

- head cancer: the significance of preoperative CT parameters. *Clinical radiology*. 73(6): p. 564-573.
5. **Lê Hồng Kỳ** (2010), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u vùng bóng Vater. Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
 6. **Nguyễn Xuân Khải, T.C.H.** (2013), Giá trị của chụp cắt với vi tính 64 dãy trong chẩn đoán u đầu tụy. *Y học thực hành*. 837(6): p. 72-74.
 7. **Alexakis, N., et al.** (2019), Variant hepatic arterial anatomy encountered during pancreatoduodenectomy does not influence postoperative outcomes or resection margin status: A matched pair analysis of 105 patients. *Journal of surgical oncology*. 119(8): p. 1122-1127.
 8. **Sugimachi K., B.Y., Iguchi T.** (2018), Surgical anatomy of the pancreas and the Periapillary region, in *Surgery for Pancreatic and Periapillary Cancer*. p. 1-10.
 9. **Kaneko, O.F., et al.** (2010), Performance of Multidetector Computed Tomographic Angiography in Determining Surgical Resectability of Pancreatic Head Adenocarcinoma. *Journal of Computer Assisted Tomography*. 34(5): p. 732-738.
 10. **Kulkarniv, N.M.** (2019), Clinical Staging of Pancreatic Cancer with MDCT and MRI, in *Management of Localized Pancreatic Cancer*. Springer. p. 9-28.

BÁO CÁO NHẬN 1 TRƯỜNG HỢP U CƠ TRƠN BÀNG QUANG ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG NIỆU ĐẠO

Ngô Đậu Quyên^{1,2}, Nguyễn Duy Trí Dũng¹, Mẫn Văn Chung², Nguyễn Thị Thanh Hằng², Võ Văn Minh²

TÓM TẮT

U cơ trơn bàng quang là bệnh lý hiếm gặp, chiếm ít hơn 0,5% tổng số các khối u bàng quang. Bệnh nhân u cơ trơn bàng quang có thể không có triệu chứng, nhưng phần lớn có triệu chứng tắc nghẽn, triệu chứng kích thích, đái ra máu,... Vì u nằm phía trong lớp cơ bàng quang là vị trí phổ biến nhất, nên nội soi cắt u qua đường niệu đạo (TURBT) là phương pháp điều trị chính cho u bàng quang nội mạc nhỏ. Nếu khối u lớn hoặc u ở lớp cơ bàng quang hoặc u ngoài lớp cơ phát triển ra ngoài bàng quang, nên xem xét cắt bỏ một phần khối u hoặc cắt bàng quang bán phần. Điều trị phẫu thuật, khi vết cắt đủ rộng, hầu như luôn rất hiệu quả, để lại tỷ lệ tái phát rất thấp và không có triệu chứng, khẳng định tính chất lành tính của u bàng quang và tiên lượng tốt của chúng. Để bàn luận thêm về triệu chứng lâm sàng cũng như chẩn đoán, phương pháp điều trị, chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng về u cơ trơn bàng quang được phát hiện một cách tình cờ khi đi khám sức khỏe định kỳ.

Từ khóa: bàng quang, u cơ trơn bàng quang, nội soi cắt u qua đường niệu đạo.

SUMMARY

REPORT A CASE OF BLADDER LEIOMYOMA UNDERWENT ENDOSCOPIC TRANSURETHRAL SURGERY

Bladder leiomyomas is a rare disease that represent less than 0.5% of all bladder tumors. Patients with bladder leiomyomas can be asymptomatic, but the majority present with

obstructive symptoms, irritative symptoms, haematuria... As the endovesical is the most common location, TURBT is the mainstay of therapy for small endovesical bladder leiomyoma. If the tumour is large and intramural or extravesical, a segmental resection and partial cystectomy should be considered. Surgical treatment, when the excision is wide enough, is almost always very effective, leaving a very low recurrence rate, and with no symptoms, confirming the benign nature of bladder leiomyomas and their excellent prognosis. To discuss more about the clinical symptoms as well as the diagnosis, treatment of bladder leiomyoma, we present a clinical case of bladder leiomyoma that was accidentally discovered during periodically health examination.

Keywords: bladder, bladder leiomyoma, transurethral resection of bladder tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ trơn bàng quang là loại u trung mô lành tính hiếm gặp và chiếm ít hơn 0,5% của tất cả các khối u bàng quang. Những khối u này xảy ra phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và có mô bệnh học tương tự như u cơ trơn tử cung. Bệnh nhân u cơ bàng quang có thể không có triệu chứng lâm sàng, nhưng hầu hết trong số bệnh nhân có triệu chứng tắc nghẽn và kích thích (lần lượt là 49% và 38%) và tiểu máu (11%) [1]. Sinh lý bệnh những tổn thương này vẫn chưa được biết rõ nhưng có 4 giả thuyết được đưa ra đó là: rối loạn nội tiết tố đặc biệt liên quan đến estrogen; quá trình tạo tế bào như một phần phôi thai của mô nằm trong bàng quang phát triển thành u cơ mạch máu; nhiễm trùng cơ bàng quang dẫn đến viêm và phát triển của khối u; viêm quanh mạch dẫn đến biến đổi nguồn cung cấp mạch máu trong bàng quang gây chuyển sản cơ sau viêm [1]. Phương pháp

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đậu Quyên

Email: ngodauquyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023

chẩn đoán u thường có sẵn bao gồm siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ và nội soi bàng quang nhưng mô bệnh học là kỹ thuật dùng để chẩn đoán xác định [2]. Nhìn chung tình trạng bệnh có tiên lượng tương đối tốt. Trong báo cáo này, chúng tôi xin trình bày một trường hợp lâm sàng không có triệu chứng được thực hiện phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

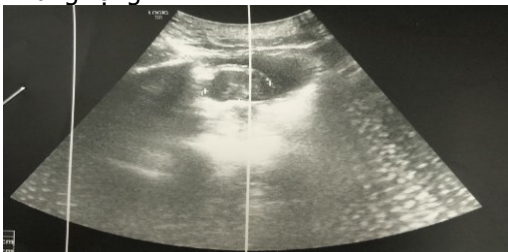
II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Triệu Văn Q, nam 36 tuổi, địa chỉ Thống Nhất, Thành phố Hòa Bình, Hòa Bình, vào viện ngày 09/03/2021.

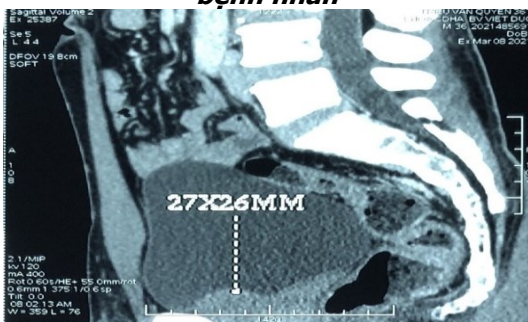
Bệnh nhân có tiền sử khám định kỳ phát hiện ra khối u bàng quang tháng 06/2020 tại bệnh viện Hòa Bình, được cho về theo dõi. Sau đó đến tháng 02/2021 khám lại phát hiện thấy khối u kích thước to lên chuyển bệnh viện Việt Đức.

Qua thăm khám, bệnh nhân tiếp xúc tốt, thể trạng bình thường, BMI 21,2; không sốt, bụng mềm, không đái máu, không có cầu bàng quang, không có triệu chứng tắc nghẽn, không có hội chứng kích thích.

Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng tiêm thuốc cản quang và cộng hưởng từ có hình ảnh vùng cổ bàng quang lệch phải có khối kích thước 27x26 mm, giới hạn tương đối rõ, khối phát triển đẩy lùi vào trong và ra ngoài bàng quang, thành trước trên bàng quang có điểm dày khư trú 4mm trên vùng rộng 12x11mm.



Hình 1. Hình ảnh siêu âm hệ tiết niệu của bệnh nhân

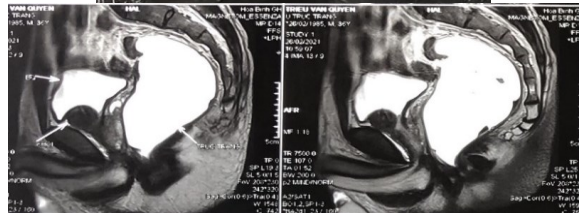


Hình 2. Hình ảnh CT scan ổ bụng tiêm thuốc cản quang của bệnh nhân

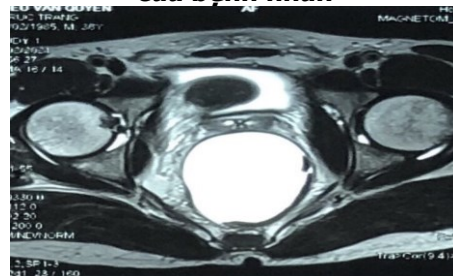
Xét nghiệm chính: Ure 4,3 mmol/L, Creatinin 77 µmol/L, số lượng bạch cầu máu (WBC) 8,2

G/L, bạch cầu nước tiểu âm tính, hồng cầu nước tiểu 10 Cell/µL. PSA toàn phần: 0,519 ng/mL, PSA tự do: 0,145 ng/mL.

Khám tim mạch và hô hấp không có chống chỉ định phẫu thuật.

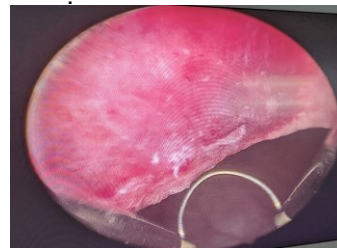


Hình 3. Hình ảnh cộng hưởng từ tiểu khung của bệnh nhân

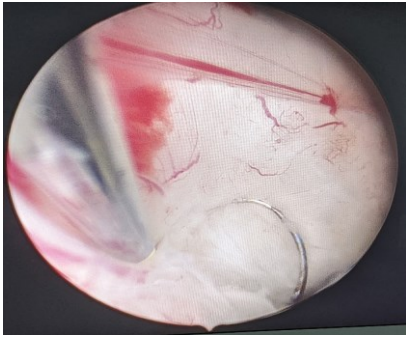


Hình 4. Hình ảnh khối u cơ trơn (mũi tên) trên phim cộng hưởng từ của bệnh nhân

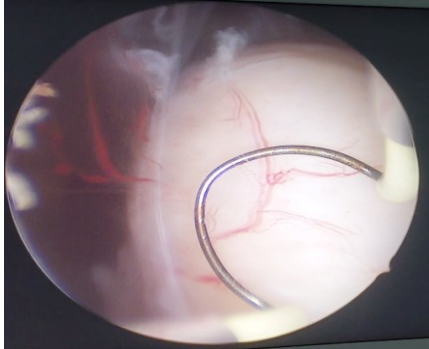
Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi bàng quang bóc u ngày 10/03/2021: Nội soi bàng quang thấy 2 lỗ niệu quản ở vị trí bình thường, nước tiểu lưu thông qua lỗ niệu quản tốt, tổ chức u vùng sát cổ bàng quang lệch phải góc 10h kích thước khoảng 3 cm đẩy lùi vào lòng bàng quang, tổ chức u tròn nhẵn, dưới niêm mạc, mật độ chắc, tổ chức ranh giới rõ với xung quanh. Sau đó bệnh nhân được bóc u trọn khối, cắt u thành mảnh nhỏ, bơm rửa lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.



Hình 5. Lớp niêm mạc bàng quang phủ lên khối u

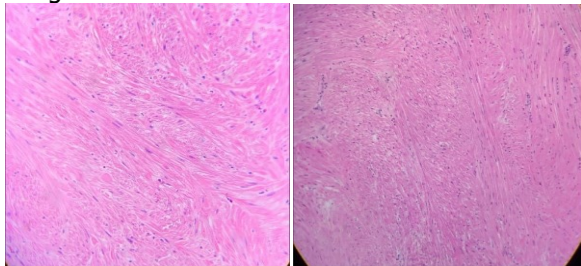


Hình 6. Hình ảnh khối u cơ trơn sau khi cắt bỏ lớp niêm mạc bàng quang bao phủ



Hình 7. Khối u được bóc ra trọn khối vào lòng bàng quang

Kết quả giải phẫu bệnh: U cơ trơn (Leiomyome), tế bào cơ tích trữ Glycogen: Khối u gồm các sợi cơ trơn tăng sinh, các tế bào u sắp xếp thành từng bó bất chéo nhau, nhân nhỏ, đều, chất nhiễm sắc mịn, không thấy nhân chia, bào tương rộng bắt màu toan, mô đệm 1 số vùng thoái hóa kính.



Hình 8. Hình ảnh mô bệnh học tổ chức u cơ trơn

Sau phẫu thuật 2 ngày, bệnh nhân được rút sonde tiểu, ổn định và ra viện.

Một tháng sau khi phẫu thuật (12/04/2021), bệnh nhân đi tái khám. Lâm sàng ổn định, không có biểu hiện đái máu, không có triệu chứng tắc nghẽn và triệu chứng kích thích. Bệnh nhân được siêu âm và chụp phim cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc không thấy hình ảnh khối u tái phát.



Hình 9. Hình ảnh cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc sau 1 tháng

III. BÀN LUẬN

Leiomyoma là một khối u cơ trơn lành tính có thể xuất hiện ở bất kỳ cơ quan nào [3]. Trong hệ tiết niệu, vị trí thường gặp ở bàng quang, là khối u trung mô lành tính phổ biến nhất của cơ quan này, tuy vậy nó cũng chỉ đại diện cho < 0,5% các khối u ở bàng quang [2]. Cho đến nay đã có khoảng 250 trường hợp được báo cáo, hầu hết có kích thước dưới 10 cm, trường hợp có kích thước lớn nhất được ghi nhận là 30cm [2]. Tỷ lệ phụ nữ chiếm ưu thế (70%), và thường gặp ở những người ở độ tuổi từ 30 – 60 tuổi, với độ tuổi trung bình là 44 tuổi [2].

Các u cơ trơn bàng quang được phát sinh trong lớp dưới niêm mạc, chia thành ba loại dựa trên vị trí của chúng trong thành bàng quang là u nằm phía trong lớp cơ bàng quang, u nằm phía ngoài lớp cơ bàng quang và u trong nội thành lớp cơ bàng quang [2]. Loại phổ biến nhất là loại u nằm phía trong lớp cơ bàng quang (63% – 86%), trong khi loại ít phổ biến nhất là khối u trong nội thành lớp cơ bàng quang (3% – 7%) [2]. Bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi thuộc nhóm bệnh u nằm phía trong lớp cơ bàng quang, là nhóm thường gặp nhất.

U cơ trơn bàng quang thường biểu hiện với

các triệu chứng tắc nghẽn hoặc kích thích đường tiểu dưới, biểu hiện cấp tính với tình trạng bí tiểu hay chèn ép niệu quản hiếm gặp, bên cạnh đó một số trường hợp không có bất kỳ triệu chứng lâm sàng nào [4], [5]. Đã có một trường hợp báo cáo u cơ trơn bàng quang gây ra suy thận cấp do tắc nghẽn [6]. Các triệu chứng của u cơ bàng quang liên quan chặt chẽ đến vị trí và kích thước của khối u. Cụ thể các khối u phát triển vào lòng bàng quang thường gây ra triệu chứng tắc nghẽn, kích thích hoặc đái máu dai dẳng; còn các u nội thành bàng quang hay u phát triển ra ngoài bàng quang, đặc biệt là các khối u nhỏ thường không biểu hiện ra các triệu chứng lâm sàng. Trong trường hợp của chúng tôi, khối u phát triển vào lòng bàng quang và gần cổ bàng quang tuy nhiên có thể do được phát hiện sớm khi khối u còn nhỏ nên chưa biểu hiện ra triệu chứng lâm sàng.

Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, nội soi bàng quang là các phương pháp có thể chẩn đoán bệnh, nhưng chẩn đoán xác định cần dựa vào kết quả mô bệnh học. Siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh ban đầu phổ biến nhất để phát hiện khối u cơ bàng quang với đặc điểm là khối giảm âm đồng nhất, với bờ bao quanh ít mạch máu trên siêu âm màu, tuy vậy trong nhiều trường hợp có thể nhầm lẫn với ung thư bàng quang [3]. Trên phim cắt lớp vi tính, u cơ trơn bàng quang thường biểu hiện dưới dạng khối tròn đều, dày đặc đồng nhất hướng tâm với viền bao quanh ranh giới rõ. Cộng hưởng từ được cho là có giá trị vượt trội hơn các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác, với biểu hiện là khối u có cường độ tín hiệu trung gian trên T1 và cường độ tín hiệu hỗn hợp trên T2. MRI có thể có độ đặc hiệu cao hơn đối với thành phần trung mô của những khối u cơ trơn bàng quang và sẽ xác định vị trí của nó so với thành bàng quang và khối u. U cơ trơn bàng quang trên MRI có cường độ thấp cả trên trình tự T1 và T2, với vùng ngoại vi nhẵn. Sau khi tiêm môi trường tương phản gadolinium, nhiều kiểu tăng cường có thể xảy ra; một số u cơ trơn bàng quang sẽ tăng cường đồng nhất, trong khi những u khác thì không. Nếu có một vùng thoái hóa nang cùng tồn tại, nó sẽ xuất hiện dưới dạng tín hiệu cường độ cao trên ảnh T2W và sẽ không tăng lên với phương tiện tương phản. Trong cả hai trường hợp, tất cả các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh không bao giờ loại trừ được bệnh lý ác tính, và do đó luôn cần mô bệnh học để nghiên cứu can thiệp điều trị thích hợp. Nội soi bàng quang chủ yếu có giá trị trong quá

trình chẩn đoán u cơ trơn bàng quang phát triển vào lòng bàng quang và u cơ trơn bàng quang có triệu chứng, ngoài ra nó còn là công cụ để sinh thiết chẩn đoán và phẫu thuật điều trị.

Điều trị u cơ trơn bàng quang chủ yếu là phẫu thuật. Hiện nay có nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng để điều trị u cơ trơn bàng quang như: mổ mở, nội soi qua đường niệu đạo, nội soi qua đường ổ bụng, phẫu thuật robot,...Lựa chọn phương pháp phẫu thuật chủ yếu dựa vào kích thước và vị trí khối u. Các khối u nhỏ và dễ tiếp cận thường được điều trị bằng cách cắt bỏ khối u cơ trơn bàng quang qua đường niệu đạo (TURBT), trong khi đó các khối u lớn, vị trí không thuận lợi, khó nhận biết như cổ bàng quang có thể mổ mở hoặc qua nội soi đường bụng cắt bỏ u. Ở bệnh nhân của chúng tôi, khối u có kích thước tương đối nhỏ với đường kính lớn nhất 27mm tại vùng cổ bàng quang lệch phải. Mặc dù ở vị trí không phải quá thuận lợi nhưng với kích thước nhỏ chưa có dấu hiệu chèn ép nên nội soi cắt u qua đường niệu đạo là một phương pháp hợp lý được đặt ra. Phương pháp cắt u qua nội soi đường niệu đạo là một phương pháp ít xâm lấn, vừa có tác dụng chẩn đoán và điều trị, hậu phẫu nhẹ nhàng, ít tai biến trong mổ cũng như biến chứng sau mổ. Bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi, hậu phẫu ổn định không có biến chứng, được xuất viện sau phẫu thuật 2 ngày. Nhược điểm được đề cập trong nội soi cắt u qua đường niệu đạo là có thể cắt không hết u cơ trơn bàng quang. Trong bài đánh giá của Goluboff và cộng sự, có 38% được điều trị bằng nội soi cắt u qua đường niệu đạo, trong đó 18% bệnh nhân trong nhóm này phẫu thuật lại lần thứ hai do cắt bỏ không hoàn toàn [2]. Tuy nhiên trong báo cáo của chúng tôi, khối u kích thước 27mm đã được loại bỏ hoàn toàn, chụp phim sau một tháng hoàn toàn không thấy sự tái phát hay còn tổ chức u cơ bàng quang. Do đó, phẫu thuật cắt u qua đường niệu đạo vẫn là một phương pháp an toàn, ít xâm lấn mang lại hiệu quả cao trong điều trị u cơ trơn bàng quang.

IV. KẾT LUẬN

U cơ trơn bàng quang là một bệnh hiếm gặp, lành tính, tiên lượng tốt. Việc cắt bỏ hoàn toàn khối u là một giai đoạn quan trọng trong quản lý u cơ trơn bàng quang không triệu chứng và loại trừ khối u ác tính. Điều trị phẫu thuật cắt u qua đường niệu đạo hầu như vẫn rất hiệu quả, an toàn, để lại tỷ lệ tái phát rất thấp và là phương pháp điều trị chính cho các khối u nhỏ và dễ tiếp

cận. Bài báo này chỉ trình bày kinh nghiệm về 1 trường hợp lâm sàng về 1 bệnh lý hiếm gặp vì vậy cần phải có thêm thời gian theo dõi sau mổ cũng như một cỡ mẫu lớn hơn để có thể hiểu thêm về bệnh lý u cơ trơn bàng quang cũng như là các phương pháp phẫu thuật khác để điều trị bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Goluboff ET, O'Toole K, Sawczuk IS.** Leiomyoma of bladder: report of case and review of literature. *Urology*. 1994;43(2):238-41.
- Khater N, Sakr G.** Bladder leiomyoma: Presentation, evaluation and treatment. *Arab J Urol*. 2013;11(1):54-61.
- Xin J, Lai HP, Lin SK, Zhang QQ, Shao CX, Jin L, et al.** Bladder leiomyoma presenting as dyspareunia: Case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(28):e3971.
- Agrawal SK, Agrawal P, Paliwal S, Yadav C.** Bladder neck leiomyoma presenting with acute retention of urine in an elderly female. *J Midlife Health*. 2014;5(1):45-8.
- Erdem H, Yildirim U, Tekin A, Kayikci A, Uzunlar AK, Sahiner C.** Leiomyoma of the urinary bladder in asymptomatic women. *Urol Ann*. 2012;4(3):172-4.
- Loh CS RC, Jenkins BJ.** Bladder neck leiomyoma causing obstructive renal failure. *Scandinavian journal of urology and nephrology*. 1996;30(6):495-6.

TỶ LỆ XẢY RA CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG TRONG LÚC LỌC MÁU TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT: NGHIÊN CỨU ĐOÀN HỆ HỒI CỨU

Nguyễn Bách¹, Vũ Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Bảo Thúy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: tìm hiểu tỷ lệ xảy ra các tai biến, biến chứng ở bệnh nhân lọc máu cấp cứu và chu kỳ tại bệnh viện Thống Nhất, TP. HCM. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng: 62,880 ca lọc máu cấp cứu và chu kỳ tại Khoa Thận – Lọc máu, BV Thống Nhất với độ tuổi trung bình 70,47±14,42 trong khoảng thời gian từ tháng 1/1/2020 đến tháng 31/12/2022. Phương pháp nghiên cứu: Thống kê mô tả, đoàn hệ hồi cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ xảy ra tai biến, biến chứng trong lúc lọc máu tính chung cả 03 năm, năm 2020, 2021, 2022 lần lượt là 0,619%, 0,756%, 0,627% và 0,502% (p > 0,05). Đặc điểm các ca xảy ra tai biến, biến chứng lớn tuổi (70,47±14,42), 84,32% BN là lọc máu chu kỳ, 40,36% đang lọc máu qua catheter, xảy ra vào giờ thứ 3 (24,94%) và giờ thứ 4 (36,50%). Biến chứng hạ huyết áp và đông màng lọc ở các ca lọc máu không dùng kháng đông với tỷ lệ lần lượt là 0,256% và 0,148%. Trong số những ca xảy ra biến chứng 63,50% bệnh nhân vẫn tiếp tục lọc máu được, 10,03% phải ngưng lọc máu do tình trạng nặng. Tỷ lệ biến chứng ngưng tim ngưng thở, tử vong ngay trong lọc lần lượt là 1,54% và 0,77%. **Kết luận:** Các tai biến, biến chứng xảy ra trong lọc máu cấp cứu và chu kỳ tại Khoa Thận – Lọc máu BV Thống Nhất trong thời gian 03 năm (2020-2022) chiếm tỷ lệ 0,619%. Thường gặp nhất là hạ huyết áp và đông màng lọc ở các ca lọc máu không dùng kháng đông. Thường xảy ra vào giờ thứ 4; 63,50% bệnh nhân được xử trí ổn và

tiếp tục lọc máu. Cần có nghiên cứu tiếp theo về nguyên nhân, yếu tố nguy cơ xảy ra tai biến và biện pháp giảm tỷ lệ xảy ra các biến cố này.

SUMMARY

THE INCIDENCE OF COMPLICATIONS DURING HEMODIALYSIS AT THONG NHAT HOSPITAL IN VIETNAM: A COHORT RETROSPECTIVE STUDY

Objective: The objective of this study was to find out the rate of acute and chronic complications in hemodialysis patients at Thong Nhat hospital, Ho Chi Minh City. **Patients and methods:** Patients: 62,880 emergency and hemodialysis cases at the Department of Nephrology - Hemodialysis, Thong Nhat Hospital with the mean age of 70.47±14.42 in the period of January 1, 2020 to December 31, 2022. Methods: Descriptive and retrospective cohort. **Results:** Prevalence of complications during hemodialysis for the 3 years, the year 2020, 2021, and 2022 is 0.619%, 0.756%, 0.627% and 0.502 respectively (p > 0.05). Characteristics of the patients occurred complications are old age (70.47±14.42), 84.32% of the patients were chronic hemodialysis, using catheters (40.36%), occurred in the 4th hours (36.50%). Hypotension and dialyser clotting in dialysis patients non-heparin were 0.256% and 0.148%, respectively. Among the cases that the complications occurred, 63.50% of patients were still on hemodialysis, 10.03% had to stop hemodialysis due to severe condition. The rate of cardiac arrest, and death on hemodialysis was 1.54% and 0.77% respectively. **Conclusion:** Prevalence of complications occurred during hemodialysis at the Thong Nhat Hospital for 3 years (2020-2022) was 0.619%. The most common complications were hypotension and dialyser clotting in non-heparin dialysis patients. The complications were occurred in the 4th hour of section; 63.50% of patients were managed well and continued on hemodialysis.

¹Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP.HCM

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Bách

Email: nguyenvbach96@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023