

trung tâm mang lại các bằng chứng có tính cập nhật thuyết phục hơn các nhà nghiên cứu, đặc biệt là các bác sĩ lâm sàng, là người tiếp cận dễ dàng nhất và thực hiện chuẩn mực nhất đối với bệnh nhân.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ehrenstein B.** Diagnosis, treatment and prophylaxis of herpes zoster. *Z Rheumatol.* 2020.79(10), 1009-1017, doi: 10.1007/s00393-020-00915-y
2. **Lin C.S, Lin Y.C, Lao H.C, and Chen C.C.** Interventional Treatments for Postherpetic Neuralgia: A Systematic Review. *Pain Physician.* 2019.22(3), 209-228, doi: 10.1007/s00393-020-00915-y
3. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu. Nhà xuất bản Y học. 2018. 73-76. Tập 1.
4. **Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Văn Đoàn.** Bệnh học và điều trị Thần kinh kết hợp Đông Tây y. Nhà xuất bản Y học chi nhánh TP HCM. 2021. 220-240
5. **Saguil A, Kane S. Mercado M, and Lauters R.** Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management. *Am Fam Physician.* 2017. 96(10), 656-663.
6. **He Y, He J, Miao F, Fan Y, Zhang F, and et al.** A bibliometric and visualization analysis of global research on postherpetic neuralgia from 2000 to 2022: A review. *Medicine (Baltimore).* 2023. 102(45), e34502. doi: 10.1097/MD.00000000000034502.
7. **Tôn Chi Nhân, Lê Thị Mỹ Tiên,** Giáo trình y học cổ truyền cơ sở. Nhà xuất bản Y học chi nhánh TP HCM. 2023
8. **Avijgan M, Hajzargarbashi S.T, Kamran A, Avijgan M.** Postherpetic Neuralgia: Practical Experiences Return to Traditional Chinese Medicine. *J Acupunct Meridian Stud.* 2017. 10(3), 157-164. doi: 10.1016/j.jams.2017.02.003.
9. **Gao N, Li M, Wang W, Wang L, Liu Z, and et al.** Top 100 Most-Cited Papers in Herpes Zoster from 2000 to 2022: A Bibliometric Study. *J Pain Res.* 2023. 16, 1779-1797. doi: 10.2147/JPR.S409616.
10. **Liu Q, Wu X, Guo J, Gao J, Liu B, and et al.** Analgesic Effect of Electroacupuncture on Postherpetic Neuralgia: A Trial Protocol for a Multicenter Randomized Controlled Trial. *Pain Ther.* 2021. 10(2), 1755-1771. doi: 10.1007/s40122-021-00283-8.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM UNG THƯ VÚ DI CĂN CỘT SỐNG

Trần Quang Hiến<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất với khoảng 2,1 triệu ca mắc mới mỗi năm trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ. Đề tài này nhằm xác định một số đặc điểm ung thư vú có di căn cột sống. **Đối tượng, phương pháp:** Thực hiện nghiên cứu mô tả 54 bệnh nhân mắc ung thư vú đã được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, được đánh giá giai đoạn TNM và phân loại dựa vào hóa mô miễn dịch. **Kết quả:** Toàn bộ bệnh nhân có loại mô học tổn thương nguyên phát ở vú là ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập, trong đó có 98,1% bệnh nhân là ung thư biểu mô ống tuyến vú. Mức độ biệt hóa tế bào ung thư trung bình (grad 2), chiếm tỷ lệ lớn nhất (77,8%) và 22,2% bệnh nhân có độ biệt hóa tế bào kém (grad 3). Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu có độ biệt hóa tế bào tốt (grad 1). Đa số bệnh nhân có thời gian phát hiện di căn cột sống tính từ thời điểm khởi phát ung thư vú dưới  $\leq 1$  năm (48,1%). Thời gian trung bình xuất hiện di căn cột sống là  $3,9 \pm 3,2$  năm, sớm nhất là cùng

thời điểm khởi phát ung thư vú nguyên phát và muộn nhất là sau 15 năm. **Kết luận:** Trong các di căn xa của ung thư vú, di căn xương hay gặp nhất, trong đó di căn cột sống chiếm vị trí quan trọng trong các tổn thương di căn xương. **Từ khóa:** ung thư vú, di căn, cột sống, mô bệnh học

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF BREAST CANCER WITH SPINAL METASTASES

**Objective:** Breast cancer is the most common type of cancer with about 2.1 million new cases each year in the world and is the leading cause of cancer death in women. This topic aims to identify some characteristics of breast cancer with spinal metastasis. **Subjects and methods:** Carry out a descriptive study on 54 patients with breast cancer who were diagnosed by histopathology, evaluated for TNM stage and classified based on immunohistochemistry. **Results:** All patients had the histological type of primary breast lesion as invasive breast carcinoma, of which 98.1% of patients had ductal carcinoma. The level of cancer cell differentiation is moderate (grad 2), accounting for the largest proportion (77.8 %) and 22.2 % of patients have poor cell differentiation (grad 3). No patient in the study had good cell differentiation (grad 1). The majority of patients had a detection time of spinal metastases from the time of breast cancer onset of less than 1 year (48.1%). The average time of appearance of spinal metastases is  $3.9 \pm 3.2$  years, the earliest being at the same time of

<sup>1</sup>Sở Y tế tỉnh An Giang

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản Nhi An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Hiến

Email: tranquanghienag@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2024

Ngày duyệt bài: 29.3.2024

primary breast cancer onset and the latest being 15 years later. **Conclusion:** Among distant metastases of breast cancer, bone metastases are the most common, in which spinal metastases occupy an important position in bone metastatic lesions.

**Keywords:** breast cancer, metastasis, spine, histopathology

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất với khoảng 2,1 triệu ca mắc mới mỗi năm trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu năm 2012 có hơn 10.000 ca mắc mới, tăng 30% so với giai đoạn 10 năm trước và tập trung chủ yếu ở độ tuổi từ 40 – 55 tuổi [1]. Tỷ lệ mắc ung thư vú ngày một tăng do các yếu tố về môi trường, chế độ ăn, di truyền và nội tiết.

Hiện nay ung thư vú thường được phát hiện ở giai đoạn sớm, có thể chữa được nhờ việc tự khám vú thường xuyên và sàng lọc bằng siêu âm, nhũ ảnh. Tuy nhiên, tại thời điểm chẩn đoán có khoảng 5% bệnh nhân ung thư vú có di căn xa, trong đó, xương là vị trí thường gặp nhất. Khoảng 30% bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm sẽ tái phát sau điều trị và phát triển di căn xa [2].

Trong các di căn xa của ung thư vú, di căn xương là vị trí hay gặp nhất, chiếm 72% đối với những trường hợp ung thư vú tiến triển và cũng là vị trí di căn đầu tiên. Di căn cột sống chiếm 70% trong các tổn thương di căn xương [3]. Di căn cột sống không những ảnh hưởng đến chất lượng sống, gia tăng chi phí điều trị mà còn rút ngắn thời gian sống của bệnh nhân ung thư vú. Điều đáng ngại là phần lớn các trường hợp di căn cột sống thường không có triệu chứng, nên thường phát hiện muộn khi đã có biến chứng như gãy xương bệnh lý, chèn ép tủy gai gây yếu liệt chi và tăng Canxi máu ác tính.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm xác định một số đặc điểm ung thư vú có di căn cột sống.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân nữ mắc ung thư vú đã được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, được đánh giá giai đoạn TNM và phân loại dựa vào hóa mô miễn dịch. Bệnh nhân có hồ sơ ghi chép đầy đủ thông tin lâm sàng, cận lâm sàng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ thu thập thiếu sót, hay thông tin không đầy đủ theo phiếu thu thập số liệu. Mô bệnh học không rõ ràng.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Mỗi bệnh nhân có một biểu mẫu hồ sơ nghiên cứu để ghi các số liệu thu thập. Khai thác thông tin cá nhân: tuổi, giới, nghề nghiệp,... trong bệnh án. Khai thác tiền sử, giải phẫu bệnh và mô bệnh học ung thư vú. Khai thác tiền sử mắc các bệnh lý nguyên phát ở cột sống. Thu thập các thông tin vào phiếu thu thập theo đúng tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ sau đó bảo mật thông tin của bệnh nhân dưới dạng mật khẩu tệp tin cá nhân.

**Nhập và xử lý số liệu:** Tất cả dữ liệu của bệnh nhân được ghi nhận lại từ phiếu thu thập dữ liệu. Dữ liệu nhập và được phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 20. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn và dạng trung vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất nếu không phải phân phối chuẩn. Sự khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0.05$  với độ tin cậy 95%.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 54 bệnh nhân ung thư vú có di căn cột sống chúng tôi rút ra một số kết quả như sau:

**Bảng 1. Phân loại mô học**

Loại mô học		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập	Ổng tuyến	53	98,1
	Tiểu thùy	1	1,9
Ung thư biểu mô tuyến vú tại chỗ		0	0
<b>Tổng</b>		54	100,0

Toàn bộ bệnh nhân có loại mô học tổn thương nguyên phát ở vú là ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập. Trong đó có 98,1% bệnh nhân là ung thư biểu mô ổng tuyến vú. Ung thư biểu mô tiểu thùy chỉ có 1 bệnh nhân (1,9%). Có 42 bệnh nhân có mức độ biệt hóa tế bào ung thư trung bình (grad 2), chiếm tỷ lệ lớn nhất (77,8 %) và 22,2 % bệnh nhân có độ biệt hóa tế bào kém (grad 3). Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu có độ biệt hóa tế bào tốt (grad 1).

**Bảng 2. Thời gian di căn cột sống**

Thời gian	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 1 năm	26	48,1
1 – <5 năm	19	35,2
5 – <10 năm	4	7,4
≥ 10 năm	5	9,3
<b>Tổng</b>	54	100,0

<b>Trung bình</b>	<b>3,9 ± 3,0</b>	Nhỏ nhất: 0 năm	Lớn nhất: 15 năm
-------------------	------------------	-----------------	------------------

Đa số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có thời gian phát hiện di căn cột sống tính từ thời điểm khởi phát ung thư vú dưới 5 năm. Trong đó, có 48,1% bệnh nhân có thời gian di căn cột sống dưới ≤ 1 năm, chiếm tỷ lệ cao nhất. Những bệnh nhân có thời gian di căn cột sống kéo dài từ 5 năm – 10 năm và trên 10 năm chiếm tỷ lệ thấp, với tỷ lệ lần lượt là 7,4% và 9,3%. Thời gian trung bình xuất hiện di căn cột sống là 3,9 ± 3,2 năm, sớm nhất là cùng thời điểm khởi phát ung thư vú nguyên phát và muộn nhất là sau 15 năm.

**Bảng 3. Khả năng phát hiện tổn thương di căn ở cột sống bằng xạ hình xương toàn thân**

		<b>Số bệnh nhân (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Tổn thương di căn ở cột sống	Dương tính	48	88,9
	Âm tính	6	11,1
<b>Tổng</b>		54	100,0

Có 48/54 bệnh nhân phát hiện tổn thương di căn cột sống bằng xạ hình xương, chiếm 88,9%.

**Bảng 4. Di căn cơ quan khác**

	<b>Số bệnh nhân (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Di căn cột sống đơn thuần	25	46,3
Di căn cơ quan khác kết hợp với di căn cột sống	29	53,7
<b>Tổng</b>	54	100,0

Có 29/54 bệnh nhân có di căn cơ quan khác (phổi, gan, não,...) đồng thời với di căn cột sống, chiếm 53,7%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Mô bệnh học.** Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là ung thư biểu mô xâm nhập. Trong đó, có 98,1% bệnh nhân có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô ống tuyến xâm nhập, chỉ có 1,9% bệnh nhân là ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập. Nghiên cứu của Kalinowski và cộng sự (2019) cho thấy có 75% bệnh nhân thuộc nhóm ung thư biểu mô ống tuyến xâm nhập, chỉ 5% số bệnh nhân thuộc nhóm ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập [4].

Sở dĩ nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận bệnh nhân nào có ung thư biểu mô tại chỗ và tỷ lệ ung thư biểu mô ống tuyến xâm nhập cao hơn nhiều so với những nghiên cứu khác, có thể do mẫu của chúng tôi nhỏ và tập trung nghiên cứu vào nhóm bệnh nhân đã có di căn xa ở cột sống (nhóm bệnh nhân có tiên lượng kém hơn so với các nghiên cứu khác).

Nhóm bệnh nhân có mức độ biệt hóa tế bào trung bình (grad 2) chiếm tỷ lệ cao với 77,8% và nhóm grad 3 chiếm tỷ lệ 22,2%. Không có bệnh nhân nào thuộc nhóm có mức độ biệt hóa tế bào tốt (grad 1). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước về nhóm bệnh nhân ung thư vú di căn. Nghiên cứu của Vũ Thị Trang (2019), số bệnh nhân có độ mô học là grad 2 chiếm 78,9% và tỷ lệ của nhóm grad 3 là 21,1% [5].

**4.2. Đặc điểm di căn cột sống và di căn khác.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân có thời gian di căn cột sống trong năm đầu tiên khởi phát ung thư vú chiếm tỷ lệ cao nhất, 48,1%. Tiếp đến là nhóm xuất hiện di căn từ năm thứ 2 đến năm thứ 5 của bệnh, chiếm 35,2% số bệnh nhân. Chỉ có 9/54 bệnh nhân xuất hiện di căn cột sống sau 5 năm. Thời gian trung bình có xuất hiện di căn cột sống là 3,9 ± 3,2 năm; sớm nhất là tại thời điểm phát hiện ung thư vú; muộn nhất là sau 15 năm.

Nghiên cứu của Kuchuk.I và cộng sự (2013) cho kết quả thời gian trung bình từ lúc chẩn đoán ung thư vú phát triển di căn xương là ở năm thứ 3 của bệnh (từ 0 đến 8 năm), trong đó có 31% số bệnh nhân đã phát hiện di căn xương tại thời điểm chẩn đoán ung thư vú [6]. Thời gian di căn xương trung bình theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hường (2017) là 3 ± 2,7 năm; nhiều nhất là ở năm thứ 4 [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với nghiên cứu này. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 6/54 bệnh nhân không phát hiện tổn thương bắt xạ điển hình tại cột sống trên xạ hình xương, chiếm 11,1%.

Về phân bố tổn thương, có 93,8% số bệnh nhân nghiên cứu có tổn thương bắt xạ điển hình di căn trên xạ hình xương ở đốt sống ngực. Tiếp theo, có 38 bệnh nhân có tổn thương ở đốt sống thắt lưng, chiếm 79,2%. Đốt sống cổ và vùng cùng-cụt chiếm tỷ lệ ít hơn, lần lượt là 58,3% và 47,9%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 53,7% số bệnh nhân có di căn kết hợp ở các cơ quan khác ngoài cột sống. Gan và phổi là hai cơ quan di căn phổ biến nhất với tỷ lệ lần lượt là 62,1% và 41,1%. Tiếp đó là hạch di căn xa và não, chiếm tỷ lệ 27,6% và 24,1%.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hường (2017) quan sát thấy có 37,8% bệnh nhân có di căn đồng thời ở các cơ quan khác ngoài xương. Trong đó, phổi, gan và hạch ngoại vi cũng là vị trí di căn có tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 58,8%; 23,5% và 11,8%. Kết quả nghiên cứu này tương đối phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi [7].

Nghiên cứu của Wei.B và cộng sự (2008) cho thấy ba cơ quan di căn thường gặp nhất ở bệnh nhân ung thư vú có HR (+) ngoài xương là gan, phổi và não với tỷ lệ lần lượt là 21%, 16% và 10% [8].

## V. KẾT LUẬN

Toàn bộ bệnh nhân có loại mô học tổn thương nguyên phát ở vú là ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập, trong đó có 98,1% bệnh nhân là ung thư biểu mô ống tuyến vú. Mức độ biệt hóa tế bào ung thư trung bình (grad 2), chiếm tỷ lệ lớn nhất (77,8 %) và 22,2 % bệnh nhân có độ biệt hóa tế bào kém (grad 3). Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu có độ biệt hóa tế bào tốt (grad 1). Đa số bệnh nhân có thời gian phát hiện di căn cột sống tính từ thời điểm khởi phát ung thư vú dưới  $\leq 1$  năm (48,1%). Thời gian trung bình xuất hiện di căn cột sống là  $3,9 \pm 3,2$  năm, sớm nhất là cùng thời điểm khởi phát ung thư vú nguyên phát và muộn nhất là sau 15 năm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trieu PDY, Mello-Thoms C, Peat JK, Do TD, Brennan PC.** Risk Factors of Female Breast

2. **Ibrahim T, Mercatali L, Amadori D.** A new emergency in oncology: Bone metastases in breast cancer patients (Review). *Oncol Lett.* 2013;6(2):306-310.
3. **Shah LM, Salzman KL.** Imaging of spinal metastatic disease. *Int J Surg Oncol.* 2011;2011(5):769-753.
4. **Kalinowski L, Saunus JM, McCart Reed AE, Lakhani SR.** Breast Cancer Heterogeneity in Primary and Metastatic Disease. *Adv Exp Med Biol.* 2019;115275-104.
5. **Vũ TT,** Đánh giá kết quả hóa trị Vinorelbin kết hợp Trastuzumab trong ung thư vú di căn có HER2 dương tính tại bệnh viện K. 2019, Đại học y Hà Nội
6. **Kuchuk I, Hutton B, Moretto P, Ng T, Addison CL, Clemons M.** Incidence, consequences and treatment of bone metastases in breast cancer patients-Experience from a single cancer centre. *J Bone Oncol.* 2013;2(4):137-44.
7. **Nguyễn TTH, Đỗ TTM, Lê VQ.** Đặc điểm ung thư vú di căn xương. *Tạp chí nghiên cứu y học* 2017;tập 107(2):tr. 136-142.
8. **Wei B, Wang J, Bourne P, Yang Q, Hicks D, Bu H, et al.** Bone metastasis is strongly associated with estrogen receptor-positive/progesterone receptor-negative breast carcinomas. *Hum Pathol.* 2008;39(12):1809-15.

## TỔNG QUAN HIỆU QUẢ TẬP NUỐT Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CẤP CÓ RỐI LOẠN NUỐT

Trần Hữu Thông<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>2,3</sup>, Lê Thanh Tùng<sup>3</sup>, Trần Hữu Trung<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Tìm hiểu các hình thức can thiệp dựa trên bằng chứng đối với người bệnh nhồi máu não cấp có rối loạn nuốt. **Thiết kế:** Tổng quan các nghiên cứu can thiệp được công bố từ tháng 1 năm 2006 đến tháng 5 năm 2022 với các từ khóa: "Rối loạn nuốt sau đột quỵ", "Nhồi máu não cấp", "phục hồi chức năng nuốt", "quản lý rối loạn nuốt" từ các cơ sở dữ liệu khoa học Pubmed và Cochrane. **Phương pháp:** Tìm kiếm tài liệu từ tháng 8 đến tháng 9 năm 2022 sử dụng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Thực hiện theo lược đồ PRISMA. Các tài liệu được xem xét theo tiêu đề, tóm tắt và toàn văn, sau đó được

đánh giá chất lượng. Các nghiên cứu liên quan được trích dẫn và tổng hợp. **Kết quả:** 385 bài báo đã được truy xuất thông qua tìm kiếm cơ sở dữ liệu. Sau sàng lọc ban đầu, 122 bài báo toàn văn đã được sàng lọc, trong đó có sáu nghiên cứu được đánh giá là chất lượng cao. Bốn nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng, một nghiên cứu bán thử nghiệm, một nghiên cứu can thiệp không có nhóm chứng được thực hiện tại trung tâm đột quỵ trong các bệnh viện. Sáu nghiên cứu đều báo cáo có sự cải thiện về chức năng nuốt và chất lượng cuộc sống. **Kết luận:** Các biện pháp can thiệp rối loạn nuốt sau đột quỵ là bằng chứng mạnh mẽ giúp giảm thiểu tỉ lệ viêm phổi do hít sặc và cải thiện chức năng nuốt.

**Từ khóa:** rối loạn nuốt sau đột quỵ, nhồi máu não cấp tính, liệu pháp phục hồi chức năng nuốt.

### SUMMARY

#### SWALLOWING THERAPY BASED INTERVENTION FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH DYSPHAGIA: A SYSTEMATIC REVIEW

**Aims:** To examine the effectiveness of swallowing therapies Based Intervention for acute

<sup>1</sup>Trung tâm cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2024

Ngày duyệt bài: 27.3.2024