

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ XEP NHĨ TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ

Trần Như Ý*, Châu Chiêu Hòa, Dương Hữu Nghị

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email:trannhuy208@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xep nhĩ là bệnh lý thường gặp của tai giữa. Nguyên nhân thường do rối loạn chức năng vòi nhĩ và sự biến đổi cấu trúc lớp sợi của màng nhĩ. Xep nhĩ thường có biểu hiện nghèo nàn, diễn tiến âm thầm có thể dẫn đến hình thành cholesteatoma. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của xep nhĩ và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị xep nhĩ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 67 trường hợp xep nhĩ

được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ tháng 4/2018 đến tháng 6/2020. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng bao gồm: ù tai 100%, nghe kém 94%, đau tai 56,7%, chảy tai 23,9%; xẹp nhĩ toàn bộ chiếm tỷ lệ 74,6%. Xẹp nhĩ mức độ 2 và xẹp nhĩ mức độ 4 thường gặp nhất. Đặc điểm cận lâm sàng: chủ yếu nghe kém dẫn truyền 53,7% với trung bình PTA $47,6 \pm 22,5$ dB, trung bình ABG $26,6 \pm 12,0$ dB. Kết quả điều trị: 98,5% trường hợp không xẹp nhĩ lại, có sự cải thiện sức nghe sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị xẹp nhĩ là biện pháp can thiệp có hiệu quả về mặt phục hồi màng nhĩ và sức nghe của bệnh nhân.

Từ khóa: xẹp nhĩ, phẫu thuật tạo hình tai giữa, ABG, PTA

ABSTRACT

EVALUATING THE RESULT OF ATELECTASIS TREATMENT BY ENDOSCOPIC SURGERY AT CAN THO ENT HOSPITAL

Tran Nhu Y^{*}, Chau Chieu Hoa, Duong Huu Nghi

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Atelectasis is a common disease of the middle ear. The cause is usually Eustachian tube dysfunction and modified fiber layer structure of the eardrum. Atelectasis is often poor symptoms, silently progress can lead to the formation of cholesteatoma. **Objectives:** Determining clinical, subclinical features of atelectasis and evaluating the results of endoscopic surgery to treat atelectasis. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive on 67 cases diagnosed atelectasis from 4/2018 to 6/2020 at Can Tho Ear Nose Throat Hospital. **Results:** Clinical characteristics included 100% tinnitus, 94% hearing loss, 56.7% ear pain, 23.9% fluid drainage from the ear; 74.6% the pars tensa atelectasis. The grade 2 atelectasis and grade 4 atelectasis are the most common. Subclinical characteristics included conductive hearing loss 53.7% with average PTA 47.6 ± 22.5 dB, average ABG 26.6 ± 12.0 dB. Treatment results: 98.5% of cases do not have collapse and have improved hearing after surgery. **Conclusion:** Endoscopic surgery treatment atelectasis is an effective intervention in terms of restoring tympanic membrane and function.

Keywords: atelectasis, tympanoplasty surgery, PTA, ABG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xẹp nhĩ là tình trạng màng nhĩ bị co lõm về phía trong, làm giảm thể tích hòm tai do hậu quả của rối loạn chức năng vòi nhĩ và tiêu lớp sợi màng nhĩ [8]. Theo nghiên cứu ở Anh xẹp nhĩ chiếm khoảng từ 14-26% trẻ em độ tuổi từ 5-16, trong đó chiếm 17,5% trong độ tuổi 9-10 [6],[9]. Bệnh tiến triển âm thầm qua nhiều giai đoạn; theo Magnan và Bremond có khoảng 30% xẹp nhĩ tiến triển thành cholesteatoma, vì vậy hiện nay trong phân loại viêm tai đã xếp xẹp nhĩ vào nhóm viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm [5], [7], [10]. Điều trị xẹp nhĩ bao gồm các phương pháp bảo tồn như theo dõi định kì, làm nghiệm pháp Valsalva, bơm hơi qua vòi nhĩ và phẫu thuật. Tùy theo loại xẹp nhĩ và giai đoạn xẹp nhĩ mà phẫu thuật có thể từ đơn giản như đặt ống thông khí, gia cố màng nhĩ đến chỉnh hình chuỗi xương con, mở xương chũm. Để ngăn ngừa các biến chứng nặng của xẹp nhĩ thì việc chẩn đoán và điều trị xẹp nhĩ đã được các nhà nghiên cứu y học đặt ra. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của xẹp nhĩ;
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị xẹp nhĩ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân xẹp nhĩ được điều trị phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Tai mũi họng Cần Thơ từ tháng 4/2018 đến tháng 6/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân xếp nhĩ được đánh giá qua nội soi tai, điều trị nội khoa sau 3 tháng thất bại, bệnh nhân xếp nhĩ độ 1, 2, ABG < 30dB được phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí màng nhĩ, bệnh nhân xếp nhĩ độ 3, 4 có ABG > 30dB được phẫu thuật nội soi tạo hình tai giữa có hoặc không kèm đặt ống thông khí màng nhĩ, có hình ảnh màng nhĩ qua nội soi, có kết quả đo thính lực, có kết quả đo nhĩ lượng đồ, ghi đầy đủ hồ sơ bệnh án, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị thủng nhĩ, bệnh nhân viêm tai giữa tiến triển cholesteatoma, bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Theo công thức ước lượng tỷ lệ

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{c^2}$$

Trong đó:

Z= 1,96 (độ sai số $\alpha = 0,05$), c: mức sai số cho phép c=0,07, p: tỷ lệ điều trị xếp nhĩ thành công bằng phương pháp phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Lê Công Định và Đào Trung Dũng [1] xác định p=92,4%. Vì vậy chúng tôi chọn n= 92,4%. Cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được là n= 56 bệnh nhân. Thực tế chúng tôi thu thập được 67 mẫu.

Nội dung nghiên cứu:

1. Đặc điểm chung (tuổi, giới, địa dư), đặc điểm lâm sàng (thời gian bệnh, triệu chứng cơ năng, đặc điểm màng nhĩ), đặc điểm thính lực đồ và nhĩ lượng đồ của bệnh nhân;
2. Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng và 3 tháng: tỷ lệ hồi phục màng nhĩ, hồi phục sức nghe (PTA, ABG).

Phương pháp thu thập số liệu:

1. Ghi nhận hành chánh, khai thác tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, nội soi tai, đo thính lực đồ, đo nhĩ lượng đồ, xét nghiệm tiền phẫu;
2. Tiến hành phẫu thuật với xếp nhĩ độ 1,2 phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí màng nhĩ, độ 3, 4 phẫu thuật tạo hình tai giữa có kèm đặt ống thông khí hoặc không;
3. Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa vào sự hồi phục màng nhĩ và sức nghe của bệnh nhân (nội soi tai và đo thính lực sau mổ 1 tháng và 3 tháng).

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Bảng phân mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu được thực hiện trên 67 mẫu, với độ tuổi trung bình $37,2 \pm 14,9$ tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 11 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 74 tuổi.

Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 76,1%, gấp 3 lần bệnh nhân nam (chiếm tỷ lệ 23,9%).

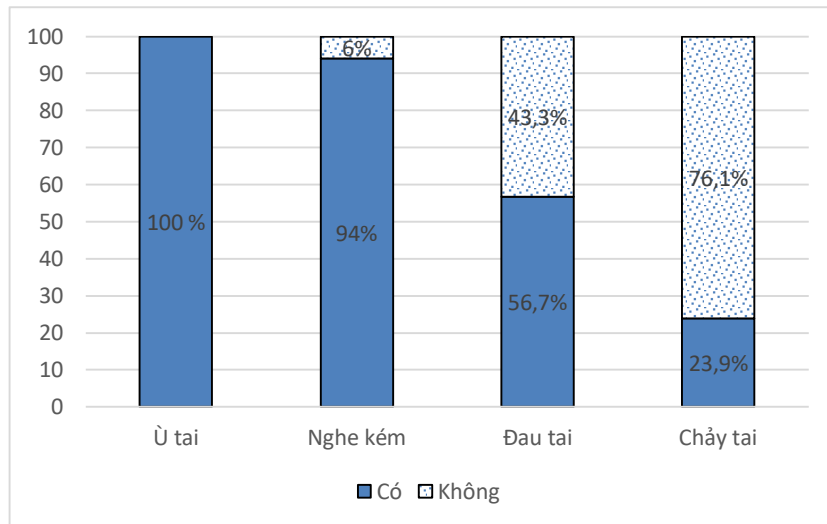
Nhóm bệnh nhân ở nông thôn chiếm tỷ lệ 59,7%, nhiều hơn nhóm bệnh nhân ở thành thị chiếm tỷ lệ 40,3%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng xếp nhĩ

- Phân bố thời gian bệnh:

Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 1 năm chiếm 94%, thời gian ngắn nhất là khoảng 5 tháng.

- Triệu chứng cơ năng:



Biểu đồ 1: Phân bố triệu chứng cơ năng xếp nhĩ

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là ù tai chiếm 100%; triệu chứng ít gặp nhất là chảy tai chiếm 23,9%.

Bảng 1. Đặc điểm màng nhĩ

Phân độ	Xếp nhĩ khu trú		Xếp nhĩ toàn bộ		Tổng	
	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)
Độ 1	0	0	6	9,0	6	9,0
Độ 2	5	7,5	17	25,4	22	32,9
Độ 3	5	7,5	10	14,8	15	22,3
Độ 4	7	10,4	17	25,4	24	35,8
Tổng	17	25,4	50	74,6	67	100

Nhận xét: Bệnh nhân xếp nhĩ khu trú chiếm 25,4%, xếp nhĩ toàn bộ chiếm 74,6%. Bệnh nhân xếp nhĩ toàn bộ độ 2 và độ 4 chiếm tỷ lệ cao nhất 25,4%, không có bệnh nhân xếp nhĩ khu trú độ 1.

Bảng 2. Đặc điểm thính lực đồ

Loại nghe kém	N	Tỷ lệ (%)
Bình thường	10	14,9
Nghe kém dẫn truyền	36	53,7
Nghe kém hỗn hợp	21	31,4
Tổng	67	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân xếp nhĩ có nghe kém. Trong đó, nghe kém dẫn truyền chiếm tỷ lệ cao nhất 53,7%; nghe kém hỗn hợp chiếm tỷ lệ 31,4%.

Bảng 3. Mối tương quan giữa PTA, ABG và mức độ xếp nhĩ

Độ xếp nhĩ	N	PTA trung bình (dB)	ABG trung bình (dB)
Độ 1	6	33,7 ± 18,3	20,8 ± 9,2
Độ 2	22	38,3 ± 19,5	20,9 ± 9,0
Độ 3	15	48,7 ± 22,5	30,0 ± 13,4
Độ 4	24	58,9 ± 21,5	31,2 ± 11,8
Tổng	67	47,6 ± 22,5	26,6 ± 12,0

Nhận xét: Mức độ xẹp nhĩ càng tăng sức nghe càng giảm, khoảng cách ABG càng tăng. Nhĩ lượng đồ: nhĩ lượng đồ type A chiếm 4,5%, type B chiếm 80,6%, type C 14,9%.

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	N	Tỷ lệ (%)
Đặt ống OTK	25	37,3
Tạo hình tai giữa	17	25,4
Tạo hình tai giữa + Đặt OTK	25	37,3
Tổng	67	100

Nhận xét: Có 37,3% bệnh nhân được điều trị theo phương pháp đặt OTK; 25,4% bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp tạo hình tai giữa; 37,3% bệnh nhân được điều trị theo phương pháp tạo hình tai giữa kết hợp với đặt OTK.

3.3.1. Kết quả hồi phục giải phẫu

Sau thời gian theo dõi 3 tháng, tỷ lệ màng nhĩ không xẹp lại 98,5% (66/67), có 1 bệnh nhân thủng nhĩ.

3.2.2. Kết quả hồi phục thính lực

Bảng 5. Kết quả trung bình PTA và ABG sau 1 tháng và 3 tháng phẫu thuật

	Trước PT	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
PTA (dB)	47,6 ± 22,5	40,9 ± 19,6	34,4 ± 16,7
ABG (dB)	26,6 ± 12,0	20,1 ± 8,6	14,8 ± 5,3

Nhận xét: Có sự cải thiện sức nghe sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng.

3.2.3. Tổn thương xương con

Xẹp nhĩ độ 1 và độ 2 không có tổn thương xương con.

Xẹp nhĩ độ 3 có 33,3% không tổn thương xương con; 20% tổn thương xương đe; 46,7% tổn thương đe đập.

Xẹp nhĩ độ 4 có 45,8% không tổn thương xương con; 25% tổn thương xương đe; 8,3% tổn thương búa đe; 20,9% tổn thương đe đập.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ mắc bệnh nữ nhiều hơn nam, bệnh nhân nông thôn nhiều hơn thành thị; tương tự với các nghiên cứu của Lê Công Định [1] và Hoàng Vũ Giang [2]; ngược với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Tâm [3] có tỷ lệ nam cao hơn nữ sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu khác nhau.

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu 37,2 tuổi; kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hoàng Vũ Giang [2] là 30,1 và Khiếu Hữu Thanh [4] là 34,8.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Thời gian bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian bệnh ≥ 1 năm chiếm tỷ lệ 94%; tỷ lệ này cao hơn so với tác giả Hoàng Vũ Giang 63,5% [2]. Giai đoạn đầu của xẹp nhĩ các triệu chứng thường nhẹ, bệnh nhân không chú ý đến nên thường đến khám trễ.

Triệu chứng cơ năng

Các triệu chứng thường gặp là ù tai, nghe kém, đau tai, chảy tai. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của các tác giả Hoàng Vũ Giang [2] và Khiếu Hữu Thanh [4]. Trong

nghe của chúng tôi các bệnh nhân đến khám đều có triệu chứng ù tai. ù tai là một triệu chứng sớm, có thể ù tai tiếng trầm (như ve kêu, tiếng xay lúa, tiếng tàu chạy...) thường xuất hiện về đêm hoặc trong không gian yên tĩnh tiếng ù tăng lên. Khi mức độ xẹp nhĩ tăng, bệnh nhân có các triệu chứng nghe kém, đau tai đôi khi có chảy tai.

Triệu chứng thực thể màng nhĩ

Tỷ lệ xẹp nhĩ toàn bộ chiếm 74,6% cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Vũ Giang [2] có xẹp nhĩ toàn bộ chiếm 56,7% và Khiếu Hữu Thanh 72,7% [4], trong đó xẹp nhĩ độ 2 và 4 chiếm tỷ lệ cao nhất 25,4%. Xẹp nhĩ khu trú chiếm tỷ lệ 25,4% trong đó xẹp nhĩ độ 4 chiếm tỷ lệ cao nhất 10,4%. Sự khác biệt xẹp nhĩ khu trú và toàn bộ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Bệnh nhân đến khám chủ yếu ở giai đoạn muộn, giai đoạn đã bắt đầu ảnh hưởng đến sức nghe và có thể hình thành cholesteatoma.

Đặc điểm thính lực

Đa số bệnh nhân xẹp nhĩ nhập viện có nghe kém. Trong đó nghe kém dẫn truyền chiếm tỷ lệ cao nhất 53,7%, tương tự với kết quả Hoàng Vũ Giang [2] có 71,4% nghe kém dẫn truyền. Mức độ xẹp nhĩ càng tăng sức nghe của bệnh nhân càng giảm và khoảng cách khí cốt đạo ngày càng tăng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Màng nhĩ lõm chạm vào xương con dẫn đến kém rung động làm giảm sức nghe, tình trạng co lõm kéo dài có thể làm tiêu hủy xương con. Các trường hợp xẹp nhĩ độ 3, độ 4 thường giảm sức nghe nhiều và có tổn thương xương con.

Nhĩ lượng đồ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhĩ lượng đồ type B chiếm tỷ lệ cao nhất 80,6%; kết quả này tương tự với nghiên cứu của Khiếu Hữu Thanh [4]. Trong xẹp nhĩ, màng nhĩ bị co lõm vào trong hay dính hoàn toàn vào trong hòm tai dẫn đến màng nhĩ kém rung động.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị

Phẫu thuật điều trị xẹp nhĩ nhằm tái tạo lại sự vững chắc của màng nhĩ, ngăn ngừa màng nhĩ co kéo gây tiêu hủy xương con, tiến triển thành cholesteatoma và phục hồi sức nghe. Các phương pháp phẫu thuật bao gồm đặt ống thông khí để tái tạo thông khí tai giữa, bóc tách và nâng màng nhĩ về vị trí giải phẫu thông thường, gia cố phần màng nhĩ xẹp, phục hồi khoảng không được thông khí của hòm tai và tái tạo sự liên tục của chuỗi xương con. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 37,3% bệnh nhân được điều trị theo phương pháp đặt OTK; 25,4% bệnh nhân điều trị bằng phương pháp tạo hình tai giữa; 37,3% bệnh nhân được điều trị theo phương pháp tạo hình tai giữa kết hợp với đặt OTK. Quyết định phương pháp phẫu thuật dựa vào mức độ xẹp nhĩ, sức nghe và khoảng cách ABG của bệnh nhân. Trong trường hợp, bệnh nhân xẹp nhĩ độ 1, độ 2, sức nghe giảm nhẹ hoặc vừa, khoảng cách ABG $< 30\text{dB}$ sẽ được phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí. Trường hợp xẹp nhĩ độ 3, độ 4 có giảm sức nghe, khoảng cách ABG $> 30\text{dB}$ cần được phẫu thuật tạo hình tai giữa có kèm đặt ống thông khí hoặc không vì trong trường hợp này thường có tổn thương xương con nên cần lật vạt da ống tai vào hòm nhĩ kiểm tra xương con.

Sau 3 tháng điều trị tỷ lệ màng nhĩ không xẹp lại 98,5%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Công Định 92,4% [1]. Tuy nhiên chúng tôi có 1 trường hợp thủng nhĩ gặp ở bệnh nhân xẹp nhĩ độ 4 được phẫu thuật tạo hình tai giữa kèm đặt ống thông khí, trước phẫu thuật bệnh nhân có tình trạng ù tai, đau tai, chảy tai và nghe kém hỗn hợp độ nặng; sau phẫu thuật bệnh nhân vẫn còn chảy tai, khi ống thông khí rơi nhưng màng nhĩ không lành, bệnh nhân được theo dõi điều trị nội khoa tiếp tục.

Về sự phục hồi sức nghe, sau mổ 3 tháng các bệnh nhân có sức nghe cải thiện về

trung bình đường khí và thu hẹp khoảng cách khí cốt đạo so với trước mổ. Sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Qua phẫu thuật, chúng tôi thấy ở xẹp nhĩ độ 1 và độ 2 không có tổn thương xương con, một số trường hợp xẹp nhĩ độ 2 có xơ dính xương con, sau khi gỡ phần xơ dính xương con vẫn hoạt động tốt. Tổn thương xương con thường gặp ở độ 3 và độ 4, chủ yếu là tổn thương xương đe, phần đe đập hoặc phần búa đe; khi phẫu thuật các xương con bị tổn thương này sẽ được thay thế bằng trụ gôm sinh học hoặc sụn nắp bình tai.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 67 trường hợp xẹp nhĩ, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

Đặc điểm lâm sàng: ù tai 100%, nghe kém 94%, đau tai 56,7%, chảy tai 23,9%; xẹp nhĩ toàn bộ chiếm tỷ lệ cao 74,6%, trong đó thường gặp xẹp nhĩ độ 2 và độ 4. Đặc điểm cận lâm sàng: chủ yếu nghe kém dẫn truyền 53,7% với trung bình PTA $47,6 \pm 22,5$ dB, trung bình ABG $26,6 \pm 12,0$ dB. Kết quả điều trị: 98,5% trường hợp không xẹp nhĩ lại, có sự cải thiện sức nghe sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Công Định, Đào Trung Dũng (2013), Kết quả phẫu thuật điều trị xẹp nhĩ tại khoa Tai mũi họng- bệnh viện Bạch Mai, *Tạp chí Nghiên cứu Y học Hà Nội*, tr 71-76.
2. Hoàng Vũ Giang (2003), *Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và đánh giá chức năng tai giữa của xẹp nhĩ tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương*, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Minh Tâm (2009), *Nghiên cứu những hình thái biến động của nhĩ đồ trong viêm tai màng nhĩ đóng kín*, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. Khiếu Hữu Thanh (2012), *Nghiên cứu chức năng tai giữa trong các giai đoạn của xẹp nhĩ qua tính lực và nhĩ lượng*, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Bremond G, Magnan J, Chays A, *et al.* (1990), Retraction pockets, pathological entity?, *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*, 107 (6), pp 386-392.
6. Maw AR, Hall AJ, Pothier DD, *et al* (2011), The prevalence of tympanic membrane and related middle ear pathology in children: a large longitudinal cohort study followed from birth to age ten, *Otol Neurotol*, 32 (8), pp 1256-1261.
7. Pothier DD, Maw AR (2008), In reference to The Erasmus atelectasis classification: proposal of a new classification for atelectasis of the middle ear in children, *Laryngoscope*, 118(2), pp 380-381.
8. Sade J, Berco E (1976), Atelectasis and secretory otitis media, *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 85 (2 Suppl 25 Pt 2), pp 66-72.
9. Stangerup SE, Tos M, Arnesen R, *et al.* (1994), A cohort study of point prevalence of eardrum pathology in children and teenagers from age 5 to age 16, *Eur arch Otorhinolaryngol*, 251 (7), pp 399-403.
10. Tos M, Poulsen G (1980), Attic retractions following secretory otitis, *Acta Otolaryngol*, 89 (5-6), pp 479-86.

(Ngày nhận bài: 10/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 18/09/2020)
