

ống dẫn lưu [6].

Điều trị và chăm sóc người bệnh trước và sau phẫu thuật là những yếu tố vô cùng quan trọng nếu như nhân viên y tế thực hiện không tốt sẽ là nguyên nhân dẫn đến NKVM. Kết quả nghiên cứu cho thấy 93,3% người bệnh được tiêm kháng sinh trước phẫu thuật, tuy nhiên thời gian tiêm trên 60 phút chiếm tới 20%. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, kháng sinh dự phòng chỉ áp dụng cho các phẫu thuật sạch và phẫu thuật sạch nhiễm. Sử dụng kháng sinh dự phòng đúng cách sẽ có tác dụng làm giảm tỷ lệ NKVM tuy nhiên hiện nay bệnh viện vẫn chưa triển khai kháng sinh dự phòng (bảng 3).

Trong nghiên cứu cũng cho thấy tới 42% người bệnh không được tắm khử khuẩn trước phẫu thuật. Tỷ lệ người bệnh được loại bỏ tóc, lông vùng can thiệp đúng quy định chỉ chiếm 15,2%. Đây cũng là những yếu tố nguy cơ dẫn đến NKVM theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới cũng như các báo cáo quốc tế và được bệnh viện đưa vào qui trình.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trong thời gian 5 tháng năm 2021 tại bệnh viện Đổng Đa cho thấy một số yếu tố nguy cơ có liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ như yếu tố người bệnh: tuổi cao, thừa cân và béo phì; Yếu tố kỹ thuật gồm thời gian phẫu thuật kéo dài, vật liệu thay thế và dẫn lưu; Yếu tố môi trường và chăm sóc gồm chưa thiết kế phòng mổ một chiều, tắm và vệ sinh vùng mổ trước phẫu thuật chưa được tuân thủ tốt, chưa có qui định sử dụng kháng sinh dự phòng. Chúng tôi khuyến cáo bệnh viện và các khoa

phòng liên quan nhất là khoa ngoại và khoa gây mê hồi sức, cũng như khoa kiểm soát nhiễm khuẩn cần tiến hành giám sát thường xuyên sự tuân thủ của nhân viên y tế nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Leaper, D. J., Van Goor, H., and Reilly, J. (2004), "Surgical Site Infection - a European perspective of incidence and economic burden", *Int Wound J.* 1(4), pp. 247-273.
2. Anderson, D. J. (2011), "Surgical site infection", *Infectious Disease Clinics of North America.* 25(1), pp. 135-153
3. Phạm Văn Tân (2016), "Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ các phẫu thuật tiêu hóa tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai", Luận án Tiến sỹ. Học viện Quân Y
4. Nguyễn Thị Mai Thảo (2014), "Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố nguy cơ ở người bệnh sau phẫu thuật tại Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp năm 2014", Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện. Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
5. Lê Tuyên Hồng Dương, Đỗ Ngọc Hiếu, và Lưu Thúy Hiền (2012), "Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn trong các loại phẫu thuật tại Bệnh viện Giao thông vận tải Trung ương", *Tạp chí Y học thực hành.* 841(9), tr. 67-71.
6. Ozgen Isik, Ekrem Kaya, and Pinar Sarkut (2015), "Factors Affecting Surgical Site Infection Rates in Hepatobiliary Surgery", *Surg Infect.* 16(3), p. 281
7. Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Việt Hùng, và Phạm Ngọc Trường. (2012), "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ tại một số bệnh viện", *Tạp chí Y học thực hành.* 830(7), tr. 28-32
8. Trần Đỗ Hùng và Dương Văn Hoành (2013), "Nghiên cứu về tình hình nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau phẫu thuật tại khoa Ngoại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ", *Tạp chí y học thực hành.* 869(5), tr. 131-134.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ NỐI TIẾP TRONG ĐIỀU TRỊ DIỆT TRỪ HELICOBACTER PYLORI Ở BỆNH NHÂN LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG

Nguyễn Công Long¹, Vũ Công Phong²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phác đồ nối tiếp trong diệt trừ *Helicobacter pylori* (HP) được báo cáo có hiệu quả ở một số nước trên thế giới, chính vì vậy chúng tôi

nghiên cứu tỷ lệ tiết từ HP bằng phác đồ nối tiếp ở Việt nam. **Đối tượng và phương pháp:** Trong nghiên cứu chúng tôi tuyển chọn được 51 bệnh nhân loét hành tá tràng có HP dương tính được điều trị phác đồ nối tiếp diệt trừ HP trong 14 ngày với 40 mgesomeprazole, 1 g of amoxicillin, hai lần/ngày trong 7 ngày, sau đó 40mg esomeprazol, 500mg clarithromycin, và 500 mg metronidazole, sử dụng 2 lần/ ngày trong 7 ngày tiếp theo. **Kết quả:** Tỷ lệ tiết từ HP ở phác đồ nối tiếp của chúng tôi đạt là 82,4%, và chỉ có chủ yếu là các tác dụng phụ không đáng kể là 25,5% và trong phác đồ nối tiếp chỉ có một thuốc được thêm vào là metronidazole so với phác đồ chuẩn. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy rằng phác đồ nối tiếp

¹Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

²Phòng khám đa khoa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvm@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 16.12.2021

Ngày duyệt bài: 28.12.2021

là phác đồ hiệu quả và an toàn có thể áp dụng trong thực hành lâm sàng diệt HP.

Từ khóa: Helicobacter pylori (HP); Tiết trừ

SUMMARY

EFFICACY OF SEQUENTIAL THERAPY THERAPY FOR HELICOBACTER PYLORI ERADICATION IN DUODENAL ULCER PATIENTS

Objective: A sequential treatment schedule has been reported to be effective, but studies published to date were performed in oversea. We undertook this study to determine whether these results could be replicated in Vietnam. **Subjects and methods:** Fifty-one patients with duodenal ulcer with H. pylori positive were enrolled to a 14-day sequential regimen 40 mg of esomeprazole, 1 g of amoxicillin, each administered twice daily for the first 7 days, followed by 40 mg of esomeprazole, 500 mg of clarithromycin, and 500 mg of metronidazole, each administered twice daily for the remaining 7 days. **Results:** The eradication rate achieved with the sequential regimen was 82.4%. The incidence of minor side effects was 25.5%. Sequential therapy includes one additional antibiotic (metronidazole) that is not contained in standard therapy. **Conclusions:** Sequential therapy was significantly therapy for eradicating H. pylori infection.

Keywords: Helicobacter pylori (HP), eradication

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày- hành tá tràng là một bệnh thường gặp, bệnh xảy ra ở mọi quốc gia, mọi lứa tuổi, bệnh thường hay tái phát và có những biến chứng nguy hiểm như: chảy máu, thủng ổ loét, hẹp môn vị hoặc ung thư hóa... làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, khả năng lao động và gây nguy hiểm cho tính mạng người bệnh. Tỷ lệ bệnh loét dạ dày hành tá tràng gần đây có giảm so với 20 năm trước, song còn ở mức cao. Nguyên nhân chính dẫn đến viêm loét dạ dày tá tràng là do Helicobacter Pylori (HP) và là tác nhân quan trọng liên quan đến ung thư dạ dày[1]. Trước tình trạng kháng thuốc nêu trên, nhiều phác đồ khác nhau được đề nghị để sử dụng thay thế cho phác đồ chuẩn, trong đó có phác đồ nối tiếp được một số tác giả Ý báo cáo đạt được tỷ lệ diệt trừ HP thành công đến 93,4%[2]. Theo Adachi K và cộng sự (2003), Nghiên cứu trên 120 bệnh nhân nhiễm HP với phác đồ điều trị trong 5 ngày là RAC và OAC1 và OAC2. Kết quả ghi nhận tỷ lệ diệt trừ HP (ITT, PP) ở nhóm RAC là 90% và 92% cao hơn nhóm OAC là 85% và 90%[3]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu tỷ lệ tiết trừ HP ở phác đồ nối tiếp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 9/2015 đến tháng 9/2016 tại Khoa tiêu hóa

Bệnh viện Bạch Mai. Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu can thiệp sử dụng số liệu tiến cứu. Là những bệnh nhân được chẩn đoán loét hành tá tràng có HP dương tính tại khoa tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2015 đến 9/2016 với các tiêu chuẩn: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán loét hành tá tràng HP (+) được khám và chẩn đoán tại khoa Tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, Đồng ý tham gia nghiên cứu, Bệnh nhân tuân thủ điều trị, đến khám và kiểm tra đúng hẹn.

Phương pháp nghiên cứu:

- Bằng cách thăm khám lâm sàng sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu và tư liệu của phòng khám bệnh khoa tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội. Thu thập các thông tin bệnh nhân theo chỉ tiêu thiết kế nghiên cứu: tên, tuổi, giới, nơi ở, tiền sử, kết quả thăm khám trước điều trị, sau điều trị...

- Kỹ thuật nội soi được tiến hành theo ê kíp của Khoa nội soi tiêu hóa tại Bệnh viện Bạch mai có sự tham gia của người nghiên cứu.

- Test chẩn đoán HP. Bệnh nhân đến khám lần đầu sẽ được làm test Urease nhanh trong quá trình nội soi DD để chẩn đoán HP, bệnh nhân tái khám sẽ được chỉ định làm test thở ^{14}C (vì độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn test urease nhanh).

- Phác đồ điều trị sử dụng trong nghiên cứu Phác đồ nối tiếp 14 ngày:

7 ngày đầu: Esomeprazole 40mg

40mg 1 viên x 2 lần (uống trước ăn 60 phút).

+ Amoxicilline 500mg 2 viênx2lần (uống sau ăn).

7 ngày tiếp: Esomeprazole 40mg 1 viên x 2lần (uống trước ăn 60 phút).

+ Clarithromycin 500mg 1 viên x 2lần (uống sau ăn).

+ Metronidazole 250mg 2 viên x 2 lần (uống sau ăn).

Các biệt dược sử dụng trong nghiên cứu

Esomeprazole (Nexium-mups 40mg NSX: AstraZeneca)

Amoxicilline (Moxilen500mg- NSX: Medochemie Ltd- Cyprus)

Clarithromycin (Clacid Forte 500mg – Abbott Laboratories.,Ltd- Anh)

Metronidazole (Flagyl 250mg – Sanofi)

Xử lý số liệu : Sau khi thu thập đầy đủ các số liệu, quá trình xử lý được làm trên máy tính với phần mềm xử lý số liệu SPSS 16.0, tính hệ số tương quan r, giá trị P < 0,05 được xác định là mức khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng							
Đặc điểm nhóm phân tích	Tuổi	Giới (Nam/nữ)	Đau thượng vị	Nôn, buồn nôn	Khó tiêu	Ợ hơi	Ợ chua
Tổng số bệnh nhân (n = 51)	43,9 ±18,8 (16-82)	36/15	48 (94,1%)	13 (25,5%)	17 (33,3%)	24 (47,1%)	11 (21,6%)

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 43,9 ±18,8 tuổi

Bảng 2. Số ổ loét trước và sau điều trị

Số ổ loét	Trước điều trị (n=51)		Sau điều trị (n=51)		p
	N	%	N	%	
1	37	72,6	10	19,6	p=0,13
≥ 2	14	27,4	3	5,9	

Nghiên cứu trên 51 bệnh nhân trước và sau điều trị với kết quả tỷ lệ bệnh nhân có 1 ổ loét giảm từ 72,6% xuống 19,6%; tỷ lệ bệnh nhân có từ 2 ổ loét trở lên giảm từ 27,4% xuống 5,9%.

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh nội soi loét hành tá tràng

Đặc điểm ổ loét	n	Tỷ lệ %
Vị trí	Mặt trước	29 (56,9)
	Mặt sau	8 (15,7)
	Đôi nhau	14 (27,4)
Kích thước (mm)	≤10	27 (52,9)
	11-15	23 (45,1)
	>15	1 (2)
Số ổ loét	1 ổ	36 (70,5)
	≥ 2 ổ	15 (29,5)

Đa số đối tượng nghiên cứu có vị trí ổ loét nằm ở mặt trước (56,9%), kích thước <10mm (52,9%) và có 1 ổ loét (70,5%). Chỉ có 2% số đối tượng có kích thước ổ loét >15mm.

Bảng 4. Tỷ lệ diệt trừ HP của phác đồ nội tiếp

Hiệu quả diệt trừ	n	Tỷ lệ %
Diệt trừ HP	42	82,4
Còn HP	9	17,6
Tổng	51	100,0

Trong số 51 bệnh nhân, sau điều trị có 42 bệnh nhân diệt trừ được HP chiếm 82,4%

Bảng 5. Tác dụng phụ khi dùng phác đồ nội tiếp

Tác dụng phụ	N	%
Đau bụng	1	2
Ỉa lỏng	0	0
Mệt mỏi	10	19,6
Nôn, buồn nôn	5	9,8
Đau đầu	4	7,8
Đắng miệng	11	21,6
Số bệnh nhân có tác dụng phụ	13	25,5

Trong số đối tượng nghiên cứu có 25,5% bệnh nhân có tác dụng phụ. Tuy nhiên, không có trường hợp nào phải dừng điều trị do tác dụng phụ của thuốc. Tác dụng phụ hay gặp nhất là đắng miệng (21,6%) và mệt mỏi (19,6%).

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu, đánh giá 51 đối tượng loét hành tá tràng dương tính với HP tại khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai chúng tôi có

nhận xét và bàn luận như sau:

Vai trò của HP trong loét dạ dày tá tràng đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu với trên 90% loét hành tá tràng, 70-90% loét dạ dày. Người mang HP có nguy cơ bị loét dạ dày hành tá tràng gấp 3,5 lần so với nhóm không mang vi khuẩn. Malfertheiner 2007 thấy tỷ lệ loét hành tá tràng ở nhóm nhiễm HP cao hơn 15 lần so với nhóm không nhiễm[4]. Trên thế giới hiện nay có rất nhiều phác đồ điều trị loét dạ dày tá tràng do HP được đánh giá trong các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng nhưng vẫn chưa thể xác định được phác đồ điều trị tối ưu. Phác đồ điều trị được chọn phải hiệu quả, nhưng cũng cần phải tính đến các yếu tố chi phí, tác dụng phụ và tiện lợi trong sử dụng. Trong những đầu năm 1990, một số nghiên cứu điều trị loét dạ dày hành tá tràng với phác đồ OAM (Omeprazol, Amoxicillin, Metronidazol), OAC (Omeprazol, Amoxicillin Clarithromycin) 7-14 ngày, Tỷ lệ diệt trừ có thể đạt >90%. Điều trị diệt trừ HP trong nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng phác đồ nội tiếp 14 ngày: 7 ngày đầu dùng Esomeprazole và Amoxicilin, 7 ngày sau dùng Esomeprazole, Clarithromycin và Metronidazole để điều trị bệnh nhân loét hành tá tràng. Kết quả diệt trừ HP được ghi nhận trong 51 bệnh nhân loét hành tá tràng dương tính với HP có 42 bệnh nhân diệt trừ HP chiếm 82,4% còn 9 trường hợp (17,6%) điều trị thất bại. Garza GE và cộng sự năm 2007 cho kết quả với tỷ lệ diệt trừ HP theo PP (per protocol) trên 59 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ chuẩn RAC (Rabeprazole, Amoxicillin, Clarythromycin), 7 ngày so với 14 ngày. Tỷ lệ diệt trừ thành công phân tích theo ITT (Intention To Treat) là 86,7% so với 62,1% và theo PP là 89,7% so với 72%[5]. Vấn đề sử dụng phác đồ 3 thuốc với tăng thời gian điều trị từ 7 lên 14 ngày cho thấy hiệu quả diệt trừ cao hơn khoảng 5%. Cần có các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu, đánh giá 51 đối tượng loét hành tá tràng HP (+) đến khám tại khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai chúng tôi có kết luận như sau, đây là phác đồ diệt trừ HP đạt hiệu quả cao và gặp ít tác dụng không mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De Francesco, V., et al., Sequential treatment for Helicobacter pylori does not share the risk factors of triple therapy failure. Aliment Pharmacol Ther, 2004. **19**(4): p. 407-14.
2. Vaira, D., et al., Sequential therapy versus standard triple-drug therapy for Helicobacter pylori

- eradication - A randomized trial. Annals of internal medicine, 2007. **146**: p. 556-63.
3. Adachi, K., et al., Comparison of five-day Helicobacter pylori eradication regimens: rabeprazole-based and omeprazole-based regimens with and without omeprazole pretreatment. Current Therapeutic Research, 2003. **64**(7): p. 412-421.
 4. Malfertheiner, P., et al., Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. Gut, 2007. **56**(6): p. 772-81.
 5. Garza González, E., et al., [Helicobacter pylori eradication and its relation to antibiotic resistance and CYP2C19 status]. Rev Esp Enferm Dig, 2007. **99**(2): p. 71-5.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ VÔI HOÁ MẠCH VÀNH TRÊN CLVT 256 DÂY

Nguyễn Đình Minh*, Hoàng Văn Hậu**, Nguyễn Thanh Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ liên quan vôi hoá mạch vành trên CLVT-256 dây. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang các trường hợp được chụp CLVT 256 mạch vành từ tháng 3 đến 7/2021. **Kết quả:** 545 BN gồm 261 nam và 264 nữ. Tuổi trung vị là 72 tuổi (63-79), thấp nhất là 39 và cao nhất là 100 tuổi); trong đó tuổi trung vị của nam là 71 tuổi (60-79) thấp hơn của nữ là 73 tuổi (65-80) ($p < 0,01$). Về nguy cơ, nam giới có tỉ lệ uống rượu (24,1%) cao hơn ở nữ giới (1,8%) với tỷ suất chênh OR: 17,8 [95%CI: 7,0-44,9] ($p < 0,01$). Mặt khác, tỉ lệ nam giới hút thuốc lá (20,3%) cũng cao hơn so với nữ giới (2,1%) với tỷ suất chênh OR: 11,8 [95%CI = 5,0-28,0] ($p < 0,01$). Trên chụp CLVT 256 dây có 341 BN có VHMV, chiếm 62,6%. Về vôi hoá, tỉ lệ VHMV ở BN >60 tuổi (70,2%) là cao hơn những BN ≤60 tuổi (31,1%) ($p < 0,01$), tỷ suất chênh hồi quy đa biến là 6,0 [95%CI: 3,7 – 9,9] ($p < 0,01$). Nam giới có tỉ lệ VHMV (67%) cao hơn so ở nữ giới (58,5%) ($p = 0,04$), trong đó tỉ suất chênh của hồi quy đa biến là 1,8 [95%CI: 1,2-2,7] ($p < 0,01$). Mặt khác, các BN cao huyết áp có tỉ lệ VHMV (69,4%) cao hơn so với nhóm không cao huyết áp (55,8%), tỷ suất chênh hồi quy đơn biến là 1,8 [1,3-2,5] ($p < 0,01$), và tỉ lệ VHMV ở BN đái đường (74%) cao hơn các trường hợp không mắc bệnh này (60,1%) với tỷ suất chênh hồi quy đơn biến là 1,8 [1,2-3,1] ($p = 0,01$). Tuy nhiên, hai yếu tố này không thấy có liên quan ý nghĩa với VHMV trong kết quả phân tích hồi quy đa biến ($p > 0,05$). **Kết**

luận: Vôi hoá mạch vành có liên quan ý nghĩa đến các yếu tố về tuổi, giới, cao huyết áp và đái tháo đường.

Từ khóa: vôi hoá mạch vành, CLVT-256 dây, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

RISK FACTORS AND CORONARY ARTERY CALCIFICATION ON 256 SLICE CT-SCANNER

Objectives: study some risk factors related to coronary artery calcification (CAC) on CT-256 slices. **Subjects and methods:** a cross-sectional descriptive study of coronary angiogram on CT 256 slices from March to July 2021. **Results:** total 545 patients, including 261 male and 264 female. Median age was 72 years (63-79), from 39 to 100 years old; in which the median age of male is 71 years old (60-79) lower than that of female, 73 years old (65-80) ($p < 0.01$). Regarding the risks, men were more likely to drink alcohol (24.1%) than women (1.8%) with an odds ratio: 17.8 [95% CI: 7.0-44.9] ($p < 0.01$). On the other hand, the percentage of men who smoking (20.3%) was also higher than that of women (2.1%) with odds ratio: 11.8 [95%CI = 5.0-28.0] ($p < 0.01$). On CT 256 slices, there were 341 patients with CAC, accounting for 62.6%. The incidence of CAC in 60-years-old and over group (70.2%) was higher than in the younger group (31.1%) ($p < 0.01$), multivariable regression odds ratio was 6,0 [95%CI: 3.7 – 9.9] ($p < 0.01$). Men had a higher rate of CAC (67%) than women (58.5%) ($p = 0.04$), in which the odds ratio of multivariable regression was 1.8 [95%CI: 1,2-2,7] ($p < 0.01$). Moreover, the hypertensive patients had a higher rate of CAC (69.4%) than the normotensive group (55.8%), the univariate odds ratio was 1.8 [1.3- 2.5] ($p < 0.01$), and the prevalence of CAC in diabetic patients (74%) was higher than in patients without diabetes (60.1%) with univariate odds ratio of 1,8 [1,2-3,1] ($p = 0.01$). However, these two factors were not found to be significantly related to CAC in the results of multivariable regression analysis ($p > 0.05$).

*Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

**Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdr24@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 13.12.2021

Ngày duyệt bài: 24.12.2021