

nguyên cơ nhiễm tia X là bất lợi hiển nhiên của phương pháp này. Tuy vậy, CT đã được chứng minh là có ưu điểm chẩn đoán các biến chứng của

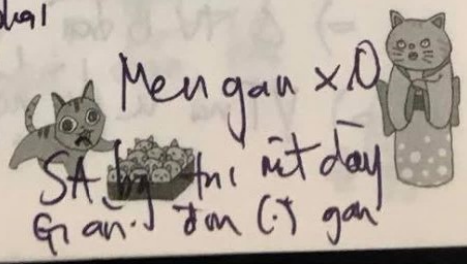
túi mật thì 12. Trường hợp viêm túi mật khi thông hơi trong lòng túi mật hay trên thành túi mật sẽ cho hình ảnh mất tín hiệu (signal void). Hoại tử túi mật do thiếu máu cục bộ gây loét, xuất huyết hay tạo các ổ

1. $\delta 32+$ đau + SP, sốt lạnh run, 37°C
 ấn đau 1/4, k' đề kháng
 bil 1.1
 CT \Rightarrow túi mật cỡ 90×100 , vách dày 6mm
 ít dịch quanh
 \Rightarrow VTM cấp độ 1
 \Rightarrow HS : C3



2. Đau bụng 1 tý bên
 đau quanh rốn
 ấn đau quanh rốn, thăm TT \Rightarrow viêm bầm
 \Rightarrow NS \Rightarrow u ở góc gần
 \Rightarrow giai đoạn \Rightarrow CT scan có CA.
 \Rightarrow T4b N2 M0 \Rightarrow x (ẩn TT D2)
 \Rightarrow pp phẫu thuật : nội vi tràng
 - DT ng

6. G7 tuổi HSP 7y + sốt lạnh run
 N3 vảy, mủ OMC, kèm 3 year.
 nhanh nhẹn, HSP
 đề kháng 1/4 = phải
 WBC 32k
 PLT \downarrow



Men gan xD
 SA tăng từ đây
 Gran. đơn (T) gan

⇒ NTAM
⇒ dẫn lưu ERCP

⑦. lựa chọn KS ⇒ carbapenem

⑧. ♀ 52 tuổi, đau 2 ngày, quặn cơn
nôn → giảm

Đại tiện & tiểu tiện

TC: Cắt túi mật, TR do đau
môn KS (đôi đỏ, sưng, rần rần)

Đau: MMT.

NN nữ ít phù hợp: sỏi mật
(cắt TM rần)

CT ⇒ túi mật non, không gì ≠.

⇒ KS mất 12-24h ⇒ mổ.

CT alh' I' với quyết định &.

⇒ dấu hiệu hồi phục
(bắt CB không đau).

⑩ ♂ 17 tuổi đau bên trái
đau rất đau, dữ dội đã bị tụt

⇒ Δ TV B ch

VT nữ không phù hợp: không làm được
HCT

một phần là vì độ nhạy của CT trong chẩn đoán sỏi
mật chỉ khoảng 60% (thay đổi từ 25% đến 88% theo
nhiều báo cáo khác là vì các nghiên cứu sử
dụng CT t

Chụp cộng hưởng từ
khí siêu âm lúc đầu chưa chẩn đoán được. Tương tự,
hình ảnh VTMC trên chụp cộng hưởng từ cũng là túi
mật căng to, thành dày, cường độ tín hiệu tăng ở quanh
mật thì T2. Trường hợp viêm túi mật khí thống,

Xử trí: mổ ngay k cần kx.

(12) ♀ 28 tuổi, 1002.
đau HCP 2d sốt
mổ kho sỏi đ
ngh CP250



Δ it' phù hợp I: u đại tỷ

(14) CT S ch' đnh: MSCT BC có CA.

(15) mổ CC: qua nưc HCP nhanh đng
dịch tích HCP, Douglas.
RT sang huyết nhe
TC viên đđ, tại vòm dịch inu" đđ.

=> viêm phần phụ

=> cắt RT, rửa huy, dl Douglas

(16) KS => C3 + quinolone.

(17) HP N1 => BN TT

dẫn lưu 170 ml, (mút cyster: v)

N2 => 30 ml.

Hai đđ k đđ: rút dẫn lưu.



001

18. 25 tuổi TNQT Gh, hữ
tinh, Hx chh' xau
100/60 120
tuyết HSP, đc 37°C
⇒ SÂ FAST

19. ⇒ LB CT: dịch lỵ nhiều, k hữ, tở
dập HPT 6, 7
cổ thoát mnh

⇒ Δ: XHN

⇒ làm DSA (man' chỉ làm KT lĩ
k làm VAM)

20. ~~LB CT~~:

A du tiên: nước' mướ'

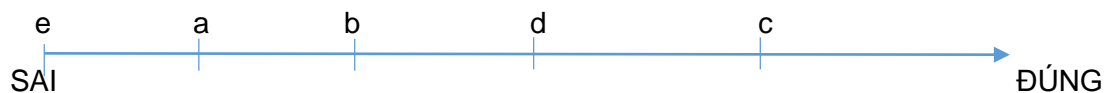


- Về kiểu ra đề 5 câu chọn 1 câu ĐÚNG NHẤT, các bạn đã học đến 6 năm rồi nhưng vẫn chưa hiểu về vấn đề này. Không phải bạn chọn D thì có nghĩa là A,B,C,E đều sai hết. Điều đó chỉ có nghĩa là trong ngữ cảnh đó, D là đúng và phù hợp nhất so với những câu còn lại. A sẽ ví dụ cho các bạn hiểu.

Câu hỏi: Đối với chẩn đoán viêm ruột thừa ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu, CLS nào sau đây giúp ích nhiều nhất và ít có hại nhất?

- a. Công thức máu
- b. CRP
- c. Siêu âm bụng
- d. MRI
- e. CT scan

Ta đưa các đáp án trên lên 1 trục để so sánh



Rõ ràng là trừ MSCT gần như là không nên chỉ định vì có thể gây ảnh hưởng đến thai, 4 đáp án còn lại đều giúp ích và trên thực tế đều được sử dụng khi cơ VRT ở phụ nữ mang thai. Nhưng CTM và CRP thì thường tăng trong thai kỳ, do đó nó dễ dương tính giả. Còn MRI thì quá tuyệt, nhưng so với ảnh hưởng thai thì từ trường cũng có 1 chút ít nếu so với siêu âm bụng, và lại còn đắt tiền hơn, chụp lâu hơn... Do vậy đáp án là C, và không có nghĩa các đáp án còn lại đều sai.

Giờ a sẽ bắt đầu giải đáp các thắc mắc của các em.

- Câu hỏi số 2: Em có thắc mắc trong đáp án của câu hỏi số 2.

Theo Tokyo Guideline 13 thì kháng sinh mình có thể chọn cho Viêm túi mật cấp Grade 1 là Nhóm Cephalosporin 3 hoặc Nhóm Carbapenem cụ thể là Ertapenem. Tức là có 2 đáp án có thể chọn.

Em có đính kèm thêm link TG13 antimicrobial therapy phía dưới

Em mong anh coi lại đáp án câu hỏi này và hồi âm cho em. Em cảm ơn anh.

→ Đúng vậy. cả 2 đều có thể chọn. Nhưng nếu ưu tiên chọn 1, thì đa số đều đồng ý sẽ chọn nhóm "yếu hơn", tức là Cepha 3, và để dành nhóm "mạnh hơn" cho những NT nặng hơn. Thử nghĩ nếu BN nào viêm túi mật cấp độ 1 vào tất cả BS đều cho Ertapenem thì tương lai tình trạng đề kháng KS sẽ ra sao? Em thử kể tên một nhóm KS nào mạnh hơn Carbapenem cho anh xem? Không kể được phải k? Vì nó là nhóm mạnh nhất hiện tại rồi. BN mà đề kháng Carbapenem (mà mạnh nhất trong nhóm này là Imipenem và Meropenem) thì gần như chỉ có chờ chết.

- Câu hỏi số 2: BN VTMC độ 1, tại sao em chọn kháng sinh dự phòng Amoxiciline (nhóm Penicilline) để chuẩn bị mổ cắt túi mật lại sai. Trong TG18 thì vẫn có hướng dẫn cắt túi mật ở VTMC độ 1 (TG18, Flowchart Grade I).

Vậy ở BN này mổ vẫn phù hợp theo hướng dẫn trong TG18. Tại sao đề chọn Cef 3 điều trị

mà không chọn kháng sinh dự phòng. Đề chỉ hỏi là dùng kháng sinh nên em chọn dùng KS dự phòng để đi mổ, đề không bắt buộc phải điều trị theo hướng nội khoa, BN này cũng không có chống chỉ định ngoại khoa.

→ có lẽ e nhầm lẫn giữa việc chọn KS dự phòng hay điều trị và việc mổ hay không. 2 việc này là độc lập với nhau. Chỉ định sử dụng KS dự phòng là KHÔNG CÓ NHIỄM TRÙNG. Khi e chẩn đoán viêm túi mật cấp tức là phải có KS điều trị. E nên đọc lại kiến thức về KS dự phòng. (sách Ngoại khoa ống tiêu hóa có viết ở bài chuẩn bị BN trước mổ)

- Câu 6: Theo em được thầy Hoàng Danh Tấn dạy (em có gửi kèm ghi âm ở 19p55g đến 20p35g) thì những trường hợp ống mật chủ lớn, tốt nhất là $\geq 10\text{mm}$ thì mở ống mật chủ lấy sỏi + đặt ống dẫn lưu Kehr vượt trội hơn ERCP do:

- Ống mật chủ lớn mở rất dễ, mổ không nhiều biến chứng;
- Còn ERCP có thể gây thủng tá tràng và viêm tụy cấp dẫn tới tử vong.

Tuy đáp án là ERCP theo guideline nhưng em nghĩ đây là thi lâm sàng, nên làm theo những gì thầy dạy trên lâm sàng cũng không nên coi là sai. Em hi vọng anh xem lại đáp án câu này ạ.

→ Em nên nhớ mỗi bối cảnh BN là một lựa chọn khác nhau. Tại sao BN này lại lựa chọn phương án DL qua ERCP?

+ BN 67t, đang sốc NT (HA 70/50), rối loạn đông máu, tiểu cầu 65G/L. Một cuộc mổ gần như là nặng nề hơn nhiều so với ERCP. ERCP nếu k thấy sỏi cũng chỉ cần đặt stent để giải áp mật là giải quyết được NT

+ BN này có tiền căn mổ sỏi trước đó, nên tiên lượng mổ lại rất khó khăn (dính nhiều), nguy cơ tổn thương đường mật cao. Nếu có mổ sẽ mổ khi BN ổn định và là mổ ch trình (giải quyết luôn sỏi túi mật)

Các e nhớ cho kỹ: quyết định lâm sàng (clinical decision) là quyết định trên từng bệnh nhân cụ thể, chứ k phải học 1 bài áp dụng được cho tất cả BN cùng bệnh đó.

- Câu 9: Trong chỉ định mổ tắc ruột thì chỉ có tắc ruột do dính đt nội không giảm sau 48 h thì mới mổ, còn những nguyên nhân khác như tr thất nghẹt, tắc đại tràng, tắc ruột non ngoài dính ruột thì mổ liền -> a phải cho rõ nguyên nhân tắc ruột trên ca này là gì để mình chọn hướng điều trị.

→ Vì em không biết rằng dữ liệu này "*Bệnh nhân được chụp thêm MSCT bụng chậu cần quang . Kết quả: tắc ruột non, không thấy nguyên nhân gây gây tắc. Các xét nghiệm sinh hóa trong giới hạn bình thường.*" chính là gợi ý bán tắc ruột do dính (đề bài cho BN vẫn còn trung tiện được). Các nguyên nhân u, bã thức ăn, lao ruột... đa số có thể thấy đc trên CT scan.

- Câu 10: Câu này em đồng ý với bộ môn là hình ảnh gợi ý giảm tưới máu ruột thì sẽ thay đổi điều trị rất nhiều, nhưng em nghĩ còn đáp án khác cũng thay đổi điều trị nhiều không kém là nguyên nhân của tắc ruột.

→ Như a đã nói, 2 câu này trên LS đều đúng, nhưng “giảm tưới máu ruột” đóng vai trò quan trọng hơn “nguyên nhân tắc”. Một TH tắc ruột do dính hay u hay bã thức ăn hay bất cứ nguyên nhân nào khác chỉ cần CT scan thấy giảm tưới máu ruột là phải mổ khẩn. Ngược lại, không ai nói chỉ được điều trị bảo tồn nếu là dây dính, còn u hay bã thức ăn phải mổ ngay lập tức, nhất là khi BN này chỉ mới là “bán tắc”.

- Câu 11: Em đồng ý rằng về mặt lý thuyết, thoát vị bẹn thường có tiền căn xuất hiện khối ở bẹn nhiều lần, nghĩa là nếu có sẽ ủng hộ chẩn đoán Thoát vị bẹn. Nhưng em không rõ là yếu tố đó đủ nhạy để khi không có tiền căn khối ở bẹn nhiều lần thì không ủng hộ cho chẩn đoán Thoát vị bẹn (làm giảm khả năng Thoát vị bẹn) xuống không

→ Đề hỏi “yếu tố nào KHÔNG ỦNG HỘ” không có nghĩa đó là yếu tố loại trừ. Giống như em chẩn đoán 1 BN bị ung thư dạ dày nhưng BN đó lại tăng cân trong 2 tháng qua, vậy đó là yếu tố không ủng hộ cho chẩn đoán ung thư. Trên LS định nghĩa thoát vị là tái phát lặp đi lặp lại, do đó nếu không có điều này thì phải cẩn thận khi chẩn đoán thoát vị.

- Câu 11: Về mặt lâm sàng (đúng với tiêu chí của đợt thi này), em nghĩ đáp án “Không sờ thấy tinh hoàn” có giá trị hơn về việc làm giảm khả năng Thoát vị bẹn... (dài quá a k chép hết)

→ Trước khi giải đáp, e hãy trả lời a rằng e đã thực sự khám bao nhiêu trường hợp thoát vị bẹn nghệt? Hoặc các trường hợp thoát vị bẹn không nghệt nhưng rất to? Nếu đã từng, em sẽ thấy rằng việc sờ tinh hoàn cùng bên với TV là cực kỳ khó, nhất là khi nghệt, BN đau chói e chỉ đụng vào da là BN gạt tay e ra rồi, không dễ như việc nói lý thuyết “sờ được 2 tinh hoàn bình thường” trong các bệnh án của tụi em đâu. Đề cũng ghi rất thực tế “không sờ đc do BN quá đau”. Trong những TH này ng ta chỉ có thể đánh giá tinh hoàn cùng bên trong lúc mổ.

Còn về một số bạn cho rằng không khám đc tinh hoàn là rất quan trọng vì biết đâu là tinh hoàn ẩn, hay viêm tinh hoàn..., các bạn vui lòng đọc lại triệu chứng bệnh của những loại bệnh này, xem có giống như của đề bài hay không. A copy lại tình huống: *BN nam, 17 tuổi, nhập viện vì đau vùng bẹn trái. BN khai đau bẹn trái tăng dần cách nhập viện khoảng 5 giờ, lấy tay ấn vào khá đau, tiểu được, sau tiểu không giảm đau, không sốt. Khám: BN tỉnh, tiếp xúc tốt, sinh hiệu ổn. Vùng bẹn trái sưng to khoảng 8x8cm, ấn đau chói, không xẹp, tinh hoàn (P) bình thường, không khám được tinh hoàn (T) do BN đau nhiều.*

- Câu 12 : SA Doppler bẹn bìu thực hiện nhanh, có thể trong quá trình chờ đợi phòng mổ có thể cho thực hiện để xác định nguyên nhân và hướng dẫn định mổ ntn. Thì tại sao mình không cho SA Doppler mà lại đem đi mổ ngay ?

→ em biết siêu âm Doppler mất bao lâu không ? Nhanh nhất là 30ph tính từ lúc BS ghi y lệnh thực hiện (trong điều kiện phòng siêu âm đang trống không có BN). Thời gian ruột hoại tử nếu thiếu máu nuôi hoàn toàn là 6 giờ, tức là e chỉ còn 1 giờ nữa để chạy đua. Nếu BN đến sớm hơn sau đau 1-2 giờ, một số BS có thể sẽ cho chỉ định siêu âm nếu không tự tin vào chẩn đoán lâm sàng.

Do câu 11 trên, em nghĩ việc Siêu âm nhanh trước khi phẫu thuật cũng không mất nhiều thời gian, giúp ta khẳng định được chẩn đoán, mặc khác em nghĩ có thể tăng thêm độ an toàn cho phẫu thuật (khi biết không có tinh hoàn ẩn).

Nếu đã có yếu tố không phù hợp, tại sao không siêu âm kiểm tra lại trước khi mổ vì siêu âm không mất nhiều thời gian?

→ dựa vào triệu chứng đau chói dữ dội của BN, dù là nguyên nhân gì gây ra nó, BN cũng có chỉ định mổ khẩn càng nhanh càng tốt. Trong TH này dù siêu âm trả lời ruột chưa thiếu máu hoặc tinh hoàn có vấn đề gì thì vẫn không ảnh hưởng đến quyết định điều trị.

- Câu 4 (tụi e ghi câu 14, chắc lộn?): Đề hỏi là CLS "tốt nhất", đã nghi K rồi thì CLS khảo sát mô mềm tốt nhất phải là MRI nhưng tại sao đáp án là MSCT. Giám thị giải thích chỉ là MRI chỉ rõ vùng chậu, còn phần trên của ống tiêu hóa thì MSCT tốt hơn (giải thích như vậy không thuyết phục và em cần cụ thể hơn, như MSCT sẽ làm được gì hơn MRI ở trường hợp này). Bên BV Bình Dân khi học bài K Dạ dày thì tụi em được dạy là dùng CT để đánh giá giai đoạn K, vì MRI không đem lại lợi ích vượt trội, giá trị hình ảnh tương đương CT, trong khi CT lại thường dùng hơn, rẻ hơn nên được chọn để đánh giá giai đoạn K. Vậy để khảo sát mô mềm thì MRI sẽ tốt hơn CT hoặc ít nhất là ngang CT. CLS tốt nhất sao lại là MSCT.

→ Chào em. Em muốn thuyết phục thì em phải tự tìm lấy tài liệu mà đọc, không phải GV có nhiệm vụ phải thuyết phục được em. Tuy nhiên e đã hỏi thì a cũng cho e 1 link để đọc: <https://emedicine.medscape.com/article/367061-overview#a4>

- Câu 16 : Việc sử dụng kháng sinh điều trị khi BN có viêm phúc mạc, với hình ảnh mở bụng nội soi là có viêm phần phụ thì tại sao lại cho sử dụng kết hợp quinolone và cefalosporin III. Trong sách nội khoa ống tiêu hóa về việc dùng kháng sinh điều trị nhiễm trùng ổ bụng trang 6-7 thì thấy phác đồ thông dụng hay được dùng là phối hợp 1 KS điều trị kỵ khí + cefalosporin III. Mong anh có thể giải đáp thắc mắc này của em ?

Chẩn đoán hậu phẫu phù hợp nghĩ là Viêm phần phụ. Viêm nguyên phát không phải từ đường tiêu hóa nên ko dùng theo phác đồ của tiêu hóa hay dùng là Cef 3 + Metro thì cũng hợp lý, nhưng tại sao lại là Cef 3 + Quinolone, vì viêm phần phụ (theo phác đồ của BV Từ Dũ) điều trị Cef 3 + Tetra hoặc Quinolone + Tetra chứ không thấy phối hợp Cef 3 + Quinolone

→ Chào em, như đã nói, đề thi không cho theo phác đồ của BV nào, và cái nữa là, em chỉ được chọn 1 trong 5 câu, chứ không phải vì nó không có Tetra nên em cho rằng 5 câu trên đều sai. Đây là 1 TH viêm phần phụ, và vì vậy nhóm Quinolone gần như là 1st line therapy. Kết hợp với Cephalosporin thế hệ 3, hay Tetracycline, hay thậm chí Penicilline đều tùy vào quyết định của cá nhân và phác đồ mỗi BV. Đây k phải là NT ổ bụng do NT từ đường tiêu hóa nên không chọn Metronidazole.

- Câu 19 & câu 20 (u gan): Vì cái hình CT thực sự bị mờ và có mũi tên thực sự k hiểu muốn chỉ gì, lúc công bố kết quả u đường mật Em cũng không thể thấy nằm ở đâu. Còn câu 20 dính với câu 19 nên thực sự em thấy có vấn đề. Mong anh xem xét.

→ Thực sự thư ký đã cố gắng in ở nơi tốt nhất để có chất lượng hình tương đối khá nhất rồi, chỉ trừ khi thi trên máy tính mới cải thiện được thôi (năm sau BM sẽ cho thi máy tính đối với kỳ thi này). Rất xin lỗi nếu hình k rõ như tụi em coi thực tế.

Mũi tên này chỉ vào điểm co rút trên bề mặt gan, một đặc tính điển hình của CCC (mà đề cũng không hề hỏi mũi tên chỉ gì nên e cũng k cần quan tâm). Câu này e không thấy u rõ là đúng, vì u gần như không bắt thuốc qua các thì, đậm độ thấp hơn nhu mô gan xung quanh. Chỉ điều này thôi đã giúp ít nghĩ đến HCC rồi. Cũng không có bắt quang viên của ung thư

tiêu hóa di căn, và CA 19-9 tăng rất cao, nên a nghĩ chẩn đoán CCC là không quá khó. Nhất là khi e chọn câu này thì a đoán e thực tập tại BV ĐHYD, nơi đc tiếp xúc với rất nhiều u gan.

- Câu 19 (chấn thương): câu này gây tranh cãi vì có những nơi có điều kiện thì hc đsa được như bv Gia Định, CR; còn chỗ khác thì sao, như tuyến huyện thì như tụi e học là huyết động ko ổn định, mổ cấp cứu chèn gạc sau đó 48h sau mổ ra xử lí thương tổn đường mật.

→ Em muốn BM dạy những điều tốt nhất, mới nhất, bắt kịp với thế giới nhất hay muốn BM chỉ dạy những điều mà một BV huyện hay trạm y tế xã có thể làm? Xử trí phù hợp nhất là xử trí mang lại hiệu quả nhất cho BN theo guidelines, còn điều kiện BV có làm được không lại là vấn đề hoàn toàn khác.

Lúc làm bài thì câu trên là huyết động không ổn định nên không chọn CT được, xuống dưới lại có kết quả CT, nên em suy luận là đã ổn định nội khoa ổn rồi nên cho đi chụp CT, và khi huyết động ổn + thoát mạch thì phù hợp chỉ định DSA mà em được dạy. Nhưng quay lên đọc lại đề thì không có phần nào nói là huyết động đã ổn hay cụ thể thứ em mong muốn khi đọc lại đề là “hỏi sức nội khoa ổn và BN được chụp CT với kết quả...”. Huyết động ổn là do tự suy luận và đề không hề đề cập đến là đã ổn hay chưa ở BN trước đó có huyết động không ổn. Nhưng nếu đáp án là làm DSA ở BN có huyết động không ổn thì anh dạy cho em chỉ định DSA của các trường hợp chấn thương và vết thương bụng với ạ.

→ Em thắc mắc rất nhiều nhưng cái chính nhất là em không đọc kỹ đề và cũng chẳng nhớ đề. A copy lại tình huống:

BN nam, 25 tuổi, nhập viện vì tai nạn giao thông cách đó 6h không rõ cơ chế chấn thương.

Bệnh nhân không tỉnh táo, trả lời không chính xác, niêm nhợt.

Mạch: 120 l/p, HA 100/60 mmHg, T: 37.5oC

Khám thấy có vết trầy xước ở HS (P), ấn đau nhẹ khắp bụng, đau nhất ở hạ sườn phải, bụng chướng nhẹ.

Em tự suy nghĩ nhé.

Mặt khác, BN này là vỡ “dập nát” hạ phân thùy V-VI, dịch ổ bụng lượng nhiều thì chỉ truyền tacc mạch cầm máu thì những tổn thương khác điều trị bảo tồn có bằng việc mổ mở để xử trí tất cả tổn thương

→ BM mới xuất bản cuốn “cấp cứu Ngoại tiêu hóa”, có bài vỡ gan của BS Nguyễn Quốc Vinh viết. Em tham khảo nhé.

- Câu 20 (đề chấn thương): BN huyết động không ổn, dịch ổ bụng lượng nhiều, vỡ dập nát gan thì theo em nghĩ là sốc do mất máu, dung dịch truyền phù hợp là máu toàn phần (nhưng đáp án lại không có). Nhưng NaCl 0,9% thì chỉ bù thể tích máu, BN này đâu chỉ mất nước, nên em thấy đáp án NaCl 0,9% là không hợp lý.

→ lại thêm một bạn cho rằng huyết động không ổn. Tham khảo lại tình huống a chép ở trên nhé. Tụi em chẩn đoán sốc sao dễ dãi quá? Dịch truyền ưu tiên sử dụng trong TẤT CẢ CÁC TÌNH HUỐNG SỐC, KỂ CẢ SỐC MẤT MÁU là dung dịch tinh thể (Sodium Chloride 0.9% hoặc Lactate Ringer).

Anh hy vọng những giải đáp trên sẽ phần nào làm thỏa mãn các em, tuy là chắc chắn sẽ không thể làm vừa lòng tất cả. A đang học ở Hàn 3 tháng nên không dạy được Y6 trong thời gian này. Xem như việc giải đáp thắc mắc này là dịp để dạy tụi em vậy.

Chúc tụi em hoàn thành tốt những kỳ thi còn lại.