

5. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 (Ban hành kèm theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020). <https://daithaoduong.kcb.vn/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-dai-thao-duong-tip-2>
6. **ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al,** on behalf of the American Diabetes Association. 6. Glycemic Targets: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care.* 2023 Jan 1;46(Suppl 1):S97-S110. doi: 10.2337/dc23-S006.
7. **Lachin JM, Nathan DM;** DCCT/EDIC Research Group. Understanding Metabolic Memory: The Prolonged Influence of Glycemia During the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) on Future Risks of Complications During the Study of the Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC). *Diabetes Care.* 2021 Sep 21;44(10):2216–24. doi: 10.2337/dc20-3097.
8. **Wang J, Yan R, Wen J, et al.** Association of lower body mass index with increased glycemic variability in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a cross-sectional study in China. *Oncotarget.* 2017 Apr 14;8(42):73133-73143. doi: 10.18632/oncotarget.17111.
9. **Hussain S, Chowdhury TA.** The Impact of Comorbidities on the Pharmacological Management of Type 2 Diabetes Mellitus. *Drugs.* 2019 Feb;79(3):231-242. doi: 10.1007/s40265-019-1061-4.
10. **Chen Z, Liu XA, Kenny PJ.** Central and peripheral actions of nicotine that influence blood glucose homeostasis and the development of diabetes. *Pharmacol Res.* 2023 Aug;194:106860. doi: 10.1016/j.phrs.2023.106860.

KHẢO SÁT TỶ LỆ MỔ LẤY THAI LẠI Ở THAI PHỤ ĐỦ THÁNG CÓ VẾT MỔ LẤY THAI CŨ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH HẬU GIANG

Đào Thuý Anh¹, Nguyễn Thị Diễm Thuý², Trần Đỗ Thanh Phong¹
Nguyễn Minh Anh¹, Lý Phạm Vân Linh¹, Hoàng Phạm Quỳnh Như¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ mổ lấy thai và sanh đường âm đạo ở thai phụ có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 100 thai phụ có vết mổ lấy thai cũ điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang. **Kết quả:** Mổ lấy thai là phương pháp được thực hiện nhiều nhất với tỷ lệ 96%, bao gồm mổ chủ động 52% và mổ cấp cứu 44%. Tỷ lệ sinh thường chiếm 4%. **Kết luận:** Đa phần phương pháp mổ lấy thai sau khi có vết mổ cũ được lựa chọn hơn thủ thách sanh ngã âm đạo. Tuy nhiên, vẫn có trường hợp sinh đường âm đạo thành công sau lần mổ lấy thai trước.

Từ khoá: vết mổ lấy thai cũ, sanh đường âm đạo sau mổ lấy thai, tỷ lệ mổ lấy thai.

SUMMARY

**SURVEY ON THE RATE OF REPEAT
CESAREAN SECTION IN FULL-TERM
PREGNANCY WOMAN WITH PREVIOUS C-
SECTION AT HAU GIANG OBSTETRICS AND
PEDIATRICS HOSPITAL**

Objectives: Determine the rate of repeat cesarean section and vaginal birth in pregnant women with old cesarean section at Hau Giang Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Research subjects and methods:** cross-sectional descriptive study on 100

pregnant women with old cesarean section treated at Hau Giang Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** Caesarean section is the most commonly performed method with a rate of 96%, including elective surgery 52% and emergency surgery 44%. Vaginal birth rate is 4%. **Conclusion:** In most cases, cesarean section after an old incision is chosen over vaginal birth. However, there are still cases of successful vaginal birth after a previous cesarean section.

Keywords: Previous cesarean section, vaginal birth after cesarean section, cesarean section rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phụ nữ từng mổ lấy thai được xem là một thai kỳ có nguy cơ cao vì có thể gặp phải các vấn đề như nhiễm trùng vết mổ lần trước, sẹo mổ trên thân tử cung nguy cơ nứt trong thai kỳ sau,...Lần mang thai tiếp theo cần được đánh giá, theo dõi kỹ lưỡng vì nguy cơ xảy ra tai biến sản khoa nứt sẹo mổ cũ hay vỡ tử cung, nguy hiểm cho mẹ và thai nhi. Tuy vậy, không phải tất cả phụ nữ từng mổ lấy thai một lần, những lần sau phải tiếp tục sinh mổ. Theo quan điểm hiện nay, có thể thử thách sinh ngã âm đạo đối với những thai phụ có đủ điều kiện, vì thai phụ sẽ không phải chịu thêm một lần phẫu thuật, vết mổ lấy thai lần hai, cùng các biến chứng sau phẫu thuật [3], giảm nguy cơ băng huyết sau sinh, giảm tỷ lệ suy hô hấp trẻ sơ sinh [7], sau sinh người mẹ có thể chăm sóc bé sớm hơn, số ngày nằm viện ngắn hơn đồng thời giảm chi phí điều trị [1]. Trên lâm sàng, thai phụ có tâm lý lo lắng vết mổ cũ, quan niệm muốn chọn ngày giờ sinh, và khó khăn trong quá trình theo dõi, xử trí

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

²Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diễm Thuý

Email: ntdthuy@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024

phức tạp, điều kiện tại cơ sở y tế, cùng các nguy cơ tai biến sản khoa như nút sẹo mổ cũ hay nghiêm trọng như vỡ tử cung nên có xu hướng mổ lại trên những thai phụ này. Để có cái nhìn tổng quan về tình hình lựa chọn phương pháp sinh trên những thai phụ có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Sản Nhi Tỉnh Hậu Giang hiện nay, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ mổ lấy thai và sanh đường âm đạo ở thai phụ có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

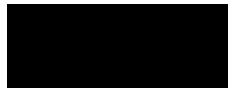
2.1. Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ có vết mổ lấy thai cũ điều trị tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023 tại Bệnh Sản Nhi tỉnh Hậu Giang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế mô tả, lấy số liệu hồi cứu

Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ



Trong đó: p: tỉ lệ mổ lấy thai ở thai phụ có vết mổ lấy thai 1 lần theo kết quả nghiên cứu của Hoàng Xuân Toàn (2016), do đó chúng tôi lấy $p = 0,935$ [6]

– α : xác suất sai lầm loại 1. α chọn là 0,05 cho nghiên cứu có là 95%.

– Z: hệ số tin cậy. Với độ tin cậy là 95% thì $Z = 1,96$.

– d: sai số cho phép chọn $d = 5\%$.

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 93. Thực tế, nghiên cứu lấy được 100 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chúng tôi tiến hành chọn mẫu toàn bộ tất cả hồ sơ bệnh án thoả tiêu chuẩn chọn mẫu tại bệnh viện đến khi đủ số lượng mẫu.

Nội dung nghiên cứu: Xác định tỷ lệ mổ lấy thai và sanh đường âm đạo ở 100 thai phụ có vết mổ lấy thai cũ điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023.

Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được ghi nhận và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng phép kiểm χ^2 để đánh giá mối liên hệ giữa các yếu tố trong quá trình điều trị.

2.3. Ý đức: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học & đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản. Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật

tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<18	0	0
	18-34	76	76%
	≥ 35	24	24%
Chiều cao	< 150cm	5	5%
	≥ 150 cm	95	95%
Nghề nghiệp	Cán bộ công chức	5	5%
	Công nhân	19	19%
	Nông dân	21	21%
	Nghề khác	55	55%
Tiền sử sanh đường âm đạo	Không có	85	85%
	Trước khi MLT	9	9%
	Sau khi MLT	6	6%
Số lần mổ lấy thai	1 lần	90	90%
	> 1lần	10	10%
Bệnh lý nội khoa mẹ	Không có	93	93%
	Hen	1	1%
	Thiếu máu mãn	1	1%
	U tuyến thượng thận	1	1%
	Bướu giáp không điều trị	1	1%
	Bệnh tim không điều trị	1	1%
	Di chứng sốt bại liệt	1	1%
	Viêm gan B đang điều trị	1	1%
Khoảng cách giữa 2 lần sinh > 24 tháng	Không	13	13%
	Có	87	87%
Thai kỳ lần này	Bình thường	96	96%
	Tăng huyết áp	2	2%
	Di chứng sốt bại liệt	1	1%
	Viêm gan B đang điều trị	1	1%
Tổng		100	100%

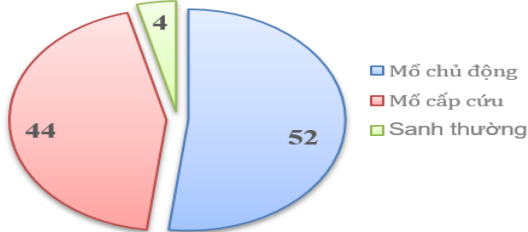
Nhận xét: Đa số thai phụ trong độ tuổi sinh sản 18-34 tuổi (76%), với chiều cao ≥ 150 cm chiếm 95% và không có tiền sử sinh đường âm đạo trước đó chiếm 85%. Những thai phụ từng mổ lấy thai 1 lần chiếm 90% và những thai phụ mổ lấy thai 2 lần trở lên chiếm 10%. Khoảng cách giữa lần sinh trước so với thai kỳ lần này > 24 tháng chiếm 87%. Đa phần thai phụ không có bệnh lý nội khoa ảnh hưởng đến thai kỳ.

Bảng 2. Đặc điểm thai kỳ lần này

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Quá trình thai kỳ	Bình thường	96	96%
	Tăng huyết áp	2	2%
	Di chứng sốt bại liệt	1	1%
	Viêm gan B đang điều trị	1	1%
Tuổi thai	37 0/7 - 38 6/7 tuần	26	26%
	39 0/7 - 40 6/7 tuần	74	74%
Trọng lượng thai qua siêu âm	< 2500g	3	3%
	2500g-3000g	40	40%
	3100g-3400g	41	41%
	≥ 3500g	16	16%

Nhận xét: Quá trình thai kỳ của đa số sản phụ bình thường (96%), tuổi thai đủ tháng chiếm 74%. Thai đủ cân 2500-3000g chiếm 40% và nhóm 3100-3400g chiếm 41%.

3.2. Tỷ lệ mổ lấy thai và sinh đường âm đạo

**Biểu đồ 1. Phương pháp xử trí**

Nhận xét: Cao nhất là nhóm mổ chủ động chiếm 52%, tiếp theo đến nhóm mổ cấp cứu chiếm 44% và sinh thường chiếm 4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi: Chúng tôi ghi nhận đối tượng tham gia nghiên cứu tập trung ở nhóm từ 20-34 tuổi (chiếm 76%), và nhóm thai phụ lớn tuổi ≥ 35 tuổi chiếm 24%; tương đồng với nghiên cứu của Phùng Văn Huệ (2023) [4]. Đây là kết quả phù hợp và đa số đây là độ tuổi sinh con thứ hai (trích Trương Thị Linh Giang) [3].

Chiều cao: Chúng tôi ghi nhận có 95% thai phụ có chiều cao ≥ 150cm và < 150cm chiếm 5%. Chiều cao trung bình của người Việt Nam là >150cm, có xu hướng tăng dần qua từng năm. Tỷ lệ mổ lấy thai giảm khi chiều cao của mẹ tăng lên, tỷ lệ mổ lấy thai ở thai phụ < 160cm là 7% [8].

Nghề nghiệp: Nghề nghiệp thai phụ chủ yếu là nhóm "khác" chiếm 55%, không làm công việc cụ thể nào, đa phần trong giai đoạn nghỉ dưỡng thai chờ đẻ, phù hợp với số liệu và giải thích từ nghiên cứu Phùng Văn Huệ (2023). [4]

Số lần mổ lấy thai: So với nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (2021), chúng tôi ghi nhận thai phụ từng một lần mổ lấy thai cao hơn

chiếm 90% (so với 79,6%), và thai phụ từng mổ lấy thai lần hai trở lên thấp hơn chiếm 10% (so với 20,4%). Theo ACOG 2019 số lần MLT không phải là chống chỉ định sanh đường âm đạo, tuy nhiên cần cân nhắc, theo dõi chặt chẽ. [3]

Bệnh lý nội khoa mẹ: Đa phần thai phụ không có bệnh lý nội khoa (93%), cao hơn so với nghiên cứu Trương Thị Linh Giang (2021) là 86,7% [3]. Còn lại một tỷ lệ nhỏ mắc bệnh, cụ thể hen, thiếu máu mãn, u tuyến thượng thận, bướu giáp không điều trị, bệnh tim không điều trị, viêm gan B không điều trị, di chứng sốt bại liệt đều chiếm 1%. Mẹ có các bệnh lý nội khoa Ngoại trừ các bệnh tim nặng, tăng huyết áp, tiền sản giật nặng và sản giật là chỉ định MLT bắt buộc, các bệnh lý còn lại vẫn có thể cho phép theo dõi chuyển dạ, nếu xuất hiện thêm một yếu tố sanh khó khác sẽ được mổ lấy thai. [2]

Khoảng cách giữa hai lần sinh >24 tháng: Nhóm thai phụ có khoảng cách hai lần sinh (từ lần sinh trước so với thai kỳ lần này) >24 tháng chiếm đa số với tỷ lệ 87%; và ≤ 24 tháng chiếm 13%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Đạo (2019), tỷ lệ thai phụ có khoảng cách 2 lần sinh > 24 tháng chiếm 72% và ≤ 24 tháng chiếm 28% [1]. Nhóm MLT cũ ≤ 24 tháng có chỉ định MLT tuyệt đối để đảm bảo an toàn cho mẹ và con. [1]

Quá trình thai kỳ: Các vấn đề thai kỳ bao gồm tăng huyết áp, di chứng sốt bại liệt, viêm gan B đang điều trị có liên quan đến tình trạng trẻ cần hồi sức sau sanh.

Tuổi thai: Đối tượng nghiên cứu là thai phụ đủ tháng, tuổi thai từ 37 6/7 – 40 6/7 tuần không có mối liên quan đến phương pháp sanh và tình trạng trẻ sau sanh.

4.2. Phương pháp xử trí. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ phương pháp mổ chủ động, mổ cấp cứu và sinh thường lần lượt là 52%, 44% và 4% (nghĩa MLT chiếm 96% và sinh thường chiếm 4%). Số liệu từ nghiên cứu của Hoàng Xuân Toàn với tỷ lệ MLT 94%, sanh đường âm đạo 6% [6] vì đối tượng nghiên cứu gần như tương đồng (đa phần thai phụ có vết mổ lấy thai cũ một lần). Nghiên cứu của Lộc Quốc Phương (MLT 99,5%, sanh thường 0,5%)[5] và Trương Thị Linh Giang (MLT 97,7%, sanh thường 2,7%) [3], tỷ lệ mổ lấy thai có phần cao hơn vì đối tượng nghiên cứu có nhiều yếu tố nguy cơ hơn (bao gồm tiền sử sẹo mổ trên thân tử cung). Tuy nhiên, nhìn chung tỷ lệ mổ lấy thai cao vì trình độ chuyên môn và quá trình theo dõi phức tạp. Quan trọng hơn hết những vấn đề tai biến y khoa vẫn rất nhạy cảm. Vậy nên việc chấp

nhận một tỷ lệ mổ lấy thai cao để dự phòng tai biến dễ được chấp nhận hơn là có tai biến xảy ra khi theo dõi chuyển dạ. Theo guideline của NIH (National Institutes of Health), tỷ lệ nút vết mổ cũ khi thử thách sanh ngã âm đạo là 1,6%. Tuy nhiên nếu thai phụ từng thử thách sanh ngã âm đạo thành công, tỷ lệ này giảm xuống còn 0,2%. Tỷ lệ tử vong nếu thử thách sanh ngã âm đạo thất bại chiếm 1,9/100.000 [9].

V. KẾT LUẬN

Đa phần phương pháp mổ lấy thai sau khi có vết mổ cũ được lựa chọn hơn thử thách sanh ngã âm đạo. Tuy nhiên, vẫn có trường hợp thử thách sinh đường âm đạo thành công sau lần mổ lấy thai trước tại bệnh viện này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đạo (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá chỉ định, kết quả mổ lấy thai ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai cũ tại bệnh viện Lương Tài tỉnh Bắc Ninh", Tạp chí Y Học Việt Nam, 483.
2. Bệnh Viện Từ Dũ (2016), Quy trình kỹ thuật Sản Phụ Khoa.
3. Trương Thị Linh Giang (2021), "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị ở sản phụ có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Trường Đại học

- Y-Dược Huế", Tạp chí Y Dược học-DHYD Huế, 3.
4. Phùng Văn Huệ (2024), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những sản phụ có sẹo phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện 198", Tạp chí Y Học Việt Nam, 2.
5. Lộc Quốc Phương (2016), ""Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí sản phụ có sẹo mổ lấy thai ở tuổi thai 37 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang"".
6. Hoàng Xuân Toàn (2016), ""Nghiên cứu thái độ xử trí trong chuyển dạ ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai một lần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương"".
7. Phan Thị Thuý Tuệ (2023), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến suy hô hấp sơ sinh nặng tại Bệnh viện Sản-Nhi Tỉnh Quảng Ngãi", Tạp chí Y Học Việt Nam, 529.
8. I. Mogren, M. Lindqvist, K. Petersson, C. Nilnes, R. Small, G. Granasen, K. Edvardsson (2018), "Maternal height and risk of caesarean section in singleton births in Sweden-A population-based study using data from the Swedish Pregnancy Register 2011 to 2016", PLoS One, 13, (5).
9. P.Reif, C. Brezinka, T. Fischer, P. Husslein, U. Lang, A. Ramoni, H. Zeisler, P. Klaritsch (2016), "Labour and Childbirth After Previous Caesarean Section: Recommendations of the Austrian Society of Obstetrics and Gynaecology (OEGGG)", Geburtshilfe Frauenheilkd, 76, (12), 1279-1286.

KHẢO SÁT BIẾN THỂ ĐA HÌNH ĐƠN NUCLEOTIDE RS17501010 TRÊN GEN CLDN-1 Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH MẮC BỆNH VIÊM DA CƠ ĐỊA

Nguyễn Hữu Ngọc Tuấn¹, Lê Dương Hoàng Huy¹,
Huỳnh Thị Mai Thi², Châu Văn Tró^{1,2}

TÓM TẮT

Giới thiệu: Viêm da cơ địa (VDCĐ) là một bệnh lý da mạn tính phổ biến. Tổn thương hàng rào bảo vệ da đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển của VDCĐ. Biến thể đa hình đơn nucleotide (SNP) rs17501010 (biến đổi G thành T) nằm trên gen CLDN-1 mã hóa protein claudin-1 đã được xác định có liên quan đến việc duy trì cấu trúc và chức năng của hàng rào bảo vệ da trong VDCĐ. **Mục tiêu:** Xác định tần suất kiểu gen của biến thể rs17501010 và các đặc điểm lâm sàng của bệnh trên người trưởng thành mắc VDCĐ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, khảo sát và kiểu gen của biến thể rs17501010 và các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân VDCĐ trưởng thành đến khám tại bệnh viện Da Liễu TPHCM từ tháng 01/2021 đến tháng

03/2022. Chẩn đoán VDCĐ dựa theo tiêu chuẩn Hanifin và Rajka 1980. Thông tin biến thể rs17501010 được thu thập từ việc giải trình tự Sanger DNA bạch cầu máu bệnh nhân. **Kết quả:** Tham gia nghiên cứu có 82 người trưởng thành VDCĐ. 86% bệnh nhân nằm trong độ tuổi lao động, tuổi trung vị là 36 tuổi (32 – 40 tuổi), tỉ lệ nam/nữ là 1,49. Tỷ lệ có tiền căn từng được chẩn đoán VDCĐ, hen và viêm mũi dị ứng trước đó lần lượt là 84,15%, 8,54% và 15,85%. Tiền sử gia đình mắc VDCĐ, hen và viêm mũi dị ứng lần lượt là 41,46%, 4,88% và 15,85%. Độ nặng theo thang điểm SCORAD với các mức nhẹ, trung bình, nặng lần lượt là 13,41%, 50,00% và 36,59%. Tỉ lệ alen G chiếm 95,73%, alen T chiếm 4,27%. Tỉ lệ kiểu gen lần lượt là GG: 91,46%, GT: 8,54%, chưa ghi nhận kiểu gen TT. Độ nặng của bệnh giữa nhóm nhẹ-trung bình và nhóm nặng giữa hai kiểu gen GG và GT có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,045$). Các đặc điểm khác chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tỉ lệ alen G và alen T của biến thể rs17501010 lần lượt là 95,73% và 4,27%. Biến thể này có liên quan có ý nghĩa thống kê với độ nặng của bệnh theo SCORAD giữa nhóm nhẹ-trung bình và nhóm nặng. **Từ khóa:** Viêm da cơ địa, gen Claudin-1, biến thể di truyền, rs17501010.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Ngọc Tuấn
Email: nhntuan@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 15.10.2024