

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT SỐC MẤT MÁU DO GIST DII-DIII TÁ TRÀNG TRÊN BỆNH NHÂN NHÓM MÁU RH ÂM

Thái Nguyên Hưng¹, Trần Đại Mạnh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu (NC) hồi cứu mô tả ca bệnh hiếm gặp/ BN nhóm máu Rh (-). Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận LS và kết quả phẫu thuật cấp cứu ca bệnh hiếm gặp U GIST DII-DIII tá tràng, sốc mất máu/ BN nhóm máu hiếm Rh(-). BN nam 60 T, chuyển viện cấp cứu từ BV Tỉnh Phú Thọ trong tình trạng thiếu máu nặng, sốc mất máu. LS ỉa phân đen 3 ngày, đau không rõ DSP. Khám bụng không thấy U. Mạch 120-130 l/Ph. HA 85-90 mmHg. Thăm trực tràng phân đen đỏ. NSDD không thấy U. CLVT: khối U DII-DIII kích thước (KT) 3 cm-4cm bắt thuốc mạnh, lấp đầy lòng tá tràng. Xét nghiệm (XN): HC: 2,13 T/l. Hb: 6,6 g/L, Hematocrite: 18,7%. BC 15,72 G/l. Tiểu cầu 257 G/L. Truyền 2 ĐV máu, XN (L2) Hb 5,5g/L; Hema tocrit 16,0%, 1,8 T/L. Mổ cấp cứu (CC) chẩn đoán sốc mất máu do U DII-DIII /nhóm Rh (-). PT cắt đoạn DII-DIII dưới bóng Vater nối tận-tận, cắt hạng vị, nối vị tràng, dẫn lưu (DL) mỏm tá tràng. Hậu phẫu ổn định, ra viện sau 14 ngày. Hóa mô miễn dịch (HMMD): U mô đệm dạ dày ruột (GIST), 1 nhân chia/5mm². **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật U GIST DII-DIII tá tràng, cắt đoạn tá tràng là phương pháp PT triệt căn có tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp hơn cắt khối tá tụy nhất là khi BN sốc mất máu. PT cắt khối tá tụy nên chỉ định khi GIST Vater (theo Y văn có 12 BN) hoặc GIST > 5 cm xâm lấn Vater. Chụp mạch và nút mạch chọn lọc là phương pháp ít xâm lấn có hiệu quả, chờ BN ổn định để PT triệt căn, tuy nhiên còn chưa được ứng dụng rộng. **Từ khóa:** U tá tràng, cắt đoạn tá tràng, nhóm Rh âm

SUMMARY

SURGICAL MANAGEMENT RESULT OF BLOOD LOSS SHOCK DUE TO DII-DIII DUODENAL GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF RHESUS NEGATIVE PATIENT (CASE REPORT)

Study aim: Retrospective study aim at evaluate the clinical and paraclinic feature of blood loss shock patient due to DII-DIII duodenal GIST whose Rhesus negative group and the emergency surgical result. **Medical record:** The man, aged of 60 year old, emergency hospitalization due to menela in 3 days. Upon admission he had menela and hemachezia. Digital examination: bright blood. Pulse rate 120-130 beats/m, blood pressure 80-90 mmhg. CTScan revealed tumor 3-4 cm in diameter, hypervascular. Biology examination: Gloule 2,13 T/l. Hemoglobin: 6,6 g/L, Hematocrite: 18,7%. while blood cell count:15,72

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng
Email: thainguyenhung70@gmail.com
Ngày nhận bài: 01.3.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024
Ngày duyệt bài: 10.5.2024

G/l. Glumerulemie 257 G/L. Blood transfusion (Preopertion) 2 unit (Rh negative). Emergency operation. Intraoperation lesion: Tumor 3 cm-4cm in diameter located at DII-DIII junction. The duodenal DIII-DIV, large and small intestine filled up with bright blood. Surgical procedure: duodenal DII-DIII (below ampullary) resection with end to end anastomosis (2 layers), antrectomy with 16 F tube duodenostomy for compresion. Post operation was simple. Discharged 14 day postoperation. Immunohistochemistry: GIST /1 mitoses /5mm². **Conclusion:** Duodenal segmentectomy for bleeding duodenal junction DII-DIII GIST in emergency operation showed safe surgical procedure with low mortality and morbidity in comparation to duodenopancreatic (PD) resection espally in blood loss shock patient. PD procedure should be indicated in case d GIST located in papilla of Vater or more than 5 cm in diameter located in DII. In case of massive bleeding and blood loss shock, intervention radiology and selective embolization should be considered as alternative solution.

Keywords: duodenal gastrointestinal stromal tumor, duodenal segmentectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

GIST (gastrointertinal stromal tumor) là bệnh u trung mô đường tiêu hóa thường gặp trong đó GIST tá tràng là dưới nhóm chiếm tỷ lệ thấp nhất khoảng 4-5% các trường hợp GIST đường tiêu hóa nhưng chiếm tới 21% các phẫu thuật cắt U. Chẩn đoán và điều trị GIST tá tràng gặp nhiều khó khăn do tỷ lệ mắc bệnh thấp, vị trí giải phẫu đặc biệt, biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, phương pháp điều trị còn thiếu sự đồng thuận. Về lâm sàng biểu hiện thường gặp nhất là xuất huyết tiêu hóa (ỉa phân đen) tuy nhiên sốc mất máu do GIST tá tràng hiếm gặp bởi vậy chúng tôi báo cáo ca lâm sàng sốc mất máu do GIST DII-DIII tá tràng trên bệnh nhân (BN) nhóm máu hiếm gặp RH (-) với mục tiêu mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả hồi cứu ca lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

BN nam, 60 T, địa chỉ: Di nậu, Tam nông, Phú thọ. Vào viện 2/11/2023 vì xuất huyết tiêu hóa (XHTH) (ỉa phân đen).

Biểu hiện LS: Ỉa phân đen 3 ngày, không nôn, ỉa nhiều lần liên tục, phân tự đùn qua hậu môn, không sốt, không nôn.

+ Toàn thân: Tỉnh, nhợt, vã mồ hôi, mạch

nhánh, nhỏ 120-130 L/ph. HA 80-90 mmhg.

+ Khám bụng: chướng, mềm, không sờ thấy U.

+ Thăm trực tràng: Phân đen đỏ.

Đã được truyền 1 ĐV máu (250 ml) tại địa phương.

- Xét nghiệm(XN)

+ XN máu:HC: 2,13 T/l. Hb: 6,6 g/L, Hematocrit: 18,7%. BC 15,72 G/l. Tiểu cầu 257 G/L.

+ XN Sinh hóa: Đường 6,63 mmol/L; Bilirubine 10,2 mmol/L,GPT 26,5 U/L, GPT 17,1 U/L; Albumin 37,1 g/L.

+ Nhóm máu O/RH (-).

+ Trước mổ: BN được truyền 2 ĐV máu (trước mổ), mạch nhanh >125/l, HA dao động thấp 80-90 mmhg.

XN cấp cứu (sau truyền 2 ĐV máu): Hb 5,5g/L; Hema tocrit 16,0%, HC 1,8 T/L.

Noi soi dạ dày (NSDD): Hang vị nhiều chấm xuất huyết, không loét, không U (NSDD tại Phú thọ).

+ Chụp CLVT (ảnh): U DIII KT 28-34 mm lấp đầy lòng tá tràng, ngấm thuốc mạnh sau tiêm.



Ảnh 1: CLVT GIST DII-DIII tá tràng

Mổ: Ruột non, ĐT đầy máu đỏ. Khối U 3 cm-4cm gối dưới tá tràng chía hết chu vi, lòng DII-DIII nhiều máu đỏ.

- Chẩn đoán: XHTH nặng, sốc mất máu do U GIST DII-DIII tá tràng/nhóm máu RH(-).

- Mổ cấp cứu: Cắt đoạn DII-DIII (D' vater) nổi tận tận, cắt hang vị, dẫn lưu (DL) mòm tá tràng.

Số lượng máu: 8 ĐV (2 ĐV truyền trước mổ), 6 ĐV truyền trong và sau mổ.

- Hậu phẫu: Ổn định, HC, Hb, Hematocrit tăng. mạch, HA ổn định. Cho ăn ngày 5 sau mổ, Ra viện ngày 14 sau mổ. Không có biến chứng.

- Kết quả GPB:U dưới niêm mạc KT 3,5-2-2 cm trên đoạn ruột 5-3-2,5 cm. Kết luận U tế bào hình thoi hướng tới GIST

+ Kết quả Hóa mô miễn dịch: U mô đệm dạ dày ruột (GIST). 1 nhân chia/5mm².

+ BN ra viện sau 14 ngày. Xin về địa phương điều trị tiếp.

IV. BÀN LUẬN

GIST tá tràng là dưới nhóm hiếm gặp chiếm 4-5% GIST đường tiêu hóa. Chẩn đoán và điều

trị GIST tá tràng gặp nhiều khó khăn do tỷ lệ mắc bệnh thấp, vị trí giải phẫu đặc biệt và biểu hiện LS không rõ ràng cũng như thiếu sự đồng thuận về điều trị.

- Tổng kết của G Povivanov và CS[1] trên các NC được tiến hành từ 2001-2017 gồm 539 BN GIST tá tràng: Triệu chứng thường gặp nhất là XHTH (ỉa phân đen), đau bụng, chướng bụng, ậm ạch. Các triệu chứng mệt, nôn, phù ít gặp. Vị trí thường gặp nhất là GIST DII. Nhiều BN GIST khu trú ở cả DII và DIII. Phẫu thuật bao gồm 27 BN cắt khối tá tụy, 96 BN bóc U, 426 BN cắt đoạn tá tràng hay cắt khối tá tụy.

Trong số 426 BN: GIST DI 47 BN (11%), DII 164 BN (38%), DIII 83 (19%), DIV 41,9%. Các PT gồm: Bóc U 151 BN (35%), cắt khối tá tụy 92 BN (21%), cắt đoạn tá tràng 97 BN (15%), cắt hình chêm 32 BN (7%) (51 BN không mô tả PT). Hóa chất tân bổ trợ 23 BN (5%), hóa chất bổ trợ 30 BN (7%). Hầu hết số BN không được điều trị hóa chất tiền phẫu (n=160, 38%) hoặc hóa chất bổ trợ (n=149, 35%).[1]

-HaoJe Du tổng kết 142 GIST tá tràng: Triệu chứng LS thường gặp là XHTH (44,4%), đau bụng, chướng bụng (27,5%). Vị trí GIST DII 52,1%, DI 19,0%. Siêu âm nội soi (SANS) có độ nhạy và giá trị chẩn đoán (+) >CLVT và cộng hưởng từ (IRM). SANS và sinh thiết kim có độ nhạy > sinh thiết qua NSDD (73,3% vs 33,3%). 131 BN mổ cắt đoạn tá tràng hay cắt khối tá tụy. Kích thước U (KT) và biến chứng sau mổ cắt khối tá tụy > cắt đoạn tá tràng [2].

Theo các NC cho thấy tỷ lệ mắc nam>nữ, tuổi TB 55,9T. Mặc dù GIST DII chiếm tỷ lệ cao nhưng không thấy biểu hiện nhiễm trùng đường mật hay tắc mật. Các biểu hiện LS hay gặp là nôn máu, ỉa phân đen đầy chướng bụng...

Về chẩn đoán hình ảnh: Hình ảnh CLVT hay IRM của GIST tá tràng là khối hỗn hợp tăng đậm hình tròn hay oval giống với ung thư tá tràng (AC), U thần kinh nội tiết hay tụy lạc chỗ. So sánh CLVT, IRM với SANS: SANS có độ nhạy > CLVT và IRM. UGIST biểu hiện là khối giảm âm xuất phát ở lớp đệm trong khi AC xuất phát từ niêm mạc, U TK-Nội tiết từ lớp D' niêm mạc (Tuy nhiên có 1 số tụy lạc chỗ hay U TK nội tiết từ lớp đệm) [3]

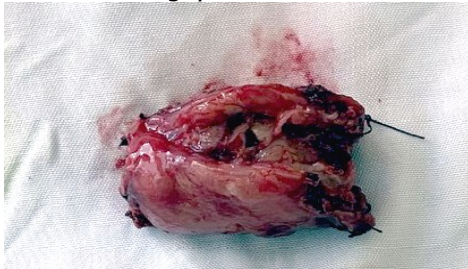
Về điều trị PT, theo hướng dẫn của ESMO[4] với U < 2 cm có độ ác tính thấp theo dõi hàng năm bằng SANS. Phẫu thuật GIST tá tràng chưa có sự thống nhất do tỷ lệ mắc bệnh thấp, thiếu kinh nghiệm và vị trí giải phẫu phức tạp. Có 3 phẫu thuật được áp dụng là cắt khối tá tụy (DPC), cắt đoạn tá tràng hay cắt U hình chêm.

Mổ cắt khối tá tụy (DPC) chỉ định trong 20-40% khi U liên quan đến bóng Vater. Tiến và CS[5] thấy rằng khối U > 5cm thường cắt DPC. Tuy nhiên DPC thường có tỷ lệ biến chứng cao, thời gian nằm viện kéo dài hơn so với cắt đoạn tá tràng. Các nghiên cứu cho rằng không có sự khác biệt giữa DPC và cắt đoạn tá tràng về tỷ lệ tái phát và thời gian sống thêm. Diệt căn R0 với 1-2 cm cách u và không cần nạo hạch (tỷ lệ di căn hạch thấp). Nên tránh vỡ U (100% tái phát khi U vỡ) bởi vậy cần phẫu thuật viên có kiến thức tốt về giải phẫu, phẫu tích tỷ mỉ thành tá tràng khỏi bờ dưới tụy, cầm máu tốt và phục hồi lưu thông tá tràng đúng cách.

Imatinib có vai trò điều trị tân bổ trợ quan trọng. Đối với GIST tiến triển tại chỗ, điều trị tân bổ trợ imatinib làm giảm giai đoạn (downstage), cho phép đạt được diệt căn R0, có thể cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy. Lugvigsen báo cáo ca LS cắt DPC và thận phải thành khối (en block)[6]. Gần đây báo cáo 9/10 ca cắt đoạn tá tràng bảo tồn đầu tụy sau điều trị tân bổ trợ được báo cáo [7]

- BN của chúng tôi vào viện cấp cứu trong điều kiện sốc mất máu, mạch nhanh 120-130 lần/ph, HA dao động thấp. Hồi sức trước mổ truyền 2 ĐV máu nhưng XN HC, huyết sắc tố và hematocrite giảm sâu, huyết động không cải thiện (BN sốc, mạch 125-130 l/Phút, HA 80-90 mmhg). Với nhóm máu Rh (-) nếu cắt khối tá tụy khi sốc mất máu đặt ra nhiều khó khăn do khả năng mất máu nhiều, không có máu Rh(-) bởi vậy chúng tôi đã đề nghị nút mạch sau đó PT khi BN ổn định tuy nhiên do điều kiện về kỹ thuật, nút mạch không thực hiện được.

Tổn thương trong mổ là khối U 3-5 cm gối dưới (DII-DIII) D' Vater đang đùn máu liên tục, tá tràng hẹp, nhiều máu đỏ. ruột non và ĐT nhiều máu đỏ. PT cắt đoạn tá tràng DII-DIII D' Vater nối tận-tận, cắt hang vị, dẫn lưu (DL) móm tá tràng (giảm áp). Sau mổ mạch, HA ổn định. HC.Hb, hematocrite tăng (sau truyền thêm 6 ĐV máu), không còn ỉa phân đen. DL móm tá tràng ra tốt, BN trung tiện sau 4 ngày và cho ăn ngày thứ 6. RV sau 14 ngày.



Ảnh 2: Đoạn DII-DIII có GIST tá tràng

Nwude và CS [8] báo cáo ca lâm sàng XHTH nặng trên BN nam 75 T, U DII tá tràng, sau truyền 12 ĐV máu BN tiếp tục chảy máu. Chụp IRM là khối U DII ranh giới rõ, đồng tín hiệu IRM. Chụp mạch có thoát thuốc ở động mạch vị tá tràng sau nút ĐM vị tá tràng = 6-10mm nitinol coil chụp mạch lại không thấy thoát thuốc. NSDD sau 2 ngày không chảy máu.

- Nhóm máu Rh(-) được Lansteiner phát hiện năm 1940. Người da trắng có tỷ lệ Rh(+) 85%, Rh(-) 15%. Ở Việt Nam, tỷ lệ Rh (+) là 99,91 %,Rh (-) 0,08%. Như vậy BN này có nhóm máu hiếm (<0,1%). BN được truyền 2 ĐV máu Rh(-) trước mổ nhưng HC, Hb, hematocrite giảm (XN lại trước PT), trong và sau mổ được truyền 6 ĐV máu Rh(-) (huy động từ viện huyết học truyền máu TW). Tuy nhiên BN có tiến triển sau mổ tốt, chỉ ỉa phân đen cũ, huyết động ổn định. XN lại các chỉ số HC, HB, Hematocrit tăng cao và ổn định. Sond DD và DL móm tá tràng ra mật vàng.



Ảnh 3: DL móm tá tràng ra mật vàng

V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật U GIST DII-DIII tá tràng, cắt đoạn tá tràng là phương pháp PT triệt căn có tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp hơn cắt khối tá tụy nhất là khi BN sốc mất máu. PT cắt khối tá tụy nên chỉ định khi GIST Vater (theo Y văn có 12 BN) hoặc GIST > 5 cm xâm lấn Vater.

Chụp mạch và nút mạch chọn lọc là phương pháp ít xâm lấn có hiệu quả, chờ BN ổn định để PT triệt căn, tuy nhiên còn chưa được ứng dụng rộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Georgi Popivanov et al.** Surgical treatment of gastrointestinal stromal tumor of the duodenum: a literature review. *Translational gastroenterology and Hepatology* 2018, 3(71):1-19
2. **Haojie Du et al.** Diagnosis and treatment of Duodenal Gastrointestinal Stromal Tumors. *Clin Transl Gastroenterol* 2020 Mar;11(3):1-10.
3. **Hwang JH, Kim MB.** The incidental upper gastrointestinal subepithelial mass. *Gastroenterology* 2004; 126(1):301-7.
4. **ESMO/European Sarcoma Network Working Group.** Gastrointestinal stromal tumor: ESMO clinical practice guideline for diagnosis, treatment and follow up. *Ann Oncol* 2014; 25(Suppl 3): iii 21-6.
5. **Tiền YW, Lee CY, Huang CC.** Surgery for

gastrointestinal stromal tumors of the duodenum. Ann Surg Oncol 2010; 17:109-14.

6. **Ludvigsen L et al.** Successful resection of an advanced duodenal gastrointestinal stromal tumor after downstaging with Imatinib: Report of a case. Surg Today 2007; 37:1105-9.
7. **Liang X, YuH, Zhu LH.** Gastrointestinal stromal tumors of the duodenum: Surgical management

and survival results. World J Gastroenterol 2013;19: 6000-10

8. **N.Nwude, H.Ninalowo, A Rahman, A Oluyemi.** Duodenal leiomyoma as a rare cause of gastrointestinal bleeding in a Nigerian case report with presentation of minimally invasive therapeutic intervention. Annals of Ibadan Postgraduate Medicine 2023, 21(1): 68-70.

KHẢO SÁT CHỨNG KHÓ TIÊU CHỨC NĂNG Ở BỆNH NHÂN CÓ BIỂU HIỆN TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Đỗ Thị Hồng Khanh¹, Vũ Trường Khanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tỉ lệ trùng lặp chứng khó tiêu chức năng theo tiêu chuẩn ROME IV ở bệnh nhân có biểu hiện trào ngược dạ dày thực quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và tiến cứu trên 295 bệnh nhân ngoại trú tuổi từ 18 trở lên có biểu hiện trào ngược dạ dày thực quản điển hình đến khám tại phòng khám Nội Tiêu hóa, trung tâm Tiêu hóa – Gan Mật, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 10/2021 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Tỉ lệ trùng lặp chứng khó tiêu chức năng ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản là 46,8%. Tỉ lệ hội chứng đau thượng vị phổ biến hơn trong nhóm bệnh nhân chướng chướng GERD và FD với tỉ lệ 81,2%, hội chứng khó chịu sau ăn chiếm 68,8% và có sự trùng lặp giữa hai hội chứng chiếm khá cao 50,1%. Về mối liên quan của chứng khó tiêu chức năng ở bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản với một số yếu tố nguy cơ, kết quả từ phân tích đơn biến cho thấy có hai biến có giá trị $p < 0,05$: Tỉ lệ nữ giới thường gặp ở nhóm khó tiêu chức năng cao hơn nam giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,042$; Các bệnh nhân có phần nản chính là các triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản điển hình (ợ nóng, ợ trở) ít khi có chứng khó tiêu chức năng trùng lặp so với các bệnh nhân còn lại, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,016$. **Kết luận:** Thực tế, sự trùng lặp của hai nhóm bệnh lý này là khá phổ biến, gây triệu chứng nặng nề và ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. **Từ khóa:** Trào ngược dạ dày thực quản, khó tiêu chức năng, sự trùng lặp

SUMMARY

SURVEY OF FUNCTIONAL DISTRIBUTION IN PATIENTS WITH GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX MANIFESTATIONS

Objective: The aim of the study was to evaluate

the overlap rate of functional dyspepsia according to ROME IV criteria in patients presenting with gastroesophageal reflux disease. **Materials and Methods:** A cross-sectional and prospective descriptive study on 295 patients presenting with gastroesophageal reflux disease examined at the Department of Gastroenterology, Gastroenterology - Hepatobiliary Center, Bach Mai Hospital in the period from October 2021. until June 2022. **Results:** A total of 295 patients presenting with gastroesophageal reflux disease were recruited in this study. The most common age group was 30 to 49 years old, accounting for 58.3% (mean = 42.9, SD = 9.9), male patients accounted for 50.8%, female patients accounted for 49.2%. The rate of overlapping functional dyspepsia in patients with gastroesophageal reflux was 46.8%. The rate of epigastric pain accounted for 81.2% in patients overlap GERD and FD, the postprandial discomfort syndrome 68.8% and the intermediate between the two syndromes accounted for 50.1%. Regarding the association of functional dyspepsia in patients with symptoms of gastroesophageal reflux disease with some risk factors, the results from univariate analysis showed two variables with p value < 0.05 : The percentage of women who are often found in functional dyspepsia is higher than that of men, this difference is statistically significant with $p = 0.042$; Patients with the main complaint of typical gastroesophageal reflux symptoms (epigastric burning, heartburn) were less likely to have overlapping functional dyspepsia compared with the rest of the patients. This is statistically significant with $p = 0.016$. **Conclusion:** In fact, the overlap of these two groups of diseases is quite common, causing severe symptoms and affecting the quality of life of patients.

Keywords: Gastroesophageal reflux, functional dyspepsia, overlap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược dạ dày thực quản (Gastroesophageal Reflux Disease – GERD) và khó tiêu chức năng (Functional dyspepsia – FD) là hai chứng rối loạn tiêu hóa phổ biến ở đường tiêu hóa trên. Trào ngược dạ dày thực quản xảy ra khi dịch và thức ăn trong dạ dày trào ngược vào thực quản gây triệu chứng khó chịu hoặc

¹Bệnh viện 19/8 Bộ Công an

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Khanh

Email: svhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024