

- fibroblast proliferation and migration. Poster presentation at 31st International Association for Dental Research, South-East Asia Division 2017. Abstract in Abstract Book of the conference, p. 264.
4. **Pjetursson BE và cs** (2012). Peri-implantitis susceptibility as it relates to periodontal therapy and supportive care. Clin Oral Impl Res Jul; 23(7), pp. 888-94.
 5. **Ramfjord SP và Nissle RR** (1974). The modified Widman flap. J Clin Periodontol 45(8), pp. 601-607.
 6. **Sameera S và cs** (2018). ENAP vs LANAP: assessment of revascularization using ultrasound Doppler flowmetry- a split-mouth randomized controlled clinical trial. Lasers Med Sci Published online:01 February 2018.
 7. **Sanz-Moliner JD và cs** (2013). The effect of an 810nm Diode laser on postoperative pain and tissue response after modified Widman flap surgery: A pilot study in humans. J Periodontol 84(2): 152-158.
 8. **Serino G và cs** (2001). Initial outcome and long-term effect of surgical and non-surgical treatment of advanced periodontal disease. J Clin Periodontol 28, pp. 910-916.

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

Đặng Thanh Sơn¹, Lương Ngọc Cương¹, Nguyễn Văn Chung¹,
Dương Hoàng Hải¹, Nguyễn Văn Tâm²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật có ứng dụng góc nhìn an toàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 58 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật nội soi cắt túi mật có ứng dụng góc nhìn an toàn (GNAT) tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 1/2023 – tháng 9/2023. **Kết quả:** Có 31 BN(53,4%) không có viêm túi mật và 27 BN(46,6%) có viêm túi mật cấp được phân chia thành 3 độ theo (TG 2018): Độ I: 39,9%; Độ II: 5,2%; Độ III: 3,5%. Tỷ lệ ứng dụng thành công góc nhìn an toàn trong phẫu thuật là 96,6%. Tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật : 3,4%. Kết quả: Tốt chiếm 96,6%; Trung bình: Chiếm: 3,4%. **Kết luận:** Đạt được GNAT trong PTNSCTM là rất quan trọng để giảm tỷ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật, góc nhìn an toàn

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY WITH APPLICATION OF THE CRITICAL VIEW OF SAFETY

Objective: To evaluate the early treatment outcomes of laparoscopic cholecystectomy with using "The Critical View of Safety". **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 58 patients (pts) who underwent laparoscopic cholecystectomy with the application of The Critical View of Safety (CVS) at Thai Nguyen National Hospital from January 2023 to September 2023. **Results:** There were 31 pts (53.4%) without

cholecystitis and 27 pts (46.6%) with acute cholecystitis, classified into 3 degrees according to (TG 2018): Grade I: 39.9%; Grade II: 5.2%; Grade III: 3.5%. The success rate of applying the CVS in surgery was 96.6%. The complication rate during surgery was 3.4%. Results: Good: 96.6%; Moderate: 3.4%. **Conclusion:** Achieving the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy is crucial to reduce intra- and postoperative complication rates.

Keywords: Laparoscopic cholecystectomy, critical view of safety.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật (PTNSCTM) được coi là tiêu chuẩn vàng để điều trị các bệnh lý như: Sỏi túi mật, viêm túi mật, polyp túi mật, u cơ tuyến túi mật,... [1], [2]. Đây là phẫu thuật nhẹ nhàng, hiệu quả, giúp bệnh nhân hồi phục sớm sau mổ. Tuy nhiên, do có nhiều biến đổi giải phẫu của đường mật ngoài gan, túi mật và động mạch gan nên tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật thông thường còn cao, từ 8,8 – 13,7%, trong đó biến chứng chủ yếu là tổn thương ống mật chủ [3], [4]. Nhằm mục đích giảm tỷ lệ biến chứng trong PTNSCTM các tác giả đã đưa ra các giải pháp như: Dẫn lưu túi mật trong viêm túi mật cấp, dựng hình cây đường mật, sử dụng GNAT,... [5]. Trong đó, các nghiên cứu đều nhận thấy việc áp dụng GNAT trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật làm giảm tỷ lệ biến chứng rõ rệt [5], [6].

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật có áp dụng GNAT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 58 bệnh nhân được PTNSCTM có ứng dụng

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thanh Sơn

Email: dr.dangthanhsan@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025

GNAT tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật có ứng dụng GNAT do các bệnh lý: Sỏi túi mật, viêm túi mật cấp, polyp túi mật, u cơ tuyến túi mật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có kèm theo các bệnh lý gan mật tụy khác kèm theo như: Sỏi đường mật trong và ngoài gan, u đường mật, u đầu tụy,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu

- Cỡ mẫu: Toàn bộ. Chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu

- Dụng cụ và trang thiết bị: Sử dụng hệ thống nội soi của hãng Karl Storz và các dụng cụ phẫu thuật nội soi truyền thống

- Kỹ thuật thực hiện [6]:

+ Vị trí đặt trocars: Trocar 1: Tại rốn, là trocar 10mm; Trocar 2: Dưới mũi ức 4cm, là trocar 10mm; Trocar 3: Mạn sườn phải, là trocar 5mm; Trocar 4 (có hoặc không): Trung điểm của trocar 2 và 3.

+ Kỹ thuật phẫu tích: Tiếp cận túi mật, bộc lộ và xác định rõ các thành phần giải phẫu tại màng rốn gan; Đẩy đẩy túi mật lên trên ra sau, bộc lộ tam giác Carlot, xác định các mốc phẫu tích trước khi tiến hành phẫu tích; Xác định rõ đường Rouviere – ranh giới giữa vùng an toàn và nguy hiểm trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật; Phẫu tích rõ 2 tam giác gan mật và tam giác Carlot bên trên đường Rouviere, lấy bỏ tối đa các tổ chức mỡ xung quanh các mốc giải phẫu; Đánh giá các bất thường liên quan đến các mốc giải phẫu như biến đổi của: Động mạch gan phải, ống mật chủ, động mạch túi mật, ống mật phụ,...; Tiến hành thắt ống cổ túi mật và động mạch túi mật và di động túi mật ra khỏi giường túi mật; Túi mật được lấy qua túi đựng bệnh phẩm tại lỗ trocar rốn.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng

+ Tổn thương túi mật được xác định trên siêu âm: Sỏi túi mật, polyp túi mật, u cơ tuyến túi mật.

+ Viêm túi mật cấp được phân độ theo Tokyo Guideline 2018 [7]

+ Ứng dụng GNAT: Thành công, thất bại

+ Biến chứng trong và sau phẫu thuật.

+ Phân loại kết quả điều trị: Tốt; Trung bình; Xấu. Theo tiêu chuẩn của Văn Tần [8]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2023, tại Bệnh

viện Trung Ương Thái Nguyên có 58 bệnh nhân cắt túi mật có ứng dụng GNAT đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

- Đặc điểm chung: Độ tuổi trung bình là $52 \pm 15,3$; tuổi lớn nhất: 87, tuổi nhỏ nhất: 24; độ tuổi thường gặp nhất: 40-79 tuổi. Tỷ lệ Nữ/Nam: 1,76

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	SL	%
Đau bụng hạ sườn phải	56	96,6
Sốt	16	27,6
Vàng da	1	5,2
Nghiêm pháp Murphy	27	46,6
Phản ứng thành bụng hạ sườn phải	20	34,5
Cảm ứng phúc mạc hạ sườn phải	2	3,4

Nhận xét: Đau bụng hạ sườn phải là triệu chứng phổ biến nhất (96,6%)

Bảng 3.2. Liên quan giữa chẩn đoán và khả năng thực hiện GNAT

Chẩn đoán	Khả năng thực hiện GNAT		Số lượng
	Thành công	Thất bại	
Sỏi túi mật không viêm	28	0	28
Sỏi túi mật có viêm túi mật	Độ I	22	0
	Độ II	3	0
	Độ III	0	2
Polyp túi mật	3	0	3
Tổng	56	2	58

Nhận xét: 56/58 (96,6%) bệnh nhân đạt được GNAT trong PTNSCTM, với p: 0,00 (<0,05 – Chi-square test).

Bảng 3.3. Biến chứng trong phẫu thuật

Bảng 3.13: Biến chứng trong phẫu thuật			
Biến chứng	Số lượng	SL	%
Tổn thương đường mật		0	0
Tổn thương động mạch gan		0	0
Tổn thương tĩnh mạch cửa		0	0
Tổn thương động mạch túi mật		2	3,4
Tổn thương khác kèm theo		0	0

Nhận xét: 3,4% bệnh nhân có biến chứng tổn thương động mạch túi mật trong phẫu thuật

Bảng 3.4. Phân loại kết quả điều trị

Kết quả điều trị	SL	%
Tốt	56	96,6
Trung bình	2	3,4
Xấu	0	0
Tổng	58	100

Nhận xét: Kết quả điều trị tốt chiếm 96,6%

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là một phẫu thuật ngoại khoa thường gặp, đây cũng là tiêu chuẩn vàng cho điều trị các bệnh lý về túi mật. Tuy nhiên, PTNSCTM luôn tiềm ẩn những nguy cơ biến chứng nặng nề như: Tổn thương ống mật chủ, tổn thương động mạch gan,... để lại

những hậu quả nặng nề đối với người bệnh. Để hạn chế các biến chứng, các tác giả trên thế giới đã thống nhất và đưa ra các mốc giải phẫu an toàn cần xác định trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật như: Rãnh Rouviere, tam giác gan mật và tam giác Carlot. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã ứng dụng góc nhìn an toàn – Critical View of Safety (CVS) để phẫu tích và cắt bỏ túi mật nội soi. Kết quả được ghi nhận và bàn luận dưới đây.

Có 58 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Trong đó tỷ lệ Nữ là 63,8%; tỷ lệ nam là 36,2%; Tỷ lệ Nữ/Nam là 1,76. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $52 \pm 15,3$; tuổi nhỏ nhất là 24 và lớn nhất là 87; độ tuổi có tỷ lệ phẫu thuật nhiều nhất là từ 40 – 79 tuổi. Kết quả này phù hợp và tương đồng với các tác giả Trần Kiến Vũ (2016), Đỗ Kim Sơn (1993) [9], [10]. Bảng 1 cho thấy: 96,6% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng hạ sườn phải, đây là triệu chứng đặc trưng nhưng không đặc hiệu cho các bệnh lý về đường mật. Ngoài ra, trên những bệnh nhân có viêm túi mật còn có các triệu chứng: Sốt, nghiệm pháp Murphy (+), phản ứng thành bụng hạ sườn phải (+). Theo nghiên cứu của tác giả Trần Kiến Vũ trên 188 bệnh nhân viêm túi mật cấp: 81,9% BN có sốt; 39,8% BN có phản ứng thành bụng hạ sườn phải [9].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, có 31 BN(53,4%) không có viêm túi mật cấp và 27 BN(46,6%) có viêm túi mật cấp được phân chia thành 3 độ theo TG 2018: Độ I: 22 BN (39,9%); Độ II: 3 BN (5,2%); Độ III: 2 BN (3,5%) (Bảng 3.2). Tất cả bệnh nhân viêm túi mật Độ I và Độ II thực hiện thành công phẫu thuật nội soi cắt túi mật ứng dụng GNAT; 2 bệnh nhân viêm túi mật độ III thất bại trong quá trình phẫu thuật nội soi và chuyển mổ mở do các tổ chức lân cận quay lấy tổn thương khiến phẫu thuật nội soi không thể tiếp cận được túi mật. Với giá trị $p < 0,05$ (Chi-square test) cho thấy có mối liên quan về mặt thống kê giữa việc chẩn đoán và khả năng thực hiện thành công GNAT trong PTNSCTM.

Bảng 3.3 cho thấy, chúng tôi gặp biến chứng trong mổ là: Chảy máu động mạch túi mật 02 trường hợp, tất cả các biến chứng đều xảy ra tại nhóm viêm túi mật Độ III và không đạt được GNAT. Các phẫu thuật viên nhận thấy, với nhóm viêm túi mật cấp Độ III, bệnh nhân đến viện muộn (sau hơn 1 tuần), khả năng phẫu tích các thành phần của túi mật rất khó khăn do túi mật phù nề và hoại tử. Các phẫu thuật viên rất khó khăn kể cả trong mổ mở để đánh giá các thành phần của túi mật, chỉ phẫu tích túi mật ngược dòng, khi tiếp cận vùng ống cổ túi mật thì tiếp

tục kéo túi mật lên trên ra trước – kết hợp xác định đường Rouviere để đánh giá mốc phẫu tích an toàn. Tuy nhiên, trong cả 2 trường hợp động mạch túi mật đều bị tổn thương do tổ chức phù nề, mủn nát, lượng máu mất khoảng 50ml. Nhìn lại y văn, theo khuyến cáo của TG 2018, đối với những trường hợp viêm túi mật cấp mức độ II, III chúng ta nên dẫn lưu túi mật, điều trị kháng sinh và phẫu thuật sau khi tình trạng viêm của túi mật đã ổn định[7]. Các bệnh nhân của chúng tôi đều ổn định và không có biến chứng sau phẫu thuật.

Bảng 3.4 thể hiện kết quả sớm sau PTNSCTM có ứng dụng GNAT của chúng tôi: 96,6% (56 BN) kết quả tốt; 3,4% (2 BN) kết quả trung bình. Có 96,6% BN thành công đạt được GNAT trong PTNSCTM, nhóm này không có bệnh nhân nào bị tổn thương đường mật trong mổ, không có rò mật sau mổ; không có biến chứng chảy máu trong và sau mổ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của C. Avgerinos, tác giả này đã thực hiện PTNSCTM áp dụng GNAT trên 1046 bệnh nhân, có 95,4% bệnh nhân đạt được GNAT, trong đó không có bệnh nhân nào bị tổn thương đường mật và không có biến chứng nặng kèm theo. Tác giả này cũng nhấn mạnh rằng, GNAT sẽ giúp chúng ta phân định rõ các mốc giải phẫu và biến đổi của nó trước khi quyết định cắt bỏ, điều này nên được áp dụng thường xuyên trong PTNSCTM vì nó sẽ làm giảm tỷ lệ tổn thương ống mật chủ. Bên cạnh đó, trong một nghiên cứu của mình trên 150 bài báo về PTNSCTM trên thế giới, tác giả Dimitrios K. Manatakis(2023) nhận thấy rằng hiện nay 92,5% các bài báo công bố đều thực hiện kỹ thuật GNAT trong PTNSCTM với tỷ lệ tổn thương đường mật được thống kê là 0,09%(0,05% do lỗi kỹ thuật và 0,04% do nhận định sai mốc giải phẫu), tỷ lệ này ít hơn rất nhiều so với tỷ lệ tổn thương ống mật chủ từ 8,8% trong các kỹ thuật PTNSCTM thông thường [3], [4].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công trong ứng dụng GNAT vào PTNSCTM tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên là 96,6%. Với nhóm ứng dụng thành công GNAT không có biến chứng trong và sau mổ. Chúng tôi nhận thấy, việc đạt được GNAT trong PTNSCTM là rất quan trọng để giảm tỷ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kapoor T, Wrenn SM, Callas PW, Abu-Jaish W. Cost analysis and supply utilization of laparoscopic cholecystectomy. Minim Invasive Surg. 2018;2018:7838103.

2. Hassler KR, Collins JT, Philip K, Jones MW. Laparoscopic cholecystectomy. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2022.
3. Nijssen MAJ, Schreinemakers MJM, Meyer Z, Van Der Schelling GP, Crolla RMPH, Rijken AM. Complications after laparoscopic cholecystectomy: a video evaluation study of whether the critical view of safety was reached. World J Surg. 2015;39(7):1798-1803.
4. Radunovic M, Lazovic R, Popovic N, Magdelinic M, Bulajic M, Radunovic L, et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: our experience from a retrospective analysis. Open Access Maced J Med Sci. 2016;4(4):641-646.
5. Nassar AHM. Achieving the critical view of safety in the difficult laparoscopic cholecystectomy: a prospective study of predictors of failure. Surg Endosc. 2021;35(11):6039-6047.
6. Gupta V, Jain G. Safe laparoscopic cholecystectomy: adoption of universal culture of safety in cholecystectomy. World J Gastrointest Surg. 2019;11(2):34-116.
7. Okamoto K, Suzuki K, Takada T. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25:55-72.
8. Văn Tân. Tiến bộ trong cắt TM qua nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Bình Dân. Y học Việt Nam. 2006;319(Số đặc biệt về PTNS):163-178.
9. Trần Kiên Vũ. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại bệnh viện đa khoa Trà Vinh [luận án tiến sĩ y học]. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2016.
10. Đỗ Kim Sơn, Nguyễn Mạnh Cường. Điều trị viêm túi mật cấp tính đơn thuần. Ngoại khoa. 1993;23(5):9-13.

ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM VÀ XẠ HÌNH THẬN Ở BỆNH NHÂN Ứ NƯỚC THẬN DO HẸP KHÚC NỔ BỂ THẬN NIỆU QUẢN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ SAU PHÚC MẠC 1 TROCAR

Nguyễn Thị Mai Thủy^{1,2}, Lê Anh Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Góp phần mô tả đặc điểm về siêu âm và xạ hình thận ở bệnh nhân được phẫu thuật ứ nước thận do hẹp khúc nối bể thận niệu quản bẩm sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** chúng tôi nghiên cứu hồi cứu hồ sơ của 70 bệnh nhân dưới 5 tuổi được chẩn đoán ứ nước thận bẩm sinh do hẹp khúc nối niệu quản bể thận và được phẫu thuật bằng nội soi hỗ trợ sau phúc mạc 1 trocar từ tháng 1/2011 đến tháng 6/2013 tại khoa Ngoại tiết niệu Bệnh viện Nhi trung ương. Các thông số về tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, đường kính trước sau của bể thận trên siêu âm và đặc điểm bài tiết nước tiểu trên xạ hình thận được ghi lại. **Kết quả:** có 70 hồ sơ phù hợp trong thời gian nghiên cứu; 65 trẻ nam (92,86%), 5 trẻ nữ (7,14%); tuổi từ 1 tháng đến 5 tuổi (tuổi trung bình là $22,9 \pm 18,6$ tháng). 100% bệnh nhân được làm siêu âm trước mổ đo đường kính trước sau của bể thận, đánh giá mức độ giãn của các đài thận, độ dày nhu mô. Kích thước bể thận trung bình trước mổ là $34,3 \pm 8,1$ mm (từ 25mm đến 50mm). 56/70 (80%) bệnh nhân được làm xạ hình thận trước mổ. Chức năng thận trung bình trước mổ $47,9 \pm 9,8\%$. 36/56 (64,3%) bệnh nhân có đường cong bài tiết dạng tích lũy, 20/56 (35,7%) bệnh nhân có đồ thị dạng chậm bài tiết nước tiểu. Không có trường hợp nào có đồ thị bài tiết bình thường. Có sự khác biệt về chức năng

thận ở nhóm bệnh nhân có đường kính bể thận trên 35mm và dưới 35 mm ($p < 0,05$). **Kết luận:** siêu âm và xạ hình thận là những thăm dò có giá trị để chẩn đoán và xác định mức độ tắc nghẽn nước tiểu qua khúc nối bể thận niệu quản ở trẻ bị ứ nước thận bẩm sinh. **Từ khóa:** Ứ nước thận, hẹp khúc nối bể thận niệu quản, mổ nội soi tạo hình khúc nối.

SUMMARY

ULTRASOUND AND RENAL SCINTYGRAPHY IN CHILDREN WITH URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION TREATED BY LAPAROSCOPIC ASSISTED RETROPERITONEAL USING ONE TROCAR

Objective: To describe the characteristics of ultrasound and renal scintigraphy in patients who underwent surgery for hydronephrosis due to congenital pelvi-ureteral junction (PUJ) obstruction. **Subjects and Methods:** We retrospectively reviewed the medical records of 70 patients under 5 years old diagnosed with congenital hydronephrosis due to PUJ obstruction, who underwent surgery with laparoscopic retroperitoneal single trocar assistance from January 2011 to June 2013 at the Urology Department of the National Children's Hospital. Information on age, gender, clinical symptoms, anterior-posterior diameter of the renal pelvis on ultrasound, and urinary excretion features on renal scintigraphy were recorded. **Results:** A total of 70 records met the study criteria. Of these, 65 were male (92.86%) and 5 were female (7.14%), with ages ranging from 1 month to 5 years (mean age: 22.9 ± 18.6 months). 100% of the patients underwent preoperative ultrasound to measure the anterior-posterior diameter of the renal pelvis, assess the degree of calyceal dilation, and evaluate renal parenchymal thickness.

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Thủy

Email: nguyenmaithuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025