

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA

- | | |
|---|---|
| 06 < Điều trị khối u buồng trứng giáp biên ác tính
Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Hồ Ngọc Anh Vũ | 46 < Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh
Phan Đăng Nghị |
| 10 < Ung thư nội mạc tử cung: đánh giá trước điều trị
Lê Thị Thu Hà | 49 < Nội mạc tử cung mỏng trong hỗ trợ sinh sản:
cập nhật chẩn đoán và điều trị
Lê Thị Ngân Tâm |
| 12 < Ung thư nội mạc tử cung: phân giai đoạn và
điều trị phẫu thuật
Lê Thị Thu Hà | 56 < Hiệu quả của Dienogest trong điều trị đau
do lạc nội mạc tử cung
Lê Khắc Tiến, Giang Huỳnh Như |
| 15 < Vai trò của X-quang trong tầm soát ung thư vú
Hồ Hoàng Thảo Quyên | 64 < Chất lượng noãn trên bệnh nhân lạc nội mạc tử cung
Lê Thị Ngân Tâm |
| 18 < Siêu âm vú đàn hồi: một kiểu mẫu mới trong chẩn đoán
hình ảnh vú
Phan Thị Mai Hoa | 72 < Kỹ thuật chuyển phôi
Hồ Ngọc Anh Vũ |
| 23 < Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | 76 < Đồng thuận ASRM về vô tinh ở nam giới
Lê Khắc Tiến, Mai Đức Tiến |
| 27 < Ảnh hưởng của điều trị ung thư đối với hệ sinh sản và
bảo tồn khả năng sinh sản ở phụ nữ
Lê Khắc Tiến, Lê Long Hồ | 82 < Tinh hoàn ẩn và vô sinh nam
Dương Quang Huy |
| 31 < Bảo tồn khả năng sinh sản ở nữ giới
Nguyễn Khánh Linh | |
| 35 < Phẫu thuật bằng robot – gương mặt mới trong phẫu thuật
ngoại phụ khoa
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | |
| 39 < Tăng huyết áp mạn tính: đại cương và quản lý trước khi
mang thai
Bùi Quang Trung | |
| 43 < Ngồi móng: mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo
Vương Tú Như | |

JOURNAL CLUB

- | | |
|--|--|
| 86 < Khuyến cáo mới của ACOG trong thực hành phụ khoa:
Vai trò của siêu âm phụ khoa trong đánh giá nội mạc tử cung ở
bệnh nhân xuất huyết sau mãn kinh | |
| 88 < NSAIDs không làm tăng huyết áp dài đẳng giai đoạn hậu sản | |
| 89 < Kết cục chu sinh ở thai phụ tăng huyết áp mạn tính nhưng có
huyết áp bình thường trước 20 tuần tuổi thai | |
| 90 < [ACOG Committee Opinion] Sử dụng Aspirin liều thấp trong
thai kỳ | |
| 92 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC | |
| 02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM | |

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: “MÃN KINH”
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: “HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG”
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). **Journal Club** là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500-1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



Abbott



ẢNH HƯỞNG CỦA ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐỐI VỚI HỆ SINH SẢN VÀ BẢO TỒN KHẢ NĂNG SINH SẢN Ở PHỤ NỮ

Lê Khắc Tiến, Lê Long Hồ

Bệnh viện Mỹ Đức



GIỚI THIỆU

Tần suất mắc ung thư ngày càng nhiều, đặc biệt là sự tăng nhanh ở bệnh nhân trẻ tuổi. Cùng với sự phát triển của y học về ung thư, tỷ lệ sống và kỳ vọng sống của bệnh nhân ung thư ngày càng tăng. Các phương pháp điều trị ung thư bao gồm phẫu thuật, hóa trị, xạ trị... có tác động lên hệ sinh sản ở cả nam và nữ. Ở phụ nữ trẻ chưa có gia đình hoặc chưa có đủ con, bảo tồn khả năng sinh sản cần được quan tâm trước khi tiến hành các phương pháp điều trị ung thư. Nên có một chương trình tư vấn thường quy cho bệnh nhân về khả năng sinh sản sau hóa trị và khả năng bảo tồn sinh sản trước hóa trị ở các bệnh viện có chức năng điều trị ung thư.

ẢNH HƯỞNG CỦA HÓA TRỊ

Mỗi loại hóa chất trị liệu ung thư có ảnh hưởng khác nhau lên khả năng sinh sản. Hầu hết các hóa chất gây độc mạnh nhất đến sinh sản thuộc nhóm hoạt tính alkyl. Hóa trị có thể gây chết tế bào theo chương trình của đoàn hệ nang nguyên phát, tổn thương vỏ mô buồng trứng, tăng quá trình thoái hóa nang noãn. Điều tồi tệ nhất của hóa trị là gây suy buồng trứng không phục hồi dẫn đến vô sinh và mãn kinh. Đa số phụ nữ sẽ vô kinh tạm thời trong thời gian hóa trị. Ngay cả khi phục hồi lại chu kỳ kinh nguyệt, dự trữ buồng trứng sẽ giảm rất nhanh. Sau hóa trị, phần lớn phụ nữ có thể bị mãn kinh sớm hoặc suy buồng trứng sớm (Hyman và cs, 2013). Danh sách các nhóm hóa chất trị liệu và mức độ ảnh hưởng đến khả năng sinh sản:

- Nhóm thuốc nguy cơ cao.
 - Chất có hoạt tính alkyl: cyclophosphamide, ifosfamide, busulfan, procarbazine, melphalan.
- Nhóm thuốc nguy cơ trung bình.
 - Anthracycline: doxorubicin.
 - Chất chứa platinum: cisplatin, carboplatin.
 - Thuốc ức chế topoisomerase: etoposide.
- Nhóm thuốc nguy cơ thấp.
 - Nhóm antimetabolites: methotrexate, 5-fluorouracil.
 - Vinca alkaloid: vincristine (Mrat Sonmezer, 2004; Olson và cs, 2004).

ẢNH HƯỞNG CỦA CÁC PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ

Một số phác đồ hóa trị (Bảng 1)

Tác động của các phác đồ

Phác đồ nguy cơ cao gây 80% khả năng vô kinh. Liều cao cyclophosphamide trong các phác đồ hóa trị ung thư ví như CMF, CEF và CAF x 6 chu kỳ có liên quan đến tỷ lệ cao vô kinh ở phụ nữ trên 40 tuổi. Procarbazine trong phác đồ MOPP hóa trị u lympho Hodgkin cũng có nguy cơ cao gây vô kinh^[4,5].

Phác đồ nguy cơ trung bình gây 30 – 70% khả năng vô kinh. Cyclophosphamide trong phác đồ hóa trị ung thư ví CMF, CEF, CAF x 6 chu kỳ có nguy cơ trung bình gây vô kinh ở phụ nữ từ 30 -

Bảng 1.

Tên viết tắt	Hóa chất
CMF	cyclophosphamide, methotrexate, 5-fluorouracil
CEF	cyclophosphamide, epirubicin, 5-fluorouracil
CAF	cyclophosphamide, doxorubicin, 5-fluorouracil
MOPP	nitrogen mustard, vincristine, procarbazine, prednisolone
BEACOPP	bleomycin, etoposide, doxorubicin, cyclophosphamide, vincristine, procarbazine, prednisolone
AC	doxorubicin, cyclophosphamide
ABVD	doxorubicin, bleomycin, vincristine, prednisolone
CHOP	cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisolone
COP	cyclophosphamide, vincristine, prednisolone

39 tuổi. Hiện nay phác đồ hóa trị ung thư vú AC chứa doxorubicin có ảnh hưởng lên hệ sinh sản ít hơn cyclophosphamide được sử dụng phổ biến. Đối với phụ nữ trên 40 tuổi hóa trị bằng phác đồ AC sẽ có nguy cơ trung bình gây vô kinh (Minton và cs, 2002; Bines và cs, 1996).

Phác đồ nguy cơ thấp gây $\leq 20\%$ khả năng vô kinh bao gồm phác đồ chứa cyclophosphamide hoá trị ở phụ nữ trẻ hoặc phác đồ ABVD, CHOP, COP trong hóa trị u lympho Hodgkin (Fornier và cs, 2005).

MỘT SỐ LOẠI UNG THƯ VÀ KHẢ NĂNG BẢO TỒN SINH SẢN

Ung thư tế bào tạo máu

Ung thư tế bào tạo máu có thể chia làm 3 loại: (i) u lympho Hodgkin, (ii) u lympho non-Hodgkin và (iii) leukemia. Bệnh nhân mắc ung thư tế bào máu thường chỉ có một cơ hội để tư vấn và bảo tồn sinh sản. Leukemia và các u lympho thường phải điều trị với phác đồ hóa trị cao nhất, độc tính cao nhất, kết hợp nhiều loại hóa chất đặc biệt là nhóm alkylating

như cyclophosphamide. Một số liệu pháp cần ghép tủy hoặc tế bào gốc tạo máu trước khi xạ trị toàn thân. Những bệnh nhân này cần được tư vấn về khả năng sinh sản và nguy cơ suy buồng trứng sớm.

Việc kích thích buồng trứng để trữ trứng hoặc trữ phôi thường không khả thi ở bệnh nhân mắc ung thư tế bào tạo máu. Thứ nhất, sức khỏe bệnh nhân không đảm bảo, các thông số tế bào máu nhiều bất thường dễ chảy máu và nhiễm trùng khi chọc hút trứng. Thứ hai, đa số bệnh nhân mắc ung thư tế bào tạo máu ở độ tuổi chưa dậy thì nên việc chọc hút trứng không ưu tiên thực hiện.

Vì thế, trữ mô buồng trứng là lựa chọn phù hợp cho bệnh nhân chưa dậy thì hoặc phụ nữ trong độ tuổi sinh sản nhưng không có thời gian trì hoãn điều trị để kích thích buồng trứng. Mô buồng trứng được lấy qua nội soi ổ bụng, sau đó đem trữ đông để sử dụng cho tương lai. Khi điều kiện sức khỏe cho phép, mô buồng trứng được rã đông và cấy lại vào hố buồng trứng nằm trong hố chậu để tái khởi động quá trình tạo nang noãn. Đến hiện tại đã có vài trường hợp có thai với kỹ thuật này. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn có nguy cơ xảy ra khi phẫu thuật nội soi lấy mô buồng trứng (Donnez và cs, 2011).

Cấy ghép mô buồng trứng tự thân vẫn có nguy cơ di căn tế bào ác tính từ mô buồng trứng. Một vài nghiên cứu trên người và chuột cho thấy khả năng gieo rắc tế bào ác tính khi cấy mô buồng trứng tự thân. Mô buồng trứng từ bệnh nhân bị bạch cầu cấp và bạch cầu mãn được ghép vào chuột. Các dấu chỉ sinh học ung thư được tìm thấy ở 7/10 chuột được ghép mô bị bạch cầu cấp, và 2/6 chuột được ghép mô bị bạch cầu mãn. 4 con chuột trong số đó phát hiện có khối u vùng bụng. Thí nghiệm được lặp lại ở nhóm u lympho cho thấy 2/5 chuột phát hiện có nốt lympho sau cấy mô buồng trứng ở bệnh nhân mắc u lympho non-Hodgkin, tuy nhiên không có nốt lympho nào được tìm thấy ở nhóm chuột được cấy mô buồng trứng mắc u lympho Hodgkin^[8,9].

Vài nghiên cứu phân tích về mặt mô học và phân tử cho thấy tồn tại tỷ lệ cao tế bào ác tính trong mẫu mô trữ đông. Mặc dù có nguy cơ, nhưng chưa có ca nào tái phát leukemia được báo cáo. Cấy ghép mô buồng trứng tự thân ở bệnh nhân u lympho chưa có ca nào tái phát được báo cáo cho đến thời điểm

hiện tại.

Tóm lại, tư vấn bảo tồn khả năng sinh sản ở nhóm bệnh nhân mắc ung thư tế bào tạo máu cần lưu ý vài điểm. Thứ nhất, tư vấn kỹ về nguy cơ di căn đến buồng trứng và khả năng gieo rắc tế bào ung thư khi cấy ghép mô buồng trứng tự thân. Thứ hai, chẩn đoán hình ảnh trước phẫu thuật như siêu âm, CT scan cần được thực hiện để đánh giá khả năng phẫu thuật, nguy cơ di căn và có cần thiết cắt bỏ buồng trứng hay không. Thứ ba, phân tích mô học, hóa mô miễn dịch cần được thực hiện đối với mẫu mô trước khi cấy ghép tự thân. Thứ tư, phối hợp với bác sĩ điều trị ung thư là điều thiết yếu trong bảo tồn khả năng sinh sản.

Bệnh nhân không có chỉ định trữ mô buồng trứng vẫn có thể cân nhắc trữ mô buồng trứng. Thu thập các noãn chưa trưởng thành từ buồng trứng sau đó trưởng thành trứng non rồi trữ lạnh cũng là một hướng nghiên cứu có triển vọng. Vài nghiên cứu cấy mô buồng trứng từ người hiến, tuy nhiên bệnh nhân và gia đình cần hiểu rõ bản chất của kỹ thuật này.

Ung thư vú

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản vì thế tư vấn về khả năng sinh sản ở nhóm bệnh nhân này phải được thực hiện trước khi tiến hành các biện pháp điều trị. Hóa trị có độc tính đối với buồng trứng, gây mất noãn có ý nghĩa lâm sàng. Hoạt chất alkylating như cyclophosphamide được ghi nhận là làm lão hóa buồng trứng.

Ung thư vú là một trong những loại ung thư nhạy cảm với estrogen. Nồng độ estrogen và progesterone trong khi kích thích buồng trứng nhằm trữ trứng hoặc trữ phôi cần được cân nhắc để có biện pháp giảm thiểu nồng độ estrogen trong máu. Liệu pháp ức chế nội tiết với tamoxifen đã được chứng minh giúp kéo dài thời gian sống của bệnh nhân mắc ung thư nhạy với estrogen nhưng lại làm tăng thời gian mong con. Tùy vào độ tuổi, tình trạng bệnh, khả năng trì hoãn điều trị mà bác sĩ sẽ đưa ra các biện pháp điều trị mong con thích hợp.

Nhiều lựa chọn được đưa ra để giảm thiểu nồng độ estrogen trong máu khi kích thích buồng trứng.

Lựa chọn đầu tiên là letrozole, chất ức chế men aromatase sử dụng trong quá trình kích thích buồng trứng và sau khi chọc hút trứng. Lựa chọn thứ hai là sử dụng letrozole trong khi kích thích buồng trứng và GnRH antagonist sau khi chọc hút trứng. Ở cả hai lựa chọn, GnRH agonist được khuyến cáo dùng để trưởng thành noãn hơn là dùng hCG vì giảm được sự sản xuất estradiol từ tế bào hạt do đỉnh LH sau dùng GnRH agonist ngắn hơn.

Đa phần ung thư vú là ngẫu nhiên, tuy nhiên một tỷ lệ rất nhỏ do di truyền đặc biệt ở phụ nữ có tiền sử gia đình có người bị ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng. Do đó, xét nghiệm di truyền được thực hiện trên đối tượng mắc ung thư vú trẻ tuổi hoặc có tiền sử gia đình. Tỷ lệ mang gen đột biến rất thấp trong dân số chung, nhưng phần lớn những người mắc ung thư vú di truyền mang gen đột biến BRCA 1 và BRCA 2. Những người mang gen đột biến thường được tư vấn cắt vú hoặc cắt buồng trứng và vòi trứng để giảm thiểu nguy cơ. Phẫu thuật thường được thực hiện trước tuổi mà thành viên trẻ nhất trong gia đình mắc bệnh. Nếu cắt bỏ buồng trứng không thể trì hoãn, tư vấn bảo tồn sinh sản được lựa chọn. Trữ phôi hoặc trữ trứng là lựa chọn tốt nhất tùy thuộc vào tình trạng có gia đình hay chưa. Trữ mô buồng trứng không được khuyến cáo đối với bệnh nhân bị ung thư buồng trứng vì nguy cơ tái phát với mô ghép tự thân. Bệnh nhân không có giới hạn về thời gian trì hoãn trước khi phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng nên có thể thực hiện nhiều chu kỳ IVF để tích lũy trứng hoặc phôi (Kim và cs, 2011; Goss và cs 2003).

Ung thư buồng trứng

Tỷ lệ ung thư buồng trứng được chẩn đoán trong độ tuổi sinh sản đang có xu hướng tăng lên, điều này đặt ra một câu hỏi trong việc bảo tồn khả năng sinh sản ở những người phụ nữ chưa có con. Việc bảo tồn khả năng sinh sản thường gặp nhiều tranh cãi vì việc giữ lại và cấy ghép mô buồng trứng có thể sẽ làm ung thư tái phát trở lại. Trong một nghiên cứu hồi cứu năm 2011 trên 39 bệnh nhân ung thư buồng trứng (80% trong số đó ở giai đoạn 1 và 52% là ung thư tế bào mầm). Sau điều trị phẫu thuật cơ bản và hóa trị, 98% trong số các bệnh nhân vẫn có kinh đều

đạt bình thường và 20% trong số này vẫn có thai tự nhiên khỏe mạnh, chỉ có 8% trong số đó tái phát. Một tổng quan năm 2005 cũng cho thấy việc điều trị bảo tồn khả năng sinh sản ở nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn 1 (độ 1, 2), u có khả năng ác tính thấp (low malignant potential tumor – LMP), u tế bào mầm buồng trứng ác tính (malignant ovarian germ cell tumors – MOGCT) là một phương án khả thi và hiệu quả (KH S, 2011; Zanagnolo và cs, 2005).

KẾT LUẬN

Bảo tồn khả năng sinh sản ở phụ nữ trước điều trị ung thư đang ngày càng cần thiết do tỷ lệ mắc ung thư trẻ tuổi ngày càng cao. Cần có sự phối hợp giữa bác sĩ hiếm muộn và bác sĩ điều trị ung thư ở bệnh nhân mắc ung thư trong độ tuổi sinh sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hyman JH and Tulandi T (2013). "Fertility preservation options after gonadotoxic chemotherapy". Clinical Medicine Insights: Reproductive Health, 7, CMRH-S10848.
2. Murat Sonmez, Kutluk Oktay; Fertility preservation in female patients, Human Reproduction Update, Volume 10, Issue 3, 1 May 2004, Pages 251-266
3. Olson RD et al. "Doxorubicin Cardiotoxicity May Be Caused by Its Metabolite, Doxorubicinol". Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 85:10 (1988): 3585-3589.
4. Schilsky, Richard et al. "Gonadal dysfunction in patients receiving chemotherapy for cancer." Annals of Internal Medicine 93:1 Part 1 (1980): 109-114.
5. Minton, Susan E and Pamela N Munster. "Chemotherapy-induced amenorrhea and fertility in women undergoing adjuvant treatment for breast cancer". Cancer Control 9.6 (2002): 466-472.
6. Bines, Jose, Denise M Oleske and Melody A. Cobleigh. "96137544 Ovarian function in premenopausal women treated with adjuvant chemotherapy for breast cancer." Maturitas 25.2 (1996): 156-157.
7. Fornier Monica N et al. "Incidence of chemotherapy-induced, long-term amenorrhea in patients with breast carcinoma age 40 years and younger after adjuvant anthracycline and taxane". Cancer 104.8 (2005): 1575-1579.
8. Donnez J Dolmans MM. "Preservation of fertility in females with haematological malignancy". British journal of haematology 2011; 154: 175-84.
9. Bastings L, Beerendon K, Westphal J, Massuier J, Kaal S. "Autotransplantation of cryopreserved ovarian tissue in cancer survivors and the risk of reintroducing malignancy: a systematic review". Human reproduction update 2013; 19: 483-506.
10. Kim S, Radford J, Harris M, Varley J, Rutherford A. "Ovarian tissue harvested from lymphoma patients to preserve fertility may be safe for autotransplantation". Human Reproduction 2001; 16 2056-60.
11. Kim S, Klemp J, Fabian C. "Breast cancer and fertility preservation". Fertil Steril 2011; 95: 1535-43.
12. Goss P, Ingle J, Martino S, Robert N, Muss H et al. "A randomized trial of letrozole in postmenopausal women after five years of tamoxifen therapy for early-stage breast cancer". NEJM 2003; 349: 1793-1802.
13. KH, S. "Conservative treatment of ovarian cancer. Safety, ovarian function preservation, reproductive ability, and emotional attitude of the patients in Saudi Arabia". Saudi Med J, 2011. 32(9): p. 913-8.
14. Zanagnolo V et al. "Preservation of ovarian function, reproductive ability and emotional attitudes in patients with malignant ovarian tumors". European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 2005. 123(2): p. 235-243.

HOSREM
Knowledge for Better Healthcare

CÔNG BỐ QUỐC TẾ SẢN PHỤ KHOA 2017-2018

Dự án "Công bố quốc tế Sản Phụ khoa" do HOSREM thực hiện với mong muốn ghi nhận liên tục xu hướng phát triển này trong chuyên ngành sản phụ khoa, nỗ lực của các đồng nghiệp trong ngành và thúc đẩy hoạt động này.

Chúng tôi sẽ tiếp tục tập trung các bài báo được công bố trong 2 năm 2017 và 2018 (từ ngày 01/01/2017 đến 31/12/2018) để tiếp tục giới thiệu cho đồng nghiệp vào đầu năm 2019.

Đồng nghiệp cả nước có thể gửi thông tin về văn phòng HOSREM qua hosrem@hosrem.vn hoặc liên hệ Ms Kiều Chinh (0903 109 889). Hạn chót gửi thông tin là ngày 15/01/2019. Rất mong nhận được sự ủng hộ và tham gia của quý đồng nghiệp.

