

CĂN NGUYÊN VÀ TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN GÂY VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Hữu Dũng¹, Nguyễn Thị Diệu Thúy¹, Nguyễn Thành Nam²

TÓM TẮT

Viêm phổi cộng đồng (CAP) là bệnh phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Xác định tác nhân gây bệnh giúp thầy thuốc lâm sàng có lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 115 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng tại Trung Tâm Nhi Bệnh Viện Bạch Mai. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của trẻ CAP là ho, khó khè và sốt với tỷ lệ lần lượt là 98,3%; 84,3% và 80,9%. Rán ẩm nhỏ hạt nghe được ở 93% các trường hợp. Tổn thương trên phim X-quang chủ yếu là tổn thương nhu mô phổi. *H. Influenzae* là vi khuẩn được phân lập nhiều nhất với tỷ lệ là 41,5%; tiếp đến là *S. Pneumoniae* với tỷ lệ 33,1% và *M. Catarrhalis* là 24,6%. *S. Pneumoniae* có tỷ lệ đề kháng cao với Erythromycin (94,7%); Co-trimoxazol (82,1%); Ampicillin/ Sulbactam (88,7%); Amoxcillin/Acid Clavunanic (55,3%); nhạy cảm với Levofloxacin (97,4%); Ceftriaxone (100%) và Moxifloxacin (100%). *H. Influenzae* có tỷ lệ đề kháng cao với Ampicillin/ Sulbactam; Amoxcillin/ Acid clavunanic, Erythromycin và Co-trimoxazol với tỷ lệ lần lượt là 89,6%; 77,1%; 97,8%; 97,8% và 85,7%. Tỷ lệ nhạy với Ceftriaxone (95,8%); Moxifloxacin (100%); Levofloxacin (100%); Meronem (100%). **Kết luận:** Các tác nhân vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng có tỷ lệ đề kháng cao với các kháng sinh thông thường. **Từ khóa:** Viêm phổi cộng đồng, trẻ em, kháng kháng sinh.

SUMMARY

ETIOLOGY AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIA CAUSING COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN AT BACH MAI HOSPITAL

Community-acquired pneumonia (CAP) is a common disease in children, especially in the developing countries. Determining the causative agent helps clinicians choose appropriate treatment regimens. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted in 115 patients diagnosed with CAP at the Pediatric Center of Bach Mai Hospital. **Results:** The clinical symptoms of CAP in children were cough, wheezing and fever with the rates of 98.3%; 84.3% and 80.9%, respectively. Moist crackles were found in 93% of cases. White patches or areas of increased density on a chest X-ray. *H. Influenzae* was the most commonly isolated bacteria with a rate of 41.5%; followed by *S. Pneumoniae* with a rate of

33.1% and *M. Catarrhalis* with a rate of 24.6%. *S. Pneumoniae* had a high resistance to Erythromycin (94.7%); Co-trimoxazole (82.1%); Ampicillin/ Sulbactam (88.7%); Amoxcillin/ Clavunanic Acid (55.3%); susceptible to Levofloxacin (97.4%); Ceftriaxone (100%) and Moxifloxacin (100%). *H. Influenzae* had a high resistance to Ampicillin/ Sulbactam; Amoxcillin/ Clavunanic Acid, Erythromycin and Co-trimoxazole with rates of 89.6%; 77.1%; 97.8%; 97.8% and 85.7%, respectively. Sensitive rates to Ceftriaxone (95.8%); Moxifloxacin (100%); Levofloxacin (100%); Meronem (100%). Conclusion: Bacteria cause CAP in children have a high resistance to common antibiotics.

Keywords: Community-acquired pneumonia (CAP), children, antibiotic resistance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là tình trạng tổn thương viêm nhu mô phổi, có thể tổn thương lan tỏa cả hai phổi hoặc tập trung tại một thùy hay phân thùy phổi. Viêm phổi cộng đồng là viêm phổi do trẻ mắc ngoài cộng đồng trước khi đến viện hoặc trong vòng 48 giờ đầu sau khi nhập viện. Theo báo cáo của WHO, viêm phổi đã lấy đi mạng sống của 740.180 trẻ năm 2019, chiếm 14% tổng số ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi đặc biệt cao ở các nước đang phát triển và kém phát triển¹. Ước tính 15% tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi trong khu vực Tây Thái Bình dương là do viêm phổi, tổng số tử vong ở 6 quốc gia Campuchia, Lào, Việt Nam, Philippines, Papua New Guinea và Trung Quốc chiếm hơn 75% theo báo cáo 2011 của WHO. Bất chấp những tiến bộ gần đây, gánh nặng bệnh viêm phổi ở Việt Nam vẫn cao hơn gần 10 lần so với các nước có thu nhập cao trong khu vực như Nhật Bản và Australia². Tại các nước đang phát triển, vi khuẩn vẫn là căn nguyên hàng đầu gây viêm phổi. Việc xác định căn nguyên vi khuẩn gây bệnh tại nhiều bệnh viện vẫn chủ yếu phụ thuộc vào nuôi cấy dịch tỵ hầu và làm kháng sinh đồ.

Bệnh viện Bạch mai là 1 bệnh viện tuyến trung ương hàng năm tiếp nhận điều trị rất nhiều bệnh nhân viêm phổi. Câu hỏi nghiên cứu là liệu nguyên nhân viêm phổi do vi khuẩn hiện nay có khác gì so với trước đây và tình trạng kháng kháng sinh như thế nào. Để trả lời câu hỏi này, chúng tôi tiến hành đề tài: "Xác định căn nguyên vi khuẩn và tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại Bệnh viện Bạch mai".

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm các trẻ từ 2 tháng tới 5 tuổi được chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng điều trị tại Trung Tâm Nhi khoa - Bệnh viện Bạch Mai từ 1/7/2024 đến 30/6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhi từ 2 tháng tới 5 tuổi được chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng
- Được cấy dịch tỵ hầu trong vòng 48 giờ đầu khi nhập viện xác định căn nguyên vi khuẩn
- Chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn Bộ Y Tế Việt Nam và WHO 2013

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ có bệnh nền nặng (bại não, teo cơ tủy, não úng thủy, loạn sản phế quản phổi,...)
- Trẻ bị viêm phổi thứ phát sau dị vật đường thở, đuối nước, hít sặc,...
- Trẻ hoặc người chăm sóc trẻ từ chối tham gia

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả nhằm ước lượng một tỷ lệ, cỡ mẫu được tính như sau:

$$n = z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} \times \frac{1 - p}{p \times e^2}$$

p: tỷ lệ ước đoán quần thể. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ước đoán tỷ lệ nuôi cấy dương vi khuẩn dương tính từ dịch tỵ hầu ở nhóm bệnh nhi có viêm phổi cộng đồng dự kiến là 32.3%,

α : mức thống kê, chọn $\alpha = 0.05$;

Z: hệ số tin cậy, với ngưỡng tin cậy 95% hay hệ số $\alpha = 0.05 \Rightarrow Z = 1.96$

e : độ chính xác tương đối mong muốn, lấy bằng 0.2

Cỡ mẫu tối thiểu là $n = 103$ bệnh nhân

Bệnh nhân vào viện được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cần thiết, chụp X-quang phổi và cấy dịch tỵ hầu ngay sau khi được chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng.

Các số liệu sẽ ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất

Kỹ thuật phân lập vi khuẩn: sử dụng phương pháp cấy đếm theo quy trình, xác định vi khuẩn bằng phương pháp quang phổ

Sử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 115 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng có kết quả nuôi cấy dịch tỵ hầu xác định được căn nguyên vi khuẩn.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ(%)
Giới		
Nam	68	59,1
Nữ	47	40,9
Nhóm tuổi		
2 - <6 tháng	30	26,1
6 tháng - ≤12 tháng	22	19,1
12 tháng - 24 tháng	33	28,7
24 tháng - ≤5 tuổi	30	26,1
Nơi sinh		
Thành thị	76	66,1
Nông thôn	39	33,9
Điều trị trước vào viện		
Không	21	18,3
Tự mua thuốc	14	12,2
Khám cấp thuốc tại cơ sở y tế	80	69,6
Tiêm chủng Phế Cầu		
Có	90	78,3
Tiêm chủng Heamophilus Influenzae		
Có	106	92,2

Kết quả cho thấy trong tổng số 115 bệnh nhi, trẻ nam chiếm 59,1%. Phân bố về độ tuổi cho thấy, nhóm tuổi gặp ít nhất là từ 6 tháng tới 12 tháng chiếm 19,1%, các nhóm tuổi còn lại có tỷ lệ khá tương đồng với nhau. Hầu hết bệnh nhi trước nhập viện đã đi khám tại các cơ sở y tế chiếm 69,6%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc viêm phổi cộng đồng

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng		
Sốt	93	80,9
Sổ mũi, nghẹt mũi	79	68,7
Ho	113	98,3
Khò khè	97	84,3
Thở nhanh	50	43,5
Rút lõm lồng ngực	40	34,8
Tím	13	11,3
Rối loạn tiêu hóa	43	37,4
Triệu chứng thực thể		
Ran rạc	55	47,8
Ran rít	55	47,8
Ran nổ	24	20,9
Ran ẩm	107	93
Giảm thông khí	9	7,8
X-quang phổi		
Mờ rải rác hai phổi	45	39,1
Mờ lan tỏa hai phổi	6	5,2
Mờ khu trú thùy, phân thùy	21	18,3
Mờ rốn phổi cạnh tim	44	38,3
Tràn dịch màng phổi	4	3,5

Các triệu chứng cơ năng thường gặp khi trẻ nhập viện là ho (98,3%), sốt (80,9%), khó khè (84,3%), nghẹt mũi sổ mũi (68,7%), thở nhanh (43,5%). Có 11,3% trường hợp có suy hô hấp. Các triệu chứng thực thể thường gặp như ran ẩm (93%), ran rít (47,8%), ran ngáy (47,8%). Tổn thương trên X-quang chủ yếu là mờ rai rác hai phổi (39,1%), mờ rốn phổi cạnh tim (38,3%), mờ khu trú thùy, phân thùy (18,3%).

Bảng 3. Tỷ lệ các vi khuẩn phân lập được

Loại vi khuẩn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
S. Pneumoniae	39	33,1
H. Influenzae	49	41,5
M. Catarrhalis	29	24,6
S. Aureus	2	1,7
2 chủng vi khuẩn	3	2,6

Chủng vi khuẩn hay gặp nhất là H. Influenzae chiếm 41,5%, tiếp đến là S. Pneumoniae 33,1% và M. Catarrhalis 24,6%. Có 3 trường hợp nhiễm hai chủng vi khuẩn.

Bảng 4. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn hay gặp

Kháng sinh	Kháng (%)	Trung gian (%)	Nhạy (%)
S. Pneumoniae			
Ampicillin/Sulbactam	66,7	0	33,3
Amoxcillin/Acid Clavunanic	55,3	10,5	34,2
Erythromycin	97,4	0	2,6
Co-trimoxazol	82,1	2,6	15,4
Ceftriaxone	0	0	100
Moxifloxacin	0	0	100
Levofloxacin	2,6	0	97,4
H. Influenzae			
Ampicillin/Sulbactam	89,6	0	10,4
Amoxcillin/Acid Clavunanic	77,1	8,3	10,4
Erythromycin	97,8	0	2,2
Co-trimoxazol	85,7	2%	12,2
Ceftriaxone	0	4,2	95,8
Moxifloxacin	0	0	100
Levofloxacin	0	0	100
Meronem	0	0	100

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 115 trẻ được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng cấy dịch tỵ hầu xác định được căn nguyên vi khuẩn gây bệnh tại Trung Tâm Nhi Bệnh Viện Bạch Mai, trẻ nam chiếm 59,1% với độ tuổi dưới 12 tháng là 45,2%; từ 12 tháng đến 2 tuổi là 28,7%; từ 2 tuổi đến 5 tuổi là 26,1%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Kiều Anh³ với tỷ lệ mắc viêm phổi ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ, độ tuổi mắc bệnh cao nhất là từ 2 tháng đến 12 tháng chiếm 65,63%, sau đó

giảm dần theo chiều tăng của lứa tuổi. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác chỉ ra độ tuổi thường mắc viêm phổi là trẻ em dưới 24 tháng tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trẻ có tỷ lệ tiêm phòng H. Influenzae và S. Pneumoniae khá cao lần lượt là 92,2% và 78,3%. Có 12,2% trẻ tự mua thuốc điều trị tại nhà.

Triệu chứng cơ năng của viêm phổi chủ yếu là ho (98,3%), sốt (80,9%), khó khè (84,3%), nghẹt mũi sổ mũi (68,7%), thở nhanh (43,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Diệp với 100% bệnh nhân có ho, khó khè 86,8%, sốt 61%.⁴ Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà ghi nhận bệnh nhân có ho 98%; sốt 75%; chảy mũi 87,7%.⁵

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có tới 93% trẻ có ran ẩm tại phổi; ran rít và ngáy là 47,8%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà có 72,6% trẻ có ran ẩm và của Nguyễn Thành Nhôm là 89,2% trường hợp có ran ẩm; 10,8% có ran rít/ngáy.⁶

Hình ảnh trên X-quang phổi chủ yếu là nốt mờ rai rác hai phổi (39,1%), mờ rốn phổi cạnh tim (38,3%), mờ khu trú thùy, phân thùy phổi (18,3%). Kết quả nuôi cấy vi khuẩn nhận thấy tác nhân hay gặp nhất là H. Influenzae (41,5%); tiếp đến là S. Pneumoniae (33,1%); M. Catarrhalis (24,6%); S. Aureus (1,7%). Nghiên cứu của Trần Thị Kiều Anh ghi nhận tỷ lệ H. Influenzae (73,3%) và S. Pneumoniae (26,7%).³

S. Pneumoniae có tỷ lệ đề kháng cao với Erythromycin và Co-trimoxazol với tỷ lệ lần lượt là 97,4% và 82,1%, Tỷ lệ đề kháng với Ampicillin/Sulbactam và Amoxcillin/Acid clavunanic là 66,7% và 55,3%, S. Pneumoniae còn nhạy cảm 100% với Moxifloxacin, 97,4% với Levofloxacin. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Kiều Anh, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ S. Pneumoniae nhạy cảm với Ceftriaxone là 100% cao hơn so với 33,3% trong nghiên cứu của Trần Thị Kiều Anh³.

H. Influenzae có tỷ lệ đề kháng cao với Ampicillin/ Sulbactam; Amoxcillin/ Acid clavunanic, Erythromycin và Co-trimoxazol với tỷ lệ lần lượt là 89,6%; 77,1%; 97,8%; 97,8% và 85,7%, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Kiều Anh³. Tuy nhiên, tỷ lệ nhạy với Ceftriaxone cao hơn là (95,8%) so với (78,8%). H. Influenzae vẫn nhạy cảm cao với Moxifloxacin (100%); Levofloxacin (100%); Meronem (100%).

V. KẾT LUẬN

Căn nguyên gây viêm phổi cộng đồng vẫn là các căn nguyên thường gặp như H. Influenzae; S. Pneumoniae; M. Catarrhalis. Tuy nhiên tỷ lệ

đề kháng kháng sinh với các kháng sinh thông thường ngày một gia tăng. Đây là một thách thức cho các thầy thuốc lâm sàng trong lựa chọn kháng sinh điều trị viêm phổi ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2022), "Pneumonia in children".
2. Nguyen NKP, Tran TH, Roberts CL et al (2016), "Risk factors for child pneumonia focus on the Western Pacific Region".
3. Trần Thị Kiều Anh (2021), "nghiên cứu tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi ở

trẻ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh Viện Sản Nhi Nghệ An năm 2021".

4. Nguyễn Thị Ngọc Diệp (2016), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của Viêm phổi do vi khuẩn và tính nhạy cảm với kháng sinh của một số loại vi khuẩn gây Viêm phổi ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi".
5. Nguyễn Thị Hà (2020). "Đặc điểm lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng trẻ em tại Khoa Quốc Tế Bệnh Viện Nhi Trung Ương".
6. Nguyễn Thành Nhôm (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng tới 5 tuổi tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Vĩnh Long".

KẾT QUẢ XỬ TRÍ THAI 13-22 TUẦN CHẾT TRONG BUỒNG TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hà Thị Vân Hồng¹, Phạm Thị Thanh Hiền², Lê Thị Thanh Hoa³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả xử trí thai từ 13-22 tuần chết trong buồng tử cung tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang và hồi cứu được thực hiện trên 61 thai phụ có thai chết trong tử cung từ 13-22 tuần tuổi. **Kết quả:** Có 86,9% các trường hợp ra thai thành công. Có 13,1% trường hợp phải chuyển phương pháp xử trí khác, trong đó có 11,5 trường hợp phải hút thai và 1,5% sử dụng phương pháp nong gắp thai. 78,7% thai phụ được xử trí bằng phương pháp Misoprostol đơn thuần. Có 4,9% thai phụ có biến chứng chảy máu. **Kết luận:** Xử trí nội khoa bằng misoprostol là hiệu quả và an toàn cho thai từ 13-22 tuần chết trong buồng tử cung, với tỷ lệ thành công cao, chuyển phương pháp hợp lý và kiểm soát hoàn toàn sản phẩm trước ra viện.

Từ khóa: Thai chết trong tử cung, 13-22 tuần, kết quả xử trí, Thái Nguyên

SUMMARY

RESULTS OF MANAGEMENT FOR STILLBIRTHS BETWEEN 13-22 WEEKS OF GESTATION AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of management of intrauterine fetal demise at 13–22 weeks of gestation at Thai Nguyen Central Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 61 women diagnosed with intrauterine fetal demise between 13 and 22 weeks of gestation. **Results:** Successful

expulsion was achieved in 86.9% of cases. Conversion to another management method was required in 13.1% of cases, including 11.5% with suction evacuation and 1.5% with dilation and evacuation. Medical management with misoprostol alone was applied in 78.7% of cases. Complications occurred in 4.9% of patients, primarily hemorrhage. **Conclusion:** Medical management with misoprostol is effective and safe for intrauterine fetal demise at 13–22 weeks, with a high success rate, appropriate conversion when necessary, and complete evacuation prior to discharge

Keywords: stillbirths, 13-22 weeks, management outcomes, Thai Nguyen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai chết trong tử cung (TCTTC) được định nghĩa là các trường hợp thai chết và lưu lại trong buồng tử cung của người mẹ, có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào khi chưa có chuyển dạ^{1,2}. Tỷ lệ TCTTC ở Việt Nam vẫn còn khá cao, theo Nguyễn Thị Xuân Thu (2016) tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Giang cho thấy tỉ lệ TCTTC dưới 12 tuần là 42,5%, từ 13-17 tuần là 12,4%, từ 18-22 tuần là 11,1%, lớn hơn 37 tuần là 7,6%³. Triệu chứng của thai chết trong buồng tử cung rất đa dạng như đau bụng (47%), thậm chí số thai phụ không rõ triệu chứng chiếm tỷ lệ khá cao (25,8%)⁴.

Ngày nay tỉ lệ mổ lấy thai nhiều làm khó khăn trong việc lựa chọn phương pháp gây sảy thai cho các TCTTC ở tuổi thai từ 13-22 tuần, cũng như dẫn đến nhiều nguy cơ biến chứng hơn như chảy máu⁵. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là nơi thường xuyên tiếp nhận, xử trí các trường hợp TCTTC với thai phụ có nhiều vấn đề như sẹo mổ cũ, bệnh lý nền kèm theo. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đề cập đến đặc điểm cũng như kết quả xử trí TCTTC ở nhóm tuổi từ 13-22 tuần. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Hoa

Email: linhtrang249@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025