

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA TỔN THƯƠNG NANG VÙNG CỔ

Trần Hòa¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương nang ở vùng cổ là một lĩnh vực cần chẩn đoán phân biệt trong giải phẫu bệnh. Nang có thể xuất phát từ da, mô mềm, tuyến nước bọt, hạch bạch huyết và những phát triển bất thường khác. Chọc hút bằng kim nhỏ (FNA- Fine Needle Aspiration) thường cung cấp những thông tin để đánh giá những khối u vùng cổ. Nhiều vấn đề đặt ra khi chọc hút ra chất dịch nang.

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học các tổn thương nang ở vùng cổ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu và mô tả cắt ngang 45 trường hợp bệnh nhân là nang vùng cổ tại khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện C Đà Nẵng và Bệnh viện Ung thư Đà Nẵng từ 2010 – 2014. Tất cả bệnh nhân được tiến hành chọc hút bằng kim nhỏ các nang vùng cổ. Loại trừ các tổn thương nang của tuyến giáp.

Kết quả: Tổn thương nang chiếm 10,9% trường hợp FNA u vùng cổ. Lứa tuổi mắc bệnh cao ở lứa tuổi dưới 20 và trên 40: 40,3% và 33,3%. 51,2% khu trú ở vùng cổ giữa, 46,6% ở cổ bên. Tỷ lệ giả nang: 15,4% trong đó: rò bạch mạch ra mô dưới da, ứ trệ do sỏi tuyến nước bọt: 4,4%, rò dịch nước bọt: 6,6%. Tỷ lệ biểu hiện nang có tổn thương thực thể kèm theo: 84,6% trong đó, do di căn ung thư biểu mô: 24,4%, nang ống giáp lưỡi: 22,2%. Nang khe mang và U Warthin: 11,1%. Nang thượng bì: 8,8%. U vỏ bao thần kinh 4,4%. Nang bạch mạch 2,2%.

Kết luận: Chẩn đoán FNA trong những trường hợp nang vùng cổ còn gặp một số khó khăn. Việc kết hợp chặt chẽ giữa tế bào học và lâm sàng vẫn luôn có giá trị để đi đến một kết luận phù hợp để mang lại hiệu quả cho điều trị.

Từ khóa: Tổn thương nang ở vùng cổ, mô bệnh học

ABSTRACT

EVALUATE THE CLINICAL AND PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CYSTIC NEOPLASM ON THE NECK REGION

Tran Hoa¹

Background: Cystic lesions of the neck region encompass a wide spectrum of differential diagnosis in pathology. The cysts may originate from skin appendages, soft tissues, salivary glands, lympho node and developmental abnormalities. Fine Needle Aspiration (FNA) provides useful information for the differential diagnosis of the neck masses. Several problems may arise if the aspirated tumor is cystic.

Objective: Evaluate the clinical and pathological characteristics of cystic neoplasm on the neck region.

Patients and methodes: A retrospective and cross-sectional study on 45 cases of cystic neoplasm at the neck at Hospital C Danang and Danang Cancer Hospital, from 2010 – 2014. Their cystic neoplasm were

1. Khoa Giải phẫu bệnh – Bệnh viện C Đà Nẵng

- Ngày nhận bài (received): 7/7/2015; Ngày phản biện (revised): 4/8/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 24/8/2015
- Người phản biện:
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Hòa
- Email: tranhoadok@gmail.com ; ĐT: 0905325858

Đánh giá đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của tổn thương nang vùng cổ

performed by Fine Needle Aspiration (FNA), excluding thyroid lesions.

Results: 10.9% of cases of cystic was found in the masses neck: 40.3% of cases occurred in patients under 20 years old; 33.3% in over 40 years old; 51.1% were men; 51.2 % cysts were located at the midline, 46.8 % the lateral neck. Lymph fistulas: 4.4 %, Parotid fistulas and sialoceles: 11.1%. Metastatic carcinoma presented as cystic masses: 24.4%, Thyroglossal duct cyst: 22.2%, Branchial cleft cyst and Warthin tumor: 11.1%. Epidermoid cyst: 8.8%, Cyst Schwannoma: 4.4%, Cystic Hygroma: 2.2%.

Cystic neoplasms yielding non-representative samples cause the most frequent problems in the diagnosis of neck masses by FNA. However, FNA is still a very useful technique in the diagnosis of neck tumor.

Conclusion: The FNA cytologic diagnosis of cytic neck lesions are difficult. The correlation of cytological and clinical findings may solve the diagnostic problems in many cases.

Key words: cystic neoplasm on the neck region, pathological characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dạng nang (bọc) vùng cổ thường được phát hiện qua FNA, chẩn đoán tế bào học được ghi nhận khi hút ra dễ dàng một lượng dịch > 1ml.

Tổn thương nang ở vùng cổ có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân khác nhau. Tuy nhiên biểu hiện hình ảnh tế bào học trên tiêu bản hiếm khi đầy đủ, nghèo nàn, các thành phần cấu trúc không giống như mô bệnh học nên chẩn đoán tế bào học thường không đúng mức. Hầu hết luôn mang tính gợi ý chẩn đoán hơn là xác định.

Qua báo cáo này, chúng tôi đánh giá lại những tổn thương nang được chẩn đoán tế bào học sau khi có kết quả giải phẫu bệnh hoặc rút kinh nghiệm từ lâm sàng để có một nhận định tổng quát nhằm có thể có được một chẩn đoán FNA có giá trị hơn, tạo điều kiện để đi sâu vào từng tổn thương cụ thể riêng biệt cho những nghiên cứu sau này.

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học các tổn thương nang ở vùng cổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 45 trường hợp nang chế tiết vùng cổ tại khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện C Đà Nẵng và Bệnh viện Ung thư Đà Nẵng thích hợp từ 2010 đến 7/2014.

Loại trừ các tổn thương nang của tuyến giáp

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu và mô tả cắt ngang

- Nang chế tiết vùng cổ được chẩn đoán qua FNA khi có kết quả chẩn đoán mô bệnh học hoặc lâm sàng

- Ghi nhận tuổi, giới, vị trí và kết quả mô bệnh

học, lâm sàng

- Thống kê theo phương pháp y học thông thường

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

45 tổn thương dạng nang/411 bệnh nhân FNA u vùng cổ (10,9%)

Giới tính: Nam 23 (51,1%), Nữ 22 (48,9%)

Tuổi: < 10t: 19 (31,5%), 10 – 20t: 4 (8,8%), 20 – 30t: 4 (8,8%), 30 – 40t: 3 (6,6%), > 40t: 15 (33,3%).

Vị trí nang: Cổ bên phải: 10 (22,2%), cổ bên trái: 11 (24,4%), Cổ giữa: 13 (51,2%), Hai bên cổ: 1 (2,2%).

3.2. Đặc điểm tổn thương dạng nang

Bảng 3.1. Phân bố tổn thương Giải phẫu bệnh có biểu hiện nang

Tổn thương	n	%
Rò dịch bạch mạch ra mô dưới da	2	4,4
Rò dịch nước bọt ra mô dưới da	3	6,6
Ứ trệ do sỏi tuyến nước bọt	2	4,4
Nang ống giáp lưỡi	10	22,2
Nang khe mang	5	11,1
Nang bạch mạch	1	2,2
Nang thượng bì	4	8,8
U thần kinh	2	4,4
U Warthin	5	11,1
Carcinoma di căn	11	24,4
Tổng cộng	45	100

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ biểu hiện nang

Tỉ lệ mắc bệnh chúng tôi ghi nhận là 10,9% trường hợp bệnh nhân làm FNA có biểu hiện nang ở tổn thương vùng cổ, tỷ lệ này tương tự với ghi nhận của Kocjan: tổn thương dạng nang được phát hiện khi làm FNA ở đầu cổ chiếm 10% tổng số u được làm xét nghiệm [22].

Theo các tác giả khác tỉ lệ này dao động từ 18,9% đến 38,2% tùy theo cơ sở nghiên cứu [4], [10]. Đối với các cơ sở ngoại nhi tổn thương dạng nang bao gồm cả tổn thương bẩm sinh và mắc phải là 29% [14].

Như vậy biểu hiện nang ở vùng cổ có thể coi là một tổn thương hay gặp và cần được quan tâm và cố gắng để đưa ra một kết luận cụ thể trong chẩn đoán tế bào học.

4.2. Về giới tính - tuổi - vị trí u:

Đa số tổn thương nang mà chúng tôi ghi nhận được chủ yếu ở người trẻ và trẻ em chiếm tỉ lệ > 69,7% so với 33,3% ở người lớn tuổi > 40 tuổi. Nam giới thường bị nhiều hơn Nữ giới 51,1% so với 48,9%. Vị trí u thường gặp ở cổ giữa là 51,2%.

Theo y văn và một số tài liệu khác cho thấy tuổi trung bình là 36 tuổi [11], tuy nhiên ở những cơ sở điều trị Nhi khoa 20,5% ở lứa tuổi từ 10-12 tuổi, 19,5% < 10 tuổi [14].

Theo Jame, lứa tuổi mắc bệnh phụ thuộc vào bản chất của tổn thương dao động từ 34,7-50,8 tuổi đối với tổn thương lành tính và 37-55 tuổi đối với tổn thương ác tính [4].

Tỉ lệ nam/nữ của Firat và Showkat cho thấy nam nhiều hơn nữ một ít 53,5% so với 46,5% [11], [14]. Các nghiên cứu khác được ghi nhận tương tự như vậy.

Về vị trí u nang, các y văn được ghi nhận u nang thường gặp vùng cổ giữa so với vùng cổ bên, trong khi đó vùng cổ bên phải # bên trái, tỉ lệ nang ở vùng cổ giữa chiếm 42% [14]. Tổn thương cùng một lúc cả hai bên rất ít gặp, chúng tôi chỉ ghi nhận được 1/45 trường hợp # 2,2% tương tự với Showkat là # 2% tổn thương nang được tìm thấy hai bên cổ [14]. Các nghiên cứu khác của một số tác giả lại không thấy ghi nhận vị trí tổn thương nang.

4.3. Các nguyên nhân được ghi nhận có biểu hiện nang

4.3.1. Tổn thương giả nang: có tỷ lệ: 17/45 trường hợp # 15,4%, trong đó:

* **Rò bạch mạch ra mô dưới da**, chúng tôi ghi nhận được # 4,4% bệnh nhân đến xét nghiệm, một biểu hiện hiếm gặp trên lâm sàng, tỉ lệ này theo Kertin biến chứng này chỉ chiếm 0,5% trường hợp phẫu thuật vét hạch cổ trong điều trị Ung thư tuyến giáp [5]. Y văn ghi nhận nếu có biến chứng thì sớm nhất sau 2 ngày và chậm nhất là sau 7 ngày sau mổ sẽ có biểu hiện rò bạch mạch. Bệnh nhân chúng tôi được khám sau khi đã điều trị ổn định.

Nguy cơ rò bạch mạch cao khi bệnh nhân có xạ trị trước đó, trong những trường hợp rò bạch mạch: 8,9% gặp ở cổ phải 7,5% gặp ở cổ trái [5].

Chất dịch rút ra dễ dàng, giống dịch sữa, sau hút tổn thương nhỏ hẳn.

* **Rò dịch nước bọt ra mô dưới da** sau can thiệp ngoại khoa tuyến nước bọt:

Biến chứng này cũng có thể có hình ảnh nang giả, chúng tôi ghi nhận được 6,6% trên những bệnh nhân có nang vùng cổ, Theo R. Marchese tỷ lệ này dao động từ 4-14% trên những bệnh nhân sau mổ tuyến nước bọt [13].

Như vậy trong quá trình tiến hành FNA chúng ta cần chú ý đến những bệnh nhân có tiền sử can thiệp ngoại khoa ở vùng cổ. Hình ảnh đại thể chất dịch nang rút ra có thể chẩn đoán phân biệt được rò bạch mạch hay rò dịch nước bọt. Trong những trường hợp khó khăn, một số tác giả đề xuất định lượng nồng độ amylase trong chất dịch để hỗ trợ chẩn đoán. Quá trình thực hiện FNA và kết hợp với băng ép cũng được xem như là một biện pháp điều trị.

* **Ứ trệ giả nang do sỏi tuyến nước bọt**

Theo y văn tỉ lệ mắc bệnh sỏi tuyến nước bọt góc hàm là 24%, dưới hàm là 73% và tỷ lệ ứ trệ dịch do giãn ống tuyến chỉ 1,2% [24]. Đây cũng là một nguyên nhân có biểu hiện nang giả trong chẩn đoán tế bào học. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ này chiếm 4,4% trường hợp có biểu hiện nang.

Chất dịch rút ra thường ít và chậm hơn so với các tổn thương khác, hơi nhầy, thường có biểu hiện viêm kèm theo.

Đánh giá đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của tổn thương nang vùng cổ

Trong thực tế lâm sàng cho thấy u gia tăng kích thước khi bệnh nhân nhai kỹ, nhất là nhai kẹo cao su, kích thước giảm từ từ sau khi ăn xong

4.3.2. Tổn thương thực thể có biểu hiện nang: tỷ lệ: 35/45 trường hợp (84,6%)

***Nang ống giáp lưỡi:** Đây là tổn thương được gặp nhiều nhất ở cơ sở chúng tôi, có tỷ lệ mắc bệnh là 22,2%. Các ghi nhận của các nghiên cứu khác dao động từ 6,5 – 11,6% [10], [14]. Đối với các cơ sở nhi khoa tỷ lệ này lên đến 55 – 75% trường hợp tổn thương bẩm sinh ở vùng cổ trẻ em 90% phát hiện ở lứa tuổi < 10 tuổi và không có khác biệt về giới tính [1], [3], [8], [18]. Một vài thông báo cho thấy chỉ khoảng 0,6 % tổn thương tìm thấy ở những bệnh nhân > 60 tuổi. Hầu hết tổn thương đều khu trú ở vùng cổ giữa, tuy nhiên có thể tìm thấy ở cổ bên và thường gặp ở cổ trái [24].

Hình ảnh tế bào học thường không đủ để chẩn đoán ống giáp lưỡi, độ chính xác chỉ ở mức trung bình trong đánh giá trước mổ [18].

Theo Lester, tiêu bản FNA của nang ống giáp lưỡi thường thấy bọt bào, đại thực bào ăn sắc tố trên một nền chất dịch trong, các tế bào biểu mô gai, ít gặp tế bào trụ, có sự hiện diện tinh thể cholesterol [23]

***Nang khe mang:** chiếm tỷ lệ # 11,1% là tổn thương được ghi nhận sau nang ống giáp lưỡi, tỉ lệ mắc bệnh có khác nhau nhưng đều được ghi nhận bệnh đứng hàng thứ 2 sau nang ống giáp lưỡi, dao động từ 1% đến 5,3% [10], [4]. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Jame: nang khe mang gặp nhiều hơn các tổn thương nang khác chiếm tỉ lệ đến 79,3% tổn thương nang vùng cổ, thường gặp ở lứa tuổi < 40 tuổi [4], cũng có tác giả cho rằng nang khe mang và ống giáp lưỡi có tần suất mắc bệnh ngang nhau chiếm đến 50% các trường hợp phẫu thuật vùng cổ [2].

Theo y văn tổn thương nang khe mang thường gặp vùng chuyển tiếp 2/3 trên và 2/3 dưới bờ trước của cơ ức đòn chũm, 21% trường hợp nang khe mang không có biểu hiện về hình ảnh tế bào trên tiêu bản, không thể chẩn đoán phân biệt giữa nang khe mang và nang thượng bì về mặt tế bào học và cũng cần chẩn đoán phân biệt với Ung thư biểu mô gai

di căn hạch cổ có hình ảnh thoái hóa nang [20,23].

Chất dịch nang trong ống giáp lưỡi có nồng độ CA19-9 cao, nồng độ Amylase thấp một cách có ý nghĩa so với dịch trong nang khe mang [18].

Các tiêu chuẩn để chẩn đoán nang khe mang theo Lester: có chất dịch vàng đục lẫn lộn. Các tế bào gai không nhân và tế bào gai có nhân thể hiện sừng hóa rõ, thay đổi mức độ trưởng thành, các thành phần viêm cấp thường gặp, lympho bào ít gặp, nhân bất thường mức độ vừa có thể ghi nhận [23].

***Nang bạch mạch:** đây là một tổn thương bất thường hay gặp của tổn thương bạch mạch vùng cổ, chúng tôi chỉ ghi nhận 1/45 trường hợp (2,2%) từ tham khảo kết quả mô bệnh học của tuyến trên. Tỷ lệ mắc bệnh theo y văn là thường 1% tổn thương nang ở trẻ em [14]. Trong một điều tra rộng rãi tỉ lệ nang bạch mạch dao động từ 1,2 - 2,8/ 1000 trường hợp trẻ em [17] tổn thương nang bạch mạch thường khu trú ở vùng cổ .75% ở vùng tam giác sau, phía sau cơ ức đòn chũm hoặc ở khoang xương hàm dưới, 80 -90% gặp ở nhóm bệnh nhân 2 tuổi [18], [24] chất dịch rút ra giống sữa, lỏng lánh, có nhiều lympho bào[23], cần lưu ý thêm tiền sử có can thiệp ngoại khoa ở vùng cổ.

*** Nang thượng bì:** tỉ lệ ghi nhận là # 8,8%, theo Mainak và Mahesh tỉ lệ nang thượng bì ở vùng cổ là 7% dao động từ 1,6 – 6,9% còn theo Showkat: 12,5% [7], [8], [14]. Trong khi đó theo một nghiên cứu riêng biệt về da cho thấy 49% nang thượng bì khu trú ở da vùng cổ so với vị trí khác trên toàn thân [16].

Thể hiện trên lâm sàng nang thượng bì có xu hướng dính vào da, và đây là một tiêu chuẩn để chẩn đoán phân biệt với các nang khác. Hình ảnh FNA thể hiện nhiều tế bào gai trưởng thành và tế bào gai không nhân, ít tế bào viêm và dịch kết tinh. Trong trường hợp nang thượng bì khu trú ở cổ giữa có thể nhầm với nang ống giáp lưỡi, tuy nhiên nang thượng bì khu trú nông hơn và thiếu vắng sự liên kết với xương móng [18].

***Biểu hiện nang trong u vỏ bao thần kinh:**

Đây là một biểu hiện hiếm gặp của tổn thương giả nang trong bệnh lý u vỏ bao thần kinh. Trên thực tế lâm sàng u vỏ bao thần kinh hầu hết là tổn thương đặc nên việc rút ra chất dịch nang ít khi nghĩ

Bệnh viện Trung ương Huế

đến một tổn thương thần kinh để loại trừ. Việc chẩn đoán nhầm sang một u nang khe mang cũng đã được thông báo [9]. Tỷ lệ biểu hiện nang của u vỏ bao thần kinh được ghi nhận với tỉ lệ 3,3 % - 3,4 % tổn thương nang ở vùng cổ [4], [11].

Tỷ lệ biểu hiện nang của chúng tôi gặp: 4,4% cao hơn ghi nhận của các tác giả khác

*Biểu hiện nang trong u Warthin

Tỉ lệ biểu hiện nang của khối u Warthin là 11,1%. Tỷ lệ này có sự dao động tùy theo từng tác giả khác nhau từ 3,4% đến 19% [4], [11]. Việc chẩn đoán u Warthin trong một số trường hợp vẫn còn gặp khó khăn, có đến 51,5% trường hợp FNA không chẩn đoán được [6]. Hình ảnh tế bào học của u Warthin: hút ra dịch vàng hơi loãng, đôi khi có màu nâu, một số phòng bào, tế bào viêm đơn nhân, mảnh vụn tế bào. Sự kết hợp phòng bào và lympho bào trên phiến đồ là cơ sở để chẩn đoán u Warthin và phân biệt với các tổn thương nang khác [22], [23], [24].

Ngoài ra y văn và các nghiên cứu khác còn cho thấy biểu hiện nang còn gặp ở một số u tuyến nước bọt khác như U hỗn hợp, U bì nhầy và cũng thể hiện trên một số dị tật bẩm sinh khác như nang tuyến ức lạc chỗ, nang phế quản, hoặc do nhiễm sán dây kim Echinococcus, tuy nhiên tại cơ sở của chúng tôi chưa ghi nhận được.

*Biểu hiện nang trong di căn ung thư biểu mô

Sự di căn của ung thư biểu mô đến hạch bạch huyết vùng cổ nhiều khi thể hiện dưới hình ảnh của một tổn thương nang chứa dịch. Tỷ lệ mắc bệnh của biểu hiện này ở nghiên cứu của chúng tôi trong thời điểm này là: 24,4% tương tự với ghi nhận của Fiat: 23,8%. Các đặc điểm lâm sàng và FNA trong những trường hợp này được chúng tôi phân tích trong những báo cáo trước đây. Trong đó 10% tổn thương nang là do di căn ung thư tế bào gai, 12,1% tổn thương nang là do di căn ung thư tuyến giáp thể nhú [20], [21]. Trên thực tế lâm sàng rất khó chẩn đoán phân biệt giữa một ung thư biểu mô gai di căn với một nang khe mang ở trên những bệnh nhân trên 40 tuổi, 80% được cho là nang khe mang ở những bệnh nhân trên 40 tuổi là tổn thương ác tính

do di căn [12]. Ở những bệnh nhân trẻ có biểu hiện nang vùng cổ bên, di căn có thể được tìm thấy từ ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú [11], [20]. Nguy cơ ác tính trong nang gia tăng theo lứa tuổi bắt đầu từ những bệnh nhân trên 30 tuổi [4].

Tổn thương dạng nang vùng cổ luôn có nguy cơ tiềm ẩn cho một trường hợp ung thư biểu mô di căn, có thể là từ ung thư biểu mô tuyến giáp, có thể từ ung thư biểu mô gai ở vùng hầu họng.

Đây là một vấn đề cần được quan tâm và cần có những chẩn đoán phân biệt để loại trừ trước khi kết luận một tổn thương nang lành tính.

FNA là một kỹ thuật thường được áp dụng trong đánh giá u vùng cổ, tuy nhiên chẩn đoán chính xác tổn thương nang thường thấp hơn các tổn thương đặc, chỉ 85% có được chẩn đoán đúng, tỷ lệ dương tính giả và âm tính giả lần lượt là 2% và 4% [11], [22]

Ở những tăng sinh dạng nang, hình ảnh tế bào tế bào học trên tiêu bản không đại diện được hình thái tổn thương do vậy đây là một trong những nguyên nhân cho nhiều vấn đề trong chẩn đoán tổn thương vùng đầu cổ bằng FNA [11].

Việc kết hợp với thăm khám lâm sàng, diễn tiến lâm sàng với FNA luôn có giá trị trong việc đưa ra một kết luận thích hợp trong quá trình chẩn đoán tế bào học trên những tổn thương dạng nang.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương nang chiếm 10,9 % trường hợp FNA u vùng cổ

Lứa tuổi mắc bệnh cao ở lứa tuổi dưới 20 và trên 40: 40,3% và 33,3 %.

Vị trí: 51,2 % khu trú ở vùng cổ giữa, 46,6% ở cổ bên.

Tỷ lệ giả nang: 15,4% trong đó rò bạch mạch, ứ trệ do sỏi tuyến nước bọt: 4,4%, rò dịch nước bọt: 6,6 %.

Tỷ lệ biểu hiện nang có tổn thương thực thể kèm theo: 84,6% trong đó, do di căn ung thư biểu mô: 24,4%, nang ống giáp lưỡi: 22,2%, nang khe mang và u Warthin: 11,1%, nang thượng bì: 8,8%, u vỏ bao thần kinh 4,4%, nang bạch mạch 2,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

(Có 21 TLTK xin liên hệ tác giả)