

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2015)**, "Tiêu chảy cấp", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Hà Nội, Nhà xuất bản y học, tr. 316-324.
2. **Lương Cao Đông (2015)**, "Đánh giá hiệu quả điều trị tiêu chảy cấp do Rotavirus bằng Racecadotril ở bệnh nhi dưới 6 tuổi điều trị tại khoa Nhi, Bệnh viện quân y 103", Tạp chí Y - Dược học quân sự. 5, tr. 105-111.
3. **Lê Tấn Giàu, Trương Công Đây và Tạ Văn Trâm (2017)**, "Đặc điểm bệnh tiêu chảy cấp điều trị nội trú tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang từ 01/8/2016 đến 31/10/2016", Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. 21(6), tr. 1-4.
4. **Vũ Thị Huyền (2010)**, Đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ bệnh tiêu chảy cấp bằng thuốc kháng tiết đường ruột hidrasec tại khoa nhi - bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Dược Thái Nguyên.
5. **Đỗ Phương Thảo (2015)**, Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh tiêu chảy cấp do rotavirus ở trẻ dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương, Luận văn bác sỹ nội trú, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Phạm Võ Phương Thảo (2021)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. Số 1(11), tr. 24-29.
7. **Nguyễn Thành Trung (2015)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số tác nhân gây bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ em, Luận văn Thạc sỹ của Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.
8. **Nshimiyimana, Ladislas Onyambu, Peris Monchari Rutayisire et al (2020)**, "Diarrhoeal Diseases in Children Under Five Years Exhibited Space-Time Disparities and Priority Areas for Control Interventions in Rwanda 08 May 2020", PREPRINT (Version 1) available at Research Square.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH THÙNG TẠNG RỒNG TRÊN X QUANG, CẮT LỚP VI TÍNH VÀ SIÊU ÂM Ổ BỤNG

Nguyễn Văn Thắng*, Nguyễn Thành Luân*, Đinh Việt Khôi*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm hình ảnh bệnh lý thủng tạng rỗng trên x quang, cắt lớp vi tính và siêu âm ổ bụng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 31 bệnh nhân đến khám cấp cứu bụng và được chẩn đoán xác định là thủng tạng rỗng tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 11/2020 đến 05/2021. **Kết quả:** Tổng cộng 31 BN, bao gồm 23 nam (74.2%) và 8 nữ (25.8%). Tuổi mắc bệnh trung bình $53,77 \pm 21,9$. Thủng tá tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (32.25%), tiếp đến là dạ dày và ruột non (25.8%). Trên x quang bụng cấp cứu, dấu hiệu dịch tự do ổ bụng chiếm 73.3%, dấu hiệu liềm hơi dưới hoành chiếm 23.3%. Trên cắt lớp vi tính ổ bụng, dấu hiệu khí ngoài ống tiêu hóa chiếm 74.2%, thâm nhiễm mỡ mạc treo chiếm 71%. Trên siêu âm ổ bụng, dấu hiệu "rèm cửa" chỉ thấy được ở 3 trường hợp (chiếm 13%).

Từ khóa: Thủng tạng rỗng, X quang, Cắt lớp vi tính, Siêu âm ổ bụng

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS ON KUB X-RAY, CT AND ABDOMINAL SONOGRAPH IN PNEUMOPERITONEUM

Purpose: To describe imaging characteristics on KUB x-ray, abdominal CT and abdominal sonograph in pneumoperitoneum. **Material and method:** Descriptive cross-sectional study on 31 patients who

admitted to Viet Duc hospital for acute pain in their abdomen and diagnosed pneumoperitoneum from November 2020 to May 2021. **Result:** A total of 31 patients included 23(74.2%) males and 8(25.8%) females: mean age is $53,77 \pm 21,9$. Doudenal perforation was showed highest (32.3%), stomach and intestinal perforation (25.8%). On KUB x-ray, free peritoneal effusion was showed 73.3%, subdiaphragmatic free gas was showed 23.3%. On abdominal computer tomography, extra-gastrointestinal gas was showed 73.3%. On abdominal sonograph, peritoneal stripe sign was showed

Keywords: Pneumoperitoneum, KUB x-ray, abdominal sonographer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng tạng rỗng là một trong những cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp nhất, nguyên nhân có thể là một trong những biến chứng của ổ loét dạ dày-tá tràng, viêm ruột cấp hay các biến chứng của phẫu thuật, nội soi. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp x quang và cắt lớp vi tính ổ bụng cho những hình ảnh có giá trị đặc hiệu và tin cậy giúp chẩn đoán và xử trí kịp thời. Chẩn đoán bằng x quang đem lại hiệu quả rất cao với việc phát hiện rõ liềm hơi dưới cơ hoành [1]. Tuy nhiên, khi lượng khí rất bé, chỉ vài mm thì trên màn ảnh x quang sẽ khó phát hiện được. Những năm gần đây, vai trò của siêu âm trong chẩn đoán thủng tạng rỗng được nhiều nhà chẩn đoán hình ảnh báo cáo là phương pháp thăm khám có giá trị tuy nhiên phụ thuộc nhiều vào người làm siêu âm. Dấu hiệu

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thắng
 Email: nguyenvanthang@hmtu.edu.vn
 Ngày nhận bài: 7.6.2021
 Ngày phản biện khoa học: 4.8.2021
 Ngày duyệt bài: 13.8.2021

đặc trưng để chẩn đoán thủng tạng rỗng là thấy hình ảnh "rèm cửa" và dịch tự do trong ổ phúc mạc, khoang sau phúc mạc. Chụp cắt lớp vi tính cho phép xác định khí tự do trong ổ bụng dù lượng khí có thể rất ít, chỉ một vài bóng khí. Hơn thế nữa, cắt lớp vi tính có thể cho thấy nguyên nhân trong phần lớn các trường hợp, điều mà cả x quang lẫn siêu âm khó cho thấy được. Nhằm góp phần củng cố thêm vai trò của các phương pháp thăm khám hình ảnh phổ biến này trong bệnh lý thủng tạng rỗng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Mô tả một số đặc điểm hình ảnh bệnh lý thủng tạng rỗng trên x quang, cắt lớp vi tính và siêu âm ổ bụng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị bệnh lý thủng tạng rỗng tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 5 năm 2021.

- Loại trừ những bệnh nhân mới có can thiệp phẫu thuật hoặc thăm dò ổ bụng trong vòng 1 tháng hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Dấu hiệu thủng tạng rỗng trên x quang: Liềm hơi dưới vòm hoành 1 hoặc 2 bên, dày thành quai ruột, dịch giữa các quai ruột và rãnh thành đại tràng, mờ vùng thấp ổ bụng

- Dấu hiệu thủng tạng rỗng trên siêu âm: Khí tự do trong ổ bụng, dịch tự do trong ổ bụng, dày thành quai ruột.

- Dấu hiệu thủng tạng rỗng trên cắt lớp vi tính: Khí tự do trong ổ bụng hoặc sau phúc mạc, dịch tự do ổ bụng, thâm nhiễm mỡ mạc treo, dày thành quai ruột và ngấm thuốc mạnh, thoát thuốc cản quang qua đường uống ra ngoài lòng ruột.

- Số liệu thu thập sẽ xử lý và phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 20.0. Tất cả các biến sẽ được trình bày dưới dạng các bảng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần suất (%)
Giới	Nam	23(74.2)
	Nữ	8(25.8)
Nhóm tuổi	<16	2(6.5)
	16 - 25	2(6.5)
	26 - 35	2(6.5)
	36 - 45	4(12.9)
	45 - 55	7(22.6)
	56 - 65	5(16.1)
> 65	9(28.9)	

Vị trí tổn thương	Dạ dày	8(25.8)
	Tá tràng	10(32.3)
	Ruột non	8(25.8)
	Đại tràng	7(19.4)
	Ruột thừa	2(6.5)
Nguyên nhân	Chấn thương	8(25.8)
	Thủng ổ loét dạ dày, tá tràng	11(35.5)
	Viêm ruột thừa, túi thừa đại tràng	4(12.9)
	Viêm ruột cấp tính	2(6.5)
	Các khối u ác tính	1(3.2)
Không rõ nguyên nhân	5(16.1)	

Nhận xét: Bệnh nhân là nam chiếm tỷ lệ (74.2%), cao hơn so với nữ (25.8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ nam/nữ là 2.9, tuổi trung bình là $53,77 \pm 21,90$. Trong 31 bệnh nhân với 35 ổ thủng tại 5 vị trí được xác định, thủng tá tràng hay gặp nhất, chiếm 32.3%, thủng tại ruột thừa ít gặp nhất, chiếm 6.5%. Nguyên nhân hay gặp nhất của thủng tạng rỗng là do thủng ổ loét dạ dày-tá tràng (chiếm 35.5%), chỉ có 01 trường hợp do u ác tính ống tiêu hóa, có tới 5 trường hợp (16.1%) không tìm thấy nguyên nhân.

3.2. Đặc điểm hình ảnh bệnh lý thủng tạng rỗng

Bảng 3.2. Đặc điểm hình ảnh bệnh lý thủng tạng rỗng trên x quang

Đặc điểm thủng tạng rỗng trên x quang bụng cấp cứu		Tần suất (%)
Dấu hiệu thủng tạng rỗng	Liềm hơi dưới hoành	7(23.3)
	Dày thành quai ruột	19(63.3)
	Dịch giữa các quai ruột, rãnh thành đại tràng	22(73.3)
	Mờ vùng thấp ổ bụng	22(73.3)
Vị trí liềm hơi	Bên trái	1(14.3)
	Bên phải	4(57.1)
	Hai bên	2(28.6)

Nhận xét: Hình ảnh phản ánh có dịch tự do ổ bụng hay gặp nhất, chiếm 73.3%. Dấu hiệu liềm hơi dưới hoành chỉ thấy ở 7 trường hợp (23.33%). Hình liềm hơi dưới hoành được quan sát nhiều hơn ở bên phải.

3.3. Đặc điểm hình ảnh bệnh lý thủng tạng rỗng trên cắt lớp vi tính

Đặc điểm thủng tạng rỗng trên cắt lớp vi tính ổ bụng		Tần suất (%)
Dấu hiệu thủng tạng rỗng	Khí trong ổ bụng hoặc sau phúc mạc	23(74.2)
	Dịch tự do trong ổ bụng	31(100)
	Khí + dịch tự do trong ổ bụng	19(61.3)

	Thành ruột dày và ngấm thuốc mạnh	25(75.8)
	Thâm nhiễm mỡ mạc treo	22(71)
	Thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng ruột	1(100)
Khí ngoài lòng ruột	Mặt trước gan	9(29)
	Vùng thượng vị	3(9.7)
	Cạnh tá tràng	3(9.7)
	Cạnh đại tràng	2(6.5)
	Cạnh dạ dày	2(6.5)
	Dưới thành bụng trước	4(13)
	Phía trên mạc treo đại tràng ngang	2(6.5)
	Các vị trí khác	6(19.3)
Độ dày trung bình thành ruột (n=25)	Không thấy khí tự do	8(25.8)
	Tần suất (%)	
Quai ruột non	16,4	5(20)
Môn vị dạ dày	22	1(4)
Đại tràng	15	3(12)
Tá tràng, hành tá tràng	7	2(8)
Ruột thừa	12	1(4)

Nhận xét: Tất cả các trường hợp thủng tạng rỗng đều thấy dịch tự do trong ổ bụng. Hình khí ngoài ống tiêu hoá được thấy ở 23 trường hợp (chiếm 74.2%). Trong đó, khí tự do mặt trước gan gặp ở 9 trường hợp (29%), dưới thành bụng trước 4 trường hợp (13%). Có 1 trường hợp có dùng thuốc cản quang đường uống và thấy thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng ruột. Có 25 trường hợp có dấu hiệu dày thành ruột, trong đó ở ruột non xuất hiện nhiều nhất (20%). Môn vị dạ dày là vị trí có độ dày trung bình dày nhất (22mm) và vị trí mật liên tục thành ruột rộng nhất (5mm).

Bảng 3.4. Đặc điểm hình ảnh bệnh lý thủng tạng rỗng trên siêu âm

Đặc điểm thủng tạng rỗng trên siêu âm		Tần suất (%)
Dấu hiệu thủng tạng rỗng	Hình "rèm cửa"	3(13)
	Dịch tự do trong ổ bụng	18(78.3)
	Khí + dịch tự do trong ổ bụng	1(4.4)
	Dày thành ruột + dịch xung quanh	9(39.1)
Vị trí dấu hiệu "rèm cửa"	Mặt trước gan phải	3(100)

Nhận xét: Trong số 23 bệnh nhân được thực hiện siêu âm, chỉ có 3 trường hợp (chiếm 13 %) được phát hiện có tràn khí tự do ổ bụng với dấu hiệu đặc trưng là hình ảnh "rèm cửa", cả 3

trường hợp này khí đều được quan sát thấy ở mặt trước gan phải.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 31 bệnh nhân được chẩn đoán thủng tạng rỗng tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 4 năm 2021, chúng tôi thấy có 23 bệnh nhân nam, chiếm (74.2%), cao hơn nữ (25.8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân thủng tạng rỗng là $53,77 \pm 21,90$. Trong số 31 bệnh nhân với 35 ổ thủng được xác nhận tại 5 vị trí, thủng tá tràng chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 32.25%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Sương và CS cũng cho thấy tỷ lệ thủng dạ dày- tá tràng không do chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (78,4%)[2]. Thủng tạng rỗng do chấn thương chúng tôi gặp ở 8 trường hợp (chiếm 25.8%). Về nguyên nhân do chấn thương, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả cao hơn so với trong báo cáo của Nguyễn Thị Mai Sương và CS, tỷ lệ này là 16.4%[2]. Tuy nhiên, Nguyễn Văn Tiệp và CS (2018) cho thấy nguyên nhân chiếm tới 70.5%[3].

4.2. Đặc điểm hình ảnh bệnh lý thủng tạng rỗng. Trong nghiên cứu này, có 30 bệnh nhân được chụp x quang bụng cấp cứu. Trên x quang, dấu hiệu cho thấy có dịch tự do ổ bụng chiếm 73.3%. Dấu hiệu dày quai ruột do phù nề gặp ở 19 trường hợp (63.3%). Dấu hiệu đặc trưng có ý nghĩa chẩn đoán xác định là hình liềm hơi dưới vòm hoành chỉ thấy ở 7 trường hợp (chiếm 23.3%), như vậy việc không quan sát thấy hình liềm hơi trên x quang chúng ta vẫn cần cảnh giác cao độ khi chúng ta chưa giải thích được các biểu hiện của bệnh trên lâm sàng. Tỷ lệ phát hiện thấy hình liềm hơi trong nghiên cứu này thấp hơn so với tỷ lệ được cáo cáo trong nhiều nghiên cứu đã công bố trước đây được giải thích do cơ sở để tiến hành nghiên cứu là bệnh viện hàng đầu về cấp cứu bụng ngoại khoa, hơn nữa lại nằm ở trung tâm của thành phố nên việc người bệnh được nhập viện sớm sau khi khởi phát cơn đau, khí lượng khí tràn vào ổ bụng quá ít nên trên x quang đã không thấy được. Mặt khác, một số bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nặng, khó khăn khi đứng hay tư thế nửa nằm nửa ngồi, nằm nghiêng trong khi chụp cũng làm cho việc phát hiện liềm hơi khó khăn. Tỷ lệ dấu hiệu này gặp trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Sương và CS (2014) và Nguyễn Văn Tiệp và CS (2018) lần lượt là 86.9% và 36.4%[2, 3]. Về vị trí liềm hơi, dưới hoành phải gặp nhiều hơn so

với dưới hoành trái, độ dày trung bình của liềm hơi là 3.5mm. Nguyễn Thị Mai Sương và CS (2014) cũng cho thấy liềm hơi gặp nhiều hơn ở bên phải (chiếm 42.5%)[2]. Trong nghiên cứu này, chỉ có 3 trường hợp trong tổng số 23 bệnh nhân được thực hiện siêu âm ổ bụng được phát hiện có khí tự do trong ổ bụng. Về dấu hiệu này, tỷ lệ phát hiện có khí tự do nhờ siêu âm chẩn đoán thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu của các tác giả đã công bố trước đó[4]. Tại Việt Nam, việc tìm kiếm dấu hiệu tràn khí tự do ổ bụng trong các trường hợp bệnh nhân bị nghi ngờ có thủng tạng rỗng chưa thực sự được các bác sĩ siêu âm quan tâm nhiều, chính vì vậy việc phát hiện dấu hiệu này còn hạn chế trong thực hành lâm sàng. Nhiều nghiên cứu trước đây đã cho thấy, siêu âm ổ bụng có thể chẩn đoán chính xác tràn khí màng bụng nhưng cũng không nên xác định siêu âm là phương pháp thăm khám duy nhất để chẩn đoán xác định hay loại trừ tràn khí màng bụng[4, 5].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 31 trường hợp thủng tạng rỗng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi ghi nhận được một số kết luận như sau:

Thủng tạng rỗng gặp chủ yếu ở nam giới, nguyên nhân hay gặp nhất là do thủng ổ loét dạ dày-tá tràng. Trên x quang, hình liềm hơi dưới

hoành chỉ số ít các trường hợp và đa phần thấy ở dưới vòm hoành phải. Tuy nhiên, trên cắt lớp vi tính ổ bụng, có thể quan sát thấy hơi ngoài lòng ống tiêu hoá ở phần lớn các trường hợp và có thể thấy thuốc cản quang thoát ra khỏi ống tiêu hoá nếu sử dụng phổi hợp thuốc cản quang đường uống. Trên siêu âm, dấu hiệu đặc hiệu là hình ảnh "rèm cửa" ở mặt trước gan, tuy nhiên dấu hiệu này cũng ít quan sát thấy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng, N., N.N. Thăng, and Đ.V. Thời;, Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày - tá tràng tại bệnh viện Đà Nẵng. Tạp chí khoa học, 2010. **63**: p. 63-69.
2. Sương, N.T.M. and L.Đ. Phong;, Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh Xquang thường qui ở bệnh nhân thủng tạng rỗng điều trị tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Tạp chí y học thực hành, 2013. **9**(879): p. 65-68.
3. Tiệp, N.V. and Đ.V.D. ;, Chẩn đoán và điều trị tổn thương tạng rỗng trong chấn thương bụng kín tại bệnh viện Quân y 103. Tạp chí y dược học quân sự 2018. **9**: p. 161-167.
4. Jiang, L., J. Wu, and X. Feng, The value of ultrasound in diagnosis of pneumoperitoneum in emergent or critical conditions: A meta-analysis. Hong Kong Journal of Emergency Medicine, 2018. **26**(2): p. 111-117.
5. Grechenig, W., et al., Detection of pneumoperitoneum by ultrasound examination: an experimental and clinical study. Injury, 1999. **30**(3): p. 173-8.

MỘT SỐ YẾU TỐ SẢN KHOA LIÊN QUAN TỬ VONG SƠ SINH SỚM Ở TRẺ ĐẸ NON 28 – 32 TUẦN

Dương Quỳnh Anh¹, Phạm Thị Thanh Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố sản khoa liên quan tử vong sơ sinh sớm ở trẻ đẻ non 28 – 32 tuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên những trẻ đẻ ra sống ở các trường hợp đơn thai có tuổi thai từ 28^{0/7} tuần đến hết 32^{0/7} tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong khoảng thời gian từ 01/07/2020 đến 31/12/2020. **Kết quả:** Trong số 238 trường hợp sinh non có 11 trẻ tử vong trong tuần đầu (chiếm tỷ lệ 4,62%), phần lớn tử vong trong 24 giờ đầu tiên (5/11 ca, chiếm 45,45%). Những nguyên nhân hàng đầu dẫn tới tử vong ở trẻ là

suy hô hấp (55%), nhiễm khuẩn (18%), xuất huyết não – màng não (18%). 81,82% (9/11 ca) trẻ tử vong có mẹ mắc ít nhất một bệnh lý nội khoa hoặc sản khoa, làm tăng khả năng tử vong gấp gần 8 lần (OR = 7,96, KTC 95% 1,68 – 37,71), cụ thể rối loạn huyết áp làm tăng gấp 6,3 lần (OR = 6,37, KTC 95% 1,84 – 21,98). Đồng thời hậu quả thai chậm phát triển trong tử cung cũng là yếu tố sản khoa làm tăng khả năng tử vong gấp 8,8 lần (OR = 8,89, KTC 95% 2,54 – 31,12). **Kết luận:** Mẹ bệnh lý (đặc biệt rối loạn huyết áp) và thai chậm phát triển trong tử cung là các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong sơ sinh sớm của trẻ.

Từ khóa: đẻ non, tử vong sơ sinh, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

OBSTETRIC RISK FACTORS FOR EARLY NEONATAL DEATH IN PREMATURE INFANTS BORN BETWEEN 28 TO 32 WEEKS' GESTATION

Objective: To analyze several obstetric risk

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quỳnh Anh

Email: quyhanha4@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 31.7.2021

Ngày duyệt bài: 9.8.2021