

- support and HIV-related risk behaviors: a systematic review of the global literature. *AIDS and behavior*, 18(2), 419–441.
4. **Babalola, O. E., Badru, O. A., Bain, L. E., & Adeagbo, O.** (2023). Determinants of social support among people living with HIV in Nigeria—a multicenter cross-sectional study. *Frontiers in public health*, 11, 1120192.
  5. **Tesfaw, G., Ayano, G., Awoke, T., et al** (2016). Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on-follow up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC psychiatry*, 16(1), 368.
  6. **Subramanian, A., Mohan, A., Nandi, P. K., et al** (2021). Perceived social support, depression and their impact on quality of life of people living with HIV in India. *AIDS care*, 33(10), 1329–1334.
  7. **Abadiga M.** (2019). Depression and its associated factors among HIV/AIDS patients attending ART clinics at Gimbi General hospital, West Ethiopia, 2018. *BMC research notes*, 12(1), 527.
  8. **Matsumoto, S., Yamaoka, K., Takahashi, K., et al** (2017). Social Support as a Key Protective Factor against Depression in HIV-Infected Patients: Report from large HIV clinics in Hanoi, Vietnam. *Scientific reports*, 7(1), 15489.

## BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP: RÁCH VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ ĐI KÈM RÁCH VÀ DÒ ĐỘNG MẠCH CHỦ LÊN SAU TAI NẠN GIAO THÔNG

Văn Hùng Dũng<sup>1,2</sup>, Hoàng Niên Nhâm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Tổn thương thành động mạch chủ dưới dạng rách, bóc tách, tu máu... do chấn thương ngực kín sau tai nạn giao thông không hiếm. Tuy nhiên, số nạn nhân còn sống trong bệnh cảnh chấn thương ngực có tổn thương động mạch chủ và đa chấn thương thì không nhiều. Tổn thương rách van động mạch chủ đơn thuần sau chấn thương rất hiếm gặp và dễ bị bỏ sót. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp rách van động mạch chủ đi kèm rách ngang động mạch chủ lên (một trường hợp có dò vào nhĩ phải) sau tai nạn giao thông gây đa chấn thương đầu-ngực-bụng.

**Từ khóa:** rách van động mạch chủ, chấn thương ngực kín, tai nạn giao thông

### SUMMARY

#### CASES REPORT: AORTIC VALVE TEAR ASSOCIATED WITH ASCENDING AORTIC LACERATION AND FISTULIZATION TO RIGHT ATRIUM AFTER TRAFFIC ACCIDENT

Injury to the wall of the aorta in the form of laceration, dissection, hematoma... due to blunt chest trauma after traffic accidents is not uncommon. However, the number of survivors with aortic damage and multiple traumas is not much. An isolated aortic valve tear after trauma is very rare and easily missed. We report two cases of aortic valve tear associated with laceration of the ascending aorta (one case with right atrial fistula from aorta) after traffic accident causing by multiple thoracic-abdominal trauma.

**Keywords:** aortic valve tear, blunt chest trauma, traffic accident

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương động mạch chủ (ĐMC) và van ĐMC do chấn thương ngực sau tai nạn giao thông hoặc té ngã không phải là hiếm. Plenderleath có lẽ là người mô tả thương tổn này đầu tiên vào năm 1830<sup>1</sup> khi autopsy. Trong bệnh cảnh đa chấn thương, số nạn nhân còn sống và có tổn thương trên van và thành ĐMC không còn nhiều. Các bệnh nhân (BN) còn sống sau khi cấp cứu thường chỉ bị rách một phần thành ĐMC gây phình giả, tụ máu trong thành hoặc rách lá van ĐMC (thường bị lá vành phải và không vành <sup>2</sup>) gây hở van ĐMC cấp, dẫn đến suy tim cấp. Các biến chứng này làm tăng tỷ lệ tử vong trong giai đoạn sau cấp cứu. Chẩn đoán tổn thương thành và van ĐMC cũng dễ bị bỏ sót trong bệnh cảnh đa chấn thương nếu không làm những xét nghiệm chuyên biệt như siêu âm tim, hay MSCT, MRI. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp (TH) rách ĐMC lên dò vào nhĩ phải (trường hợp thứ nhất) đi kèm hở van ĐMC nặng do rách lá vành phải sau tai nạn giao thông 2 tháng và 13 năm.

### II. BỆNH ÁN

**2.1. Trường hợp thứ nhất:** BN Trần thị Hồng N. nữ, 26 tuổi, giáo viên, trú quán xã Hồng Ngự, tỉnh Đồng Tháp, số hồ sơ 210566; nhập viện 10h ngày 11/5/2021. Cân nặng 46kg, chiều cao 1,54cm.

Lý do nhập viện: mệt, khó thở ngày càng tăng sau tai nạn giao thông tháng 3/2021.

Bệnh sử: tháng 3/2021 BN bị tai nạn giao thông gây đa chấn thương ngực-bụng. Đã mổ vá lỗ thủng ruột non tại BV Đồng Tháp và mổ nội soi lấy máu đông màng phổi phải tại BV Chợ Rẫy. Khoảng 2 tuần gần đây mệt, khó thở ngày càng tăng do đó đến Viện Tim để tìm nguyên

<sup>1</sup>Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Văn Hùng Dũng

Email: vanhungdung2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

nhận và điều trị. Tiền sử không có biểu hiện nhiễm trùng, 3 tháng gần đây không đi làm răng- nha chu... Khám lâm sàng: bệnh tình, môi hồng, khó thở khi gắng sức, không phù. Tiếng tim đều 88 l/phút, âm thổi tâm trương 4/6 ổ van ĐMC. Phổi âm phế bào hai bên đều. Gan 2cm dưới bờ sườn phải.

Các xét nghiệm cận lâm sàng trong giới hạn bình thường ngoại trừ NT-ProBNP tăng cao. Nhóm máu O+, Hct 33,5% (HC 3,5M; BC 7600; TC 210K), HGB 10,7g/L; Creatinemia 53,3; Glycemia: 5,5; AST 22, ALT 15 UI/L; RF 18,8 ASLO 29,5, NT-ProBNP 2599.

Echo bụng: không ghi nhận bất thường. Xquang tim phổi: tràn dịch màng phổi 2 bên lượng ít.

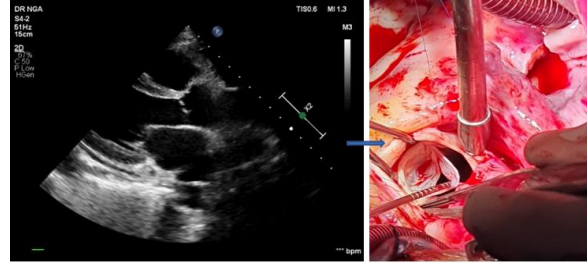
Echo tim (15/5/2021): (1) siêu âm thành ngực: Van ĐMC 3 mảnh. Hở van ĐMC 4/4 do rách lá vành phải, (hình 1) không thấy sùi, ERO= 0,5cm<sup>2</sup>. Hở van 2 lá 2/4. Áp lực ĐMP # 45mmHg. TAPSE 18. Kích thước thất trái 54mm, thất phải 17mm, nhĩ trái 38mm; EF 58%. Kích thước ĐMC lên 27mm, quai 22mm, eo 19mm. (2) siêu âm qua thực quản 2D: van ĐMC 3 mảnh. Lá vành phải bị rách gây hở van nặng, không thấy sùi. Không mô tả thương tổn khác.

BN không được làm MSCT chẩn đoán.

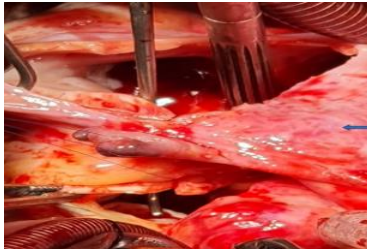
Phẫu thuật (24/5/2021): mở ngực qua đường mở xương ức hạn chế. Không có máu cũ trong màng ngoài tim. ĐMC lên không phình dẫn, đường kính 25mm. Nhĩ phải dẫn lớn và có

rung miu nửa trên. Hai ĐM vành bình thường. Mở ngang ĐMC ghi nhận rách ngang ĐMC lên ngay dưới lỗ vành phải đi ngang sang hai bên và kéo dài khoảng 2-2,5cm gây sa toàn bộ mép van trái- phải (hình 4). Lá vành phải rách ngang giữa bụng van kéo dài gần đến bờ tự do (hình 2). Có thông nối giữa phần rách thành ĐMC và nhĩ phải tạo thành một túi phình trong thành nhĩ phải và dò vào nhĩ phải với đường kính lỗ dò phía nhĩ phải là 5-6mm (hình 3).

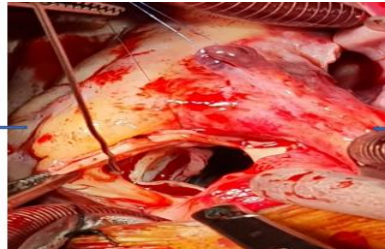
Can thiệp bao gồm: (1) đóng đường dò bằng màng ngoài tim phía nhĩ phải và tái tạo thành ĐMC lên bằng mũi liên tục + mũi chữ U khâu cố định thành trên và thành dưới ĐMC. Kiểm tra kỹ 2 lỗ ĐMV sau khâu tái tạo thành ĐMC; (2) thay van ĐMC bằng van sinh học T.số 21; (3) tạo hình van 3 lá bằng vòng van mềm Ta. số 27. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể 162 phút; kẹp ĐMC 133 phút. Nhịp xoang 86 l/phút sau mổ. BN thở máy 10h, nằm ICU 32h.



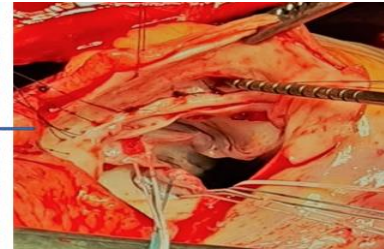
**Hình 1: siêu âm: rách lá vành phải (TH1)**  
**Hình 2: rách lá vành phải (mũi tên xanh) TH1**



**Hình 3: rách thành ĐMC gây dò (probe đi từ nhĩ phải qua ĐMC)**



**Hình 4: rách ngang dưới lỗ vành P (mũi tên xanh) - TH1**



**Hình 5: khâu lớp thứ nhất tái tạo thành ĐMC - mũi tên xanh (TH2)**

Siêu âm kiểm tra sau mổ: van ĐMC sinh học hoạt động tốt, độ chênh áp ngang van 15/5 mmHg, hở nhẹ van hai lá, EF 61%. Còn đường dò nhỏ d= 1,5-2mm vào túi phình nhĩ phải cũ.

MSCT sau mổ (2/6/2021): có một đường dò nhỏ d= 1,5mm từ ĐMC phía lá vành phải vào túi phình nhĩ phải cũ. MSCT 8/2023: không thấy đường dò.

**2.2. Trường hợp thứ hai:** BN Nguyễn thanh P. nam, 30 tuổi, trú quán xã Vũng Liêm, tỉnh Vĩnh Long, số hồ sơ 210620; nhập viện 10h ngày 1/6/2021. Cân nặng 57kg, chiều cao 1,67cm.

*Lý do nhập viện:* mệt, khó thở, giảm thị lực.

*Bệnh sử:* 2008 BN bị tai nạn giao thông gây đa chấn thương đầu -ngực kín. Không can thiệp phẫu thuật. Tháng 11/2020 đến khám trung tâm chẩn đoán Medics vì giảm thị lực mắt phải, siêu âm tim phát hiện hở van ĐMC đi kèm thông liên nhĩ → chuyển Viện Tim. 3 tháng gần đây mệt, khó thở ngày càng tăng → nhập viện để phẫu thuật. Tiền sử không có biểu hiện nhiễm trùng.

*Khám lâm sàng:* bệnh tình, môi hồng, khó thở khi gắng sức, không phù. Tiếng tim đều 92 l/phút, âm thổi tâm trương 4/6 ổ van ĐMC. Phổi âm phế bào hai bên đều. Gan không to. Bụng mềm.

Xét nghiệm cận lâm sàng: Nhóm máu O+,

Hct 43% (HC 4,5M; BC 8600; TC 240K), HGB 13,7g/L, Creatinemia 74; Glycemia: 5,8.

Echo bụng: không ghi nhận bất thường. Xquang tim phổi: bóng tim trái lớn

Echo tim (1/6/2021): (1) siêu âm thành ngực: Van ĐMC 3 mảnh. Hở van ĐMC 3/4, lá van dày (hình 1) không thấy sùi, ERO= 0,6cm<sup>2</sup>, MRV 69ml. Hở van 2 lá 1/4. Hở van ba lá 2/4. Áp lực ĐMP # 40mmHg. TAPSE 24. Kích thước thất trái 58mm, thất phải 26mm, nhĩ trái 32mm; EF 68%. Kích thước ĐMC lên 35mm, quai 21mm, eo 19mm. (2) siêu âm qua thực quản và MSCT: không thực hiện.

**Phẫu thuật** (10/6/2021): mở ngực qua đường mở xương ức. ĐMC lên không phình dẫn, đường kính 27mm. Nhĩ phải có kích thước bình thường. Hai ĐM vành ở vị trí bình thường. Mở ngang ĐMC ghi nhận rách ngang ĐMC lên ngay dưới lỗ vành phải đi ngang sang hai bên (như TH1) và kéo dài từ mép vành trái-vành phải đến mép vành phải -không vành gây sa toàn bộ mép vành trái- phải. Lá vành phải rách ngang giữa bụng van kéo dài đến mép. Không có dò.

**Can thiệp bao gồm:** (1) tái tạo thành ĐMC lên bằng mũi liên tục + mũi chữ U khâu cố định thành trên và thành dưới ĐMC (hình 5). Kiểm tra kỹ 2 lỗ ĐMV sau khâu tái tạo thành ĐMC; (2) thay van ĐMC bằng van cơ học M. số 20. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể 124 phút; kẹp ĐMC 96 phút. Nhịp xoang 94 l/phút sau mổ. BN thở máy 08h, nằm ICU 24h.

**Siêu âm sau mổ:** van ĐMC nhân tạo hoạt động tốt, độ chênh áp 21/9. Hở van ba lá 1/4. EF 71%. Không có bất thường khác. MSCT 6/2022: thành ĐMC lên dày, không thấy bóc tách.

Tái khám và siêu âm kiểm tra sau 2 năm cho thấy cả hai BN đều cho kết quả bình thường.

### III. BÀN LUẬN

Tổn thương rách ĐMC sau chấn thương ngực kín hoặc xuyên thấu thường gây tử vong. Chỉ một số ít trường hợp tụ máu trong thành, rách nhỏ tạo phình giả mới sống sót nhưng vẫn còn nguy cơ vỡ ĐMC về sau. Hoặc chỉ tổn thương trên một van như ĐMC, van hai lá, van ba lá hoặc kết hợp nhiều van gây hở van nhiều mức độ. Chẩn đoán dễ bị bỏ sót, có trường hợp nhiều tháng hoặc nhiều năm sau chấn thương mới chẩn đoán được<sup>2</sup>. TH thứ nhất của chúng tôi sau khi vá chỗ vỡ ruột non và lấy máu đông màng phổi phải 2 tháng, các triệu chứng suy tim tiến triển xuất hiện nhờ vậy BN mới được chẩn đoán có tổn thương van ĐMC. TH thứ hai chỉ chẩn đoán được sau 13 năm nhờ BN đến khám vì một bệnh khác (giảm thị lực do tăng nhãn áp). Đây

cũng là trường hợp thứ tư chúng tôi gặp trong 25 năm. Hai trường hợp đầu chỉ có rách lá van ĐMC đơn thuần và được chẩn đoán muộn, sau 5 và 10 năm. Tuy nhiên, do chỉ làm siêu âm tim qua thành ngực và qua thực quản, không làm MSCT nên chẩn đoán trước mổ đã bỏ sót thương tổn thành ĐMC lên và đường dò vào nhĩ phải. Ở cả hai TH, do ĐMC lên có kích thước gần bình thường và không có túi phình, không bóc tách có lẽ vì vậy siêu âm thành ngực không phát hiện được rách nội mạc ĐMC lên. Theo chúng tôi, chẩn đoán xác định cần dựa vào (1) tiền sử có chấn thương trực tiếp vào phần ngực và loại trừ các nguyên nhân gây hở van ĐMC khác; (2) có âm thổi do hở van ĐMC đi kèm với biểu hiện suy tim và (3) có hình ảnh trên siêu âm tim kết hợp với MSCT nếu nghi ngờ có tổn thương thành ĐMC đi kèm.

Tham khảo y văn chỉ báo cáo từng trường hợp, hoặc chỉ tổn thương van ĐMC hoặc gặp nhiều hơn là tổn thương thành ĐMC<sup>2-8</sup>. Ít có trường hợp tổn thương cả hai như trường hợp của chúng tôi. Tsugu tổng kết y văn được 96 cas hở van ĐMC đơn thuần sau chấn thương trong 60 năm, từ 1955-2015. 54/96 cas chẩn đoán được trong 3 ngày đến 1 tháng đầu tiên sau tai nạn. Tổn thương lá không vành: 34%; lá vành trái: 18% và lá vành phải: 16%. Về điều trị, 70 ca thay van ĐMC, 20 ca tạo hình van ĐMC và chỉ 6 ca điều trị nội khoa (5/6 tử vong)<sup>2</sup>. Một số tác giả thành công trong việc tạo hình van ĐMC nhưng không báo cáo kết quả lâu dài<sup>6-7</sup>. German và cộng sự ghi nhận đến 80% trường hợp hở van ĐMC tái phát sau tạo hình van ĐMC và khuyến cáo nên thay van ĐMC thay vì tạo hình van để bảo đảm kết quả về dài hạn<sup>8</sup>. Như vậy có thể thấy hoặc do tổn thương lá van nặng (ngay từ đầu hoặc tiến triển theo thời gian) hoặc thời điểm can thiệp trễ nên đa số nghiên cứu đều chọn lựa thay van thay vì tạo hình van ĐMC. Với tổn thương phổi hợp vừa rách van vừa có bóc tách thành ĐMC đi kèm dò vào nhĩ phải, phương thức phẫu thuật triệt để phù hợp là thay đoạn ĐMC lên đi kèm thay van ĐMC (Wheat's procedure) hoặc phẫu thuật Bentall nếu xoang Valsalva dẫn nhiều. Trường hợp của chúng tôi ĐMC lên không phình dẫn, xoang Valsalva không dẫn, độ dài đường bóc tách tương đối ngắn, mô thành ĐMC chắc vì vậy với tổn thương rách thành ĐMC ở cả hai TH để tái tạo thành ĐMC, chúng tôi chọn cách khâu trực tiếp xuyên thành ĐMC 2 lớp và đóng đường dò phía nhĩ phải bằng màng ngoài tim (TH1). Nhược điểm của phương pháp này là không loại bỏ hoàn toàn túi phình trong thành nhĩ phải nên sau mổ vẫn còn luồng

thông nhỏ từ ĐMC đi vào túi này như siêu âm và MSCT sau mổ mô tả. Ưu điểm là thời gian kẹp ĐMC ngắn hơn, kỹ thuật đơn giản hơn..

#### IV. KẾT LUẬN

Để tránh bỏ sót thương tổn van ĐMC, cần kết hợp siêu âm tim, đặc biệt là siêu âm qua thực quản và MSCT khi nghi ngờ BN có tổn thương ĐMC sau chấn thương ngực kín do tai nạn giao thông hoặc té đập ngực. Do thương tổn trên van ĐMC thường nặng và tiến triển, thay van ĐMC được ưa thích hơn là tạo hình van ĐMC nhằm mang lại kết quả dài hạn tốt hơn cho bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Plenderleath D.** Case of death from rupture of one semilunar valves of the aorta. London Med Gaz 1830; 109-110.
2. **Tsugu T, Murata M, Mahara K, Iwanaga S, Fukuda K.** Long-Term Survival on Medical Therapy Alone after Blunt-Trauma Aortic Regurgitation: Report of a New Case with Summary of 95 Others. Tex Heart Inst J 2016; 43(5): 446-52.

3. **Imanaka M, Amano M, Izumi C, Nishimura S, Kuroda M, Harita T, et al.** Subacute aortic regurgitation due to traumatic tear in the aortic wall. J Cardiology Cases 2018;18: 1-4.
4. **Singh H, Ali S, Khan Luni F, Hashmi F, Taleb M.** Isolated rupture of bicuspid aortic valve following blunt chest trauma: a case report and systematic review of literature. Cardiovasc Diagn Ther 2017; 7(1):89-91.
5. **Esmailzadeh M, Alimi H, Maleki M, Hossein S.** Aortic Valve Injury Following Blunt Chest Trauma. Res Cardiovasc Med 2014 August; 3(3): e17319.
6. **Jayle CP, Baudoin D, Franco S, Haji-Chahine J, Christaens L, Corbi PJ.** Aortic valve repair of non-penetrating traumatic aortic regurgitation. J Heart Valve Dis 2011;20(2):168-70.
7. **Mori A, Takakura H, Hachiya T, Onoguchi K.** Aortic valve repair with autologous pericardium for traumatic aortic valve regurgitation. Cardiovasc Diagn Ther 2013; 3(3):180-2.
8. **German DS, Shapiro MJ, Willman VL.** Acute aortic valvular incompetence following blunt thoracic deceleration injury: case report. J Trauma 1990; 30(11): 1411-2.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NGẮN HẠN SỬ DỤNG HAI ĐỘNG MẠCH NGỰC TRONG CHO PHẪU THUẬT BẮC CẦU MẠCH VÀNH KHÔNG SỬ DỤNG TUẦN HOÀN NGOÀI CƠ THỂ

Phạm Thanh Bình<sup>1</sup>, Văn Hùng Dũng<sup>1,2</sup>, Bùi Minh Trọng<sup>1</sup>,  
Hồ Huỳnh Quang Trí<sup>1</sup>, Nguyễn Đắc Khoa<sup>1</sup>, Châu Chí Linh<sup>1</sup>,  
Hoàng Niên Nhâm<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Thạch<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** sử dụng cả hai động mạch ngực trong cho phẫu thuật bắc cầu động mạch vành có hay không có hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể vẫn còn nhiều bàn cãi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, một trung tâm dựa trên quy trình thống nhất về phẫu thuật bắc cầu động mạch vành không tuần hoàn ngoài cơ thể tại Viện Tim TP.HCM từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 9 năm 2022. **Kết quả:** Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 389 (nam giới 73%, tuổi trung bình 62,4). Bệnh nền nhiều nhất là tăng huyết áp (80%), rối loạn chuyển hóa lipid (44%) và đái tháo đường (31%). Đau ngực không ổn định chiếm 71,2%. Bệnh thân chung và ba nhánh mạch vành là 262 trường hợp. Chỉ số EuroScore II trung vị trước mổ 1,19%. Phân suất tổng máu thất trái trung bình 56,9

± 13,3%. Tĩnh mạch hiển được sử dụng trong 229 trường hợp. Phức hợp cầu nối hai động mạch ngực trong kiểu chữ Y được sử dụng nhiều nhất (85%). Số cầu nối trung bình là 2,9 ± 0,6. Chỉ 2 bệnh nhân cần chuyển sang chạy tuần hoàn ngoài cơ thể. Sau mổ, nhiễm trùng huyết (17 bệnh nhân) và viêm phổi (19 bệnh nhân) là hai biến chứng gặp nhiều nhất. 5 bệnh nhân suy tim nặng cần đặt bóng đối xung sau mổ. Tử vong trong 30 ngày: 2 bệnh nhân đều do suy tim nặng đi kèm nhiễm trùng huyết. Phân độ NYHA II chiếm 90% và không ghi nhận đau ngực tái phát ở thời điểm 3 tháng sau mổ. **Kết luận:** phẫu thuật bắc cầu động mạch vành không tuần hoàn ngoài cơ thể sử dụng cả hai động mạch ngực trong là một chọn lựa an toàn và hiệu quả đặc biệt cho các trường hợp nguy cơ cao. Phương pháp này vẫn bảo đảm tái tưới máu toàn bộ và cho kết quả ngắn hạn rất khả quan.

**Từ khóa:** động mạch ngực trong; bắc cầu động mạch vành không tuần hoàn ngoài cơ thể

#### SUMMARY

### SHORT-TERM OUTCOMES OF OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY USING BILATERAL INTERNAL MAMMARY ARTERY GRAFT

**Introduction:** Off-pump coronary artery bypass

<sup>1</sup>Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Tp. Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Văn Hùng Dũng

Email: vanhungdung2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 20.3.2024