

**NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
RỐI LOẠN NHỊP THẮT Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ**

Võ Hoàng Nguyên^{1}, Đặng Trần Đăng Khoa¹, Lâm Gia Mẫn¹, Phạm Thanh Hiền²*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trung Tâm Y Tế Thành phố Phú Quốc

**Email: 1853010249@student.ctump.edu.vn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim cấp là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các bệnh nhân suy tim nhập viện, đặc biệt ở những bệnh nhân có rối loạn nhịp thất đi kèm. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu được tiến hành trên 58 bệnh nhân suy tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 5/2018 đến tháng 5/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim cấp là 63,8%. Bệnh nhân suy tim NYHA IV có tỉ lệ rối loạn nhịp thất cao hơn bệnh nhân suy tim NYHA II và NYHA III, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,037$. Bệnh nhân có $EF < 40\%$ có tỉ lệ rối loạn nhịp thất cao hơn bệnh nhân có $EF \geq 40\%$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,041$. Đạt mục tiêu điều trị chiếm tỉ lệ cao nhất là 88,2. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ đạt mục tiêu điều trị và phân độ suy tim NYHA, phân suất tống máu $\geq 40\%$, điều trị

bằng amiodaron với $p < 0,05$. **Kết luận:** Rối loạn nhịp thất chiếm tỉ lệ cao ở bệnh nhân suy tim cấp và có mối liên quan với phân suất tống máu giảm, phân độ NYHA.

Từ khóa: suy tim cấp, rối loạn nhịp thất.

ABSTRACT

STUDY ON SOME RELATED FACTORS AND RESULTS OF TREATMENT OF VENTRICULAR ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Vo Hoang Nguyen^{1*}, Dang Tran Dang Khoa¹, Lam Gia Man¹, Pham Thanh Hien²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Phu Quoc Health Center

Background: Acute heart failure is one of the leading causes of death in hospitalized patients with heart failure, especially in patients with concomitant ventricular arrhythmias. **Objectives:** Study on some factors associated and results of treatment of ventricular arrhythmias in patients with acute heart failure at Can Tho Central General Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted on 58 patients with acute heart failure at Can Tho Central General Hospital from May 2018 to May 2020. **Results:** The rate of ventricular arrhythmias in patients with acute heart failure was 63.8%. Patients with NYHA IV had a higher rate of ventricular arrhythmias than NYHA II, III, the difference was statistically significant with $p=0.037$. Patients with $EF < 40\%$ had a higher rate of ventricular arrhythmias than $EF > 40\%$, $p=0.041$. The goal of treatment accounted for 88.2%. There was a statistically significant difference between the rate of achieved treatment and NYHA class, ejection fraction, amiodarone group with $p < 0.05$. **Conclusions:** Ventricular arrhythmias was accounted for a high prevalence in patients with acute heart failure and was associated with reduced ejection fraction, NYHA class.

Keywords: Acute heart failure, ventricular arrhythmias.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim cấp là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các bệnh nhân suy tim nhập viện [11], đặc biệt tỷ lệ này gia tăng ở những bệnh nhân có rối loạn nhịp thất đi kèm [6], [13]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh mối quan hệ giữa rối loạn nhịp thất với các chất chỉ điểm sinh học ở bệnh nhân suy tim và phân suất tống máu, cũng như giảm sự sống còn ở bệnh nhân nhập viện [1], [2], [7], [10]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ” với hai mục tiêu: (1) Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhịp thất qua Holter điện tâm đồ 24 giờ trên bệnh nhân suy tim cấp nhập viện. (2) Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân suy tim cấp được nhập viện điều trị

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim cấp theo hướng dẫn của Hội tim mạch Châu Âu 2016: Triệu chứng suy tim mới khởi phát hoặc thay đổi cấp tính có bằng chứng bất thường gợi ý suy tim trên điện tâm đồ, X-quang ngực thẳng, siêu âm tim và NT-proBNP hoặc BNP [7].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân bệnh quá nặng, trong tình trạng nguy kịch, bệnh nhân rối loạn tâm thần không thể tham gia nghiên cứu, bệnh nhân không đo được Holter

điện tâm đồ 24 giờ, bệnh nhân đang sử dụng thuốc chống loạn nhịp, bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** 58 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ **Một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim cấp:** nguyên nhân suy tim, phân độ của Hội Tim New York (New York Heart Association-NYHA), phân suất tống máu thất trái (EF), nồng độ NT-proBNP.

+ **Kết quả điều trị rối loạn nhịp thất:** đạt mục tiêu điều trị khi xóa hoàn toàn các dạng rối loạn nhịp thất nguy hiểm dựa trên sự theo dõi Holter điện tâm đồ và xóa $\geq 70\%$ toàn bộ số ngoại tâm thu thất dựa trên sự theo dõi Holter điện tâm đồ.

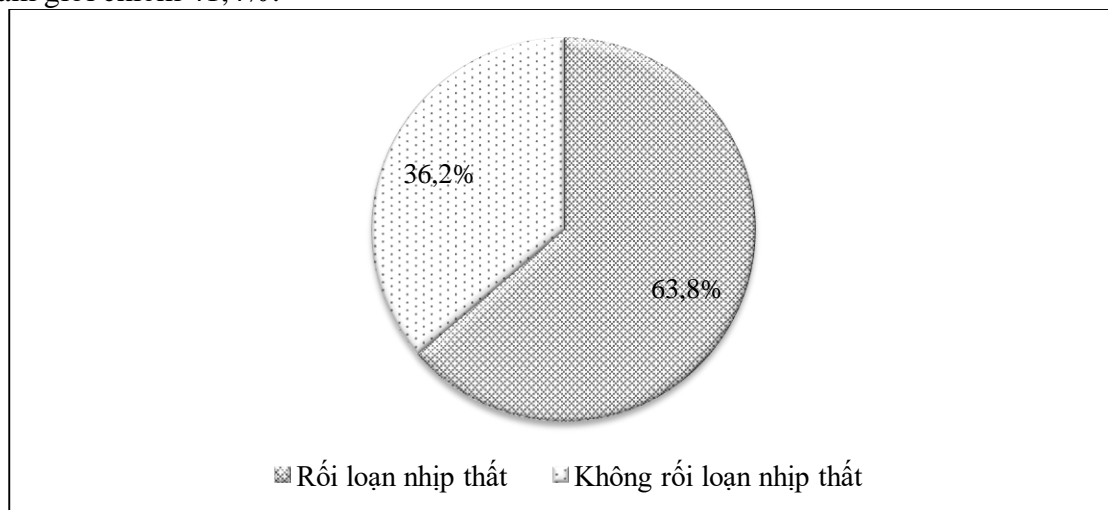
- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** địa điểm: Khoa Nội tim mạch, bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ, thời gian từ tháng 5 năm 2018 đến 5 năm 2020.

- **Phân tích và xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim cấp

Nghiên cứu chúng tôi có độ tuổi trung bình là $72,1 \pm 14,6$ tuổi, nữ giới chiếm 58,6%, nam giới chiếm 41,4%.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim cấp

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim cấp chiếm tỉ lệ cao lên đến 63,8%.

Bảng 1. Liên quan giữa rối loạn nhịp thất và nguyên nhân suy tim

Nguyên nhân suy tim	Rối loạn nhịp thất n (%)	Không rối loạn nhịp thất n (%)	p
Bệnh động mạch vành	22 (59,5)	15 (40,5)	0,389
Tăng huyết áp	8 (66,7)	4 (33,3)	
Bệnh van tim	6 (85,7)	1 (14,3)	
Bệnh cơ tim giãn nở	0 (0)	1(100)	
Bệnh tim bẩm sinh	1 (100)	0 (0)	

Nhận xét: Chưa thấy mối liên quan giữa rối loạn nhịp thất và nguyên nhân suy tim ($p > 0,05$).

Bảng 2. Liên quan giữa rối loạn nhịp thất và phân độ NYHA

Phân độ NYHA	Rối loạn nhịp thất n (%)	Không rối loạn nhịp thất n (%)	p
II	4 (40)	6 (60)	0,037
III	26 (65)	14 (35)	
IV	7 (87,5)	1 (12,5)	

Nhận xét: Bệnh nhân suy tim NYHA IV có tỉ lệ rối loạn nhịp thất cao hơn bệnh nhân suy tim NYHA II và NYHA III, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,037$.

Bảng 3. Liên quan giữa rối loạn nhịp thất và phân suất tổng máu

Phân suất tổng máu (EF)	Rối loạn nhịp thất n (%)	Không rối loạn nhịp thất n (%)	p
< 40%	19 (79,2)	5 (20,8)	0,041
≥ 40%	18 (52,9)	16 (47,1)	

Nhận xét: Bệnh nhân có EF < 40% có tỉ lệ rối loạn nhịp thất cao hơn bệnh nhân có EF ≥ 40%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,041$.

Bảng 4. Liên quan giữa rối loạn nhịp thất và nồng độ NT-proBNP

Rối loạn nhịp thất	Nồng độ NT-proBNP (pg/ml)			Mann-Whitney U test
	Trung vị	Nhỏ nhất	Lớn nhất	
Có	8633	1819	35000	p = 0,041
Không	5549	1113	31620	

Nhận xét: Bệnh nhân rối loạn nhịp trên thất có nồng độ NT-proBNP cao hơn bệnh nhân không rối loạn nhịp trên thất, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Kết quả điều trị rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim cấp

Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị trong nghiên cứu chúng tôi là 30 bệnh nhân chiếm 88,2%. Trong đó thời gian nằm viện >10 ngày là 66%, từ 7-10 ngày là 31%, <7 ngày là 3%.

Bảng 5. Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị theo phân suất tổng máu

Phân suất tổng máu (EF)	Đạt mục tiêu điều trị		p
	Có (n%)	Không (n%)	
< 40%	12 (75,0%)	4 (25,0%)	p = 0,025
≥ 40%	18 (100%)	0 (0%)	
Tổng	30 (88,2%)	4 (11,8%)	

Nhận xét: Nhóm có phân suất tổng máu ≥ 40% đạt mục tiêu điều trị cao hơn nhóm <40%, $p < 0,05$.

Bảng 6. Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị theo nồng độ NT-proBNP

Mục tiêu điều trị	Nồng độ NT-proBNP (pg/ml)			Mann-Whitney U test
	Trung vị	Nhỏ nhất	Lớn nhất	
Đạt mục tiêu	8633	1819	35000	p = 0,845
Không đạt mục tiêu	14580	2650	33248	

Nhận xét: Nhóm không đạt mục tiêu điều trị có nồng độ NT-proBNP cao hơn nhưng $P > 0,05$.

Bảng 7. Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị khi điều trị bằng amiodaron

Điều trị bằng amiodaron	Đạt mục tiêu điều trị		p = 0,036
	Có (n %)	Không (n %)	
Có	23 (95,8%)	1 (4,2%)	
Không	7 (70,0%)	3 (30,0%)	
Tổng	30 (88,2%)	4 (11,8%)	

Nhận xét: nhóm bệnh nhân có điều trị bằng amiodaron đạt mục tiêu điều trị cao hơn nhóm không điều trị bằng amiodaron, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim cấp

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ rối loạn nhịp thất là 63,8% thấp hơn nghiên cứu của tác giả Maskin khi tỉ lệ ngoại tâm thu thất đa ổ là 92%, nhịp nhanh thất 71% [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có mối liên quan giữa rối loạn nhịp tim và nguyên nhân suy tim. Nghiên cứu của chúng tôi giống với tác giả Nguyễn Hải Nguyên (2015) nghiên cứu trên 84 bệnh nhân suy tim cho thấy sự khác biệt không ý nghĩa thống kê giữa nguyên nhân suy tim như bệnh van tim, bệnh mạch vành, bệnh tim bẩm sinh, bệnh cơ tim giãn,... với các dạng rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ [5]. Chúng tôi phát hiện bệnh nhân suy tim NYHA IV có tỉ lệ rối loạn nhịp thất cao hơn suy tim NYHA III và bệnh nhân suy tim NYHA III có tỉ lệ rối loạn nhịp thất cao hơn suy tim NYHA II, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,037$. Từ đó kết luận rằng suy tim mức độ nặng hơn thì tần suất gặp rối loạn nhịp thất cũng cao hơn. Tương tự Nguyễn Hải Nguyên (2015) [4], Nguyễn Oanh Oanh (2014) [2], Nguyễn Xuân Nhung (2004) [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy bệnh nhân EF < 40% có tỉ lệ rối loạn nhịp cao hơn và nguy cơ rối loạn nhịp thất cao gấp 3,378 lần so với bệnh nhân có EF ≥ 40%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,041$. Nghiên cứu của Nguyễn Hải Nguyên (2015) bệnh nhân có EF ≤ 30% bị rối loạn nhịp thất cao gấp 9,43 lần so với EF từ 31 – 50%, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Oanh Oanh (2014) cho thấy có mối liên quan giữa rối loạn nhịp thất và phân suất tổng máu EF có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [2]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy mối liên quan giữa rối loạn nhịp tim và phân suất tổng máu EF, Curtis và cộng sự (2003) cho thấy mối liên quan giữa EF và tỉ lệ tử vong do rối loạn nhịp (nhịp thất và rung thất) ở bệnh nhân suy tim có EF < 45% [8]. Trong nghiên cứu TRACE các tác giả cũng nhận thấy tiến độ suy giảm chức năng tâm thu liên quan đến xác suất của cái chết do rối loạn nhịp tim do nhịp nhanh thất và rung thất chủ yếu (EF > 55% tử vong do rối loạn nhịp thất là 2,8%, EF từ 46 – 55% có tỉ lệ tử vong do rối loạn nhịp thất là 4,2%, EF từ 26 – 35% có tỉ lệ tử vong do rối loạn nhịp là 6,3%, EF ≤ 15% có tỉ lệ tử vong do rối loạn nhịp thất là 13,9%; $p < 0,01$) [9]. Nghiên cứu của chúng tôi, Bệnh nhân rối loạn nhịp trên thất có nồng độ NT-proBNP cao hơn bệnh nhân không rối loạn nhịp trên thất, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Nguyễn Trần Xuân An (2014), trung vị nồng độ NT-proBNP của bệnh nhân có rối loạn nhịp trên thất (6452 pg/ml) cao hơn so với bệnh nhân không có rối loạn nhịp trên thất (4619 pg/ml) và rối loạn nhịp thất (9563 pg/ml) cao hơn bệnh nhân không có rối loạn nhịp thất (5323,5 pg/ml) với p lần lượt là 0,046 và 0,045 [1].

Nghiên cứu của Anwaradin và cộng sự (2006) thực hiện trên 209 bệnh nhân suy tim thấy rằng rung nhĩ vào thời điểm làm xét nghiệm NT-proBNP là một yếu tố làm tăng NT-proBNP [12]. Một trong những cơ chế thích nghi sớm nhất tại tim khi xảy ra tình trạng suy tim

là phì đại thất trái (NT-proBNP phóng thích khi áp lực thất và thể tích máu trở về tăng lên), biến đổi thần kinh tự động của tim. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nồng độ NT-proBNP tăng cao ở bệnh nhân có rối loạn nhịp thất. Mà nồng độ NT-proBNP tăng cao là một yếu tố dự báo các rối loạn nhịp thất và tiên lượng tử vong ở bệnh nhân suy tim [6].

4.2. Kết quả điều trị rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim cấp

Nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân suy tim cấp có rối loạn nhịp thất nguy hiểm có thời gian nằm viện trung bình là $12,33 \pm 3,162$ ngày. Thời gian nằm viện > 10 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 65,5%. Theo tác giả Fang J (2008) thời gian điều trị suy tim cấp ở mỗi nước có khác nhau, tùy thuộc vào mức độ, biến chứng và bệnh kèm theo của suy tim [8]. Tỉ lệ đạt mục tiêu điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi là 88,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Thạch Khương (2017) nghiên cứu 43 bệnh nhân suy tim mạn có rối loạn nhịp thất có tỉ lệ điều trị thành công là 58,1% và tỉ lệ sử dụng amiodaron là 51,2% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân sử dụng amiodaron có tỉ lệ đạt mục tiêu điều trị cao hơn nhóm không sử dụng amiodaron, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,036$. Theo Santangeli P (2017), trong các đợt suy tim tiến triển chỉ có amiodaron giảm được các rối loạn nhịp thất [13]. Nghiên cứu CHF-STAT (1995) so sánh amiodaron so với giả dược ở bệnh nhân suy tim, phân suất tống máu thất trái từ 40% trở xuống và ngoại tâm thu thất thường xuyên (>10 NTT/giờ). Sau 2 tuần điều trị ít hơn đáng kể bệnh nhân dùng amiodaron có nhanh thất theo dõi trên Holter điện tâm đồ (33% so với 76%). Mặc dù giảm rối loạn nhịp thất nhưng amiodaron không làm giảm tỉ lệ tử vong [14]. Khi phân tích mối liên quan với nồng độ NT-proBNP thì bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị có nồng độ NT-proBNP thấp hơn bệnh nhân không đạt mục tiêu điều trị, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên, chúng tôi có một số kết luận như sau:

- Tỉ lệ rối loạn nhịp thất là 63,8%, bệnh nhân suy tim NYHA IV có tỉ lệ rối loạn nhịp thất cao hơn suy tim NYHA III và bệnh nhân suy tim NYHA III có tỉ lệ rối loạn nhịp thất cao hơn suy tim NYHA II, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,037$.

- Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị là 88,2%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ đạt mục tiêu điều trị và phân độ suy tim NYHA với $p = 0,009$. Nhóm có phân suất tống máu $\geq 40\%$ đạt mục tiêu điều trị cao hơn nhóm $<40\%$, $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trần Xuân An (2014), *Nghiên cứu các dạng rối loạn nhịp trên điện tim thông dụng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy tim mạn nhập viện tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2013 - 2014*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. Nguyễn Thị Thu Hà và Nguyễn Oanh Oanh (2014), Nghiên cứu đặc điểm rối loạn nhịp thất bằng holter điện tim 24 giờ ở bệnh nhân bệnh van hai lá do thấp, *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, số 68, tr.227-233.
3. Thạch Khương (2017), *Nghiên cứu tình hình rối loạn nhịp tim bằng holter điện tim 24 giờ và kết quả điều trị rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2016 - 2017*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

4. Nguyễn Hải Nguyên (2015), *Nghiên cứu rối loạn nhịp tim bằng Holter điện tâm đồ 24 giờ ở bệnh nhân suy tim mạn có phân suất tổng máu giảm*, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
 5. Nguyễn Hải Nguyên và Trần Viết An (2015), *Nghiên cứu rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy tim mạn có phân suất tổng máu giảm trên Holter điện tâm đồ 24 giờ*, *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, Số 2.
 6. Nguyễn Xuân Nhưong (2004), *Nghiên cứu rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy tim mạn tính*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện quân y.
 7. Curtis JP (2003), The association of left ventricular ejection fraction, mortality, and cause of death in stable outpatients with heart failure, *J Am Coll Cardiol*, 42, pp. 736-42.
 8. Fang Jing (2008), Heart failure-related hospitalization in the US, 1979 to 2004", *Journal of the American College of Cardiology*, 52(6), pp. 428-434.
 9. Julián Villacastín (2004), Risk Stratification and Prevention of Sudden Death in Patients With Heart Failure, *Rev Esp Cardiol*, 4;57(8), pp. 768-82.
 10. Maskin CS (1984), "High prevalence of nonsustained ventricular tachycardia in severe congestive heart failure", *Am Heart J*, 107(5), pp. 896-90.
 11. Ponikowski (2016), 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failureThe Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, *European heart journal*, 37(27), pp. 2129-2200.
 12. Saif Anwaruddin (2006), Renal Function, Congestive Heart Failure, and Amino-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide Measurement, *Journal of the American College of Cardiology*, 47, pp. 91-97.
 13. Santangeli P (2017), Management of Ventricular Arrhythmias in Patients With Advanced Heart Failure, *J Am Coll Cardiol*, 69(14).
 14. Steven N. Singh (1995), Amiodarone in Patients with Congestive Heart Failure and Asymptomatic Ventricular Arrhythmia, *The New England Journal of Medicine*, 333(2), pp. 77-82.
- (Ngày nhận bài: 16/01/2022 – Ngày duyệt đăng: 04/3/2022)
-