

suy thận. Trong nhóm BN suy thận độ I (1BN), sau dẫn lưu mức độ suy thận giảm BN không còn suy thận. Như vậy, phần lớn bệnh nhân sau dẫn lưu đều giảm mức độ suy thận. Tuy nhiên mức độ giảm không giống nhau giữa các nhóm. Các nhóm suy thận mức độ nặng độ III, IV có xu hướng cải thiện mức độ suy thận chậm hơn và ít hơn các nhóm suy thận mức độ nhẹ I, II, kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mến.⁴

Đặc điểm hình ảnh sau dẫn lưu bể thận

Kết quả siêu âm	N=45	%
Giãn bể thận độ I	12	32
Giãn bể thận độ II	26	49.5
Giãn bể thận độ III	5	11
Giãn bể thận độ IV	2	7.5

Sau dẫn lưu bể thận, mức độ ứ nước bể thận giảm đi rõ rệt so với lúc trước dẫn lưu. Ứ nước thận độ I và II chiếm 81.5%, ứ nước thận độ III và IV giảm còn 18.5%.

Cải thiện tình trạng nhiễm khuẩn của bệnh nhân sau dẫn lưu

Lâm sàng, cận lâm sàng	Vào viện	Sau PCN 48h	Sau PCN 7 ngày
Sốt (n)	11	3	0
Vô hồng lưng đau (n)	8	3	0
Bạch cầu máu (G/l)	14.1±5.5	10±3.6	7.8±3.9
CRP (mg/dl)	15±13.1	3.1±2.6	0.8±0.5
Bạch cầu niệu (n)	19	10	3
Hồng cầu niệu (n)	19	8	2

Tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân cũng như tại chỗ của BN được cải thiện nhanh chóng ngay sau PCN 48h. Sau PCN 7 ngày các dấu hiệu nhiễm trùng gần như không còn. BN hết sốt, hết đau hồng lưng, bạch cầu máu, CRP đều trở về

giá trị bình thường. Số BN còn hồng cầu và bạch cầu niệu cũng giảm nhiều.

IV. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tình trạng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng được cải thiện sau khi dẫn lưu bể thận, đặc biệt là tình trạng suy thận và mức độ nhiễm khuẩn của các bệnh nhân được cải thiện rõ rệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chhouy C.** Góp phần nghiên cứu chẩn đoán thận ứ nước do tắc nghẽn đường tiết niệu trên ở người lớn tại bệnh viện Việt Đức, Trường Đại học Y Hà Nội; 2003.
2. **Nguyễn Thị Hương** (2015), "Nhận xét sự an toàn của dẫn lưu bể thận qua da dưới hướng dẫn của siêu âm ở bệnh nhân ứ nước bể thận niệu quản". Tạp chí y học Việt Nam. 10.345-347.
3. **Nguyễn Kỳ** (2007). Ứ mủ thận. Nhà xuất bản Y học; Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Mến** (2016), "Đánh giá phương pháp dẫn lưu thận qua da dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện Việt Đức". Tạp chí y học Việt Nam. 8.2-5.
5. **Suchi Bhatt et al.** Success, effectiveness and safety of combined sonographic and fluoroscopic guided percutaneous nephrostomy in malignant ureteral obstruction. International Journal of Radiology & Radiation Therapy. 2017;3(1):165-170.
6. **Cargi Darma, Mehmet Onay.** Percutaneous Nephrostomy: Is Ultrasound Alone Sufficient as Imaging Guidance?. Eastern Journal of Medicine. 2020; 25(3): 309-405.
7. **Karim RSS, et al.** Percutaneous nephrostomy by direct puncture technique An observational study. Indian Journal of Nephrology. 2010;20(2): 84-92.
8. **Sood G, Sood A, Jindal A, Verma DK, Dhiman DS.** Ultrasound Guide percutaneous nephrostomy for obstructive uropathy in benign and malignant diseases. Int Braz J Urol. 2006;32(3):281-286.

TÌM HIỂU SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ TẾ BÀO BẠCH CẦU ĐƠN NHÂN MÁU MẸ VÀ MÁU CUỐNG RỖN Ở THAI PHỤ NHIỄM HBSAG (+)

TÓM TẮT

Tế bào bạch cầu đơn nhân bị nhiễm HBV có thể đóng vai trò là vật trung gian truyền HBV từ mẹ sang thai nhi. **Mục tiêu:** Tìm hiểu sự thay đổi nồng độ tế

Nguyễn Tiến Dũng¹, Bùi Thị Thu Hương¹, Hồ Cẩm Tú², Hoàng Thị Ngọc Trâm¹

bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ và máu cuống rốn ở nhóm thai phụ nhiễm HBsAg (+). **Đối tượng:** 60 thai phụ mang 1 thai sống, đủ tháng đến đẻ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên có HBsAg (+) và máu cuống rốn ngay sau khi sinh. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả, cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình $27,6 \pm 4,2$ tuổi. Tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ $\geq 8 \times 10^6$ (tế bào/mL) chiếm 21,6%; tế bào bạch cầu đơn nhân máu cuống rốn $\geq 6,6 \times 10^6$ (tế bào/mL) chiếm 46,7%. Nhóm tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ cao & HBV DNA thấp ở máu mẹ làm tăng số lượng tế bào bạch cầu đơn nhân máu cuống rốn và nhóm tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ thấp & HBV DNA cao ở máu

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Ngọc Trâm

Email: hoangthingoctram@tump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025

mẹ thấy có giảm nồng độ tế bào bạch cầu đơn nhân máu cuống rốn.

Từ khóa: tế bào bạch cầu đơn nhân, HBV DNA, máu cuống rốn

SUMMARY

THE CHANGES IN A PERIPHERAL BLOOD MONONUCLEAR CELL CONCENTRATIONS FROM MOTHER AND CORD BLOOD OF PREGNANT WOMEN INFECTED WITH HBsAg (+)

HBV-infected monocytes can act as vectors of HBV transmission from mother to fetus. **Objective:** To find out the changes in mononuclear white cell concentration in maternal and umbilical cord blood in pregnant women infected with HBsAg (+). **Subjects:** 60 pregnant women carrying one live, full-term fetus to give birth at Thai Nguyen Central Hospital with HBsAg (+) and umbilical cord blood immediately after birth. Research design: Descriptive, cross-sectional. **Results:** Mean age 27.6 ± 4.2 years. Maternal blood mononuclear cells $\geq 8 \times 10^6$ (cells/mL) accounted for 21.6%; Cord blood mononuclear cells $\geq 6.6 \times 10^6$ (cells/mL) accounted for 46.7%. High maternal blood mononuclear cell group & low HBV DNA in maternal blood increase the number of cord blood mononuclear cells, and low maternal blood mononuclear cell group & high HBV DNA in maternal blood were found to decrease umbilical cord blood mononuclear cell concentration. **Keywords:** Peripheral Blood Mononuclear Cell, HBV DNA, Cord blood

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là điểm nóng về HBV trên bản đồ thế giới với hơn 8,4 triệu trường hợp mạn tính (được ước tính khoảng 8,8% ở nữ giới và khoảng 12,3% ở nam giới). Mẹ có HBeAg (+), trẻ sơ sinh có 95% nguy cơ bị nhiễm HBV mạn tính nếu không được điều trị dự phòng miễn dịch. Phần lớn người mang vi rút viêm gan B tại Việt Nam là do lây nhiễm từ mẹ sang con[5].

Vấn đề quan trọng nhất đối với thai phụ mang HBV mạn tính là nguy cơ lây nhiễm từ mẹ sang con (lây nhiễm theo đường dọc). Là một ổ chứa HBV ngoài gan, tế bào bạch cầu đơn nhân có liên quan chặt chẽ với nhiễm HBV mạn tính hoặc tái phát HBV với nhiều dạng HBV DNA khác nhau[3]. Mỗi liên quan có ý nghĩa giữa sự lây truyền HBV trong tử cung và HBV DNA trong tế bào bạch cầu đơn nhân cho thấy rằng tế bào bạch cầu đơn nhân bị nhiễm HBV có thể đóng vai trò là vật trung gian truyền HBV từ mẹ sang thai nhi [6, 7].

Mục tiêu: Tìm hiểu sự thay đổi nồng độ tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ và máu cuống rốn ở nhóm thai phụ nhiễm HBsAg (+).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** 60 thai phụ mang 1 thai sống, đủ tháng đến đẻ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên có HBsAg (+) và máu cuống rốn ngay sau khi sinh, đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:** đồng nhiễm với các vi rút viêm gan khác hoặc HIV.

2.2. Thời gian: tháng 1 đến tháng 12 năm 2021.

2.3. Địa điểm: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: SPSS 25.0 và R, phân tích tương quan Pearson và Anova Fisher.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Giải thích rõ mục đích của nghiên cứu và xin sự chấp thuận của đối tượng nghiên cứu, các xét nghiệm được trích nguồn kinh phí thực hiện nghiên cứu được hỗ trợ bởi hợp tác nghiên cứu nghị định thư giữa Đức và Việt Nam: "Ứng dụng kỹ thuật giải trình tự gen và Elispot (Enzyme linked immunospot) trong đánh giá nguy cơ lây truyền HBV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai HBsAg (+) tại Việt Nam" theo quyết định số 1422/QĐ-BKHCN ký ngày 27 tháng 5 năm 2020.

Nghiên cứu được tiến hành khi đã thông qua Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số NCS22/BB-HĐĐĐ ngày 14/02/2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=60)	Tỷ lệ %
Tuổi mẹ	18-35	58	96,7
	>35	2	3,3
	Trung bình (tuổi)	$27,6 \pm 4,2$	
Kháng nguyên của HBV	HBeAg(+)	27	45
	HBeAg(-)	33	55
Tải lượng HBV (bản sao/mL)	HBV DNA $\geq 5 \times 10^7$ (cao)	20	33,3
	HBV DNA $< 5 \times 10^7$ (thấp)	40	66,7
Tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ (PBMCSM) (tế bào/mL)	$\geq 8 \times 10^6$	13	21,6
	$< 8 \times 10^6$	47	78,3

Nhận xét: Tuổi trung bình là $27,6 \pm 4,2$ tuổi. HBV DNA $\geq 5 \times 10^7$ (bản sao/mL) chiếm 40%. Tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ (PBMCSM) $\geq 8 \times 10^6$ (tế bào/mL) chiếm 21,6%.

Bảng 3.2. Đặc điểm của máu cuống rốn

Đặc điểm	Số lượng (n=60)	Tỷ lệ %
Kháng nguyên bề mặt của HBV	HBsAg (+)	32 53,3
	HBsAg (-)	28 46,7
Kháng nguyên e của HBV	HBeAg (+)	23 38,3
	HBeAg (-)	37 61,7
Tế bào bạch cầu đơn nhân máu cuống rốn (CBMCs) (tế bào/mL)	$\geq 6,6 \times 10^6$ (cao)	28 46,7
	$< 6,6 \times 10^6$ (thấp)	32 53,3

Nhận xét: Nhóm máu cuống rốn có HBsAg (+) chiếm 53,3% và tế bào bạch cầu đơn nhân máu cuống rốn (CBMCs) $\geq 6,6 \times 10^6$ (tế bào/mL) chiếm 46,7%.

Bảng 3.3: Tương quan giữa nồng độ tế bào đơn nhân máu cuống rốn với HBV DNA, nồng độ tế bào đơn nhân máu mẹ

Đặc điểm máu cuống rốn	CBMCs $\geq 6,6 \times 10^6$ (tế bào/mL)	CBMCs $< 6,6 \times 10^6$ (tế bào/mL)	Tổng	Tỷ lệ %	p Yates	p Fisher
Đặc điểm máu mẹ						
PBMCsM cao & HBVDNA cao	2	0	2	6,2	0,414	0,214
PBMCsM cao & HBVDNA thấp	11	0	11	16,4	$< 0,001$	$< 0,001$
PBMCsM thấp & HBVDNA cao	8	23	31	50,2	$< 0,001$	0,002
PBMCsM thấp & HBVDNA thấp	7	9	16	27,2	0,785	1

Nhận xét: Nhóm PBMCsM cao & HBV DNA thấp ở máu mẹ làm tăng khả năng số lượng CBMCs và nhóm PBMCsM thấp & HBV DNA cao ở máu mẹ thấy có giảm số lượng CBMCs.

Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ ở cả hai phương pháp tính Fisher và Yates.

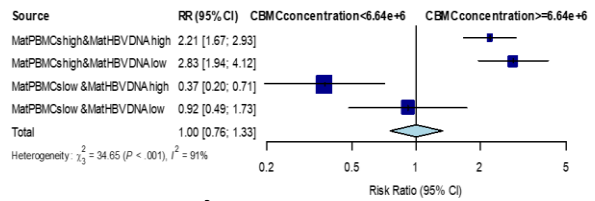
IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.1 cho thấy nhóm tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $27,6 \pm 4,2$ tuổi.

Kết quả định lượng HBV DNA thì có 20/60 trường hợp thuộc nhóm tải lượng vi rút cao ($\geq 5 \times 10^7$ bản sao/mL) chiếm 33,3%. Tỷ lệ HBeAg (+) có 27/60 trường hợp chiếm 45% trong nghiên cứu. Trong máu cuống rốn tỷ lệ HBsAg (+) chiếm 53,3%, HBeAg (+) có 23/60 trường hợp chiếm 38,3% (bảng 3.2).

HBeAg là một phần của kháng nguyên lõi của HBV. Xét nghiệm này có giá trị lớn trong việc đánh giá sự sao chép và nhân bản của HBV. Khi HBeAg dương tính chứng tỏ HBV đang được nhân lên có thể kèm theo khả năng lây lan mạnh. Trên thực tế, HBeAg là một dấu hiệu cho thấy sự nhân lên của vi rút ở mức độ cao và nguy cơ lây truyền theo chiều dọc.

Đối với các bà mẹ có HBeAg (+) có liên quan đến tải lượng HBV DNA cao, các nghiên cứu đã chứng minh được mối liên quan giữa mẹ có HBeAg (+) với khả năng lây nhiễm HBV cho con

**Hình 3.1: Biểu đồ forest về tỷ số nguy cơ nồng độ tế bào đơn nhân tăng cao của máu cuống rốn trong nghiên cứu**

Nhận xét: Nhóm PBMCsM cao & tải lượng HBV DNA thấp thì khả năng số lượng CBMCs tăng cao $\geq 6,6 \times 10^6$ tế bào/mL là 1,83.

Nhóm PBMCsM thấp & tải lượng HBV DNA cao ở máu mẹ thì khả năng số lượng CBMCs $\geq 6,6 \times 10^6$ tế bào/mL giảm đi là 0,63.

vì HBeAg là cấu trúc protein duy nhất có thể vượt qua được sự tuần hoàn rau thai[2].

Vi rút có thể lây nhiễm các tế bào bạch cầu đơn nhân máu ngoại vi và nhân lên, sau đó di chuyển đến tuần hoàn máu của thai nhi[1, 8].

Theo nghiên cứu của Marianna G Mavil-ia, kháng nguyên bề mặt của HBV không thể đi qua rau thai và do đó, dựa vào các yếu tố như tổn thương rau thai, nhiễm trùng, các tế bào bạch cầu đơn nhân mới truyền HBV trong tử cung[4].

Tế bào bạch cầu đơn nhân của máu mẹ bị nhiễm HBV có thể xâm nhập vào dòng máu của thai nhi và gây nhiễm HBV bên trong tử cung. Theo các báo cáo, HBV có thể lây nhiễm tế bào bạch cầu đơn nhân máu ngoại vi và sinh sản trong đó. Các hạt vi rút lây nhiễm cũng có thể được giải phóng bởi các tế bào bạch cầu đơn nhân bị nhiễm HBV[1, 9].

Nghiên cứu của Xu (2015) chỉ ra rằng 57,1% (68/119) tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ trong các trường hợp có chỉ số HBV DNA dương tính, trong số đó có 83,8% (57/68) tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ dương tính với HBV DNA vượt quá giới hạn hàng rào rau thai và xâm nhập vào thai. Như vậy, nhiễm HBV tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ có liên quan đáng kể với nhiễm HBV ở trẻ sơ sinh. Lưu lượng tế bào bạch cầu đơn nhân máu ngoại vi từ mẹ sang thai làm tăng nguy cơ nhiễm HBV gấp 9,5 lần ở trẻ sơ sinh. Những dữ liệu này chỉ ra rằng các tế bào

bạch cầu đơn nhân máu mẹ bị nhiễm HBV góp phần gây nhiễm HBV trong tử cung của trẻ sơ sinh thông qua dòng tế bào bạch cầu đơn nhân máu ngoại vi từ mẹ sang thai[9].

Nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp Mantel-Haenszel để phân tích tỷ số nguy cơ số lượng tế bào bạch cầu đơn nhân tăng cao trong máu cuống rốn.

Qua biểu đồ 3.1 có thể thấy, ở nhóm số lượng tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ tăng cao trên $\geq 8 \times 10^6$ tế bào/mL nhưng tải lượng HBV DNA thấp ($< 5 \times 10^7$ bản sao/mL) thì khả năng số lượng tế bào bạch cầu đơn nhân máu cuống rốn tăng cao ($\geq 6,6 \times 10^6$ tế bào/mL) là 1,83 ($p < 0,001$ ở cả hai phương pháp tính Fisher và Yates).

Ở nhóm số lượng tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ thấp ($< 8 \times 10^6$ tế bào/mL) nhưng tải lượng HBV DNA cao ($\geq 5 \times 10^7$ bản sao/mL) làm khả năng số lượng tế bào bạch cầu đơn nhân máu cuống rốn cao ($\geq 6,6 \times 10^6$ tế bào/mL) giảm đi 0,63 ($p < 0,001$ ở cả hai phương pháp tính Fisher và Yates) (bảng 3.3).

Tuy nhiên, nghiên cứu thời gian ngắn, số liệu chưa đủ lớn để có thể tìm thấy các tương quan khác hơn. Chúng tôi sẽ tiến hành những nghiên cứu tiếp theo để tăng bằng chứng thuyết phục khẳng định những nhận định trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nhóm tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ cao & HBV DNA thấp ở máu mẹ làm tăng số lượng tế bào bạch cầu đơn nhân máu cuống rốn và nhóm tế bào bạch cầu đơn nhân máu mẹ thấp

& HBV DNA cao ở máu mẹ thấy có giảm nồng độ tế bào bạch cầu đơn nhân máu cuống rốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bai G. Q., Li S. H., et al.** (2011), "The study on role of peripheral blood mononuclear cell in HBV intrauterine infection", Arch Gynecol Obstet, 283 (2), pp. 317-21.
2. **Eke Christopher, Onyire Nnamdi, Amadi O. F.** (2016), "Prevention of mother to child transmission of hepatitis B virus infection in Nigeria: A call to action", Nigerian Journal of Paediatrics, 43 pp. 201.
3. **Joshi S. S., Coffin C. S.** (2018), "Hepatitis B virus lymphotropism: emerging details and challenges", Biotechnol Genet Eng Rev, 34 (1), pp. 139-51.
4. **Mavilia M. G., Wu G. Y.** (2017), "Mechanisms and Prevention of Vertical Transmission in Chronic Viral Hepatitis", J Clin Transl Hepatol, 5 (2), pp. 119-29.
5. **Nguyen V. T., Law M. G., Dore G. J.** (2008), "An enormous hepatitis B virus-related liver disease burden projected in Vietnam by 2025", Liver Int, 28 (4), pp. 525-31.
6. **Shi X., Wang X., et al.** (2017), "Impact of HBV replication in peripheral blood mononuclear cell on HBV intrauterine transmission", Front Med, 11 (4), pp. 548-53.
7. **Wang D. D., Yi L. Z., et al.** (2019), "Relationship between Maternal PBMC HBV cccDNA and HBV Serological Markers and its Effect on HBV Intrauterine Transmission", Biomed Environ Sci, 32 (5), pp. 315-23.
8. **Wen W. H., Huang C. W., et al.** (2016), "Quantitative maternal hepatitis B surface antigen predicts maternally transmitted hepatitis B virus infection", Hepatology, 64 (5), pp. 1451-61.
9. **Xu Y. Y., Liu H. H., et al.** (2015), "Peripheral blood mononuclear cell traffic plays a crucial role in mother-to-infant transmission of hepatitis B virus", Int J Biol Sci, 11 (3), pp. 266-73.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ BẰNG HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU KẾT HỢP NHỈ CHÂM

Trần Thị Hồng Ngải¹, Nguyễn Thị Hồng Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng điều trị trẻ rối loạn phổ tự kỷ bằng hoạt động trị liệu kết hợp nhĩ châm. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

Phương pháp: Thử nghiệm lâm sàng có so sánh trước và sau điều trị bằng hoạt động trị liệu kết hợp nhĩ châm trên 36 bệnh nhi được chẩn đoán xác định

rối loạn phổ tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM-V theo YHHD và thuộc thể bệnh Can hòa vượng thịnh theo phân loại của Dương Văn Tâm (Bệnh viện Châm cứu Trung ương). **Kết quả:** Từ bảng số liệu cho thấy, theo bảng kiểm đánh giá mức độ tự kỷ, điểm và các triệu chứng theo thang CARS ở trẻ có xu hướng giảm sau 47 ngày can thiệp, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đối tượng nghiên cứu là dân tộc Kinh, giới tính nữ, tuổi > 48 tháng, được điều trị sớm tại trung tâm tự kỷ có xu hướng cho hiệu quả điều trị tốt hơn với $p < 0,05$. Các trẻ được can thiệp ít có xu hướng đạt hiệu quả điều trị tốt cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. **Kết luận:** Hoạt động trị liệu kết hợp nhĩ châm là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị trẻ rối loạn phổ tự kỷ.

Từ khóa: rối loạn phổ tự kỷ, nhĩ châm.

¹Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hồng Ngải

Email: ngaidtyw72@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2025

Ngày duyệt bài: 27.2.2025