

6. **Son KM, Park CW, Cheon JS.** A Case Report of Bilateral Retrobulbar Hemorrhage after Lower Blepharoplasty. Archives of Craniofacial Surgery. 2013;14(2):133-136.
7. **Lisman RD, Hyde K, Smith B.** Complications of blepharoplasty. Taylor & Francis; 1989:242-267.
8. **Goldberg RA, Marmor MF, Shorr N, Christenbury JD.** Blindness following blepharoplasty: two case reports, and a discussion of management. SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 1990. p. 85-89.
9. **Lelli Jr GJ, Lisman RD.** Blepharoplasty complications. Plastic and Reconstructive Surgery. 2010;125(3):1007-1017.
10. **Giroto JA, Gamble WB, Robertson B, et al.** Blindness after reduction of facial fractures. Plastic and reconstructive surgery. 1998;102(6):1821-1834.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ SỐT HẠ BẠCH CẦU TRUNG TÍNH CÓ NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU – BỆNH VIỆN K

Nguyễn Tiến Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Kiên<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư sốt hạ bạch cầu trung tính có nhiễm khuẩn huyết. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 44 bệnh nhân được chẩn đoán sốt hạ bạch cầu hạt trung tính có nhiễm khuẩn huyết từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2020. **Kết quả:** 47,7% bệnh nhân phải điều trị đến phác đồ kháng sinh thứ 2 sau khi dùng kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu. 65,9% bệnh nhân khỏi bệnh, 34,1% bệnh nhân nặng lên không đáp ứng điều trị. Hầu hết bệnh nhân đều cần thay đổi phác đồ điều trị kháng sinh khi có nuôi cấy dương tính, các bệnh nhân có nuôi cấy âm tính chỉ phải dùng 1 phác đồ kháng sinh. Chỉ số bạch cầu trung tính thấp hơn (độ III, IV) hay chỉ số điểm SOFA cao hơn (SOFA  $\geq$  9 điểm) có tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa, trong khi chỉ số procalcitonin đánh giá tình trạng nhiễm trùng không liên quan đến tỷ lệ tử vong. **Kết luận:** Phác đồ điều trị kháng sinh được thay đổi phù hợp với diễn biến và kết quả vi sinh. Tỷ lệ tử vong cao tới 34,1%. Người bệnh hạ bạch cầu nặng (độ III, IV) có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm còn lại. Người bệnh có mức độ suy tạng nặng (SOFA  $\geq$  9 điểm) có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm còn lại. **Từ khóa:** sốt hạ bạch cầu, ung thư, nhiễm khuẩn huyết.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR CANCER PATIENTS WITH FEBRILE NEUTROPENIA AND SEPSIS IN EMERGENCY AND INTENSIVE CARE DEPARTMENT – VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the treatment outcomes for cancer patients with febrile neutropenia and sepsis. **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 44 patients diagnosed with febrile

neutropenia and sepsis from October 2019 to October 2020. **Results:** 47.7% of patients required a second-line antibiotic regimen after initial empirical antibiotic therapy. 65.9% of patients recovered, while 34.1% worsened and did not respond to treatment. Most patients needed a change in their antibiotic regimen when positive cultures were obtained; patients with negative cultures only required a single antibiotic regimen. Patients with lower neutrophil counts (grade III, IV) or higher SOFA scores (SOFA  $\geq$  9 points) had significantly higher mortality rates, whereas procalcitonin levels assessing infection status were not related to mortality rates. **Conclusion:** Antibiotic treatment regimens were adjusted appropriately based on the course of the disease and microbiological results. The mortality rate was as high as 34.1%. Patients with severe neutropenia (grade III, IV) had higher mortality rates compared to others. Patients with severe organ dysfunction (SOFA  $\geq$  9 points) also had higher mortality rates than the remaining group.

**Keywords:** neutropenia fever, cancer, sepsis

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch cầu đóng vai trò quan trọng vào cơ chế bảo vệ cơ thể khỏi các tác nhân gây bệnh từ bên ngoài Đặc biệt trong đó vai trò quan trọng của bạch cầu hạt trong giai đoạn đầu phản ứng viêm của cơ thể chống lại vi khuẩn cũng như các tế bào ung thư(3). Dù do bất cứ nguyên nhân nào thì giảm bạch cầu hạt cũng dẫn tới bỏ ngỏ việc bảo vệ cơ thể trước nguy cơ nhiễm trùng. Nhiễm trùng huyết là một bệnh nặng, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Theo số liệu của Hoa Kỳ (2009), tỉ lệ tử vong của bệnh nhân nhiễm trùng huyết có thể lên đến 16% và tăng lên đến 20% với trường hợp nhiễm trùng huyết nặng, tỉ lệ này tăng lên tới 46% nếu có sốc nhiễm trùng xảy ra tiêu tốn tới 20 tỉ đô la, chiếm 5,2% chi phí nội viện(1). Theo số liệu của Tổ chức Y tế thế giới, số lượng bệnh nhân ung thư, tỉ lệ mới mắc và tử vong do ung thư hằng năm luôn ở mức cao và không ngừng tăng. Điều trị

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đức

Email: ducgiangbs@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

hoá chất là một trong những phương pháp phổ biến và căn bản đem lại hiệu quả cao cho bệnh nhân ung thư, tuy nhiên bệnh nhân cũng phải đối mặt với những biến chứng rủi ro, trong đó có tình trạng sốt hạ bạch cầu hạt. Nhóm bệnh nhân sốt hạ bạch cầu có nhiễm trùng huyết có tiên lượng xấu do tỉ lệ biến chứng, tử vong cao trong quá trình điều trị.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư sốt hạ bạch cầu trung tính có nhiễm khuẩn huyết tại Khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện K” nhằm đánh giá kết quả điều trị trên đối tượng bệnh nhân này.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 44 bệnh nhân được sốt giảm bạch cầu hạt có nhiễm trùng huyết được điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện K trong thời gian từ tháng 10/2019 tới tháng 10/2020.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện sau:

+ Bệnh nhân ung thư, được chẩn đoán sốt giảm bạch cầu hạt, thời gian điều trị trong thời gian nghiên cứu.

+ Có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn 1: Cây máu dương tính

Người bệnh có kết quả cấy máu dương tính với  $\geq 1$  tác nhân gây bệnh.

Tiêu chuẩn 2: Có nhiễm khuẩn + SOFA  $\geq 2$  điểm (tại ICU), hoặc qSOFA  $\geq 2$  điểm

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân có giảm bạch cầu hạt nhưng không có sốt; BN đang điều trị nhiễm trùng huyết, sau đó có giảm bạch cầu.

+ Bệnh nhân không đầy đủ thông tin hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu, phân tích so sánh.

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Các biến số nghiên cứu:**

+ Các chỉ số tuổi, giới, bệnh ung thư đi kèm, triệu chứng hô hấp, tiêu hóa...

+ Các chỉ số công thức máu, đông máu, sinh hóa, miễn dịch, vi sinh nuôi cấy,...

+ Chỉ số suy tạng SOFA, kết quả điều trị (Khỏi, đỡ, tử vong)...

- **Thu thập và xử lý số liệu:** Thu thập số liệu bằng bệnh án nghiên cứu, xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng**

**nghiên cứu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 27 bệnh nhân là nam giới chiếm 61,4%, số bệnh nhân nữ là 17 bệnh nhân chiếm 38,6%.

**3.2. Kết quả điều trị**

**Bảng 3.1. Tỷ lệ phác đồ điều trị kháng sinh**

	1 phác đồ	>2 phác đồ
Số lượng	23	21
Tỷ lệ	52,3%	47,7%

**Nhận xét:** Trong 44 NB được nghiên cứu, có tới 21 NB (47,7%) phải dùng đến phác đồ kháng sinh thứ 2 (điều chỉnh kháng sinh), sau khi ban đầu dùng kháng sinh theo kinh nghiệm.

**Bảng 3.2. Hiệu quả điều trị**

	Khỏi bệnh	Tử vong
Số lượng	29	15
Tỷ lệ	65,9%	34,1%

**Nhận xét:** Trong 44 NB được nghiên cứu, có 29 NB (65,9%) khỏi bệnh, quay trở lại điều trị ung thư, có 15 NB (34,1%) nặng lên, không đáp ứng với điều trị.

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa kết quả vi sinh dương tính và phác đồ điều trị kháng sinh**

Thay đổi KS	1 phác đồ KS	>1 phác đồ KS	p
Vi sinh			
Nuôi cấy dương tính	2	12	<0.05
Nuôi cấy âm tính	21	9	

**Nhận xét:**

- Hầu hết các NB đều cần thay đổi phác đồ điều trị kháng sinh nếu có nuôi cấy dương tính.

- Các NB có nuôi cấy âm tính chủ yếu chỉ phải dùng 1 phác đồ kháng sinh.

- Kết quả nuôi cấy vi sinh có ảnh hưởng đến phác đồ điều trị kháng sinh, điều này có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa điểm SOFA với hiệu quả điều trị**

Kết quả điều trị	Khỏi bệnh	Tử vong	p
SOFA			
< 9 điểm	26	3	<0.05
$\geq 9$ điểm	3	12	

**Nhận xét:** Chỉ số đánh giá mức độ tạng suy có ảnh hưởng đến kết quả điều trị, ở nhóm có điểm SOFA cao hơn có tỷ lệ tử vong cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa độ hạ bạch cầu với hiệu quả điều trị**

Kết quả điều trị	Khỏi bệnh	Tử vong	p
Độ hạ BC			
Hạ BC độ I – II	7	0	<0.05
Hạ BC độ III – IV	22	15	

**Nhận xét:** Ở nhóm NB có chỉ số giảm bạch cầu hạt trung tính thấp thì tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.6. Mối liên quan giữa chỉ số đánh giá tình trạng nhiễm trùng và hiệu quả điều trị**

Kết quả điều trị	Khỏi bệnh	Tử vong	p
Procalcitonin <2 ng/ml	10	4	>0.05
≥2ng/ml	19	11	

**Nhận xét:** So sánh về hiệu quả điều trị của 2 nhóm người bệnh có chỉ số nhiễm trùng tăng cao, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

**IV. BÀN LUẬN**

Qua bảng 2 cho thấy kết quả điều trị khỏi bệnh đạt 65,9%, trong khi có 34,1% tử vong. So sánh với nghiên cứu tại Mỹ nói riêng số tỷ lệ tử vong trong sốt giảm bạch cầu hạt là 9,5% và trong nhiễm trùng huyết bệnh viện có tới 26%, tựu chung lại nhiễm trùng huyết giảm bạch cầu hạt cũng có tới 21% tử vong.

Chúng tôi nhận thấy sự liên quan giữa hiệu quả điều trị với chỉ số bạch cầu (phân độ hạ bạch cầu), hay với mức độ suy tạng do nhiễm trùng huyết (điểm SOFA).

Giảm bạch cầu làm vi khuẩn và tác nhân gây bệnh khác có điều kiện thuận lợi xâm nhập vào cơ thể. Khi giảm bạch cầu trung tính, phản ứng viêm với các nhiễm trùng không hiệu quả. Nếu giảm nghiêm trọng, nguy cơ và mức độ nghiêm trọng của nhiễm khuẩn và nấm tăng lên. Khi số lượng bạch cầu trung tính <500/ $\mu$ L, hệ thực vật vi khuẩn nội sinh (ví dụ trong miệng hoặc ruột) có thể gây nhiễm trùng. Giảm bạch cầu trung tính cấp tính, trầm trọng, đặc biệt nếu có một yếu tố khác như trong ung thư, làm suy yếu đáng kể hệ miễn dịch và có thể dẫn đến nhiễm trùng gây tử vong nhanh chóng. Sự toàn vẹn của da và màng nhầy, sự cung cấp mạch máu cho mô, và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân cũng ảnh hưởng đến nguy cơ nhiễm trùng. Qua nghiên cứu, những người bệnh hạ bạch cầu nặng (độ III, độ IV) có tỷ lệ tử vong cao hơn so với nhóm còn lại (hạ bạch cầu độ I, II) có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

SOFA là một điểm số đơn giản và khách quan cho phép tính cả số lượng và mức độ nghiêm trọng của rối loạn chức năng cơ quan trong sáu hệ thống cơ quan (hô hấp, đông máu, gan, tim mạch, thận và thần kinh), là điểm số có thể đo lường rối loạn chức năng của từng cơ quan hoặc tổng thể, để đánh giá suy giảm nội tạng có liên quan đến nhiễm trùng huyết. Theo SEPSIS – 3 thì tỷ lệ tử vong chung khi SOFA >2

là 10%, SOFA < 9 tỷ lệ tử vong 33%, còn SOFA >11 điểm tỷ lệ này là 95%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm những người bệnh có mức độ suy tạng nặng (SOFA  $\geq$  9 điểm) có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm còn lại một cách có ý nghĩa thống kê.

Tuy nhiên, chỉ số đánh giá mức độ nhiễm trùng Procalcitonin tăng cao trong nhóm đối tượng nghiên cứu này, nhưng có liên quan đến tỷ lệ tử vong trong điều trị không có ý nghĩa thống kê.

**V. KẾT LUẬN**

+ Tỷ lệ người bệnh là nam giới cao hơn nữ giới, khoảng 1.6/1.

+ Phác đồ điều trị kháng sinh được thay đổi phù hợp với diễn biến và kết quả vi sinh.

+ Tỷ lệ tử vong cao tới 34,1%. Người bệnh hạ bạch cầu nặng (độ III, IV) có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm còn lại. Người bệnh có mức độ suy tạng nặng (SOFA  $\geq$  9 điểm) có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm còn lại (SOFA < 9 điểm) ( $p < 0,05$ ).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Lương Ngọc Khuê, Mai Trọng Khoa** (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu. Nhà xuất bản Y học. Tr.26-36
- Nguyễn Đạt Anh, Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Vũ Trung** (2016). Hướng dẫn điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm. Nhà xuất bản Y học
- Phạm Thị Minh Đức** (2011). Sinh lý học. Nhà xuất bản Y học, Tr.99-137.
- Aapro MS et al** (2011). Update of EORTC guidelines for the use of granulocyte - colony stimulating factor to reduce the incidence of chemotherapy - induced febrile neutropenia in adult patients with lymphoproliferative disorders and solid tumours. Eur J Cancer; 47(1):8-32
- Gregory K Robbins** (2019). Fever in the neutropenic adult patient with cancer.www.Uptodate.com
- Klastersky J. et al** on behalf of the ESMO Guidelines Committee (2016). Management of febrile neutropaenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology, Volume 27, Issue suppl\_5, September 2016, Pages v111-v118
- Mervyn Singer, Clifford S. Deutschman et al** - The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) - JAMA. 2016;315(8):801-810
- Rhee C et al.** Incidence and trends of sepsis in US hospitals using clinical vs claims data, 2009-2014. JAMA 2017 Oct 3; 318:1241
- Viscoli C, Bruzzi P, Castagnola E, et al.** Factors associated with bacteremia in febrile, granulocytopenic cancer patients. Eur J Cancer 1994;30A:430-7

# ĐẶC ĐIỂM KHỐI U TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BÓC U CƠ THỰC QUẢN LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng<sup>1</sup>, Lê Công Lý Hùng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm khối u cơ thực quản lành tính trong phẫu thuật nội soi ngực bóc u tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u cơ lành tính thực quản được điều trị tại khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2016 đến 12/2022. **Kết quả và bàn luận:** Nghiên cứu 31 bệnh nhân u cơ thực quản lành tính (UCTQLT) bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) bóc u với tỉ lệ nam chiếm 51,6% và nữ chiếm 48,4%, với kích thước trung bình khối u là  $32.32 \pm 9.76$  mm. Khối u ở vị trí thực quản ngực 1/3 trên có 3 BN chiếm 9,7%, khối u ở vị trí thực quản 1/3 giữa có 20 BN chiếm 64,5%, khối u thực quản ngực ở vị trí 1/3 dưới có 8 BN chiếm 25,8%. Phần lớn hình ảnh khối u là tổn thương giảm âm và đồng nhất chiếm 93,5%. Hầu hết các trường hợp có kích thước khối u từ 2-5cm (93,6%), chỉ có 2 trường hợp có kích thước khối u trên 5cm (6,4%). Trên siêu âm nội soi khối u có hình ảnh giảm âm (90,3%) và đồng nhất (93,6). Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi qua đường ngực phải. Không có trường hợp nào có tổn thương niêm mạc thực quản trong mổ, không có tai biến, biến chứng trong và sau mổ. **Kết luận:** Khối u cơ thực quản là những khối u có hình ảnh giảm âm và đồng nhất trên siêu âm nội soi, các khối u hầu hết có kích thước trung bình. Phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ thực quản lành tính có thể thực hiện an toàn với cả những khối u có kích thước lớn trên 5cm. **Từ khoá:** U cơ thực quản, Phẫu thuật bóc u qua nội soi ngực.

## SUMMARY

### TUMOR CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH BENIGN ESOPHAGEAL LEIOMYOMA UNDERGOING THORACOSCOPIC ENUCLEATION AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objectives:** To describe tumor characteristics in patients with benign esophageal leiomyoma undergoing thoracoscopic enucleation at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** Retrospective descriptive study, describing all patients diagnosed with benign esophageal leiomyoma treated at the Department of General Surgery, Hanoi Medical University Hospital, from January 2016 to December 2022. **Results and discussion:** There were 31 patients with benign esophageal leiomyoma

undergoing thoracoscopic enucleation, included 16 males (51.6%) and 15 females (48.4%). The average tumor size was  $32.32 \pm 9.76$  mm (20 - 57 mm). Tumor location, distribution in the upper, middle and lower esophagus were 9.7% (n=3), 64.5% (n=20) and 25.8% (n=8), respectively. The majority endoscopic ultrasound findings were hypoechoic and homogeneous, accounting for 93.5%. Most patients in the study had only one tumor, the size of the tumor was closely related to clinical symptoms. All patients underwent thoracoscopy with the right thoracic approach. There were no serious complications during or after surgery. **Conclusions:** esophageal leiomyoma are tumors with hypoechoic and homogeneous on ultrason endoscopy. Almost tumors are medium size. Thoracoscopic enucleation of benign esophageal leiomyoma is a safe and effective surgery even with tumors larger than 5cm in size.

**Keywords:** Esophageal leiomyoma, thoracoscopic enucleation

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ thực quản (UCTQ) là khối u lành tính thường gặp nhất trong các khối u lành của thực quản, phát triển từ các tế bào cơ trơn của thực quản, chiếm tỷ lệ 70-80% trong tổng số các khối u dưới niêm mạc thực quản, nhưng chỉ chiếm dưới 1% tổng số các loại khối u của thực quản. Bệnh nhân thường phát hiện khối UCTQ ở độ tuổi 20-50 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ. Nhiều trường hợp UCTQ được phát hiện tình cờ, không có triệu chứng. Tuy nhiên cũng có thể gặp các triệu chứng như: nuốt nghẹn, cảm giác đau tức, hay nóng rất sau xương ức, đau ngực, nôn trở sau khi ăn. UCTQ thường chỉ gây tổn thương 1 khối u, ít khi gặp nhiều hơn 1 khối u và vị trí hay gặp ở thực quản ngực 2/3 dưới.<sup>1,2</sup> UCTQ vô cùng hiếm khi chuyển thành ác tính, vì vậy điều trị phẫu thuật được đặt ra khi khối u có triệu chứng, khối u có kích thước lớn hơn 5cm hoặc với khối u nghi ngờ có dấu hiệu ác tính.<sup>3</sup> Ngày nay nhiều nghiên cứu cho rằng phẫu thuật nội soi ngực là phương pháp an toàn, hiệu quả với cả những trường hợp u cơ thực quản có kích thước lớn hơn 5cm. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm khối u và tính hiệu quả của phương pháp phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ lành tính thực quản.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u cơ trơn lành tính thực quản được điều trị tại khoa Ngoại Tổng

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024