**Kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mất chức năng do bệnh lý lành tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.**

*Tran Viet Phuong, Nguyen Dinh Duc, Le Duy Tien*

*Tran Dinh Hoan, Dinh Van Nam, Ngo Huu Dien*

*Ninh Bình General hospital*

**Tóm tắt:**

**Mục tiêu**: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mất chức năng do bệnh lý lành tính tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. **Đối tượng và phương pháp:** 20 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thận mất chức năng từ 8/2016- 3/2020 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiến cứu. **Kết quả:** Thời gian mổ trung bình 100,25 ± 22 phút ( 80 - 180 phút), lượng máu mất trung bình 61,5 ± 26,6 ml ( 30- 100 ml ), thời gian rút dẫn lưu trung bình 2,5 ± 0,5 ngày (2-3 ngày), thời gian dùng thuốc giảm đau 3 ngày, thời gian nằm viện trung bình 4,25 ± 1,1 ngày ( 3 - 6 ngày ). Có 1 trường hợp trong mổ do thận bị ứ mủ viêm dính nhiều khó khăn khi phẫu tích vùng rốn thận và phải chuyển sang mổ mở để cắt thận. Tất cả các bệnh nhân không có biến chứng gì sau mổ. **Kết luận**: phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mất chức năng là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu qủa.

**Abstract**

**result of laparoscopic retroperitoneal NEPHRECTOMY FOR BENIGN NONFUNCTION KIDNEYS pathology at Ninh Binh**

 **General Hospital**

*Tran Viet Phuong, Nguyen Dinh Duc, Le Duy Tien*

*Tran Dinh Hoan, Dinh Van Nam, Ngo Huu Dien*

*Ninh Bình General hospital*

**Objective:** Evaluating the result of laparoscopic retroperitoneal nephrectomy for benign nonfunctioning pathology at Ninh Binh General Hospital. **Subjects and method:** 20 patients underwent laparoscopic nephrectomy surgery from 08/2016- 03/2020 at Ninh Binh General Hospital, research with descriptive and prospective method. **Results:**The average operating time is 100,25 ± 22 minutes ( 80- 180 minutes), the average amount of blood loss is 61,5 ± 26,6 ml( 30–100 ml ), the average amount of drain removal time is 2,5± 0,5 day ( 2- 3 days ), the time of taking analgesic is 3 days, the average amount of time for treatment in the hospital is 4,25 ± 1,1 days ( 3- 6 days). During the operations, there is 1 case in which renal abscess and kidney inflammation occur. Therefore, it´s difficult to carry out the umbilicus dissection and have to switch to kidney – removal open surgery. There are no adverse medical events or complications after the surgery. **Conclusion :** Laparoscopic retroperitoneal surgery in kidney removal due to nonfunctioning benign pathology is a safe and effective treatment method.

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Trước đây cắt thận được thực hiện chủ yếu bằng phương pháp mổ mở, có nhược điểm là vết mổ lớn, thành bụng yếu, ảnh hưởng tới hồi phục sức khoẻ và khả năng lao động của bệnh nhân. Những năm 90 của thế kỷ 20, một cuộc cách mạng trong điều trị phẫu thuật, từ phẫu thuật mở truyền thống sang lĩnh vực phẫu thuật ít xâm lấn. Phẫu thuật nội soi cắt thận đầu tiên được Clayman thực hiện ở Mỹ 6/1990 và với sự phát triển kỹ thuật tạo khoang sau phúc mạc bằng bóng của Gaur năm 1992 đã giúp gia tăng PTNS cắt thận sau PM [1],[2]. Thận mất chức năng là một bệnh lý đường tiết niệu khá thường gặp và do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra như : thận mất chức năng do sỏi, bệnh thận đa nang loạn sản, thận mất chức năng do bệnh lý bẩm sinh, do lao, viêm thận- bể thận mạn tính, bệnh lý xơ cứng thận…[3].

Hiện nay phần lớn các trường hợp cắt thận được thực hiện bằng phương pháp nội soi hoặc qua ổ bụng hoặc qua đường sau phúc mạc. Đã có nhiều nghiên cứu về ứng dụng phẫu thuật nội soi qua ổ bụng cũng như qua đường sau phúc mạc trong cắt thận, các nghiên cứu đều chứng tỏ những ưu điểm của kỹ thuật mổ nội soi so với mổ mở: ít sang chấn, cơ thành bụng không bị ảnh hưởng nhiều, hồi phục sức khoẻ nhanh, sẹo mổ nhỏ nên đảm bảo tính thẩm mỹ hơn, tỷ lệ tai biến trong mổ không cao hơn mổ mở, biến chứng sau mổ ít hơn…Qua đó cho ta thấy được tính hiệu quả, ít xâm lấn và mức độ an toàn của phẫu thuật nội soi cắt thận mang lại [4],[5],[6],[7].Năm 1993, thống kê tại một số trung tâm Tiết niệu trên thế giới cho thấy tỷ lệ phẫu thuật nội soi sau phúc mạc so với phẫu thuật nội soi qua phúc mạc là 24:76. Hai năm sau tỷ lệ này là 51:49 và đến năm 1998 tỷ lệ này đã là 74:26 [4].

Xuất phát từ thực tế trên để góp phần mở rộng, phát triển trình độ chuyên môn kĩ thuật, nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích“Đánhgiá kết quả của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mất chức năng do bệnh lý lành tính tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình trong thời gian từ 8/2016 - 03/ 2020”

**2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

20 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thận mất chức năng do các bệnh lý lành tính và có chỉ định phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 8/2016 đến tháng 3/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

* Thận ứ nước mất chức năng do một trong các nguyên nhân sau:
* Sỏi thận.
* Sỏi niệu quản.
* Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản.
* Phình to niệu quản hoặc trào ngược bàng quang - niệu quản.
* Hẹp niệu quản bẩm sinh hoặc mắc phải.
* Thận teo do viêm thận - bể thận mạn tính có biến chứng tăng huyết áp hoặc nhiễm trùng.
* Tăng huyết áp do bệnh mạch thận: hẹp hoặc teo động mạch thận, xơ thận.
* Nang thận lớn gây thận mất chức năng.
* Kết quả xạ hình thận bệnh lý< 15% chức năng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

* BN có chống chỉ định PTNS: có các bệnh lý tim mạch, hô hấp, rối loạn đông máu nặng…
* BN có tiền sử mổ sau phúc mạc bên thận mất chức năng
* BN có bệnh nhiễm khuẩn, áp xe thành bụng chưa được điều trị, gần vị trí chọc trocar
* Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả, tiến cứu

**2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu**

* Đặc điểm chung:

+ Tuổi: chia thành các nhóm ≤ 20 tuổi, 21- 40 tuổi, 41- 60 tuổi, 61- 70 tuổi,

> 70 tuổi.

+ Giới : tỷ lệ % nam, nữ

* Nguyên nhân thận mất chức năng do:

+ Sỏi thận

 + Sỏi niệu quản

+ Hẹp khúc nối bể thận- niệu quản

+ Hẹp niệu quản ( bẩm sinh hay mắc phải )

+ Thận teo

+ Thận đa nang nhiễm trùng

* Triệu chứng lâm sàng

+ Đau vùng hố thắt lưng

+ Khám thấy dấu hiệu chạm thận (+), bập bềnh thận (+)

+ Sốt

 + Tăng huyết áp

+ Đái buốt, đái dắt, đái đục, đái ra máu

Có một số trường hợp: BN không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng( phát hiện ra bệnh lý thận khi đi khám sức khỏe định kỳ, hay khi khám bệnh khác..)

* Cận lâm sàng:

+ Chụp XQ hệ tiết niệu không chuẩn bị

+ Siêu âm hệ tiết niệu

+ Chụp UIV

+ Chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu

+ Chụp thận đồ đồng vị phóng xạ

* Kết quả trong mổ:

+ Thời gian phẫu thuật ( tính theo phút) : từ lúc rạch da cho đến khi đóng mũi chỉ cuối cùng.

+ Lượng máu mất trong khi mổ

+ Số lượng Trocar sử dụng trong mổ: thường sử dụng 3 trocar hoặc 4 trocar

+ Các tai biến trong mổ: rách phúc mạc, tổn thương mạch máu , thủng cơ hoành, tràn khí dưới da , tổn thương các tạng khác.

* Kết quả sau mổ

+ Thời gian trung tiện sau mổ: chia làm các nhóm< 24 giờ, 24- 48 giờ, > 48 giờ

+ Thời gian rút dẫn lưu hông lưng sau mổ (tính theo ngày ): từ ngày phẫu thuật đến ngày BN được rút sonde dẫn lưu

+ Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ ( tính theo ngày )

+ Thời gian hậu phẫu ( tính theo ngày ): từ ngày phẫu thuật đến ngày ra viện

+ Kết quả GPB: Sau khi mổ, bệnh phẩm là thận đượclàm XN mô bệnh học

+ Các biến chứng sau phẫu thuật :

Có thể bị chảy máu sau mổ, nhiễm khuẩn lỗ trocar, tràn khí dưới da, ổ áp xe tồn dư sau mổ, sốt sau mổ.

 + Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt thận thành công, thất bại ( nếu chuyển sang mổ mở )

* Đánh giá kết quả phẫu thuật theo 3 mức độ: tốt, trung bình, xấu

**Bảng 2.2: Thang điểm đánh giá kết quả phẫu thuật**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thời gian mổ | < 90 phút | 3 điểm |
| 90- 150 phút | 2 điểm |
| 151 - 180 phút | 1 điểm |
| Lượng máu mất trong mổ | 30 - 50 ml | 3 điểm |
| 51- 99 ml | 2 điểm |
| ≥ 100 ml | 1 điểm |
| Thời gian nằm viện sau mổ | 3- 4 ngày  | 3 điểm |
| 5 ngày  | 2 điểm |
| ≥ 6 ngày  | 1 điểm |

 Đánh giá kết quả phẫu thuật là:

 + Tốt : 6 - 9 điểm

 + Trung bình : 4 - 5 điểm

 + Xấu : 3 điểm

* 1. Quy trình phẫu thuật cắt thận nội soi sau phúc mạc

*2.3.1. Chuẩn bị bệnh nhân*

* Khám tiền mê bởi bác sĩ gây mê.
* Vệ sinh cơ thể và vùng mổ bằng xà phòng Betadine.
* Nhịn ăn uống từ 21 giờ ngày hôm trước.
* Đặt thông dạ dày và thông tiểu tại phòng mổ sau khi gây mê.

*2.3.2. Vô cảm bệnh nhân:* Gây mê toàn thân bằng phương pháp gây mê nội khí quản.

*2.3.3. Tư thế bệnh nhân*

* BN nằm nghiêng 900 về bên đối diện, kê gối (Billot) dưới hố thắt lưng.
* Bàn mổ gấp 300để giãn tối đa khoảng gian bờ sườn với mào chậu.
* Cố định BN bằng các giá đỡ có đệm mút ở tay, vai, mông để giữ tư thế BN nghiêng cố định, bảo vệ các điểm tì đè.
* Phẫu thuật viên và người phụ giữ camera đứng phía sau lưng BN, dụng cụ viên đứng đối diện với PTV chính.

*2.3.4. Trang thiết bị phẫu thuật*

* Hệ thống thiết bị mổ nội soi của hãng Karl Storz:
* Hệ thống Camera Tricam
* Màn hình màu Full HD của Karl Storz 26 inches.
* Nguồn sáng lạnh Xenon 300W: Cuờng độ ánh sáng 300W, nhiệt độ màu 6.000k, ánh sáng đuợc dẫn qua sợi cáp quang cỡ 4,8 mm nối trực tiếp với ống soi.
* Ống kính quang học: nghiêng 300, đường kính 5 mm,10 mm, dài 33 cm.
* Máy bơm hơi tự động: Áp lực nén tối đa 30 mmHg, tốc độ bơm hơi từ 1 - 20 lít/phút.
* Hệ thống hút - rửa giúp phẫu trường sạch sẽ, dễ quan sát và phẫu tích, dây hút được tráng silicon.
* Hệ thống đốt điện đơn cực (mono)
* Trocar: Có 2 loại 5 mm và 10 mm, nòng sắc và tù.
* Bàn mổ: Có khả năng quay các hướng, nâng lên, hạ xuống, gập góc.
* Một số dụng cụ khác:
* Ống giảm 5 mm, dụng cụ mổ: kẹp phẫu thuật có mấu và không mấu, kẹp phẫu thuật (grasper): dùng để phẫu thuật tích và kẹp giữ tổ chức khi phẫu thuật.
* Kéo sử dụng trong phẫu thuật nội soi có nhiều hình dạng khác nhau phù hợp với từng loại chức năng của chúng.
* Hem-o-lock cỡ L và XL, kìm kẹp clip dùng để kẹp dụng cụ cho những cấu trúc nhỏ có tác dụng cầm máu, đóng kín các lỗ rò.
* Phương tiện và dụng cụ: Meche tai mũi họng có đặc điểm mềm thấm hút tốt và dai, không bị xơ rụng, chỉ khâu vicryl số 1.0. Bóng nong kiểu Gaur: bơm tiêm 50 ml đầu to, dùng ngón giữa găng số 7, sonde dạ dày 14 Ch cắt ngắn còn khoảng 50 cm, đầu sonde có cắt lỗ bên, buộc ngón tay găng sát vào đầu sonde để đầu cứng dễ dàng đưa vào khoang sau PM
* Túi đựng bệnh phẩm.
* Ống dẫn lưu hố thận 16 Fr tráng Silicon, chỉ khâu vicryl 1.0 để đóng cân, chỉ Vicryl 3.0 để khâu da.

*2.3.5. Các thì phẫu thuật*

* Thì 1: Tạo khoang sau phúc mạc và đặt các trocar
* Thì 2: Tiếp cận cuống thận
* Thì 3: Xử lý cuống thận
* Thì 4: Giải phóng thận và xử lý niệu quản
* Thì 5: Lấy bệnh phẩm và đóng thành bụng

**1.4.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1 Đặc điểm chung:**

**-** Tuổi trung bình : 51,2 ± 12,8 ( 17- 71) tuổi

**-** Tỷ lệ nam/ nữ là : 8/12

**3.2. Nguyên nhân bệnh thận lành tính mất chức năng**

**Bảng 3.1**: **Nguyên nhân thận mất chức năng**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Nguyên Nhân**  | **Số BN (N)** | **Tỷ lệ (%)** |
| Sỏi thận | 4 | 20 |
| Sỏi niệu quản | 10 | 50 |
| Hẹp khúc nối bể thận- niệu quản | 1 | 5 |
| Hẹp niệu quản ( bẩm sinh hay mắc phải) | 4 | 20 |
| Thận teo  | 1 | 5 |
| Tổng số | 20 | 100 |

3.3. Triệu chứng lâm sàng và kết quả thận đồ đồng vị phóng xạ

**Bảng 3.2: Triệu chứng lâm sàng**

| **Triệu chứng lâm sàng** | **Số BN (N)** | **Tỷ lệ(%)** |
| --- | --- | --- |
| Đau hố thắt lưng cùng bên | 12 | 60 |
| Sờ thấy khối U ( thận to ) vùng hông lưng | 1 | 5 |
| Đái buốt, đái rắt, đái đục, đái máu | 2 | 10 |
| Không có triệu chứng LS( phát hiện ra bệnh lý thận khi đi khám sk định kỳ, hay khi khám bệnh khác..) | 5 | 25 |
| Tổng số | 20 | 100 |

**Bảng 3.3: Kết quả thận đồ đồng vị phóng xạ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kết Quả xạ hình thận bệnh lý (%)** | **Số BN (N)** | **Tỷ lệ (%)** |
| **<** 10 | 16 | 80 |
| 10 đến ≤ 15 | 4 | 20 |
| Tổng | 20 | 100 |

**3.4. Kết quả trong mổ:**

 - Thời gian phẫu thuật trung bình: 100,25 ± 22 phút ( 80- 180 phút )

- Lượng máu mất trong mổ trung bình: 61,5 ± 26,6 ml ( 30- 100 ml)

- Số trocar sử dụng trong khi mổ:Có 17/20 ( 85%) trong các ca mổ có sử dụng 3 Trocar và 3/20 (15%) trong các ca mổ có sử dụng 4 trocar.

- Các tai biến trong mổ :

Có 1 bệnh nhân trong mổ bị rách phúc mạc ( tỷ lệ là 5% )

**3.5. Kết quả sau mổ:**

- Thời gian trung tiện sau mổ

**Bảng 3.4: Thời gian trung tiện sau mổ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thời gian ( giờ )** | **Số BN (N)** | **Tỷ lệ (%)** |
| < 24 giờ | 1 | 5 |
| 24- 48 giờ | 16 | 80 |
| > 48 giờ | 3 | 15 |
| Tổng | 20 | 100 |

- Thời gian rút dẫn lưu hông lưng sau mổ TB : 2,5 ± 0,5 ngày ( 2- 3 ngày)

- Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ TB: 3 ngày (2- 4 ngày)

- Thời gian hậu phẫu TB : 4,25 ± 1,1 ngày ( 3 - 6 ngày )

- Kết quả GPB: Sau khi PTNS, bệnh phẩm là thận được làm XN mô bệnh học kết quả là 19/20 BN (95%) có viêm đài bể thận, viêm thận kẽ mạn tính, không có tế bào ác tính; 1/20 BN (5%) viêm teo thoái hóa nhu mô thận, không có tế bào ác tính.

- Các biến chứng sau phẫu thuật :

Không có bệnh nhân nào sau mổ có biến chứng gì như: chảy máu sau mổ, nhiễm khuẩn lỗ Trocar, tràn khí dưới da , ổ áp xe tồn dư sau mổ, sốt sau mổ.

- Tỷ lệ phẫu thuật thành công/ chuyển mổ mở ( thất bại) :

**Bảng 3.5: Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật thành công**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PTNS** | **Số BN (N)** | **Tỷ lệ (%)** |
| Thành công | 19 | 95 |
| Chuyển mổ mở | 1 | 5 |
| Tổng | 20 | 100 |

- Đánh giá kết quả phẫu thuật theo 3 mức độ :

**Bảng 3.6:Đánh giá kết quả phẫu thuật**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kết quả phẫu thuật** | **Số BN (N)** | **Tỷ lệ (%)** |
| Tốt | 15 | 78,94 |
| Trung bình | 3 | 15,80 |
| Xấu | 1 | 5,26 |
| Tổng | 19 | 100 |

* 1. **BÀN LUẬN**

Qua 20 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt thận mất chức năng do bệnh lý lành tính chúng tôi nhận thấy những trường hợp nguyên nhân do sỏi thận thường gây viêm dính vùng rốn thận nhiều hơn nguyên nhân do sỏi niệu quản, hẹp niệu quản, hẹp khúc nối bể thận- niệu quản cho nên việc tiếp cận để phẫu tích mạch máu vùng rốn thận cũng khó khăn hơn. Để tiếp cận rốn thận thuận lợi chúng tôi thường mở và hút nước trong thận, làm xẹp thận sau đó phẫu trường sẽ rộng hơn dễ thao tác hơn. Có một trường hợp bệnh nhân PTNS phải chuyển mổ mở cắt thận do sỏi ở bể thận gây ứ mủ thận, viêm dính nhiều ở vùng rốn thận và quanh thận, trong lúc phẫu tích bị rách phúc mạc. Vì vậy không nên chỉ định PTNS cắt thận mất chức năng cho những trường hợp thận bị ứ mủ, có nhiễm khuẩn viêm dính nhiều quanh thận.

**Bảng 3.7 : So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với một sốtác giả khác**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nghiên Cứu** | **Năm** | **Số BN** | **TG mổ** **(phút)** | **SL Máu mất(ml)**  | **TG Hậu phẫu(ngày)** | **TL PT****thành công(%)** | **TL mổ mở (%)** |
| Hemal A. K[8] | 2001 | 185 | 100(45-240) |  | 3 (2- 8) | 90,3 | 9,7 |
| Gupta N. P[9] | 2005 | 351 | 129,3(65-255) | 65 | 3,8(2- 7) | 93,7 | 6,3 |
| Cheema I. A.[10] | 2010 | 120 | 125(70-310) |  | 3,9(3- 6) | 95 | 5 |
| Nguyễn.P.C.Hoàng[3] | 2006 | 24 | 127,1(30-230) |  | 1,66±0,63(1- 3) | 91,6 | 8,4 |
| Đỗ Trường Thành[11] | 2010 | 86 | 83(70- 90) |  | 3,9(3-6) | 97,7 | 2,3 |
| Hoàng Đức Minh[12] | 2017 | 43 | 112,7±44,9(70-210) | 45,7(15-170) | 4,3±1,4(3 - 9) | 88,4 | 11,6 |
| Chúng tôi | 2020 | 20 | 100,25±22(80-180) | 61,5±26,6(30- 100) | 4,25± 1,1(3- 6) | 95 | 5 |

Dựa vào**Bảng 3.7** cho ta thấy thời gian phẫu thuật, thời gian hậu phẫu, số lượng máu mất trong mổ và tỷ lệ phẫu thuật thành công của chúng tôi là tương tự như những tác giả khác. Nhược điểm của PTNS sau PM cắt thận mất chức năng là cần phải có đủ trang thiết bị, dàn phẫu thuật nội soi cơ bản, phẫu thuật viên có kinh nghiệm, phẫu trường sau phúc mạc thường nhỏ hẹp hơn so với đường qua phúc mạc cho nên trong trường hợp thận ứ nước mất chức năng kích thước lớn cần phải làm xẹp hút bớt nước trong thận, để làm rộng phẫu trường, đảm bảo PTV dễ dàng thao tác. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận có ưu điểm là: ít xâm lấn, thẩm mỹ hơn so với mổ mở cắt thận, thời gian hổi phục sau mổ nhanh hơn cho nên thời gian dùng thuốc giảm đau và thời gian nằm viện sau mổ cũng ngắn hơn so với mổ mở. Theo nghiên cứu của Kercher (2003 ) thì sau mổ nội soi cắt thận nhu cầu dùng thuốc giảm đau giảm hơn so với mổ mở tới 4 lần và thời gian nằm viện rút ngắn hơn 2 lần [13].

**2. KẾT LUẬN**

PTNS sau phúc mạc cắt thận mất chức năng trong nghiên cứu này có kết quả phẫu thuật là:thời gian mổ trung bình 100,25 ± 22 phút ( 80 - 180 phút), lượng máu mất trung bình 61,5 ± 26,6 ml ( 30- 100 ml ), thời gian dùng thuốc giảm đau 3 ngày, thời gian nằm viện trung bình 4,25 ± 1,1 ngày ( 3 - 6 ngày ), kết quả phẫu thuật thành công là 95 %, tỷ lệ thất bại ( chuyển mổ mở ) là 5%. Sau phẫu thuật không có bệnh nhân nào có biến chứng gì. Kết quả phẫu thuật tốt 15/19 BN có tỷ lệ là 78,94%, kết quả trung bình là 3/19 BN ( tỷ lệ là 15,80%) và xấu là 5,26% . Chúng tôi nhận thấy đây là một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn, thẩm mỹ trong những trường hợp thận mất chức năng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Clayman R.V. (2004), Epochs in Endourology Laparoscopic Nephrectomy: Remembrances,*Journal of Endourology,* 18 (7),638-642.
2. Gaur D.D. (2000), Simple Nephrectomy: Retroperitoneal Approach, *Journal of Endourology*, 14(10), 787-791.
3. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Văn Ân và cs (2005), Cắt thận qua nội soi sau phúc mạc trong thận mất chức năng do bệnh lý lành tính: kinh nghiệm ban đầu qua 24 trường hợp,*Tạp chí Y học Việt Nam*, 313, 39-48.
4. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hoàng Đức, Trần Lê Linh Phương (2006), Ứng dụng của phẫu thuật nội soi trong tiết niệu học, *Phẫu thuật ít xâm hại trong tiết niệu học,* Nhà xuất bản Y học, 1-9.
5. KavoussiL.R., SchwartzM.J., Gill I.S. (2012), Laparoscopic Surgery of the Kidney, *Campbell - Walsh, Urology*, Tenth Edition, Elsevier Saunders, Chapter 55,1628 - 1669.
6. Doublet J.D., Barreto H.S., Degremont A.C., et al.(1996), Retroperitoneal Nephrectomy: Comparison of Laparoscopy with Open Surgery, *World J. Surg,* 20, 713-716.
7. Hemal A.K., Wadhwa S.N., Kumar M., et al. (1999), Transperitoneal and retroperitoneal laparoscopic Nephrectomy for giant hydronephrosis, *The Journal of Urology,* 162, 35-39.
8. Hemal A. K., Gupta N. P., Wadhwa S. N., et al. (2001), Retroperitoneoscopic nephrectomyand nephroureterectomy for benign nonfunctoningkidneys: A single-center experience, Urology, 57, 644.
9. Gupta N. P. et Gautam G. (2005), Laparoscopicnephrectomy for benign non functoning kidneys, JMinim Access Surg., 1(4), 149- 154.
10. Cheema I. A., Manecksha R. P., Murphy M., et al (2010), Laparoscopic Nephrectomy: Inital Experiencewith 120 cases, ir Med J., 103(2), 49-51.
11. Đỗ Trường Thành, Lê Nguyên Vũ, Vũ Nguyễn Khải Ca (2010), Kết quả phẫu thuật nội soi cắt thận mất chức năng tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2005- 2010: nhân 86 trường hợp, *Tạp chí Y học Thực hành*, 783(9), 145-147.
12. Hoàng Đức Minh, Nguyễn Khoa Hùng, Trương Vĩnh Quý và cs (2017), Đánh giá kết quả cắt thận qua nội soi sau phúc mạc trong thận mất chức năng do bệnh lý lành tính, *Tạp chí Y Dược học – Trường Đại Học Y Dược Huế*, 7(5), 107-112.
13. Kercher K.W.et al (2003),“ Laparoscopic vs open nephrectomy in 210 consecutive patiens”, Surg Endosc, 17, pp.1889- 95.

 **Tác giả bài báo: BSCKII. Trần Việt Phương- khoa ngoại tiết niệu- BVĐK tỉnh - Bài báo đăng trên tạp chí: Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, số 5, tập 10 năm 2020.**