ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA CÓ BIẾN CHỨNG Ở TRẺ EM

Trần Quãng Đại, Trương Nguyễn Uy Linh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Phẫu thuật nội soi trong viêm ruột thừa cấp đã được sử dụng rộng rãi, tuy nhiên kỹ thuật này trong điều trị viêm ruột thừa có biến chứng vẫn còn nhiều tranh luận. Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá tính khả thi và hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm ruột thừa có biến chứng ở trẻ em.*

Phương pháp nghiên cứu: *Mô tả tiến cứu hàng loạt ca.*

Kết quả: *Từ tháng 11/2014 đến 5/2015, 108 trẻ VRT có biến chứng đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình 7,98 tuổi (dao động 2-15 tuổi), thời gian trung bình từ khi có triệu chứng đến khi phẫu thuật là 40,5 giờ, thời gian phẫu thuật 86,71 ± 30,93 phút, cho ăn lại sau 1,91 ± 0,7 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 8,95 ± 1,83 ngày. Có 4 trường hợp (3,7%) nhiễm trùng vết mổ.*

Kết luận: *Phẫu thuật nội soi là an toàn, khả thi trong điều trị viêm ruột thừa có biến chứng ở trẻ em. Biến chứng sau phẫu thuật nội soi ít và nhẹ.*

Từ khóa: *Viêm ruột thừa có biến chứng, phẫu thuật nội soi, viêm phúc mạc.*

ABSTRACT

EVALUATION FOR RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR COMPLICATED APPENDICITIS IN CHILDREN

Tran Quang Dai, Truong Nguyen Uy Linh * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 20 - No 1 - 2016: 180 - 184

Objective: *Laparoscopic surgery has been widely used for treatment of simple appendicitis, however it's application for treatment of complicated appendicitis in children is still controversial. The aim of this study is investigate the feasibility and effectiveness of Laparoscopic surgery in treatment of complicated appendicitis in children.*

Method: *A prospective study.*

Results: *From November 2014 to May 2015, 108 patients admitted to hospital were included in the study. Mean age was 7.98 years (rang 2 to 15 years), mean duration from the onset of symptoms to the surgery was 40.5 hours, mean operating time was 86.71 ± 30.93 minutes, the average length of hospital stay was 8.95 ± 1.83 days. There were 4 cases (3.7%) of wound infection.*

Conclusion: *Laparoscopic surgery is feasible, safe in treatment for copmlicated appendicitis in children. The postoperative complications were low and light.*

Keywords: *Complicated appendicitis, laparoscopic, peritonitis.*

MỞ ĐẦU

Viêm ruột thừa (VRT) là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa thường gặp ở trẻ em. Từ hơn 2 thập kỷ qua, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt ruột thừa trong điều trị VRT cấp ngày càng được sử dụng phổ biến và đã khẳng định có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở: tính thẩm mỹ cao, rút ngắn thời gian hồi phục, dễ dàng định vị ruột thừa viêm, thám sát được toàn bộ ổ bụng và rửa ổ bụng tốt hơn[4,15]. Hiện nay, mổ nội soi cắt ruột thừa đang dần trở nên phổ biến cho các trường

* Bộ Môn Ngoại Nhi, ĐHYD TpHCM

Tác giả liên lạc: PGS.Ts.Bs Trương Nguyễn Uy Linh *ĐT*: 0909500579 *Email*: uylinhbs@yahoo.com

hợp VRT cấp ở trẻ em[5].Tuy nhiên, vẫn có nhiều quan điểm khác nhau về vai trò PTNS trong trường hợp VRT đã có biến chứng (viêm phúc mạc, áp-xe) vì mộtt số lý do như khó khăn về kỹ thuật bóc tách, xử trí gốc ruột thừa hoại tử, rửa bụng và bóc tách giả mạc khó khăn, thời gian mổ kéo dài, có thể bị áp xe tồn lưu do rửa bụng không hiệu quả… Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá kết quả PTNS điều trị VRT có biến chứng ở trẻ em.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả tiến cứu tất cả các trường hợp có chẩn đoán sau mổ là VRT có biến chứng được PTNS tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 11/2014 đến tháng 4/2015. Những bệnh nhân được phẫu thuật (PT) sẽ được ghi nhận: tuổi, giới, cân nặng, đặc điểm lâm sàng, mô tả trong lúc mổ, thời gian phẫu thuật, tai biến trong phẫu thuật, thời gian cho ăn lại, thời gian nằm viện, biến chứng hậu phẫu, tái khám sau xuất viện.

Phẫu thuật

Vị trí kíp mổ

Phẫu thuật viên đứng bên trái bệnh nhân, màn hình ở bên phải bệnh nhân hướng trực diện với phẫu thuật viên. Người phụ cầm camera đứng ở bên trái bệnh nhân, phía trên phẫu thuật viên. Dụng cụ viên đứng bên trái bệnh nhân, phía dưới phẫu thuật viên.

Kỹ thuật và vị trí đặt trocar

Dùng 3 trocar, trong đó trocar thứ nhất (10 mm): ở ngay rốn, trocar thứ hai (5 mm) ở hố chậu phải, trocar thứ ba (5 mm) ở hố chậu trái. Bơm CO_2 vào ổ phúc mạc: duy trì áp lực dưới 12 mmHg. Cho bàn mổ nghiêng trái, đầu bệnh nhân thấp khoảng 10^0. Xác định tình trạng ruột thừa, tình trạng ổ bụng. Kiểm tra các cơ quan khác trong ổ bụng: manh tràng, các quai ruột, túi thừa Meckel, mạc nối lớn, buồng trứng và phần phụ…Cắt mạc treo ruột thừa. Cột và cắt ruột thừa (gốc ruột thừa được cột bằng một sợi chỉ Silk 2.0 hoặc Vicryl 2.0). Cắt ruột thừa bằng kéo và đốt niêm mạc ruột thừa. bỏ ruột thừa vào bao chứa. Làm sạch ổ bụng: Nếu viêm phúc mạc nặng thì cần rửa ổ bụng bằng nước muối sinh lý. Tùy tình trạng ổ phúc mạc mà phẫu thuật viên quyết định nên đặt ống dẫn lưu hay không. Lấy ruột thừa ra ngoài qua lỗ trocar rốn.

Sau mổ, bệnh nhân được theo dõi hậu phẫu và sau khi xuất viện đến khi hết thời gian nghiên cứu.

Tần số và tỉ lệ phần trăm được sử dụng để mô tả những biến số. Dữ liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 19.

KẾT QUẢ

Trong 6 tháng từ tháng 11 năm 2014 đến tháng 4 năm 2015, có 108 trường hợp VRT có biến chứng được phẫu thuật và điều trị tại khoa ngoại bệnh viện Nhi Đồng 2. Tuổi trung bình của nghiên cứu 7,98 ± 2,96 tuổi, thấp nhất 2 tuổi, cao nhất 15 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ lần lượt là 2/1. Số bệnh nhi tại Thành phố Hồ Chí Minh chiếm 65,7%, các tỉnh khác chiếm 34,3%. Lý do nhập viện được trình bày trong bảng 1. Thời gian trung bình từ khi bắt đầu triệu chứng đến khi phẫu thuật là 40,5 giờ ± 26,6 giờ. Chỉ số bạch cầu máu lúc nhập viện trung bình là 20.250 ± 7,8/ (6.940 – 38.300).

Bảng 1. *Lý do nhập viện (n = 108)*

Triệu chứng	Trường hợp (%)
Đau bụng	94 (87,4%)
Sốt	4 (3,7%)
Ói	9 (8,33%)
Tiêu chảy	1 (0,93%)

Tỉ lệ các thể VRT có biến chứng được mô tả trong bảng 2. Trong đó trẻ nhỏ hơn 5 tuổi có 22 trường hợp (20,4%). Thời gian phẫu thuật trung bình 86,71 ± 30,93 phút. Trong đó, thời gian phẫu thuật trung bình theo từng nhóm được mô tả trong bảng 2. Thời gian PT ở nhóm ruột thừa có vị trí thường gặp (n = 78) là 83,72 ± 31,66 phút, nhóm ruột thừa có vị trí hiếm gặp là 94,5 ± 27,96 phút, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (T, p > 0,05). Có 8 trường hợp chuyển mổ mở, trong đó lý do chủ yếu là dính nhiều, và các quai ruột chướng nhiều, không thể thao tác

cũng như bóc tách khó khăn. Có 1 trường hợp rách thanh mạc hồi tràng và manh tràng, không có trường hợp nào có biến chứng tổn thương mạch máu. Trong quá trình mổ không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng do bơm CO_2 trong khoang phúc mạc. Có 89 trường hợp đặt dẫn lưu (82%).

Bảng 2. *Các thể viêm ruột thừa có biến chứng (n = 108)*

Chẩn đoán sau mổ	Trường hợp (%)	*Thời gian PT (phút)*
Viêm phúc mạc khu trú	33 (30,56%)	72,88 ± 20,84
Viêm phúc mạc toàn thể	69 (63,89%)	91,01 ± 30,56
Áp xe ruột thừa	6 (5,56%)	113,33 ± 50,47

Các đặc điểm về hậu phẫu được mô tả trong bảng 3. Trong đó kháng sinh thường kết hợp 3 nhóm: cephalosporin thế hệ 3, aminoglycoside, và metronidazol. Nhiễm trùng vết mổ gặp 4 trường hợp, liệt ruột sau mổ có 1 trường hợp, không gặp tắc ruột sớm sau mổ, tử vong không trường hợp nào. Sẹo mổ sau PTNS nhỏ, thẩm mỹ, hầu như không đáng kể khi tái khám sau xuất viện.

Bảng 3. *Đặc điểm hậu phẫu (n = 108)*

Đặc điểm hậu phẫu	Trung bình (ngày)	Sớm nhất	Chậm nhất
Ăn đường miệng	1,91 ± 0,7	1	4
Kháng sinh	7,79 ± 1,8	3	14
Rút ống dẫn lưu	4,85 ± 1,29	2	9
Nằm viện	8,95 ± 1,83	4	15

BÀN LUẬN

Viêm ruột thừa có biến chứng là một bệnhrất thường gặp ở trẻ em. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh thường gặp ở trẻ > 5 tuổi. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn tại Bệnh viện Nhi Trung ương[15] và kết quả của một số tác giả khác[13,9]. Đau bụng là lý do chính khiến bố mẹ đưa trẻ đến bệnh viện (87,04%). Tiếp cận trẻ nhỏ để có triệu chứng lâm sàng chính xác là một thử thách đối với thầy thuốc. Do đó trẻ dưới 5 tuổi triệu chứng rất mơ hồ nên thường nhập viện trễ, trong tình trạng đã có biến chứng[5,9]. Ở trẻ lớn, đôi khi có tâm lý sợ môi trường bệnh viện, gây khó khăn trong tiếp cận chẩn đoán. Bạch cầu máu trung bình 20.250/, điều này phù hợp với nghiên cứu của Keskek. Tác giả này cho rằng số lượng bạch cầu tăng trên 20.000 là chỉ điểm khả năng ruột thừa đã vỡ[6].

Thời gian từ lúc có triệu chứng đến khi mổ là 40,5 giờ. Trong VRT có biến chứng bệnh nhân thường nhập viện muộn, đặc biệt trẻ nhỏ dưới 5 tuổi. Theo tác giả Trần Ngọc Sơn là 3,1 ngày[15], theo Rambha thời gian này là 57,6 giờ[14]. Thời gian bị bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với hai tác giả trên, đây là một tín hiệu rất đáng kích lệ. Bởi vì rút ngắn khoảng thời gian này sẽ giúp giảm độ nặng của bệnh, từ đó rút ngắn thời gian điều trị. Nhóm viêm phúc mạc toàn thể chiếm nhiều nhất 63,89%, trong đó nhóm ≤ 5 tuổi VPMTT chiếm hơn 90% trong khi nhóm > 5 tuổi chỉ chiếm 57%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Công Tầm là trẻ càng nhỏ thì viêm phúc mạc càng nhiều[17].

Thời gian phẫu thuật trung bình là 85 phút, nhóm áp-xe ruột thừa trung bình hơn 110 phút. Điều này chứng tỏ rằng thời gian PTNS trong VRT có biến chứng phụ thuộc vào tình trạng ổ bụng cũng như tay nghề của phẫu thuật viên. Thời gian PT cho ruột thừaở vị trí thường gặp và hiếm gặp khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Điều này chứng tỏ rằng, đối với VRT đã có biến chứng thì thời gian tìm và cắt RT ở bất kì vị trí nào cũng đều như nhau, điều này không thể có được khi mổ mở và đó là ưu điểm rõ rệt của PTNS.

PTNS trong VRT có biến chứng có ưu điểm là quan sát được toàn bộ các vùng trong ổ bụng nên việc tưới rửa và hút sạch ổ bụng được thực hiện dễ dàng và triệt để hơn so với mổ mở. Do đó, việc đặt dẫn lưu không nhất thiết phải trở thành bắt buộc cho mọi trường hợp VRT có biến chứng[10, 15]. Chúng tôi đặt dẫn lưu ổ bụng trong 82% các trường hợp. Vị trí và số lượng ống dẫn lưu tùy thuộc vào độ nặng của bệnh cũng như đánh giá của phẫu thuật viên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có một trường hợp bị rách thanh mạc đoạn cuối hồi tràng và manh tràng khi thao tác nhưng lớp cơ và niêm mạc vẫn còn nguyên vẹn. Trường hợp

này xảy ra khi bóc tách khối áp-xe RT và được xử lý bằng cách khâu lại thanh mạc rách qua nội soi. Trong các trường hợp còn lại có 3 trường hợp chảy máu mô viêm do việc bóc tách khối áp-xe. Trong quá trình mổ không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng do bơm CO_2 trong khoang phúc mạc, điều này chứng tỏ PTNS trong VRT có biến chứng là an toàn.

Thời gian đặt ống dẫn lưu càng lâu càng có nhiều nguy cơ gây biến chứng, do đó việc theo dõi và rút ống dẫn lưu cho bệnh nhi đúng thời điểm là rất cần thiết và giúp ích rất nhiều cho bệnh nhi. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian đặt ống dẫn lưu tương đối dài. Lin (năm 2014) so sánh tỷ lệ các biến chứng sau mổ giữa đặt dẫn lưu và không đặt dẫn lưu, giữa mổ nội soi và mổ mở, kết luận rằng không cần đặt dẫn lưu ổ bụng thường qui[7].

Nghiên cứu của Daskalakis năm 2014 về sử dụng kháng sinh trong VRT khuyến cáo chỉ nên sử dụng kháng sinh điều trị trong VRT có biến chứng và thời gian sử dụng từ 3 - 5 ngày[1,10,9]. Thời gian dùng kháng sinh trong nghiên cứu chúng tôi khá dài. Nguyên nhân có thể do nhiều yếu tố: vô trùng tại phòng mổ cũng như tại phòng bệnh hậu phẫu ở Việt Nam chưa tốt, tâm lý bác sĩ, yếu tố chất lượng kháng sinh cũng rất quan trọng. Có thể vì những yếu trên nên nghiên cứu của chúng tôi có thời gian sử dụng kháng sinh lâu hơn.

Thời gian nằm viện trung bình 8,8 ngày. Theo tác giả Trần Ngọc Sơn là 6,1 ngày[15], theo Rambha là 6,5 ngày (mổ nội soi), 8,2 ngày (mổ mở)[14]. Nghiên cứu của chúng tôi không so sánh với mổ mở nhưng khi so sánh với PTNS của các tác giả khác thì thời gian nằm viện của chúng tôi dài hơn so với họ. Thời gian nằm viện của chúng tôi kéo dài có thể do thời gian rút ống dẫn lưu muộn (4,85 ± 1,29 ngày), tâm lý bác sĩ, tâm lý người nhà… Trong nghiên cứu có một trường hợp áp-xe RT bệnh nhi phải nằm viện đến 15 ngày vì nhiễm trùng vết mổ nhưng đáp ứng với điều trị nội khoa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, hai trường hợp xảy ra ở nhóm VPMTT, hai trường hợp còn lại ở nhóm áp-xe RT. Các trường hợp này đều đáp ứng với điều trị nội khoa. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ theo dõi các biến chứng sớm sau mổ và không gặp trường hợp tắc ruột nào. Trần Ngọc Sơn[15] tại bệnh viện Nhi Trung Ương ghi nhận tỷ lệ tắc ruột sớm là 0%, tuy nhiên tỷ lệ tắc ruột muộn lên đến 17%. Rambha[14] gặp 3/91 (3,3%) bệnh nhi, ba bệnh nhi này đều phải mổ lại gỡ dính bằng nội soi. Chúng tôi có một trường hợp bệnh nhi được chẩn đoán VPMTT, sau mổ bé bị liệt ruột sau mổ, xử lí bằng cách theo dõi, đặt ống thông dạ dày và trực tràng, nuôi ăn tĩnh mạch, kháng sinh (Nguyễn Huỳnh Kim N, 10 tuổi, SHS N2141104451). Sau đó thì bệnh nhi có nhu động ruột lại vào ngày thứ 8, ăn uống lại được. Sau khi xuất viện được tái khám theo hẹn chúng tôi không ghi nhận có vấn đề gì bất thường.

Nhiều thảo luận chỉ ra tính ưu việt PTNS điều trị VRT có biến chứng ở trẻ em. Với tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp ở nghiên cứu này, chúng tôi cho rằng PTNS là an toàn và hiệu quả. Kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều tác giả khác[8,14,15]. Wang cho rằng PTNS là an toàn và hiệu quả đối với VRT có biến chứng ở trẻ em[18]. Những ưu điểm của PTNS trong VPMRT được nghi nhận là nhìn rõ được toàn bộ ổ bụng, lau rửa được các ngóc ngách của ổ bụng, tầm soát các bệnh đi kèm, những điều này rất hạn chế trong mổ mở với đường rạch thông thường. Trong mổ mở, vị trí hiếm gặp của RT hoặc sai lệch chẩn đoán sẽ dẫn đến phải kéo dài đường mổ. Trong khi đó, PTNS ít làm chấn thương cơ, cân vùng thành bụng nên cho phép bệnh nhi đi lại sớm và ít đau hơn vì. Một ưu điểm nữa là PTNS hạn chế biến chứng dính ruột sau mổ. Nó không làm tăng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, ít đau, nhanh hồi phục và có tính thẩm mỹ cao[2,3,15].

KẾT LUẬN

PTNS trong điều trị VRT có biến chứng ở trẻ em là an toàn và hiệu quả. Tai biến, biến chứng ít và nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Daskalakis K, Juhlin C, Pahlman L (2014), The use of pre- or postoperative antibiotics in surgery for appendicitis: a systematic review. Scand J Surg, 103 (1): pp. 14-20.
2. Dennett KV, Tracy S, Fisher S, Charron G, Zurakowski D, Calvert CE, Chen C (2012), Treatment of perforated appendicitis in children: what is the cost?. J Pediatr Surg, 47 (6): pp. 1177-84.
3. Đỗ Minh Đại, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Tấn Cường (2003), Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa. Tạp chí y học thực hành 7 (1): tr. 22-26.
4. Ghoneim A, Valla JS, Limonne B, Valla V, Montupet P, Chavrier Y, Grinda A (1994), Laparoscopic appendectomy in children: report of 1,379 cases. J Pediatr Surg, 29 (6): pp. 786-789.
5. Hitoshi I, Yuki I, Hajime T (2004), Laparoscopic versus open appendectomy in children with uncomplicated and complicated appendicitis. J Pediatr Surg 39: pp. 1680-1685.
6. Keskek M, Tez M, Yoldas O, Acar A, Akgul O, Gocmen E, Koc M (2008), Receiver operating characteristic analysis of leukocyte counts in operations for suspected appendicitis. Am J Emerg Med, 26 (7): pp. 769-772.
7. Lin HF, Lai HS, Lai IR (2014), Laparoscopic treatment of perforated appendicitis. World J Gastroenterol, 20 (39): pp. 14338-47.
8. Mohajerzadeh L, Rouzrokh M, Khaleghnejad Tabari A, Mirshemirani A, Atqiaee K, Dara N (2014), Laparoscopic Appendectomy in Complicated Appendicitis of Children. Ann Colorectal Res, 2 (1): pp. 16599.
9. Nguyễn Đỗ Trọng, Trương Nguyễn Uy Linh (2012), Đánh giá tương quan giữa công thức bạch cầu, c-reactive protein với viêm ruột thừa cấp ở trẻ em. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh 16(1): tr. 125.
10. Nguyễn Thanh Liêm (2000), Viêm ruột thừa, Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em, NXB Y học, Hà Nội, tr. 205-216.
11. Nguyễn Thanh Liêm (2003), Viêm ruột thừa cấp tính, Hồi sức cấp cứu và gây mê trẻ em, NXB Y học, tr. 353-63.
12. Perez V, Saenz D, Madriz J, Harhay M, Feoli J, Castro M, Odio C (2011), A double-blind study of the efficacy and safety of multiple daily doses of amikacin versus one daily dose for children with perforated appendicitis in Costa Rica. Int J Infect Dis, 15 (8): pp. 569-75.
13. Phạm Thị Minh Rạng, Phạm Lê An (2012), Giá trị thang điểm Alvarado và siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp ở trẻ em. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh 16 (1): tr. 96.
14. Rai R, Chui CH, Sai Prasad TR, Low Y, Yap TL, Jacobsen AS (2007), Perforated appendicitis in children: benefits of early laparoscopic surgery. Ann Acad Med Singapore, 36 (4): pp. 277-280.
15. Taqi E, Al Hadher S, Ryckman J, Su W, Aspirot A, Puligandla P, Flageole H, and Laberge JM (2008), Outcome of Laparoscopic Appendectomy for Perforated Appendicitis in Children, J Pediatr Surg, 43: pp. 893-5.
16. Trần Ngọc Sơn, Vũ Mạnh Hoàn, Nguyễn Thanh Liêm (2011), Điều trị viêm ruột thừa thủng ở trẻ em: so sánh giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh 15 (3): tr. 43.
17. Vũ Công Tâm (2003), Nhận xét viêm ruột thừa ở trẻ em dưới 5 tuổi. Luận án Bác sĩ Chuyên Khoa II, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh, tr. 31, 50-51.
18. Wang X, Zhang W, Yang X, Shao J, Zhou X, Yuan J (2009), Complicated appendicitis in children: is laparoscopic appendectomy appropriate? A comparative study with the open appendectomy-our experience. J Pediatr Surg, 44(10): pp. 1924-7.

Ngày nhận bài báo: *24/11/2015*
Ngày phản biện nhận xét bài báo: *27/11/2015*
Ngày bài báo được đăng: *20/01/2016*