

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỖY CỘT SỐNG NGỰC THẮT LƯNG BẰNG NẸP VÍT QUA CUỐNG CUNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Hữu Tài *, Nguyễn Duy Linh, Hà Thoại Kỳ

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: nhtai@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương cột sống - tủy sống, đặc biệt là tổn thương cột sống đoạn ngực thắt lưng thường để lại những khuyết tật thân kinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị nhóm bệnh nhân (BN) chấn thương cột sống ngực thắt lưng bằng phương pháp cố định cột sống bằng nẹp vít qua cuống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu kết quả điều trị 48 BN chấn thương cột sống ngực thắt lưng từ tháng 3 năm 2018 tới tháng 3 năm 2019 tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Tất cả bệnh nhân được theo dõi ít nhất 3 tháng sau mổ. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $45,69 \pm 14,023$ (18-74 tuổi), nam giới chiếm 64,6%, tỷ lệ nam/nữ: 1,82/1. Đa số ở độ tuổi lao động (20-60 tuổi) chiếm 77,1%. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn lao động chiếm 72,9%. Frankel E chiếm 66,7%; Frankel A chiếm 6,7%. Đốt gãy thường gặp là L1 (68,8%). Thời gian mổ trung bình là $138,33 \pm 43,59$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là $16,25 \pm 5,35$ ngày (9-36 ngày). Cột sống được nắn chỉnh và cố định chắc chắn. Đánh giá kết quả theo cải thiện lâm sàng, sau 3 tháng kết quả tốt chiếm 85,4%, trung bình 2,1%, xấu 2,1%. Biến chứng thường gặp là viêm đường tiết niệu 2,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật giải ép tủy sống, nắn chỉnh di lệch và cố định vững cột sống bằng nẹp vít qua cuống cho phép bệnh nhân có thể xoay trở, ngồi dậy sớm, phòng và chống được các biến chứng.

Từ khóa: Gãy cột sống đoạn ngực thắt lưng, cố định bằng nẹp vít qua cuống cung.

ABSTRACT

EVALUATE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THORACOLUMBAR FRACTURES BY PEDICLE SCREW PLACEMENT THROUGH VERTEBRAL COLUMN AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Nguyen Huu Tai, Nguyen Duy Linh, Ha Thoai Ky

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Spinal column and spinal cord injuries, especially thoracolumbar spinal injuries often cause paralysis with disabilities. **Objectives:** The authors report the surgical results of patients with thoracolumbar injuries with pedicle screw fixation were used. **Materials and MethodS:** prospective, follow up 48 patients with thoracolumbar injuries, from March 2018 to March 2019 in Can tho Central General Hospital. All patients had a minimum follow-up of three months. **Results:** The mean age was $45,69 \pm 14,023$ (18-74), 64,6% was male and male/female: 1,82/1. Labours (20-60) are 77,1% with hard working reason. Cause: labour accident 72,9%. Frankel E 66,7%; Frankel A 6,7%. The common positions are L1 vertebrae (68,8%). The time mean of surgery was $138,33 \pm 43,59$ minutes. The time mean of hospital stay was $16,25 \pm 5,35$ day (9-36). Spinal deformity correction and rigid fixation were achieved via a posterior approach. According to evaluation of clinical improvement with result follow up examination after 3 months are good (85,4%), average (2,1%) and bad (0%). Common complication is urinary infections 2,1%.

Conclusion: *Spinal decompression surgical, manipulation of displaced and fixed spinal with pedicle screw allow patients to turn back, get up early, to prevent the complications.*

Keywords: *thoracolumbar fractures, pedicle screw fixation.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cột sống đoạn bản lẻ ngực thất lưng là gãy ở đoạn cột sống từ đốt sống ngực 11 đến đốt sống thất lưng 2. Chấn thương vùng này chiếm 70% trong tổng số chấn thương cột sống, tuy không đe dọa đến tính mạng như gãy cột sống cổ, nhưng nó để lại nhiều di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến đời sống sinh hoạt của người bệnh [10].

Tại Cần Thơ, ca phẫu thuật gãy cột sống đầu tiên được thực hiện năm 2000 tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ. Đến nay, phẫu thuật điều trị gãy cột sống là một trong những phẫu thuật chuyên sâu và được ưu tiên phát triển của khoa Ngoại Thần kinh, Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ. Ở Việt Nam, đã có nhiều tác giả nghiên cứu về chấn thương cột sống ngực thất lưng. Tuy nhiên, tại Cần Thơ chưa có nghiên cứu nào đầy đủ về phẫu thuật gãy cột sống ngực thất lưng.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy cột sống ngực thất lưng bằng nẹp vít qua cuống cung” với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng gãy cột sống ngực thất lưng.
2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy cột sống ngực thất lưng bằng nẹp vít qua cuống cung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân bị gãy cột sống đoạn bản lẻ ngực thất lưng do chấn thương được phẫu thuật nẹp vít qua cuống tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ trong 1 năm, từ tháng 03/2018 đến tháng 03/2019.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ 15 tuổi trở lên gãy cột sống ngực thất lưng mất vững có liệt hoặc không liệt đã được phẫu thuật nẹp vít qua cuống.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những trường hợp gãy trật đốt sống do bệnh lý (loãng xương, lao xương), tổn thương phối hợp nặng (chấn thương sọ não), đên quá muộn hoặc đã phẫu thuật được chuyển đến từ nơi khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Tiến cứu mô tả loạt ca.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện 48 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Tác giả trực tiếp hỏi bệnh, thăm khám, phụ mổ và đánh giá bệnh nhân trước, trong và sau mổ. Khám lại sau mổ bằng cách hẹn bệnh nhân hoặc gọi điện thoại.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0 và các test liên quan.

2.3. Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung (tuổi, giới), nguyên nhân, lâm sàng (phân độ Frankel), chẩn đoán hình ảnh (vị trí đốt gãy), kết quả phẫu thuật (phân độ Frankel, số lượng vít, thời gian mổ, thời gian nằm viện, biến chứng), kết quả chung.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu thực hiện trên 48 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $45,69 \pm 14,023$ (18-74 tuổi), nam giới chiếm 64,6%, tỷ lệ nam/nữ: 1,82/1. Nhóm tuổi thường gặp nhất là lứa tuổi lao động từ 20 - 60 tuổi chiếm 77,1%.

Nguyên nhân do tai nạn lao động chiếm tỷ lệ cao nhất 72,9%, tiếp theo tai nạn giao thông là 16,7%, nhóm tai nạn sinh hoạt đứng thứ ba chiếm 10,4%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Phân độ thương tổn thần kinh trước mổ

Độ thương tổn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Frankel A	2	4,2
Frankel B	2	4,2
Frankel C	6	12,5
Frankel D	6	12,5
Frankel E	32	66,7
Tổng số	48	100

3.3. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Bảng 2. Vị trí tổn thương trên phim chụp X- quang và CT-Scan

Đốt tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
D11	2	4,2
D12	13	27,1
L1	33	68,8
L2	12	25

Trong số 48 bệnh nhân, có 37 bệnh nhân gây 1 đốt chiếm 77,12%, 10 trường hợp bị tổn thương ở hai nơi D1-D12, D12-L1, L1- L2, D12-L2 chiếm tỷ lệ 20,8%, 1 trường hợp gây 3 nơi D12-L1-L2 chiếm 2,08%.

3.4. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.3. Phục hồi thần kinh sau 3 tháng

Phân độ Frankel		Khám lại sau 3 tháng					Tốt hơn (%)
		A	B	C	D	E	
Lúc vào viện	A	1	1	0	0	0	1 (6,25%)
	B	0	0	1	0	1	2 (12,5%)
	C	0	0	1	0	5	5 (31,25%)
	D	0	0	0	0	6	6 (37,5%)
Tổng		1	1	2	0	12	14 (87,5%)
Như cũ					Tốt hơn		

Bảng 4. Số lượng vít sử dụng

Số lượng vít	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
4 vít	14	29,2
5 vít	2	4,2
6 vít	28	58,3
8 vít	4	8,3
Tổng	48	100

3.1. Thời gian phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là: 60 phút.

- Thời gian phẫu thuật dài nhất là: 260 phút.
- Thời gian phẫu thuật trung bình là: $138,33 \pm 43,59$ phút.

3.2. Thời gian nằm viện điều trị

- Thời gian nằm viện điều trị ngắn nhất là: 9 ngày.
- Thời gian nằm viện điều trị dài nhất là: 36 ngày.
- Thời gian nằm viện điều trị trung bình là: $16,25 \pm 5,35$ ngày.

Bảng 5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Ngay sau mổ	Sau mổ 3 tháng
Chảy máu sau mổ	0	0
Nhiễm khuẩn vết mổ	0	0
Viêm đường tiết niệu	1 (2,1%)	0
Viêm phổi	0	0
Loét do nằm (đè tỳ)	0	0
Kỹ thuật (lệch, gãy vít)	0	0

Bảng 6. Kết quả chung

Kết quả chung	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	41	85,4
Khá	5	10,4
Trung bình	2	4,2
Xấu	0	0
Tổng	48	100

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam/nữ: 1,82/1. Nhóm tuổi thường gặp nhất là lứa tuổi lao động từ 20 - 60 tuổi chiếm 77,1%. Như vậy, độ tuổi hay bị chấn thương cột sống lưng - thắt lưng là độ tuổi lao động, trụ cột trong gia đình, lao động chính của xã hội.

Tai nạn lao động là nguyên nhân chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất 72,9%. Tuy nhiên khi so sánh với một số tác giả nước ngoài thì chúng tôi thấy có sự khác biệt khi nguyên nhân gây ra chấn thương cột sống ngực thắt lưng ở các nước phát triển đa số là do tai nạn giao thông, sau đó mới đến tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt [10],[14]. Điều này có thể giải thích là do các nước có trình độ khoa học kỹ thuật phát triển, an toàn lao động được quan tâm đúng mức nên tỷ lệ tai nạn lao động thấp hơn nước ta.

Bảng 1. Phân độ thương tổn thần kinh trước mổ

Độ thương tổn	Chúng tôi	Phạm Ngọc Huy (2017) [6]	Mauro Dobran (2016) [12]
Frankel A	4,2	4,1	5
Frankel B	4,2	3,1	6,6
Frankel C	12,5	11,7	6,6
Frankel D	12,5	18,2	16,6
Frankel E	66,7	61,8	65
Tổng số (%)	100	100	100

Như vậy, kết quả thương tổn thần kinh trước mổ của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác.

Vị trí đốt sống hay bị tổn thương nhất là đốt L1 chiếm 68,8%, D12 chiếm 27,1%. Hoàng Minh Đỗ và cộng sự (2010) ghi nhận đốt gãy nhiều nhất là L1 và D12 với tỷ lệ lần lượt là 53,9% và 24,7% [4]. Theo Mauro Dobran (2016) vị trí tổn thương thường gặp nhất

là D12, L1 chiếm tỷ lệ 65% [12]. So sánh với các tác giả trong và ngoài nước thì nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp. Vị trí tổn thương hay gặp T12-L1, đó là đặc điểm vùng chuyển tiếp cột sống khi chịu lực chấn thương.

Trong 48 bệnh nhân được khám lại 3 tháng sau phẫu thuật, có 14 bệnh nhân (chiếm 87,5%) cải thiện độ Frankel so với trước mổ và 12/16 bệnh nhân đã hồi phục hoàn toàn về thần kinh so với trước mổ. Trong nghiên cứu của Hồ Nguyên Hải (2005) trên 85 bệnh nhân có phục hồi ít nhất một độ Frankel sau mổ 1 tháng chiếm 74,1% [5]. Theo Muralidhar B.M. (2014) sự phục hồi thần kinh chiếm 86,7%, trong đó phục hồi hoàn toàn chiếm 30% [13].

Số lượng vít cố định dựa vào vị trí đốt tổn thương và mức độ tổn thương. Các trường hợp tổn thương vỡ thân đốt nhiều mảnh, vỡ cuống sống thì chúng tôi không bắt vít trực tiếp vào đốt đó mà chỉ bắt vít các đốt trên và dưới. Các trường hợp không vỡ cuống sống chúng tôi có bắt vít ở đốt tổn thương và thường dùng vít ngắn hơn với mục đích cố định tốt hơn và cũng giúp nắn chỉnh thuận lợi hơn. Số lượng vít cố định gặp nhiều nhất là dùng 6 vít với 58,3%, dùng 4 vít chiếm 29,2%, có 2 trường hợp (4,2%) dùng 5 vít gặp ở bệnh nhân tổn thương vỡ 1 bên cuống sống nên chúng tôi chỉ bắt vít vào bên còn lại. Chúng tôi có 4 trường hợp (8,3%) bắt 8 vít do bệnh nhân lớn tuổi có loãng xương và do gãy 2 đốt liên tiếp. Chúng tôi không gặp trường hợp nào định vị nhầm đốt tổn thương.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $138,33 \pm 43,59$ phút, ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 260 phút. 1 trường hợp mổ dài nhất là do xương gãy phức tạp nên phải mất nhiều thời gian nắn chỉnh và vá màng tủy. Lê Văn Công (2015) nghiên cứu 45 bệnh nhân tại bệnh viện 121 ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình $110,15 \pm 3,22$ phút, ngắn nhất 80 phút; dài nhất 180 phút [1]. Nghiên cứu của Rishi M. Kanna (2014) trên 32 bệnh nhân ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình 112 ± 36 phút [15]. Các phẫu thuật viên tại bệnh viện chúng tôi đã có nhiều năm kinh nghiệm nên thời gian phẫu thuật của chúng tôi tương đương các tác giả ở trong và ngoài nước. Việc rút ngắn thời gian phẫu thuật giúp hạn chế các biến chứng về gây mê cho bệnh nhân khi phải nằm sấp.

Thời gian nằm viện điều trị trung bình là $16,25 \pm 5,35$ ngày, ngắn nhất là 9 ngày, dài nhất là 36 ngày. Có 1 trường hợp nằm viện dài nhất do bệnh nhân bị cường giáp nên phải điều chỉnh hormon tuyến giáp cho ổn rồi mới phẫu thuật. Theo kinh nghiệm của các phẫu thuật viên thần kinh trong nước thì môi trường y tế nước ta phần nào vẫn chưa đảm bảo các tiêu chuẩn vô trùng tuyệt đối như nước ngoài nên đa số đều thống nhất sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm cho các bệnh nhân được bắt dụng cụ cột sống ít nhất là 9 đến 10 ngày sau mổ. Các phẫu thuật viên trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thống nhất với cách làm trên đồng thời có một số trường hợp phải điều chỉnh bệnh lý nội khoa, tập vật lý trị liệu sau mổ hoặc phải mổ thêm bệnh lý khác (như gãy xương) nên thời gian nằm viện của chúng tôi dài hơn so với tác giả Rishi M. Kanna (2014) là $5,1 \pm 2,6$ ngày [15]. Sự khác biệt của chúng tôi với tác giả Hà Doãn Cây (2010) là $7,74 \pm 2,64$ ngày [2] là do nghiên cứu này được thực hiện ở Bệnh viện hữu nghị Việt Đức nơi mà các bệnh nhân sau phẫu thuật ổn định sẽ được chuyển về các bệnh viện tuyến tỉnh tiếp tục điều trị kháng sinh. Kết quả của chúng tôi tương đương với tác giả Ngô Đình Dương (2013) có 18 trường hợp (56,25%) nằm viện từ 7 đến 14 ngày, 12 trường hợp (37,5%) nằm viện từ 15 đến 21 ngày, chỉ có 2 trường hợp (6,25%) nằm viện hơn 21 ngày [3] do Kon Tum là bệnh viện tuyến tỉnh.

Bảng 2. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Chúng tôi sau 3 tháng	Đào Văn Nhân (2012) [7]	Ngô Đình Dương (2013) [3]	Kunpeng Li (2016) [11]
Chảy máu sau mổ	0	0	0	0
Nhiễm khuẩn vết mổ	0	0	0	0
Viêm đường tiết niệu	0	6,2	0	0
Viêm phổi	0	0	0	0
Loét do nằm (đề tỷ)	0	6,2	6,25	0
Kỹ thuật (lệch, gãy vít)	0	0	0	3,1

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác cũng cho thấy rằng phương pháp mổ này ít gây biến chứng cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất 85,4%, trung bình chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,2%. Theo Ngô Tuấn Tùng (2015) kết quả tốt 73,7%, khá 3,5%, trung bình 8,8%, xấu 14% [8]. Phạm Ty (2010) tốt 86,6%, khá 6,7%, trung bình 6,7%, không có kết quả xấu [9].

V. KẾT LUẬN

Chấn thương cột sống ngực - thắt lưng thường gặp ở nam giới (chiếm 64,6%) và ở độ tuổi lao động. Nguyên nhân chấn thương do tai nạn lao động chiếm tỉ lệ cao nhất (72,9%), kế đến là tai nạn giao thông (16,7%). Vị trí đốt sống hay bị tổn thương nhất là đốt L1 chiếm 68,8%, D12 chiếm 27,1%.

Phẫu thuật gãy cột sống bằng nẹp vít qua cuống cung nhằm cố định vững chắc cột sống, giải ép và tạo điều kiện phục hồi thần kinh mang lại kết quả bước đầu khả quan, hầu hết đều có sự hồi phục về thần kinh (87,5%), trả bệnh nhân về lại với cuộc sống và công việc, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Công và Đặng Văn Thích (2015), *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị chấn thương cột sống lưng - thắt lưng bằng lối sau tại bệnh viện Quân Y 121*, Bệnh viện Quân Y 121.
2. Hà Doãn Cây (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống đoạn bản lẻ ngực - thắt lưng có liệt*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
3. Ngô Đình Dương (2013), *Kết quả phẫu thuật gãy cột sống ngực - thắt lưng bằng vít chân cung*, Bệnh Viện Đa khoa tỉnh Kon Tum
4. Hoàng Minh Đỗ và cộng sự (2010), "Điều trị phẫu thuật gãy cột sống mất vững lưng - thắt lưng tại bệnh viện Thanh Nhàn", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 374, số 2, tr. 160-165.
5. Hồ Nguyên Hải (2005), *Nghiên cứu kết quả điều trị phẫu thuật cấp cứu chấn thương cột sống ngực - thắt lưng không và có tổn thương thần kinh không hoàn toàn tại bệnh viện Việt Đức*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Hà Nội.
6. Phạm Ngọc Huy (2017), "Đánh giá chất lượng sơ cấp cứu ban đầu và kết quả điều trị chấn thương cột sống đoạn ngực thắt lưng tại 7 bệnh viện Việt Nam", *Tạp chí Y Học Việt Nam*. Tập 452, tháng 3, số 1, tr. 25-29.
7. Đào Văn Nhân (2012), *Kết quả bước đầu điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống lưng - thắt lưng bằng bắt vít qua cuống tại Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Bình Định*, Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Bình Định.
8. Ngô Tuấn Tùng (2015), *Đánh giá kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống đoạn bản lẻ ngực - thắt lưng mất vững tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

9. Phạm Ty (2010), "Điều trị chấn thương cột sống lưng - thắt lưng bằng phẫu thuật theo kỹ thuật Cotrel - Dubousset", *Tạp chí Y Học Việt Nam*. Tập 365, số 2, tr. 9-13.
 10. Harel Arzi và Paul M. Arnold (2013), "Thoracolumbar Anterolateral and Posterior Stabilization", *Schmidek & Sweet Operative Neurosurgical Techniques: indications, methods, and results*, Sixth Edition, Vol. 1, tr. 2027-2034.
 11. Kungpeng Li (2016), "Effect of the percutaneous pedicle screw fixation at the fractured vertebra on the treatment of thoracolumbar fractures", *International Orthopaedics*.
 12. Mauro Dobran (2016), "Treatment of unstable thoracolumbar junction fractures: short-segment pedicle fixation with inclusion of the fracture level versus long-segment instrumentation", *Acta Neurochir*.
 13. Muralidhar B.M. and et al (2014), "Management of Unstable Thoracolumbar Spinal Fractures by Pedicle Screws and Rods Fixation", *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. Vol. 8, No. 2, tr. 121-123.
 14. Rajasekaran and et al (2015), "Management of thoracolumbar spine trauma ", *Indian Journal of Orthopaedics*. Vol. 49, No. 1, tr. pp 72-82.
 15. Rishi M. Kanna and et al (2014), "Clinical study posterior fixation including the fractured vertebra for severe unstable thoracolumbar fractures", *The spine journal*, tr. 1-9.
- (Ngày nhận bài: 25/9/2019 - Ngày duyệt đăng: 03/11/2019)
-