

muộn nhất là 20 ngày. Một số có thời gian nằm viện sau mổ kéo dài chủ yếu ở những người bệnh tuổi già, tình trạng ổ bụng bẩn, tình trạng dinh dưỡng kém, cần chăm sóc và hồi sức sau mổ kéo dài hơn. Theo nghiên cứu của Hà Văn Hưng (2007) [8] có thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật tắc ruột do BTA là $6,85 \pm 1,34$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của Đặng Quốc Ái (2023) [2] là 8,04 ngày, Shuai Wang và cộng sự (2021) [3] là 8,62 ngày.

Chúng tôi so sánh giữa nhóm người bệnh đẫy bã thức ăn xuống đại tràng và nhóm phải mở ống tiêu hóa lấy bã thức ăn thấy thời gian phục hồi nhu động ruột và cho ăn đường miệng, tỉ lệ biến chứng của nhóm thứ 2 cao hơn, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Thời gian điều trị hậu phẫu của nhóm có mở ống tiêu hóa dài hơn so với nhóm còn lại (10,7 và 7,7 ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả tại thời điểm ra viện được phân loại theo Clavien – Dindo [4] và gồm các nhóm: ổn định, không biến chứng (CD 0) 42 trường hợp (80,8%), Biến chứng điều trị nội khoa ổn định ra viện (CD II), 05 trường hợp (9,6%), nặng về, tử vong (CD V) - 05 trường hợp (9,6%). Kết quả sớm của chúng tôi xấu hơn so với các tác giả khác. Theo tác giả Đặng Quốc Ái (2023) [2], các kinh nghiệm rút ra để điều trị tắc ruột do bã thức ăn đạt kết quả tốt như sau: (1) chuẩn bị người bệnh trước mổ như: hút dạ dày, bồi phụ nước điện giải, dùng kháng sinh trước mổ. (2) Trong khi phẫu thuật cần đánh giá kỹ tình trạng ổ bụng, tình trạng của ruột tại chỗ tắc cũng như trên và dưới chỗ tắc. (3) Đánh giá số lượng, vị trí và kích thước của khối bã thức ăn để có thái độ xử lý phù hợp. (4) Điều trị tắc ruột do BTA bằng phẫu thuật không có nghĩa là loại trừ dứt điểm tắc ruột do BTA. (5) Trong mổ nên giảm bớt các

yếu tố thuận lợi gây tắc ruột như gỡ dính, cắt bỏ đoạn ruột hẹp... (6) BN sau mổ nên được tư vấn về chế độ ăn uống để phòng tắc ruột lại do BTA.

V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái bình có kết quả khả quan. Tỷ lệ ổn định xuất viện là 90,4%. Tỷ lệ tử vong là 9,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Đồng** (2005). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tắc ruột do bã thức ăn. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Đặng Quốc Ái và Đinh Văn Chiến** (2023). Kết quả phẫu thuật điều trị tắc ruột do bã thức ăn. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 525. tr. 5.
3. **Wang S, Yang X, Zheng Y, Wu Y** (2021). Clinical characteristics and indications for surgery for bezoar-induced small bowel obstruction. J Int Med Res. 2021 Jan;49(1):300060520979377. doi: 10.1177/0300060520979377.
4. **Dindo D., Demartines N., Clavien PA.** (2004). Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg 2004; 240(2):205-213
5. **Alan R. Parr, Hristopher B. Horn and Carl Freeman** (2019), Jejunal Phytobezoar Complicated by Small Bowel Perforation, Journal of Trauma and Acute Care Surgery, Publish Ahead of Print, tr. 1-8.
6. **Trần Hiếu Học và Nguyễn Ngọc Bích** (2006). Một số nhận xét về tắc ruột do bã thức ăn điều trị tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai trong 7 năm (1999- 2005). Tạp chí Y học lâm sàng, số đặc biệt bệnh viện Bạch Mai năm 2006, tr. 27-32.
7. **Hà Văn Quyết** (2006). Tắc ruột, Bệnh học ngoại khoa sau đại học -Tập I. Nhà xuất bản Y học, tr. 188-199.
8. **Hà Văn Hưng** (2007). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị tắc ruột do bã thức ăn. Luận văn thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC SAU MỔ TIÊU HÓA

Nguyễn Hoàng¹, Phạm Đức Huân², Nguyễn Văn Linh³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Vinmec Times City

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị viêm phúc mạc sau mổ tiêu hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu trên 33 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán viêm phúc mạc sau mổ tiêu hóa được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bằng nội khoa, điều trị can thiệp, điều trị phẫu thuật từ tháng 01/2021 đến tháng 08/2022. **Kết quả và bàn luận:** 33 bệnh nhân viêm phúc mạc sau mổ tiêu hóa với độ tuổi trên 50 chiếm ưu thế, chiếm 60,6%. Bệnh nội khoa phối hợp gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân viêm phúc mạc toàn thể, gặp ở 66,67% trường hợp. Biến chứng viêm

phức mạc khu trú gặp nhiều hơn, chiếm 72,7%; viêm phúc mạc toàn thể chiếm 27,3%. Viêm phúc mạc khu trú có 41,7% trường hợp được điều trị nội khoa đơn thuần, 54,2% được điều trị bằng can thiệp (dẫn lưu hướng dẫn siêu âm), 4,2% được điều trị bằng phẫu thuật; trường hợp điều trị bằng phẫu thuật là trường hợp có rò miệng nối ống tiêu hóa. Tất cả các trường hợp viêm phúc mạc toàn thể được điều trị bằng phẫu thuật. Kết quả điều trị giai đoạn sớm: không có bệnh nhân nào xảy ra biến chứng sớm hoặc tử vong. **Kết luận:** Chẩn đoán sớm viêm phúc mạc sau mổ tiêu hóa khó, điều trị viêm phúc mạc toàn thể sau mổ tiêu hóa là điều trị bằng phẫu thuật, điều trị viêm phúc mạc khu trú sau mổ tiêu hóa chủ yếu điều trị bằng can thiệp và điều trị nội khoa đơn thuần.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF PERITONITIS TREATMENT AFTER GASTROINTESTINAL SURGERY

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and early results of peritonitis treatment after gastrointestinal surgery. **Research subjects and methods:** Retrospective description of cases diagnosed with post-gastrointestinal peritonitis treated at Hanoi Medical University Hospital with internal medicine, interventional treatment, and surgical treatment from January 2021 to August 2022. **Results:** 33 patients with peritonitis after digestive surgery with the age over 50 predominating, accounting for 60.6%. Combined medical diseases are more common in patients with generalized peritonitis, occurring in 66.67% of cases. Peritonitis complications after digestive surgery are more common with localized peritonitis, accounting for 72.7%; Total peritonitis accounts for 27.3%. 41.7% of cases of localized peritonitis were treated by medically alone, 54.2% were treated with intervention (drainage under ultrasound guidance), 4.2% were treated with surgery; The case of surgical treatment is the case of gastrointestinal fistula. All of cases with total peritonitis are treated with surgery. **Results of early treatment:** no patient had early complications or death. **Conclusion:** Early diagnosis of peritonitis after gastrointestinal surgery is difficult, treatment of total peritonitis after gastrointestinal surgery is surgical treatment, treatment localized peritonitis after gastrointestinal surgery is mainly treated with intervention and therapy pure internal medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc sau mổ là một biến chứng nguy hiểm của phẫu thuật ổ bụng. Tùy thuộc vào mức độ lan tràn tổn thương, viêm phúc mạc sau mổ được phân thành hai hình thái: viêm phúc mạc toàn thể (toàn thể khoang màng bụng, cả bụng trên lẫn bụng dưới có dịch bẩn, có mủ) và viêm phúc mạc khu trú (mủ và dịch bẩn chỉ khu trú tại một vùng nào đó trong khoang phúc mạc nhờ mạc nối lớn và các tạng lân cận bao

bọc lại). Chẩn đoán viêm phúc mạc sau mổ thường khó và muộn vì bệnh cảnh viêm phúc mạc không điển hình trên bệnh nhân sau mổ, do bệnh nhân được dùng thuốc giảm đau, thậm chí là thở máy. Do đó bệnh nhân thường bị chẩn đoán muộn sau khi đã có các dấu hiệu nhiễm trùng.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về viêm phúc mạc sau mổ, nhưng có ít tài liệu đưa ra một cách hệ thống về việc chẩn đoán, điều trị viêm phúc mạc sau mổ. Tại Việt Nam đã có một vài nghiên cứu đề cập tới viêm phúc mạc sau mổ đại tràng, sau cắt túi mật nội soi, nhưng việc nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị viêm phúc mạc sau mổ tiêu hóa nói chung chưa đề cập tới. Vì vậy với mục đích xem xét lại vấn đề chẩn đoán và điều trị viêm phúc mạc sau mổ tiêu hóa, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị viêm phúc mạc sau mổ tiêu hóa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm những bệnh nhân chẩn đoán là viêm phúc mạc toàn thể hoặc viêm phúc mạc khu trú sau phẫu thuật tiêu hóa được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2021-08/2022.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi	51,74 ± 15,3 tuổi	
Tiền sử	Đái tháo đường	18 BN (54,5)
	Có tiền sử phẫu thuật	25 BN (75,8)
Loại phẫu thuật	Mổ gan mật-tụy	11 BN (33,3)
	Mổ đường tiêu hóa trên	1 BN (3,0)
	Mổ đường tiêu hóa dưới	13 BN (39,4)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 51,74 tuổi ± 15,3 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử mổ cũ chiếm ưu thế (75,8%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Sốt	13 BN (39,4)
	Mạch >90 lần/phút	8 BN (24,3)
	Đau bụng	26 BN (78,8)
	Bụng chướng	1 BN (3,0)
Đặc điểm cận lâm sàng	Phản ứng thành bụng	6 BN (18,2)
	Bạch cầu tăng	19 BN (57,6)
	Cắt lớp vi tính	25 BN (75,8)

Nhận xét: Có 39,4% bệnh nhân có sốt, lâm sàng thường bệnh nhân có biểu hiện đau bụng, chụp cắt lớp vi tính được thực hiện ở hầu hết các trường hợp.

Bảng 3. Phương pháp điều trị

Viêm phúc mạc khu trú	Điều trị nội khoa	10 BN (41,7)
	Điều trị bằng can thiệp điện quang	13 BN (54,2)
	Phẫu thuật	1 BN (4,2)
Viêm phúc mạc toàn thể	Điều trị nội khoa	0
	Điều trị bằng can thiệp điện quang	0
	Phẫu thuật	9 BN (100)

Nhận xét: tất cả các bệnh nhân viêm phúc mạc toàn thể đều được phẫu thuật. Hầu hết bệnh nhân viêm phúc mạc khu trú được điều trị bằng can thiệp điện quang hoặc điều trị nội khoa chiếm 95,8%.

Bảng 4. Thời gian nằm viện

Điều trị nội khoa	4,9 ± 1,3 ngày
Điều trị can thiệp	7 ± 2,5 ngày
Điều trị phẫu thuật	9,8 ± 3,9 ngày
Biến chứng sau mổ	Không có trường hợp nào

Nhận xét: Trong nhóm điều trị nội khoa, thời gian nằm viện ngắn nhất, trung bình là 4,9 ± 1,3 ngày, nằm viện lâu nhất là nhóm bệnh nhân được phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 51,74 ± 15,3 tuổi, tỉ lệ hay gặp nhất là trên 50 tuổi, chiếm 60,6%, thấp nhất là 14 tuổi và cao nhất là 79 tuổi. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu, như nghiên cứu của Sylvie Gueroult và cộng sự trên 8 bệnh nhân viêm phúc mạc sau mổ cắt tụy có độ tuổi trung bình là 58,5 tuổi.¹ Các bệnh lí nội khoa kèm theo, làm giảm khả năng liền tổn thương, trong đó có liền tổn thương hệ tiêu hóa, gây tăng nguy cơ rò, bục miệng nối ống tiêu hóa sau mổ. Các bệnh nhân có bệnh lí nội khoa phối hợp chiếm 54,54%, trong đó hay gặp nhất là đái tháo đường.

Tỷ lệ viêm phúc mạc sau mổ hay gặp nhất ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật bệnh lí gan – mật – tụy hoặc bệnh lí đại – trực tràng. Nhóm bệnh nhân có mổ bệnh lí gan – mật – tụy có tỉ lệ viêm phúc mạc sau mổ tương đương nhóm bệnh nhân mổ bệnh lí đại – trực tràng (30,3% và 39,39%). Nhóm bệnh nhân có tiền sử mổ ruột non gặp biến chứng viêm phúc mạc sau mổ gặp 15,15%, nhóm bệnh nhân có tiền sử mổ dạ dày gặp 6,06%.

Lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân sốt chiếm 39,4%, trong đó có 55,6% bệnh nhân viêm phúc mạc toàn thể và 33,3% bệnh nhân viêm phúc mạc khu trú. Sốt dĩ nhiên không gặp trong hầu hết các bệnh nhân vì sau mổ tiêu hóa, bệnh nhân thường được dùng thuốc giảm đau hạ sốt Paracetamol, dẫn đến làm

mờ nhạt đi triệu chứng sốt. Kết quả nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của FG Bader trên 114 bệnh nhân viêm phúc mạc sau mổ tiêu hóa, có 35% trường hợp bệnh nhân có sốt.² Tình trạng đau bụng gặp ở 78,78% trường hợp bệnh nhân, tỷ lệ này cân bằng ở cả hai nhóm, nhóm viêm phúc mạc toàn thể, có 77,78% trường hợp bệnh nhân có đau bụng, nhóm viêm phúc mạc khu trú có 79,1% trường hợp có đau bụng. Sờ di, triệu chứng đau bụng không gặp ở hầu hết các trường hợp bệnh nhân vì sau mổ, bệnh nhân được dùng thuốc giảm đau. Ngoài ra, triệu chứng đau dễ bị nhầm lẫn với đau vết mổ sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với một số nghiên cứu, như nghiên cứu của Thierry Bensignor và cộng sự trên 191 bệnh nhân viêm phúc mạc sau mổ từ năm 2004 đến năm 2013, có 82% trường hợp bệnh nhân có đau bụng. Trong khám thực thể, triệu chứng phản ứng thành bụng hay gặp nhất, chiếm 18,18% trường hợp, và chiếm ưu thế trong nhóm bệnh viêm phúc mạc toàn thể, chiếm 44,44%.³ Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Alhassane Traoré và cộng sự trên 148 trường hợp viêm phúc mạc sau mổ từ năm 1999 đến năm 2013, có 47,3% trường hợp có triệu chứng phản ứng thành bụng. Các triệu chứng bụng chướng, cảm ứng phúc mạc, chiếm số ít trường hợp.⁴

Cận lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bạch cầu tăng gặp trong 57,6% các trường hợp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Alhassane Traoré trên 148 bệnh nhân, có 55,11% bệnh nhân có tăng bạch cầu.⁴ có 25 trường hợp có chỉ định chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, trong đó có 16 trường hợp viêm phúc mạc khu trú, 9 trường hợp viêm phúc mạc toàn thể. Kết quả cho thấy trong số 16 trường hợp viêm phúc mạc khu trú có 13/16 trường hợp có hình ảnh ổ áp xe trên phim chụp cắt lớp vi tính, 1/16 trường hợp có hình ảnh rò miệng nối, trong số 9 trường hợp viêm phúc mạc toàn thể, cả 9 trường hợp có hình ảnh dịch tự do trong ổ bụng, 4/9 trường hợp có hình ảnh rò miệng nối. Như vậy tỷ lệ phát hiện tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính là 88%, hình ảnh tổn thương là ổ áp xe trong ổ bụng, dịch tự do ổ bụng và hình ảnh dò miệng nối, tỷ lệ phát hiện hình ảnh dò miệng nối là 20%, hình ảnh dịch tự do ổ bụng là 48%, hình ảnh áp xe trong ổ bụng là 52%. Kết quả nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Thierry Bensignor và cộng sự trên 191 bệnh nhân viêm phúc mạc sau mổ từ năm 2004 đến năm 2013, hình ảnh tổn thương chủ yếu là dịch tự do ổ

bụng, áp xe trong ổ bụng và rò miệng nối, có 124 trường hợp có chỉ định chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, có 59,7% trường hợp phát hiện dịch tự do ổ bụng, 41,9% trường hợp thấy hình ảnh ổ áp xe trong ổ bụng, 25,8% trường hợp thấy hình ảnh rò miệng nối.³

Điều trị: trong số 9 bệnh nhân viêm phúc mạc toàn thể, 100% được điều trị bằng phẫu thuật. Trong số 24 bệnh nhân viêm phúc mạc khu trú có 4,3% trường hợp được điều trị bằng phẫu thuật, 43,5% trường hợp được điều trị nội khoa, 52,2% trường hợp được điều trị bằng can thiệp. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của MW Buchler trên 186 bệnh nhân bị viêm phúc mạc lan tỏa, đã đi đến kết luận rằng, bệnh nhân bị viêm phúc mạc toàn thể, nên được điều trị bằng phẫu thuật càng sớm càng tốt.⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp trường hợp nào xuất hiện biến chứng sớm và tử vong. Tuy nhiên, có một số nghiên cứu cho kết quả hoàn toàn khác biệt. Như trong nghiên cứu của Tariq Hameed và cộng sự trên 350 bệnh nhân viêm phúc mạc, tỷ lệ tử vong là 6%.⁶

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng toàn thân biểu hiện bởi hội chứng nhiễm trùng, các dấu hiệu lâm sàng điển hình thường xuất hiện muộn. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng giúp phân biệt viêm phúc mạc khu trú và viêm phúc mạc toàn thể. Viêm phúc mạc

toàn thể cần được điều trị bằng phẫu thuật. Viêm phúc mạc khu trú có thể lựa chọn điều trị nội khoa đơn thuần, can thiệp hoặc phẫu thuật tùy từng đặc điểm lâm sàng và tổn thương cụ thể của từng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sylvie Gueroult; Yann Parc; Franc oise Duron; Franc oise Paye; Rolland Parc.** Completion Pancreatectomy for Postoperative Peritonitis After Pancreaticoduodenectomy. 2004; 139:16-19.
- Bader F, Schröder M, Kujath P, Muhl E, Bruch H, Eckmann C** (2009), Diffuse Postoperative Peritonitis – Value Of Diagnostic Parameters And Impact Of Early Indication For Relaparotomy, Eur J Med Res, 14, pp. 491-496.
- Thierry Bensignor, Jeremie Lefevre, Ben Creavin, Najim Chafai, Thomas Lescot, et al.** Postoperative Peritonitis After Digestive Tract Surgery: Surgical Management and Risk Factors for Morbidity and Mortality, a Cohort of 191 Patients. World Journal of Surgery, Springer Verlag, 2018, 42 (11), pp.3589 – 3598
- Traoré A, et al.** (2014) Post-Operative Peritonitis: Diagnostic Problems, Morbidity and Mortality in Developing Countries. Surgical Science. 5. 363-367.
- Büchler M, Baer H, Brügger L, et al.** Chirurgische Therapie der diffusen Peritonitis: Herdsanierung und intraoperative extensive Lavage. Chirurg (1997) 68: 811–815.
- Tariq Hameed, Awadh Kumar, Shivanand Sahni, Rahul Bhatia and Ajit Kumar Vidhyarthi.** Emerging Spectrum of Perforation Peritonitis in Developing World. Frontiers in Surgery. 2020; 7:50.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT CÓ ỨNG DỤNG GÓC NHÌN AN TOÀN THIẾT YẾU

Huỳnh Thanh Long^{1,2}, Nguyễn Lâm Trường An³,
Nguyễn Mạnh Khiêm², Nguyễn Tạ Quyết^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự an toàn của phẫu thuật nội soi cắt túi mật (PTNSCTM) có ứng dụng "Góc nhìn an toàn thiết yếu" (GNATY) trong điều trị bệnh lý sỏi túi mật (TM). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca trên bệnh nhân được

phẫu thuật nội soi cắt túi mật có áp dụng GNATY điều trị sỏi TM tại Bệnh viện Bình Dân từ 1/2022 đến 10/2022. **Kết quả:** Có 89 bệnh nhân và ghi nhận kết quả như sau: tỷ lệ thành công cao, đạt 97,8%. Các trường hợp thất bại là do sỏi lớn kẹt cổ TM và viêm dính vùng tam giác gan mật quá nhiều trong viêm TM hoại tử. Biến chứng chảy máu chung là 10,3% (9 trường hợp) và trong khi thực hiện GNATY là 6,7% (6 trường hợp). Biến chứng thủng TM chung là 8% (7 trường hợp) và trong khi thực hiện GNATY là 4,4% (4 trường hợp), không có biến chứng tổn thương đường mật. Biến chứng sau phẫu thuật gồm tụ dịch giương TM chiếm 10,3% và nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,3%. Tất cả đều được điều trị nội khoa thành công. **Kết luận:** Chúng tôi nhận thấy GNATY là kỹ thuật nhận định cần thiết áp dụng, an toàn, hiệu quả trong PTNSCTM điều trị bệnh lý sỏi TM.

¹Trường ĐH Nguyễn Tất Thành

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

³Bệnh viện Bình Dân

⁴Trường ĐH Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Long

Email: bs.huynhlong1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biên khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024