

sự phát triển vận động kém hơn trẻ sinh đủ tháng AGA [2],[3].

Tỷ lệ các mức độ phát triển nhận thức, ngôn ngữ và vận động của trẻ sinh non và trẻ SGA ở thời điểm 12 tháng và 24 tháng chủ yếu ở mức độ trung bình và cao. Thời điểm 12 tháng, tỷ lệ mức độ phát triển nhận thức của 3 nhóm trẻ dao động ở mức cao dao động từ 45% đến 52 %, mức độ trung bình dao động từ 47% đến 53%. Thời điểm 24 tháng, tỷ lệ phát triển nhận thức của 3 nhóm trẻ chủ yếu ở mức độ trung bình, dao động từ 79% đến 83%. Có một tỷ lệ nhỏ nhóm trẻ SGA có tỷ lệ phát triển lĩnh vực vận động thô ở mức cực kỳ thấp. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu về sự phát triển của trẻ SGA [2]. Tỷ lệ các mức độ phát triển của trẻ sinh non trong nhóm nghiên cứu hầu như không có sự khác biệt với trẻ đủ tháng AGA. Điều này có thể được giải thích do trẻ sinh non trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là sinh non muộn, có tuổi thai xấp xỉ 35 tuần, vì vậy chức năng các cơ quan đã gần như hoàn chỉnh. Hơn nữa, do nghiên cứu được đánh giá tại thời điểm sớm, lúc 12 và 24 tháng tuổi nên sự khác biệt trong các lĩnh vực phát triển của các nhóm trẻ chưa được thấy rõ. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu cho rằng sự khác biệt về phát triển của trẻ sinh non, trẻ SGA so với trẻ đủ tháng AGA càng rõ khi trẻ càng lớn lên. Do đó, cần có những nghiên cứu theo dõi trong thời gian dài hơn, đến các giai đoạn lứa tuổi học đường và vị thành niên để thấy rõ sự khác biệt trong mô hình phát triển của các nhóm trẻ.

V. KẾT LUẬN

Tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng, có sự khác biệt về phát triển vận động của trẻ sinh non, trẻ SGA và trẻ AGA. Thời điểm 12 tháng, trẻ SGA có điểm vận động thô thấp nhất trong 3 nhóm. Tại thời điểm 24 tháng, trẻ sinh non có điểm vận động tinh thấp nhất. Tỷ lệ mức độ phát triển của trẻ sinh non và trẻ SGA trong 2 năm đầu đời chủ yếu ở mức trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Tuyết Loan (2016), Di chứng thần kinh và tăng trưởng của trẻ non tháng xuất viện từ đơn vị hồi sức sơ sinh bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang.
2. Arcangeli T et al. (2012), "Neurodevelopmental delay in small babies at term: a systematic review", *Ultrasound Obstet Gynecol.* 40(3), tr. 267-75.
3. Kieviet J.F et al. (2009), "Motor development in very preterm and very low-birth-weight children from birth to adolescence: a meta-analysis", *JAMA.* 302(20), tr. 2235-42.
4. C. H. T. Do et al. (2020), "Neurodevelopment at 2 years corrected age among Vietnamese preterm infants", *Arch Dis Child.* 105(2), tr. 134-140.
5. Lawn J.E et al (2023), "Small babies, big risks: global estimates of prevalence and mortality for vulnerable newborns to accelerate change and improve counting", *Lancet.* 401(10389), tr. 1707-1719.
6. Anne C, Hannah Blencowe, Joy E. Lawn (2019), *Small babies, big numbers: global estimates of preterm birth*, The Lancet Global Health, chủ biên, Elsevier Ltd, tr. e2-e3.
7. Staltnacke S.R et al. (2019), "Cognitive Development Trajectories in Preterm Children With Very Low Birth Weight Longitudinally Followed Until 11 Years of Age", *Front Physiol.* 10, tr. 307.
8. Vinther J.L et al. (2023), "Gestational age at birth and body size from infancy through adolescence: An individual participant data meta-analysis on 253,810 singletons in 16 birth cohort studies", *PLoS Med.* 20(1), tr. e1004036.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG U MÁU GAN KHỔNG LỒ TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thế Anh¹, Trương Mạnh Cường¹, Trịnh Huy Phương¹

TÓM TẮT

U máu là khối u lành tính của gan, thành phần bao gồm các khoang chứa đầy máu, được lót bởi các tế bào nội mô và được nuôi dưỡng bởi động mạch gan. Tỷ lệ mắc của u máu gan khoảng 2% trong dân số. U máu khổng lồ là u máu có đường kính trên 5 cm. Đối với u máu khổng lồ, chỉ định phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố: vị trí khối u, kích thước và số lượng u, sự phát triển của u máu [4]. Chúng tôi báo

cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 47 tuổi, vào viện vì tự sờ thấy khối u bụng kèm đau bụng vùng thượng vị. Qua khám lâm sàng, chụp cộng hưởng từ, bệnh nhân được chẩn đoán u máu khổng lồ gan trái có đường kính 30 cm. Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt gan trái thành công và được theo dõi định kỳ ổn định. Qua ca lâm sàng này, chúng tôi hồi cứu lại về lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u máu khổng lồ trong y văn. **Từ khoá:** u máu khổng lồ, chảy máu trong ổ, cắt gan trái.

SUMMARY

GIANT HEPATIC HEMANGIOMA: A CASE REPORT AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Hepatic hemangioma is a benign tumor of the liver, composed of blood-filled cavities lined by endothelial cells and fed by the hepatic artery. The

¹Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.3.2024

Ngày duyệt bài: 29.3.2024

incidence of liver hemangioma is about 2% in the population. Giant liver hemangiomas are defined by a diameter larger than 5 cm. In patients with a giant liver hemangioma, the preference for resection depends on the obtained certainty of localization, size, number of lesions, and growth pattern of the hemangioma. We report a case of a 47-year-old female patient who was admitted to the hospital because she felt a tumor accompanied by dull pain in the epigastric area. Through clinical examination and MRI scanner, the patient was diagnosed with a giant liver hemangioma located in the left functional lobe of the liver, with a diameter of 30 cm. She had a successful left hepatectomy and was periodically monitored for stability. In this report, the authors present giant liver hemangiomas' clinical and histological features with a literature review.

Keywords: giant hemangioma, intraoperative bleeding, left hepatectomy.

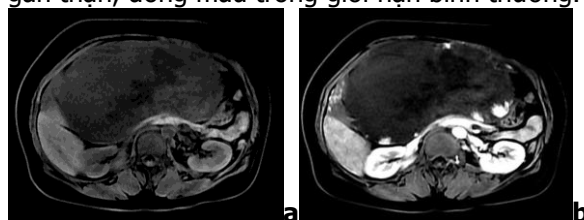
I. TỔNG QUAN

U máu là loại u lành tính phổ biến nhất của gan. Tỷ lệ mắc u máu gan trong dân số dao động từ 0,4 đến 20%. Về mô bệnh học, u máu gan gồm nhiều khoang mạch máu lớn được lót bởi một lớp tế bào nội mô. Hầu hết các u máu được phát hiện trong giai đoạn từ 30 đến 50 tuổi, gặp chủ yếu ở nữ giới (tỷ lệ nữ/nam là 5/1). Căn nguyên xuất hiện u máu vẫn chưa được hiểu rõ, nhiều giả thiết cho rằng do dị tật bẩm sinh. Chẩn đoán u máu chủ yếu dựa vào chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ. Đa số các trường hợp u máu đều có kích thước nhỏ, không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ. U máu là lành tính nên thường chỉ cần theo dõi, không cần điều trị. U máu khổng lồ là u máu có đường kính trên 5cm. Có nhiều phương pháp điều trị u máu khổng lồ, bao gồm: theo dõi, nút mạch gan, cắt gan hoặc ghép gan. Việc lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân u máu khổng lồ tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể, hiện vẫn đang có nhiều tranh cãi [4].

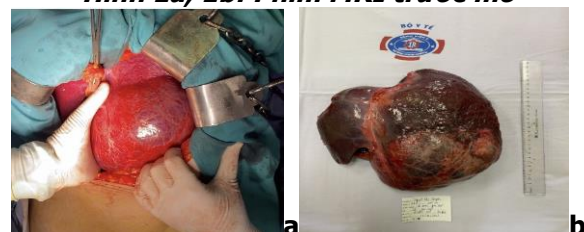
II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 47 tuổi, vào viện vì tự sờ thấy khối u bụng. Tiền sử: sử dụng thuốc tránh thai đường uống nhiều năm. Khám vào viện: không vàng da, không gầy sút cân, khối vùng thượng vị mật độ mềm, chiếm toàn bộ nửa bụng bên trái. Xét nghiệm chức năng gan, đông máu, chỉ điểm u trong giới hạn bình thường. Chụp MRI: u gan trái 30 cm, đè ép phần gan phải còn lại, chèn ép một phần tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan, lan xuống vùng quanh rốn, ngấm thuốc ngoại vi thì động mạch, có tính chất hướng tâm thì tĩnh mạch và thì muộn, phù hợp tính chất u máu gan. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan

trái. Đường mổ chữ J bên phải. Đánh giá trong mổ: ổ bụng không có dịch, phúc mạc nhẵn, gan 2 thùy không xơ. Gan trái có u đường kính 30 cm, lồi ra ngoài nhu mô gan, chèn ép gây thiếu máu gan phải, chiếm gần toàn bộ tầng trên mạc treo đại tràng ngang. Bệnh nhân được cắt túi mật, không kiểm soát chọn lọc cuống trái do u chèn ép, cắt cuống gan toàn bộ và cắt nhu mô gan theo ranh giới gan phải và gan trái bằng dao siêu âm kết hợp kelly, sử dụng 2 đạn GST 45W cắt cuống gan trái và tĩnh mạch gan trái, thời gian cắt cuống gan toàn bộ là 25 phút, đặt 2 dẫn lưu Silicon điện cắt gan, thời gian mổ: 135 phút, lượng máu mất trong mổ: 350ml. Để hạn chế chảy máu trong mổ, bệnh nhân được cho nằm tư thế đầu cao, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, sử dụng lợi tiểu, dùng truyền dịch để duy trì áp lực tĩnh mạch trung tâm trong thì cắt nhu mô trong khoảng 2 – 5 cm H2O. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: đại thể thùy gan kèm u kích thước 30x22x9 cm, lân cận có u đường kính 2,5 cm diện cắt qua u mềm xốp, trung tâm xơ dai; vi thể mô u gồm các khe mạch tăng sinh, lòng giãn rộng, nhiều vùng nổi thông, tế bào nội mô nhân nhỏ đều, thành mạch tăng sinh xơ; kết luận: u mạch thể hang. Sau mổ bệnh nhân được truyền 2 đơn vị hồng cầu 350 ml, dùng kháng sinh 7 ngày, rút sonde dạ dày ngày thứ 1, rút dẫn lưu và ra viện ngày thứ 7, xét nghiệm chức năng gan thận, đông máu trong giới hạn bình thường.



Hình 1a, 1b: Phim MRI trước mổ



Hình 2. (a) Hình ảnh trong mổ. (b) Hình ảnh bệnh phẩm sau mổ

III. BÀN LUẬN

3.1. Chẩn đoán

Lâm sàng: Trong đa số các trường hợp, u máu thường không có triệu chứng. Đôi khi gặp đau bụng hạ sườn phải hoặc thượng vị. U to có thể chèn ép dạ dày gây buồn nôn, nôn sau ăn

hoặc chèn ép tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch gan [6]. U máu vỡ tự phát hoặc do chấn thương rất hiếm gặp, có thể dẫn đến đau bụng cấp và sốc mất máu. Hội chứng Kasabach – Merritt (hội chứng giảm tiểu cầu do u mạch máu) là một biến chứng hiếm gặp của u máu, đặc trưng bởi tình trạng thiếu máu do tan máu, giảm tiểu cầu, rối loạn chức năng đông máu và ban xuất huyết, đe dọa nghiêm trọng đến tính mạng của người bệnh [2]. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi đến khám do tự sờ thấy khối u, kèm đau bụng âm ỉ vùng thượng vị, ngoài ra chưa xuất hiện triệu chứng lâm sàng nào khác.

Cận lâm sàng: Hình ảnh u máu trên siêu âm là tổn thương đồng nhất, tròn hoặc bầu dục, tăng âm và có ranh giới rõ [4]. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc chụp cộng hưởng (MRI) từ có độ nhạy cao trong chẩn đoán u máu gan, tuy nhiên độ đặc hiệu không cao (55% đối với CLVT và 86% đối với MRI). Trên MRI, u máu gan có hình ảnh giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2, ngấm thuốc viên dạng nốt không liên tục, tiến triển hướng tâm. U máu gan có thể bị chẩn đoán nhầm với các loại u giàu mạch khác của gan như: u tuyến tế bào gan, ung thư biểu mô tế bào gan, di căn của u thần kinh nội tiết hoặc ung thư biểu mô tế bào thận [1]. Sinh thiết u không được khuyến khích vì giá trị chẩn đoán xác định không cao, trong khi có nguy cơ chảy máu u với tỷ lệ 1,8% [4].

3.2. Điều trị. Việc điều trị u máu gan khổng lồ là vấn đề còn đang có nhiều tranh cãi, được chia làm 2 nhóm chính: điều trị không phẫu thuật và điều trị phẫu thuật.

Điều trị không phẫu thuật: Bệnh nhân u máu gan khổng lồ được khuyến cáo nên theo dõi sát nếu chưa xuất hiện triệu chứng hoặc biến chứng. Theo Hoekstra, kích thước của u máu tăng trên 1 cm ở 14% bệnh nhân, có 18% bệnh nhân xuất hiện thêm khối u máu mới trong thời gian theo dõi trung bình $5,1 \pm 4,4$ năm [4]. Một số tác giả điều trị u máu gan khổng lồ bằng đốt sóng cao tần qua da hoặc qua nội soi cho kết quả khả quan [4]. Nhiều nghiên cứu gần đây nhấn mạnh vai trò của nút động mạch gan (TAE) trong điều trị các u máu có triệu chứng, đặc biệt cho các bệnh nhân có hội chứng Kasabach – Merritt. TAE làm giảm kích thước u từ đó làm giảm các triệu chứng. Ngoài ra, TAE còn được chỉ định cho các trường hợp u máu tăng kích thước trong quá trình theo dõi hoặc u có nguy cơ chảy máu cao. Tuy nhiên, việc sử dụng TAE thay thế cho phẫu thuật trong điều trị u máu khổng lồ là vấn đề còn gây tranh cãi vì nguy cơ thiếu máu phần gan lành còn lại, chảy máu, nhiễm trùng và

tỷ lệ tái phát cao. Năm 1991, Yamamoto và cộng sự lần đầu sử dụng TAE thành công trước phẫu thuật cắt gan đối với u máu gan [5]. Theo Suzuki và cộng sự, nhóm bệnh nhân được TAE trước mổ có lượng máu mất trong mổ thấp hơn so với nhóm phẫu thuật đơn thuần [8].

Điều trị phẫu thuật: Các phương pháp phẫu thuật đối với u máu khổng lồ bao gồm: cắt u, cắt gan theo giải phẫu, ghép gan. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí, kích thước và số lượng tổn thương. Đường mổ phổ biến là đường chữ J bên phải, tuy nhiên với các khối u quá lớn có thể sẽ phải mở đường dưới sườn 2 bên để đảm bảo đủ phẫu trường. Vì u máu là tổn thương lành tính nên nhiều tác giả ưu tiên cắt u hơn là cắt gan theo giải phẫu. Ưu điểm: ít mất máu trong mổ, ít rò rỉ mật, hạn chế cắt bỏ nhu mô gan lành và giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ, đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu [2], [4], [6]. Cắt gan theo giải phẫu được đặt ra khi khối u nằm gọn trong một thùy gan, nhu mô gan lành trong phần gan dự kiến cắt bỏ ít, thể tích gan còn lại đủ (30% so với tổng thể tích gan). Mặc dù lợi ích của việc cắt u gan đơn thuần đã được báo cáo, đa số các trường hợp u máu khổng lồ thường được chỉ định cắt gan theo giải phẫu, vì khối u thường lớn chiếm gần hết cả thùy gan, nhu mô gan lành còn lại bị cắt bỏ là rất ít. Ngoài ra việc cắt gan theo giải phẫu giúp thắt tận gốc nguồn mạch nuôi u, từ đó hạn chế tái phát [4]. Nếu khối u không xâm lấn vào cuống gan, có thể kiểm soát cuống gan ngoài bao theo Takasaki. Nếu u xâm lấn rốn gan có thể sẽ phải phẫu tích và thắt riêng từng thành phần trong bao. Biến chứng đáng lo ngại nhất trong phẫu thuật u máu gan khổng lồ là chảy máu trong mổ. Mất máu thường xảy ra trong quá trình cắt nhu mô và trong thì tái tưới máu sau thủ thuật Pringle. Lượng máu mất trong mổ và việc truyền máu sau mổ có liên quan đến tiền lượng gần và xa của bệnh nhân. Trong đa số các trường hợp, kiểm soát cuống toàn bộ bằng thủ thuật Pringle là đủ để kiểm soát chảy máu trong quá trình cắt gan. Tuy nhiên, nhược điểm của kỹ thuật này là không ngăn được tình trạng dòng chảy ngược từ tĩnh mạch gan vào u, điều này đặc biệt đúng ở những khối u máu lớn. Với những khối u đã xâm lấn vào nhánh của tĩnh mạch gan lớn hoặc tĩnh mạch chủ, có thể cần phải cô lập gan khỏi hệ tuần hoàn chung bằng cách kiểm soát mạch toàn bộ (clamp cuống gan, tĩnh mạch chủ dưới đoạn trên và dưới gan) hoặc chọn lọc (clamp chọn lọc cuống phải hoặc trái, clamp chọn lọc tĩnh mạch gan) để kiểm soát nguồn máu vào gan và nguồn máu ra khỏi gan,

từ đó giúp hạn chế chảy máu và làm giảm nguy cơ tắc mạch khí. Cắt nhu mô gan bằng CUSA, dao siêu âm hoặc kelly. Trong quá trình cắt nhu mô, áp lực tĩnh mạch trung tâm cần được giữ ở mức thấp (2-5cm H2O), điều này giúp giảm tình trạng chảy máu từ tĩnh mạch gan, tĩnh mạch chủ qua các mạch máu nhỏ tại diện cắt gan. Áp lực tĩnh mạch trung tâm thấp đạt được chủ yếu bằng cách hạn chế lượng dịch truyền vào. Cầm máu diện cắt thường bằng dao đơn cực, lưỡng cực hoặc khâu cầm máu [3]. Phẫu thuật cắt gan trong u máu khổng lồ có tỷ lệ tử vong thấp (0 – 4,3%). Phẫu thuật nội soi cắt gan trong u máu khổng lồ ít được chỉ định vì kích thước u lớn làm hẹp phẫu trường và có nguy cơ chảy máu trong mổ [4]. Ghép gan được chỉ định cho những bệnh nhân có u máu khổng lồ lan tỏa 2 thùy gan, thể tích gan còn lại không đủ để cắt gan, hoặc các trường hợp u máu vỡ mà cắt gan không kiểm soát được. Một số trường hợp ghép gan đối với u máu khổng lồ đã được báo cáo trong các tài liệu y khoa có kết quả khả quan [7].

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan trong điều trị u máu khổng lồ là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu, được khuyến cáo lựa chọn các trường hợp u trên 10 cm. Trường hợp của chúng tôi mang tính chất đơn lẻ, cần có những nghiên cứu với số lượng bệnh nhân nghiên cứu nhiều hơn để đánh giá về kết quả gần và xa của phẫu thuật cắt gan đối với u máu khổng lồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alimoradi M, Sabra H, El-Helou E, et al** (2020), "Massive liver haemangioma causing Kasabach-Merritt syndrome in an adult", *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 102 (9), pp. e1-e4.
2. **Amsiguine N, Imrani K, El Houss S, et al** (2023), "Kasabach-Merritt syndrome complicating a giant hemangioma of the liver: A case report", *Radiology Case Reports*, 18 (6), pp. 2183-2185.
3. **Fu S-Y, Lai E C, Li A-J, et al** (2009), "Liver resection with selective hepatic vascular exclusion: a cohort study", *Annals of surgery*, 249 (4), pp. 624-627.
4. **Hoekstra L T, Bieze M, Erdogan D, et al** (2013), "Management of giant liver hemangiomas: an update", *Expert review of gastroenterology & hepatology*, 7 (3), pp. 263-268.
5. **Jain V, Ramachandran V, Garg R, et al** (2010), "Spontaneous rupture of a giant hepatic hemangioma-sequential management with transcatheter arterial embolization and resection", *Saudi journal of gastroenterology: official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 16 (2), pp. 116.
6. **Moctezuma-Velazquez C, Lopez-Arce G, Martínez-Rodríguez L, et al** (2014), "Giant hepatic hemangioma versus conventional hepatic hemangioma: clinical findings, risk factors, and management", *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*, 79 (4), pp. 229-237.
7. **Sharma A, Kaspar M, Siddiqui M, et al** (2015), "Enucleation after embolization of liver failure-causing giant liver hemangioma", *The American Journal of Case Reports*, 16, pp. 563.
8. **Suzuki H, Nimura Y, Kamiya J, et al** (1997), "Preoperative transcatheter arterial embolization for giant cavernous hemangioma of the liver with consumption coagulopathy", *American Journal of Gastroenterology (Springer Nature)*, 92 (4).

CHUẨN HÓA PHIÊN BẢN TIẾNG VIỆT CỦA THANG ĐO THÁI ĐỘ ĐỐI VỚI LESBIAN VÀ GAY BẢN RÚT GỌN (ATLG-S) CỦA HEREK

Nguyễn Hoài Bắc^{1,2}, Nguyễn Cao Thắng²,
Hồ Ánh Sáng¹, Nguyễn Khánh Huy¹

TÓM TẮT

Thang đo thái độ đối với lesbian và gay bản rút gọn (ATLG-S) của Herek đã được sử dụng khá phổ biến để đánh giá mức độ chấp nhận đối với cộng đồng người có giới tính thiểu số LGBT. Tuy nhiên, bộ câu hỏi này vẫn chưa có phiên bản tiếng Việt được chuẩn hóa với phương pháp phù hợp. Nghiên cứu của chúng

tôi được thực hiện nhằm chuẩn hóa được thang đo của Herek đối với sinh viên đang học tập tại trường Đại học Y Hà Nội cũng như xác định được các yếu tố liên quan đến thái độ của sinh viên đối với lesbian và gay. Nghiên cứu được thực hiện là nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện và cỡ mẫu được tính theo công thức của Bonnett. Kết quả cho thấy hệ số tương quan mục-tổng (ITC) của các câu hỏi đều cao hơn so với 0,3. Phân tích nhân tố khẳng định (CFA) cho thấy CMIN/df=1,974, GFI = 0,933, CFI = 0,973, TLI = 0,964, RMSEA = 0,070 và PCLOSE=0,086. Dựa trên kết quả này, cấu trúc hai yếu tố được chấp nhận. Phân tích hồi quy logistic đa biến chỉ ra rằng yếu tố dân tộc, giới tính khai sinh, bạn bè thuộc cộng đồng LGBT có liên quan đến thái độ với lesbian và gay. Nghiên cứu của chúng tôi là cần thiết để bổ sung

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.3.2024

Ngày duyệt bài: 28.3.2024