

V. KẾT LUẬN

Phục hồi chức năng sớm trên bệnh nhân chấn thương sọ não nặng giúp bệnh nhân có sự cải thiện rõ rệt về mức độ thức tỉnh, mức độ vận động và chức năng sinh hoạt hàng ngày và tình trạng khuyết tật, giúp duy trì tình trạng co cứng của bệnh nhân không tăng lên. Không ghi nhận tác dụng không mong muốn trong và sau khi can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Choi JH, Jakob M, Stapf C, Marshall RS, Hartmann A, Mast H. Multimodal early rehabilitation and predictors of outcome in survivors of severe traumatic brain injury. *J Trauma*. 2008;65(5):1028-1035. doi:10.1097/TA.0b013e31815eba9b
2. Hoffmann B, Düwecke C, von Wild KRH. Neurological and social long-term outcome after early rehabilitation following traumatic brain injury. 5-year report on 240 TBI patients. *Acta Neurochir Suppl*. 2002;79:33-35. doi:10.1007/978-3-7091-6105-0_6
3. Kreitzer N, Rath K, Kurowski BG, et al.

Rehabilitation Practices in Patients With Moderate and Severe Traumatic Brain Injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2019;34(5):E66-E72. doi:10.1097/HTR.0000000000000477

4. Lưu Quang Thủy. Nghiên cứu Vai Trò Doppler Xuyên Sọ Trong Xác Định Áp Lực Nội Sọ và Xử Trí Cột Thắt Mạch Não ở Bệnh Nhân CTSN Nặng. Luận An Tiễn Sỷ Đại Học Y Hà Nội. 2016.
5. Enslin JMN, Rohlwick UK, Figaji A. Management of Spasticity After Traumatic Brain Injury in Children. *Front Neurol*. 2020;11:126. doi:10.3389/fneur.2020.00126
6. Fan M chao, Li S fang, Sun P, et al. Early Intensive Rehabilitation for Patients with Traumatic Brain Injury: A Prospective Pilot Trial. *World Neurosurg*. 2020;137:e183-e188. doi:10.1016/j.wneu.2020.01.113
7. Formisano R, Azicnuda E, Sefid MK, Zampolini M, Scarponi F, Avesani R. Early rehabilitation: benefits in patients with severe acquired brain injury. *Neurol Sci*. 2017;38(1):181-184. doi:10.1007/s10072-016-2724-5
8. Bartolo M, Bargellesi S, Castioni CA, et al. Early rehabilitation for severe acquired brain injury in intensive care unit: multicenter observational study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2016; 52(1):90-100.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI DÍNH CÓ TẠO HÌNH MÀNG NHỖ BẰNG SỤN VÀ CHỈNH HÌNH XƯƠNG CON

Nguyễn Thị Tố Uyên¹, Trịnh Đắc Chung²

TÓM TẮT

Phương pháp: Sử dụng phương pháp mô tả từng trường hợp có can thiệp nhằm đánh giá kết quả sau tạo hình hệ thống xương con và phục hồi màng nhĩ bằng sụn ở bệnh nhân viêm tai dĩnh. **Kết quả:** Có 15 bệnh nhân với 16 tai phẫu thuật. Độ tuổi trung bình là 40,06 ± 11,16 tuổi. Gián đoạn chuỗi xương con do mòn cạnh xuống xương đe ở 14/16 tai (87,5%), xương bẹn đập còn nguyên vẹn ở 16/16 tai. Vật liệu làm trụ dẫn đa dạng: xương đe 5/16 tai, sụn 7/16 tai và mảnh vỏ xương chũm 4/16 tai. Tất cả 13/13 tai tạo hình màng nhĩ toàn bộ bằng sụn không tái phát viêm tai dĩnh, trong khi đó 2/3 tai tạo hình màng nhĩ một phần bằng sụn có tái phát viêm tai dĩnh. Sau phẫu thuật, trung bình ngưỡng nghe đường xương tốt lên 6,01 ± 9,88 dB, trung bình PTA tốt lên 9,76 ± 13,58 dB, trung bình ABG cải thiện PT 3,67 ± 13,75 dB. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị viêm tai dĩnh nên tạo hình màng nhĩ toàn bộ bằng sụn để tránh tái phát bệnh, việc kết hợp chỉnh hình xương con giúp cải

thiện chức năng nghe.

Từ khóa: viêm tai dĩnh, chỉnh hình màng nhĩ bằng sụn, tạo hình xương con

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF OSSICULAR CHAIN RECONSTRUCTION AND CARTILAGE TYMPANOPLASTY IN PATIENTS WITH ADHESIVE OTITIS MEDIA

Method: Using a descriptive case-by-case approach to evaluate the results of ossicular chain reconstruction and cartilage tympanoplasty. **Results:** There were 15 patients with 16 surgical ears. The mean age was 40.06 ± 11.16 years old. Disruption of the ossicular chain due to erosion of long crus of the incus in 14/16 ears (87.5%), intact stapes in 16/16 ears. Autologous partial ossicular by incus 5/16, cartilage 7/16, mastoid cortex 4/16 ears. All 13/13 cases on whom cartilage tympanoplasty was performed did not have recurrent, while two thirds of patients with partial cartilage tympanoplasty experienced recurrence of adhesive otitis. After surgery, the average cochlear reverse was improved by 6.01 ± 9.88 dB, the average PTA was good by 9.76 ± 13.58 dB, the average ABG improved PT by 3.67 ± 13.75 dB. **Conclusion:** Surgical treatment of adhesive otitis media should shape the entire eardrum with cartilage to avoid recurrence of the disease, the combination of ossicular reconstruction helps to

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tố Uyên

Email: nguyentouyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 14.9.2023

improve hearing function.

Keywords: Adhesive otitis media, cartilage tympanoplasty, ossicular reconstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai dính – VTD (Adhesive otitis media - AOM) là bệnh của cơ quan thính giác, được đặc trưng bởi hiện tượng màng nhĩ bị hút vào khoảng trống của hòm nhĩ và dính vào chuỗi xương con cũng như các phần ở thành trong của tai giữa¹. Theo hệ thống phân loại quốc tế về bệnh tật ICD-10 viêm tai dính có mã H74.1. Viêm tai dính cũng được hiểu là giai đoạn xẹp nhĩ khi đáy túi co kéo bị cố định vào thành trong tai giữa. Bệnh gây nghe kém do tổn thương chuỗi xương con và một số trường hợp có nguy cơ chuyển thành viêm tai cholesteatoma. Phẫu thuật tạo hình hệ thống xương con và phục hồi màng nhĩ là phương pháp căn bản để điều trị viêm tai dính và tái tạo lại chức năng nghe trong đó chất liệu sụn ngày càng được quan tâm. Độ cứng chắc của sụn giúp hạn chế tái phát xẹp nhĩ nhưng ít nhiều ảnh hưởng tới dẫn truyền âm thanh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị viêm tai dính có tạo hình màng nhĩ bằng sụn và chỉnh hình xương con.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 15 BN viêm tai dính với 16 tai được phẫu thuật tạo hình hệ thống xương con và phục hồi màng nhĩ bằng sụn tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ 1/2019 đến tháng 7/2021. Các bệnh nhân được khám nội soi tai mũi họng trước và sau phẫu thuật cắt lớp vi tính xương thái dương, có kết quả đo thính lực trước phẫu thuật và sau phẫu thuật ít nhất 6 tuần.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp.

Phương pháp xử lý số liệu: các số liệu thu được qua bệnh án nghiên cứu được xử lý trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Giới tính: nghiên cứu có 9 BN nữ (60%) và 6 BN nam (40%).

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là $40,06 \pm 11,16$ tuổi, trong đó 11/15 BN (73,33%) từ 30 đến 50 tuổi.

Nghiên cứu có 8 trường hợp viêm tai dính toàn bộ (chiếm 50%), 8 trường hợp viêm tai dính khu trú (chiếm 50%). Màng nhĩ dính vào thành trong hòm nhĩ và chuỗi xương con ở các vị trí: ụ nhô 12/16 (75%), ngành xuống xương đe 16/16 (100%) và cổ xương búa 5/16 (31,3%).

Bảng 1. Tình trạng tổn thương mòn chuỗi xương con trong phẫu thuật (N=16)

Tổn thương ăn mòn xương con		n	%
Xương búa	Mòn cổ xương búa	5	31,25
Xương đe	Mòn ngành xuống	10	62,5
	Mòn ngành ngang	1	6,25
	Mòn thân	3	18,75
	Mòn toàn bộ	3	18,75

Tổn thương mòn chuỗi xương con gặp ở tất cả 16 tai phẫu thuật, mòn xương đe gặp ở toàn bộ 16/16 tai và vị trí hay gặp nhất là ngành xuống với 14/16 tai (87,5%), tiếp theo là mòn cổ xương búa với 31,25%. Tất cả 16/16 tai phẫu thuật xương bàn đạp còn nguyên vẹn.

Bảng 2. Tổn thương gián đoạn chuỗi xương con quan sát được trên phim chụp cắt lớp vi tính và trong phẫu thuật, N = 16

Phim CLVT	Có gián đoạn		Không gián đoạn		Tổng	
	n	%	n	%	N	%
Phẫu thuật	10	62,5	4	25,0	14	87,5
Có gián đoạn	0	0	2	12,5	2	12,5
Không gián đoạn	10	62,5	6	37,5	16	100

Tất cả 16 tai phẫu thuật đều được tạo hình màng nhĩ bằng sụn kèm màng sụn, trong đó 13 trường hợp tạo hình toàn bộ màng nhĩ bằng sụn và 3 trường hợp tạo hình màng nhĩ bằng màng sụn có tăng cường phần sau màng căng bằng sụn.

Bảng 3. Chất liệu tạo hình xương con

Vật liệu tạo hình trụ dẫn	n	%
Thân xương đe	5	31,25
Vỏ xương chũm	4	25
Sụn kèm màng sụn	7	43,75
Tổng số	16	100

Mặc dù trong phẫu thuật có 2/16 tai chuỗi xương con còn liên tục nhưng có biểu bì của túi co kéo bám chặt vào nên vẫn cần gỡ bỏ như vậy nghiên cứu có tất cả 16 tai phẫu thuật đều được tạo hình chuỗi xương con. Tất cả các tai phẫu thuật xương bàn đạp còn nguyên vẹn nên trụ dẫn được nối từ chỏm xương đến màng nhĩ. Vật liệu làm trụ dẫn xương con gồm xương đe 5/16 tai, mảnh vỏ xương chũm 4/16 tai và sụn 7/16 tai.

Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là $9,6 \pm 7,2$ tháng trong đó 25% số trường hợp được theo dõi từ 6-12 tháng và 50% số trường hợp từ 12-36 tháng.

Sau phẫu thuật: cải thiện tình trạng ù tai và nghe kém ở 12/16 tai, không trường hợp nào bị chóng mặt. Không có trường hợp nào bị biến chứng nghe kém tiếp nhận.

Bảng 4. Liên quan giữa tỷ lệ sụn tạo hình màng nhĩ và tái phát viêm tai dính

Tạo hình màng nhĩ bằng sụn	Toàn bộ màng nhĩ	Phần sau màng căng
Không tái phát viêm tai dính	13	1
Tái phát viêm tai dính	0	2

100% trường hợp màng nhĩ được vá kín tuy nhiên 13/13 tai tạo hình màng nhĩ toàn bộ bằng sụn không tái phát viêm tai dính, trong khi đó 2/3 tai tạo hình màng nhĩ một phần bằng sụn có tái phát viêm tai dính.

Thính lực đồ đơn âm trước và sau phẫu thuật được phân tích các giá trị trung bình của ngưỡng nghe đường xương, ngưỡng nghe đường khí (PTA) và khoảng cách giữa đường xương và đường khí (ABG) ở các tần số 500, 1000, 2000 và 4000Hz.

Bảng 5. So sánh các chỉ số trên thính lực đồ trước và sau phẫu thuật

Giá trị trung bình (dB)	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Hiệu số
Đường xương	15,78±12,50	9,60±12,25	6,01±9,88
PTA	43,36±17,5	33,59±14,90	9,76±13,58
ABG	27,65±13,10	23,98±14,30	3,67±13,75

Trung bình ngưỡng nghe đường xương sau phẫu thuật tốt lên 6,01±9,88 dB so với trước phẫu thuật. Trung bình PTA sau phẫu thuật là 33,59 ± 14,9 dB, tốt lên so với trước phẫu thuật 9,76 ± 13,58 dB. Trung bình ABG sau phẫu thuật là 23,98 ± 14,3 dB, hiệu quả so với trước PT 3,67 ± 13,75 dB.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ nhiều hơn nam, tuy nhiên do số lượng bệnh nhân ít nên tỷ lệ này không có giá trị đại diện cho bệnh.

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 40,6 ± 11,16 tuổi, cao hơn trong các nghiên cứu của các tác giả Đào Trung Dũng¹, Khiếu Hữu Thanh² tương tự với nghiên cứu của Keiichi Ichimura⁵. Hầu hết bệnh nhân ở độ tuổi từ 30 đến 50 tuổi (chiếm 73,33%), đây là độ tuổi lao động và việc điều trị bệnh và cải thiện chức năng nghe có ý nghĩa quan trọng.

Nội soi tai trước phẫu thuật có 8 trường hợp viêm tai dính toàn bộ và 8 trường hợp viêm tai dính khu trú với tỷ lệ tương đương nhau là 50%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Cao Minh Thành³, viêm tai dính khu trú là 75,5% nhiều hơn viêm tai dính toàn bộ là 24,5%.

Phân tích thính lực bệnh nhân trước phẫu thuật chúng tôi thấy trung bình ngưỡng nghe

đường khí trước phẫu thuật là 43,36 ± 17,45 dB và trung bình ABG trước phẫu thuật là 27,65 ± 13,71 dB, cả 2 chỉ số này đều thấp hơn trong nghiên cứu của Cao Minh Thành³ với PTA trước phẫu thuật là 46,5 ± 15,5 dB, ABG trước phẫu thuật là 39,7 ± 11,3 dB. Ngưỡng nghe trung bình đường khí trong nghiên cứu này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Wenquan Li⁷, khoảng cách đường khí đường xương cũng tương tự của nghiên cứu của Aisha Larem⁶. Mặc dù 14/16 tai có tổn thương gián đoạn chuỗi xương con nhưng trung bình ABG chỉ ở mức 27,65 ± 13,71 dB, có thể giải thích do màng nhĩ xếp dính vào xương bàn đạp nên việc dẫn truyền âm thanh vẫn liên tục và giá trị ABG được thu hẹp hơn so với gián đoạn xương con trong bệnh cảnh khác.

Tổn thương mòn chuỗi xương con gặp ở tất cả 16 tai phẫu thuật, một tai có thể gặp tổn thương ở 1 hoặc nhiều vị trí của chuỗi xương con. Tổn thương mòn xương đe gặp ở toàn bộ 16/16 tai phẫu thuật và vị trí hay gặp nhất là ngành xuống với 14/16 tai (87,5%). Mòn cổ xương búa hay gặp thứ 2 và liên quan đến tổn thương vùng màng chùng. Trên phim chụp cắt lớp vi tính xương thái dương thấy chuỗi xương con liên tục ở 10/16 tai chiếm 62,5%, chuỗi xương con gián đoạn ở 6/16 tai chiếm 37,5%. Tuy nhiên trong phẫu thuật lại thấy 14/16 tai (87,5%) có gián đoạn chuỗi xương con và đều do tổn thương mòn cạnh xuống xương đe. Sở dĩ tỷ lệ gián đoạn chuỗi xương con phát hiện trong phẫu thuật cao hơn trên phim chụp cắt lớp vi tính do lát cắt không đi qua khớp đe đập. Việc chẩn đoán có gián đoạn xương con trước phẫu thuật giúp chuẩn bị tốt hơn, hiện một số máy chụp cắt lớp có thể dựng hình theo trục chuỗi xương con sẽ giúp hạn chế việc bỏ sót tổn thương này.

Sau phẫu thuật các triệu chứng cơ năng được cải thiện với 75% tai nghe tốt lên và 75% trường hợp đỡ ù tai, gần tương đương với nghiên cứu của Wenquan Li⁷ là 80%.

Tất cả 16/16 trường hợp màng nhĩ kín sau phẫu thuật, kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Aisha Larem⁶ màng nhĩ kín ở tất cả các trường hợp, nghiên cứu của Yu-mei Shen⁸ màng nhĩ kín trong 17/18 trường hợp. Tuy nhiên sau phẫu thuật điều trị viêm tai dính thì có nguy cơ xếp nhĩ tái phát vì vậy phẫu thuật viên thường chọn vật liệu chắc, ít bị áp lực âm trong hòm nhĩ tác động lên. Chúng tôi gặp xếp nhĩ tái phát tại vùng không có sụn ở 2 trong số 3 trường hợp miếng sụn chỉ được dùng để tăng cường phần sau màng căng, còn lại 13/16 tai tạo hình toàn

bộ màng nhĩ bằng sụn không bị xẹp nhĩ tái phát. Như vậy, với viêm tai dính nên tăng cường toàn bộ màng nhĩ bằng sụn.

Vật liệu tái tạo xương con dùng trong nghiên cứu đa dạng (thân xương đe, vỏ xương chũm, sụn kèm màng sụn) và đều là vật liệu tự thân nên tránh được hiện tượng thải ghép, chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào trụ dẫn bị đào thải. Việc lựa chọn vật liệu làm trụ dẫn tùy thuộc vào tổn thương và đường vào của phẫu thuật. Nếu phần thân xương đe hoặc chỏm xương búa không bị biểu bì bám vào sẽ được ưu tiên tái sử dụng với lý do dễ tạo hình và phù hợp về trọng lượng. Trong nghiên cứu, tất cả các trường hợp xương bàn đạp còn nguyên vẹn và màng nhĩ được tạo hình bằng sụn nên trụ dẫn nổi từ chỏm xương bàn đạp đến màng nhĩ không cần quá cao và để tạo hình từ mảnh vỏ xương chũm hoặc sụn kèm màng sụn.

Phân tích thính lực đồ trước và sau phẫu thuật chúng tôi thấy trung bình cả 3 chỉ số ngưỡng nghe đường xương, PTA và ABG đều được cải thiện. Việc trung bình ngưỡng nghe đường xương tốt lên $6,01 \pm 9,88$ dB có thể do trong bệnh lý viêm tai dính màng nhĩ bị hút vào, đè lên xương bàn đạp và gây áp lực với tai trong, sau phẫu thuật sự đè nén này được giải phóng nên dự trữ cốt đạo được cải thiện. Trung bình PTA sau phẫu thuật là $33,59 \pm 14,9$ dB, tốt lên so với trước phẫu thuật $9,76 \pm 13,58$ dB, thấp hơn so với nghiên cứu của Cao Minh Thành³ (PTA sau phẫu thuật tăng $11,7$ dB). Trung bình ABG trước và sau phẫu thuật trong nghiên cứu lần lượt là $26,65 \pm 13,1$ dB và $23,98 \pm 14,3$ dB, như vậy hiệu quả ABG đạt $3,67 \pm 13,75$ dB, chỉ số này thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Cao Minh Thành³ là $11,8$ dB. Tuy nhiên, như đã nói ở

trên, ngưỡng nghe đường xương trong nghiên cứu của chúng tôi tốt lên $6,01 \pm 9,88$ dB so với trước phẫu thuật làm ảnh hưởng đến việc cải thiện chỉ số ABG.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình màng nhĩ bằng sụn là phương pháp căn bản điều trị viêm tai dính và nên tăng cường toàn bộ màng nhĩ bằng sụn để tránh tái phát. Chính hình hệ thống xương con giúp cải thiện chức năng nghe cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Trung Dũng** (2007), "Đánh giá kết quả điều trị xẹp nhĩ", luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
2. **Khiếu Hữu Thanh** (2012), "Nghiên cứu chức năng tai giữa trong các giai đoạn của xẹp nhĩ qua thính lực và nhĩ lượng", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Cao Minh Thành** (2012), "Viêm tai dính: phân loại và xử trí", Tổng hội Y học Việt Nam, Volume (57-8), 81-87.
4. **Nguyễn Lê Thủy** (2015), "Hình thái lâm sàng của xẹp nhĩ qua nội soi tại bệnh viện trường đại học Y Thái Nguyên", Tạp chí khoa học và công nghệ, 134(04), 163-168.
5. **Keiichi Ichimura, Kotaro Ishikawa, Ken-ichi Nakamura, Chizu Saito** (2009), "Cartilage palisade tympanoplasty for adhesive otitis media", Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho, 112(6): 474-9.
6. **Aisha Larem, Hassan Haidar** (2016), "Tympanoplasty in adhesive otitis media: A descriptive study", Epub, 126(12), 2804-2810.
7. **Wenquan Li, Qiang Du, Wuqing Wang** (2019), "Treatment of adhesive otitis media by tympanoplasty combined with fascia grafting catheterization", Epub, 276(10), 2721-2727.
8. **Yu-mei Shen, Wen-qing Sun, Hong Shen, Yong-he Li** (2010), "Tragus cartilage tympanoplasty for treatment of adhesive otitis media", Journal of Southern Medical University, 30(6): 1382-4.

BIẾN CHỨNG SÁNG SAU PHẪU THUẬT TIM

Hà Mạnh Hùng¹, Lê Đình Toàn¹, Lê Văn Quân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm lâm sàng biến chứng sáng ở bệnh nhân hồi sức sau phẫu thuật tim, mối liên quan của sáng với một số yếu tố liên quan và

thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc trên 61 bệnh nhân sau phẫu thuật tim. Bệnh nhân được hồi sức theo phác đồ, đánh giá tình trạng sáng hàng ngày bằng thang điểm CAM-ICU. **Kết quả nghiên cứu:** Sáng sau phẫu thuật tim có tỷ lệ 22,95%, thường gặp ở nhóm phẫu thuật kết hợp bắc cầu chủ vành với thay/sửa van tim (33,33%). Loại sáng hỗn hợp chiếm tỷ lệ chủ yếu (57,14%). Sử dụng kháng sinh nhóm Fluoroquinolon, biến chứng tổn thương thận cấp có nguy cơ làm tăng tỷ lệ sáng. Biến chứng sáng làm tăng thời gian thở máy, thời gian nằm điều trị hồi sức. **Kết luận:** Sáng là vấn đề đáng quan tâm trong hồi

¹Bệnh viện Trung ương quân đội 108

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Hùng

Email: bacsimanhhungbv108@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 13.9.2023