

- Complications: A Systematic Review. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 2011;13(7):773-779. doi:10.1089/dia.2011.0034
3. **van Waateringe RP, Fokkens BT, Slagter SN, et al.** Skin autofluorescence predicts incident type 2 diabetes, cardiovascular disease and mortality in the general population. *Diabetologia*. Feb 2019; 62(2):269-280. doi:10.1007/s00125-018-4769-x
 4. **van Waateringe RP, Slagter SN, van Beek AP, et al.** Skin autofluorescence, a non-invasive biomarker for advanced glycation end products, is associated with the metabolic syndrome and its individual components. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2017/05/30 2017;9(1):42. doi:10.1186/s13098-017-0241-1
 5. **van Waateringe RP, Slagter SN, van der Klauw MM, et al.** Lifestyle and clinical determinants of skin autofluorescence in a population-based cohort study. *European Journal of Clinical Investigation*. 2016;46(5):481-490. doi:https://doi.org/10.1111/eci.12627
 6. **den Dekker MAM, Zwiers M, van den Heuvel ER, et al.** Skin Autofluorescence, a Non-Invasive Marker for AGE Accumulation, Is Associated with the Degree of Atherosclerosis. *PLOS ONE*. 2013;8(12): e83084. doi:10.1371/journal.pone.0083084
 7. **Fewkes JJ, Dordevic AL, Murray M, Williamson G, Kellow NJ.** Association between endothelial function and skin advanced glycation end-products (AGEs) accumulation in a sample of predominantly young and healthy adults. *Cardiovascular Diabetology*. 2024/09/09 2024; 23(1):332. doi:10.1186/s12933-024-02428-3
 8. **Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies.** *Lancet*. Jan 10 2004;363(9403): 157-63. doi:10.1016/s0140-6736(03)15268-3
 9. **Alberti KG, Zimmet P, Shaw J.** The metabolic syndrome--a new worldwide definition. *Lancet*. Sep 24-30 2005;366(9491):1059-62. doi:10.1016/s0140-6736(05)67402-8
 10. **Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al.** 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018/06/01 2018; 71(6): e13-e115. doi:10.1161/HYP.000000000000065

PHẪU THUẬT MỔ LẤY THAI KẾT HỢP CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG CHO THAI PHỤ 31 TUẦN PHÁT HIỆN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG: MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Nguyễn Thành Khiêm^{1,2}, Đinh Thị Mỹ Linh²,
Tăng Văn Dũng¹, Đỗ Văn Hào²

TÓM TẮT

Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng (UTĐTT) ở phụ nữ có thai thường rất thấp. UTĐTT ở sản phụ có nhiều thách thức trong chẩn đoán và điều trị, cần sự phối hợp đa chuyên khoa. Chúng tôi ghi nhận một sản phụ mang thai tuần thứ 29, tới khám vì đau bụng hạ sườn trái kèm đại tiện phân nát 6 – 7 lần/ ngày. Kết quả chụp cộng hưởng từ ổ bụng phát hiện hình ảnh dày thành đại tràng, nội soi đại trực tràng kèm sinh thiết cho kết quả ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa. Với sự phối hợp đa chuyên khoa, bệnh nhân được lên kế hoạch mổ lấy thai và phẫu thuật khối u vào tuần thứ 32. Phụ nữ có thai với các triệu chứng của đường tiêu hóa dễ gây nhầm lẫn với biến đổi sinh lý khi có thai, do vậy UTĐTT cần được đặt ra để chẩn đoán phân biệt. Các xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và nội soi đường tiêu hóa nếu cần nhằm phát hiện sớm và điều trị

kịp thời giúp cải thiện tiên lượng bệnh. **Từ khóa:** ung thư đại trực tràng và phụ nữ có thai.

SUMMARY

COLORECTAL CANCER IN PREGNANT WOMEN: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

The incidence of colorectal cancer (CRC) in pregnant women is usually very low. CRC in pregnant women presents many challenges in diagnosis and treatment, requiring multidisciplinary coordination. We recorded a pregnant woman in the 29th week of pregnancy, who came to the clinic because of left lower quadrant abdominal pain accompanied by loose stools 6-7 times/day. The results of abdominal MRI showed thickened colon wall, colonoscopy with biopsy showed moderately differentiated adenocarcinoma. With multidisciplinary coordination, the patient was scheduled for cesarean section and tumor surgery at the 32nd week. Pregnant women with gastrointestinal symptoms are easily confused with physiological changes during pregnancy, so CRC should be considered for differential diagnosis. Paraclinical tests, imaging diagnosis and gastrointestinal endoscopy, if necessary, for early detection and timely treatment to help improve the prognosis of the disease. **Keywords:** colorectal cancer and pregnant women.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Hào

Email: vanhao.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

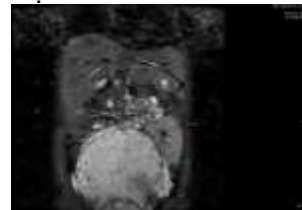
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mắc ung thư trong thai kỳ khoảng 0,07% - 0,1%. Trong vài năm trở lại đây, cùng với xu hướng sinh con muộn và tăng tỷ lệ phát hiện các khối u ở người trẻ tuổi, tỷ lệ mắc các khối u ác tính trên phụ nữ có thai có xu hướng tăng dần. UTĐTT trên phụ nữ có thai gặp với tỷ lệ khoảng 0,02%, hoặc 1/13,000 thai kỳ¹ và thường tiên lượng rất xấu. Chậm trễ trong việc chẩn đoán thường liên quan tới các triệu chứng bệnh thường giống với biểu hiện đường tiêu hóa trong thai kỳ bình thường (táo bón, thiếu máu thiếu sắt, rối loạn đại tiện hay đau bụng,...), di căn xa, tắc ruột và thủng ruột thường gặp hơn trong quá trình mang thai². Dựa trên cơ sở báo cáo ca lâm sàng ung thư đại tràng sigma trong quá trình mang thai, chúng tôi nhấn mạnh vào việc nên chú ý trong việc phán đoán nguyên nhân của các triệu chứng đường tiêu hóa trên phụ nữ có thai cũng như bàn luận về các vấn đề sai lầm trong chẩn đoán, các phương pháp điều trị cũng như tiên lượng của các trường hợp hiếm gặp này.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 30 tuổi, PARA 1001 (01 lần mổ lấy thai cách 18 tháng) với tiền sử gia đình không có ai mắc ung thư đường tiêu hóa nhập viện Khoa Nội tiêu hóa – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội lúc thai 29 tuần do đau bụng vùng hố chậu trái và đại tiện phân lỏng nát 6-7 lần/ ngày. Khám lâm sàng phát hiện thiếu máu mức độ nhẹ, không có phản ứng thành bụng, không nôn không sốt và được theo dõi tại khoa nội tiêu hóa với chẩn đoán Theo dõi viêm ruột/ Thai 29 tuần, điều trị kháng sinh. Các xét nghiệm cận lâm sàng được ghi nhận tại thời điểm vào viện bao gồm số lượng hồng cầu 3,27 T/L, Hemoglobin 98g/l, định lượng CRPhs 8,73 mg/dl và soi phân không thấy tế bào hồng cầu hay bạch cầu, siêu âm ổ bụng phát hiện dày thành đại tràng không đều. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh phối hợp, sau 3 ngày điều trị không đỡ, được chụp cộng hưởng từ toàn thân và nội soi đại trực tràng ống mềm phát hiện trên MRI hình ảnh dày thành đại tràng không đều, có hạn chế khuếch tán trên Difusion đoạn cuối đại tràng xuống – đầu đại tràng sigma xung quanh thâm nhiễm kèm hạch – nghi nhiều tới tổn thương do u (hình 1) và hình ảnh nội soi phía đại tràng xuống có khối u sùi chiếm toàn bộ chu vi lòng đại tràng, làm hẹp đại tràng (hình 2). Sinh thiết qua nội soi kết quả ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa. Bệnh nhân được hội chẩn toàn viện bao gồm các bác sĩ sản khoa, ung bướu, nội tiêu hóa, phẫu thuật hậu

môn đại trực tràng, dinh dưỡng và nhi khoa. Hội chẩn cân nhắc tới các vấn đề về trẻ sơ sinh non tháng như nguy cơ cao xuất huyết não, chưa trưởng thành phổi, viêm ruột hoại tử và nguy cơ về phía mẹ như các triệu chứng tắc ruột tiến triển dần, nguy cơ bệnh ung thư tiến triển. Qua đó quyết định nuôi dưỡng tĩnh mạch cho mẹ, tiêm corticoid hỗ trợ trưởng thành phổi và mổ lấy thai chủ động khi thai đủ 32 tuần. Tuy nhiên, vào tuần thai thứ 31, bệnh nhân đau bụng cơn tăng dần kèm sốt, xét nghiệm bạch cầu 15 G/L, CRP 8,93mg/dL, CEA 8,09ng/ml được chỉ định chuyển kháng sinh nhóm Imipenem và đặt sonde dạ dày, nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch nhưng bệnh nhân không đáp ứng, đau nhiều và sốt 38°C, có phản ứng thành bụng. Bệnh nhân được mổ cấp cứu vì Tắc ruột do ung thư đại tràng sigma áp xe hóa/ Thai 31 tuần – Mẹ sốt. Thì 1 mổ lấy thai ra 01 gái 1300gr, kiểm tra bánh rau, tử cung và 2 phần phụ không thấy xâm lấn của u, dùng thuốc tăng co tử cung có hồi tốt thuận lợi cho quá trình bóc lột tổn thương đại trực tràng. khâu phục hồi giải phẫu cơ tử cung. Thì 2 mổ cắt đoạn đại tràng trái cao, nạo vét hạch và đưa 2 đầu đại tràng ra hạ sườn trái làm hậu môn nhân tạo. Kết quả giải phẫu bệnh học sau cùng là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, pT3N0M0/MSI (PMS2) (20/20N(-), CK hạch (-)). Trẻ sơ sinh điều trị tại khoa Nhi do non tháng, được ra viện sau gần 2 tháng điều trị, khỏe mạnh. Bệnh nhân điều trị hậu phẫu 10 ngày tại viện, không có biến chứng gì được ghi nhận trong quá trình theo dõi. Bệnh nhân được đóng hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật gần 2 tháng, tái khám chưa phát hiện bất thường, hiện sức khỏe ổn định.



Hình 1: Hình ảnh dày thành đại tràng không đều, có hạn chế khuếch tán trên Difusion đoạn cuối đại tràng xuống – đầu đại tràng sigma xung quanh thâm nhiễm kèm hạch – nghi nhiều tới tổn thương do u



Hình 2: Đại tràng xuống có khối u sùi

chiếm toàn bộ chu vi lòng đại tràng, làm hẹp đại tràng

III. BÀN LUẬN

UTĐTT thường hiếm gặp trong quá trình mang thai. Theo y văn, tuổi trung bình gặp UTĐTT khi mang thai là 31 tuổi (trong khoảng 16 đến 48 tuổi)³. Phần lớn các khối u ở trực tràng hoặc đại tràng sigma và đa số bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn, 60% số bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn Dukes' C trở lên⁴. Mặc dù gặp với tỷ lệ rất thấp nhưng lại dẫn tới tỷ lệ tử vong cao đối với phụ nữ trong độ tuổi mang thai, có thể dẫn tới hậu quả nặng nề cho sản phụ và cho thai nhi.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân UTĐTT trên phụ nữ có thai là buồn nôn, nôn, đau bụng, táo bón, thiếu máu và đại tiện phân máu. Nôn và buồn nôn cũng thường gặp khi mang thai, đặc biệt là trong quý đầu thai kỳ. Triệu chứng đường tiêu hóa như đau bụng hay táo bón thường là những vấn đề phổ biến hay gặp khi mang thai và thường được cho là do giảm nhu động ruột trong khi mang thai và do tử cung tăng kích thước gây chèn ép. Thiếu máu trong quá trình mang thai có thể tương đương như thiếu máu do khối u gây ra. Trĩ hoặc nứt kẽ hậu môn thường gây ra đại tiện phân máu như gây ra bởi khối u. Mặc dù một số phụ nữ có thai có thể giảm cân trong quý đầu thai kỳ, nhưng nhìn chung sẽ tăng cân trong toàn bộ thai kỳ. Tình trạng có thai có thể gây bối rối khi giảm cân phát hiện trong quý 2 hoặc quý 3 thai kỳ. Do đó, cần thận trọng do những triệu chứng không đặc hiệu làm phần lớn UTĐTT trong khi mang thai được chẩn đoán muộn trong quý 3 thai kỳ và bệnh nhân thường có tiên lượng xấu. Bệnh nhân trong báo cáo này còn trẻ, 30 tuổi và không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu trong quý 1 và quý 2 thai kỳ. Bệnh nhân xuất hiện đau hố chậu trái và đại tiện phân lỏng nát 6 – 7 lần/ ngày.

Chẩn đoán xác định bệnh và chẩn đoán giai đoạn UTĐTT trong khi mang thai vẫn là một thách thức. Phần lớn bệnh nhân UTĐTT trong khi mang thai được chẩn đoán sau 20 tuần và tiên lượng thường xấu. Phần lớn bệnh nhân khi phát hiện bệnh thường ở giai đoạn Dukes' C và D. Bernstein và cộng sự⁵ nghiên cứu 39 trường hợp mắc UTĐTT khi mang thai và phát hiện 41% ở giai đoạn B, 44% ở giai đoạn C và 15% ở giai đoạn D, không bệnh nhân nào ở giai đoạn A.

Xét nghiệm đánh giá chẩn đoán bao gồm cả định lượng CEA (carcinoembryonic antigen), thường có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp trong sàng lọc UTĐTT. Tuy nhiên, nó vẫn có tác dụng

trong so sánh sau phẫu thuật, và tăng nồng độ CEA trước phẫu thuật thường là chỉ điểm cho tiên lượng xấu: nồng độ càng cao, nguy cơ ung thư tiến triển và tái phát càng cao⁶. Mặc dù chụp cắt lớp vi tính ổ bụng được sử dụng đa số trong quần thể dân số chung nhằm đánh giá sự phát triển của khối u đại trực tràng và sự di căn trong ổ bụng, siêu âm ổ bụng nhằm phát hiện di căn gan và cộng hưởng từ thường an toàn hơn và được chỉ định nhiều hơn cắt lớp vi tính khi mang thai. Nội soi đại trực tràng khá an toàn cho mẹ và thai nhi, nhằm sinh thiết tổn thương để chẩn đoán xác định và loại trừ các bệnh đại trực tràng kèm theo (polyp,...)⁷.

Chưa có phác đồ chuẩn cho điều trị UTĐTT trên phụ nữ có thai. Thông thường, phẫu thuật vẫn được xem là phương pháp chính. Loại phẫu thuật và thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào tuổi thai, vị trí khối u, nguy cơ biến chứng nếu tiếp tục theo dõi thai kỳ và mong muốn của sản phụ.

UTĐTT phía trên trực tràng có thể được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ khối u. Phẫu thuật trong nửa đầu thai kỳ có thể thực hiện mà không cần phải cắt bỏ tử cung hoặc ngừng thai kỳ⁵. Khi UTĐTT được chẩn đoán trong nửa sau thai kỳ, phẫu thuật có thể trì hoãn tới khi thai nhi có thể sống được. Khi có tình trạng cấp cứu (thủng ruột, tắc ruột) xảy ra trong quá trình mang thai, điều trị biến chứng cùng với việc phẫu thuật cắt bỏ khối u thường được đặt ra. Trong những trường hợp cấp cứu và đe dọa tới tính mạng, đặc biệt trong quý 1 thai kỳ, việc chấm dứt thai kỳ cần được thảo luận với sản phụ, trong khi đó mổ lấy thai có thể thực hiện khi bệnh phát hiện vào quý 2 hoặc quý 3 thai kỳ.

Không có báo cáo trường hợp về kết quả thai kỳ xấu cho thai nhi kể cả khi bệnh di căn xa. Di căn ung thư tại bánh rau được ghi nhận trong một trường hợp UTĐTT, do đó đánh giá bánh rau toàn diện cần được cân nhắc nhưng không có bằng chứng ủng hộ cho việc theo dõi trẻ sơ sinh⁸.

Tiên lượng xấu thường được cho là kết quả của việc chẩn đoán bệnh ở giai đoạn muộn bởi vì chậm trễ chẩn đoán trên phụ nữ có thai. Trong nghiên cứu loạt ca bệnh, tỷ lệ sống còn của ung thư trực tràng và ung thư đại tràng (phía trên trực tràng) trên phụ nữ có thai lần lượt là 83% và 75% với giai đoạn B, 27% và 33% với giai đoạn C và 0% và 0% với giai đoạn D⁹.

IV. KẾT LUẬN

Ung thư đại trực tràng ở phụ nữ có thai thường khó khăn trong chẩn đoán và điều trị, thường dẫn tới chẩn đoán muộn vào giai đoạn tiến xa của bệnh với tiên lượng xấu. Đối với

những bệnh nhân có triệu chứng không đặc hiệu, có thể biểu hiện bằng triệu chứng thường gặp ở phụ nữ có thai như thiếu máu thiếu sắt, táo bón, nôn, buồn nôn,... cần phải cảnh giác với khả năng xuất hiện khối u ở đường tiêu hóa. Lưu ý rằng, cần phải nghi ngờ các khối u khi tất cả các nguyên nhân lành tính được loại trừ mặc dù tỷ lệ hiếm gặp¹⁰.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yang H, Han X.** Colorectal cancer in pregnancy: a case report and literature review. *J Gastrointest Oncol.* 2021;12(2):885-891. doi:10.21037/jgo-21-31
2. **Shushan A, Stemmer SM, Reubinoff BE, Eid A, Weinstein D.** Carcinoma of the colon during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 1992;47(4):222-225. doi:10.1097/00006254-199204000-00002
3. **Saif MW.** Management of colorectal cancer in pregnancy: a multimodality approach. *Clin Colorectal Cancer.* 2005;5(4): 247-256. doi:10.3816/cc.2005.n.035
4. **Ossendorp RR, Silvis R, van der Bij GJ.** Advanced colorectal cancer resulting in acute bowel obstruction during pregnancy; a case report. *Ann Med Surg (Lond).* 2016;8:18-20. doi:10.1016/j.amsu.2016.04.018
5. **Bernstein MA, Madoff RD, Caushaj PF.** Colon and rectal cancer in pregnancy. *Dis Colon Rectum.* 1993;36(2): 172-178. doi:10.1007/BF02051174
6. **Fletcher RH.** Carcinoembryonic antigen. *Ann Intern Med.* 1986;104(1): 66-73. doi:10.7326/0003-4819-104-1-66
7. **Seidman DS, Heyman Z, Ben-Ari GY, Mashiach S, Barkai G.** Use of magnetic resonance imaging in pregnancy to diagnose intussusception induced by colonic cancer. *Obstet Gynecol.* 1992;79(5 (Pt 2)):822-823.
8. **Yaghoobi M, Koren G, Nulman I.** Challenges to diagnosing colorectal cancer during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2009;55(9):881-885. Accessed August 26, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2743581/>
9. **Antonelli NM, Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA.** Cancer in pregnancy: a review of the literature. Part I. *Obstet Gynecol Surv.* 1996;51(2):125-134. doi:10.1097/00006254-199602000-00022
10. **Quaresima P, Saccone G, Pellegrino R, et al.** Incidental diagnosis of a pancreatic adenocarcinoma in a woman affected by gestational diabetes mellitus: case report and literature review. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2021;3(6): 100471. doi:10.1016/j.ajogmf.2021. 100471.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG HEN PHẾ QUẢN BẰNG FLIXOTIDE Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Thị Thảo^{1,2}, Nguyễn Thị Diệu Thúy², Phí Thị Quỳnh Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị dự phòng hen phế quản bằng Flixotide ở trẻ dưới 5 tuổi tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng:** 69 bệnh nhân hen phế quản dưới 5 tuổi đến khám, tư vấn và theo dõi điều trị ngoại trú tại phòng khám nhi của bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2024 đến tháng 6/2025. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả so sánh trước sau tại thời điểm trước điều trị, sau điều trị 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Sau điều trị 1 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng ban ngày và ban đêm lần lượt giảm từ 98,6% xuống còn 43,5% và từ 86,5% xuống còn 40,6%. Sau 3 tháng sử dụng Flixotide, tỷ lệ này tiếp tục giảm xuống chỉ còn 13% và 2,9%. Đồng thời, tỷ lệ hen bậc 2 giảm từ 76,8% trước điều trị xuống còn 8,2%, và tỷ lệ lên bậc 3 giảm từ 15,9% trước điều trị xuống còn 0% sau 3 tháng. Sau 1 tháng 49,3% bệnh nhân kiểm soát hen một phần, và sau 3 tháng không

còn bệnh nhân nào chưa kiểm soát được hen. **Kết luận:** Flixotide có hiệu quả trong điều trị dự phòng ở trẻ dưới 5 tuổi mắc hen phế quản.

Từ khóa: Hen phế quản, trẻ em, kiểm soát hen

SUMMARY

OUTCOMES OF USING FLIXOTIDE FOR PROPHYLACTIC TREATMENT OF ASTHMA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS AT THE HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of Flixotide in the prophylactic treatment of asthma in children under 5 years of age at the Hanoi Medical University Hospital. **Subjects:** 69 children under 5 years old diagnosed with asthma which were using Flixotide for prophylactic treatment at the Pediatric Department of Hanoi Medical University Hospital between July 2024 and June 2025. **Methods:** A pre-post descriptive comparative study was conducted at three time points: before treatment, after 1 month and after 3 months of treatment. **Results:** After 1 month of treatment, the daytime and nighttime symptoms of asthmatic children decreased from 98.6% to 43.5% and from 86.5% to 40.6%, respectively. After 3 months of Flixotide use, these rates further declined to 13.0% and 2.9%. In addition, the proportion of patients with asthma grade 2

¹Bệnh viện Nhi Thanh Hóa

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025