

long-term mortality in patients with heart failure. American Heart Journal. 2007;154(1):102-108. doi:10.1016/j.ahj.2007.03.043

5. **Gottlieb SS, Kop WJ, Ellis SJ, et al.** Relation of depression to severity of illness in heart failure (from Heart Failure And a Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training [HF-ACTION]). Am J Cardiol. 2009;103(9):1285-1289. doi:10.1016/j.amjcard.2009.01.025

6. **Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, et al.** The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. J Am Coll Cardiol. 2004;43(9):1542-1549. doi:10.1016/j.jacc.2003.10.064

7. **Châu Minh Đức.** Nghiên cứu trầm cảm ở bệnh nhân suy tim mạn (2019). Luận văn Tiến sỹ y học. Đại học Y Dược Hồ Chí Minh.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BÁN TRẬT KHỚP VAI SAU NHỒI MÁU NÃO

Dương Thế Ngọc*, Nguyễn Thị Thanh Tú*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bán trật khớp vai sau nhồi máu não tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội. **Đối tượng:** Bệnh nhân được chẩn đoán bán trật khớp vai sau nhồi máu não trong vòng 6 tháng từ tháng 09/2020 đến tháng 09/2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu, Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội đã điều trị 60 bệnh nhân: bệnh nhân tập trung ở độ tuổi 50 đến 70 tuổi (68,33%), đa phần là nam giới (58,33%), hưu trí (51,67%), thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 4 đến 12 tuần (58,33%), Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (83,33%). Tỷ lệ bệnh nhân liệt nửa người phải/trái là 1/1. Khoảng cách BTKV trung bình là $15,66 \pm 4,19$; Điểm NIHSS trung bình lúc vào viện là $12,72 \pm 4,79$ và sức cơ gấp trung bình: $1,65 \pm 1,25$. Đa phần bệnh nhân có đau vai nhẹ, điểm VAS trung bình: $3,22 \pm 1,57$. **Kết luận:** Nghiên cứu đã mô tả được một số lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh bán trật khớp vai sau nhồi máu não.

Từ khóa: Bán trật khớp vai sau nhồi máu não, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF SHOULDER SUBLUXATION AFTER CEREBRAL INFARCTION AT HANOI REHABILITATION HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of factors related to shoulder subluxation after cerebral infarction at Hanoi Rehabilitation Hospital. **Subjects:** Patients have been diagnosed with shoulder subluxation after cerebral infarction within 6 months from September 2020 to September 2021. **Methods:** A cross-sectional study. **Results:** In the study duration, Hanoi Rehabilitation Hospital treated 60 patients: 68.33% of the patients in

our study aged from 50 to 70 years old, 58,33% were male, 51.67% were retirement, most of whom had the duration of this disease of about 4-12 weeks (58.33%). Hypertension was accounted for the highest rate (83.33%). The proportion of patients with right/left hemiplegia was 1/1. The average of shoulder subluxation distance was 15.66 ± 4.19 ; Mean NIHSS score at admission: 12.72 ± 4.79 and Mean Flexion Strength: 1.65 ± 1.25 . Most patients have had mild shoulder pain, average VAS was 3.22 ± 1.57 . **Conclusions:** This study has described the clinical and paraclinical characteristics of the shoulder subluxation after cerebral infarction disease.

Keywords: shoulder subluxation after cerebral infarction, clinical and paraclinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bán trật khớp vai (BTKV) là một biến chứng phổ biến của bệnh liệt nửa người sau tai biến mạch máu não (TBMMN). Tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 17 đến 81% [4]. BTKV nếu không được điều trị kịp thời có thể gây đau vai, tay, tổn thương thần kinh, làm giảm chức năng vận động chi trên và ảnh hưởng đến sự phục hồi chức năng vận động của người bệnh, kéo dài thời gian nằm viện [7]. Vì vậy, điều trị BTKV phải là một phần quan trọng của phục hồi chức năng chi trên. Tại bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội, BTKV sau nhồi máu não (NMN) là một trong những mặt bệnh hay gặp. Với mong muốn có cái nhìn tổng quát về bệnh nhân BTKV sau NMN, từ đó có hướng điều trị hiệu quả hơn nữa, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bán trật khớp vai sau nhồi máu não tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán bán trật khớp vai trên X-quang trên bệnh nhân NMN lần đầu, thời gian bị bệnh < 6

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 12.10.2021

tháng. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tuổi ≥ 16 tuổi. Bệnh nhân không có rối loạn nhận thức hoặc rối loạn nhận thức mức độ nhẹ (điểm MOCA (Montreal Cognitive Assessment) ≥ 22 điểm, không ảnh hưởng tới việc trả lời hoàn thiện bộ câu hỏi).

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân BTKV do NMN kèm theo có tiền sử bệnh lý khớp vai trước đó hoặc gãy xương chi trên bên liệt (mới gãy hoặc chưa liền).

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: 60 bệnh nhân

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

+ Chỉ tiêu về đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, tiền sử.

+ Chỉ tiêu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Vị trí liệt nửa người (phải/trái), liệt bên thuận, điểm NIHSS, mức độ đau (VAS), cơ lực gấp/duỗi/giang vai, khoảng cách BTKV trên X- quang (d BTKV), mức độ BTKV.

+ Tiêu chuẩn xác định một số chỉ tiêu nghiên cứu:

- Khoảng cách BTKV (d BTKV) được tính là khoảng cách từ bờ dưới mỏm cùng vai đến bờ trên chỏm xương cánh tay theo phương thẳng đứng, đơn vị tính mm

- Bán trật khớp vai được xác định trên X-quang khi $d \geq 9,5\text{mm}$ [5].

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành từ tháng 09/2020 đến tháng 09/2021 tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội.

2.4. Thu nhập và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán, tính các tỉ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn SD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Độ tuổi	n (60)	%
≤ 40	3	5,00
40 – 49	11	18,33
50 – 59	20	33,33
60 – 69	21	35,00
≥ 70	5	8,34
Tuổi trung bình	57,52±10,05	
Giới tính	n (60)	%
Nam	35	58,33
Nữ	25	41,67

Nhóm tuổi từ 60- 69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (35,0%). Độ tuổi trung bình là 57,52 \pm 10,05, nhỏ nhất là 29 tuổi, lớn nhất 75 tuổi. Tỉ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ (nam: 58,33%; nữ 41,67%).

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp và thời gian mắc bệnh

Nghề nghiệp	n (60)	%
Lao động trí óc	10	16,66
Lao động tay chân	19	31,67
Hưu trí	31	51,67
Thời gian mắc bệnh	n (60)	%
< 4 tuần	13	21,67
4 – 12 tuần	35	58,33
> 12 tuần	12	20,00

Chủ yếu bệnh xuất hiện ở nhóm hưu trí (51,67%). Đa số bệnh nhân thời gian mắc bệnh 4 – 12 tuần (58,33%).

Bảng 3.3. Tiền sử bệnh nền của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử	n (60)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	50	83,33
Rối loạn lipid máu	20	33,34
Đái tháo đường	12	20,00
Uống rượu	8	13,34
Béo phì	2	3,34
Khác	5	8,34

Trong tổng số 60 bệnh nhân nghiên cứu, có 50 bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, chiếm tỷ lệ cao nhất (83,33%). Các bệnh nền khác cũng phổ biến trong nhóm nghiên cứu là rối loạn lipid máu và đái tháo đường, chiếm tỷ lệ lần lượt là 33,34% và 20,0%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 3.4. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	n (60)	%
Liệt nửa người phải	30	50,00
Liệt bên tay thuận	29	48,33
Điểm NIHSS	12,72 \pm 4,79	
VAS (điểm)	3,22 \pm 1,57	
Cơ lực gấp vai	1,65 \pm 1,25	
Cơ lực duỗi vai	0,97 \pm 1,09	
Cơ lực dạng vai	0,93 \pm 1,12	

Tỉ lệ bệnh nhân liệt nửa người phải/trái là 1/1 và tỉ lệ bệnh nhân liệt bên tay thuận là 48,33%. Điểm NIHSS trung bình lúc vào viện là 12,72 \pm 4,79, tương ứng mức độ khiếm khuyết thần kinh ở mức trung bình; sức cơ gấp vai trung bình là 1,65 \pm 1,25. Cơ lực duỗi vai và dạng vai lần lượt là 0,97 \pm 1,09 và 0,93 \pm 1,12. Đa phần bệnh nhân đau vai nhẹ, VAS trung bình là 3,22 \pm 1,57.

Bảng 3.5. Đặc điểm cận lâm sàng

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$
d BTKV (mm)	15,66 ± 4,19
Mức độ BTKV	1,18 ± 0,39

Phần lớn bệnh nhân BTKV ở mức độ 1 với khoảng cách BTKV trung bình là 15,66 ± 4,19, trong đó thấp nhất là 9,8mm, nhiều nhất là 27,00mm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra rằng hầu hết bệnh nhân NMN tập trung ở độ tuổi 50-70 tuổi, chiếm tỉ lệ 68,33%. Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ cao của NMN, tần suất bị bệnh gia tăng theo tuổi. Tuổi cao thường liên quan nhiều đến xơ vữa động mạch và thường kèm theo nhiều yếu tố nguy cơ khác. Vì vậy, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm hưu trí hay gặp hơn các nhóm nghề nghiệp khác. Trong nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân NMN là nam chiếm phần lớn (58,33%). Có thể giải thích là do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ hơn nữ giới như lạm dụng rượu, hút thuốc lá, căng thẳng, sinh hoạt không điều độ... Theo lý luận y học cổ truyền, NMN thuộc phạm vi chứng trúng phong. Khi người bệnh tuổi càng cao, chính khí càng suy giảm, chức năng tạng phủ càng suy yếu, âm dương mất cân bằng, bên trong nội phong dễ phát tác, bên ngoài ngoại phong thừa cơ xâm phạm mà dễ gây nên chứng trúng phong. Thời gian mắc bệnh từ 4 – 12 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất (58,33%). Nguyên nhân là do sau giai đoạn choáng tủy (giai đoạn cấp), nửa người bên liệt sẽ chuyển sang giai đoạn liệt mềm (thời gian < 4 tuần), với sức nặng của cả cánh tay và các yếu tố khác như đặt tư thế tay trên giường không thích hợp, thiếu sự trợ giúp khi bệnh nhân ngồi dậy hoặc kéo tay bệnh nhân khi vận chuyển/lăn trở sẽ góp phần gây ra BTKV [8]. Trong số các bệnh nền của đối tượng nghiên cứu, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (83,33%). Các nghiên cứu về dịch tễ học đột quỵ cũng chỉ ra rằng tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu của đột quỵ. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng chỉ ra rằng các bệnh nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid không phải là yếu tố nguy cơ của BTKV sau nhồi máu não [3].

Về phân bố bệnh nhân theo vị trí liệt: NMN xảy ra ở cả hai bán cầu gây liệt nửa người (liệt nửa người phải hoặc liệt nửa người trái). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không thấy có sự khác biệt theo tỷ lệ bệnh nhân liệt nửa người trái và liệt nửa người phải. Kết quả này tương đồng với kết quả của Vũ Thường Sơn khi nghiên cứu 120 bệnh nhân nhồi máu não, tỉ lệ

bệnh nhân liệt phải/trái là 1/1 [2]. Điểm NIHSS trung bình lúc vào viện là 12,72 ± 4,79, tương ứng mức độ khiếm khuyết thần kinh ở mức trung bình. Sức cơ gấp vai trung bình là 1,65 ± 1,25. Cơ lực duỗi vai và dạng vai kém hơn, lần lượt là 0,97 ± 1,09 và 0,93 ± 1,12. Đa phần bệnh nhân đau vai nhẹ, VAS trung bình là 3,22 ± 1,57. Phần lớn bệnh nhân BTKV ở mức độ 1 với khoảng cách BTKV trung bình là 15,66 ± 4,19, trong đó thấp nhất là 9,8 mm, nhiều nhất là 27,00 mm. Kết quả này tương đồng với kết quả của Bùi Linh Chi khi nghiên cứu trên 44 bệnh nhân bị BTKV sau đột quỵ tại Trung tâm Phục hồi chức năng – Bệnh viện Bạch Mai với điểm NIHSS trung bình là 10,0; Sức cơ gấp vai trung bình là 1 – 2, đa phần các bệnh nhân đau vai nhẹ và BTKV ở mức độ 1 [1]. Suethanapornkul và cộng sự chỉ ra có sự tăng đáng kể đau vai ở bệnh nhân BTKV sau 2 đến 6 tháng đột quỵ. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Joynt và cộng sự thì không tìm thấy điều này. Do đó, chưa thể khẳng định rằng BTKV có liên quan đến đau vai [6], [9].

V. KẾT LUẬN

1. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 57,52 ± 10,05 tuổi. Tỷ lệ nam cao hơn nữ (nam chiếm 58,33%, nữ chiếm 41,67%). Phần lớn bệnh nhân là hưu trí (51,67%). Thời gian bị bệnh chủ yếu từ 4 đến 12 tuần (58,33%). Trong số các bệnh nền, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (83,33%).

2. Tỷ lệ bệnh nhân liệt nửa người phải/trái là 1/1. Hầu hết bệnh nhân BTKV ở mức độ 1 với khoảng cách BTKV trung bình là 15,66 ± 4,19; Điểm NIHSS trung bình lúc vào viện là 12,72 ± 4,79 và sức cơ gấp trung bình là 1,65 ± 1,25. Đa phần bệnh nhân đau vai nhẹ, VAS trung bình là 3,22 ± 1,57.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Linh Chi (2018)**, Đánh giá hiệu quả điều trị kết hợp kích thích điện chức năng trên bệnh nhân bán trật khớp vai sau đột quỵ, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Vũ Thường Sơn (1995)**, Góp phần nghiên cứu điện châm phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân thiếu máu não cục bộ hệ động mạch cảnh, Luận án PTS Khoa học Y dược, Học viện Quân Y.
3. **Daviet J.C., Salle J.Y., Borie M.J. et al. (2002)**. Clinical factors associate with shoulder subluxation in stroke patients. Ann Readaptation Med Phys Rev Sci Soc Francaise Reeducation Fonct Readaptation Med Phys, 45(9), 505–509.
4. **Eljabu W, Klinger HM, von Knoch M.** The natural course of shoulder instability and treatment trends: a systematic review. J Orthop Traumatol Off J Ital Soc Orthop Traumatol. 2017;18(1):1-8. doi:10.1007/s10195-016-0424-9.
5. **Hall J., Dudgeon B., và Guthrie M. (1995).**

- Validity of clinical measures of shoulder subluxation in adults with poststroke hemiplegia. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc*, 49(6), 526–533.
6. **Joynt R.L. (1992)**. The source of shoulder pain in hemiplegia. *Arch Phys Med Rehabil*, 73(5), 409–413.
7. **Kumar P, Kassam J, Denton C, Taylor E, Chatterley A.** Risk factors for inferior shoulder subluxation in patients with stroke. *Phys Ther Rev*. 2010;15(1):3-11. doi:10.1179/174328810X12647087218596.
8. **McCreesh K.M., Crotty J.M., và Lewis J.S. (2015)**. Acromioclavicular distance measurement in rotator cuff tendinopathy: is there a reliable, clinically applicable method? A systematic review. *Br J Sports Med*, 49(5), 298–305.
9. **Suethanapornkul S., Kuptniratsaikul P.S., Kuptniratsaikul V. và cộng sự. (2008)**. Post stroke shoulder subluxation and shoulder pain: a cohort multicenter study. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet*, 91(12), 1885–1892.

NHẬN XÉT NỒNG ĐỘ AFP, AFP-L3, PIVKA II VÀ ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM Ổ BỤNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN B TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Cẩm Phương¹, Nguyễn Đức Luân¹, Nguyễn Thuận Lợi¹, Nguyễn Quang Hùng¹, Nguyễn Hữu Bằng², Đậu Quang Liêu³, Hoàng Thùy Nga³, Nguyễn Thị Chi³, Võ Thị Huyền Trang¹, Nguyễn Thị Hoa Mai¹, Ngô Thị Phương Nhung² và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét nồng độ AFP, AFP-L3, PIVKA II và đặc điểm siêu âm ổ bụng ở bệnh nhân viêm gan B tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu 311 bệnh nhân viêm gan B được làm xét nghiệm AFP, AFP-L3, PIVKA II và siêu âm ổ bụng từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 3 năm 2021. **Kết quả nghiên cứu:** Nhóm tuổi thường gặp nhất từ 41-70 tuổi (68,5%). Tuổi trung bình 48,7±12,3 tuổi, bệnh gặp nhiều ở nam hơn nữ (gấp 2,5 lần). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất gồm: chán ăn (25,7%), mệt mỏi (32,5%), đau bụng hạ sườn phải (16,7%), chướng bụng (16,7%), vàng da (17,4%). 77,5% bệnh nhân không có xơ gan, và 22,5% bệnh nhân có xơ gan. 2,3% bệnh nhân mắc cả viêm gan B và viêm gan C. Giá trị trung vị của AFP, AFP-L3, PIVKA ở nhóm tăng các chỉ số này lần lượt là 17,2 ng/mL; 9,4% và 24,0 mAU/mL tương ứng. Có 7,4% bệnh nhân có khối u gan trên siêu âm trong đó 78,3% u gan có kích thước dưới 3 cm. Các tổn thương u gan đều là tổn thương lành tính. **Kết luận:** Nồng độ AFP, AFP-L3, PIVKA ở bệnh nhân viêm gan B có kèm theo xơ gan hoặc không và ngưỡng tăng không cao. Với nhóm bệnh nhân này cần lưu ý để theo dõi định kỳ nhằm phát hiện sớm ung thư gan.

Từ khóa: Viêm gan B, siêu âm ổ bụng, AFP, AFP-L3, PIVKA

SUMMARY

COMMENTING ON THE CONCENTRATION OF AFP, AFP-L3, PIVKA II AND CHARACTERISTICS OF ABDOMINAL ULTRASOUND IN HEPATITIS B PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Aim: commenting on the concentration of AFP, AFP-L3, PIVKA II and characteristics of abdominal ultrasound in hepatitis B patients at Bach Mai hospital. **Patients and methods:** Prospective study of 311 hepatitis B patients from October 2019 to March 2021. **Results:** The most common age group was 41-70 years old (68, 5%). The average age was 48.7±12.3 years old, the disease was more common in men than women (2.5 times). The most common clinical symptoms include: Anorexia (25.7%), fatigue (32.5%), right lower quadrant abdominal pain (16.7%), abdominal distension (16.7%), jaundice (17.4%). 77.5% of patients did not have cirrhosis, and 22.5% of patients had cirrhosis. 2.3% of patients had both hepatitis B and C. Median of AFP, AFP-L3, PIVKA in the elevated group are 17.2 ng/mL; 9.4%; 24.0 mAU/mL, respectively. 23 patients had liver tumors (7.4%) of which 78.3% of tumors are less than 3 cm. All tumor lesions are benign. **Conclusion:** AFP, AFP-L3, PIVKA levels can be increased in hepatitis B with/without cirrhosis but not high. In this group, we should follow up regularly to detect liver cancer.

Keyword: Hepatitis B, abdominal ultrasound, AFP, AFP-L3, PIVKA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là nước thuộc khu vực Đông Nam Á, nơi có tỉ lệ viêm gan virus B và C cao, tình hình lạm dụng rượu ngày càng phổ biến. Chính vì vậy, tỉ lệ bệnh gan mạn tính và xơ gan ngày càng gia tăng. Có nhiều yếu tố nguy cơ tác động đến sự hình thành và phát triển của ung thư gan như

¹Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai

²Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Phương

Email: phamcamphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 15.10.2021