

GHÉP THẬN

14GT-01 ỨNG DỤNG NHUỘM C4d & SV40 TRÊN 70 MẪU SINH THIẾT THẬN GHÉP

Trần Hiệp Đức Thắng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhuộm hóa mô miễn dịch tìm lắng đọng C4 dọc các mao mạch quanh ống thận cho sinh thiết thận ghép đã trở thành công cụ chẩn đoán quan trọng để nhận diện thải ghép thể dịch. Bệnh thận do nhiễm BK virus (BKV) nếu không điều trị dẫn đến suy giảm hoặc mất chức năng thận ghép. Tầm soát thường quy để phát hiện sớm và ngăn ngừa bệnh thận do BKV nephropathy đã cải thiện tiên lượng.

Bước đầu chúng tôi thực hiện được xét nghiệm nhuộm hóa mô miễn dịch tìm lắng đọng C4d và nhuộm SV40 tầm soát BKV ở 70 mẫu sinh thiết thận ghép từ tháng 7 - 2014 đến tháng 1- 2016. Báo cáo thảo luận kết quả C4d và SV40, hình ảnh mô học đi kèm với lắng đọng C4d và bệnh thận do nhiễm BKV. Nhấn mạnh tính chẩn đoán của nhuộm C4d và SV40.

Phương pháp: Hồi cứu mô tả cắt ngang 70 mẫu sinh thiết thận ghép được nhuộm C4d và SV40 nhận từ tháng 7 năm 2014 đến tháng một năm 2016.

Kết quả: Trong 70 mẫu sinh thiết thận ghép thực hiện trên 67 bệnh nhân ghép, 5 TH C4d dương (7%). C4d dương liên quan có ý nghĩa với viêm cầu thận, viêm mao mạch quanh ống thận, và bệnh cầu thận ghép mạn ($p < 0,001$). Một trường hợp C4d dương kèm với thải ghép cấp tế bào IB viêm mô kẽ và viêm ống thận nặng. Một trường hợp mô bệnh học phù hợp thải ghép thể dịch mạn tính hoạt động nhưng C4d âm. Hai TH bệnh thận do nhiễm BK siêu vi (3%) dương tính với SV40, liên quan có ý nghĩa đối với viêm ống thận, ($p = 0.02$), cả 2 TH đều có viêm ống thận trung bình đến nặng với biến đổi thoái hóa không điển hình nhân tế bào ống thận.

Kết luận: Khi kết quả kháng thể đặc hiệu kháng người cho không có sẵn, phối hợp kết quả nhuộm C4d và các tổn thương mô học theo tiêu chuẩn Banff rất có giá trị trong chẩn đoán thải ghép thể dịch. Các biến đổi nhân tế bào ống thận do nhiễm siêu vi cần nhuộm SV40 để khẳng định nhiễm BKV.

ABSTRACT:

APPLYING C4d AND SV40 IMMUNOHISTOCHEMISTRY STAINING ON 70 RENAL Tx BIOPSIES.

Tran Hiep Duc Thang

Objectives: Detection of the complement degradation product C4d along peritubular capillary has become significant in detection antibody-mediated rejection (AMR). Nephropathy from BK virus (BKV) infection left untreated will lead to kidney allograft dysfunction or loss. Early detection and prevention of BKV nephropathy have improved outcomes.

We initially do Immunohistochemistry staining for C4d detection and BKV screening on 70 kidney transplant biopsies from 7 – 2014 to 1 – 2016. We report and discuss the results of C4d and SV40, the histological findings associated with C4d depositon and BKV, emphasis is placed on diagnostic implication of C4d and SV40.

Methods: Consecutive renal allograft biopsies, routinely stained for C4d and SV40 over a period of 18 months ($n = 70$), were reviewed.

Results: 70 adequate biopsies from 67 recipients, 5 (7%) grafts had PTC C4d. C4d+ is significant related to glomerulitis, peritubular capillaritis, and chronic allograft glomerulopathy ($P < 0.001$). One case C4d (+) combined with Acute cellular rejection IB with severe tubulitis and intestinal nephritis. One case C4d

(-) with histology consistent with ABMR. Two case of BKV (3%) which were positive with SV40 and significant related to tubulitis ($P = 0.02$).

Conclusions: When the data of anti Donor specific antibodies are not available, combination of C4d and histological findings following Banff criteria greatly help to recognize AMR. The viral cytopathic changes of tubular epithelial nuclei need to be confirm BKV infection by SV40 staining.

14GT-02 THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH VÀ BỆNH CYTOMEGALOVIRUS SAU GHÉP THẬN

Dư Thị Ngọc Thu*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thành công của ghép tạng nói chung và ghép thận nói riêng là nhờ sự có mặt của các loại thuốc ức chế miễn dịch (UCMD). Chính những thuốc UCMD này đã dẫn đến những thay đổi trong mức độ sự xuất hiện các loại nhiễm trùng sau ghép^(Error! Reference source not found.): Cytomegalovirus (CMV), Epstein-Barr virus (EBV), Herpes Simplex, v.v. Nhiễm CMV đặc biệt quan trọng vì nó có liên quan đến UCMD để cơ thể người bệnh chấp nhận thận ghép^(Error! Reference source not found.). Kiểm soát tốt liều thuốc UCMD và diễn tiến bệnh sau ghép có thể hạn chế được sự bùng phát bệnh CMV.

Tư liệu và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu các trường hợp (TH) theo dõi sau ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR) có vấn đề có liên quan đến CMV trong thời gian 2013-2015. Chú ý các yếu tố thuận lợi xuất hiện CMV sau ghép: thể trạng, liều thuốc UCMD, bệnh kèm theo (đái tháo đường, v.v.). Thuốc UCMD đang sử dụng: Basiliximab và 2-3 trong các loại: Steroid, Ciclosporin, Tacrolimus, Mycophenolate Mophetil, Azathioprine.

Kết quả: 212 bệnh nhân (BN): 125/212 TH (59,43%) sử dụng Aciclovir điều trị dự phòng bệnh bùng phát CMV (8/125TH (6,4%) chuyển đổi Valganciclovir và 1/8 phải sử dụng Ganciclovir (IV) do điều trị đón đầu bệnh CMV; 8/125TH (6,4%) chuyển sang Ganciclovir (IV) do điều trị đón đầu bệnh CMV; 1/125 chuyển sang Valganciclovir do không theo dõi sát sau điều trị thải ghép, tử vong); 16/212 TH (2,8%) thuộc đối tượng nguy cơ cao, sử dụng Valganciclovir (3/16 TH chuyển sang Ganciclovir điều trị đón đầu); 5/212 (2,35%) TH áp dụng kế hoạch điều trị đón đầu đều tử vong do phát hiện bệnh muộn. 65/212 (30,66%) TH chưa sử dụng thuốc điều trị dự phòng bùng phát bệnh. 136/212TH (64,15%) nam, 76/212TH (35,85%) nữ. Tuổi trung bình $36 \pm 10,51$ (17:68). 5/212TH (2,35%) tử vong do viêm phổi; 18/212TH (8,49%) khỏi bệnh. Liều thuốc trung bình của nhóm bệnh CMV ($n=23$) theo thứ tự: Steroids; Tacrolimus; Ciclosporin; Mycophenolate Mophetil: $11,05 \pm 8,71$ mg (5:48); $0,1 \pm 0,05$ mg/kg/24h (0,02:0,2); $4,04 \pm 1,77$ mg/kg/24h (2,7:7,1); $1522,7 \pm 392,7$ mg (2000:1000). Liều thuốc trung bình của nhóm không bùng phát bệnh ($n=189$) theo thứ tự: $7,94 \pm 2,75$ mg (2,5:15); $0,13 \pm 0,17$ mg/kg/24h (0,01:1,35); $2,61 \pm 0,72$ mg/kg/24h (1:5,3); $1292,8 \pm 395,7$ mg (2000:500). Diện tích da trung bình là $1,53 \pm 0,15$ m² da, (1,9:1,2).

Bàn luận và kết luận: Người bệnh sau ghép thận phải sử dụng thuốc UCMD suốt đời để chống thải ghép, nhưng bên cạnh đó các yếu tố nhiễm trùng cơ hội có nguy cơ bùng phát và tỉ lệ tử vong cao. Chú ý hiệu chỉnh liều thuốc UCMD “thích hợp” cho từng cá thể bệnh và theo dõi sát diễn tiến bệnh có thể không chế được bệnh CMV, tiết kiệm được chi phí điều trị và hạ thấp tỉ lệ tử vong sau ghép thận.

Từ khóa: CMV disease after renal transplantation, Infection after organ transplant, CMV disease prevention after transplantation, CMV disease treatment after transplantation.

ABSTRACT

IMMUNOSUPPRESSIVE DRUGS AND CYTOMEGALOVIRUS DISEASE AFTER RENAL TRANSPLANTATION

Du Thi Ngoc Thu

Background: The organ or kidney transplantation successes are achieved thanks to the presence of the immunosuppressant drug. The causes of most infections occurring in the first month after transplantation are: Cytomegalovirus (CMV), Epstein-Barr virus (EBV), Herpes Simplex, etc. CMV infection is particularly important because it is related to the immunosuppression of a patient to accept a kidney⁽¹⁾. The CMV disease can be limited if the level of immunosuppressive drugs and progression of disease after transplant have been controlled.

Material and method: Retrospective study on all patients involved in CMV infection after renal transplantation, being the condition recrudescence or disease from 2013- 2015 at Cho Ray Hospital. The most favorable conditions of infection after transplant such as habitus of the patient, the immunosuppressant drugs, etc. are under observation. The immunosuppressant drugs are used: Basiliximab and any combination of three drugs amongst the following: Steroid, Sandimmun Neoral, Tacrolimus, Mycophenolate Mophetil, and Azathioprine (depending on case).

Results: 212 patients (pts): 125/212 pts (59.43%) being given Aciclovir for CMV prophylaxis (8/125 pts (6.4%) change to use Valganciclovir and 1/8 gets Ganciclovir (IV) for CMV preemptive; 8/125 pts (6.4%) changed to Ganciclovir (IV) for CMV treatment; 1/125 pts dies of CMV disease because he was not closely monitored after acute rejection cure); 16/212 (2,8%) high risk pts are given Valganciclovir (3/16 TH changed to Ganciclovir for CMV preemptive); 5/212 (2,35%) pts are put into a CMV preemptive cure, but they are dead due to detection of CMV disease too late. 65/212 (30,66%) pts have not used any drugs for CMV treatment plan yet. 136/212 pts (64.15%) are male, 76/212pts (35.85%) were female. The average age was 36 ± 10.51 (17:68) ys. 5/212 pts (2.35%) die; 18/212 pts (8.49%) recover. The mean dose of immunosuppressant drugs prescribed for CMV disease group (n=24) are listed in order: Steroids; Tacrolimus; Sandimmun Neoral; Mycophenolate Mophetil: 11.05 ± 8.71 mg (5:48); 0.1 ± 0.05 mg/kg/24h (0.02:0.2); 4.04 ± 1.77 mg/kg/24h (2.7:7.1); 1522.7 ± 392.7 mg (2000:1000). The mean dose of immunosuppressant drugs prescribed for no CMV disease group (n=188) was: 7.94 ± 2.75 mg (2.5:15); 0.13 ± 0.17 mg/kg/24h (0.01:1.35); 2.61 ± 0.72 mg/kg/24h (1:5.3); 1292.8 ± 395.7 mg (2000:500). The average of body surface area (BSA) was 1.53 ± 0.15 m² (1.2:1.9 m²).

Conclusion: Renal transplant patients should use immunosuppressant drugs for the rest of their lives, which heighten the risk of opportunistic infection and mortality rate. Therefore, the immunosuppressant drugs level adjustment "fit"(suitable) for each individual must be constantly concerned, and the progression of disease must be monitor closely, so that we can control CMV disease, reduce both the hospital fee and the death rate after renal transplantation.

Key words CMV disease after renal transplantation, Infection after organ transplant, CMV disease prevention after transplantation, CMV disease treatment after transplantation.

* Khoa Ngoại Tiết Niệu, Đơn vị Điều phối ghép các bộ phận cơ thể người, BVCR

14GT-03 NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP GHEP THẬN THÀNH CÔNG TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN VIÊM GAN VIRUS B/C CÓ PCR DƯƠNG TÍNH

Nguyễn Đình Vũ*, Trần Duy Phúc*, Phạm Trung Hiếu*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: G ghép thận đem lại cuộc sống cho hàng triệu người trên thế giới. Hiện nay ở các nước tiên tiến, người ta đã ghép thận với bệnh nhân viêm gan B và C có PCR (+) rất thành công. Tại Huế, chúng tôi cũng bắt đầu ghép thận trên những trường hợp này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Trong năm 2015, chúng tôi đã tiến hành ghép thận hai trường hợp, một bệnh nhân nhiễm HBV có PCR dương tính: $4,74 \times 10^2$ copies/mL, và một bệnh nhân nhiễm HCV có PCR dương tính: $2,73 \times 10^4$ copies/mL.

Kết quả: Đến nay, cả hai bệnh nhân vẫn sống khỏe, nước tiểu trung bình của 2 bệnh nhân khoảng 2500mL/ngày, chức năng thận ure, creatinin bình thường, men gan SGOT, SGPT bình thường. PCR của HBV và PCR của HCV dưới ngưỡng phát hiện.

Kết luận: Có thể ghép thận trên bệnh nhân nhiễm virus viêm gan B/C có PCR dương tính. Nếu men gan tăng, virus phát triển sau ghép, có thể dùng lamivudine cho kết quả tốt.

Từ khóa: G ghép thận, PCR của HBV/HCV dương tính

ABSTRACT

RECIPIENTS WITH POSITIVE HBV/HCV PCR RESULTS BEFORE KIDNEY TRANSPLANTATION:
2 SUCCESSFUL CASES

Nguyen Dinh Vu, Tran Duy Phuc, Pham Trung Hieu

Background: Kidney transplant bring life to millions of people worldwide. Nowadays, they transplant kidney in cases chronic renal failure with HBV/HCV PCR positive. In Hue, we had started to make kidney transplant with these patients.

Materials and methods: In 2015, we were successful in kidney transplantation in two cases, one case with HBV PCR (+): 4.74×10^2 copies/mL, another case with HCV PCR (+): 2.73×10^4 copies/mL.

Results: Now, the two patients are in good health, urine output of 2500mL in 24 hours. Kidney function, SGOT and SGPT are normal. The PCR of HBV/HCV are within normal limits.

Conclusion: It is possible kidney transplantation in patients infected with HBV/HCV PCR positive. If liver enzymes are elevated, suspect virus develop after transplantation, use lamivudine make good results.

Keywords: kidney transplant, HBV/HCV PCR positive.

* Khoa Thận Nhân tạo Bệnh viện Trung ương Huế

Tác giả liên lạc: BSKII Nguyễn Đình Vũ, ĐT: 0983820127, E-mail: drdinhvu@gmail.com

14GT-04 CẤM LẠI NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG THEO LỊCH-GRÉGOIR CẢI BIÊN TRÊN BỆNH NHÂN GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG, KẾT QUẢ 101 BỆNH NHÂN TẠI BVND 115

Trương Hoàng Minh*

* Bệnh viện 115

14GT-05 ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC THAI KỲ SAU GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Hoàng Khắc Chuẩn*, Dư Thị Ngọc Thu*, Nguyễn Trọng Hiền*, Phạm Đình Thy Phong*,
Bùi Đức Cẩm Hồng*, Nguyễn Thị Băng Châu*, Nguyễn Duy Tài***,
Trần Thị Bích Hương****, Thái Minh Sâm*, Trần Ngọc Sinh**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ghép thận đã mang lại cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ không chỉ chất lượng cuộc sống tốt hơn, mà còn làm tăng khả năng thụ thai và mang thai thành công. Tuy nhiên, mang thai ở những bệnh nhân này có nguy cơ ảnh hưởng mẹ, thai nhi và thận ghép.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc thai kỳ trên các bệnh nhân theo dõi sau ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Bệnh nhân và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản theo dõi ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 12/1992 đến tháng 5/2016.

Kết quả: Có tất cả 7 trường hợp mang thai trong tổng số 143 phụ nữ ở độ tuổi 15-49. Tất cả các bệnh nhân này mang thai lần đầu. Tuổi trung vị của các trường hợp này là 25,5 (20-30) tuổi tại thời điểm mang thai. Trung vị thời gian mang thai sau ghép thận 36 tháng (21 - 120) tháng). Biến chứng xảy ra trên mẹ khi mang thai là thiếu máu 5 trường hợp (TH), tăng huyết áp 2 TH, tiền sản giật 2 TH, tăng đạm niệu > 1 g/24 giờ: 2 TH. Các biến chứng của thai nhi trong tử cung bao gồm: 3 TH sinh non, 1 TH sẩy thai. Tuổi thai trung bình là 32,5 (18-38) tuần, trọng lượng thai nhi trung bình 2,3 (1,2-3,4) kg. Trung vị creatinine huyết thanh 1 tháng trước khi mang thai là 1,1 (1 - 2,2) mg/dL; trong lúc mang thai và sau khi sinh 1 năm là 1,4 (1 - 3,5) mg/dL. Trong 7 TH mang thai, 1TH sẩy thai, 4 TH chấm dứt thai kỳ bằng mổ bắt con và 1 TH sanh thường. 1 TH trẻ sơ sinh tử vong chu sinh do nhiễm trùng, các TH còn lại phát triển bình thường về thể chất và tinh thần.

Kết luận: Mang thai ở những bệnh nhân sau ghép thận nên được xem là có nguy cơ cao vì tỷ lệ lớn biến chứng cho mẹ, trẻ sơ sinh và thận ghép. Sản phụ có xu hướng sinh non và trẻ sơ sinh nhẹ cân. Vì vậy, cần thiết cho một nhóm đa ngành để việc chăm sóc và tư vấn bệnh nhân nữ sau ghép thận trước và trong khi mang thai.

Từ khóa: Thai kỳ sau ghép thận, ghép thận.

SUMMARY

EVALUATING PREGNANCY OUTCOMES IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS AT CHO RAY HOSPITAL

Hoang Khac Chuan, Du Thi Ngoc Thu, Nguyen Trong Hien, Pham Dinh Thy Phong,
Bui Duc Cam Hong, Nguyen Thi Bang Chau, Nguyen Duy Tai, Tran Thi Bich Huong, Thai Minh Sam,
Tran Ngoc Sinh

Background: Renal transplantation has provided for women of childbearing age not only better quality of life but also increased fertility and the possibility of successful pregnancy outcomes. However, kidney transplanted patients are high-risk pregnant patients with increased maternal and fetal risks, and the graft also may be compromised during pregnancy. We evaluate pregnancy outcomes in kidney transplant recipients at Cho Ray hospital.

Patients and Methods: Retrospective study was performed all women of reproductive age after kidney transplant at Cho Ray Hospital from December 1992 to May 2016.

Results: There are 7 pregnancies of 143 women aged 15-49. All patients were primiparous. The median age at time of kidney transplant was 25.5 (20 - 30) years. The average interval between kidney transplant and delivery was 36 (21 - 120) months. Maternal complications were 5 anemia, 2 preeclampsia, 2 proteinuria > 1 g/d. The fetal complications included: 3 of preterm deliveries, 1 of pregnancy loss. Pregnancy median gestation at delivery and the median birth weight were 32.5 (18 - 38) weeks and 2,3 (1.2 - 3.4) kg, respectively. The median serum creatinine at 1 month before conception was 1.1 (1 - 2.2) mg/dL, during pregnancy and at 1 year after delivery it had tended to increase to 1.4 (1 - 3.5) mg/dL. In 7 pregnancies: 1 cases miscarriages, 4 cases termination of pregnancy by cesarean section and 1 case normal delivery. There was 1 neonatal perinatal death due to infection, the remaining develop normally physically and mentally.

Conclusions: Pregnancy after kidney transplant presents a potential risk to the mother, her offspring and the allograft. Kidney transplant recipients tend to deliver preterm and low birth weight babies. Thus, it is necessary for a multidisciplinary team to be involved in the monitoring and counseling of kidney transplant recipients both before and during pregnancy.

Key words: pregnancy after kidney transplantation, Kidney transplantation.

* Khoa Ngoại Niệu, bệnh viện Chợ Rẫy **Bộ môn Tiết Niệu học, Trường ĐHYD TPHCM.

Bộ môn Sản, Trường ĐHYD TPHCM * Bộ môn Nội, Trường ĐHYD TPHCM.

Tác giả liên lạc: BSCKII Hoàng Khắc Chuẩn, ĐT: 0913 846 817, E-mail: hoangkhaichuan@gmail.com

14GT-06 BỆNH LÝ ĐƯỜNG TIÊU HÓA DO CYTOMEGALOVIRUS SAU GHÉP THẬN

Nguyễn Thị Thanh Thùy*, Võ Thị Ngọt*, Tạ Phương Dung*

TÓM TẮT

Bệnh Cytomegalovirus (CMV) đường tiêu hóa (Cytomegalovirus gastrointestinal diseases) là nguyên nhân chính của bệnh suất và gây tử vong ở bệnh nhân hệ miễn dịch bị ức chế, trong đó có bệnh nhân ghép thận. Do đó, chẩn đoán sớm bệnh này là cần thiết. Tuy nhiên, chẩn đoán sớm dựa trên lâm sàng còn gặp khó khăn, do bác sĩ cần phải xem xét kỹ những nguyên nhân khác và những biểu hiện lâm sàng đặc trưng. Triệu chứng trên đường tiêu hóa gồm đau khi nuốt, đau thượng vị, buồn nôn, đau bụng dưới, tiêu chảy và tiêu phân máu. Hình ảnh học nội soi gợi ý gồm những mảng đỏ, phù nề niêm mạc, viêm đa ổ và loét. Chẩn đoán CMV đường tiêu hóa dựa trên tiêu chuẩn vàng là tìm thấy tế bào nhiễm CMV (tế bào lớn với thể vùi trong nhân hoặc thể vùi dạng hạt trong bào tương hình mắt cú). Mẫu sinh thiết cần được nhuộm hematoxylin và eosin, và nhuộm hóa mô miễn dịch anti-CMV. Kết quả dương tính khi thấy có những tế bào nhuộm màu nâu ở nhân và tương bào. Nếu không thực hiện sinh thiết khi nội soi, tìm kháng nguyên CMV trong máu là xét nghiệm bổ sung. Điều trị kháng virus khi có chẩn đoán xác định là cần thiết, nhiều trường hợp tránh được phẫu thuật cắt ruột.

ABSTRACT

CMV gastrointestinal disease (CMV GID) is a major cause of morbidity and mortality in immunocompromised patients; therefore, diagnosis at an early stage is essential. However, clinical diagnosis of this disease can be difficult, as physicians need to consider various underlying diseases and clinical presentations. Gastrointestinal symptoms included compromised odynophagia, epigastralgia, nausea, lower abdominal pain, diarrhea, and hematochezia. CMV GID was suspected based on endoscopic findings, such as patchy erythema, edematous mucosa, multiple erosions, and ulcers. The diagnosis of CMV GID is considered as the gold standard for identifying CMV cells in tissue samples from endoscopic biopsy (large cell with intranuclear inclusions alone or associated with granular cytoplasmic inclusions). Biopsy sections are stained with hematoxylin and eosin, and immunohistochemically stained with anti-CMV. The results are considered positive when the above-mentioned cells showed marked brown coloration in both nuclei and cytoplasm. If physicians don't perform a biopsy when endoscopy, CMV antigenemia assay is useful for the diagnosis of CMV GID.

Therapy antiviral is essential when the diagnosis is confirmed which patients are saved from colectomy.

* Khoa Thận nội – Miễn dịch ghép BVND 115

Tác giả liên lạc: BS. Nguyễn Thị Thanh Thùy, ĐT: 0903103994, E-mail: ngthanhtuy78@gmail.com