

không tăng phù hợp với cơ chế bệnh sinh do virus gây ra.

## V. KẾT LUẬN

Trong 6 tháng cuối năm 2022, tỷ lệ viêm phổi do RSV tập trung từ tháng 6 đến tháng 9, cao nhất vào tháng 7.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho, thở nhanh, sốt, phổi có ran ẩm.

Cận lâm sàng: có hình ảnh dày thành phế quản/tổ chức kẽ trên X quang ngực, phần lớn không có sự thay đổi số lượng bạch cầu và CRP. Tỷ lệ viêm phổi nặng do RSV là 7,7%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Diệu Thúy và cộng sự. Bài giảng Nhi khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2020, 189-211.
2. Quyết định số 101/QĐ-BYT, ngày 09 tháng 01 năm 2014 Ban hành Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. Bộ Y tế, 2014.

3. Trung Thanh H, Thi Yến N, Thu Nga P. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phế quản phổi nhiễm RSV (Respiratory Syncytial Virus) ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021, 505(2).
4. Dinh Nguyen Tran, Thi Minh Hong Pham, Manh Tuan Ha, et al. Molecular epidemiology and disease severity of human respiratory syncytial virus in Vietnam. PLoS One, 2013, 8(1), e45436.
5. Hanh Le Thi Hong, Hang Hoang Thi Thu, et al. Epidemiological and Clinical Features of Patients Suffering from Severe Pneumonia Caused by RSV in the Respiratory Center of Vietnam National Children's Hospital. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa, 2020, 4.5.
6. Nair H et al. Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta analysis. Lancet, 2010 375, pp.1545 -1555.
7. Simoes EAF, et. Acute Respiratory Infections in Children. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2006, 2nd edition.

## ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NANG LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG TẠI BUỒNG TRỨNG Ở BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Hào<sup>1</sup>, Phạm Thị Thanh Hiền<sup>2</sup>

### HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** Evaluate the effectiveness of surgical treatment of endometriosis cysts in the ovaries at the National hospital of obstetrics and gynecology. **Subjects and methods:** Select all 43 patients diagnosed with ovarian endometriosis and scheduled for surgery at the National hospital of obstetrics and gynecology from August 2023 to July 2024. **Results:** 86% of patients had laparoscopic surgery, 11.6% of patients had open surgery and 2.3% of patients had laparoscopic surgery converted to open surgery. 46.5% of patients had endometriosis cyst removal and 37.2% of patients had endometriosis cyst removal and endometriosis adhesion removal. Only 4.7% of patients experienced complications of bladder ureter injury. Hospital stay and flatus in the laparoscopic surgery group were both lower than the open surgery group. **Conclusion:** Surgical treatment of endometrial cysts in the ovary is a difficult surgery with a high risk of ovarian damage, so meticulous clinical and paraclinical examination is needed to predict a good prognosis for surgery to minimize maximize the risk of complications.

**Keywords:** endometriosis, surgery, ovarian cyst

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là sự hiện diện của các tuyến và mô đệm của tổ chức nội mạc tử cung ngoài vị trí bình thường của nó là buồng tử cung [1]. LNMTC là bệnh lý viêm mạn tính, với tần suất 6 – 10% phụ nữ ở độ tuổi sinh sản và khoảng 50 – 60% phụ nữ với triệu chứng đau

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét hiệu quả điều trị phẫu thuật nang lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Chọn toàn bộ 43 bệnh nhân được chẩn đoán lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng và được chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 8/2023 đến 7/2024. **Kết quả:** 86% BN được phẫu thuật nội soi, 11,6% BN mổ mở và 2,3% BN phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở. 46,5% BN bóc nang lạc nội mạc và 37,2% BN bóc nang kèm gỡ dính lạc nội mạc tử cung. Chỉ có 4,7% BN gặp biến chứng tổn thương niệu quản bàng quang. Thời gian nằm viện và trung tiện ở nhóm BN phẫu thuật nội soi đều thấp hơn nhóm mổ mở. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị nang lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng là một phẫu thuật khó và nguy cơ cao tổn thương buồng trứng do vậy cần thăm khám kỹ về lâm sàng và cận lâm sàng để tiên lượng tốt cuộc mổ giảm thiểu tối đa nguy cơ tai biến. **Từ khóa:** lạc nội mạc tử cung, phẫu thuật, u nang buồng trứng

### SUMMARY

### SURGICAL TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS CYSTS IN THE OVARIES AT NATIONAL

<sup>1</sup>Bệnh viện Giao thông Vận tải tỉnh Vĩnh phúc

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Hào

Email: haobvtaichau@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.6.2024

Ngày duyệt bài: 18.7.2024

vùng chậu và trên 50% phụ nữ hiếm muộn có LNMTC[2]. U nang buồng trứng (UNBT) dạng LNMTC là tổ chức nội mạc tử cung phát triển ngay trên bề mặt buồng trứng, gây phá hủy tổ chức buồng trứng lành. Nang thường nhỏ, vỏ mỏng, dính vào tổ chức xung quanh, bên trong chứa đầy dịch màu sô cô la. Tuy nhiên để chẩn đoán LNMTC, quan sát trực tiếp hay sinh thiết để xét nghiệm mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng[3]. Nhiều phương pháp điều trị nang LNMTC tại buồng trứng đã được đưa ra, tuy nhiên để có thể mang lại hiệu quả điều trị tốt nhất cho người bệnh, cần phải cá thể hoá trong điều trị. Câu hỏi đặt ra đối với các bác sĩ lâm sàng đó là khi nào nang LNMTC buồng trứng điều trị nội khoa và khi nào cần phải phẫu thuật[4]. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét hiệu quả điều trị phẫu thuật nang lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân được chẩn đoán nang buồng trứng (dựa trên lâm sàng, siêu âm) và được phẫu thuật tại bệnh viện Phụ sản trung ương từ tháng 7/2023 đến tháng tháng 12/2024.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là nang LNMTC buồng trứng:

- Được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện Phụ sản trung ương
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.** Chọn toàn bộ người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ n=43

**2.2.3. Các biến số nghiên cứu**

Phương pháp phẫu thuật: nội soi, mổ mở, nội soi chuyển mổ mở

Cách thức phẫu thuật: bóc nang, bóc nang và gỡ dính, cắt buồng trứng bên bệnh, cách phần phụ/các tạng đi kèm.

Biến chứng gặp phải trong và sau phẫu thuật

Thời gian điều trị: tính theo ngày

Thời gian trung tiện sau phẫu thuật: tính theo giờ

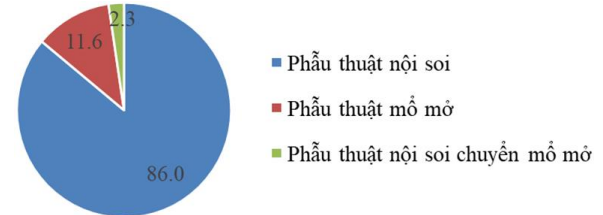
**2.3. Phân tích và xử lý số liệu.** Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 20.0. Test x để so sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ. Sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê với P < 0,05. Tính giá trị trung bình, %.

**2.4. Đạo đức của nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu và người nhà đối tượng nghiên cứu được thông báo rõ về mục đích nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được giữ kín bí mật khi cung cấp thông tin.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu này là 39,2±7,2, nhỏ nhất 22 tuổi, lớn nhất 50 tuổi.



**Biểu đồ 1. Phương pháp phẫu thuật**

**Nhận xét:** Điều trị lạc nội mạc tử cung chủ yếu là phẫu thuật nội soi chiếm 86%, ít gặp trường hợp mổ mở chiếm 11,6% và chỉ có 1 trường hợp phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở

**Bảng 1. Cách thức phẫu thuật**

Cách thức phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Bóc nang lạc nội mạc tử cung	20	46,5
Bóc nang + gỡ dính LNMTC	16	37,2
Cắt buồng trứng có u	1	2,3
Cắt phần phụ	6	14,0
<b>Tổng</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Bóc nang LNMTC chiếm tỷ lệ cao nhất 46,5% tiếp theo là bóc nang + gỡ dính LNMTC chiếm 37,2%, có 14% BN cắt phần phụ và chỉ có 2,3% BN cắt buồng trứng có u.

**Bảng 2. Biến chứng**

Cách thức phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Không biến chứng	41	95,3
Tổn thương niệu quản bàng quang	2	4,7

**Nhận xét:** Trong 43 BN tham gia nghiên cứu chỉ có 2 BN (4,7%) có biến chứng tổn thương niệu quản bàng quang trong quá trình phẫu thuật

**Bảng 3. Thời gian điều trị và trung tiện**

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Thời gian điều trị (ngày)	Thời gian trung tiện (giờ)
Phẫu thuật nội soi	37	4,5±1,8	23,1±7,9
Phẫu thuật mổ mở	5	5,6±0,9	36,2±7,8
Phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở	1	7	20
<b>Tổng</b>	<b>43</b>	<b>4,7±1,7</b>	<b>24,5±8,8</b>
p		0,16	0,01

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện ở nhóm BN

phẫu thuật nội soi ( $4,5 \pm 1,8$  ngày) thấp hơn nhóm mổ mở, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Thời gian trung tiện ở nhóm phẫu thuật nội soi  $23,1 \pm 7,9$  giờ thấp hơn nhóm mổ mở, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

**Phương pháp phẫu thuật.** Phẫu thuật nội soi được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị lạc nội mạc tử cung buồng trứng. Phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm bao gồm: ít gây đau và dính cho bệnh nhân, khả năng tự tách mô, nâng đỡ mô dưới tác dụng của CO<sub>2</sub>, nhờ lợi thế của cách phá hủy tổn thương lạc nội mạc tử cung bằng dao điện 2 cực hoặc cắt bỏ. Hơn nữa với khoa học kỹ thuật ngày càng nâng cao, phẫu thuật viên kỹ thuật cao, phẫu thuật nội soi dần thay thế hoàn toàn cho mổ mở kinh điển cả những trường hợp giai đoạn nặng, kích thích u to, dính nhiều hay nhiều bệnh phối hợp [5].

Trong nghiên cứu này bệnh nhân được thực hiện cả 2 phương pháp mổ mở và mổ nội soi. Tuy nhiên tỷ lệ mổ mở (11,6%) của chúng tôi thấp hơn nhiều so với mổ nội soi (86%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung 2015, 88,9% BN phẫu thuật nội soi [6]. Lê Hữu Tài năm 2020, 89,2% BN được chỉ định phẫu thuật nội soi [7]. Điều này cho thấy phẫu thuật nội soi ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong điều trị lạc nội mạc tử cung buồng trứng nói riêng và u nang buồng trứng nói chung.

Trong nghiên cứu có 1 trường hợp mổ nội soi chuyển mổ mở đó là bệnh nhân khi vào được chẩn đoán u xơ tử cung + nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng trái, u xơ tử cung và kiểm tra 2 vòi tử cung. Tuy nhiên khi mổ toàn bộ mặt sau tử cung dính, hai phần phụ dính, mặt sau tử cung có nhân xơ 80 mm sau đó chuyển mổ mở bóc nhân xơ và bóc u buồng trứng, vừa xử lý được tổn thương vừa bảo tồn được khả năng sinh sản của bệnh nhân. Các trường hợp mổ mở còn lại đều là các trường hợp có u kích thước lớn  $> 10\text{cm}$ , có u xơ tử cung to đi kèm không thể phẫu thuật qua nội soi hoặc các trường hợp bệnh nhân có tiền sử mổ cũ quá dính dựa trên thăm khám lâm sàng.

**Cách thức phẫu thuật.** Phẫu thuật lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng nhằm giải quyết khối u và các hậu quả của lạc nội mạc tử cung như dính, tắc vòi trứng.... Về cơ bản mọi phẫu thuật đều phải lấy đi khối u hoặc làm giảm đi kích thước khối u. Có 2 cách thức phẫu thuật tùy theo mục đích và nguyện vọng của bệnh nhân. Điều trị bảo tồn: chỉ giải quyết khối u, để lại

phần phụ, áp dụng cho bệnh nhân trẻ tuổi trong độ tuổi sinh đẻ, muốn có thêm con. Điều trị triệt để: cắt phần phụ hoặc tử cung kèm theo phần phụ, áp dụng cho bệnh nhân không muốn đẻ thêm, đã cắt tử cung hoặc tình trạng đau không đáp ứng với các điều trị khác [1, 3].

Trong nghiên cứu này, có 83,7% BN được điều trị bảo tồn bao gồm 46,5% BN được mổ bóc nang LNMTC và 37,2% BN được bóc nang + gỡ dính LNMTC, chỉ có 16,3% BN được điều trị triệt để bao gồm 14% BN cắt phần phụ và chỉ có 2,3% BN cắt buồng trứng có u. Qua theo dõi và quan sát thì đa số bệnh nhân được gỡ dính và bóc u phần lớn được phẫu thuật viên bóc vỏ nang, hút hết dịch trong nang sau đó dùng dao hai cực đốt lòng nang cầm máu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Hữu Tài năm 2020, 68,6% BN được bóc nang + gỡ dính, 18,2% BN cắt phần phụ [7].

Trong một số trường hợp bóc u quá khó do kích thước lớn  $> 10\text{cm}$ , hoặc quá nhỏ  $< 3\text{cm}$  khó xác định ranh giới hay mức độ dính nặng không thể bóc lộ khối u, một số phẫu thuật viên chọn phương pháp chọc hút và đốt mặt trong nang thay thế. Tuy nhiên theo hướng dẫn chẩn đoán điều trị lạc nội mạc tử cung của Bộ Y tế năm 2019, khuyến cáo không dẫn lưu hoặc đốt lazer hay đốt điện mặt trong nang lạc nội mạc tử cung vì tái phát cao, nên bóc nang LNMTC hoặc cắt nang LNMTC vì có hiệu quả giảm đau và giảm tỷ lệ tái phát. Đối với xử trí tổn thương gỡ dính phẫu thuật viên cần thực hiện đúng nguyên tắc phẫu thuật thực hành, hạn chế tối đa chảy máu, gây chấn thương mô... để làm giảm nguy cơ tạo dính thêm. Cần nhắc sử dụng các chất chống dính để ngăn ngừa và làm giảm dính phẫu thuật vùng chậu, phẫu thuật liên quan đến LNMTC. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, không ghi nhận trường hợp nào có sử dụng vật chống dính.

**Biến chứng.** Tương tự các loại phẫu thuật khác, phẫu thuật nói chung và phẫu thuật nội soi nói riêng cũng có các biến chứng bao gồm những nguy cơ tiềm tàng từ việc gây mê và trong khi phẫu thuật. Trong 43 BN tham gia nghiên cứu chỉ có 2 BN (4,7%) có biến chứng tổn thương niệu quản bàng quang trong quá trình phẫu thuật. Đây là tai biến được coi là nhẹ và khó tránh khỏi trong quá trình phẫu thuật LNMTC, một phẫu thuật có sự dính rất nhiều vùng tiểu khung do liên quan đến cơ chế sinh bệnh học. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Hữu Tài năm 2020, 6,6% BN có tai biến bao gồm tổn thương ruột và tổn thương niệu quản [7].

**Thời gian điều trị và trung tiện.** Thời gian nằm viện ở nhóm BN phẫu thuật nội soi ( $4,5 \pm 1,8$  ngày) thấp hơn nhóm mổ mở, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Thời gian trung tiện ở nhóm phẫu thuật nội soi  $23,1 \pm 7,9$  giờ thấp hơn nhóm mổ mở, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Như vậy có thể thấy, phẫu thuật nội soi giúp cho thời gian nằm viện của người bệnh giảm so với phẫu thuật mổ mở, thời gian hồi phục nhu động ruột của nhóm sau phẫu thuật nội soi nhanh hơn so với nhóm mổ mở. Mặt khác, sự khác biệt này được giải thích do thực tế những trường hợp phẫu thuật mổ mở đều là những trường hợp có mức độ dính nặng, u kích thước lớn do đó thời gian hồi phục kéo dài hơn.

## V. KẾT LUẬN

86% BN được phẫu thuật nội soi, 11,6% BN mổ mở và 2,3% BN phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở. 46,5% BN bóc nang lạc nội mạc và 37,2% BN bóc nang kèm gỡ dính lạc nội mạc tử cung. Chỉ có 4,7% BN gặp biến chứng tổn thương niệu quản bàng quang. Thời gian nằm viện và trung tiện ở nhóm BN phẫu thuật nội soi đều thấp hơn nhóm mổ mở.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nowak-Psiorz I, Ciećwież S M, Brodowska A et al (2019), Treatment of ovarian endometrial cysts in the context of recurrence and fertility, *Adv Clin Exp Med*, 28(3), 407-413.
2. Wacharachawana S, Phaliwong P, Prommas S et al (2021), Recurrence Rate and Risk Factors for the Recurrence of Ovarian Endometriosis after Laparoscopic Ovarian Cystectomy, *Biomed Res Int*, 2021, 6679641.
3. Koninckx P R, Fernandes R, Ussia A et al (2021), Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis, *Front Endocrinol (Lausanne)*, 12, 745548.
4. Donnez J, García-Solares J, Dolmans M M (2018), Ovarian endometriosis and fertility preservation: a challenge in 2018, *Minerva Ginecol*, 70(4), 408-414.
5. Amro B, Ramirez Aristondo M E, Alsuwaidi S et al (2022), New Understanding of Diagnosis, Treatment and Prevention of Endometriosis, *Int J Environ Res Public Health*, 19(11).
6. Nguyễn Thị Kim Dung (2015), Nhận xét điều trị nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng bằng phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản trung ương, Luận văn bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Lê Hữu Tài (2020), Tình hình phẫu thuật nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng tại bệnh viện Phụ sản TƯ/ Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

## LOẠN SẢN XƯƠNG MIỄN DỊCH SCHIMKE DO MỘT ĐỘT BIẾN MỚI PHÁT HIỆN Ở GEN SMARCAL1 Ở TRẺ HỘI CHỨNG THẬN HƯ KHÁNG STEROID - BÁO CÁO CA BỆNH

Lương Thị Phượng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thu Hương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Loạn sản xương miễn dịch Schimke (SIOD) là một rối loạn di truyền gen lặn trên nhiễm sắc thể thường hiếm gặp với đặc trưng là bất thường về hình thái, loạn sản xương, hội chứng thận hư kháng steroid (SRNS) và suy giảm miễn dịch tế bào do đột biến ở gen SMARCAL1. Chúng tôi báo cáo một bé gái 9 tuổi vừa bị đột quy và cộng hưởng từ não có những ổ nhồi máu mới ở bán cầu não phải, phù nhẹ ở mi mắt, tăng huyết áp. Trẻ có bất thường về hình thái: cổ và thân ngắn, các dát tăng sắc tố ở da. Trẻ vào khoa chúng tôi với chẩn đoán hội chứng thận hư – tăng huyết áp-nhồi máu não. Bốn tuần sau điều trị bằng prednisolon 2mg/kg/ngày, trẻ được chẩn đoán SRNS. Kết quả sinh

thiết thận là xơ hóa cầu thận toàn bộ. Trẻ được điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển (ACE), lợi tiểu, amlodipine và chẹn beta, nhưng protein niệu luôn cao và suy thận tiến triển. Một biến thể đồng hợp tử đã được phát hiện trong gen SMARCAL1 (c.1374C>A; p.Asp458Glu), biến thể này chưa được báo cáo trong cơ sở dữ liệu đột biến gen. Trước trẻ SRNS, có bất thường về hình thái cổ và thân ngắn nên tìm các đột biến của SMARCAL1. **Từ khóa:** Loạn sản xương miễn dịch Schimke (SIOD), hội chứng thận hư kháng steroid (SRNS), SMARCAL1.

### SUMMARY

#### A NOVEL SMARCAL1 MUTATIONS ASSOCIATED WITH SCHIMKE IMMUNO-OSSEROUS DYSPLASIA IN A CHILD WITH STEROID RESISTANT NEPHROTIC SYNDROME - A CASE REPORT

Schimke immune-osseous dysplasia (SIOD) is a rare autosomal recessive disorder presenting with dysmorphic features, skeletal dysplasia, steroid resistance nephrotic syndrome (SRNS), and cellular immune insufficiency—mutations in the gene

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Phượng

Email: luongphuong2233@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 18.7.2024