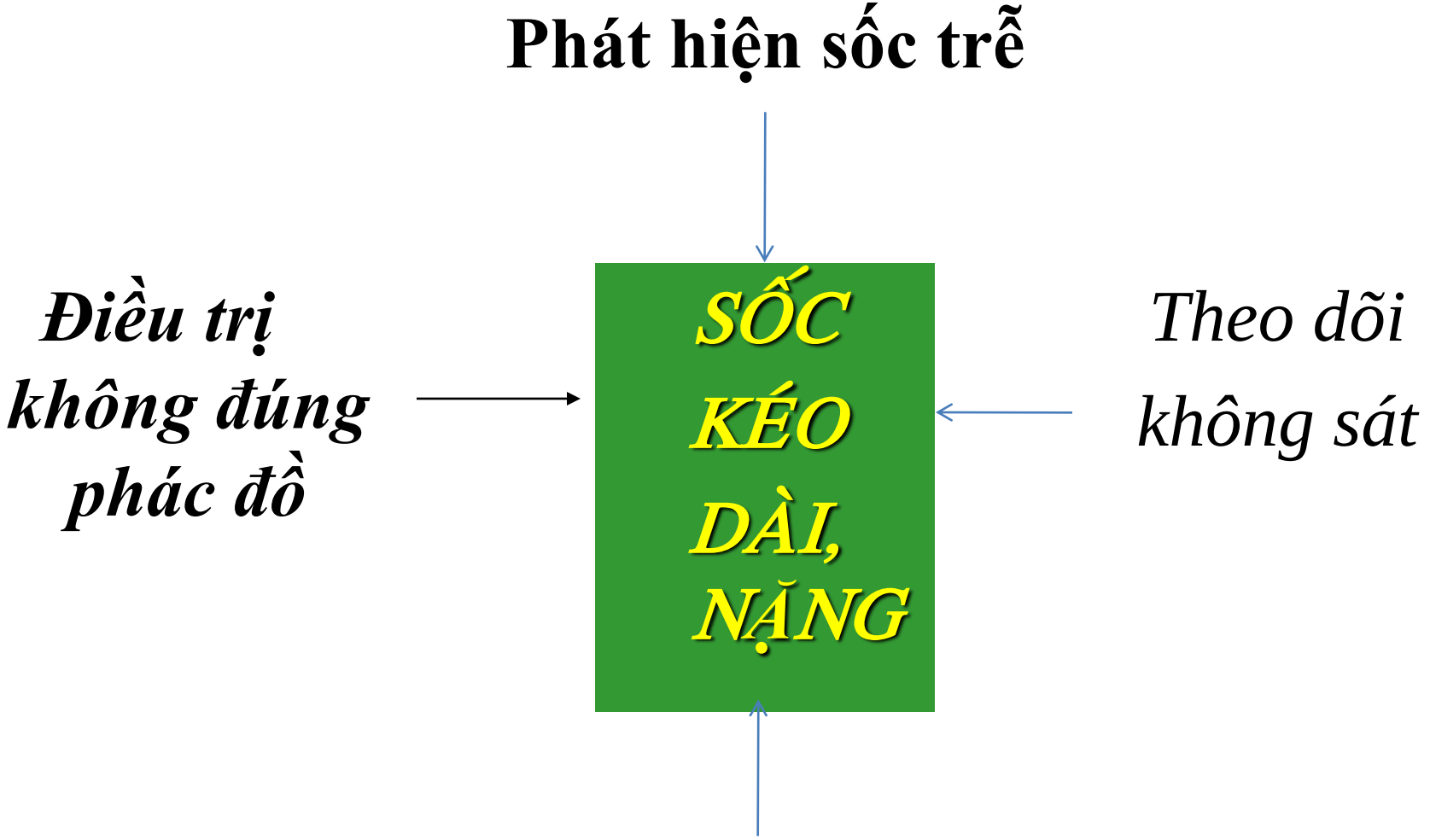
CÁC LỖI THƯỜNG GẶP TRONG ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN

BSCK2. NGUYỄN MINH TIẾN

NHÓM SỐT XUẤT HUYẾT BV NHI ĐỒNG 1-

CÁC LỖI DẪN ĐẾN BIẾN CHỨNG NẶNG TRONG BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE


Phát hiện sốc trễ
Điều trị không đúng phác đồ
SỐC KÉO DÀI, NẶNG
Theo dõi không sát
Tình huống đặc biệt /Xử trí không thích hợp

LỖI THƯỜNG GẶP & BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

1. Phát hiện trễ:

- BN nhập viện ngày cuối tuần → không thử máu, không đọc kết quả, không theo dõi, không dặn dò

- BP. khắc phục:

. Khám lại mỗi ngày đối với BN sốt

. XN CTM mỗi ngày, Hct sáng, chiều tối

. Theo dõi sinh hiệu: M, HA, NĐ

. Dặn dò: dấu hiệu chuyển độ, dấu hiệu khám ngay, phát phiếu dấu hiệu nặng cho thân nhân giữ trẻ.

1
COMFIT

LỖI THƯỜNG GẶP & BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

1. Phát hiện trễ:

- Không nghĩ tới chẩn đoán SXH
- Các bệnh có thể nhầm lẫn với SXH giai đoạn sốt:

. Sốt phát ban

. Bệnh tay chân miệng

. Sốt + TC hô hấp/TC tiêu hóa đặc biệt ở trẻ nhũ nhi

- Các bệnh có thể nhầm lẫn với SXH giai đoạn sốc:

Sốc nhiễm khuẩn

Sốc tim/viêm cơ tim

"dengue triad“: fever, rash, and headache (and other pains)

Rash could be a sign of **dengue**

Chẩn đoán phân biệt

- Sốt mò.
- Sốt rét
-Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu lợn, não mô cầu, vi khuẩn gram âm…
- Sốc nhiễm khuẩn
- Các bệnh máu
- Bệnh lý ổ bụng cấp

LỖI THƯỜNG GẶP & BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

2. Điều trị không đúng phác đồ:

.Sốc SXHD nặng (độ IV): LR 20ml/kg/g hoặc LR 20ml/kg/15ph sau đó tiếp tục LR vì huyết động ổn định

.Sốc SXHD (độ III): sau thất bại LR 20ml/kg/g → tiếp tục LR 15-20ml/kg

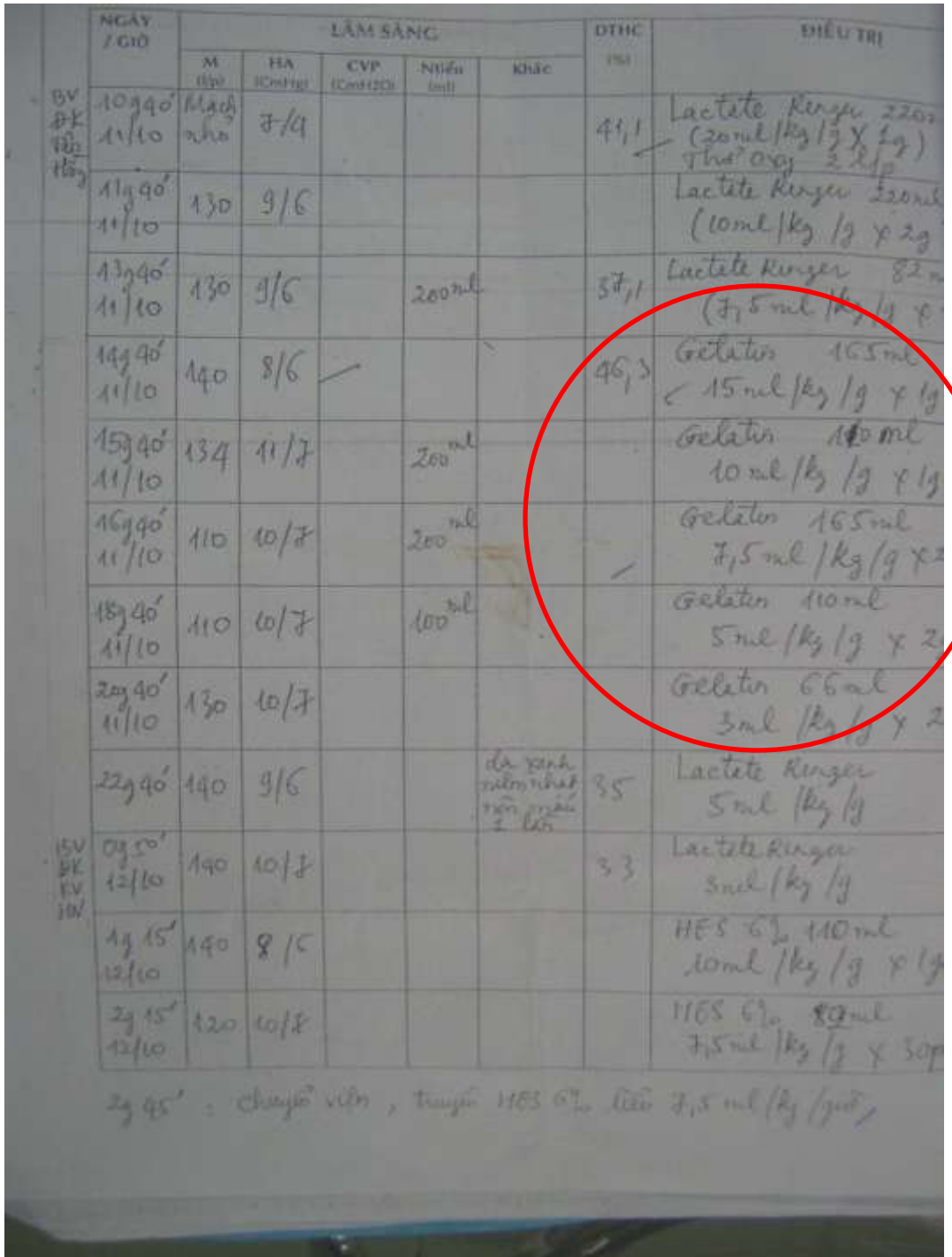
.Giảm tốc độ dịch quá nhanh

.Chọn sai dung dịch ĐPT, chuyển ĐPT 👉👉 điện giải

BP khắc phục:

.Xem lại PĐ điều trị, chọn ĐPT, Huấn luyện, tái huấn luyện

Còn sử dụng gelatin trong điều trị sốc SXHD



Chọn lựa dung dịch ?

Gelatin ?

- BVC. NHH 95[1]: Tỉ lệ thất bại:
  Sốc SXHD (SXHD III): 32/93 (34.4%)
  Sốc SXHD nặng (SXHD IV): 27/53 (51%)
- NTL. PHND 94 [2]: tỉ lệ thất bại: 22/40 (55%)
- Phản ứng dị ứng, Run tiêm truyền [2,3,4]:
  2.5%-8.9%.

BỘ Y TẾ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập- Tự do- Hạnh phúc

HƯỚNG DẪN
Chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue
(Ban hành kèm theo Quyết định số 458 /QĐ-BYT ngày 16 tháng 2 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

a) Sốc sốt xuất huyết Dengue:

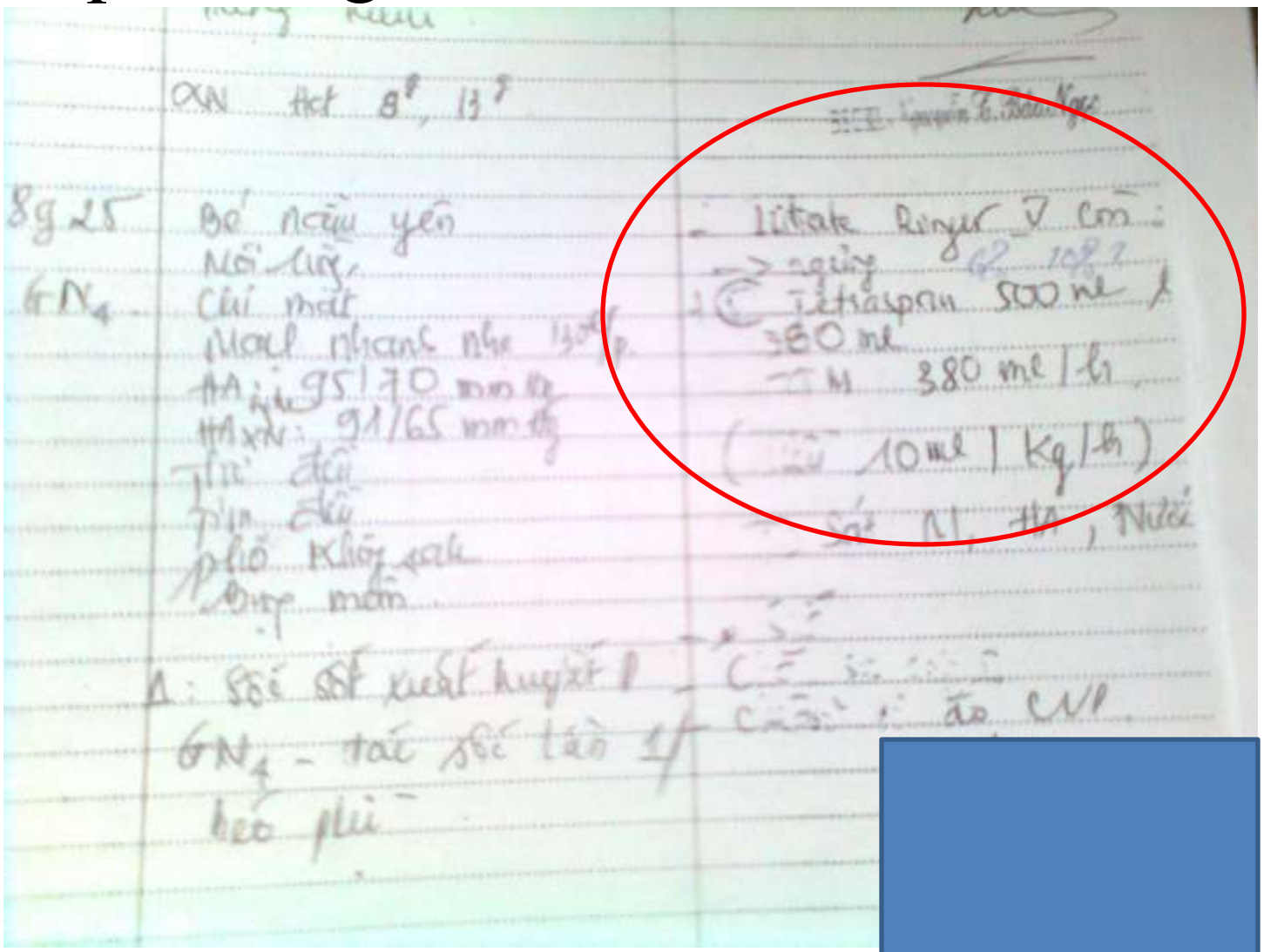
- Cần chuẩn bị các dịch truyền sau

+ Ringer lactat.

+ Dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0,9%).

+ Dung dịch cao phân tử (dextran 40 hoặc 70, hydroxyethyl starch (HES)).

Sử dụng tetraspan 6% (HES 130 6%), kém hiệu quả trong hồi sức sốc SXHD

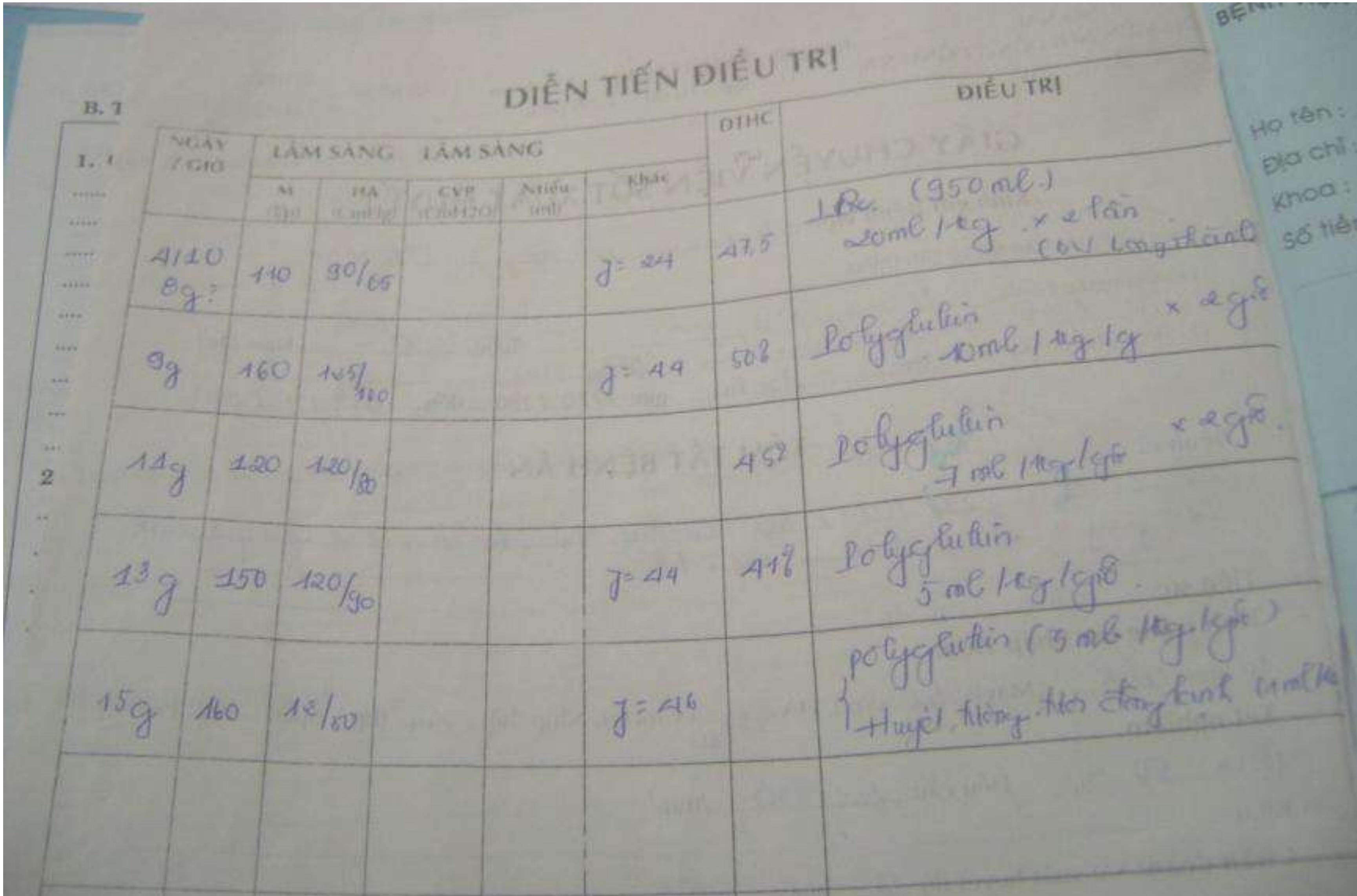


HES vs Dextran

	6% Dex 70	10% Dex 40	6% Dex 60	6% HES 130/0.4	10% HES 130/0.4	6% HES 200/0.5
MW(Dalton)	70,000	40,000	60,000	130,000	130,000	200,000
Volume effect (hour)	5-6	3-4	5	2-4	2-4	4
Volume efficacy (%)	150%	200%	100%	100%	145%	100%
Side effects	- Anaphylactoid shock - Coagulation disorder - Renal dysfunction			Rare		

Warner MA. Anesthesiology 2009; 111:187–202
Boldt J, Priebe HJ. Anesth Analg. 2003 Feb;96(2):376-82

Trẻ nam 5 tuổi, sốc SXHD N4



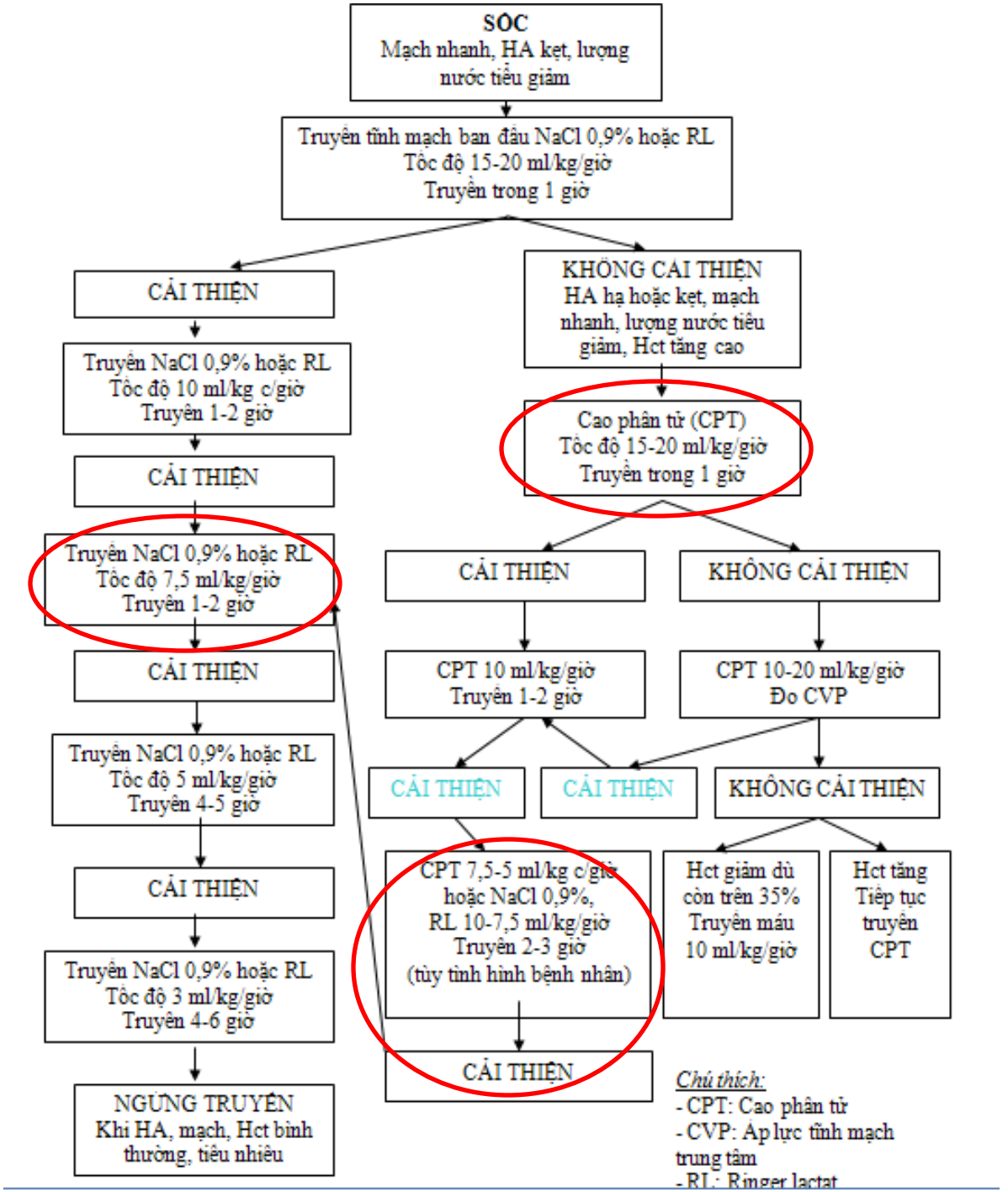
DIỄN TIẾN ĐIỀU TRỊ

NGÀY / GIỜ	LÂM SÀNG M (l/p)	HA (mmHg)	CVP (cmH2O)	Nước tiểu (ml)	Khác	DTHC	ĐIỀU TRỊ
11/10 8g?	140	80/65			J= 24	47,5	1 RL (950 ml) 20ml/kg x 2 lần ([illegible])
9g	160	125/100			J= 44	50%	Polyglukin 10ml/kg/1g x 2 giờ
11g	120	120/80				45%	Polyglukin 7ml/kg/giờ x 2 giờ
13g	150	120/90			J= 44	41%	Polyglukin 5ml/kg/giờ
15g	160	12/80			J= 46		polyglukin (3ml/kg/giờ) + Huyết tương tươi đông lạnh (10ml/kg)

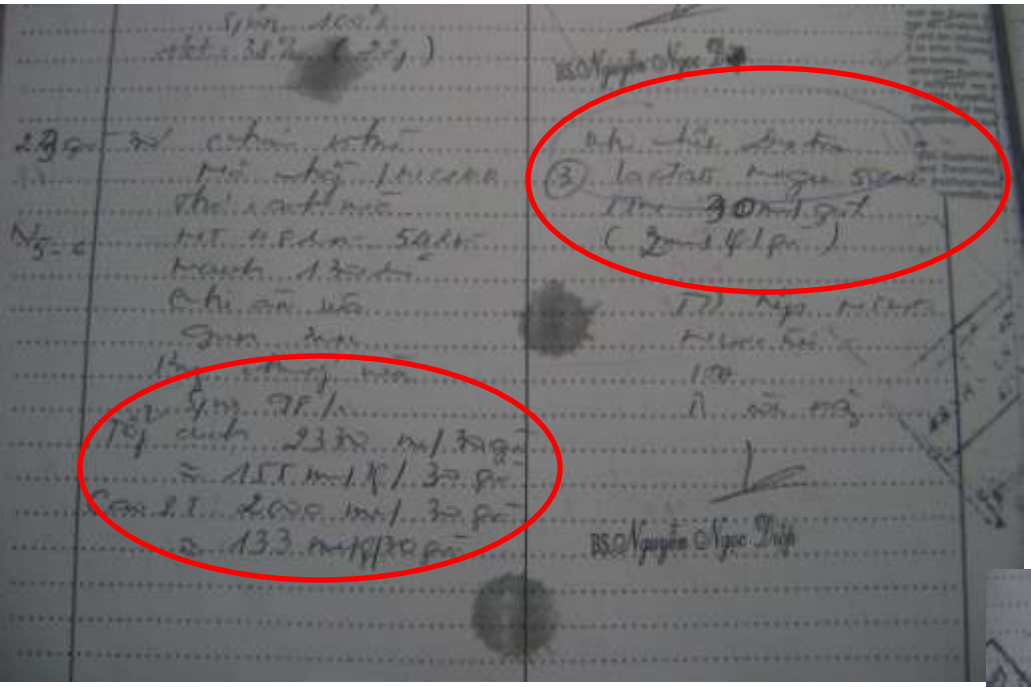
Phụ lục 4

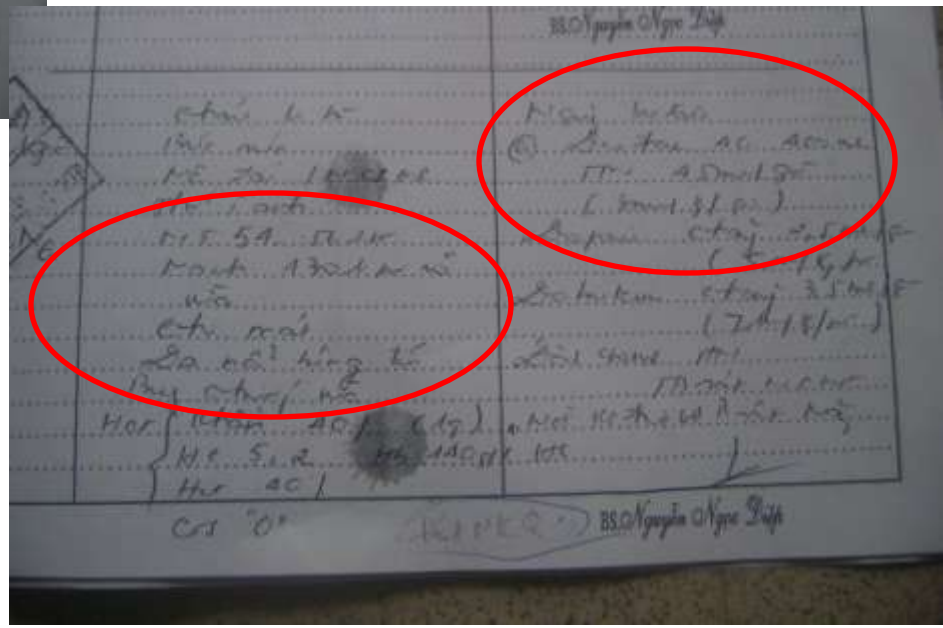
SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM

(Ban hành kèm theo Quyết định số 458 /QĐ-BYT ngày 16 tháng2 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



Tái sốc khi đổi từ CPT sang điện giải

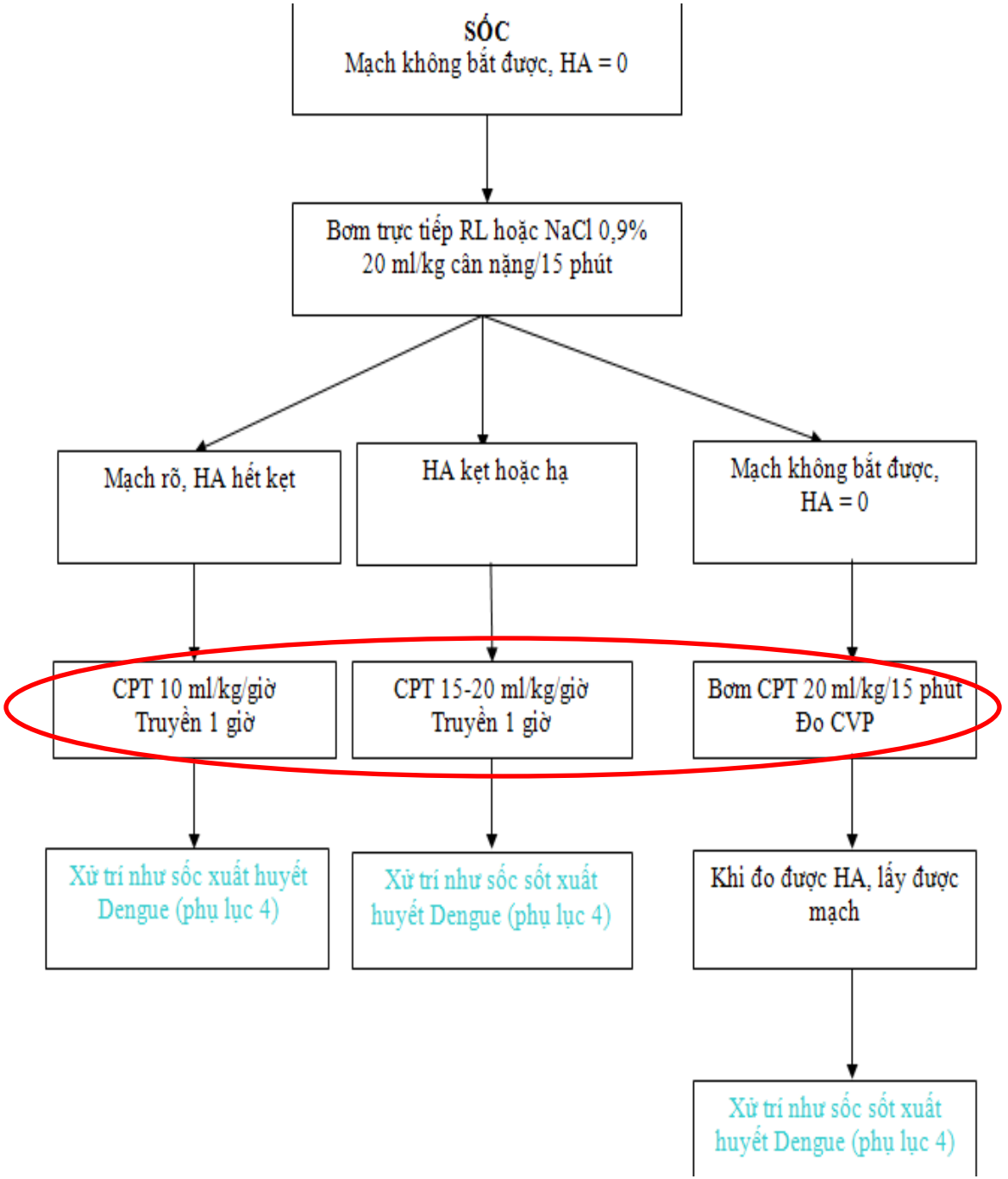




Phụ lục 5

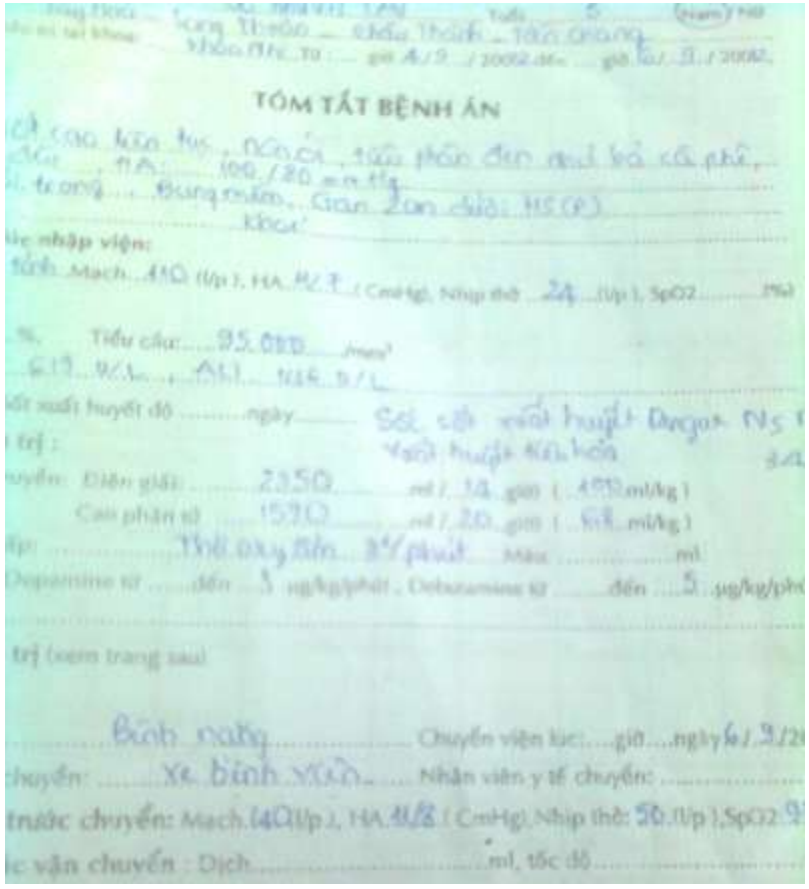
SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG Ở TRẺ EM

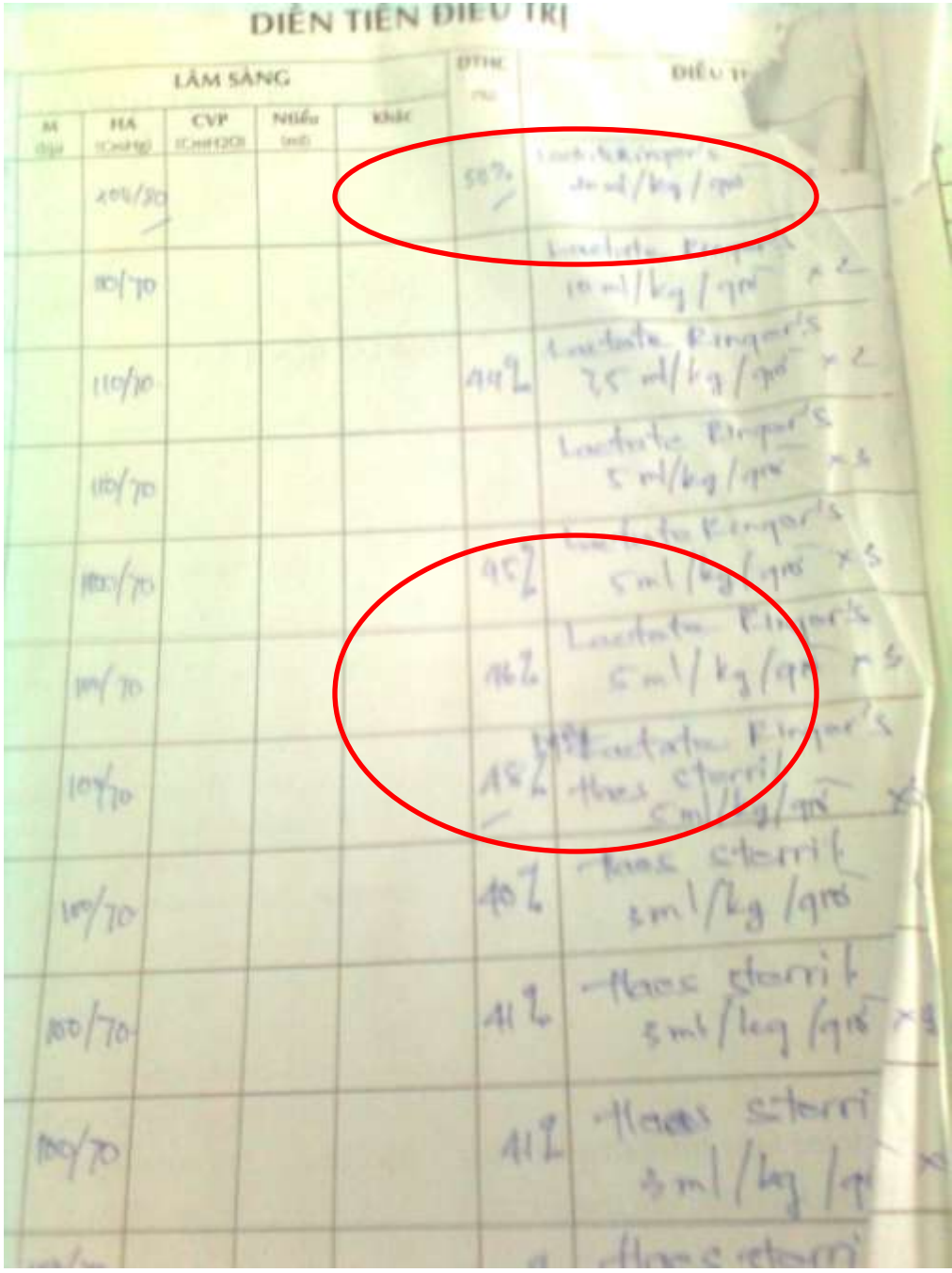
(Ban hành kèm theo Quyết định số 458 /QĐ-BYT ngày 16 tháng2 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



Đổi ĐPT trễ

Trẻ nam 4 tuổi


TÓM TẮT BỆNH ÁN


DIỄN TIẾN ĐIỀU TRỊ

LỖI THƯỜNG GẶP & BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

3. Theo dõi không sát, Hct còn xa → SKD, XHTH, TT gan, SHH

BP khắc phục:

.Chế độ theo dõi theo phác đồ

SXHD có dấu hiệu cảnh báo (Độ I, II Có Tiêm truyền)

*** Dấu hiệu sinh tồn: tri giác, M, HA, nhịp thở, nước tiểu/ mỗi 1-2 giờ → mỗi 2 -4 giờ.**

*** Hct mỗi 2- 4 giờ → mỗi 4- 6 giờ.**

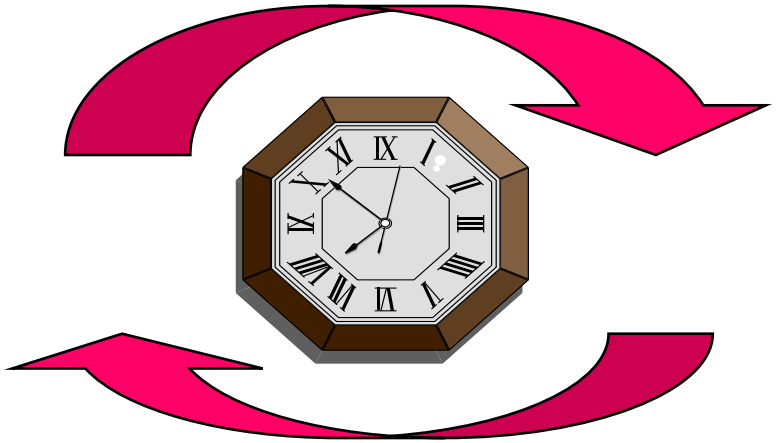
*** Xuất nhập/ 24 giờ.**

SỐC SXHD (Độ III, IV)

Dấu hiệu sinh tồn: tri giác, M, HA, nhịp thở, nước tiểu/ mỗi 15- 30’→ Tốt: mỗi 1-2 giờ → mỗi 2-4 giờ.

*** Hct mỗi 2- 4 giờ → mỗi 4- 6 giờ.**

*** Xuất nhập/ 24 giờ hoặc khi tái sốc, khi đổi dịch.**



LỖI THƯỜNG GẶP & BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

4. Các tình huống đặc biệt – "nhạy cảm"

SXHD có dh cảnh báo (SXH II có CĐ truyền dịch): thực chất là sốc SXHD (SXH III hoặc diễn tiến thành SXH III)

BP khắc phục:

.Đánh giá "tổng thể" tình trạng sốc: M – tần số, biên độ , HA, tri giác, CRT, tưới máu da, theo dõi sát diễn tiến bệnh.

LỖI THƯỜNG GẶP & BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

4. Các tình huống đặc biệt – "nhạy cảm"

sốc SXHD lúc nhập viện Hct quá cao: nhũ nhi Hct ≥ 40%, 1-5 tuổi: Hct ≥45%, > 5 tuổi: Hct ≥50%

Nên:

.Thử lại Hct sau 1 giờ truyền dịch để xem xét đổi ĐPT sớm

Hct quá cao lúc vào sốc: Hct ≥ 40%: nhũ nhi; Hct ≥ 45%: 1-5 tuổi; Hct ≥ 48-50%: > 5 tuổi.

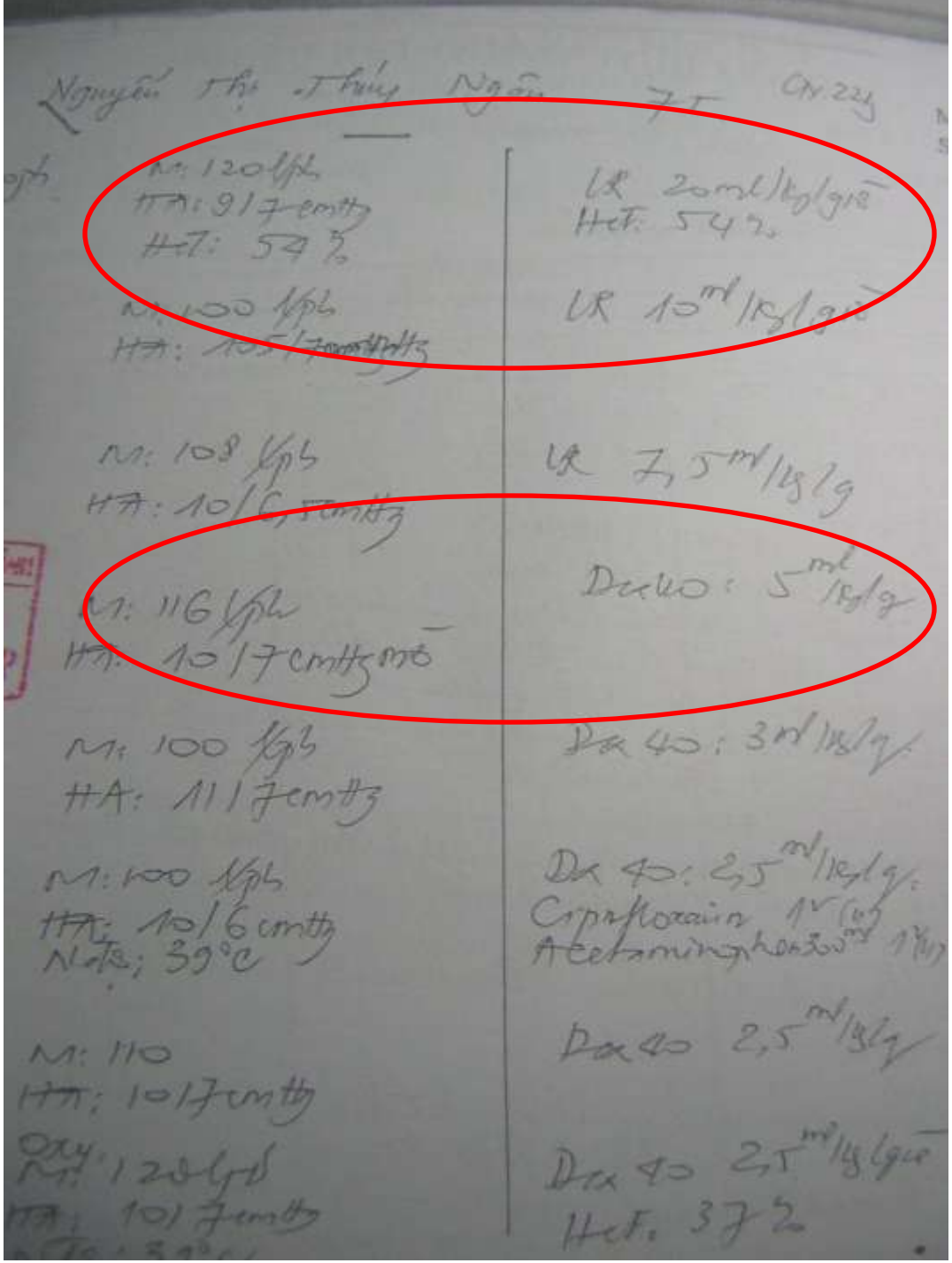
→ nên hct sau 1 giờ

→ x. xét CPT sớm.

→ tốc độ tuỳ tổng dịch:

. 10-20ml/kg/g: TD < 100ml/kg;

. 5-10ml/kg/g: TD > 100ml/kg



LỖI THƯỜNG GẶP & BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

4. Các tình huống đặc biệt – "nhạy cảm"

sốc SXHD lúc nhập viện HA kẹt ≤ 15mmHg, tụt HA < 70 + 2n (n: 2-10 tuổi), >10 tuổi HA < 90mmHg

Nên:

. Đánh giá "tổng thể" tình trạng sốc: M – tần số, biên độ , HA, tri giác, CRT, tưới máu da, đầu chi, da nổi bông,…

. Điều trị PĐ sốc SXHD (PĐ SXH III) + xem xét đổi ĐPT sớm hoặc điều trị như sốc SXHD nặng (PĐ SXH IV) + lưu ý quá tải dịch

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG

Khi có một trong các tiêu chuẩn sau đây*:

1. Ngày vào sốc 3,4
2. Cơ địa béo phì, nhũ nhi, bệnh lý kèm: TBS, VP, suyễn, HCTH,...
3. HA lúc NV: HA kẹp ≤ 15mmHg, tụt (< 70 + 2n, n=2-10 tuổi; < 90, > 10 tuổi), = 0 (độ IV)
4. Hct lúc NV: Hct ≥ 40%, nhũ nhi; Hct ≥ 45%, 1-5 tuổi; Hct ≥ 48-50%, > 5 tuổi.
5. Hct còn cao sau nhiều giờ bù dịch.
6. Sốt trong diễn tiến sốc
7. Mạch vẫn nhanh sau bù dịch nhiều giờ.
8. Tràn dịch màng bụng, màng phổi nhanh trong vòng 6-12 giờ: Bụng phình, VB tăng, PÂ ↓P.
9. XHTH, chảy máu răng, mũi
10. Tái sốc ≥ 2 lần

*Khi có một trong các dấu hiệu trên, cần điều trị tích cực, theo dõi sát để ra quyết định xử trí lâm sàng thích hợp cũng như hội chẩn tham vấn kịp thời.

LỖI THƯỜNG GẶP & BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

5. Nhận định LS, CLS không thích hợp → XT không thích hợp

BN nam 4 tuổi, NV sốt N3, Hct 37%, BC 5900, TC 189K

N4: sốt, tỉnh, M 110 HA 10/7, Hct sáng 38% chiều 39%, TC 120K

N5: sốt, tỉnh, M 108 HA 9/6 Hct sáng 41%, chiều 40%

N6: tỉnh, M 106 HA 9/6 Hct sáng 11g 45%, 14g 45%,

LỖI THƯỜNG GẶP & BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

5. Nhận định LS, CLS không thích hợp → XT không thích hợp

BN nam 4 tuổi, NV sốt N3, Hct 37%, BC 5900, TC 189K

N4: sốt, tỉnh, M 110 HA 10/7, Hct sáng 38% chiều 39%, TC 120K

N5: sốt, tỉnh, M 108 HA 9/6 Hct sáng 41%, chiều 40%

N6: tỉnh, M 106 HA 9/6 Hct sáng 11g 45%, 14g 45%,

16g HA 7/5 → 10/8, Hct 50%

Tuổi	Hb (g%)	Hct (%)	mean (%)	BC (/mm^3)
Máu rốn	13.7-20.1	45-65	55	9000-30000
2 tuần	13.0-20.0	42-66	50	5000-21000
3 tháng	9.5-14.5	31-41	36	6000-18000
6 th - 6 tuổi	10.5-14	33-42	37	6000-15000
7 - 12 tuổi	11.0-16.0	34-40	38	4.500-13500
Người lớn				
Nữ	12.0-16.0	37-47	42	5000-10000
Nam	14.0-18.0	42-52	47	

Nelson Textbook of pediatrics 2007, p.2003

LỖI THƯỜNG GẶP & BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

5. Nhận định LS, CLS không thích hợp → XT không thích hợp

BN nữ 6 tuổi, BS sốt N3, N4 mệt, đau bụng, ói,tay chân lạnh, NV địa phương Hct 50%, BC 48000, TC 12K, HA 90/70, M 120 → Δ sốc SXHD (SXH III)

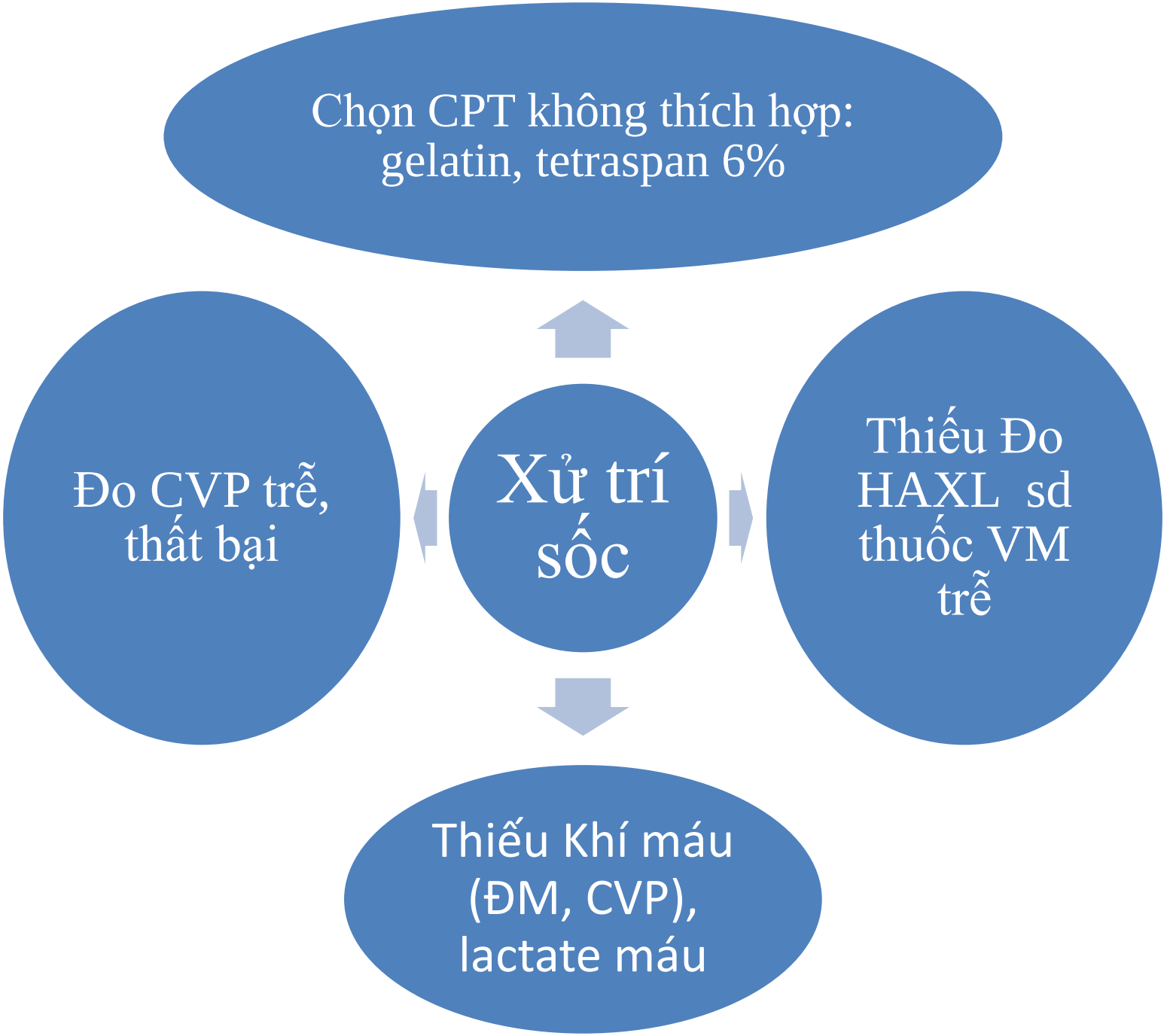
Xử trí tại BV tuyến trước

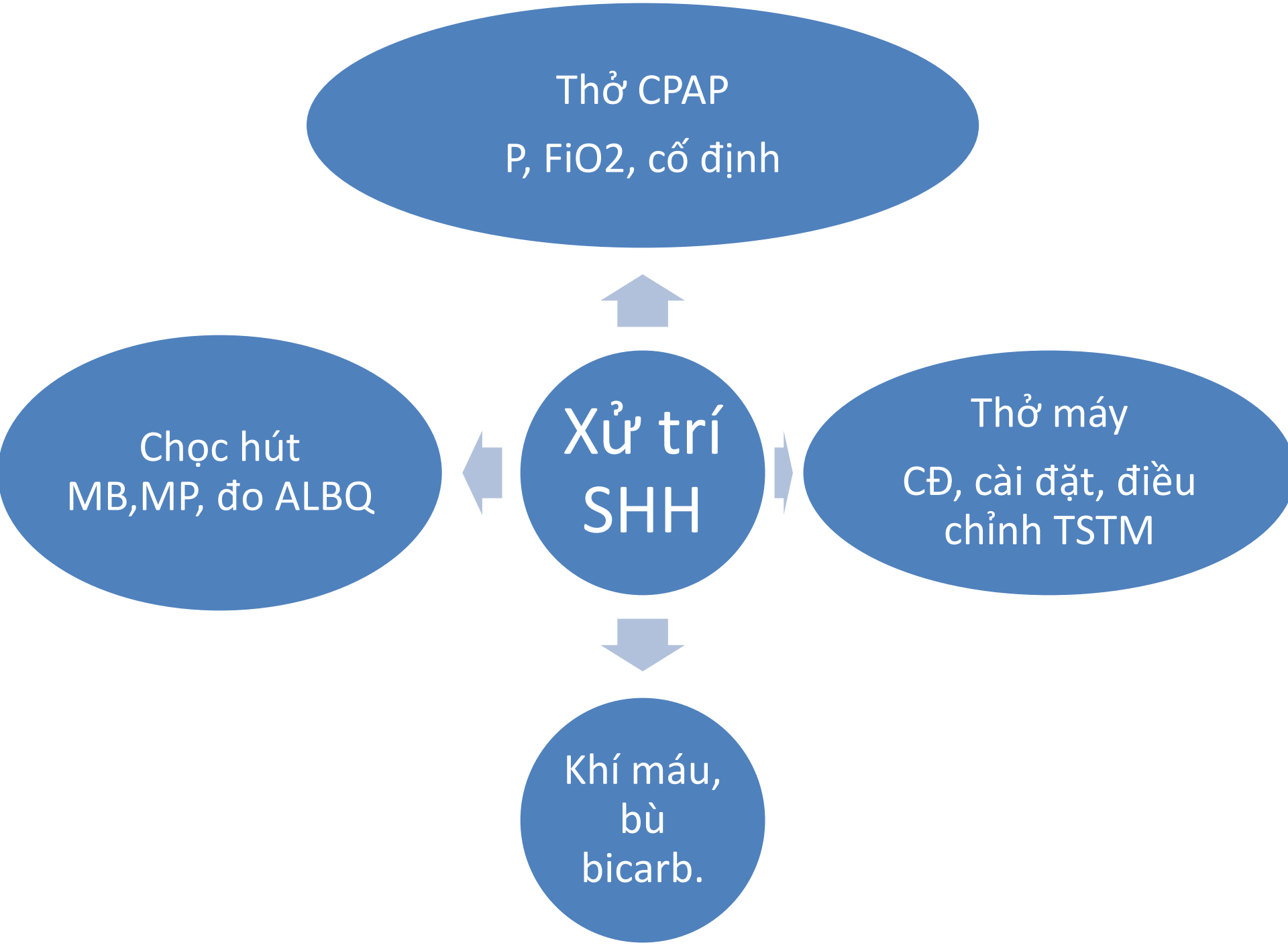
Ngày giờ	Lâm sàng					Hct (%)	Điều trị
	M	HA	CVP	NT	Khác		
18/1 22g							
	120	90/70			TC 12000	50	LR 20 ml/kg/g 1
23g	110	100/70					LR 10 ml/kg/g 2
19/1 1g15							
	110	100/70		100		44	LR 7,5 ml/kg/g 2
3g15	100	**90/60**				41	LR 5 ml/kg/g 2
5g15	110	90/60				44	Chuyển tuyến trên
6g15	110	**90/60**			**TC 15000** **AST 419** **ALT 320**	43	?

Xử trí tại BV tuyến trước

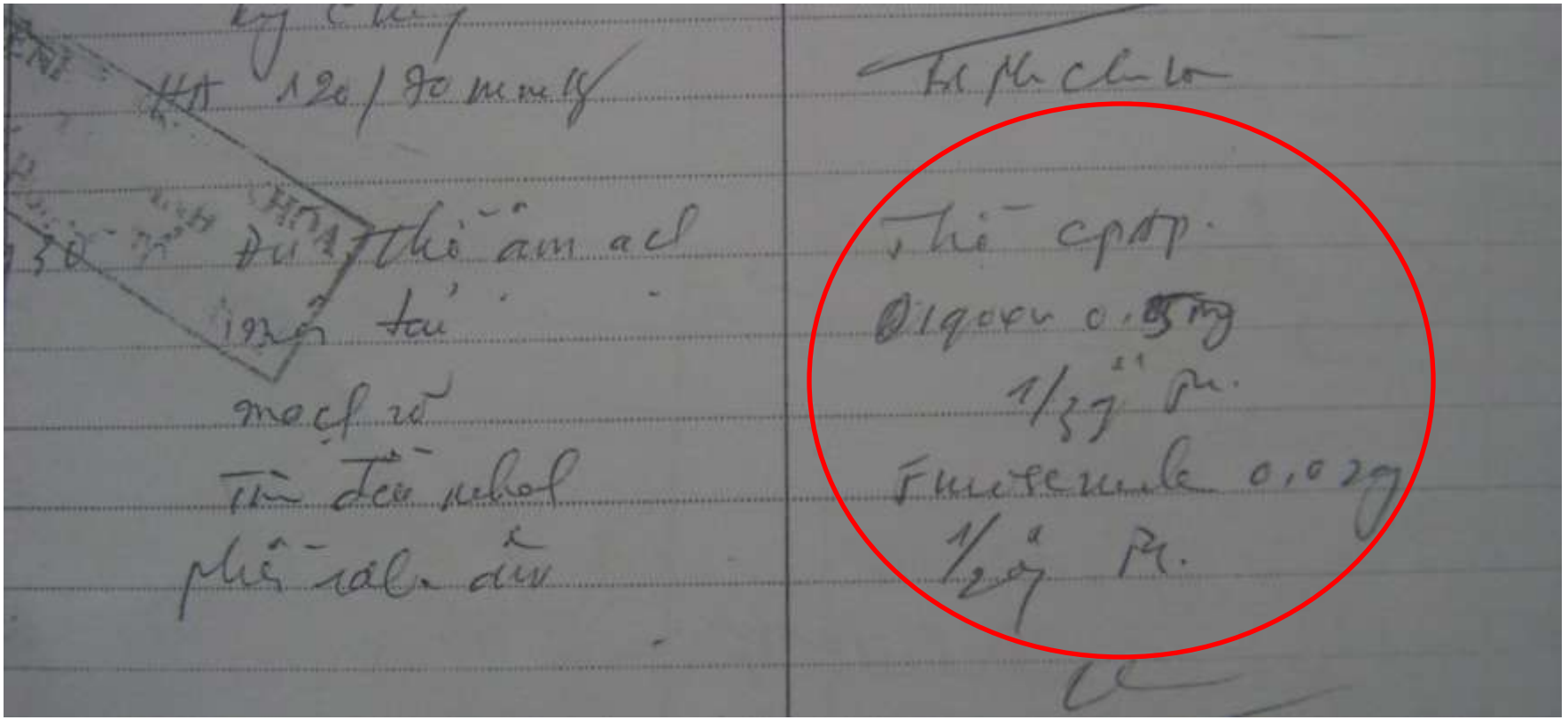
Ngày giờ	Lâm sàng					Hct (%)	Điều trị
	M	HA	CVP	NT	Khác		
18/1 22g							
	120	90/70			TC 12000	50	LR 20 ml/kg/g 1
23g	110	100/70					LR 10 ml/kg/g 2
19/1 1g15							
	110	100/70		100		44	LR 7,5 ml/kg/g 2
3g15	100	**90/60**				41	LR 5 ml/kg/g 2
5g15	110	90/60				44	Chuyển tuyến trên
6g15	110	**90/60**			**TC 15000** **AST 419** **ALT 320**	43	LR 5 ml/kg/g 2

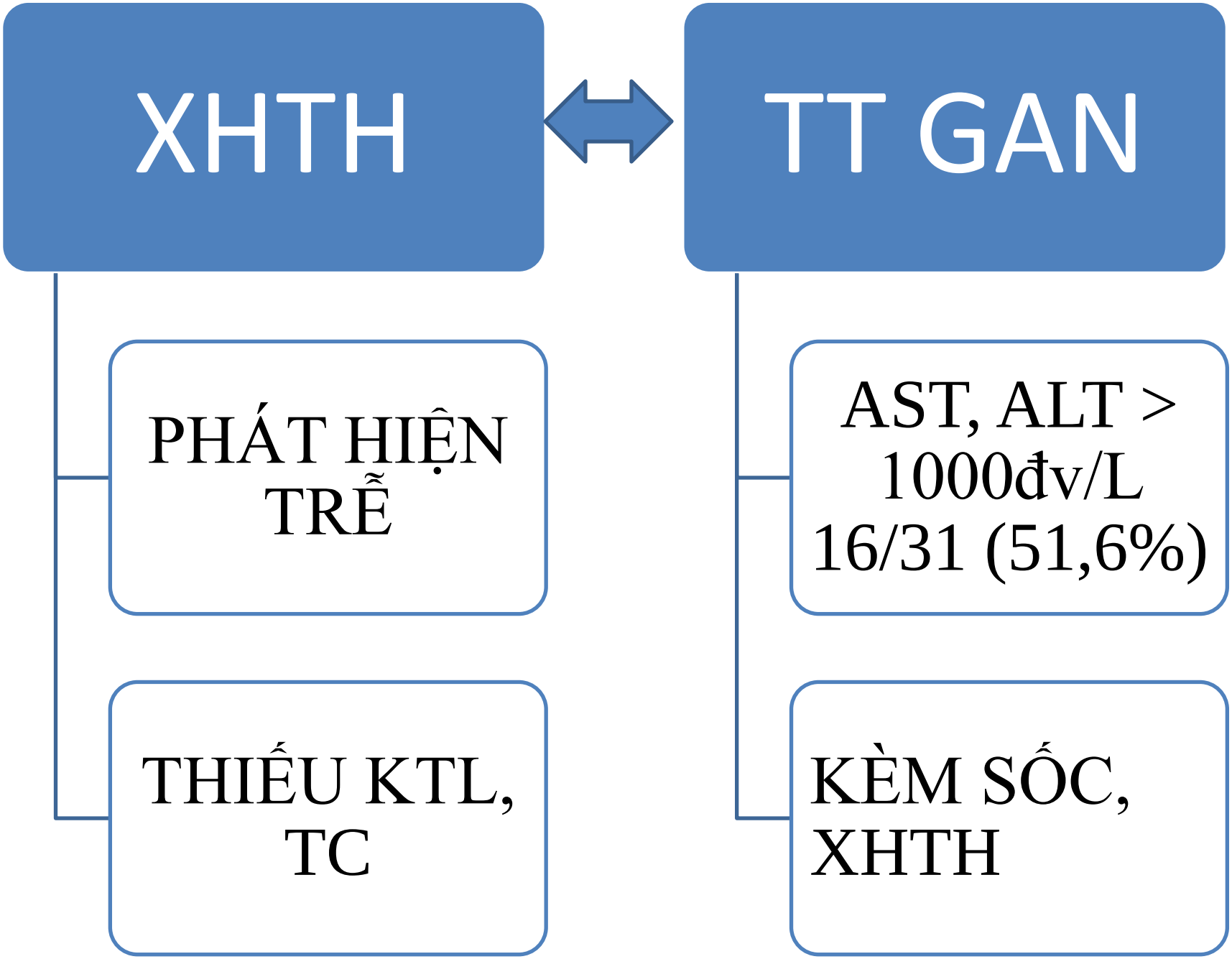
CÁC LỖI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SXH DENGUE BIẾN CHỨNG NẶNG


Chọn CPT không thích hợp: gelatin, tetraspan 6%
Đo CVP trễ, thất bại
Xử trí sốc
Thiếu Đo HAXL sd thuốc VM trễ
Thiếu Khí máu (ĐM, CVP), lactate máu

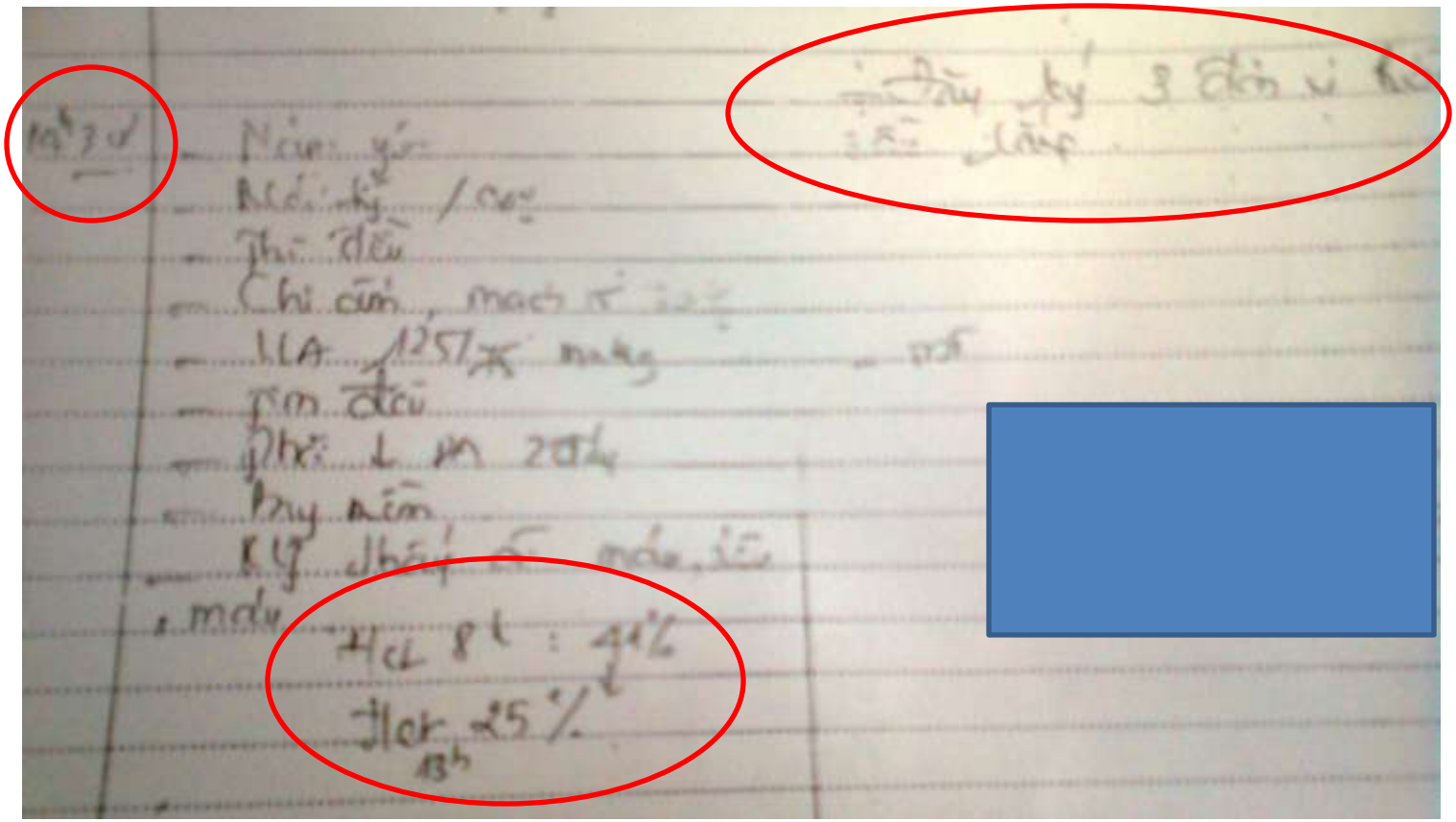

Thở CPAP
P, FiO2, cố định
Chọc hút
MB,MP, đo ALBQ
Xử trí
SHH
Thở máy
CĐ, cài đặt, điều
chỉnh TSTM
Khí máu,
bù
bicarb.

Trẻ 5t, sốc SXHD N5-6, Σ dịch: 146,7ml/kg/26g , SHH thở NCPAP P: 6cmH2O, FiO2 61%

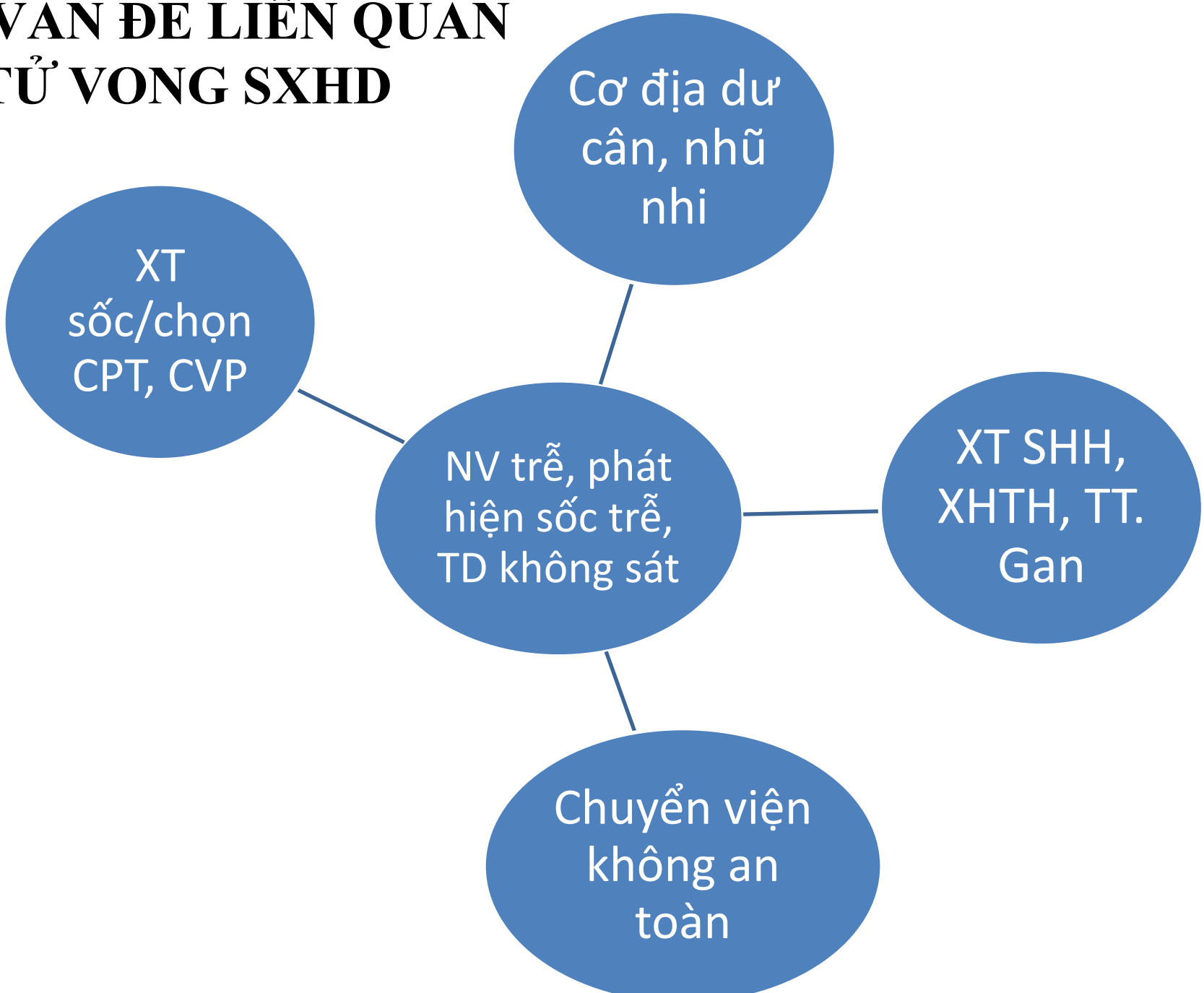



XHTH
TT GAN
PHÁT HIỆN TRỄ
THIẾU KTL, TC
AST, ALT > 1000đv/L 16/31 (51,6%)
KÈM SỐC, XHTH

Phát hiện XHTH trễ, thử Hct xa, xem KQ trễ



CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN TỬ VONG SXHD



BIỆN PHÁP CẢI THIỆN TỬ VONG

- PHÂN TUYẾN ĐIỀU TRỊ
- MẠNG LƯỚI ĐIỀU TRỊ

- HỘI CHẨN NHÓM, TỪ XA
- THẢO LUẬN TV
- GDSK
- NCKH, HTQT

TỔ CHỨC THU DUNG ĐIỀU TRỊ

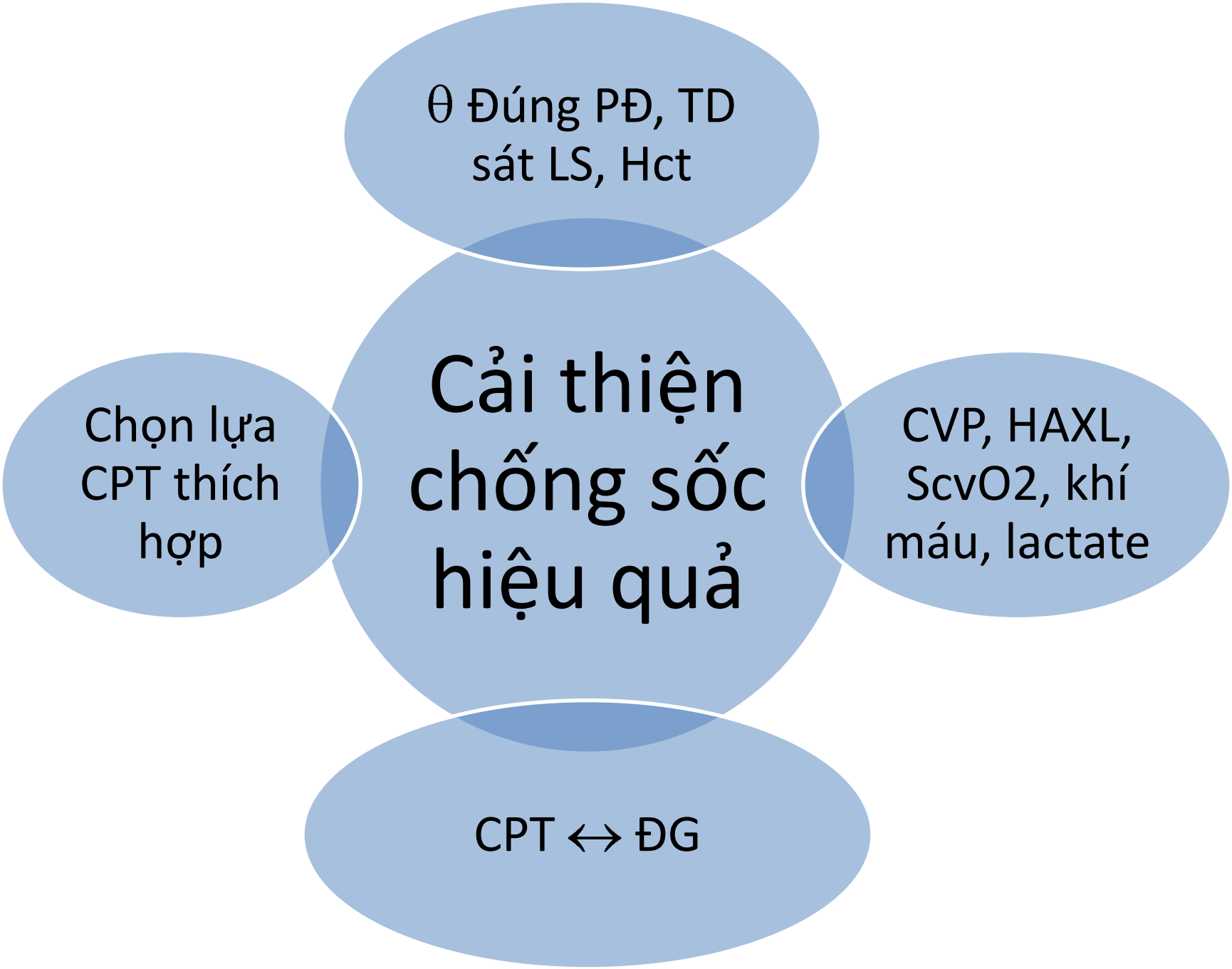
CẬP NHẬT PHÁC ĐỒ, GIÁM SÁT TUÂN THỦ

CUNG CẤP TRANG THIẾT BỊ, DD. CPT

HUẤN LUYỆN

- CHUYỂN GIAO CÔNG NGHỆ
- ĐƠN NGUYÊN ĐIỀU TRỊ CHUYÊN SÂU

- CT.HL CB,NC/BS,ĐD
- NHÓM CHUYÊN GIA


θ Đúng PĐ, TD sát LS, Hct
Chọn lựa CPT thích hợp
Cải thiện chống sốc hiệu quả
CVP, HAXL, ScvO2, khí máu, lactate
CPT ↔ ĐG

Cải thiện chống sốc hiệu quả:

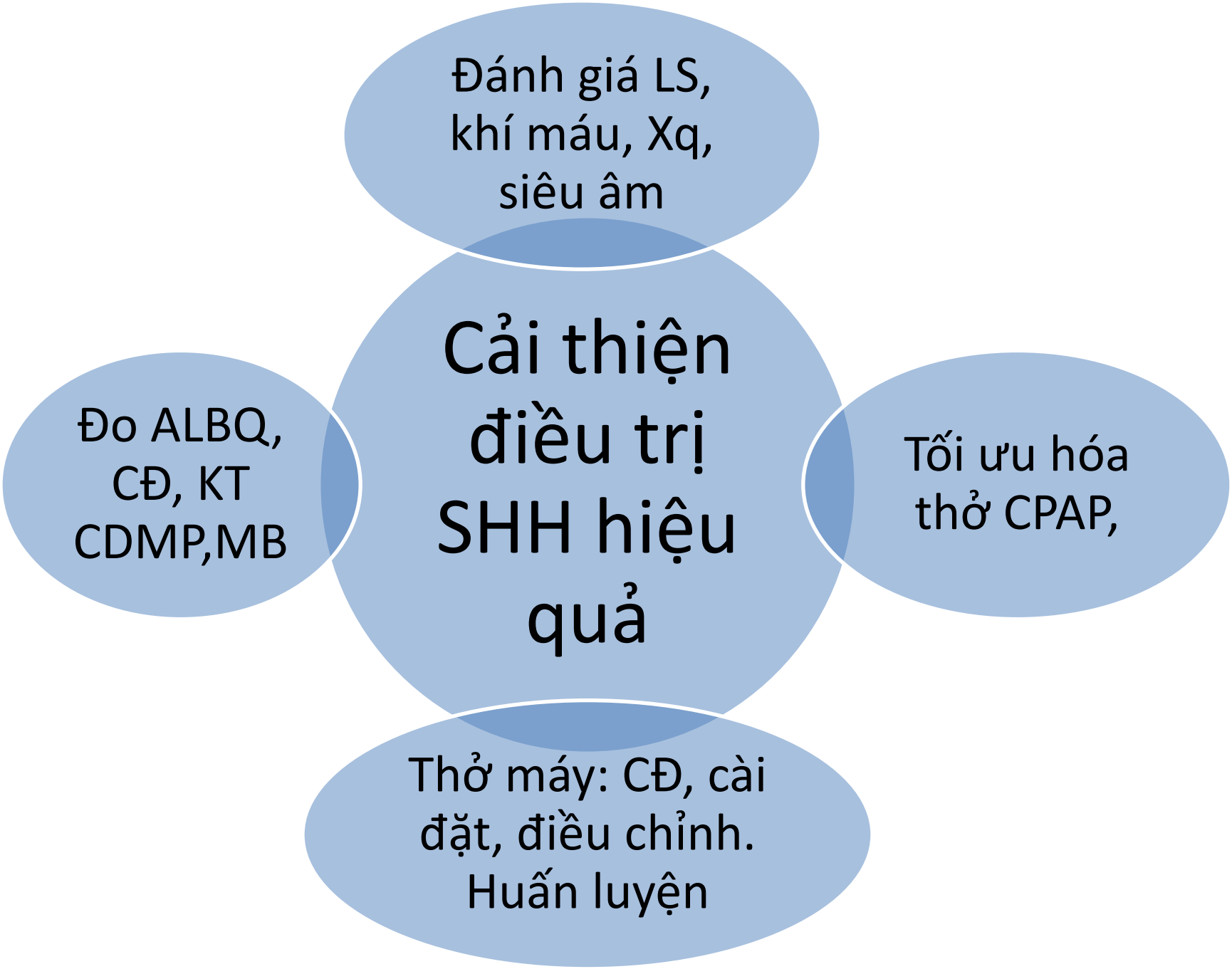
Khi chuyển từ dd. đại phân tử sang dd. điện giải, cần TD sát tình trạng tái sốc của bệnh nhân và Hct để quyết định xử trí kịp thời.

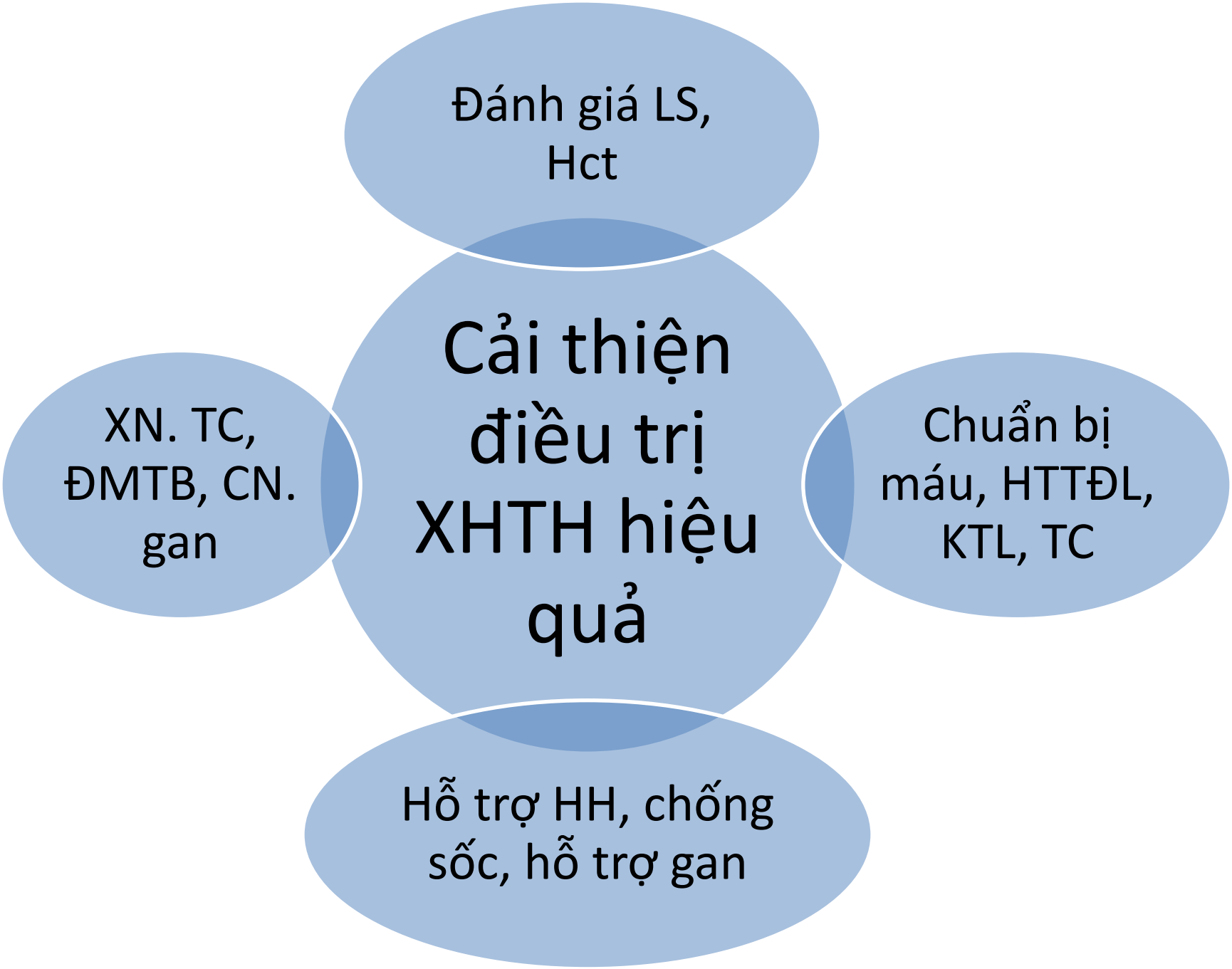
-Trường hợp sốc diễn tiến nặng, kéo dài, ngoài CVP cần đo HAĐMXL, ScvO2

-Mục tiêu: ngoài LS, còn dựa mục tiêu

- CVP 12-15cmH2O,
- ScvO2: > 70%,
- MAP≥ 50-60mmHg
- Chuyển hóa: Khí máu, Lactate máu bình thường

Rady *et al. [3] found that 50% of critically ill patients* presenting in shock who were resuscitated to normal vital signs continued to have increased lactate and abnormally low ScvO2, indicating anaerobic metabolism and oxygen debt. These patients required further interventions.


Đánh giá LS, khí máu, Xq, siêu âm
Đo ALBQ, CĐ, KT CDMP,MB
Cải thiện điều trị SHH hiệu quả
Tối ưu hóa thở CPAP,
Thở máy: CĐ, cài đặt, điều chỉnh. Huấn luyện

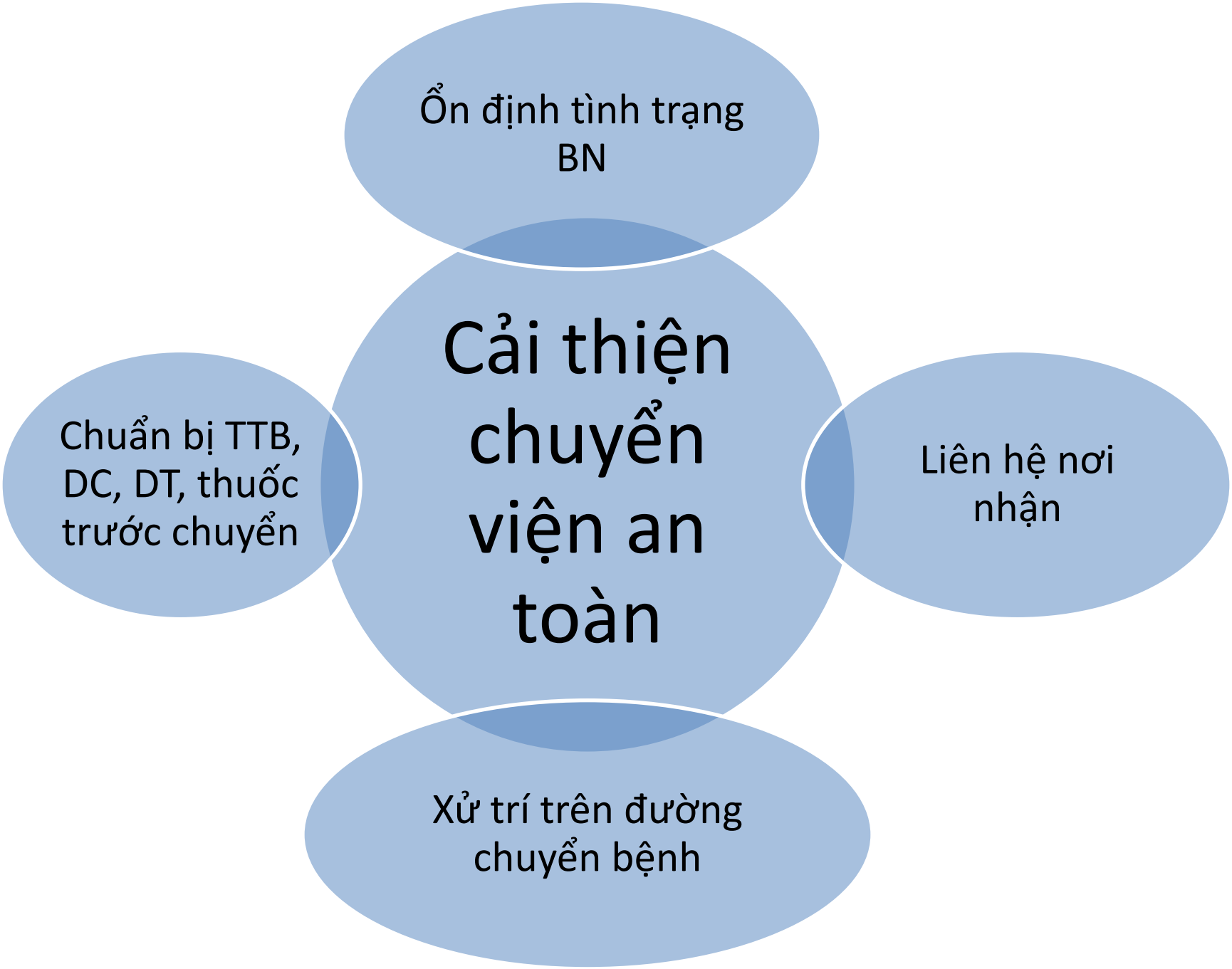

Đánh giá LS, Hct
XN. TC, ĐMTB, CN. gan
Cải thiện điều trị XHTH hiệu quả
Chuẩn bị máu, HTTĐL, KTL, TC
Hỗ trợ HH, chống sốc, hỗ trợ gan

Cải thiện điều trị TT gan

- Chống sốc tích cực
- Giúp thở sớm nếu sốc không cải thiện
- Điều trị hỗ trợ gan theo bảng kiểm, theo thời gian

BẢNG KIỂM ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG GAN/SXH

NỘI DUNG	Thực hiện	Ghi chú
Hỗ trợ hô hấp	☐	
Hỗ trợ tuần hoàn	☐	
Kiểm soát hạ đường huyết	☐	
Điều chỉnh điện giải	☐	
Na+ ≤ 3mmol/kg/ngày	☐	
K+	☐	
Ca++	☐	
Phospho	☐	
Duy trì thể tích tuần hoàn		
Đo CVP	☐	
Hạn chế dịch	☐	
Xem xét lợi tiểu	☐	
Xem xét Albumin/máu	☐	
Điều chỉnh rối loạn đông máu		
Huyết tương tươi đông lạnh (duy trì PT 20-25)	☐	
Kết tủa lạnh (duy trì PT < 20 nếu đang xuất huyết)	☐	
Tiểu cầu (duy trì > 50.000/mm3)	☐	
Ngăn ngừa XHTH: zantac/omeprazole	☐	
Chống phù não	☐	
Dinh dưỡng		
Nhịn	☐	
Dinh dưỡng tĩnh mạch	☐	
Đạm 0,5-1g/kg (morihepamine)	☐	
Lipide 0,5-1g/kg	☐	
Glucose cao nhất có thể	☐	
Vitamin K1 x 3 ngày	☐	
Giảm NH3 trong lòng ruột	☐	
Thụt tháo NaCl 0,9% ấm	☐	
Lactulose 0,5-1ml/kg x 3-4	☐	
Neomycin/metronidazol	☐	
An thần chống co giật		
Không dùng phenobarbital	☐	
Midazolam/diazepam	☐	
Kháng sinh toàn thân	☐	
Tránh peflacine, cetriaxone, acetaminophen liều cao	☐	
Lọc máu/thay huyết tương	☐	


Ổn định tình trạng BN
Cải thiện chuyển viện an toàn
Chuẩn bị TTB, DC, DT, thuốc trước chuyển
Liên hệ nơi nhận
Xử trí trên đường chuyển bệnh

SỞ Y TẾ: .....
BV: .....
Số: ...../BV

Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số hồ sơ: .....

GIẤY CHUYỂN VIỆN SỐT XUẤT HUYẾT

Kính gởi Bệnh viện : .....

Bệnh viện chúng tôi trân trọng giới thiệu:

- Họ tên người bệnh: .....Tuổi:.....Nam / Nữ
- Địa chỉ: .....
- Đã được điều trị tại khoa: .....Từ :.... giờ...../...../ 200....đến .... giờ...../...../ 200....

TÓM TẮT BỆNH ÁN

- **Bệnh sử** :
  .....
  .....
  .....
- **Tiền sử:** .....
- **Tình trạng lúc nhập viện:**
  Tri giác:.....Mạch..... (l/p), HA.....(Cm Hg), Nhịp thở .....(l/p), SpO2.....(%)
- **Xét nghiệm:**
  DTHC: .....%, Tiểu cầu:...../mm^3
  Khác: .....
- **Chẩn đoán:** Sốt xuất huyết độ .....ngày.....
- **Tổng kết điều trị :**
  + Tổng dịch truyền: Điện giải: .....ml /.....giờ (.....ml/kg)
    Cao phân tử .....ml /.....giờ (.....ml/kg)
  + Hỗ trợ hô hấp: .....Máu: .....ml.
  + Vận mạch: Dopamine từ .....đến .....µg/kg/phút ; Dobutamine từ .....đến .....µg/kg/phút
  + Khác: .....
- **Diễn tiến điều trị** (xem trang sau)
- **Chuyển viện:**
  + Lý do :..... Chuyển viện lúc:... giờ....ngày.../...../200....
  + Phương tiện chuyển: ..... Nhân viên y tế chuyển: .....
- **Tình trạng ngay trước chuyển:** Mạch..... (l/p), HA.....(Cm Hg), Nhịp thở: .....(l/p), SpO2:.....(%)
- **Điều trị trong lúc vận chuyển** : Dịch.....ml, tốc độ).....g/ ph

.....

Ngày.....tháng.....năm 200

BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

Họ tên: .....

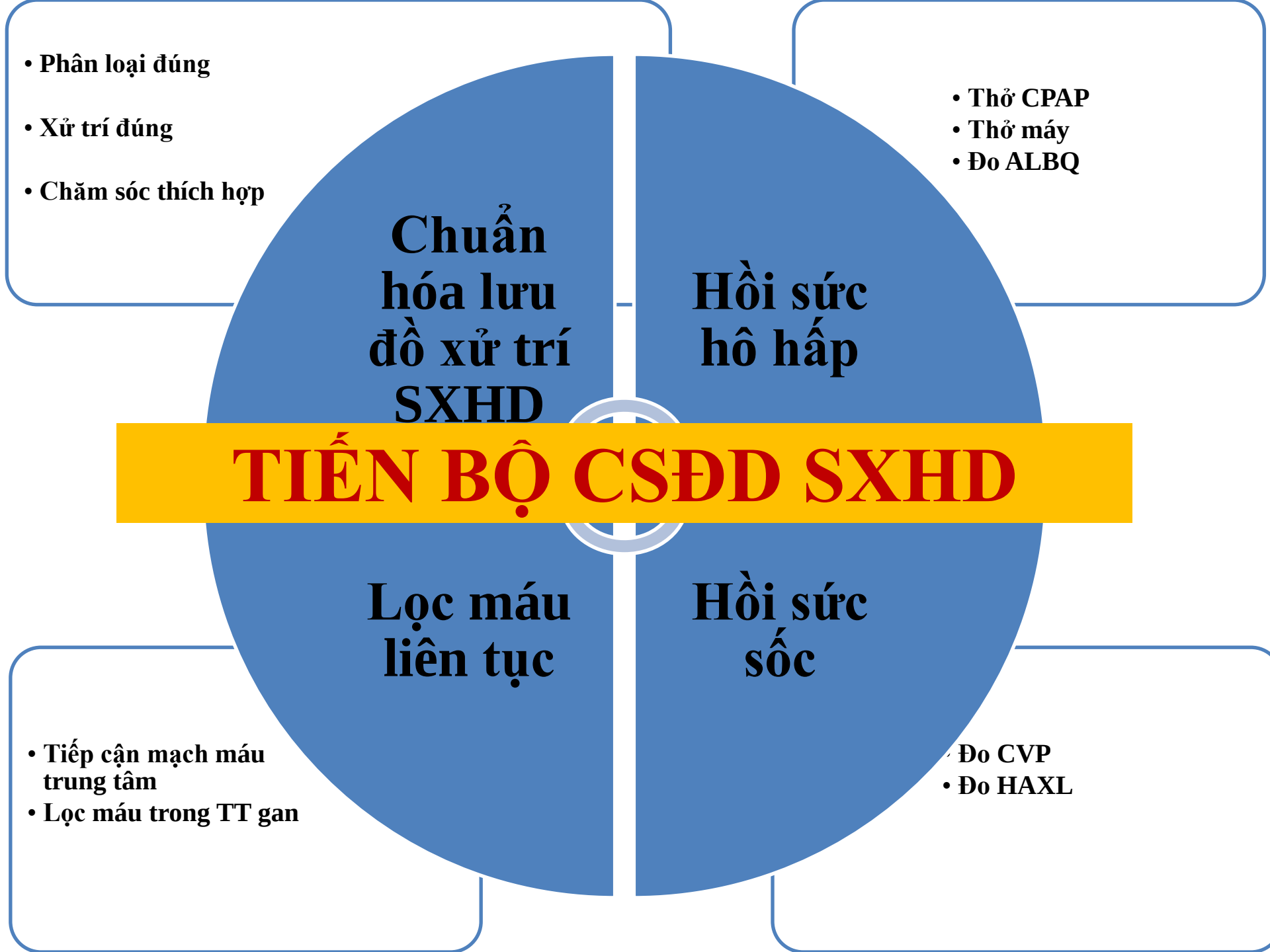
Họ tên: .....

DIỄN TIẾN ĐIỀU TRỊ

NGÀY / GIỜ	LÂM SÀNG					DTHC (%)	ĐIỀU TRỊ
	M (l/p)	HA (Cm Hg)	CVP (Cm H2O)	Nhiệu (ml)	Khác		

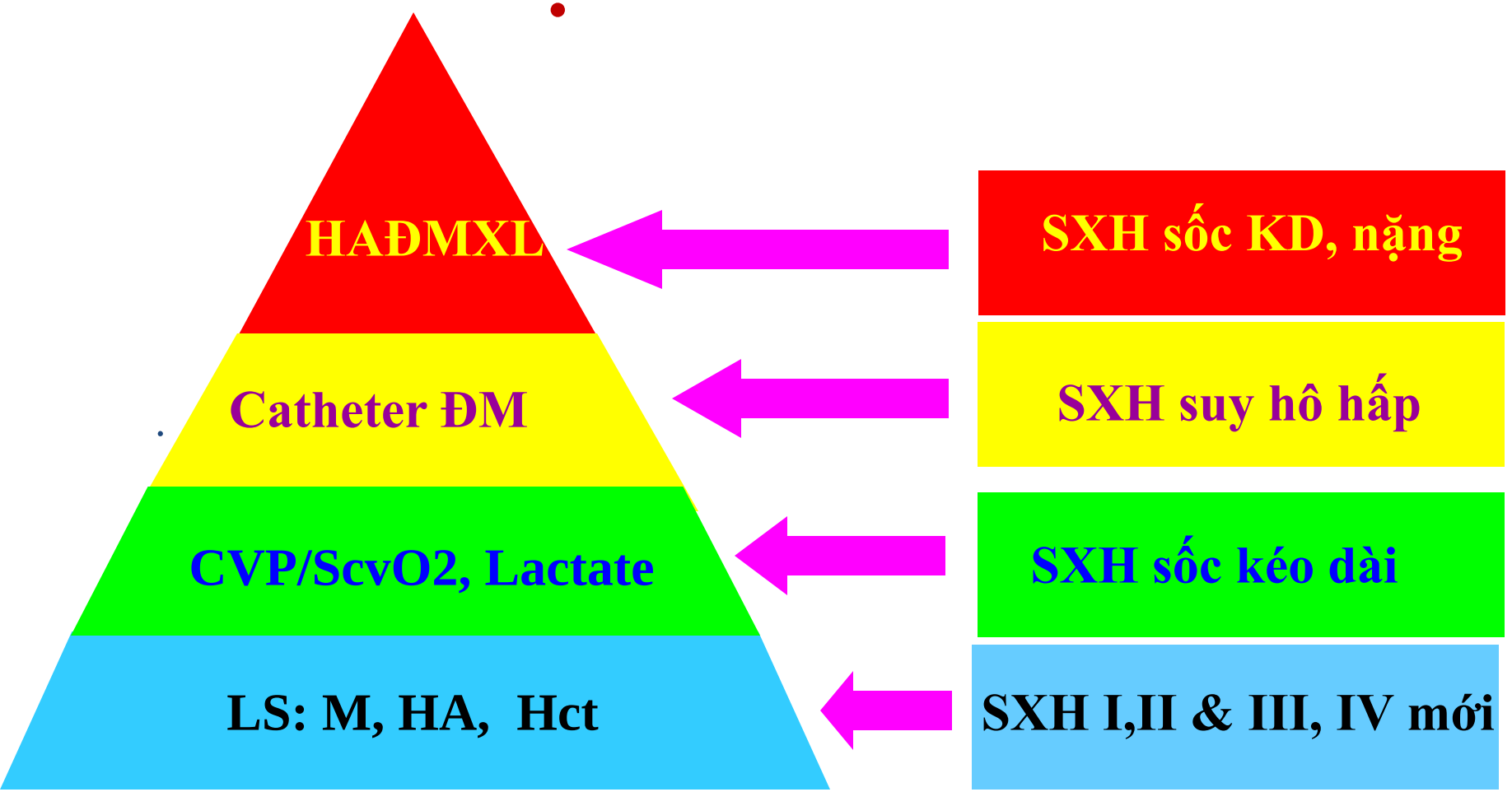
Những trường hợp cần chuyển viện vì tại bệnh viện tuyến huyện không đo được CVP, hệ thống CPAP, HTTĐL,...

- Sốc SXHD nặng (độ IV) chống sốc theo PĐ ban đầu
- Sốc SXHD (độ III) tái sốc lần 1 hoặc 2
- SXHD/sốc SXHD kèm XHTH
- sốc SXHD kèm SHH
- sốc SXH ở trẻ nhũ nhi, dư cân, TBS, viêm phổi, hội chứng thận hư,...

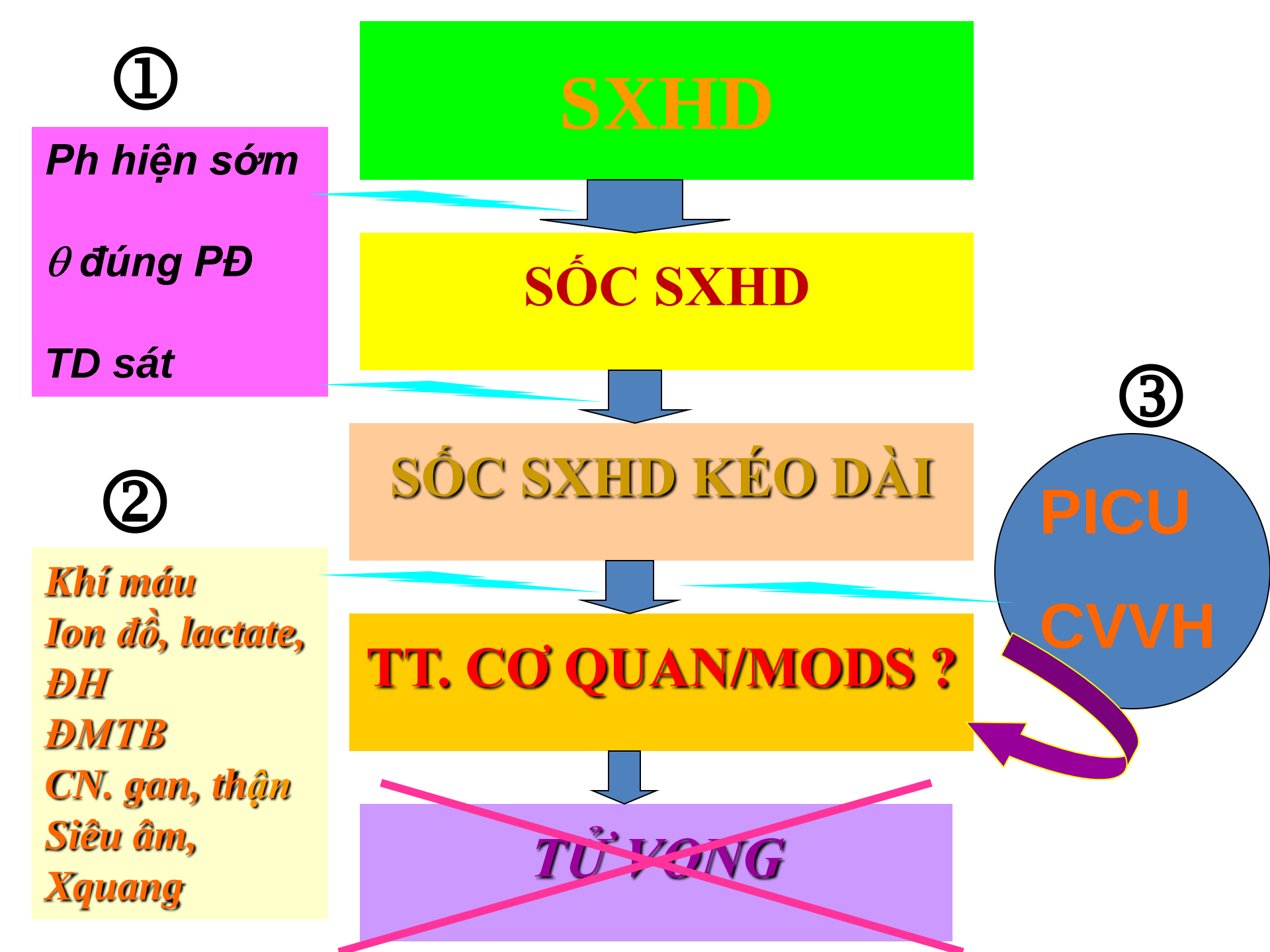

• Phân loại đúng
• Xử trí đúng
• Chăm sóc thích hợp
Chuẩn hóa lưu đồ xử trí SXHD
Hồi sức hô hấp
• Thở CPAP
• Thở máy
• Đo ALBQ
TIẾN BỘ CSĐD SXHD
Lọc máu liên tục
Hồi sức sốc
• Tiếp cận mạch máu trung tâm
• Lọc máu trong TT gan
• Đo CVP
• Đo HAXL

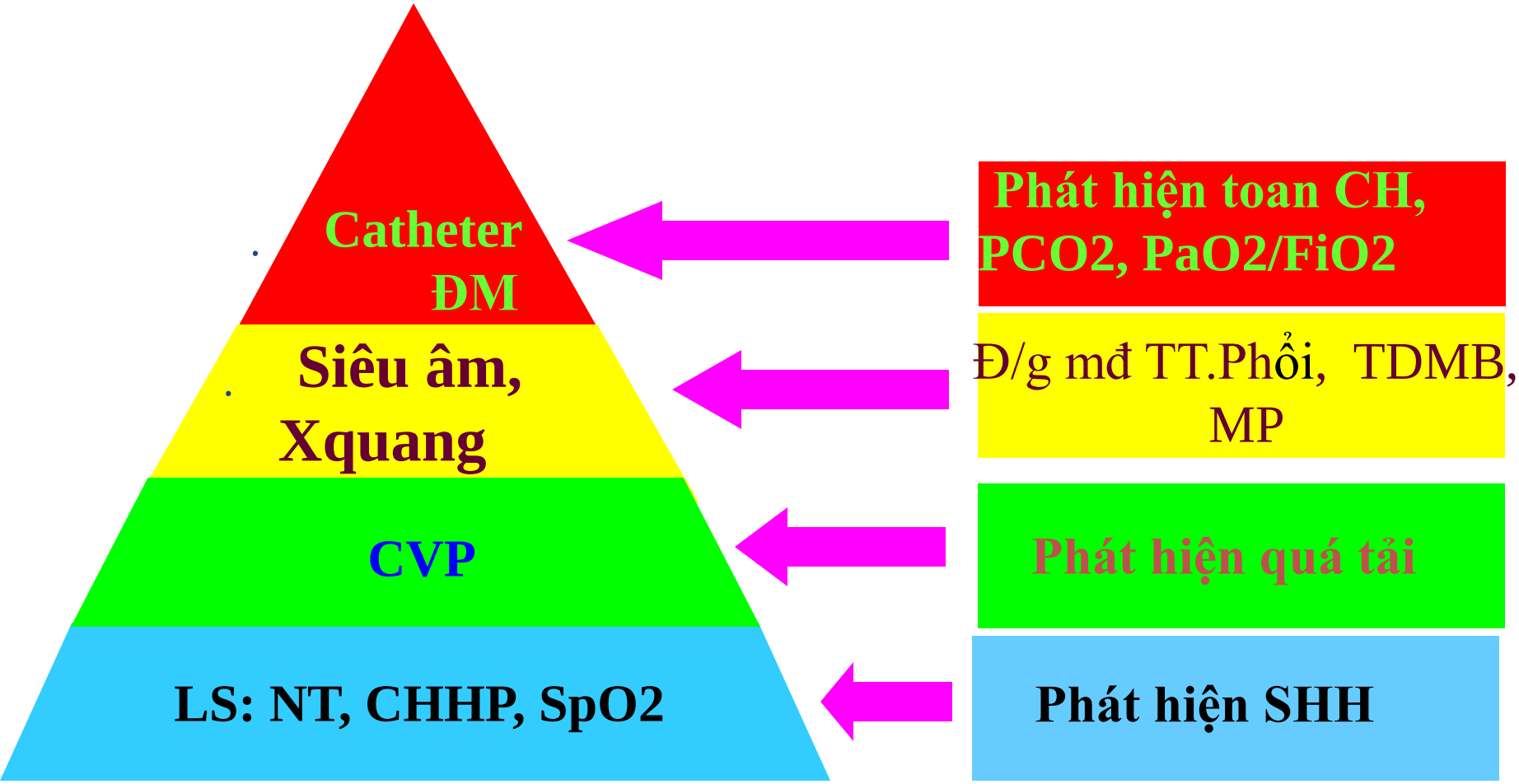
KẾT LUẬN

TIẾN BỘ XỬ TRÍ SỐC SXHD



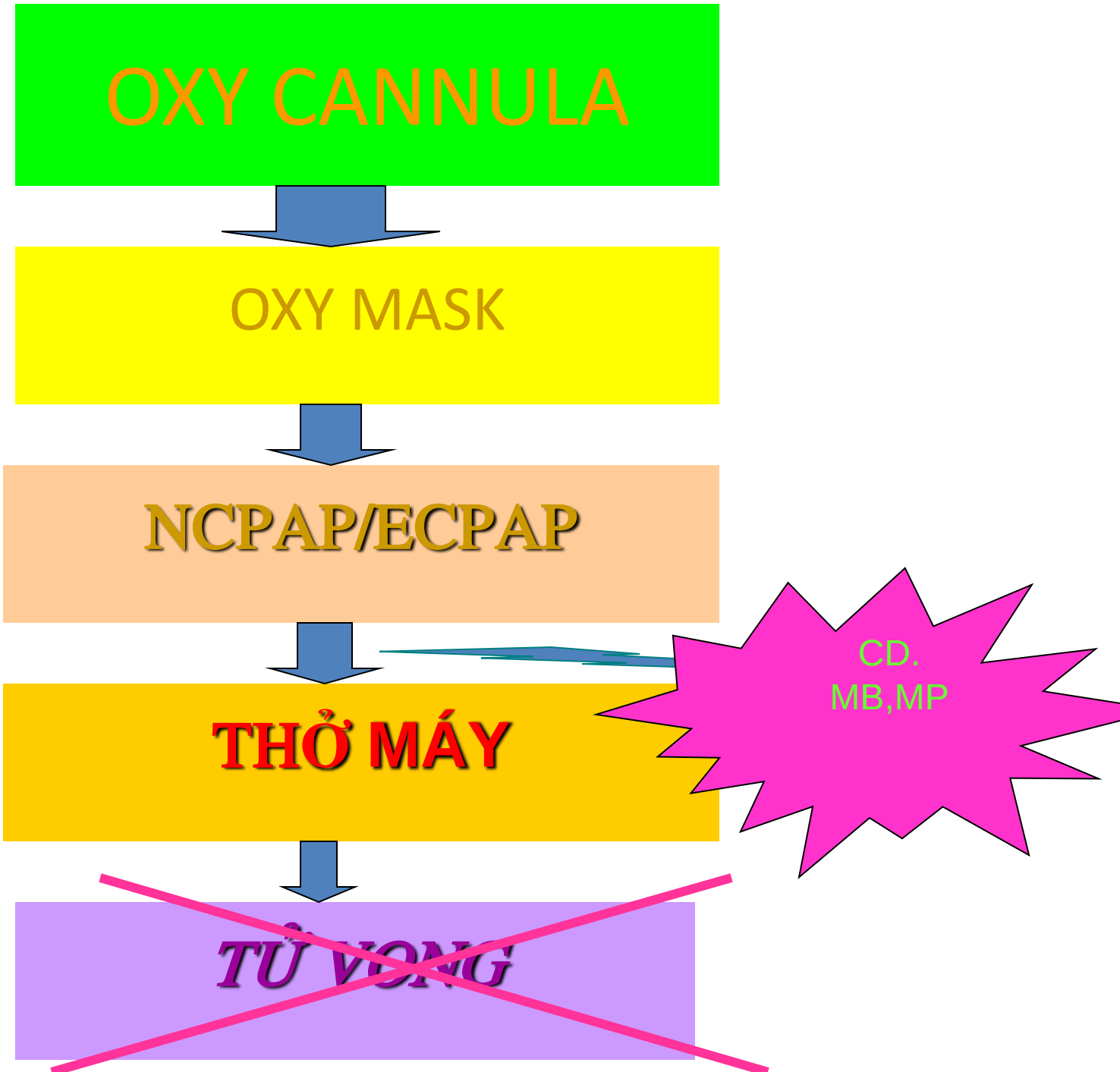
TIẾN BỘ VỀ THEO DÕI BN SỐC SỐT XUẤT HUYẾT


①
Ph hiện sớm
θ đúng PĐ
TD sát
SXHD
SỐC SXHD
SỐC SXHD KÉO DÀI
②
Khí máu
Ion đồ, lactate,
ĐH
ĐMTB
CN. gan, thận
Siêu âm,
Xquang
TT. CƠ QUAN/MODS ?
③
PICU
CVVH
TỬ VONG



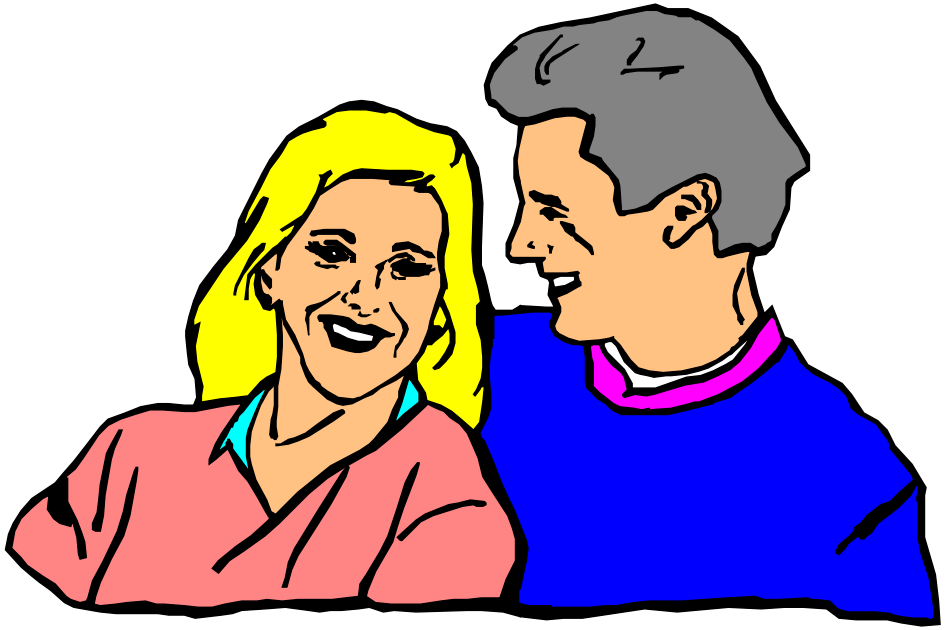
TIẾN BỘ VỀ THEO DÕI BN SXH kèm SHH

TIẾN BỘ VỀ ĐIỀU TRỊ BN SXH kèm SHH



ỦY BAN NHÂN DÂN TP. HỒ CHÍ MINH
SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH

LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN & XỬ TRÍ
SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM

THÁNG 09-2012

Cảm ơn hội nghị !