

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH NON-FUNCTIONING KIDNEYS CAUSED BY SELECTED BENIGN DISEASES UNDERGOING SURGICAL TREATMENT AT THANH HOA PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Nguyen Van Thanh^{1*}, Truong Thanh Tung², Pham Van Duyet³

¹Sam Son General Hospital - 83 Nguyen Duy, Sam Son ward, Thanh Hoa province, Vietnam

²Thanh Hoa provincial General Hospital - 181 Hai Thuong Lan Ong, Hac Thanh ward, Thanh Hoa province, Vietnam

³Hai Phong University of Medicine and Pharmacy - 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien ward, Hai Phong city, Vietnam

Received: 03/03/2026

Revised: 18/04/2026; Accepted: 19/05/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with non-functioning kidneys caused by selected benign diseases who underwent surgical treatment.

Subjects and methods: A descriptive study with retrospective and prospective data collection was conducted on 73 patients diagnosed with non-functioning kidneys caused by benign obstructive diseases and surgically treated at Thanh Hoa provincial General Hospital from January 2022 to June 2025.

Results: The mean age was 61.1 ± 13.9 years, and 63% of patients were older than 60 years. Chronic flank pain was the most common reason for admission (82.2%), and renal angle tenderness was found in 90.4%. Leukocytosis was present in 38.4%; positive hematuria and pyuria were observed in approximately 65.8% and 53.4%, respectively. On computed tomography, grade III-IV hydronephrosis accounted for 83.6%; renal stones 58.9%; ureteral stones 64.4%; and ureteral dilatation 71.2%. Forty-three patients (58.9%) had split renal function $< 10\%$ on radionuclide renography, while the remaining 30 cases were diagnosed on the basis of combined clinical, imaging, and post-drainage findings. All postoperative histopathology specimens were benign.

Conclusions: Surgically treated patients with benign disease-related non-functioning kidneys were predominantly older adults and commonly presented with chronic flank pain (82.2%) and features of urinary obstruction/infection (83.6% grade III-IV hydronephrosis on CT scan). Computed tomography and radionuclide renography played important roles in confirming severe structural and functional renal damage and supporting surgical indication.

Keywords: Non-functioning kidney, benign disease, obstructive uropathy, nephrectomy, clinical and paraclinical features.

*Corresponding author

Email: Bacsyvanthanh1988@gmail.com Phone: (+84) 977915883 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5135

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN THẬN MẤT CHỨC NĂNG DO MỘT SỐ BỆNH LÝ LÀNH TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Nguyễn Văn Thành^{1*}, Trương Thanh Tùng², Phạm Văn Duyệt³

¹Bệnh viện Đa khoa Sầm Sơn - 83 Nguyễn Duy, phường Sầm Sơn, tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa - 181 Hải Thượng Lãn Ông, phường Hạc Thành, tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

³Trường Đại học Y Dược Hải Phòng - 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 03/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 18/04/2026; Ngày duyệt đăng: 19/05/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thận mất chức năng do một số bệnh lý lành tính được điều trị phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 73 bệnh nhân được chẩn đoán thận mất chức năng do bệnh lý lành tính gây tắc nghẽn đường niệu và được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình $61,1 \pm 13,9$; nhóm trên 60 tuổi chiếm 63%. Đau thắt lưng mạn tính là lý do vào viện thường gặp nhất (82,2%); ấn đau hố thận gặp ở 90,4% trường hợp. Tăng bạch cầu máu gặp ở 38,4%; hồng cầu niệu và bạch cầu niệu dương tính lần lượt là 65,8% và 53,4%. Trên cắt lớp vi tính, giãn đài bể thận độ III-IV chiếm 83,6%; sỏi thận 58,9%; sỏi niệu quản 64,4%; giãn niệu quản 71,2%. Có 43 bệnh nhân (58,9%) được xác nhận chức năng thận bên bệnh còn dưới 10% trên thận đồ đồng vị phóng xạ; 30 trường hợp còn lại được chẩn đoán dựa trên phối hợp lâm sàng, hình ảnh và theo dõi sau dẫn lưu. 100% mô bệnh học sau mổ là tổn thương lành tính.

Kết luận: Bệnh nhân thận mất chức năng do bệnh lý lành tính được điều trị phẫu thuật chủ yếu là người lớn tuổi, biểu hiện nổi bật là đau thắt lưng mạn tính (82,2%) và các dấu hiệu viêm, tắc nghẽn đường niệu (83,6% giãn thận độ III-IV trên cắt lớp vi tính). Cắt lớp vi tính và thận đồ đồng vị phóng xạ có vai trò quan trọng trong xác định mức độ tổn thương và hỗ trợ chỉ định phẫu thuật.

Từ khóa: Thận mất chức năng, bệnh lý lành tính, tắc nghẽn đường niệu, cắt thận, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận mất chức năng do bệnh lý lành tính thường là hậu quả của tình trạng tắc nghẽn đường niệu kéo dài, sỏi tiết niệu, viêm nhiễm tái diễn hoặc các tổn thương viêm mạn tính, làm nhu mô thận bị phá hủy từ từ hoặc đột ngột và giảm không hồi phục chức năng thận bên bệnh. Khi chức năng đã mất vĩnh viễn ở một thận nhưng người bệnh vẫn còn triệu chứng dai dẳng thì cắt thận đơn giản thường là lựa chọn điều trị được đặt ra [1-2].

Trên lâm sàng, nhóm bệnh nhân này có thể biểu hiện đau thắt lưng mạn tính, nhiễm khuẩn niệu tái phát, ứ mủ thận, đái máu hoặc tăng huyết áp do thận; tuy nhiên biểu hiện thường không đặc hiệu và dễ chồng lấp với các bệnh lý tiết niệu tắc nghẽn khác [1-2]. Vì vậy, việc đánh giá toàn diện trước mổ cần dựa trên phối hợp triệu chứng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh.

Xạ hình thận động có lợi tiểu là phương pháp quan trọng trong đánh giá chức năng riêng từng thận và mức độ tắc nghẽn [3]. Bên cạnh đó, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu giúp xác định mức độ giãn đài bể thận, tình trạng

mỏng nhu mô, sỏi thận, sỏi niệu quản và biến đổi giải phẫu đi kèm; các hệ thống phân độ giãn thận, trong đó có phân loại của Onen A, hỗ trợ lượng giá mức độ tổn thương cấu trúc [4].

Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân thận mất chức năng do bệnh lý lành tính được chỉ định phẫu thuật tại tuyến tỉnh còn hạn chế. Việc mô tả đầy đủ đặc điểm của nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa thực tiễn trong chẩn đoán, chỉ định phẫu thuật và lựa chọn thời điểm can thiệp. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thận mất chức năng do một số bệnh lý lành tính được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 73 bệnh nhân được chẩn đoán thận mất chức năng do một số bệnh lý lành tính gây tắc nghẽn đường niệu kèm theo một trong các triệu chứng, biến chứng và được chỉ

*Tác giả liên hệ

Email: Bacsyanthanh1988@gmail.com Điện thoại: (+84) 977915883 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5135

định điều trị bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc có hỗ trợ cánh tay robot cơ học Artisiental.

- Tiêu chuẩn chọn: các bệnh nhân được chẩn đoán thận mất chức năng do các nguyên nhân lành tính gây tắc nghẽn đường niệu bao gồm ứ nước, ứ mù đường tiết niệu do sỏi thận, sỏi niệu quản; sau can thiệp đường tiết niệu; các bệnh lý nhiễm trùng mạn tính...

Tiêu chuẩn chẩn đoán thận mất chức năng áp dụng trong nghiên cứu như sau: kết quả xạ hình thận cho thấy chức năng một bên thận còn dưới 10%; hoặc bệnh nhân có các biến chứng: đau thắt lưng mạn tính, nhiễm khuẩn tái phát, ứ nước/ứ mù thận, đái máu và đã được dẫn lưu thận bệnh lý theo dõi trong 2-4 tuần thấy lượng nước tiểu dưới 50 ml/24 giờ, kết hợp với chẩn đoán thận ứ nước độ 4 theo 1 trong các dấu hiệu chẩn đoán hình ảnh sau: cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang hệ tiết niệu: thận ứ nước, giãn đài bể thận độ 4 theo phân loại của Asai S và cộng sự [5]; siêu âm hệ tiết niệu: thận ứ nước độ 4 theo tiêu chuẩn Onen A (2020) [4].

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mất chức năng có cánh tay robot Artisiental hỗ trợ (bệnh nhân hồi cứu).

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: đối với bệnh nhân tiến cứu (các bệnh nhân có tình trạng bệnh lý ảnh hưởng đến chức năng của thận còn lại; bệnh nhân quá yếu, có nhiều bệnh lý nặng kèm theo như suy tim, rối loạn đông máu, bệnh nhân có chỉ số ASA > 3; bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn niệu chưa được điều trị ổn định). Đối với bệnh nhân hồi cứu là các trường hợp không đủ hồ sơ khi hồi cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2025.

Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

2.2.3. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu áp dụng theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy với mức xác suất 95%, $\alpha = 0,05$, tính được $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $p = 0,94$ (tham khảo tỷ lệ hoàn thành phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu của Gupta N.P và cộng sự với 94,2% trường hợp [6]); $d = 0,06$ là mức độ sai số tuyệt đối của kết quả nghiên cứu từ mẫu so với quần thể.

Thay các chỉ số vào công thức, tính được $n = 61$. Thực tế, chúng tôi đã chọn được 73 bệnh nhân bao gồm 17 bệnh nhân trong thời gian hồi cứu (1/2022-12/2023) và 56 bệnh nhân trong thời gian tiến cứu (1/2024-6/2025).

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung (tuổi, giới, BMI, tiền sử bệnh lý nội khoa, bệnh lý ngoại niệu và can thiệp ngoại niệu trước đó); đặc điểm lâm sàng (lý do vào

viện, triệu chứng thực thể, vị trí thận bệnh, tình trạng dẫn lưu thận); đặc điểm cận lâm sàng (công thức máu, hồng cầu niệu, bạch cầu niệu, chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu, thận đồ đồng vị phóng xạ); và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Phân độ thận giãn trên cắt lớp vi tính: tham khảo phân độ theo nghiên cứu của Asai S và cộng sự [5]. Giãn đài bể thận được phân loại như sau: độ 0 (không giãn đài thận hoặc bể thận), độ 1 (chỉ giãn bể thận), độ 2 (giãn đài thận nhẹ), độ 3 (giãn đài thận nặng) và độ 4 (giãn đài thận kèm theo teo nhu mô thận).

Phân độ thận giãn trên siêu âm: độ I, II, III, IV theo phân độ của Onen A [4].

2.2.5. Xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Biến định lượng trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$); biến định tính bằng tần suất và tỷ lệ (%).

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng chấm đề cương Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Hội đồng đạo đức nghiên cứu y học Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa thông qua nhằm đảm bảo tính đạo đức, khoa học và khả thi. Toàn bộ số liệu được thu thập trong nghiên cứu là hoàn toàn trung thực, chính xác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 73)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 20 tuổi	0	0
	20-40 tuổi	9	12,3
	41-60 tuổi	18	24,7
	> 60 tuổi	46	63,0
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	61,1 ± 13,9	
	Min-max (tuổi)	25-85	
Giới	Nam	28	26,0
	Nữ	45	74,0
BMI	$\bar{X} \pm SD$ (kg/m ²)	20,9 ± 2,4	
	Min-max (kg/m ²)	14,2-28,3	
Tiền sử bệnh lý nội khoa	Có bệnh lý nội khoa	24	32,9
	Tăng huyết áp	20	27,4
	Đái tháo đường	3	4,1
	Bệnh thận mạn	4	5,5
Tiền sử bệnh lý ngoại niệu	Có bệnh lý ngoại niệu	27	37,0
	Sỏi thận	22	30,1
	Sỏi niệu quản	6	8,2
	Ứ mù thận	2	2,7
	Dẫn lưu thận	7	1,4
Can thiệp bệnh lý ngoại niệu	Không	56	76,7
	Dẫn lưu thận	7	9,6
	Mổ sỏi thận	5	6,8
	Mổ sỏi niệu quản	5	6,8
	Phẫu thuật khác	4	5,5

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 61; nhóm tuổi trên 60 chiếm ưu thế. Tỷ lệ nam/nữ ≈ 1/3. BMI trung bình là 20,9 kg/m²; 32,9% có tiền sử bệnh lý nội khoa, đa số là tăng huyết áp (27,4%); 27 trường hợp (37%) có tiền sử bệnh lý ngoại niệu, chủ yếu là sỏi thận (22/27 trường hợp); 17 trường hợp có can thiệp bệnh lý ngoại niệu trước đây.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng (n = 73)

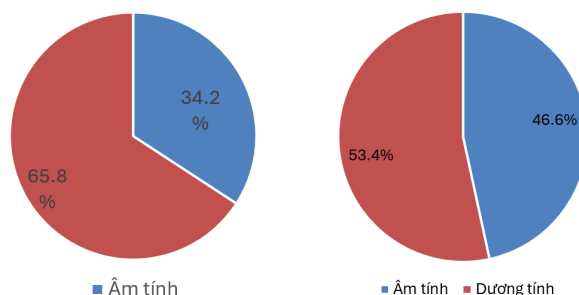
Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Đau thắt lưng mạn tính	60	82,2
	Đau hố chậu	10	13,7
	Khác	3	4,1
Triệu chứng thực thể	Ấn đau hố thận	66	90,4
	Ấn đau điểm niệu quản	21	28,8
	Rung thận (+)	47	64,4
	Chạm thận (+)	7	9,6
	Còn dẫn lưu thận	33	45,2
Vị trí thận bệnh	Trái	30	41,1
	Phải	43	58,9

Đau thắt lưng là lý do vào viện thường gặp nhất, đau ê ẩm kéo dài vùng này là lý do chính làm bệnh nhân đến khám. Đau hố chậu ít gặp hơn và cấp tính hơn, thường liên quan đến sỏi niệu quản. Về triệu chứng thực thể, ấn đau hố thận là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất với 90,4% trường hợp; tiếp đến là rung thận dương tính (64,4%) và ấn đau điểm niệu quản (28,8%); 45,2% trường hợp đang được dẫn lưu thận điều trị thận ứ nước. Tỷ lệ vị trí thận bị bệnh khá tương đồng giữa hai bên.

Bảng 3. Xét nghiệm máu (n = 73)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng hồng cầu	< 3,5 T/l	2	2,7
	3,5-4,5 T/l	18	24,7
	> 4,5 T/l	53	72,6
	$\bar{X} \pm SD$ (T/l)	4,7 ± 0,7	
	Min-max (T/l)	3,3-7,1	
Hemoglobin	< 80 mg/l	2	2,7
	80 đến dưới 100 mg/l	18	24,7
	100 đến dưới 120 mg/l	53	72,6
	≥ 120 mg/l	0	0
	$\bar{X} \pm SD$ (mg/l)	133,0 ± 14,4	
Min-max (mg/l)	97,0-170,0		
Số lượng bạch cầu	< 4 G/l	2	2,7
	4-10 G/l	43	58,9
	> 10 G/l	28	38,4
	$\bar{X} \pm SD$ (G/l)	7,9 ± 2,1	
	Min-max (G/l)	3,0-14,5	

Đánh giá về hồng cầu và hemoglobin cho thấy, dựa trên hemoglobin tất cả bệnh nhân đều có tình trạng thiếu máu từ nhẹ đến nặng, đa số ở mức nhẹ đến vừa, chỉ có 2 trường hợp hemoglobin < 80 mg/l; bên cạnh đó chỉ số hồng cầu > 4,5 T/l có 72,6%, cho thấy đa số thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ, số lượng hồng cầu bình thường. Đánh giá chỉ số bạch cầu cho thấy 38,4% có tình trạng tăng bạch cầu, đa số là tình trạng nhiễm trùng trong bệnh cảnh tắc nghẽn tiết niệu.



Biểu đồ 4. Hồng cầu và bạch cầu niệu (n = 73)

Hồng cầu niệu dương tính ở khoảng 2/3 số bệnh nhân; trong khi đó, khoảng 1/2 bệnh nhân có tình trạng bạch cầu niệu dương tính.

Bảng 5. Kết quả chụp cắt lớp vi tính (n = 73)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Kích thước thận	Thận to	32	43,8
	Teo nhỏ	8	11,0
	Bình thường	33	45,2
Mức độ giãn đài bể thận	Không giãn	4	5,5
	Thận giãn độ I	3	4,1
	Thận giãn độ II	5	6,8
	Thận giãn độ III	22	30,1
	Thận giãn độ IV	39	53,4
Sỏi thận	Không sỏi	30	41,1
	Có sỏi	43	58,9
Giãn niệu quản	Không	21	28,8
	Có	52	71,2
Vị trí giãn niệu quản	Không	21	28,8
	1/3 trên	36	49,3
	1/3 giữa	3	4,1
	1/3 dưới	13	17,8
Sỏi niệu quản	Không	26	35,6
	Có	47	64,4

Thận có kích thước bất thường quan sát được trên cắt lớp vi tính bụng ở 40 trường hợp, trong đó thận tăng kích thước chiếm ưu thế với 43,8%. Về hình thái đài bể thận, đa số trường hợp ghi nhận giãn ở nhiều mức độ (94,5%), 4 trường hợp không giãn có hình thái teo nhỏ và chức năng trên thận đồ đồng vị phóng xạ < 10%. Giãn thận độ III-IV chiếm tỷ lệ cao với 83,5%. Sỏi thận ghi nhận ở 58,9% trường hợp. Về khảo sát niệu quản, tỷ lệ quan sát thấy sỏi niệu quản và giãn niệu quản khá tương đồng, lần lượt là 64,4% và 71,2%.

Bảng 6. Chẩn đoán xác định thận mất chức năng (n = 73)

Tiêu chuẩn	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thận đồ đồng vị phóng xạ	Chức năng thận bệnh dưới 10%	43	58,9
	$\bar{X} \pm SD$ (%)	6,9 ± 4,5	
	Min-max (%)	0-15,5	
Chẩn đoán các trường hợp không đáp ứng thận đồ đồng vị phóng xạ < 10%		30	41,1

43/55 trường hợp có chức năng thận bệnh dưới 10%. 30 trường hợp còn lại chẩn đoán dựa trên kết hợp yếu tố lâm

sàng: đau dai dẳng, nhiễm khuẩn tái phát, tăng huyết áp do thận, ứ mủ, đái máu, dẫn lưu thận không ra nước tiểu kết hợp với chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang giãn thận độ IV. 100% có giải phẫu bệnh sau mổ là lành tính (tổn thương viêm xơ mạn tính).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân chủ yếu ở nhóm tuổi cao, với tuổi trung bình $61,1 \pm 13,9$ và nhóm trên 60 tuổi chiếm 63%. Kết quả này cho thấy thận mất chức năng do bệnh lý lành tính thường là hậu quả của quá trình tắc nghẽn và viêm mạn tính tiến triển kéo dài, đến khi người bệnh vào viện thì tổn thương nhu mô đã ở giai đoạn muộn. Tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có tiền sử bệnh lý ngoại niệu hoặc can thiệp ngoại niệu trước đó cũng gợi ý vai trò quan trọng của sỏi tiết niệu và can thiệp tiết niệu trong cơ chế bệnh sinh của thận mất chức năng [1-2], [7].

Đau thắt lưng mạn tính là lý do vào viện thường gặp nhất, kèm theo tỷ lệ cao ấn đau hố thận và rung thận (+). Mô hình triệu chứng này phù hợp với đặc điểm của thận ứ nước hoặc ứ mủ kéo dài trên nền tắc nghẽn, trong đó đau kéo dài, nhiễm khuẩn tái phát và khó chịu vùng hông lưng là những yếu tố thường dẫn tới chỉ định cắt thận khi chức năng không còn khả năng hồi phục [1-2]. Việc gần một nửa người bệnh còn dẫn lưu thận cho thấy nhiều trường hợp đã được điều trị giải áp trước mổ, đồng thời phản ánh mức độ nặng của bệnh lý tại thời điểm tiếp cận phẫu thuật.

Xét nghiệm trước mổ cho thấy một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có tăng bạch cầu, bạch cầu niệu và hồng cầu niệu dương tính. Điều này phù hợp với bối cảnh sỏi, tắc nghẽn và viêm nhiễm mạn tính của thận bệnh; đây cũng là yếu tố khiến phẫu tích nội soi có thể khó hơn do xơ dính quanh thận và cuống thận [2], [7-8]. Các báo cáo trên nhóm thận mất chức năng do sỏi cũng ghi nhận thời gian mổ có thể kéo dài hơn vì dính viêm dày đặc, dù phẫu thuật nội soi vẫn khả thi và an toàn khi được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Về chẩn đoán hình ảnh, đa số người bệnh có giãn đài bể thận độ III-IV, thường kèm sỏi thận, sỏi niệu quản và giãn niệu quản. Mẫu hình này phản ánh cơ chế tắc nghẽn kéo dài gây giãn hệ thống thu thập, mỏng nhu mô và cuối cùng dẫn đến mất chức năng thận. Xạ hình thận động là phương tiện nền tảng để đánh giá chức năng riêng từng thận; tuy nhiên ở thận giãn rất lớn hoặc hình thái biến dạng, kết quả chức năng cần được diễn giải trong tương quan với triệu chứng lâm sàng, lượng nước tiểu sau dẫn lưu và hình ảnh trên siêu âm, cắt lớp vi tính [3-4], [9]. Trong nghiên cứu này, 58,9% trường hợp được xác nhận chức năng thận bên bệnh < 10% trên thận đồ đồng vị phóng xạ, còn lại được chẩn đoán bằng tổ hợp dữ kiện lâm sàng - hình ảnh - theo dõi sau dẫn lưu (41,1%); cách tiếp cận này phù hợp với thực hành lâm sàng đối với các trường hợp thận tổn thương nặng.

Một điểm đáng chú ý là 100% mẫu giải phẫu bệnh sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là tổn thương lành tính. Kết quả này phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh chặt chẽ dựa trên triệu chứng, hình ảnh và chỉ định cắt thận đơn giản. Tuy vậy, một số nghiên cứu mô bệnh học gần đây cho thấy vẫn có thể gặp neoplasm tình cờ trong thận không chức năng dù trước mổ không gợi ý ác tính; do đó, gửi toàn bộ bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh thường quy vẫn là cần thiết [1].

Nghiên cứu này có một số hạn chế: thiết kế mô tả đơn trung tâm, kết hợp hồi cứu và tiến cứu, cỡ mẫu chưa lớn; chưa phân tích sâu theo từng căn nguyên; và một số trường hợp chẩn đoán thận mất chức năng chưa có xạ hình mà dựa trên tổng hợp dữ kiện lâm sàng, hình ảnh. Tuy nhiên, đây là số liệu thực hành lâm sàng liên tục trong hơn 3 năm, phản ánh tương đối đầy đủ đặc điểm người bệnh thận mất chức năng do bệnh lý lành tính tại một bệnh viện tuyến tỉnh.

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân thận mất chức năng do bệnh lý lành tính được điều trị phẫu thuật chủ yếu là người lớn tuổi, biểu hiện nổi bật là đau thắt lưng mạn tính (82,2%) và các dấu hiệu viêm, tắc nghẽn đường niệu (83,6% giãn thận độ III-IV trên cắt lớp vi tính). Cắt lớp vi tính và thận đồ đồng vị phóng xạ có vai trò quan trọng trong xác định mức độ tổn thương và hỗ trợ chỉ định phẫu thuật.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Roy M, Bali A, Kediya A, Dhawan V, Nijhawan V.S. Simple nephrectomy for non-functioning kidney: an institutional experience with non-neoplastic and incidentally detected neoplastic lesions. *Int J Surg Pathol*, 2025, 33 (8): 1759-1766. doi: 10.1177/10668969251339803
- [2] Angerri O et al. Simple laparoscopic nephrectomy in stone disease: not always simple. *J Endourol*, 2016, 30 (10): 1095-1098. doi: 10.1089/end.2016.0281. Epub 2016 Sep 14.
- [3] Taylor A.T, Brandon D.C, de Palma D et al. SNMMI procedure standard/EANM practice guideline for diuretic renal scintigraphy in adults with suspected upper urinary tract obstruction 1.0. *Semin Nucl Med*, 2018, 48 (4): 377-390. doi: 10.1053/j.semnuclmed.2018.02.010
- [4] Onen A. Grading of hydronephrosis: an ongoing challenge. *Front Pediatr*, 2020, 8: 458. doi: 10.3389/fped.2020.00458
- [5] Asai S, Fukumoto T, Watanabe R et al. New classification of hydronephrosis on 18F-FDG-PET/CT predicts post-operative renal function and muscle-invasive disease in patients with upper urinary tract urothelial carcinoma. *Jpn J Clin Oncol*, 2018, 48 (11): 1022-1027. doi: 10.1093/jco/hyy135
- [6] Gupta N.P, Hemal A.K, Mishra S, Dogra P.N, Kumar R. Outcome of retroperitoneoscopic nephrectomy for benign nonfunctioning kidney: a single-center experience. *Journal of Endourology*, 2008, 22 (4): 693-698. doi: 10.1089/end.2007.0267
- [7] Tepeler A, Akman T, Tok A et al. Retroperitoneoscopic nephrectomy for non-functioning kidneys related to renal stone disease. *Urol Res*, 2012, 40 (5): 559-565. doi: 10.1007/s00240-012-0466-2
- [8] Peña P.A, Torres-Castellanos L, Patiño G, Prada S, Villarraga L.G, Fernández N. Minimally invasive nephrectomy for inflammatory renal disease. *Asian J Urol*, 2020, 7 (4): 345-350. doi: 10.1016/j.ajur.2019.09.002
- [9] Klaipetch A, Namwongprom S, Ekmahachai M, Lojanapiwat B. Excretory urography and renal scintigraphy for chronic obstructed kidney: does nonopacity mean nonsalvageability? *Singapore Med J*, 2013, 54 (5): 267-270. doi: 10.11622/smedj.2013106.