

**research.** The Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. *Sleep* 22, 667-689 (1999).

7. **Young, T., et al.** The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults.

*N Engl J Med* 328, 1230-1235 (1993).

8. **Young T1, P. P., Taheri S.** Excess weight and sleep-disordered breathing. *J Appl Physiol* 99, 1592-1594 (2005).

## TAM BỘI THỂ ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH TỪ DỊCH ỒI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI: BÁO CÁO LOẠT CA BỆNH

Mai Trọng Hưng<sup>1</sup>, Phạm Thế Vương<sup>1</sup>, Đinh Thúy Linh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Thể tam bội là một bất thường về số lượng nhiễm sắc thể, được đặc trưng bởi phôi thai có 69 nhiễm sắc thể (3n) thay vì 46 nhiễm sắc thể như bình thường (2n). Thai tam bội hiếm khi tồn tại được đến 3 tháng giữa thai kì với nhiều dị tật kèm theo. **Mục tiêu:** mô tả kết quả chẩn đoán trước sinh các thai tam bội thể tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Từ 2016 đến 2022, có 7 trường hợp thai tam bội trong tổng số 405 trường hợp thai bất thường nhiễm sắc thể. Các biến số nghiên cứu gồm tuổi, tuần thai chọc ối, kết quả sàng lọc trước sinh, kết quả siêu âm thai và kết quả xét nghiệm di truyền. **Kết quả:** Tất cả 7 trường hợp tam bội đều được chẩn đoán bằng xét nghiệm karyotype, bao gồm 5 trường hợp 69,XXX và 2 trường hợp 69,XXY. 6/7 trường hợp có bất thường trên siêu âm như thai chậm tăng trưởng trong tử cung, dị tật tim, phát triển cơ thể bất tương xứng... 3 trường hợp nguy cơ thấp với sàng lọc NIPT, 1 trường hợp NCC triplettest, 3 trường hợp không làm sàng lọc. Các phương pháp chẩn đoán trước sinh khác như array CGH, CNV, prenatal BoBs không chẩn đoán được thể tam bội 69,XXX nhưng có thể nghi ngờ với thể 69,XXY. **Từ khóa:** tam bội, bất thường siêu âm, nhiễm sắc thể

### SUMMARY

#### PRENATAL DIAGNOSIS OF TRIPLOIDY: A CASE SERIES

Triploidy is a chromosomal abnormality that occurs when an embryo has 69 chromosomes instead of the usual 46. Cases that rarely develop up to the second trimester with ultrasound abnormalities. **Objective:** describe the results of a prenatal diagnosis of triploidy. **Subject-Methodology:** From 2016 to 2022, we reviewed 7 cases of prenatal diagnosis of triploidy among 405 cases with chromosomal abnormalities at our center. Data were collected from medical records, including the method of diagnosis, genetic testing results and screening test results. **Result:** Karyotype of 7 triploidy cases include 5 cases of XXX and 2 cases of XXY. 6/7 cases had

abnormal ultrasound findings, such as a congenital heart defect, intrauterine growth restriction, discrepency of body part... 3 cases had low-risk NIPT, 1 case had a high-risk triple test, and 3 cases did not have any screening tests. The others prenatal diagnosis method, such as array CGH, CNV, Bobs were not detect 69,XXX, but detectable 69,XXY.

**Keywords:** triploidy, ultrasound abnormality, karyotyping.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thể tam bội là một bất thường về số lượng nhiễm sắc thể gây chết, được đặc trưng bởi trong tế bào chứa 3 lần số đơn bội n nhiễm sắc thể. Thể tam bội ước tính xảy ra ở 1- 3% số lần thụ thai và chiếm khoảng 10% các trường hợp bất thường NST gây sẩy thai, thai lưu trong ba tháng đầu thai kỳ [1]. Một số rất ít thai tam bội tồn tại đến quý 2 thai kì, ước tính tỷ lệ thai tam bội là 1: 3.500 trường hợp mang thai ở tuần thứ 12, 1:30.000 ở tuần thứ 16 và 1:250.000 ở tuần thứ 20 của thai kỳ với nhiều dị tật kèm theo [2].

Trong tam bội thể có ba kiểu karyotype khác nhau: 69,XXX; 69,XXY; và 69,YYY, trong đó dạng 69,XXX; 69,XXY là phổ biến hơn 69,YYY. Có ba cơ chế khác nhau có thể tạo ra thể tam bội: một bộ nhiễm sắc thể đơn bội thừa (extra haploid chromosome set) có nguồn gốc từ bố (diandric) theo 2 cơ chế hoặc mẹ (digynic) có 1 cơ chế. Phần lớn các thể tam bội nguồn gốc từ bố(diandric) là kết quả của sự thụ tinh đồng thời bởi hai tinh trùng. Một cơ chế khác của diandric phát sinh từ quá trình thụ tinh bình thường của trứng bởi một tinh trùng lưỡng bội 2n, kết quả của sự không phân li hoàn toàn trong quá trình sinh tinh. Thể tam bội có nguồn gốc từ mẹ (digynic) là kết quả của sự thụ tinh của tế bào trứng sơ cấp hoặc từ sự thụ tinh của tế bào trứng lưỡng bội là sản phẩm của sự không phân chia trong quá trình giảm phân I, giảm phân II hoặc duy trì thể cực. 69,XXX hoặc 69,XXY có thể là diandric hoặc digynic nhưng 69,YYY thì chỉ có thể là diandric [3].

Tam bội thể là nguyên nhân gây ra nhiều dị tật bẩm sinh nghiêm trọng, các vấn đề về nhau

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thúy Linh

Email: drdinhlinhhobgyn@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024

thai, chưa trứng bán phần và thai chậm tăng trưởng trong tử cung. Thai tam bội thường chậm phát triển trong tử cung (IUGR) nghiêm trọng kèm theo nhiều dị tật bẩm sinh, bao gồm dị tật trên khuôn mặt, dị tật tim, dị tật hệ thần kinh và các dị tật bẩm sinh nghiêm trọng khác của chi, thận và dây rốn một động mạch [4]. Các trường hợp thể tam bội được nhóm thành hai kiểu hình của thai nhi và nhau thai gắn tương ứng với nguồn gốc bố mẹ của bộ nhiễm sắc thể thừa: Loại I: thai nhi hình thành tốt với đầu bình thường hoặc đầu nhỏ và bánh rau lớn và biến đổi dạng nang - liên quan đến diandric; Loại II: thai nhi chậm phát triển, đầu to, bánh rau nhỏ và không có nang- liên quan đến digynic [5].

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả kết quả chẩn đoán trước sinh các thai tam bội thể tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

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

Nghiên cứu hồi cứu bao gồm các trường hợp được chẩn đoán trong suốt 7 năm, từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2022, tại Trung tâm sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh, Bệnh viện phụ sản Hà Nội. Các thông tin về tuổi, tuần thai chọc ối, kết quả sàng lọc trước sinh, kết quả siêu âm thai và kết quả xét nghiệm di truyền được thu thập đầy đủ. Tất cả các trường hợp chọc ối đều được xét nghiệm karyotype tiêu chuẩn. Ngoài ra, bệnh nhân có thể lựa chọn thêm các phương pháp chẩn đoán khác như Prenatal BOBs, array CGH, QF-PCR. Phân tích tế bào học được thực hiện bằng xét nghiệm nhiễm sắc thể tiêu chuẩn theo phương pháp nhuộm băng G từ hai ống nuôi cấy độc lập. Ít nhất 20 cụm nhiễm sắc thể kì giữa từ mỗi mẫu đã được phân tích. Phương pháp (QF-PCR) theo kit IVD QF-PCR Devyser (Devyser, Stockholm, Thụy Điển). Phương pháp prenatal Bobs sử dụng hệ thống thiết bị Luminex 100/200 nhờ việc so sánh mẫu DNA cần phân tích với mẫu DNA chứng. Phương pháp array CGH theo bộ kit G5955A SurePrint G3 ISCA V2 CGH Array 8x60K (Agilent, Hoa Kỳ).

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

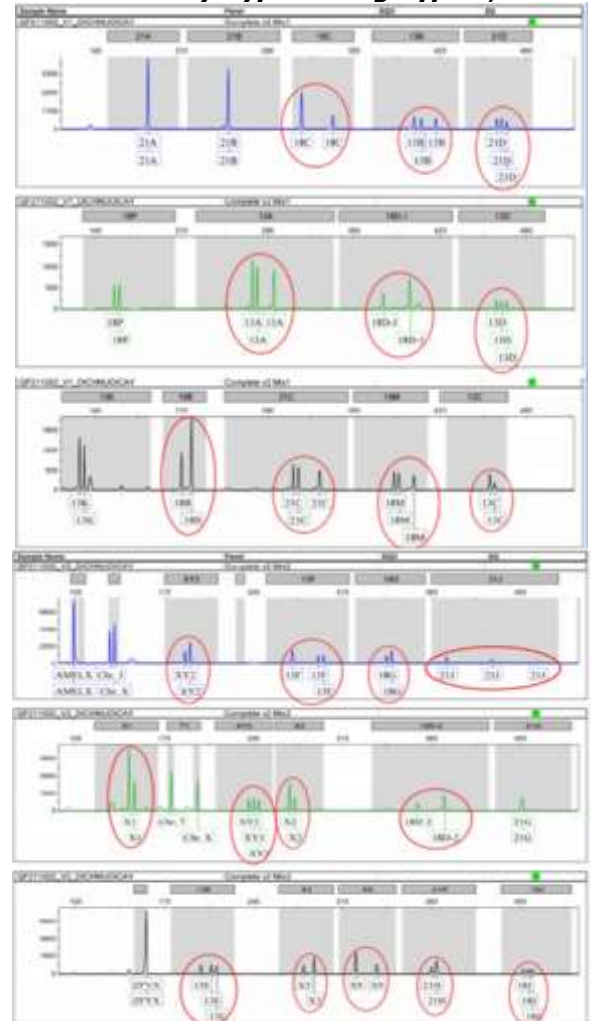
Trong tổng số 4285 trường hợp chọc ối (16-28 tuần thai) từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2022 vì các lý do thai nguy cơ cao với sàng lọc huyết thanh mẹ, NIPT, siêu âm bất thường hình thái, tiền sử sinh con bất thường nhiễm sắc thể có tổng cộng 405 (9.45%) trường hợp bất thường nhiễm sắc thể, trong đó có 7 trường hợp tam bội thể (0.16%) được phát hiện

**Bảng 1. Tỷ lệ các dạng tam bội thể**

Karyotype	Số ca	%
69,XXX	5	71.4%
69,XXY	1	14.3%
69,XXY,inv(9)(p11q13)x2	1	14.3%
<b>Tổng</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>



**Hình 1. Karyotype trường hợp 69,XXY**



**Hình 2. Tam bội 69,XXX phát hiện bằng QF-PCR**



**Hình 3. Nghi ngờ tam bội dạng 69,XXY trên xét nghiệm prenatal BOBs**  
**Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng, kết quả xét nghiệm của các trường hợp tam bội**

Số thứ tự	Tuổi mẹ	Tuổi thai	Sàng lọc trước sinh	Lý do chọc ối	Karyotype	Phương pháp khác
1	27	17w2d	triple test	triple test nguy cơ cao (NCC) trisomy 18 (1:43)	69,XXX	Prenatal BoBs không phát hiện
2	28	21w2d	Không thực hiện	thai chậm tăng trưởng trong tử cung (CTTTTC), đa dị tật (thoát vị hoành, dịch màng ngoài tim, dây rốn 2 mạch máu, giãn đài bể thận P	69,XXY, inv(9) (p11q13)x2	Prenatal BOBs nghi ngờ tam bội 69,XXY
3	30	17w3d	Không thực hiện	thai CTTTTC, tim to, TLT phần cơ, Ruột non tăng âm vang, bất tương xứng kích thước đầu-bụng. Bàn tay P vẹo, không quan sát thấy thận P, thận T nhiều nang mất phân biệt tủy vò,dây rốn 2 mạch máu, cầm tụt	69,XXX	Prenatal BoBs không phát hiện
4	36	20w6d	Không thực hiện	thai CTTTTC, bàn tay vẹo, nang hồ sau	69,XXX	Prenatal BoBs không phát hiện
5	28	16w4d	NIPT nguy cơ thấp	đầu nhỏ, ruột non tăng âm vang, bàn tay duỗi, nốt tăng âm buồng thất T	69,XXX	QF-PCR: 69,XXX
6	28	23w5d	NIPT nguy cơ thấp	Loạn sản thận dạng nang, bàn chân vẹo, bàn tay 6 ngón, thai CTTTTC	69,XXY	CNV: nghi ngờ tam bội 69,XXY
7	23	25w2d	NIPT nguy cơ thấp	thiếu ối, thai CTTTTC	69,XXX	QF-PCR: 69,XXX

Sau khi tư vấn di truyền, cha mẹ của tất cả 7 trường hợp thai tam bội đều lựa chọn chấm dứt thai kỳ.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thai tam bội thể chiếm tỷ lệ rất nhỏ 0.16% các trường hợp chọc ối và 7/405 (1.72%) các trường hợp bất thường nhiễm sắc thể trong quý 2 thai kỳ. Tỷ lệ thai tam bội nam: nữ là 2:7. Theo nghiên cứu này không có mối tương quan giữa thể tam bội với tuổi mẹ cao và tuổi mẹ trung bình trong các trường hợp tam bội là 28.57 tuổi. Tuổi mẹ dưới 35 tuổi trong 85.7% trường hợp.

Sàng lọc huyết thanh mẹ truyền thống có 1 trường hợp thai tam bội 69,XXX nguy cơ cao với trisomy 18 (tripletest). Trong sàng lọc quý 1 thai kỳ bằng combitest, các nghiên cứu thấy rằng thể tam bội diandric được đặc trưng bởi sự kết hợp của tăng  $\beta$ hCG tự do và giảm vừa phải PAPP-A, tương tự như của các trường hợp trisomy 21. Trong trường hợp thể tam bội digynic, kết quả combitest cho thấy lượng  $\beta$ hCG tự do và PAPP-A giảm rõ rệt với MoM tương tự như các trường hợp trisomy 18 [6]. Phân tích tripletest trong ba tháng giữa cho thấy nồng độ hCG thấp, uE3 thấp và nồng độ AFP cao trong thai tam bội. Thai trisomy 18 được liên quan với một giảm nồng độ AFP, hCG và uE3 huyết thanh trong ba tháng giữa của thai kỳ. Ở thể tam bội, hCG và giá trị uE3 thường thấp hơn so với trisomy 18 [7]. Yilmaz Z và cộng sự báo cáo 4 trường hợp tam bội thể phát hiện trong quý 2 thai kỳ, cả 4/4 trường hợp đều có nguy cơ cao với trisomy 18 trên xét nghiệm triple test [8]. Dường như các xét nghiệm sàng lọc huyết thanh mẹ truyền thống có giá trị trong sàng lọc tam bội thể.

Ngược lại, 3 trường hợp thai tam bội (bao gồm cả 69,XXX và 69,XXY) lại có kết quả sàng lọc NIPT nguy cơ thấp lệch bội nhiễm sắc thể. Có nhiều phương pháp xét nghiệm NIPT, trong đó phương pháp NIPT dựa trên SNP có khả năng sàng lọc tam bội thể. Tuy nhiên cả 3 trường hợp của chúng tôi không thực hiện theo phương pháp này. NIPT xét nghiệm DNA tự do của thai trong máu mẹ theo phương pháp giải trình tự, so sánh tỷ lệ tín hiệu tương đối giữa các nhiễm sắc thể, do đó không phát hiện được tam bội thể, do tất cả các nhiễm sắc thể đều tăng lên bội số 1.5 lần. Đánh giá về giá trị của NIPT trong sàng lọc tam bội thể còn ít được nghiên cứu.

Hạn chế tăng trưởng trong tử cung (IUGR) là những phát hiện điển hình gợi ý thể tam bội. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bất thường phổ biến nhất được quan sát thấy ở thai

nhi tam bội lúc siêu âm là: IUGR ở 71.43% trường hợp và phát triển cơ thể bất tương xứng 28.57%. Các sự hiện diện của thể tam bội tạo ra nhiều dị tật và thường thai nhi bắt đầu có IUGR trong giai đoạn đầu của thai kỳ và chưa ảnh hưởng nghiêm trọng đến phát triển đầu cũng như cơ thể mà rõ dần khi tuần thai tăng lên. Khiếm khuyết hệ thống thần kinh trung ương là phổ biến. Chúng tôi tìm thấy sự đa dạng của dị tật thần kinh bao gồm tật đầu nhỏ, nang hồ sau. Dị tật tim (42.86%), dị tật thận (42.86%) và dị tật chi (42.86%) cũng phổ biến trong thai tam bội. Ngoài ra, các bất thường khác như thiếu ối, thoát vị hoành, dây rốn 2 mạch máu cũng gặp trên các thai tam bội.

Tam bội dạng 69,XXX chiếm tỷ lệ cao nhất 71.43%, 69,XXY 28.57% và không có trường hợp nào 69,XYY. Kết quả này tương tự các báo cáo khác. Dường như kiểu karyotype có liên quan đến sự thoát hóa của bánh rau, thể tam bội XYY thường dẫn đến sự thoái hóa bánh rau sớm gây thai lưu trong 3 tháng đầu, trong khi XXY với mức độ thoái hóa trung bình và XXX với mức độ thoái hóa ít hơn. Thể tam bội XXX tồn tại lâu hơn trong tử cung do mật độ thoái hóa dạng nang ở bánh rau thấp hơn.

Gây chết là một quy luật chung trong các thể tam bội, mặc dù hiếm khi xảy ra một số trường hợp mang thai tam bội có thể tiếp tục cho đến giai đoạn sau của thai kỳ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi thai cao nhất chọc ối là 25w2d. Tuy nhiên, nếu tam bội được chẩn đoán trong thời kỳ mang thai, chấm dứt thai kỳ là lựa chọn tốt hơn do các rủi ro sức khỏe cho người mẹ (tiền sản giật hoặc u nguyên bào nuôi). Nguy cơ tái phát trong tam bội diandric liên quan đến chửa trứng bán phần đã được báo cáo là 1-1,5% [9]. Do đó, các lần mang thai sau, các cặp vợ chồng này được tư vấn theo dõi sát thai kỳ bằng siêu âm thai cũng như lấy mẫu dịch ối xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ.

Tại bệnh viện của chúng tôi, Karyotype được thực hiện 100% các trường hợp chọc ối dù hiện nay có nhiều phương pháp hiện đại và cho kết quả nhanh như array CGH, prenatal BoBs, QF-PCR. Các phương pháp hiện đại này mặc dù có ưu điểm về độ phân giải nhưng lại hạn chế trong các trường hợp tam bội thể và thể khảm, cũng như không loại được tế bào mẹ nếu trong nước ối lẫn máu và giá thành còn cao. Các trường hợp 69,XXY có thể nghi ngờ tam bội khi thực hiện các kỹ thuật như prenatal BoBs, array CGH, CNV do tín hiệu nhiễm sắc thể giới tính X, Y bằng khoảng 2/3 và 1/3 so với tín hiệu các nhiễm sắc thể còn lại. Tuy nhiên, dạng tín hiệu này cũng có

thể gặp trong thai nam bị nhiễm tế bào mẹ. Trường hợp 69,XXX thì không thể phát hiện được bằng kĩ thuật prenatal BoBs, array CGH, CNV. Ngoài ra kĩ thuật QF-PCR cũng giúp phát hiện các trường hợp tam bội thể dựa trên tỷ lệ các đỉnh của các SNPs trên NST 13,18,21 và giới tính đều ở dạng 1:1:1 hoặc 1:2.

## V. KẾT LUẬN

Theo sự hiểu biết của chúng tôi, đây là báo cáo đầu tiên về tam bội thể ở Việt Nam, báo cáo này cung cấp các thông tin lâm sàng cũng như giá trị các phương pháp xét nghiệm sàng lọc, chẩn đoán tam bội thể.

Sàng lọc và chẩn đoán sớm thai tam bội sẽ cung cấp cho phụ nữ mang thai cơ hội chấm dứt sớm thai kỳ bị tam bội và theo dõi biến chứng của chữa trứng bán phần.

Phân tích nhiễm sắc thể là tiêu chuẩn vàng trong việc phát hiện thể tam bội, nhưng các phương pháp phân tử như QF-PCR có thể cung cấp thêm thông tin có giá trị cho phân loại diandric và digynic. Kết quả của nghiên cứu này có thể cung cấp thông tin hữu ích cho tư vấn di truyền trước sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Soler A, Morales C, Mademont-Soler I, et al.** Overview of Chromosome Abnormalities in First Trimester Miscarriages: A Series of 1,011

- Consecutive Chorionic Villi Sample Karyotypes. *Cytogenet Genome Res.* 2017; 152(2):81-89.
2. **Socolov D, Mihălcceanu R, Popovici D, et al.** Prenatal diagnosis of triploidy in second trimester of pregnancy: a series of 4 cases over an eleven-year period. *Rom J Lab Medicine.* 2015; 23(2):213-220.
3. **McFadden DE, Langlois S.** Parental and meiotic origin of triploidy in the embryonic and fetal periods. *Clin Genet.* 2000; 58:192-200.
4. **Doshi N, Surti U, Szulman AE.** Morphologic anomalies in triploid liveborn fetuses. *Hum Pathol.* 1983;14:716-23.
5. **Malou A, Judith H, Emily C., et al.** Prenatal sonographic features can accurately determine parental origin in triploid pregnancies. *Prenatal Diagnosis.* 2020; 40:705-714.
6. **Engelbrechtsen L, Brøndum-Nielsen K, Ekelund C, et al.** Detection of triploidy at 11-14 weeks' gestation: a cohort study of 198 000 pregnant women. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013; 42(5): 530-535.
7. **Huang T, Alberman E, Wald N, et al.** Triploidy identified through second-trimester serum screening. *Prenat Diagn.* 2005; 25(3): 229-233.
8. **Yilmaz Z1, Sahin F11, Tarim E2, et al.** Triploidies in First and Second Trimesters of Pregnancies in Turkey. *Balkan Journal of Medical Genetics.* 2007;10(2):71-76.
9. **Berkowitz RS, Bernstein MR, Laborde O, et al.** Subsequent pregnancy experience in patients with gestational trophoblastic disease. *New England Trophoblastic Disease Center. J Repro Med.* 1994; 39(3): 228-232.

## NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT STRIPPING TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA BỆNH SUY GIÃN TĨNH MẠCH NÔNG CHI DƯỚI

Phan Văn Hùng<sup>1</sup>, Lâm Văn Nút<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại bệnh nhằm cơ sở chỉ định phẫu thuật; Đánh giá kết quả điều trị suy giãn tĩnh mạch nông bằng phẫu thuật stripping. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân có chân bị suy giãn tĩnh mạch hiển có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Hà Tĩnh từ tháng 01/2013 đến tháng 5/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ (57,8%) cao hơn nam (42,2%) và nữ giới tuổi càng cao tỷ lệ mắc bệnh càng cao (46,6%). Bệnh nhân đi khám chủ yếu vì 3 lý do chính, các triệu chứng lâm sàng nặng lên gặp trong đa

số bệnh nhân (51%). Các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng trong đó chủ yếu là nặng chân (95,6%), tĩnh mạch giãn ở chân (100%), ngứa chân (80%). Phương pháp vô cảm chủ yếu là tê tùy sống (93,3%). Chiều lòng stripping chủ yếu dưới lên (77,8%). Biến chứng sớm sau phẫu thuật chủ yếu là bầm tím mô mềm (26,7%) và dị cảm chân (22,2%). Kết quả sớm sau phẫu thuật đạt rất tốt (88,9%). Kết quả thẩm mỹ đạt 100% không có sẹo xấu. **Kết luận:** Bệnh nhân có nhiều triệu chứng lâm sàng phối hợp các triệu chứng nặng chân, đau chân, ngứa chân và tĩnh mạch giãn lớn. Siêu âm Doppler giúp chẩn đoán xác định. Kết quả sau phẫu thuật đạt rất tốt. Sau phẫu thuật bệnh nhân ít xảy ra biến chứng hoặc biến chứng giảm và biến mất trong 2 – 3 tuần sau mổ.

**Từ khóa:** phẫu thuật Stripping, ngoại khoa, suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới.

### SUMMARY

**RESEARCH ON THE APPLICATION OF STRIPPING SURGERY IN THE SURGICAL TREATMENT OF INFERIOR SUPERFICIAL**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phan Văn Hùng

Email: phanvanhung@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024