hiện tại/ngày[8,9]. Sự khác biệt này là do khuyến nghị của ESPEN phù hợp với những bệnh nhân ở châu Âu có đặc điểm nhân trắc là tỉ lệ thừa cân béo phì cao, nhu cầu năng lượng cho bệnh nhân giảm đi để tránh tăng tỉ lệ thừa 72 cân béo phì, đây là một yếu tố liên quan với các kết quả đầu ra kém ở những bệnh nhân sau phẫu thuật. Khi áp dụng với người Việt Nam, Bộ Y tế đưa ra khuyến nghị dựa vào cân nặng hiện có của bệnh nhân. Điều này phù hợp với đặc điểm nhân trắc ở những người trưởng thành ở Việt Nam có tỉ lệ thừa cân béo phì không cao, tuy nhiên đối với những đối tượng đã bị thừa cân béo phì, khi áp dụng công thức này sẽ làm cung cấp quá mức nhu cầu cần thiết, dễ gây ra các rối loạn chuyển hóa cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Sau phẫu thuật, trung bình bệnh nhân được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong 6,4 ngày. Thời gian bắt đầu được nuôi ăn đường miệng là 2 ngày. tỉ lệ bệnh nhân được nuôi dưỡng đáp ứng NCKN về năng lượng là thấp, đạt gần 75% NCKN ở ngày đầu, những ngày tiếp theo, năng lượng cung cấp cho bệnh nhân tăng dần sau 7 ngày nhưng chưa đạt NCKN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huhmann M. và Cunningham R.** (2005), Huhmann, M.B. & Cunningham, RS. Importance of nutritional screening in treatment of cancer-related weight loss. Lancet Oncol. 6, 334-343 .
2. **Abe Vicente M., Barão K., Silva T.D. và cộng sự.** (2013). What are the most effective methods for assessment of nutritional status in outpatients with gastric and colorectal cancer?. Nutr Hosp, 28(3), 585–591.
3. **Braga M., Ljungqvist O., Soeters P. và cộng sự.** (2009). ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Surgery. Clinical Nutrition, 28(4), 378–386.
4. **Arends J., Bachmann P., Baracos V. và cộng sự.** (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clinical Nutrition, 36(1), 11–48.
5. **Hede P., Sörensson M.Å., Polleryd P., et al.** (2015). Influence of BMI on shortterm surgical outcome after colorectal cancer surgery: a study based on the Swedish national quality registry. Int J Colorectal Dis, 30(9), 1201–1207.
6. **Bapuji S.B. and Sawatzky J.-A.V.** (2010). Understanding weight loss in patients with colorectal cancer: a human response to illness. Oncol Nurs Forum, 37(3), 303–310
7. **Nguyễn Thị Thanh Hòa** (2018), Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhân ung thư thực quản tại khoa ngoại bụng, bệnh viện K cơ sở tân triều năm 2017-2018, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội
8. **Arends J., Bachmann P., Baracos V. và cộng sự.** (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clinical Nutrition, 36(1), 11–48.
9. **Bộ Y tế** (2015), Hướng dẫn điều trị Dinh dưỡng lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GÃY KÍN MÂM CHÀY BẰNG NẸP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN BÃI CHÁY

Phạm Công Đoàn[1], Nguyễn Xuân Thùy[2], Vũ Trường Thịnh[2,3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín mâm chày bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Bãi Cháy tỉnh Quảng Ninh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Những bệnh nhân bị gãy kín mâm chày được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Bãi Cháy - Quảng Ninh từ tháng 1 năm 2017 đến hết tháng 10 năm 2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu từ tháng 1/2017 đến 3/2023 được 20 bệnh nhân và tiến cứu từ tháng 4/2023 đến 10/2023 được 15 bệnh nhân. Đánh giá sau mổ vào các thời điểm 1, 3, và 6 tháng. **Kết quả**: Tuổi trung bình là 39,5 ± 14,5. Nam chiếm 68,6%, nữ 31,4%. Nguyên nhân chính gây nên chấn thương là do tai nạn giao thông chiếm 68,6%. Theo phân loại Schatzker: Gãy kín mâm chày hay gặp nhất trong nghiên cứu là loại VI chiếm tỷ lệ 31,4%. Đường mổ trước ngoài được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 91,4%. Có 34/35 bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu, chỉ 1 trường hợp nhiễm nông (2,9%). Thương tổn phần mềm trên lâm sàng theo Tscherne đô 0, đô 1 (88,6%), đô 2 (11,4%). Thời gian nằm viện trung bình là 10,3 ± 3,4 ngày. Hầu hết bệnh nhân liền xương tốt trên Xquang. Kết quả phục hồi chức năng của khớp gối mức đô tốt và khá chiếm 94,2% theo tiêu chuẩn của Rasmussen. **Kết luận**: Phẫu thuật kết hợp xương gãy mâm chày bằng nẹp vít khóa đem lại kết quả nắn chỉnh xương về giải phẫu và phục hồi chức năng tốt. ***Từ khóa:*** Gãy mâm chày, kết hợp xương, nẹp vít khóa.

[1]Bệnh viện Đa khoa khu vực Cẩm Phả
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Công Đoàn
Email: bsdoan79@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 21.6.2024
Ngày duyệt bài: 19.7.2024

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY FOR CLOSED FRACTURE OF THE TIEBIAL PLATE WITH LOCKING SCREWS AT BAI CHAY HOSPITAL

Objectives: Evaluating the results of closed tibial plateau fracture surgery with locking screws at Bai

Chay hospital, Quang Ninh province. **Subjects and Methods:** Patients with closed tibial plateau fractures underwent bone fusion surgery with a locking plate at Bai Chay Hospital - Quang Ninh from January 2017 to the end of October 2023. Retrospective cross-sectional descriptive study from January 2017 by March 2023, there will be 20 patients and prospectively from April 2023 to October 2023, there will be 15 patients. Postoperative evaluation at 1, 3, and 6 months. **Results:** The average age was 39.5 ± 14.5 years. Males account for 68.6%, females 31.4%. The main cause of injury is traffic accidents, accounting for 68.6%. According to the Schatzker classification: The most common closed tibial plateau fracture in the study was type VI, accounting for 31.4%. The anterolateral incision is the most used with a rate of 91.4%. There were 34/35 patients with initial surgical wound healing, with only 1 case of superficial infection (2.9%). Clinical soft tissue damage according to Tscherne grade 0, grade 1 (88.6%), grade 2 (11.4%). The average hospital stay was 10.3 ± 3.4 days. Most patients have good bone healing on X-ray. The results of knee joint functional recovery were good and fair, accounting for 94.2% according to Rasmussen's standards. **Conclusions**: Surgery to combine tibial plateau fractures with locking screws provides good results in anatomical bone correction and functional recovery. ***Keywords:*** Tibial plateau fracture, internal fixation surgery, locking screw plate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày là gãy nội khớp, nếu điều trị không tốt sẽ ảnh hưởng đến chức năng vận động và để lại nhiều di chứng khớp như: thoái hoá khớp gối, cứng khớp gối…ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh.[1]

Trong những năm gần đây ở Việt Nam số lượng gãy mâm chày tăng lên rất nhiều do sự tăng lên của phương tiện giao thông và tai nạn giao thông, tai nạn lao động. Theo nhiều tác giả gãy mâm chày do tai nạn giao thông chiếm đến 60% - 80%[2,3], đặc trưng của vùng mỏ Quảng Ninh tỷ lệ tai nạn lao động mỏ cũng chiếm một lượng lớn bệnh nhân gãy mâm chày. Việc phẫu thuật điều trị gãy mâm chày còn rất phức tạp, vì ngoài vấn đề phục hồi hình thể giải phẫu, cần phải đảm bảo sự vững chắc cơ học của khớp gối, đảm bảo cho người bệnh vận động sớm thì mới đạt kết quả về chức năng tốt tránh để lại các di chứng. Trong những năm gần đây tại Bệnh viện Bãi Cháy - Quảng Ninh đã sử dụng phương pháp KHX nẹp khóa để điều trị cho một số trường hợp gãy mâm chày và đã thu được kết quả nhất định. Xuất phát từ tình hình thực tế, cũng như thêm một lựa chọn phẫu thuật kết hợp xương cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín mâm chày bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Bãi Cháy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 35 bệnh nhân bị gãy kín mâm chày được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Bãi Cháy - Quảng Ninh từ tháng 1 năm 2017 đến hết tháng 10 năm 2023

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Tuổi 18 trở lên được phẫu thuật kết xương nẹp vít khóa. Có đầy đủ phim XQ trước và sau phẫu thuật. Có phim CLVT trước phẫu thuật với những trường hợp tổn thương nặng. Gãy kín mâm chày được phân loại theo Schatzker từ 3 đến 6.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy mâm chày bệnh lý. Gãy mâm chày ở chi sẵn có dị tật, di chứng chấn thương ảnh hưởng đến chức năng chi. Bệnh nhân có tổn thương phối hợp như tổn thương mạch máu, thần kinh, gãy xương bánh chè, gãy đầu trên, đầu dưới xương đùi trên cùng chi bị tổn thương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu từ tháng 1/2017 đến 3/2023 trên 20 bệnh nhân và tiến cứu từ tháng 4/2023 đến 10/2023 trên 15 bệnh nhân.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

2.3.1. Các đặc điểm chung

+ Dịch tễ học: phân bố theo tuổi và giới
+ Nguyên nhân
+ Xquang hoặc CLVT trước và sau phẫu thuật
+ Phân độ gãy mâm chày theo Schatker

2.3.2. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

- Kết quả theo dõi gần sau mổ bao gồm:
+ Thời gian nằm viện
+ Diễn biến tại vết mổ.
+ Kết quả nắn chỉnh: góc mâm chày trong, góc nghiêng sau trước và sau phẫu thuật.
+ Tai biến và biến chứng sớm sau mổ.
- Kết quả theo dõi sau 6 tháng sau mổ bao gồm:
+ Tình trạng vết mổ.
+ Trục chi.
+ Kết quả X-quang.
+ Chức năng khớp gối theo tiêu chuẩn Rasmussen.

2.4. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tuổi	18-60	30	85,7
	> 60	5	14,3
Giới	Nam	24	68,6
	Nữ	11	31,4

Nguyên nhân tai nạn	Tai nạn giao thông	24	68,6
	Tai nạn lao động	7	20
	Tai nạn khác	4	11,4
Phân loại gãy mâm chày theo Schatzker	Độ III	3	8,57
	Độ IV	9	25,72
	Độ V	11	31,43
	Độ VI	12	34,28

Bảng 3.1 cho thấy tổng số BN trong nghiên cứu là 25, trong đó 11 bệnh nhân là nữ, chiếm 31,4% và có 24 bệnh nhân nam, chiếm 68,6%. Độ tuổi trung bình là 39,5 ± 14,5, trong đó bệnh nhân cao tuổi nhất là 65 tuổi. Độ tuổi thường gặp là từ 18- 60 tuổi với 85,7%. Nguyên nhân thường gặp do tai nạn giao thông chiếm 68,6%, tai nạn lao động chiếm 20%. Theo phân loại Schatzker gãy kín mâm chày độ VI chiếm tỷ lệ cao nhất 34,28%, độ V chiếm 31,43%, độ IV chiếm 25,72% và độ III chiếm tỷ lệ thấp nhất là 8,57%.

3.2. Kết quả gần sau phẫu thuật

Bảng 3.2. Đánh giá kết quả gần

Chỉ tiêu nghiên cứu		**Số bệnh nhân**	**Tỉ lệ %**
Thời gian nằm viện	<7 ngày	9	25,71
	7-14 ngày	15	42,86
	>14 ngày	11	31,43
Tình trạng vết mổ	Không nhiễm trùng vết mổ	34	97,1
	Nhiễm trùng	1	2,9
Kết quả nắn chỉnh trên Xquang sau mổ	Nắn chỉnh hết di lệch	32	91,4
	Mở góc ra ngoài, ra trước <10 độ	3	8,6

Bảng 3.2 cho thấy thời gian nằm viện trung bình là 10,3 ± 3,4 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 6 ngày. Thời gian nằm viện dài nhất là 25 ngày, trường hợp này bệnh nhân gãy kín mâm chày độ VI theo phân loại Schazker, tổn thương phần mềm rộng, điều trị trước mổ kháng sinh và kéo liên tục. Trong 35 bệnh nhân, chỉ có 1 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 2,9%. Kết quả nắn chỉnh trên phim Xquang sau mổ hầu hết đạt mức độ tốt, 3 trường hợp (8,6%) mở góc ra ngoài, ra trước < 10 độ.

3.3. Đánh giá kết quả sau 6 tháng

Bảng 3.3. Đánh giá kết quả sau 6 tháng

Các chỉ số nghiên cứu		**Số khớp gối**	**Tỉ lệ %**
Khả năng đi lại	Bình thường	33	94,28
	Dưới 60 phút	2	5,72
	Dưới 15 phút hoặc không đi lại được	0	0
Lên xuống cầu thang	Bình thường	33	94,28
	Vịn	1	2,86
	Từng bước	1	2,86
	Không lên được	0	0
Kết quả chung theo phân loại của Rasmussen	Rất tốt	29	82,9
	Tốt	4	11,4
	Trung bình	2	5,7

Bảng 3.3 cho thấy hầu hết bệnh nhân có thể đi lại bình thường sau mổ 6 tháng. Chỉ có 02 bệnh nhân đi bộ dưới 60 phút, 1 bệnh nhân lên cầu thang phải vịn và 1 bệnh nhân lên cầu thang khó khăn là bệnh nhân gãy Schatzker VI. Kết quả rất tốt và tốt chiếm 94,28 %, chỉ có 2 trường hợp (5,7%) cho kết quả trung bình theo phân loại của Rasmussen.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu: Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình 39,5 ± 14,5 tuổi cao nhất là 65 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi. Nhóm tuổi từ 18 đến 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 85,7%. Trong đó nam giới là 24 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 68,6% và nữ giới là 11 chiếm 31,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thùy[4] và Trần Văn Thuyên[5] . Nguyên nhân chủ yếu gây gãy mâm chày là tai nạn giao thông, sau đó đến tai nạn lao động, các trường hợp khác chỉ chiếm 11,4%. Điều này cho thấy bệnh nhân gãy mâm chày thường gặp ở nam giới trong độ tuổi lao động. Điều này phù hợp với thực tế tại Việt Nam do nhóm đối tượng này là lao động chính của xã hội và tham gia giao thông chiếm tỷ lệ cao. Về phân độ gãy mâm chày theo Schatzker được phân bố: loại III có 3 bệnh nhân chiếm 8,57%, loại IV có 9 bệnh nhân chiếm 25,27%, loại V có 11 bệnh nhân chiếm 31,34%, loại VI có 12 bệnh nhân chếm 34,28%. Chúng tôi nhận thấy gãy kín mâm chày độ V, độ VI là hay gặp nhất, tổn thương phức tạp nhất thường do tác động lực trực tiếp với lực mạnh nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông cơ chế trực tiếp, hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thùy[4] và Lê Thanh Sơn[6].

4.2. Kết quả gần sau phẫu thuật: Thời gian nằm viện trung bình là 10,3 ± 3,4, thời gian nằm viện ngắn nhất là 6 ngày. Có 1 bệnh nhân nằm viện dài nhất là 25 ngày, trường hợp này bệnh nhân gãy kín mâm chày độ VI theo phân loại Schazker, tổn thương phần mềm rộng, cần nằm viện điều trị trước mổ bằng phương pháp kéo liên tục nhiều ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Thuyên[5] với thời gian nằm viện trung bình là 10,68 ngày, nghiên cứu của Trần Văn Quân[7] có thời gian nằm viện trung bình là 10,6. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 1/35 trường hợp chiếm 2,9% có nhiễm trùng vết mổ, đó là trường hợp bệnh nhân có

nốt loạn dưỡng, sau mổ vết mổ nhiễm trùng nông ngoài da, bệnh nhân được cắt chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày và dùng kháng sinh kết hợp, sau đó vết thương ổn định hết mủ, liền tốt. Nghiên cứu của Trần Văn Quân[7] tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ 2,6%. Nghiên cứu của Lê Thanh Sơn[6] gặp 11,4% bệnh nhân bị nhiễm trùng. Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào nhiễm trùng sâu phải tháo bỏ dụng cụ kết hợp xương. Để đạt được kết quả như vậy là do các bác sỹ đã khám tỉ mỉ và đánh giá thương tổn phần mềm chính xác, đưa ra phương pháp điều trị trước mổ phù hợp với tình trạng phần mềm của bệnh nhân. Việc phẫu thuật bệnh nhân trong khi phần mềm vùng gối còn loạn dưỡng, còn nốt phỏng nước sẽ dẫn đến hậu quả xấu là hoại tử da hoặc nhiễm trùng lộ nẹp. Về đánh giá kết quả nắn chỉnh xương chúng tôi căn cứ vào kết quả X-quang sau mổ phục hồi giải phẫu mâm chày. Kết quả nắn chỉnh đạt tốt là 32 bệnh nhân chiếm 91,4%.

4.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 6 tháng: Đây là những tiêu chuẩn khá toàn diện về phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật. Hầu hết các bệnh nhân ở thời điểm kiểm tra kết quả sau 6 tháng chúng tôi đều thấy đi bộ và lên xuống cầu thang bình thường. Có 6 bệnh nhân khi bước lên cầu thang phải vịn tay (13,3%). Hầu hết bệnh nhân có thể trở lại làm công việc cũ, chỉ có 2 bệnh nhân có khó khăn hơn (5,7%). Các bệnh nhân còn hạn chế về chức năng khi đi bộ và khả năng làm việc đều bị gãy mâm chày loại VI. Điều đó chứng tỏ việc điều trị loại gãy này vẫn còn nhiều khó khăn. Theo dõi sau 6 tháng với kết quả phục hồi chức năng tốt và khá là 94,2% theo phân loại của Rasmussen. Kết quả của chúng tôi tương đương với một số tác giả khác như Nguyễn Xuân Thùy[4] (2015), Lê Thanh Sơn[6] (2018), Đào Xuân Thành[8] (2021) cũng cho kết quả tốt, khá lần lượt là 96,4%, 94,2%, 94%. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn chưa nhiều, thời gian nghiên cứu còn ngắn nên một số yếu tố liên quan đến chức năng chưa đánh giá được như thoái hóa khớp. Vì vậy cần có nghiên cứu dài hơn, số lượng lớn hơn để đánh giá vai trò của nẹp khóa trong điều trị gãy kín mâm chày.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương gãy mâm chày bằng nẹp vít khóa đem lại kết quả nắn chỉnh xương về giải phẫu và phục hồi chức năng tốt. Do đó thêm một lựa chọn phẫu thuật kết hợp xương cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hữu Tuyên.** Góp phần nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị vỡ mâm chày tại bệnh viện Việt Đức (1994 - 1996). 1997.
2. **Nguyễn Văn Hoà.** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày bằng kết hợp xương nẹp vít tại bệnh viện Việt Đức (2003 - 2005). 2005.
3. **Lương Đình Lâm.** Điều trị gãy mâm chày phức tạp bằng kết hợp tối thiểu và cố định ngoài Ilizarov. 2005.
4. **Nguyễn Xuân Thùy.** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày theo phân loại Schatzker V, VI bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Việt Đức. 2016.
5. **Trần Văn Thuyên.** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy kín mâm chày Schatzker III, IV tại khoa Chấn thương Chỉnh hình Nghệ An. 2023.
6. **Lê Thanh Sơn.** Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy mâm chày bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Thanh Nhàn. 2018.
7. **Trần Văn Quân.** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín mâm chày tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An. 2023.
8. **Đào Xuân Thành, Huonn Bounna, Nguyễn Văn Hoạt.** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín mâm chày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. 2021.

KẾT QUẢ TÁN SỎI ĐƯỜNG MẬT XUYÊN GAN QUA DA ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH TẠI BỆNH VIỆN BÃI CHÁY TỪ 2021 ĐẾN 2023

Nguyễn Thái Bình[1], Nguyễn Thái Bình[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp tán sỏi đường mật xuyên gan qua da bằng Laser tại bệnh viện (BV) Bãi Cháy. **Đối tượng NC:** gồm 55 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sỏi đường mật chính, được điều trị tán sỏi đường mật qua da xuyên gan bằng lasertừ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023. **Phương pháp NC:** Mô tả hồi cứu **Kết quả:** Gồm 55 BN với độ tuổi trung bình của BN là 59,4 ± 16,4. Tỉ lệ nữ/nam là 1,6/1. Có 45 BN hết sỏi sau tán sỏi lần 1 chiếm tỉ lệ 81,8%, 10 BN còn sỏi chiếm tỷ lệ 18,2%. Thời gian trung bình để thực hiện phương pháp tán

[1]Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Hạ Long
[2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình
Email: nguyenthaibinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024
Ngày duyệt bài: 19.7.2024