

ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM DỊ VẬT TIÊU HÓA TRÊN Ở TRẺ EM ĐƯỢC CAN THIỆP LẤY DỊ VẬT TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1 BÁO CÁO LOẠT CA

Ultrasound of foreign bodies in gastrointestinal tract removed at Children's Hospital 1 case report

Đỗ Thanh Thủy, Lê Thị Uyên Phương*, Nguyễn Bùi Thùy Diễm*,
Vũ Thị Hoa Đào*, Nguyễn Hữu Chí**

SUMMARY

Objectives: We reviewed ultrasound features of all cases of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract that underwent endoscopic or surgical removal at Children's Hospital N1 from 1/2018 to 4/2019.

Method: retrospective case.

Results: From 1/2018 to 4/2019, 7 cases were included. Mean age was 7,9 years old. Boy to girl ratio was 5/2. 5/7 cases were radiolucent foreign bodies, toothpick mostly. The positions were one oesophageal, 2 gastric và 4 duodenal. All cases were diagnosed correctly by ultrasound before intervention. 4/7 cases underwent surgical removal, 3 cases underwent endoscopic removal. The signs of right-side retroperitoneal oedema and fluid collection surrounding right kidney on ultrasound were highly suspected of posterior D3 duodenal wall perforation due to foreign bodies.

Conclusion: Foreign bodies in the upper gastrointestinal tract can cause dangerous complications in case of late diagnosis. Ultrasound can help find radiolucent as well as radiopaque objects. We should know typical ultrasound features of some foreign bodies and common sites of complication in order to predict the object and the location exactly to give proper management.

Key words: *foreign bodies, ultrasound, children.*

* Bệnh viện Nhi đồng 1

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật tiêu hóa trên ở trẻ em có bệnh sử không rõ ràng, không dễ chẩn đoán, nhất là những dị vật không cản quang, không khai thác được bệnh sử nuốt dị vật, nhiều trường hợp chỉ phát hiện khi xuất hiện biến chứng. Chúng tôi báo cáo các ca lâm sàng dị vật tiêu hóa trên được siêu âm chẩn đoán và can thiệp phẫu thuật hoặc nội soi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 1/2018 đến 4/2019.

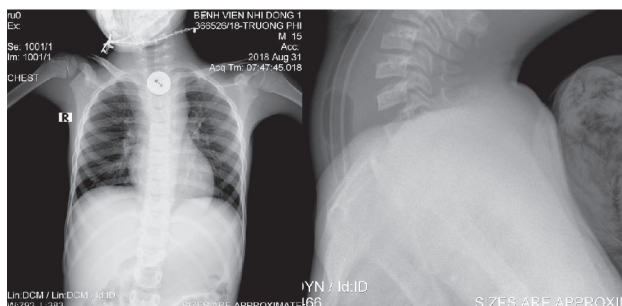
II. CA LÂM SÀNG

Trường hợp 1

Bé trai 7 tuổi nhập viện vì ói và nuốt khó. Người nhà không biết và bệnh nhân không nhớ đã nuốt dị vật. XQ phát hiện dị vật cản quang ngang mức D1-D2. Siêu âm cũng ghi nhận dị vật cản âm trong thực quản ngực ngang D2, có dày nhẹ thành thực quản, không thấy tụ dịch.

Bệnh nhân được nội soi khí quản, thực quản. Dưới dây thanh 2cm khí quản hẹp 1 đoạn 2 cm do chèn ép từ phía sau. Thành thực quản phía trước trái dày, có mô viêm, dễ chảy máu, không thấy dị vật trong thực quản. Chụp XQ khẩn tại giường vẫn thấy dị vật cản quang. Chuyển chụp CT scan khẩn thấy dị vật ở ngang mức D1-D2, nghỉ trong thực quản.

Bệnh nhân được phẫu thuật mở cạnh cổ lấy dị vật 4 ngày sau đó. Thành thực quản bờ, thực quản bị thủng ngang mức D1-D2. Gắp dị vật là miếng kim loại tròn đường kính khoảng 2cm. May đóng thực quản.



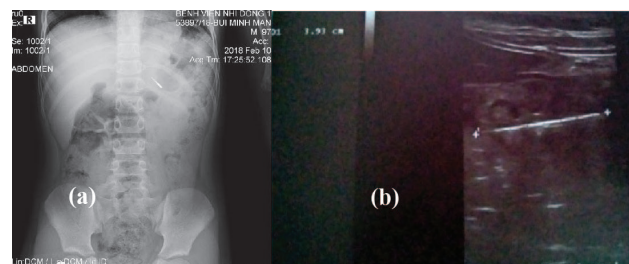
Hình 1. XQ dị vật cản quang ngang mức D1-D2.

Trường hợp 2

Bé trai 11 tuổi nhập viện vì nuốt kim may giờ thứ 7. XQ thấy dị vật kim loại ngang mức T11-T12 bên trái.

Siêu âm ghi nhận dị vật cản âm dạng kim loại nằm trong dạ dày dài khoảng 40mm, đâm xuyên thành sau dạ dày. Không thấy hơi tự do, không thấy dịch ổ bụng.

Bệnh nhân được nội soi thực quản, dạ dày 3 giờ sau nhập viện. Thấy thanh kim loại nằm ngang, cùng thức ăn vùng thân vị, gấp bằng kèm cá sấu ra được kim may khoảng 25mm. Không thấy tổn thương trầy xước thực quản, dạ dày.

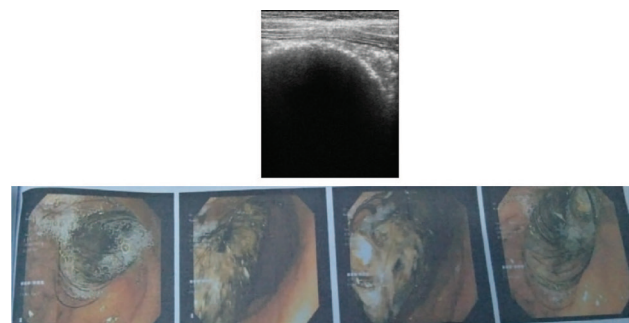


Hình 2. (a) XQ dị vật kim loại ngang mức T11-T12 bên trái. (b) Siêu âm dị vật cản âm dạng kim loại nằm trong dạ dày.

Trường hợp 3

Bé gái 6 tuổi nhập viện vì đau bụng, không ói, không sốt. Bệnh nhân được phát hiện ăn tóc từ 3 tuổi. Siêu âm phát hiện bóng cản âm mạnh trong lòng dạ dày kích thước khoảng 45mm, nghỉ trichobezoars, không dấu tắc đường ra dạ dày.

Bệnh nhân được nội soi dạ dày 1 lần, lòng dạ dày có 1 khối bezoar tóc. Gắp được một phần tóc, chưa lấy được hết khối bezoar. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi sau đó, thấy khối dị vật tại hang vị kích thước 5cm. Xẻ dọc thân vị lấy búi tóc ra ngoài.

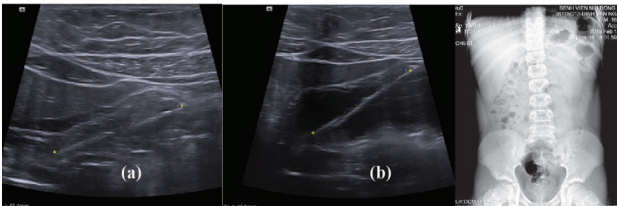


Hình 3. Bóng cản âm mạnh trong lòng dạ dày, nghỉ trichobezoars. Nội soi khối bezoar tóc trong dạ dày.

Trường hợp 4

Bé trai 11 tuổi nhập viện vì nuốt tằm tre giờ thứ 29, không đau bụng, không ói. Siêu âm phát hiện dị vật echo dày trong lòng dạ dày đoạn hang môn vị dài khoảng 42 - 47mm. Hình ảnh siêu âm sau uống nước nhìn thấy dị vật rõ hơn. XQ không thấy hơi tự do.

Bệnh nhân được nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng sau siêu âm 20 giờ. Ghi nhận dạ dày trầy xước sung huyết. Tới D3 thấy tằm găm 2 đầu vào mô. Gắp cây tằm dài 4cm, nhọn hai đầu. Kết luận gắp dị vật cây tằm.

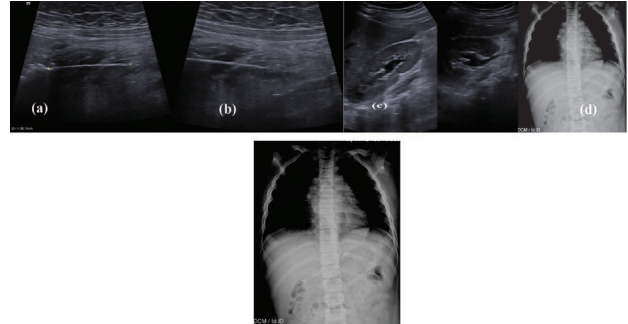


Hình 4. (a) Dị vật trong lòng dạ dày đoạn hang môn vị dài khoảng 42 - 47 mm. (b) Hình ảnh siêu âm sau uống nước nhìn thấy dị vật rõ hơn. (c) XQ không thấy hơi tự do.

Trường hợp 5

Bé trai 9 tuổi nhập viện vì đau hố chậu phải cách 20 ngày, hết sau đó đau lại, sốt ngày 2, không ói, không nhớ nuốt dị vật. Khám ấn đau và đề kháng hố chậu phải. Siêu âm phát hiện dị vật nghi ở đoạn cuối hồi tràng dài 4 cm, đâm thủng xuyên thành, có phản ứng phúc mạc. Thận phải ứ nước nhẹ độ 1, dẫn niệu niệu quản 1/3 trên. XQ không thấy hơi tự do.

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi 5 giờ sau nhập viện. Ổ bụng có dịch vàng trong lượng vừa. Thăm sát khung đại tràng và ruột non không ghi nhận dị vật hay lỗ thủng. Siêu âm tại phòng mổ nghi dị vật trong lòng tá tràng đoạn đầu D3 với một đầu cắm vô bờ mạc treo tá tràng, nằm trước tĩnh mạch chủ bụng. Bệnh nhân được chuyển mổ hở, ghi nhận mô xung quanh tá tràng D2 và đoạn đầu D3 có hiện tượng viêm phù nề. Sờ thấy dị vật trong lòng tá tràng. Mở tá tràng D2 khoảng 5 mm, qua lỗ mở lấy dị vật là cây tằm dài 5 cm, hai đầu nhọn. Chưa ghi nhận lỗ thủng vô ổ bụng.

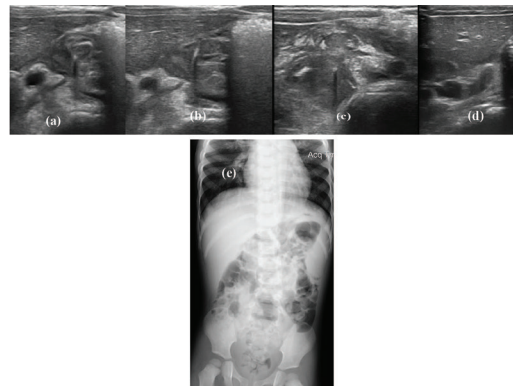


Hình 5. (a) Dị vật dài 4cm, đâm thủng xuyên thành tá tràng. (b) Viêm dày khoang sau phúc mạc. (c) Thận phải ứ nước nhẹ độ 1, dẫn niệu niệu quản 1/3 trên. (d) XQ không thấy hơi tự do.

Trường hợp 6

Bé trai 2,5 tuổi nhập viện vì quấy khóc, đau bụng. Người nhà không ghi nhận nuốt dị vật trước đó. Siêu âm phát hiện dị vật khoảng 45 mm đâm xuyên thành tá tràng góc D2-D3 vào khoang sau phúc mạc xuống cạnh thận phải gây tụ dịch khoang sau phúc mạc phải, chèn ép gây thận phải ứ nước độ 2, dẫn niệu niệu quản phải 1/3 trên. XQ không thấy hơi tự do.

Bệnh nhân được phẫu thuật mổ hở 1 ngày sau nhập viện. Ghi nhận mặt sau tá tràng D3 và vùng sau phúc mạc ở vị trí này phù nề. Sờ từ ngoài thành tá tràng cảm nhận được dị vật. Quyết định mở một lỗ khoảng 6mm trên tá tràng D1, tìm thấy dị vật trong lòng tá tràng giống như một que tằm. Rút bỏ dị vật dễ dàng.

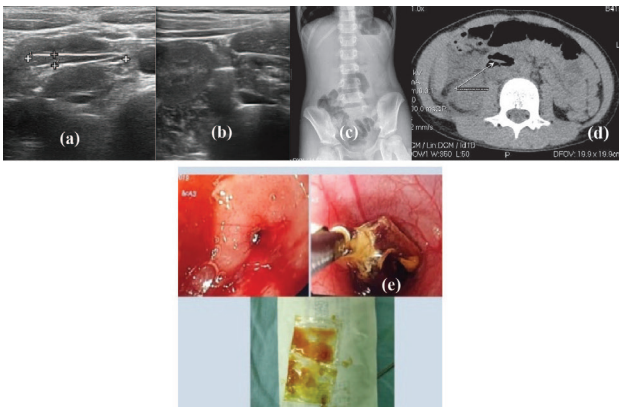


Hình 6. (a,b) Dị vật đâm xuyên thành tá tràng góc D2-D3 vào khoang sau phúc mạc xuống cạnh thận phải. (c) Tụ dịch khoang sau phúc mạc phải. (d) Thận phải ứ nước độ 2, dẫn niệu niệu quản phải 1/3 trên. (e) XQ không thấy hơi tự do.

Trường hợp 7

Bé gái 9 tuổi nhập viện vì đau bụng âm ỉ quanh rốn 1 tuần kèm ói ngày đầu 3-4 lần, không sốt. Gia đình và bệnh nhân không ghi nhận nuốt dị vật. Siêu âm phát hiện dị vật echo dày rất mảnh, không bóng lưng, trong lòng tá tràng góc D2-D3 đến đoạn đầu D3, có chỗ thủng xuyên thành tá tràng góc D2-D3, có hơi tự do kèm tụ dịch khoang sau phúc mạc phải phía trước thận phải. XQ không thấy hơi tự do. CT scan ghi nhận dị vật bên trong dính sát thành tá tràng D2-D3 kèm đường rách mặt sau bên tá tràng, có hơi và dịch tự do trong ổ bụng.

Bệnh nhân được nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng 21 giờ sau nhập viện. Ghi nhận thực quản, dạ dày có vết trầy xước niêm mạc. Tá tràng D2 có vết thủng 2mm, bên trên thấy có dị vật dạng plastic trong, gấp bằng kiểm có máu ra ngoài được dị vật dạng túi nilon, hình chữ nhật 2x3 cm, là bịch dầu ăn của mì gói.



Hình 7. (a) Dị vật trong lòng tá tràng góc D2-D3 đến đoạn đầu D3, chỗ thủng xuyên thành tá tràng góc D2-D3. (b) Hơi tự do + tụ dịch khoang sau phúc mạc phải phía trước thận phải. (c) XQ không thấy hơi tự do. (d) CT dị vật dính sát thành tá tràng D2-D3. (e) Nội soi dạ dày có vết trầy xước niêm mạc. Tá tràng D2 có vết thủng 2mm. Túi nilon, hình chữ nhật 2x3 cm.

III. BÀN LUẬN

Dị vật đường tiêu hóa rất thường gặp ở trẻ em. Tuổi thường gặp là 6 tháng đến 4 tuổi [8]. 98% là do vô ý và liên quan đến những đồ vật trong nhà như đồng xu, đồ chơi, trang sức, nam châm, pin [10]. 40% trẻ nuốt dị vật không được nhìn thấy và 50% không triệu

chứng. Tùy vào hình dạng, kích thước và thành phần của dị vật, hầu hết những dị vật nhỏ không sắc nhọn sẽ được thải tự nhiên trong vòng 4-6 ngày, đôi khi phải mất 4 tuần [12].

Khoảng 80-90% dị vật tiêu hóa được thải tự nhiên. Chỉ khoảng 10-20% cần can thiệp nội soi và dưới 1% cần can thiệp phẫu thuật. Biến chứng kẹt, gây thủng hoặc tắc nghẽn thường gặp ở những vị trí gấp góc hoặc hẹp sinh lý. Dị vật thực quản thường bị kẹt ở 1 trong 3 vị trí: cơ vòng thực quản trên (C6), chỗ ấn cung động mạch chủ (T4-T5), và cơ vòng thực quản dưới (T10) [14,18]. Khi qua khỏi chỗ nối thực quản - dạ dày, tùy vào kích thước và hình dạng của dị vật, những vị trí còn lại dị vật có thể kẹt gồm môn vị, khung tá tràng, van hồi manh tràng, trực tràng. Triệu chứng nghi ngờ nuốt dị vật gồm chầy nước bọt, nghẹn thờ, không muốn ăn, ho, suy hô hấp, ói, nuốt khó. Khi dị vật qua khỏi chỗ nối thực quản - dạ dày, thường bệnh nhân không còn triệu chứng cho đến khi có biến chứng như thủng, tắc ruột, loét [18].

Chụp X-quang không chuẩn bị, có thể phát hiện những dị vật cản quang như kim loại, nam châm, kính, đá. Tuy nhiên, đối với những dị vật không cản quang như đồ nhựa, gỗ, xương, việc chẩn đoán đôi khi là một thách thức [18]. Nhất là khi trẻ không nhớ hoặc người nhà không biết trẻ nuốt dị vật, trẻ chỉ được đưa đến khám khi xuất hiện biến chứng.

Bốn trong số 7 trường hợp chúng tôi báo cáo đều không ghi nhận bệnh sử nuốt dị vật. 3 trường hợp dị vật tá tràng có biến chứng đều được người nhà đưa bé đến khám vì đau bụng. Siêu âm thấy có dịch sau phúc mạc trước thận phải, viêm dày thành tá tràng góc D2-D3 và khoang sau phúc mạc trước thận phải giúp định hướng đi tìm nguyên nhân và phát hiện dị vật. Dị vật thực quản gây thủng thực quản rất khó chẩn đoán vì nằm sâu, bị khí quản che, viêm dính nhiều, khó xác định được từ thực quản hay khí quản, nhất là dị vật kim loại có bóng lưng che. Vì vậy mà trường hợp của chúng tôi, cả CT và siêu âm đều nghĩ dị vật nằm trong thực quản. Chỉ nội soi mới xác định được [17].

Dị vật kim may trong ống tiêu hóa có thể di chuyển đến nhiều nơi khác như xuyên thành ruột, đến gan,

phổi, tụy... Nhiều báo cáo cho thấy bệnh nhân chỉ được phát hiện nhiều năm sau khi nuốt dị vật, vì trước đó không có triệu chứng và không đi khám [5, 13, 1, 4]. Siêu âm rất khó phát hiện. Nhờ XQ định hướng giúp khu trú vị trí dị vật và đi tìm. May mắn là trường hợp của chúng tôi từ lúc nuốt dị vật đến lúc can thiệp là 10 giờ nhưng cây kim còn trong dạ dày, nội soi lấy ra được. Trường hợp 4, bé trai 11 tuổi nuốt tằm tương tự báo cáo của Hosokawa và Jeckovic, siêu âm ngay sau khi cho bệnh nhân uống nước để làm đầy dạ dày có thể giúp nhìn thấy dị vật trong dạ dày dễ hơn [8, 9]. Lưu ý trên siêu âm, dị vật tằm tre hồi âm không mạnh, không đồng nhất bằng kim may, đường kính cũng tương đối lớn hơn kim may.

Dị vật búi tóc, trichobezoars thường trên cơ địa bệnh lý tâm thần kinh, đôi khi khó chẩn đoán nếu người nhà không biết hoặc không thấy trẻ ăn tóc. Một số dấu hiệu trên siêu âm giúp gợi ý như khối cản âm trong lòng dạ dày, bờ hình cung tăng âm và cho bóng lưng mạnh. Bên cạnh đó, có thể thấy rìa khối này là những dải sợi echo dày, gợi ý Bezoars với thành phần vón cục là lông, tóc. Cần phân biệt với thức ăn còn đọng trong dạ dày, cho bóng lưng mờ do thức ăn lẫn với khí [16]. Búi tóc có thể kéo dài hoặc trôi xuống ruột non, gây triệu chứng tắc đường ra dạ dày hoặc tắc ruột [7]. Lưu ý, có thể có nhiều búi tóc ở nhiều đoạn ruột khác nhau.

Qua các trường hợp dị vật đâm thủng tá tràng, chúng tôi nhận thấy vị trí thường bị đâm thủng là góc tá tràng D2-D3, khi bị thủng sẽ gây tụ dịch và viêm dày khoang sau phúc mạc ngay trước bờ trong thận phải. Nếu dị vật dài như cây tằm có thể gây ú nước thận phải do dị vật bị đẩy đến gần sát 1/3 trên niệu quản phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aftab Z, Ali SM, Koliyadan S, Al-Kindi N (2015). "Foreign body in the liver: Case report and review of literature", *Qatar Medical Journal*, doi: 10.5339/qmj.2015.5, pp. e1-5.
2. Ahlawat R, Ross AB (2019). "Esophagogastroduodenoscopy", *NCBI*, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532268/>, access on 05/03/2019
3. Al-Salem AH (2011). "Two Unusual Gastrointestinal Foreign Bodies", *ISRN Surgery*, doi: 10.5402/2011/187343, pp. e1-4.

Riêng trường hợp 4, dị vật cây tằm ở bé trai 11 tuổi, lúc siêu âm cây tằm còn nằm trong dạ dày đoạn hang môn vị, khi nội soi 20 giờ sau, cây tằm đã xuống đến tá tràng D3 và găm 2 đầu vào mô. Vì chiều dài tá tràng D2 ở người lớn khoảng 7,5 -10 cm, ở trẻ em ngắn hơn nên cây tằm dài 5cm không thể đi qua được khung tá tràng [2]. Nghiên cứu của Ragazzi và Gheibi cũng ghi nhận vị trí cây tằm gây thủng là ở tá tràng D2 [15, 6]. Vì vậy những dị vật sắc nhọn, dị vật dài (>4-5cm ở nữ nhi và trẻ nhỏ, > 6-10 cm ở trẻ lớn), lớn (đường kính>2cm ở nữ nhi và trẻ nhỏ, > 2.5 cm ở trẻ lớn) nên được nội soi thực quản dạ dày tá tràng khẩn lấy ra trước khi nó đi qua khỏi dạ dày [18, 7, 11].

Dị vật túi nylon trên siêu âm là những đường echo dày rất mảnh, không bóng lưng. Vì cả bệnh nhân và người nhà đều khai không nuốt dị vật nên chúng tôi không chắc được là dị vật gì mặc dù nhìn rất giống xương cá nhưng không phù hợp vì quá nhiều đường echo dày, nếu là xương cá bệnh nhân phải có triệu chứng lúc dị vật đi qua thực quản. Chúng tôi không tìm thấy nghiên cứu nào có trường hợp nuốt dị vật và hình siêu âm, CT scan tương tự. Chỉ có 1 trường hợp nuốt túi nylon nhưng không được chẩn đoán trước mổ [3]. Đây có lẽ là trường hợp đầu tiên được báo cáo.

IV. KẾT LUẬN

Dị vật tiêu hóa trên ở trẻ em có thể gây biến chứng nguy hiểm nếu chẩn đoán trễ. Siêu âm có ưu điểm là phát hiện được dị vật cản quang và không cản quang. Cần lưu ý những đặc điểm siêu âm của một số loại dị vật, các dấu hiệu siêu âm của những vị trí dị vật thường gây biến chứng, giúp dự đoán loại dị vật và xác định đúng vị trí dị vật để có hướng can thiệp thích hợp.

4. Dal F, Hatipoğlu E, Teksöz S, Ertem M (2018). "Foreign body: A sewing needle migrating from the gastrointestinal tract to pancreas", *Turk J Surg*, 34 (3), pp. 256-258.
5. Deveci U et al (2014). "Foreign body in liver: Sewing needle", *Turk J Gastroenterol*, 25 (6), pp. 737-738.
6. Gheibi S, Baluch MV (2016). "Conservative Management of Duodenal Perforation with Toothpick in a 9-Year Old Girl; a Case Report", *Int J Pediatr*, 4 (10), pp. 3609-3613.
7. Hesham A, Kader H, et al (2010). "Foreign body ingestion: children like to put objects in their mouth", *World J Pediatr*, 6 (4), pp. 301-310.
8. Hosokawa T et al (2016). "Role of Sonography for Evaluation of Gastrointestinal Foreign Bodies", *J Ultrasound Med*, 35 (12), pp. 2723–2732.
9. Jeckovic M, Anupindi SA, Barbir SB, Lovrenski J (2013). "Is ultrasound useful in detection and follow-up of gastric foreign bodies in children?", *Clin Imaging*, 37, pp. 1043–1047.
10. Kramer RE et al (2015). "Management of Ingested Foreign Bodies in Children", *J Pediatr Gastroenterol Nutr.*, 60 (4), pp. 562-574.
11. Lee JH (2018). "Endoscopic Removal of Foreign Body", *Clin Endosc.*, 51 (2), pp. 129-136.
12. Moammar H et al (2009). "Sonographic diagnosis of gastric-outlet foreign body: case report and review of literature", *J Family Community Med.*, 16(1), pp. 33–36.
13. Ozkan J et al (2011). "An interesting journey of an ingested needle: a case report and review of the literature on extraabdominal migration of ingested Foreign bodies", *Journal of Cardiothoracic Surgery*, doi: 10.1186/1749-8090-6-77, pp. e1-4.
14. Plowman RS et al (2018). "A radiolucent esophageal foreign body: Diagnosis, management, and potential complications", *Applied radiology*, pp. 28-29.
15. Ragazzi M, Monica MD, et al (2010). "Toothpick Ingestion Causing Duodenal Perforation", *Pediatric Emergency Care*, 26 (7), pp. 506-507.
16. Ripollés T et al (2001). "Gastrointestinal Bezoars: Sonographic and CT Characteristics", *AJR Am J Roentgenol*, 177 (1), pp. 65–69.
17. Rybojad B et al (2012). "Esophageal Foreign Bodies in Pediatric Patients: A Thirteen-Year Retrospective Study", *The Scientific World Journal*, doi: 10.1100/2012/102642, pp. e1-6.
18. Tseng HJ et al (2015). "Imaging Foreign Bodies: Ingested, Aspirated, and Inserted", *Ann Emerg Med.*, 66 (6), pp. 570-582.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dị vật tiêu hóa trên ở trẻ em có bệnh sử không rõ ràng, không dễ chẩn đoán, nhất là những dị vật không cản quang, không khai thác được bệnh sử nuốt dị vật, nhiều trường hợp chỉ phát hiện khi xuất hiện biến chứng. Chúng tôi báo cáo các trường hợp dị vật tiêu hóa trên được siêu âm chẩn đoán và can thiệp phẫu thuật hoặc nội soi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 1/2018 đến 4/2019.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt ca.

Kết quả: Từ tháng 1/2018 đến 4/2019, chúng tôi có 7 trường hợp được đưa vào lô nghiên cứu. Tuổi trung bình 7,9 tuổi. Tỷ lệ bé trai/gái: 5/2. 5/7 là dị vật không cản quang, chủ yếu là tăm tre. Vị trí dị vật: 1 ở thực quản, 2 ở dạ dày và 4 trường hợp ở tá tràng. Cả 7 trường hợp đều được siêu âm nhìn thấy và xác định đúng vị trí. 4/7 ca phải mổ lấy dị vật, 3 ca được nội soi gấp dị vật. Dấu hiệu siêu âm phù nề khoang sau phúc mạc và tụ dịch quanh thận phải rất gợi ý biến chứng dị vật đâm thủng mạc sau D3.

Kết luận: Dị vật tiêu hóa trên ở trẻ em có thể gây biến chứng nguy hiểm nếu chẩn đoán trễ. Siêu âm có ưu điểm là phát hiện được dị vật cản quang và không cản quang. Cần lưu ý những đặc điểm siêu âm của một số loại dị vật, các dấu hiệu siêu âm của những vị trí dị vật thường gây biến chứng, giúp dự đoán loại dị vật và xác định đúng vị trí dị vật để có hướng can thiệp thích hợp.

Từ khóa: *Dị vật tiêu hóa, siêu âm, trẻ em.*

Người liên hệ: Đỗ Thanh Thủy, ĐT: 098.828.0539, Email: dothanht Huy831983@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.12.2019. Ngày chấp nhận đăng 12.12.2019