

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GIẢI PHẪU BỆNH, SIÊU ÂM BỆNH NHÂN U TUYẾN THƯỢNG THẬN, ĐÃ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY NĂM 2014 - 2015

Clinical, pathology, ultrasound in patients with adrenal tumors, had surgery in Choray Hospital

Lê Thanh Toàn*, Nguyễn Công Luận*, Nguyễn Bùi Ngọc Diệp**
Nguyễn Thị Tô Như Phương*, Nguyễn Thị Vui***

SUMMARY

Objectives: Clinical, pathology, ultrasound in patients with adrenal tumors.

Methods: Retrospective - Described a case series.

Results: 1/2014-6/2015, 84 patients.

Pathology: 34 (40.5%) adrenocortical adenomas and 23 (27.4%) pheochromocytoma,.

Clinical: Group of patients without clinical symptoms 57 (67.9%)

Ultrasound: adrenal tumor in the left/right # 1, tumors $50.52 \pm 27,19\text{mm}$ mix-echo 41.7% 47.6% hypoechoic, clearly limited tumor (casings unknown) 91.7%. Ultrasound correctly identified 97.6% of adrenal tumors.

Conclusions: Ultrasonography correctly identify and detect adrenal tumors accidental high percentage.

Key words: Adrenal tumor; Ultrasound.

* Bác sĩ khoa Siêu âm-TDCN, Bệnh viện Chợ rẫy.

** Bác sĩ Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Chợ rẫy.

*** Điều dưỡng Khoa Siêu âm-TDCN, Bệnh viện Chợ rẫy.

**** Phòng kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Chợ rẫy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận (TTT) là tuyến nội tiết có hai vùng: vùng vỏ bên ngoài (80% thể tích), tiết ra mineralocorticoid, androgen, glucocorticoid. Vùng tủy (20% thể tích) tiết epinephrine, norepinephrine.

Bệnh lý TTT thường gặp là u TTT. Khối u có thể phát sinh từ vùng vỏ hoặc vùng tủy do đó bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng khác nhau. Tuy nhiên nhiều bệnh nhân (BN) không có triệu chứng lâm sàng, một số tác giả gọi là “u tình cờ” vì khi mổ tử thi tình cờ phát hiện khối u TTT. Reinhard (1996) khi nghiên cứu 498 tử thi phát hiện 5% có u TTT.

Chẩn đoán u TTT BN cần dựa vào lâm sàng, xét nghiệm các hormone và chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CT - scan, MRI). Siêu âm ở Việt Nam phát triển nhanh chóng trong 30 năm gần đây, là kỹ thuật đơn giản và phổ biến, không độc hại, không xâm lấn, phát triển rộng khắp, chất lượng hình ảnh ngày càng cao giúp phát hiện u TTT ngày càng nhiều hơn.

Góp phần làm phong phú thêm các nghiên cứu về u TTT, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu:

1- Kết quả GPB u TTT phẫu thuật tại BV Chợ rẫy năm 2014-2015.

2- Đặc điểm LS: tuổi, giới, tỷ lệ BN có triệu chứng, phát hiện tình cờ.

3- Hình ảnh siêu âm u TTT: vị trí, kích thước, độ echo, bờ viền (vỏ bao).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng

* Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Phẫu thuật: cắt u TTT tại lầu 5B1 - BV Chợ rẫy.

- Kết quả (KQ) siêu âm: thực hiện tại khoa Siêu âm - TDCN BV Chợ rẫy.

- KQ giải phẫu bệnh: thực hiện tại Khoa Giải phẫu bệnh - BV Chợ rẫy.

* Tiêu chuẩn loại trừ: thiếu ≥ 1 tiêu chuẩn chọn bệnh

Phương pháp

* Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

* Thời gian: 1/2014 - 6/2015

* Cách thức tiến hành: Thu thập số liệu theo mẫu thống nhất.

* Xử lý số liệu: nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS ver.16.

Sự khác biệt các số liệu thống kê có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

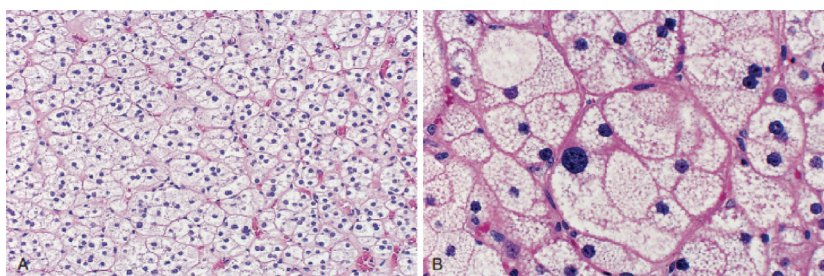
Từ 1/2014 - 6/2015, có 84 BN được chọn vào nghiên cứu.

Kết quả giải phẫu bệnh (GPB)

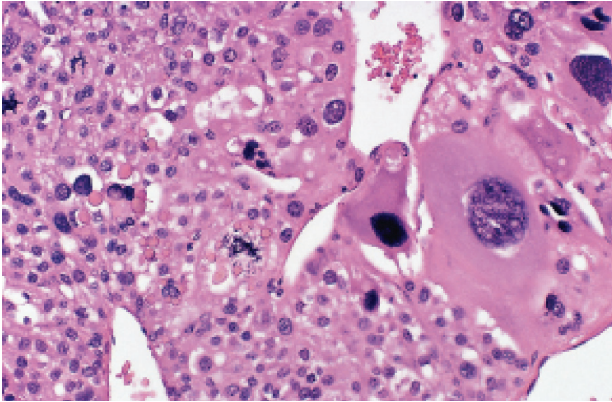
Bảng 1. Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả	U sắc bào lạnh tính	U tuyến vỏ thượng thận	Di căn tuyến thượng thận	U mỡ tủy thượng thận	Carcinoma tuyến vỏ thượng thận	Khác
Số BN	23	34	6	5	4	12
Tỷ lệ	27,4	40,5	7,1	6,0	4,7	14,2

Nhận xét: u sắc bào lạnh tính 27,4% và u tuyến vỏ thượng thận lạnh tính 40,5% là hai bệnh thường gặp chiếm tỷ lệ cao trong kết quả GPB.



Hình 1. Minh họa u tuyến vỏ thượng thận trong hội chứng Cushing: tế bào có bào tương giàu lipid, nhân tròn có hạt nhân nhỏ.



Hình 2. Minh họa carcinoma tuyến vỏ thượng thận: tế bào và nhân dị dạng

Đặc điểm lâm sàng:

- Tuổi trung bình 40,37 ± 11,57 (19 - 69)

Bảng 2. Phân chia độ tuổi

Độ tuổi	< 40	40 - 59	≥ 60	Ghi chú
Số BN	43	36	5	
Tỷ lệ %	52,2	42,9	5,9	

Nhận xét: độ tuổi ≥ 60 (người cao tuổi) chiếm tỷ lệ thấp.

- Giới: Nữ 59 BN, nam 25 BN. Tỷ lệ nữ/nam = 2,36
- Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng và xét nghiệm Hormone.

Triệu chứng	Hội chứng Cushing	Hội chứng Conn	Phrocromocytom	Không triệu chứng
Số BN	2	16	9	57
Tỷ lệ %	2,4	19,0	10,7	67,9

Nhận xét: BN không triệu chứng được phát hiện u TTT là 67,9% chiếm tỷ lệ cao nhất, không ghi nhận BN có hội chứng cường Androgen.

Kết quả siêu âm

-Vị trí: u TTT phải 43 BN (51,2%) và u TTT trái 41 BN (48,8%).

Nhận xét: u thượng thận không có sự khác biệt về vị trí (p=0,09).

-Kích thước: 50,52 mm ± 27,19 mm (10 - 136mm), u TTT phải 45,77 mm ± 20,79 mm (10 - 100mm) và u TTT trái 53,32 mm ± 32,12 mm (15 - 136mm). Nhận xét: u TTT trái có kích thước lớn hơn u TTT phải (p=0,04)

Bảng 4. Phân bố kích thước u thượng thận theo kết quả siêu âm

Kích thước	≤ 30mm	30-50mm	> 50mm	Ghi chú
Số BN	20	32	32	
%	23,8	38,1	38,1	

Nhận xét: BN có khối u TTT kích thước nhỏ (≤ 30mm) chiếm tỷ lệ thấp 23,8%. Như vậy đa số bệnh nhân vào viện có khối u kích thước vừa và lớn.

Bảng 5. Độ echo của khối u thận.

Độ echo	Dày	Hỗn hợp	Kém	Nang
Số BN	2	40	35	7
Tỷ lệ %	2,4	47,6	41,7	8,3

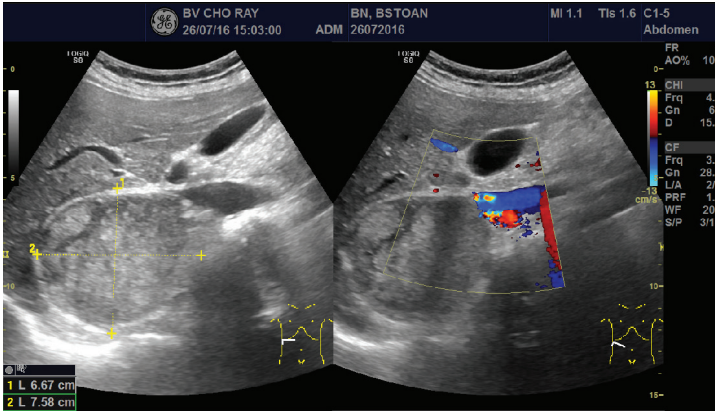
Nhận xét: khối u TTT dạng echo dày và dạng nang chiếm tỷ lệ thấp.

Siêu âm thấy khối u TTT có vỏ bao rõ, giới hạn rõ 77 BN (91,7%). Và 7 BN (8,3%) giới hạn không rõ, không rõ vỏ bao, có khuynh hướng xâm lấn.

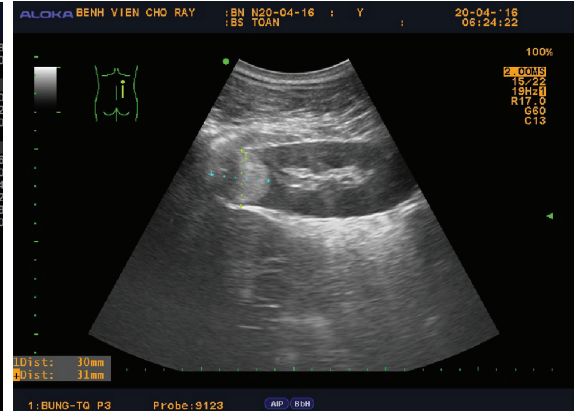
Siêu âm không phát hiện hạch ổ bụng, huyết khối tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch thận.

Có 1 BN kết quả siêu âm là u gan phải, kết quả CT - scan là u gan phải. BN vào Khoa U gan và có chỉ định phẫu thuật. Khi mổ phát hiện ra chẩn đoán sai, là u TTT phải. Sau đó mời Khoa Ngoại tiết niệu vào mổ tiếp.

Có 1 BN kết quả siêu âm là u đuôi tụy, kết quả CT - scan là u TTT trái. BN được phẫu thuật và kết quả mổ và giải phẫu bệnh là u TTT trái.



Hình 3. Hình ảnh u TTT (P)



Hình 4. Hình ảnh u thận (P)

Nhóm bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là u sắc bào lành tính

Gồm 23 BN: 16 BN nữ và 7 BN nam, tuổi trung bình $40 \pm 8,85$ (26 - 59), khối u bên phải 10 và khối u bên trái 13, kích thước trung bình khối u là $55,78 \pm 23,23$ mm (24 - 108mm). Về lâm sàng có 7 BN có biểu hiện Phrocromocytom, 1 BN có biểu hiện hội chứng Conn và 15 BN (65,2%) không có triệu chứng lâm sàng gợi ý.

Nhóm BN có kết quả giải phẫu bệnh là u tuyến vỏ thượng thận

Gồm 34 BN: 25 BN nữ và 9 BN, tuổi trung bình $40,64 \pm 12,07$ (19 - 69), khối u bên phải và bên trái là 17, kích thước trung bình khối u là $35,5 \pm 23,44$ mm (10 - 140mm). Về lâm sàng hội chứng Cushing 1 BN, 14 BN biểu hiện hội chứng Conn, 2 BN có biểu hiện Phrocromocytom và 17 BN (50%) không có triệu chứng lâm sàng gợi ý.

IV. BÀN LUẬN

*** Giải phẫu bệnh (GPB):**

Nguyễn Thị Khen, Trần Thanh Tùng, Bùi Thị Hồng Khang [10] nghiên cứu GPB 52 BN nhi u thượng thận, kết quả u lành tính 9 (u sợi, u sắc bào, u hạch thần kinh) u ác tính 41 (u nguyên bào thần kinh chiếm ưu thế với 36 BN).

Phạm Minh Anh [12] nghiên cứu GPB 56 BN. Kết quả u vỏ 31 BN (55,3%) (u tuyến vỏ lành tính 27BN và

ung thư vỏ 4BN), u tủy 18 (32,2%) (u tế bào ưa crôm) các loại u khác 7BN (12,5%).

Tiền Thanh Liêm [14] nghiên cứu GPB 87 BN: u vùng vỏ 57BN (65,5%) gồm u tuyến vỏ thượng thận 34BN (39,1%) Carcinoma tuyến vỏ thượng thận 10 (11,5%) và các u vỏ thượng thận khác 13BN (14,9%). U vùng tủy 30BN (34,5%) có u sắc bào 22BN (25,3%) u hạch thần kinh 8BN (9,2%).

Chúng tôi 84 kết quả GPB: u vỏ 38BN (45,2%) (u tuyến vỏ lành tính 34, u tuyến vỏ ác tính 4) u tủy 28BN (33,4%) (u sắc bào lành tính 23, u mỡ tủy thượng thận 5) di căn TTT 6BN (7,1%), các loại u khác 12BN (14,2%)

Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với báo cáo của Nguyễn Thị Khen và cộng sự vì chúng tôi nghiên cứu ở người lớn, không có sự khác biệt với báo cáo của Phạm Minh Anh vì cùng nghiên cứu ở người lớn.

*** Đặc điểm chung của nghiên cứu:**

Hoàng Văn Khả, Huỳnh Tấn Trí, Trần Xuân Hòa [5] phẫu thuật 14 u TTT có 9 BN nữ và 5 BN nam tỷ lệ nữ/nam là 1,8 tuổi: 42,4 vị trí bên trái 6 bên phải 8, kích thước khối u 46,2mm, tình cờ phát hiện 6 BN (42,8%).

Ngô Xuân Thái, Trần Ngọc Sinh, Vũ Lê Chuyên [8] phẫu thuật nội soi 53 BN u TTT: tỷ lệ nữ/nam 31/22=1,41, vị trí u phải/trái 33/20, kích thước u 43 mm (12-65mm), u sắc bào lành tính 15 (28,3%), u tuyến vỏ lành tính 36 (67,9%), nang 2 (3,8%).

Tiền Thanh Liêm [14] 87 BN: nữ 50, nam 37, tỷ lệ nữ/nam=1/1.9. Có 17,2% BN được phát hiện một cách tình cờ khi kiểm tra sức khỏe. Tỷ lệ BN khai đầu vùng hông hoặc đầu hạ sườn là 42,5%. Nhóm BN có triệu chứng gợi ý u TTT (tăng huyết áp, hạ kali...) chiếm 13,8%.

Chúng tôi có 84 BN tỷ lệ nữ/nam là 2,36, tuổi trung bình 40,37 ± 11,57 tuổi, tỷ lệ u phải/trái là 1,05 kích thước trung bình khối u 50,52 ± 27,19mm, BN không có triệu chứng lâm sàng gợi ý u thượng thận là 67,9% trong đó u sắc bào lành tính 27,4% và u tuyến vỏ lành tính 40,5%.

Đặc điểm chung BN không có triệu chứng gợi ý u TTT chiếm tỷ lệ cao, chúng tôi không xác định là “u tình cờ” Vì:

- BN đã được siêu âm trước khi tới Chợ rẫy.
- Nghiên cứu của chúng tôi là hồi cứu.
- BN được nhập vào Khoa Tiết niệu, bệnh án do các bác sĩ ngoại khoa thực hiện. Việc khai thác các triệu chứng liên quan u TTT có thể chưa đầy đủ.
- BN hiện chưa quan tâm đầy đủ tới các triệu chứng của bản thân.
- Các xét nghiệm về hormone thực hiện trên mẫu máu, nước tiểu. Chưa thực hiện trên xét nghiệm nước tiểu 24 giờ.

*** Liên quan kết quả giải phẫu bệnh và hình ảnh siêu âm:**

Bảng 6. Kết quả giải phẫu bệnh và vị trí u

Kết quả GPB	P n=43	T n=41	Ghi chú
U sắc bào lành tính	10 (23,25%)	13 (31,70%)	
U tuyến vỏ lành tính	17 (39,53%)	17 (41,46%)	
Carcinoma di căn	5 (11,62%)	1 (2,44%)	
U mỡ tủy	4 (9,30%)	1 (2,44%)	
Kết quả khác	7 (16,27%)	9 (21,65%)	

Bảng 7. Kết quả giải phẫu bệnh và độ echo của khối u

Kết quả GPB	Echo hỗn hợp n=40	Echo kém n=34	Ghi chú
U sắc bào lành tính	14 (35%)	6 (17,65%)	
U tuyến vỏ lành tính	12 (30%)	20 (58,82%)	
Carcinoma di căn	3 (5,5%)	3 (8,82%)	
U mỡ tủy	4 (10%)	1 (2,94%)	
Kết quả khác	7 (15,5%)	5 (14,70%)	

Bảng 6 -7 cho chúng ta thấy:

Vị trí u TTT (phải, trái) không gợi ý kết quả GPB

U TTT echo kém thì tỷ lệ u tuyến vỏ lành tính chiếm ưu thế 20/34=58,8%.

U TTT echo hỗn hợp thì tỷ lệ u sắc bào lành tính chiếm ưu thế 14/40=35%

*** Bàn luận về 2 ca siêu âm chẩn đoán sai.**

BN 1: không có triệu chứng lâm sàng gợi ý u TTT phải. Khi siêu âm có kết quả là u gan phải. BN được nhập viện và chỉ định phẫu thuật u gan, khi mở bụng phẫu thuật viên phát hiện u TTT phải. Đây là ca chẩn đoán sai, về mặt siêu âm cần lưu ý u TTT phải có triệu chứng chèn đẩy tĩnh mạch chủ dưới. Tuy nhiên đây là ca khó, khối u không còn vỏ bao, xâm lấn vào gan phải. Bài giảng siêu âm các tác giả cũng nhắc tới chẩn đoán phân biệt u gan phải và u TTT phải, dựa trên hình ảnh chèn ép tĩnh mạch chủ dưới [1], [2].

Hijioka S và cộng sự đã nghiên cứu ứng dụng siêu âm với chất tương phản để góp phần xác định chẩn đoán u TTT [3].

BN 2: không triệu chứng lâm sàng, siêu âm chẩn đoán u đuôi tụy. Khi chụp CT-scan chẩn đoán u TTT trái, phẫu thuật xác định u TTT trái. Về siêu âm vùng sau phúc mạc bên trái không có mốc để phân định u thuộc đuôi tụy hay là TTT trái, khi khối u có kích thước lớn xâm lấn các tạng xung quanh [13].

*** Bàn luận về vai trò siêu âm**

Tiền Thanh Liêm [14] báo cáo: nhóm BN có triệu chứng gợi ý (tăng huyết áp, hạ kali...): có tỷ lệ là 13,8% và có 17,2% BN được phát hiện tình cờ khi kiểm tra sức khỏe. Ngoài ra còn gặp những BN khai đau vùng hông hoặc đau hạ sườn là 42,5%.

Trong nghiên cứu có 84 BN, siêu âm phát hiện u TTT 82 BN.

Siêu âm phát hiện u TTT mà BN không có triệu chứng lâm sàng là 57 BN chiếm 67,9%.

Như vậy siêu âm là phương tiện tầm soát, phát hiện có hiệu quả và ý nghĩa lâm sàng đối với những bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm gợi ý u TTT.

Đối với những bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm gợi ý chẩn đoán u TTT. Siêu âm là một chỉ định đầu tay. Tuy nhiên siêu âm có thể bỏ sót những khối u nhỏ (dưới 10mm với u TTT bên phải và dưới 20mm với u TTT bên trái). Bệnh nhân cần được chụp CT hoặc MRI bụng để phát hiện U TTT [13].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Hữu Nam, Diệp Bảo Tuấn, Phạm Hùng Cường, Bùi Chí Việt, Phó Đức Mẫn, Nguyễn Bá Trung (2005), "Bướu tuyến thượng thận: chẩn đoán và điều trị", tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 9, phụ bản số 4, tr 608-613.
2. Fassnacht M, Kenn W, Allolio B (2004), "Adrenal tumors: how to establish malignancy ?", J Endocrinol Invest Apr (4): 387-99.
3. Hijioka S, Sawaki A, Misuno N, (2011), "Contrast-enhanced endoscopic ultrasonography finding in adrenal metastasis from renal cell carcinoma", J Med Ultrason Apr 38(2): 89-92.
4. Hoàng Ngọc Linh, Hoàng Văn Thịnh, Trần Minh Lâm, Hứa Thị Ngọc Hà, Trần Minh Thông (2003), "U tuyến thượng thận: báo cáo 5 trường hợp", tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 7, phụ bản số 4, tr 79-82.
5. Hoàng Văn Khả, Huỳnh Tấn Trí, Trần Xuân Hòa (2014), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt u tuyến thượng thận qua nội soi sau phúc mạc tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình định" [http//](http://)
6. Lumach F, Borsato S, Tregnachi A, ..(2010), "High risk malignancy in patients with incidentally discovered adrenal masses: accuracy of adrenal imaging and image-guided fine-needle aspiration cytology", Tumori may-Jum 93(3): 269-74.
7. Mazzaglia PJ, Monchik JM (2009), "Limited value of adrenal biopsy in the evaluation of adrenal neoplasm: a decade of experience", Arch Surg, May 144(5): 465-70.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 84 BN phẫu thuật u TTT (1/2014 - 6/2015) chúng tôi thấy:

- Giải phẫu bệnh: u tuyến vỏ thượng thận 40,5%, u sắc bào lành tính 27,4%.

- Lâm sàng: tuổi trung bình 40,37 ± 11,57 tỷ lệ nữ/nam 2,36 và nhóm BN không có triệu chứng là 67,9%.

- Siêu âm: vị trí khối u phải/trái # 1, kích thước trung bình là 50,52 mm ± 27,19 mm, khối u dạng echo hỗn hợp 47,6% và echo kém 41,7% và số BN có vỏ bao rõ, giới hạn rõ 77 BN (91,7%).

Siêu âm xác định đúng u TTT 82/84 (97,6%).

KIẾN NGHỊ

Trong thời gian tới, chúng tôi tiếp tục nghiên cứu khối u TTT tiến cứu, ứng dụng siêu âm hướng dẫn sinh thiết u trước phẫu thuật [6],[7].

Chúng tôi cũng đề nghị: cần có sự phối hợp chuyên khoa nội tiết và ngoại tiết niệu trong chẩn đoán và điều trị u TTT.

8. Ngô Xuân Thái, Trần Ngọc Sinh, Vũ Lê Chuyên (2007), "Kết quả 2 năm phẫu thuật cắt bướu tuyến thượng thận qua nội soi sau phúc mạc", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 11, tr 224-227.
9. Nguyễn Thị Bích Đào, Hà Minh Châu (2012), "Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các trường hợp u sắc bào tủy thượng thận tại bệnh viện Chợ rẫy năm 2005-2010", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 16, trang 355-361.
10. Nguyễn Thị Khen, Trần Thanh Tùng, Bùi Thị Hồng Khang (2003), "Bệnh lý tuyến thượng thận ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng I", tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 7, phụ bản số 4, tr 65-70.
11. Ôn Quang Phóng, Trần Bình Giang, Nguyễn Đức Tiến (2015), "Ứng dụng phẫu thuật nội soi 1 lỗ điều trị các u tuyến thượng thận lành tính", Tạp chí nghiên cứu y học 95:30, trang 71-79.
12. Phạm Minh Anh (2010), "Nghiên cứu hình thái học một số u tuyến thượng thận nguyên phát", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 14, tr 682-688.
13. Podgorska J, Cieszanowski A, Bednarczyk T (2012), "Adrenal imaging", Endokry nol Pol (291): 71-81.
14. Tiền Thanh Liêm (2007), "Đặc điểm giải phẫu bệnh-lâm sàng u tuyến thượng thận", Luận văn thạc sĩ Y học, trường đại học Y – Dược thành phố Hồ Chí Minh.
15. Witteles RM, Kpalan EL, Roizen MF (2000), "Sensitivity of diagnostic and localization tests for pheochromocytoma in clinical practice", Arch Intern Med Sep 11: 160(16): 2521-4.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu kết quả giải phẫu bệnh (GPB), triệu chứng lâm sàng (LS), hình ảnh siêu âm của bệnh nhân u tuyến thượng thận (TTT).

Đối tượng-Phương pháp: Hồi cứu - Mô tả hàng loạt ca.

Kết quả: 1/2014 - 6/2015 có 84 bệnh nhân (BN).

GPB: u tuyến vỏ thượng thận 34 (40,5%), u sắc bào lành tính 23 (27,4%).

LS: tuổi $40,37 \pm 11,57$ nữ/nam 2,36 và BN không triệu chứng 57 (67,9%).

Siêu âm: u thượng thận phải/trái tương đương, khối u $50,52 \pm 27,19$ mm, dạng echo hỗn hợp 47,6% echo kém 41,7%, u có vỏ bao giới hạn rõ 91,7%. Siêu âm xác định đúng u TTT 82/84 BN (97,6%).

Kết luận: Siêu âm có thể xác định đúng u TTT với tỷ lệ cao.

Từ khóa: u tuyến thượng thận, siêu âm.

Người liên hệ: Lê Thanh Toàn, Khoa Siêu âm-TDCN, Bệnh viện Chợ rẫy. Email: ck2hvvqylethan@gmail.com

Ngày nhận bài 20.2.2018. ngày chấp nhận đăng: 30.3.2018