

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ BẰNG KỸ THUẬT NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

Nguyễn Anh Tân*, Dương Hồng Thái**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phương pháp điều trị sỏi ống mật chủ (OMC) bằng nội soi mật tụy ngược dòng từ 1/2020 đến 8/2021 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến hành trên 51 bệnh nhân. Những bệnh nhân có sỏi ống mật chủ lần đầu hoặc tái phát được chẩn đoán dựa vào lâm sàng, siêu âm ổ bụng và CT Scanner hoặc MRI. **Kết quả:** Trong nghiên cứu này số bệnh nhân có tiền sử mổ lấy sỏi ống mật chủ chiếm 17,6%, kích thước sỏi từ 1cm trở lên chiếm 58,8%. Kỹ thuật lấy sỏi: - Bằng rọ 25,5% - Bằng rọ, bóng 51% - Bằng bóng 23,5%. Kết quả lấy sỏi: -Hết hoàn toàn: 92,2% -Hết một phần+Đặt stent nhựa 7,8%. **Kết luận:** Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) điều trị sỏi ống mật chủ là một kỹ thuật nội soi can thiệp qua đường tự nhiên, có nhiều ưu điểm, tỷ lệ thành công cao.

SUMMARY

THE TREATMENT OF THE COMMON BILE DUCT (CBD) STONES BY ERCP IN BAC NINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: Assessment the treatment effects of ERCP therapy on the common bile duct stones patients, between January 2020 and August 2021 at Bac Ninh General Hospital. **Methods:** CBD stones were treated ERCP in 51 patients for both primary and recurrent stones. **Results:** 17.6% of patients were recurrent choledocholithiasis. 58.8% of patients had stones less than 1cm of diameter. Stones extraction technique using dormia alone in 25,5% , using dormia plus ballon in 51%, using ballonin 23.5%. Stone removal results: -Completely clearance of stones in 92.2% - partially removed stones + Stent placement in 7.8% **Conclusion:** CBD stones removal using ERCP is an intervention endoscopy procedure with high success and low complication rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý sỏi ống mật chủ khá phổ biến ở nước ta cũng như các nước đang phát triển và là bệnh lý đặc trưng của các nước nhiệt đới [2], [3], [6], [9]. Cho đến nay tại Việt Nam tình trạng vệ sinh ăn uống và dự phòng có tiến bộ nhiều nhưng sỏi ống mật chủ vẫn còn phổ biến và gây ra nhiều biến chứng trầm trọng [2], [3]. Vị trí sỏi có thể ở

đường mật trong và ngoài gan hoặc túi mật dẫn đến nhiều biến chứng nặng nề [7]. Sỏi ống mật chủ với tam chứng: đau hạ sườn phải, sốt, vàng da sẽ xuất hiện các mức độ nhiễm trùng khác nhau [6].

Khoảng hơn hai thập kỷ nay, nhờ áp dụng siêu âm, việc chẩn đoán bệnh lý sỏi ống mật chủ đã có rất nhiều tiến bộ [8], [9]. Do đó việc điều trị sỏi ống mật chủ cũng đã phát triển ngày càng rõ rệt, với nhiều phương pháp tối ưu được lựa chọn. Hiện nay ngoài ngoài phương pháp phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi thì kỹ thuật lấy sỏi OMC bằng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là kỹ thuật đang được áp dụng rộng rãi trên nhiều trung tâm y tế trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Kỹ thuật này càng ngày ERCP càng chứng tỏ được tính ưu việt của nó và thay thế được phần lớn các loại phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi đường mật [3], [8], [9]. Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh cho đến nay cũng đã thực hiện để điều trị cho nhiều bệnh nhân sỏi đường mật. Mục tiêu của đề tài nghiên cứu: *Đánh giá kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh Viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tìm hiểu những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 51 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi OMC nhập viện điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ 1/2020 đến 8/2021.

Tuổi trung bình 65,02 ± 15,95 tuổi.

Tỷ lệ nam giới chiếm tỷ lệ 39,2% thấp hơn so với nữ giới 60,8%.

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Những BN được chẩn đoán là sỏi OMC (lần đầu hoặc tái phát) dựa vào lâm sàng, siêu âm và CTscanner hoặc MRI [1], [3].

Các tiêu chuẩn lựa chọn [1]:

+ Có hoặc không có tam chứng Charcot trên lâm sàng;

+ Có SOMC trên ít nhất một trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (MRCP/CMQDL/ERCP) hoặc lấy được sỏi qua ERCP;

+ Bệnh nhân đồng ý can thiệp lấy sỏi qua ERCP.

Tiêu chuẩn loại trừ

+ Có các chống chỉ định nội soi đường tiêu hóa trên hoặc thông nhú thất bại (không chụp được đường mật qua ERCP).

*Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh

**Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tân

Email: bstanbvbacninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2022

Ngày duyệt bài: 21.2.2022

- + Bệnh nhân có sỏi ống mật chủ nhiều viên, kích thước lớn.
- + Sỏi kết hợp với bệnh lý ác tính đường mật hoặc u đầu tụy.
- + Sỏi ống mật chủ đang có biến chứng ngoại khoa cấp cứu.
- + Bệnh nhân sức khỏe nguy kịch đe dọa tử vong.
- + Bệnh nhân đã cắt đoạn dạ dày nối BillrothII hay Roux- en- Y.

Phương pháp tiến hành

Nguyên tắc: Nội soi tiếp cận nhú tá lớn; bơm thuốc cản quang qua dao cắt vào đường mật phát hiện sỏi, tiến hành cắt hoặc nong cơ vòng Oddi đủ rộng, rồi lấy sỏi bằng rọ hoặc bằng bóng, bơm thuốc cản quang kiểm tra lại đường mật.

Chuẩn bị bệnh nhân. Làm đầy đủ các xét nghiệm tiền phẫu như một can thiệp phẫu thuật, kháng sinh dự phòng, nhịn ăn trước can thiệp 6-8giờ, gây mê nội khí quản, tư thế bệnh nhân nằm nghiêng trái hơi sấp.

Chuẩn bị dụng cụ [1]

- Máy soi tá tràng cửa sổ bên CV-170 (hãng Olympus, Nhật Bản); máy cắt đốt PSD-30 (hãng Olympus, Nhật bản).
- Các dụng cụ can thiệp: Dao cắt cơ vòng; dây dẫn; rọ lấy sỏi, kim sinh thiết, clip; bóng nong đường mật, bóng lấy sỏi; dụng cụ tán sỏi (hãng Olympus).
- Thuốc: cản quang (Telebrix[®]), tiền mê và mê tĩnh mạch (Seduxen[®], Midazolam[®], Fentanyl[®], Propofol[®]), gel bôi trơn (KY[®]), giãn cơ trơn (Buscopan[®]), cầm máu và các thuốc cấp cứu khác.

Các bước tiến hành

- + Gây mê theo qui trình, đặt ống nội khí quản.
- + Bệnh nhân nằm nghiêng trái, ngậm ngáng miệng.
- + Đưa máy soi qua thực quản- dạ dày xuống tá tràng.
- + Tìm và thông nhú vào đường mật, bơm thuốc cản quang chụp đường mật và đường tụy với tỷ lệ pha loãng 50%.
- + Cắt hoặc nong cơ vòng và lấy sỏi bằng rọ hoặc bằng bóng, nếu sỏi có kích thước trên 2cm và cứng hoặc kẹt rọ sẽ tán sỏi cơ học sau đó lấy ra ngoài.
- + Cắt cơ vòng và đặt stent trong các trường hợp: sỏi to, cứng, nhiều viên, toàn thân nặng không cho phép kéo dài thời gian can thiệp.
- + Bơm rửa đường mật và chụp lại kiểm tra.
- Theo dõi các tai biến sau can thiệp trong 24- 48 giờ tại phòng bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	20	39,2
Nữ	31	60,8
Tổng	51	100

Nhận xét: Tuổi trung bình: 65,02 ± 15,95 (23 đến 86 tuổi)

Bảng 2. Tiền sử mổ sỏi mật

Tiền sử	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khỏe	33	64,7
GCOM	2	3,9
Mổ SOMC/TM	9	17,6
ERCP	4	7,8
Mổ/ ERCP	3	5,9
Tổng	51	100

Nhận xét: đa số bệnh nhân khỏe mạnh (64,7%)

Bảng 3. Kết quả mức tăng số lượng bạch cầu trước khi can thiệp

Số lượng bạch cầu	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
≤ 10 G/l	16	31,4
> 10 G/l	35	68,6
Tổng	51	100

Nhận xét: chủ yếu bệnh nhân bị tăng bạch cầu trước khi thực hiện thủ thuật.

Bảng 4. Đường kính OMC trên hình ảnh ERCP

Đường kính OMC	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<10 mm	10	19,6
10 - 20 mm	34	66,7
>20mm	7	13,7
Tổng	51	100

Nhận xét: chủ yếu bệnh nhân có sỏi kích thước 10-20 mm (66,7%)

Bảng 5. Kích thước CCVO

Kích thước CCVO	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<5 mm	18	35,3
5 - 10 mm	31	60,8
>10mm	2	3,9
Tổng	51	100

Nhận xét: chủ yếu bệnh nhân có kích thước CCVO từ 5-10 mm

Bảng 6. Số lượng sỏi OMC

Số lượng sỏi OMC	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Sỏi bùn	7	13,7
1 viên	31	60,8
2-3 viên	11	21,6
>3 viên	2	3,9
Tổng	51	100

Nhận xét: chủ yếu bệnh nhân có sỏi 1 viên và 2-3 viên (60,8 và 21,6%)

Bảng 7. Kích thước sỏi OMC

Kích thước sỏi OMC	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Sỏi bùn và sỏi < 1cm	21	41,2
Sỏi ≥ 1cm	30	58,8
Tổng	51	100

Nhận xét: kích thước viên sỏi thường >1cm (58,8)

Bảng 8. Kết quả lấy sỏi

Kết quả lấy sỏi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Hết hoàn toàn	47	92,2
Hết một phần + Đặt stent nhựa	4	7,8
Tổng	51	100

Nhận xét: tỉ lệ bệnh nhân lấy hết sỏi đạt được cao (92,2%), chỉ một số bệnh nhân còn sót sỏi hoặc không lấy hết được (7,8%).

Bảng 9. Tai biến sau thủ thuật

Loại tai biến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không có	47	92,2
Chảy máu	1	2,0
VTC	3	5,8
Tổng	51	100

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ giới: nam/nữ là: 1/1,55. Tỷ lệ này tương đương của Trần Như Nguyễn Phương (2012), tỷ lệ này là 1/1,6 [5]; của Gomi (2017) là nam/nữ là 1/1,4 [6].

Về độ tuổi mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là 65,02 tuổi ($65,02 \pm 15,95$ tuổi), tuổi được can thiệp thấp nhất là 23 và cao nhất là 86 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi trên 60 có 34 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7%. Nhóm tuổi dưới 40 và từ 40 - 59 tuổi chiếm tỷ lệ tương ứng (9,8% và 23,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả như Nguyễn Trung Cường (2016), nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 61,9% [2]. Tác giả Hồ Thị Kim Chi (2013) nghiên cứu trên 186 bệnh nhân sỏi ống mật chủ được làm NSMTND, ghi nhận sỏi mật gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau từ người trẻ cho đến người cao tuổi. Trong đó tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi và tuổi lớn nhất là 93 tuổi, lứa tuổi 60 - 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (41,4%) [3].

Về tiền sử mổ sỏi mật: Về tiền sử sỏi mật và can thiệp đường mật: kết quả nghiên cứu từ bảng 3.4 cho thấy bệnh nhân phẫu thuật lấy sỏi kết hợp với ERCP lấy sỏi chỉ gặp 03 trường hợp, chiếm tỷ lệ 5,9%. Bệnh nhân cắt túi mật do sỏi chiếm tỷ lệ 17,6% và chỉ được làm ERCP lấy sỏi chiếm tỷ lệ 7,8%. Trong khi đó, các bệnh nhân chưa có tiền sử phẫu thuật gặp nhiều nhất 33/51 (64,7%). Trong nhóm nghiên cứu có 31,3%

bệnh nhân có tiền sử ít nhất 01 lần mổ lấy sỏi đường mật hoặc sỏi túi mật. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu khác thấy 85% bệnh nhân phẫu thuật lấy sỏi tại Bệnh viện Việt- Đức có tiền sử liên quan, trong đó đã mổ sỏi mật là 30%, GCOM là 5% [2].

Về tỷ lệ bạch cầu trước khi can thiệp:

Trong nghiên cứu của chúng tôi giá trị trung bình của bạch cầu trong máu trước khi làm thủ thuật NSMTND là 13,11G/l, và có 35 bệnh nhân, chiếm 68,6%, có lượng bạch cầu đáp ứng tiêu chuẩn viêm. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của một số tác giả như Nguyễn Trung Cường (2016), số lượng bạch cầu tăng ≥ 10G/l chiếm 40,14% (chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính) [2], [5].

Về đường kính OMC: Nhóm nghiên cứu chúng tôi có 10 BN (19,6%) trên X quang đường mật kích thước OMC <10mm, 34 BN (66,7%) kích thước OMC 10-20mm, 7 BN (13,7%) kích thước OMC >20mm. Đường kính OMC trung bình là $15,34 \pm 6,04$ mm lớn hơn so với đường kính OMC trung bình ghi nhận trên siêu âm, điều này phù hợp với lý thuyết của chẩn đoán hình ảnh cho rằng đường kính OMC nhỏ hơn nếu đo trên siêu âm hoặc CT-Scanner, bởi vì chất cản quang bơm vào làm dẫn đường mật [7].

Về CCVO: Chiều dài đường cắt cơ vòng tùy thuộc vào kích thước cơ vòng, độ lớn của nhú, có túi thừa cạnh nhú kèm theo hay không, hình ảnh đoạn cuối OMC dẫn hay có đoạn hẹp [8]. Độ rộng sau cắt cơ vòng như thế nào là đủ để lấy sỏi có thể được đo bằng dao cựa 15mm đường kính rồi kéo qua lỗ cơ vòng đã cắt dễ dàng, nếu dao kéo ra khó khăn có thể cắt thêm cho đủ [9]. Hồ Đăng Quý Dũng, Phạm Hữu Tùng cho rằng khi CCVO nên tính toán, không lạm dụng cắt quá rộng, nếu sỏi to thì cắt rộng, sỏi nhỏ thì không cần [4]. Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều cắt cơ vòng với tỷ lệ thành công của đặt dao vào OMC 100% vì chúng tôi chỉ cắt rộng cơ vòng để lấy sỏi khi chắc chắn dao nằm đúng trong OMC.

Về số lượng sỏi: Trong 51 bệnh nhân, số bệnh nhân có 1 viên sỏi là 60,8%; có 21,6% bệnh nhân 2-3 viên sỏi; đặc biệt có 02 bệnh nhân có lớn hơn 3 viên sỏi. Đa số các tác giả trong nước gặp sỏi 1 viên chiếm tỷ lệ cao. Một số tác giả nghiên cứu thấy tỉ lệ gặp sỏi 1 viên là nhiều nhất chiếm 43,05% [3].

Về kích thước sỏi OMC: Nhóm có kích thước sỏi < 1cm trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 41,2%. Trong nhóm này, chúng tôi chỉ dùng rọ hoặc bóng đơn thuần kéo sỏi ra ngoài. Nhóm có kích thước sỏi ≥ 1cm chiếm tỷ lệ 58,8%, đa số chúng tôi lấy sỏi bằng rọ kết hợp

với bóng kéo sỏi để lấy sỏi, và không cần dùng đến loại rọ tán sỏi. Đặc biệt có 4 bệnh nhân có kích thước sỏi > 2 cm chúng tôi phải kết hợp đặt stent nhựa sau lấy sỏi một phần.

Về kết quả lấy sỏi: Tỷ lệ lấy hết sỏi sau can thiệp lần 1 là 92,2%. Có 04 trường hợp kích thước sỏi to (chiếm 7,8%), nên chúng tôi chỉ lấy được một phần sỏi và đặt stent nhựa để dẫn lưu mật; trong đó có 01 trường hợp sau 01 tháng chúng tôi tiến hành rút stent và lấy hết sỏi lần 2. Kết quả của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu trong nước như Mai Hồng Bằng [1] là 93- 97% thấy thành công với SOMC đơn thuần là 90%, với các trường hợp VTC do sỏi cho tỉ lệ thành công là 100%, với những bệnh nhân có nguy cơ cao không lấy được sỏi thì đặt stent dẫn lưu.

Tai biến, biến chứng: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp có biến chứng sau thủ thuật NSMTND, đó là 3 trường hợp viêm tụy cấp, chiếm tỷ lệ 5,8% và 1 trường hợp chảy máu, chiếm 2%. Còn lại các bệnh nhân không có tai biến hay biến chứng khác. Qua đó khẳng định được vai trò của NSMTND, đây là phương pháp điều trị nhẹ nhàng, có hiệu quả và độ an toàn cao để dẫn lưu, giải áp đường mật, đặc biệt khi điều trị nội khoa nhiễm trùng đường mật thất bại.

V. KẾT LUẬN

- Khả năng lấy sỏi gần như triệt để (92,2%).
- Tỷ lệ tai biến thấp (92,2%).
- Chủ yếu là các bệnh nhân nữ (60,8%), có 1 viên sỏi, kích thước >1cm

Khuyến nghị. Đây là thủ thuật khó và phức tạp, có không ít biến chứng, đòi hỏi có sự phối hợp chặt chẽ với các chuyên khoa khác; do đó

các bác sĩ nội soi phải được đào tạo bài bản và chuẩn bị thật kỹ lưỡng trước khi triển khai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Hồng Bằng (2012)**, "Nghiên cứu nội soi mật tụy ngược dòng trong chẩn đoán và điều trị sỏi, giun ống mật chủ tại Bệnh viện TƯQĐ 108", Tạp chí Y dược học quân sự. 37(4), tr. 65-70.
2. **Nguyễn Trung Cường (2016)**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sỏi ống mật chủ đơn thuần bằng nội soi can thiệp đường mật ngược dòng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 06/2011 - 06/2016, Luận văn Thạc sỹ y học Đại học Y Hà Nội.
3. **Hồ Thị Kim Chi (2013)**, Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ngược dòng, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Hồ Đăng Quý Dũng và cs (2012)**, "Đánh giá tình hình nội soi chạp mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2011", Tạp chí Y học thực hành. số 832+833, tr. 34-40.
5. **Trần Như Nguyễn Phương (2010)**, "Nghiên cứu ứng dụng nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị sỏi OMC", Luận án chuyên khoa cao cấp II – Trường Đại học Y dược Huế.
6. **Gomi et al.(2017)**, "Updated comprehensive epidemiology, microbiology, and outcomes among patients with acute cholangitis", Journal of Hepato-biliary-pancreatic Sciences. 24(6), tr. p. 310-318.
7. **Kiriyama và et al. (2018)**, "Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos).", Journal of Hepato-biliary-pancreatic Sciences. 25(1), tr. p. 17-30.
8. **Kiriyama S và et al. (2017)**, "New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis in revised Tokyo Guidelines", J Hepato-Biliary-Pancreat Sci. 19(5), tr. p. 548-56.
9. **Yasuda (2010)**, "Management of the bile duct stone: current situation in Japan", Digestive Endoscopy. 22 Suppl 1, tr. S76-78.

CHUYỂN ĐỔI KỸ THUẬT TỪ ADAPT SANG SOLUMBRA TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CẤP: KINH NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn*, Nguyễn Văn Khôi*

TÓM TẮT

Mở đầu: Các kỹ thuật lấy huyết khối cơ học (LHKCH) chính gồm: lấy huyết khối bằng stent (LHKBS), hút huyết khối bằng ống thông (ADAPT) và kỹ thuật Solumbra (kết hợp hút huyết khối bằng ống

thông và lấy huyết khối bằng stent), có thể chuyển đổi cho nhau. Mục đích của nghiên cứu này là báo cáo hiệu quả tăng thêm của việc chuyển đổi kỹ thuật từ ADAPT sang Solumbra ở những bệnh nhân đột quỵ tái thông mạch không thành công. **Phương pháp nghiên cứu:** Đây là một báo cáo loạt ca, hồi cứu, đơn trung tâm, tất cả các bệnh nhân nhập Bệnh viện Chợ Rẫy và được can thiệp nội mạch bằng kỹ thuật ADAPT và Solumbra trong thời gian từ 01/2019 đến 12/2021. Ở 103/137 (75,2%) bệnh nhân, ADAPT được sử dụng như kỹ thuật đầu tay. Chuyển đổi kỹ thuật được định nghĩa là sự khác biệt giữa kỹ thuật đầu tiên được áp dụng và kỹ thuật cuối cùng. Sự tái thông mạch được đánh giá bằng thang điểm TIC1 với thành công được

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn

Email: nhattuan_234@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.12.2021

Ngày phản biên khoa học: 20.01.2022

Ngày duyệt bài: 15.2.2022