

thang đo MBI. Tương tự như vậy, một số nghiên cứu cho thấy rằng những nhân viên trẻ hơn hoặc những người có kinh nghiệm làm việc thấp hơn đã trải qua mức độ kiệt sức cao hơn ở Iran và các quốc gia khác [4].

Những kết quả này chứng minh rằng những năm đầu của nghề có thể là những năm thử thách nhất. Lý do có thể đằng sau vấn đề này nằm ở việc các nhân viên lớn tuổi trải qua nhiều tình huống khác nhau tại nơi làm việc theo thời gian và họ có thể dần học được cách xử lý các tình huống khó khăn. Do đó, những đối tượng này có thể ít gặp phải tình trạng kiệt sức hơn. Ngoài ra Singh và cộng sự cho thấy tuổi tác và kinh nghiệm làm việc không ảnh hưởng đến mức độ kiệt sức của các bác sĩ X-quang [7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang cho thấy tình trạng kiệt sức của đối tượng nghiên cứu ở mức độ trung bình. Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng kiệt sức chủ yếu do thời gian trực trong tuần kéo dài, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác chỉ tác động một phần đến tình trạng kiệt sức. Trong khi đó, thì thời gian trực trong tuần yếu tố ảnh hưởng mạnh mẽ đến tình trạng kiệt sức của điều dưỡng. Từ kết quả này gợi ý cho các nhà quản lý có cái nhìn tổng quan về tình trạng kiệt sức của đối tượng này và có các chính sách hay cách giải quyết phù hợp nhằm ngăn ngừa tình trạng kiệt sức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Depression: what is burnout?** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279286/> updated on January 12, 2017.
2. **Maslach C, Jackson SE, Leiter MP.** Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Menlo Park, CA: Mind Garden; 1996.
3. **Klersy C, Callegari A, Martinelli V, Vizzardi V, Navino C, Malberti F, et al.** Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy--a multicentre study. *Nephrol Dial Transplant.* 2007; 22(8): 2283-90.
4. **Demirci S, Yildirim YK, Ozsaran Z, Uslu R, Yalman D, Aras AB.** Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Med Oncol.* 2010; 27(3): 968-74.
5. **Nguyễn Thị Thu Hương, Phạm Minh Khuê, Nguyễn Thị Minh Ngọc, Phạm Thanh Hải.** Nghiên cứu tình trạng kiệt sức của điều dưỡng viên lâm sàng tại bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng năm 2019. *Tạp chí y học dự phòng* 2019; 29(9): 94-102.
6. **Rezaei O, Habibi K, Arab Ghahestany D, Sayadnasiri M, Armoon B, Khan V, et al.** Factors related to job burnout among nurses in the Razi Psychiatric Hospital, Iran. *Int J Adolesc Med Health.* 2018.
7. **Singh N, Knight K, Wright C, Baird M, Akroyd D, Adams RD, et al.** Occupational burnout among radiographers, sonographers and radiologists in Australia and New Zealand: Findings from a national survey. *J Med Imaging Radiat Oncol.* 2017; 61(3):304-10.
8. **Nguyen HTT, Kitaoka K, et al.** Burnout Study of Clinical Nurses in Vietnam: Development of Job Burnout Model Based on Leiter and Maslach's Theory. *Asian Nursing Research* 2018; 12(1): 42-49.
9. **Akroyd D, Caison A, Adams RD.** Burnout in radiation therapists: The predictive value of selected stressors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2002; 52(3): 816-21.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CÁC TRƯỜNG HỢP CHỮA SẸO MỔ LẤY THAI ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc*, Vũ Ngân Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các trường hợp chữa sẹo mổ lấy thai được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả. **Kết quả:** Triệu chứng ra máu âm đạo chiếm 49,2%, đau bụng với ra máu âm đạo chiếm 22%, triệu chứng băng huyết chiếm 5,1%. Trên siêu âm là khối âm vang hỗn hợp chiếm 42,4%, tuổi thai từ 8 tuần trở lên chiếm 35,6%. Biến chứng chảy máu phải truyền máu nhiều nhất nhóm có nồng độ

βhCG trước điều trị < 10.000 mIU/ml chiếm 42,9%, giải phẫu bệnh gai rau thoái hóa chiếm tỷ lệ cao nhất là 69,5%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng là ra máu ít một và siêu âm cho kết quả chính xác chữa sẹo mổ lấy thai.

Từ khóa: Chữa sẹo mổ lấy thai.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF CESAREAN SCAR SECTION AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY

Objectives: To describe clinical and sub-clinical characteristics of cesarean scar section which was operated at National hospital of Obstetrics and Gynecology. **Methodology:** This is a prospective study. **Results:** Vaginal bleeding was 49.2%, bleeding with pain was 22%, hemorrhage was 5.1%.

*Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 7.5.2021

Ngày duyệt bài: 17.5.2021

Mix echo mass via ultrasound was 42.4%, over 8 weeks of gestation was 35.6%. β Hcg over 10,000 mIU/l needed blood transfusion was 42.9%. Degradation of placenta was 69.5%. **Conclusion:** Vaginal bleeding was the most frequent symptom in combination with ultrasound image was the most valuable tool to diagnose cesarean scar pregnancy.

Key words: Cesarean scar pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ở sẹo mổ lấy thai (CSMLT) là hiện tượng túi thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ lấy thai của tử cung. CSMLT gây biến chứng nặng nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời. Bệnh có nguy cơ gây vỡ tử cung và băng huyết đe dọa tính mạng người bệnh hoặc mất khả năng sinh sản khi bệnh nhân còn rất trẻ. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng cho thấy số lượng CSMLT ngày càng tăng, bệnh có tỷ lệ biến chứng cao, nguy hiểm đe dọa tính mạng và sức khỏe sinh sản của người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các trường hợp chửa sẹo mổ lấy thai được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân chẩn đoán chửa ở sẹo mổ lấy thai và điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 01/9/2017 – 31/8/2018.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các trường hợp chẩn đoán xác định là CSMLT được điều trị bằng phẫu thuật với các tiêu chuẩn sau:

+ Bệnh nhân có thai, có tiền sử mổ lấy thai trước đó.

+ Siêu âm trước điều trị: Siêu âm đầu dò âm đạo kết hợp với siêu âm đường bụng khi bàng quang đầy nước tiểu. Túi thai nằm thấp tại vị trí sẹo mổ lấy thai, ống cổ tử cung rộng.

+ Không có dấu hiệu sảy thai.

+ Hình ảnh đại thể khi phẫu thuật : khối thai ở vị trí sẹo mổ lấy thai, có thể dẫn căng đội bàng quang lên.

+ Giải phẫu bệnh khi phẫu thuật cắt tử cung: hình ảnh gai rau xâm lấn thành bó vào cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ lấy thai.

+ Giải phẫu bệnh khi phẫu thuật lấy khối chửa: Tổ chức gai rau

+ Các bệnh nhân có hồ sơ điều trị tại BVPSTW, được theo dõi sau điều trị tới khi khỏi bệnh.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Thai ở ống CTC.

- Các trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1.Thiết kế nghiên cứu:

tiến cứu mô tả
Tiến cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh lập hồ sơ nghiên cứu cho từng bệnh nhân từ khi vào viện điều trị tới khi các triệu chứng về bình thường.

2.2.2. Mẫu và cách chọn mẫu. Chúng tôi chọn mẫu thuận tiện không xác suất, lấy tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là CSMLT được điều trị bằng phẫu thuật tại BVPSTW từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 8 năm 2018. Số mẫu chúng tôi thu thập được là 59 bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố theo triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	3	5,1
Ra máu ít một	29	49,2
Băng huyết	3	5,1
Đau bụng + ra máu ít một	13	22
Không triệu chứng	11	18,6
Tổng số	59	100

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là ra máu âm đạo với 49,2%. Sau đó đau bụng với ra máu âm đạo chiếm 22%, có 3 bệnh nhân bị băng huyết chiếm 5,1%.

Bảng 2: Tuổi thai trên siêu âm và hoạt động tim thai

Tuổi thai	Số bệnh nhân		Hoạt động tim thai	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	có	Không có
< 6 tuần	3	5,1	0	3
6 – 7 tuần	10	16,9	3	7
≥ 8 tuần	21	35,6	15	6
Khối AVHH	25	42,4	0	25
Tổng số	59	100		

Nhận xét: trong nghiên cứu của chúng tôi hay gặp nhất là siêu âm là khối âm vang hỗn hợp chiếm 42,4%, tuổi thai từ 8 tuần trở lên chiếm 35,6%, tuổi thai 6 – 7 tuần chiếm 16,9%, dưới 6 tuần chiếm 5,1%. Tuổi thai lớn nhất là 10 tuần.

Bảng 3: Liên quan giữa nồng độ β Hcg trước điều trị và biến chứng chảy máu truyền máu

Nồng độ β Hcg	Biến chứng chảy máu			
	Không biến chứng		Biến chứng chảy máu	
	số lượng	tỷ lệ	số lượng	tỷ lệ
< 10.000	17	37,8	6	42,9
Từ 10.000 – 50.000	4	8,8	3	21,4
> 50.000 – 100.000	8	17,8	1	7,1

> 100.000	16	35,6	4	28,6
Tổng số	45	100	14	100

Nhận xét: Nhóm biến chứng chảy máu phải truyền máu nhiều nhất nhóm có nồng độ β Hcg trước điều trị < 10.000 mUI/ml chiếm 42,9%, tiếp là nhóm có nồng độ β Hcg trước điều trị > 100.000 mUI/ml chiếm 28,6%. Nhóm biến chứng chảy máu ít nhất là nhóm có nồng độ β Hcg từ 50.000 đến 100.000mUI/ml chiếm 7,1%.

Bảng 4: Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả	số	P
Chứa 1/3 dưới buồng tử cung	8	13,6
Gai rau thoái hóa	41	69,5
Gai rau thường	10	16,9
Tổng số	59	100

Nhận xét: Kết quả giải phẫu bệnh gai rau thoái hóa chiếm tỷ lệ cao nhất là 69,5%, sau đó gai rau thường là 16,9%, chứa 1/3 dưới buồng tử cung là 13,6%.

IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ra máu âm đạo ít một chiếm 49,2% là triệu chứng của 1 thai nghén bất thường. Có 29 trường hợp ra máu âm đạo ít một chiếm 49,2%. Kết quả này thấp hơn so nghiên cứu Đinh Quốc Hưng [1] là 67,6%, tác giả Diêm Thị Thanh Thủy [2] là 64,1%, cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Hải Yến [3] là 42,59%

Đau hạ vị có 3 trường hợp chiếm 5,1%, người bệnh có cảm giác đau vùng hạ vị âm ỉ. Kết quả này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu Đinh Quốc Hưng [1] là 25,4%, theo Diêm Thị Thanh Thủy [2] là 20,3%, tương tự như tác giả Phạm Thị Hải Yến [3] là 7,41%.

Băng huyết không kèm theo triệu chứng khác có 3 trường hợp chiếm 3,4%, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ nhận các trường hợp CSMLT chưa được điều trị bằng 1 phương pháp nào trước đó. Tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Đinh Quốc Hưng băng huyết chiếm 14,1% [1], theo Tạ Thị Thanh Thủy là 18% [4], tỷ lệ của chúng tôi tương tự của tác giả Diêm Thị Thanh Thủy là 3,6% [2], theo Phạm Thị Hải Yến không có trường hợp nào [3]. Tỷ lệ triệu chứng băng huyết của chúng tôi thấp có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ nhận các trường hợp CSMLT chưa được điều trị bằng 1 phương pháp nào trước đó nên tỷ lệ băng huyết thấp hơn.

Triệu chứng đau bụng kết hợp với ra máu âm đạo có 13 trường hợp chiếm 22%. Theo Đinh Quốc Hưng là 19,6% [1], theo Phạm Thị Hải Yến là 7,41% [3], triệu chứng này hay gặp hơn trong chứa ngoài tử cung và dọa sảy. Chứa ngoài tử

cung triệu chứng hay gặp là đau bụng và ra máu ít một, theo Thân Ngọc Bích là 84,3% [5].

Không có triệu chứng lâm sàng có 11 trường hợp chiếm 18,6%, Người bệnh đi khám thai tình cờ phát hiện được. Trong nghiên cứu của Đinh Quốc Hưng [1] các trường hợp không có triệu chứng lâm sàng là 19,7%, theo Diêm Thị Thanh Thủy [2] là 11,9%, theo Phạm Thị Hải Yến [3] là 42,59%. Theo Rotas [6] đã tổng hợp 59 bài báo với 112 trường hợp CSMLT cho kết quả là 1/3 trường hợp có ra máu âm đạo, 1/4 trường hợp có đau bụng hạ vị và >50% các trường hợp không có triệu chứng lâm sàng.

Chúng tôi sử dụng siêu âm đường bụng khi bàng quang đầy nước tiểu kết hợp với siêu âm đầu dò âm đạo. Kết quả thu được: có 25 trường hợp chiếm 42,4% là hình ảnh khối âm vang hỗn hợp có thể do bệnh nhân đã được điều trị trước đó, hoặc sảy thai không hoàn toàn, có 21 trường hợp chiếm 35,6% là tuổi thai từ 8 tuần trở lên, 10 trường hợp thai từ 6 đến 7tuần chiếm 16,9%, có 3 trường hợp tuổi thai dưới 6 tuần chiếm 5,1%. Tuổi thai lớn nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 10 tuần có 3 trường hợp. Theo Đinh Quốc Hưng [1], tỷ lệ tuổi thai < 6 tuần là 39%, tuổi thai 6-8 tuần: 32%, tuổi thai > 8tuần: 14%. Tuổi thai nhỏ nhất là 5 tuần và lớn nhất là 11 tuần. Theo Diêm Thị Thanh Thủy [2], tuổi thai được phát hiện nhỏ nhất là 4 tuần, lớn nhất là 11 tuần, tuổi thai hay gặp nhất < 6 tuần, chiếm tỷ lệ 48,4%, tuổi thai trung bình là 6,03 tuần. Theo các tác giả nước ngoài: theo tác giả Rota [6] Tuổi thai chẩn đoán được từ 5 – 12 tuần , trung bình 7,5 ± 2,5 tuần. Theo Jukovic [7] tuổi thai chẩn đoán được từ 4 – 23 tuần.

Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ các trường hợp bệnh nhân đến siêu âm chỉ quan sát thấy khối hỗn hợp âm trong buồng tử cung nhiều vì hiện nay bệnh CSMLT là 1 bệnh không còn hiếm gặp nên phần lớn các bệnh nhân đã được xử lý ở tuyến dưới, một số trường hợp do chưa được chẩn đoán chính xác nên đã được hút thai tại phòng khám tư nhân, một số ít đã sảy thai trước đó.

Nồng độ β HCG trước điều trị hay gặp nhất là nhỏ hơn 10.000 mUI/ml có 23 trường hợp chiếm 39%, điều này rất phù hợp vì các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ lớn đã được xử trí ở tuyến dưới, sau đó nhóm có nồng độ β HCG trước điều trị trên 100.000 mUI/ml có 20 trường hợp chiếm 33,8%. Có 1 trường hợp nồng độ β HCG trước điều trị là 395 mUI/ml hút thai tại bệnh viện phụ sản hà nội chuyển đến viện trong tình trạng băng huyết. Nồng độ β HCG

trước điều trị cao nhất là 202946 mUI/ml. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi rất khác với các nghiên cứu của các tác giả trong nước: theo Đinh Quốc Hưng [1] nhóm có nồng độ β hCG trước điều trị cao nhất là 10.000 đến 50.000 chiếm 35,2%, thấp nhất là nhóm có nồng độ β hCG trước điều trị nhỏ hơn 1000 chiếm 9,9%, nồng độ β hCG trước điều trị thấp nhất là 189, cao nhất là 123,756. Theo Diêm Thị Thanh Thủy [2] Tỷ lệ nồng độ β hCG cao nhất ở nhóm từ 10.000 – 50.000mUI/ml chiếm 47,1%.

Chảy máu phải truyền máu chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm có nồng độ β hCG nhỏ hơn 10.000 mUI/ml chiếm tỷ lệ là 42,9%, sau đó là nhóm có nồng độ β hCG trên 100.000mUI/ml chiếm 28,6%.

Trong nghiên cứu cho thấy tất cả các trường hợp tham gia nghiên cứu đều có sự phù hợp giữa chẩn đoán lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh. Kết quả giải phẫu bệnh là gai rau thoái hóa chiếm tỷ lệ cao nhất là 69,5%, gai rau thường là 16,9%, chữa 1/3 dưới buồng tử cung có 8 trường hợp là 13,6%.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng chữa sẹo mổ lấy thai là

ra máu ít một và siêu âm cho kết quả chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Quốc Hưng (2011)**, Nghiên cứu chữa ở sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Trường đại học Y Hà Nội.
2. **Diêm Thị Thanh Thủy (2013)**, Nghiên cứu chữa ở sẹo mổ lấy thai tại bệnh viện phụ sản Hà Nội, Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Phạm Thị Hải Yến (2014)**, Đánh giá kết quả điều trị chữa sẹo mổ lấy thai bằng MTX/ hút thai tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 9 năm 2014, Đại học Y Hà Nội.
4. **Tạ Thị Thanh Thủy (2013)**, Chẩn đoán và điều trị bảo tồn thai vết mổ cũ tại Bệnh viện Hùng Vương. Hội nghị ban chấp hành và nghiên cứu khóa học toàn quốc khóa XVI, p. 23-37.
5. **Thân Ngọc Bích (2010)**, Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong 2 năm 1999 và 2009, Đại học Y Hà Nội.
6. **Rotas, M.A., S. Haberman, and M. Levgur**, Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol*, 2006. **107**(6): p. 1373-81.
7. **Jurkovic, D., et al.**, First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2003. **21**(3): p. 220-7.

NGHIÊN CỨU VỀ NGUYÊN NHÂN GÂY CHẤN THƯƠNG ĐẦU Ở TRẺ EM

Hà Mạnh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các nguyên nhân gây chấn thương đầu ở trẻ em nhập viện và các đặc điểm có liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên các trẻ em dưới 15 tuổi nhập viện vì chấn thương đầu đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu từ từ 1/7/2015 đến 31/6/2016. Các thông tin liên quan đến các biến cần thu thập sẽ được ghi nhận vào phiếu thu thập dữ liệu. Các số liệu sẽ được xử lý bằng phần mềm Epidata 3.1. **Kết quả:** Có 341 trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được thu nhận. Tỷ lệ chấn thương đầu ở trẻ nam là 58,7%, và nữ là 41,3%. Tỷ lệ mắc bệnh theo nhóm tuổi 0 – 4 tuổi, 5 – 9 tuổi và 10 – 15 tuổi lần lượt là 58,4%, 27,5% và 14,1%. Nguyên nhân gây ra chấn thương đầu ở trẻ em là té ngã (58,7%), tai nạn giao thông (41,3%), và bạo hành (6,2%). Nguyên nhân có khác biệt ở các nhóm tuổi khác nhau. **Kết luận:** Cần quan tâm đến

các nguyên nhân gây chấn thương đầu ở trẻ em để có các biện pháp hiệu quả hướng đến giảm thiểu nguy cơ dẫn đến chấn thương đầu ở trẻ em.

Từ khóa: chấn thương đầu; trẻ em.

SUMMARY

A STUDY ON CAUSES OF HEAD INJURY IN CHILDREN

Objectives: Describe the causes of head injury in hospitalized children and characteristics associated with the causes. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on children under 15 years of age hospitalized for head injury who met the study criteria from July 1, 2015 to June 31, 2016. The information related to the variables to be collected will be recorded in the data form. The data will be processed using Epidata 3.1 software. **Results:** There were 341 cases that met the study criteria. The rate of head injury in boys was 58.7%, and girls was 41.3%. The prevalence by age group 0 - 4 years old, 5 - 9 years old and 10 - 15 years old were 58.4%, 27.5% and 14.1%, respectively. The leading causes of head injury in children were falls (58.7%), traffic accidents (41.3%), and abuse (6.2%). The causes were varying in different age groups. **Conclusion:** It is necessary to pay attention to the causes of head injury in children to

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn

Email: hamanhtuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2021

Ngày duyệt bài: 21.5.2021