bảo nhu cầu thức ăn cho trẻ trong giai đoạn phục hồi để điều trị tình trạng SDD

Chế độ dinh dưỡng

- Tiếp tục cho trẻ bú mẹ, tránh bắt mẹ kiêng khem quá mức
- Chế độ nuôi dưỡng với trẻ ăn nhân tạo
 - Trẻ nhỏ dưới 6 tháng:
 - ✓ Cho ăn sữa chua hoặc giảm sữa động vật xuống còn 50 ml/kg/24h
 - ✓ Hoặc cho ăn sữa không có lactose
 - Trẻ lớn hơn: cho ăn theo 2 chế độ trong 5 ngày
 - ✓ Chế độ ăn A: Giảm lượng đường lactose
 - ✓ Chế độ ăn B: Không có đường lactose và giảm tinh bột
- Lượng calo/ngày: 110Kcal/kg/ngày
- Thành phần thức ăn: 50% năng lượng từ sữa
- Chia nhiều bữa/ngày: ≥ 6 bữa

Chế độ dinh dưỡng

- Sau 5 ngày, tiêu chảy đã cầm
- Duy trì chế độ ăn giảm đường lactose trong 1 tuần sau đó cho trẻ ăn từ từ về chế độ ăn bình thường
- Cho ăn thêm 1 bữa/ngày trong ≥ 4 tuần
- Trẻ SDD: ăn thêm 1 bữa/ngày đến khi cân nặng trở lại bình thường

Theo dõi đáp ứng điều trị dinh dưỡng

- Điều trị ngoại trú: đánh giá lại sau 5-7 ngày
- Điều trị tại viện:
 - Lượng thức ăn trẻ ăn
 - Giảm hoặc ít bị tiêu chảy hơn
 - Hết sốt
 - Cân trẻ hàng ngày
 - Theo dõi nhiệt độ
- Chế độ ăn thất bại:
 - Gia tăng lượng phân
 - Dấu hiệu mất nước
 - Khó hồi phục cân nặng trong 5-7 ngày

Kháng sinh

- Chỉ định dùng kháng sinh cho các nhiễm khuẩn
 - Nhiễm khuẩn ngoài ruột: viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, viêm tai giữa, nhiễm khuẩn tiết niệu
 - Nhiễm khuẩn tại ruột: phân có máu hoặc cấy phân dương tính, lỵ trực khuẩn, lỵ amip, Giardia khi tìm thấy kém, thèm hoạt động trong phân
 - Điều trị nhiễm khuẩn mắc phải tại bệnh viện
- Ngừng kháng sinh khi nghi ngờ tiêu chảy cấp do sử dụng kháng sinh kéo dài

Kháng sinh đường uống

- Cây phân dương tính: cho thuốc theo KSĐ
- Lý trực khuẩn:
 - Bactrim (Biseptol) 60mg/kg/ngày chia 2 lần x 5 ngày
 - Acid Nalidixic (Negram): 60mg/kg/ngày chia 4 lần x 5 ngày
 - Ciprofloxacin: 15mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 3 ngày
- Lý amip:
 - Metronidazol (Flagyl, Klion) 30mg/kg/ngày x 5
 - Hydroemetin 1mg/kg/ngày x 5-10 ngày
- Giardia: Metronidazol (Flagyl, Klion) 30mg/kg/ngày x 5 - 10 ngày

Probiotics là các vi khuẩn

- *Lactobacilli* (các chủng khác nhau)
L. casei, L. rhamnosus (GG)
L. reuteri, L. Plantarum
L. acidophilus LA5
- *Bifidobacteria*
B. longum, B. breve, B. infantis
B. lactis (Bb12)
- *E. Coli* không gây bệnh (*E. Coli Nissle 1917*)
- *Enterococci* (plasmid transfer ++)
- ...



Probiotics không phải là VK (Men)

- *Saccharomyces boulardii*



Probiotics trong điều trị tiêu chảy kéo dài ở trẻ em

Bernaola Aponte G. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 8

Meta-analysis 4 thử nghiệm lâm sàng với 464 bệnh nhân sử dụng *Lactobacillus casei* strain GG, *Saccharomyces boulardii*

- Giảm thời gian mắc tiêu chảy kéo dài (mean 4.02 ngày, 95% CI 4.61- 3.43 ngày, n=324, 2 nghiên cứu).
- Số lần đi ngoài giảm trong 2 nghiên cứu
- Thời gian nằm viện ngắn hơn có ý nghĩa thống kê 1 nghiên cứu thông báo (cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ)
- Không có thông báo về tác dụng phụ

Probiotics for treating persistent diarrhoea in children
(Review)

Bernaola Aponte G, Bada Mancilla CA, Carreazo Pariasca NY, Rojas Galarza RA



AUTHORS' CONCLUSIONS

Implications for practice

The current data are promising, but inconclusive. The use of probiotics appear to hold promise as adjunctive therapy for persistent diarrhoea, but there is insufficient evidence to recommend their use at this time.

Bổ sung vitamin A và khoáng chất

- Không cần cho uống vitamin A nếu trẻ đã uống từ tháng trước
- Vitamin A cho trẻ bị SDD nặng
 - Liều lượng cho 1 liều duy nhất
 - < 6 tháng: 50.000UI
 - 6-12 tháng: 100.000UI
 - >12 tháng: 200.000UI
- Bổ sung các khoáng chất: Sắt, acid folic, selen, Kẽm....

PHÒNG BỆNH

- Bù nước và điện giải sớm bằng đường uống, tiếp tục dinh dưỡng và sử dụng kháng sinh đúng chỉ định và không sử dụng các thuốc chống nôn và cầm đi ngoài trong điều trị TCC
- Nuôi con bằng sữa mẹ
- Cải thiện tập quán ăn sam
- Sử dụng nguồn nước sạch cho vệ sinh và ăn uống
- Rửa tay khi chăm sóc trẻ
- Nhà vệ sinh hợp vệ sinh
- Tiêm phòng đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng

Tài liệu tham khảo

- Nelson textbook of pediatrics 18th (2007)
- Pediatric gastrointestinal disease (2008)
- Bài giảng nhi khoa (2009)
- <http://pedsinreview.aappublications.org>
- <http://www.medscape.com/pediatrics>



Xin chân thành cảm ơn

Câu hỏi – Góp ý

-
- bsviethabmn@gmail.com
 - ĐT: 0913555187

