

- Cancer. Campbell-Walsh Urology, 11th Edition, Elsevier, 2242-2253.e1.
- D'Elia C., Comploj E., Cerruto M.A., et al. (2017).** 90-Day Mortality after Radical Cystectomy for Bladder Cancer: Prognostic Factors in a Multicenter Case Series. *Urol Int*, 98(3): 255-261.
 - Myatt A., Palit V., Burgess N., et al. (2012).** The Uro-Clavien-Dindo system - Will the limitations of the Clavien Dindo system for grading complications of urological surgery allow modification of the classification to encourage national adoption within the UK. *British Journal of Medical & Surgical Urology*, 5(2): 54-60.
 - Novara G., Marco V.D., Aragona M., et al. (2009).** Complications and Mortality After Radical Cystectomy for Bladder Transitional Cell Cancer. *Journal of Urology*, 182(3): 914-921.
 - Schiavina R., Borghesi M., Guidi M., et al. (2013).** Perioperative Complications and Mortality After Radical Cystectomy When Using a Standardized Reporting Methodology. *Clinical Genitourinary Cancer*, 11(2): 189-197.
 - Jerlström T., Gårdmark T., Carringer M., et al. (2014).** Urinary bladder cancer treated with radical cystectomy: Perioperative parameters and early complications prospectively registered in a national population-based database. *Scandinavian Journal of Urology*, 48(4): 334-340.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG ĐƯA NIỆU QUẢN RA DA ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Vũ Minh Thiện¹, Trần Chí Thanh², Đỗ Trường Thành²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2019.

Đối tượng, phương pháp: Mô tả hồi cứu không đối chứng 100 trường hợp ung thư bàng

quang được cắt toàn bộ bàng quang tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Kết quả: 100 bệnh nhân (nam/ nữ: 9/1). Tuổi: <40 (4%), 40-70 (49%), >70 (47%). Lý do đến khám: 99% đái máu. Tỷ lệ thiếu máu 42%. Lý do chỉ định đưa niệu quản ra da: cT4NxMx (36%), cTxM2Nx (23%), không đủ điều kiện toàn trạng (41%). Thời gian phẫu thuật trung bình 90,6±12,1 phút. Thời gian nằm viện trung bình: 12,4 ngày. Biến chứng: 1 bệnh nhân tử vong do nhồi máu cơ tim, 2 bệnh nhân tử vong do suy kiệt. Giải phẫu bệnh sau mổ: Biểu mô chuyên tiếp (92%). Chất lượng cuộc sống: Tinh thần (Trung bình, kém chiếm 86,84%), thể chất (Trung bình, kém chiếm 84,21%), công việc

¹Bệnh viện Giao thông Vận tải

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Liên hệ tác giả: Nguyễn Vũ Minh Thiện.

Email: Nguyenvuminhthiendr@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/7/2021

Ngày phân biện: 21/7/2021

Ngày duyệt bài: 10/8/2021

(trung bình chiếm 13,16%, kém chiếm 86,84%), quan hệ xã hội (kém và rất kém chiếm 68,42%). 94,95% bệnh nhân đặt ống thông, 4,06% đặt túi hứng nước tiểu. Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu: 85,14%. Hẹp niệu quản: 1,35%. Suy thận: 21,62%. Thời gian sống toàn bộ: 6 tháng (78,1%), 12 tháng (54,5%), 24 tháng (44,5%), 36 tháng (34,5%).

Kết luận: Cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da điều trị ung thư bàng quang là an toàn.

Từ khóa: cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da, cắt toàn bộ bàng quang, ung thư bàng quang.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF CUTANEOUS URETEROSTOMY TREAT BLADDER CANCER AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: Evaluating the results of cutaneous ureterostomy treat bladder cancer at Viet Duc Hospital.

Subjects and methods: Retrospective study of 100 cases cutaneous ureterostomy treat bladder cancer at Viet Duc Hospital from 1/2017-12/2019.

Results: 100 patients (male/female: 9/1). Age: < 40 (4%), 40-70 (49%), >70 (47%). Medical examination reason: 99% hematuria. Anemia: 42%. Reason bring the ureter to the skin: cT4NxMx (36%), cTxM2Nx (23%), weak physical condition: 41%. Median surgeon time: 90.6±12.1 minutes. The mean of hospital day: 12.4 days. Symptoms: 1 patient die because heart attack, 2 patients die because exhausted. Postoperative pathology: Transitation cell (92%). Life quality: Emotional well-being (median and least 86.84%), physical well-being (median and least 84.21%), functional well-being (median: 13.16%, least: 86.84%),

social/family well-being (least and very least 68.64%). 94.95% patients: catheterization, 4.06% patients: put the collection bag. Urinary track infection: 85.14%. Narrow ureter: 1.35%. Kidney failure: 21.62%. Overall survival: 6 months (78.1%), 12 months (54.5), 24 months (44.5%), 36 months (34.5%).

Conclusion: The cutaneous ureterostomy treat bladder cancer is safe.

Keywords: Cutaneous ureterostomy, radical cystectomy, bladder cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê năm 2008, ung thư bàng quang là loại ung thư hay gặp ở nam giới. Ở nam giới tỷ lệ mắc ung thư bàng quang đứng thứ 7 trong 10 loại ung thư hay gặp nhất[1]. Việc điều trị ung thư bàng quang chủ yếu là phẫu thuật. Điều trị hóa chất chỉ là hỗ trợ. Cắt toàn bộ bàng quang là phương pháp điều trị cơ bản trong ung thư biểu mô đường niệu xâm lấn cơ, u thần kinh nội tiết khu trú ở bàng quang, ung thư tổ chức liên kết ở người lớn[2]. Sau cắt toàn bộ bàng quang, chuyển lưu nước tiểu có thể đưa niệu quản ra da, dẫn lưu ra da qua một đoạn ruột hoặc tạo hình bàng quang khi u còn khu trú ở bàng quang[3]. Chuyển lưu nước tiểu bằng phương pháp đưa niệu quản ra da trong các trường hợp: Ung thư bàng quang giai đoạn T4, di căn hạch, không đủ điều kiện để dẫn lưu nước tiểu ra da qua đoạn ruột hoặc tạo hình bàng quang (bệnh nhân già yếu, không đủ sức khỏe, trình độ phẫu thuật viện, trang thiết bị không đảm bảo), bệnh nhân có bệnh lý về ruột (lao ruột, viêm ruột)[2]. Hiện nay, kỹ thuật chuyển lưu nước tiểu bằng phương pháp Bricker hay tạo hình bàng quang được triển khai khá tốt tại một số cơ sở nhưng

không thể thay thế hoàn toàn được phương pháp trực tiếp hai niệu quản ra da. Phương pháp đưa niệu quản ra da có ưu điểm: kỹ thuật đơn giản, thời gian phẫu thuật ngắn. Mà bệnh nhân ung thư bàng quang chủ yếu đến viện khi đã ở giai đoạn muộn, già yếu, nhiều bệnh lý nền. Tuy nhiên, đưa hai niệu quản ra da có tỷ lệ nhiễm khuẩn, suy thận sau mổ cao, chất lượng cuộc sống bệnh nhân thấp nhất so với phương pháp Bricker và tạo hình bàng quang[4]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 1/2017-12/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 100 trường hợp đã được cắt toàn bộ bàng quang điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2017-12/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán u bàng quang trên CT-Scanner hoặc MRI.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân cắt toàn bộ bàng do nguyên nhân khác.
- Bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang nhưng không tuân thủ điều trị, không đủ hồ sơ bệnh án, không theo dõi được sau mổ.
- Bệnh nhân không đồng ý vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Quy trình phẫu thuật:

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt sonde tiểu.
- Bước 1: Cắt toàn bộ bàng quang (Nam giới: Cắt bàng quang, tuyến tiền liệt, túi tinh, ống dẫn tinh. Nữ giới: Cắt bàng quang, tử

cung, niệu đạo và 1 phần thành trước âm đạo).

- Bước 2: Vết hạch chậu
- Bước 3: Đưa hai niệu quản ra da

Chăm sóc, theo dõi sau mổ:

- Kháng sinh đường tĩnh mạch 7-10 ngày
- Truyền dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch đến khi bệnh nhân ăn bằng miệng
- Rút dẫn lưu Douglas khi dịch dẫn lưu < 20ml/24h, thường 3-4 ngày.
- Thay sonde dẫn lưu niệu quản ra da sau 3 tuần
- Khám lại sau 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng: Siêu âm bụng, Xquang phổi, xét nghiệm chức năng thận, xét nghiệm nước tiểu.
- Từ năm thứ 2 khám lại sau 6 tháng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2017 đến 12/2019, tại khoa phẫu thuật tiết niệu- Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, đã tiến hành cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da cho 100 trường hợp với kết quả:

3.1. Đặc điểm lâm sàng:

Phân bố số lượng bệnh nhân theo các năm: 2017(29 bệnh nhân), 2018(38 bệnh nhân), 2019(33 bệnh nhân).

Bảng 1.1 Đặc điểm tuổi

Tuổi	n	%
<40	4	4
40-70	49	49
>70	47	47
Tổng	100	100

Tuổi thấp nhất là 31 tuổi, cao nhất là 92 tuổi

Giới: Tỷ lệ nam/nữ: 9/1

Lý do đến khám: 99% đến khám do đái máu đại thể, 1% đau hạ vị.

Tiền sử mổ u bàng quang: 59% mổ lần đầu, 40% tiền sử đã phẫu thuật (cắt u nội soi, cắt bàng quang bán phần), 1% cắt tiền liệt tuyến nội soi tại tuyến dưới, kết quả giải phẫu bệnh là ung thư bàng quang nên chuyển bệnh viện Việt Đức cắt bàng quang toàn bộ.

Có 42 bệnh nhân có thiếu máu trước mổ, chiếm 42%. Không có trường hợp nào phải truyền máu trước mổ.

Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ: 25% bệnh nhân có bạch cầu niệu >500.

Nguyên nhân đưa hai niệu quản ra da

Bảng 1.2. Tỷ lệ các nguyên nhân đưa niệu quản ra da

Nguyên nhân	n	Tỷ lệ %
cT4NxMx	36	36
cTxM2Nx	23	23
Không đủ điều kiện toàn trạng	41	41
Bệnh lý đường ruột	0	0
Tổng	100	100

3.2. Kết quả phẫu thuật:

Thời gian phẫu thuật: Trung bình 90,6±12,1(phút)

Tai biến trong mổ: Không có bệnh nhân nào tổn thương mạch máu lớn, không có bệnh nhân nào thủng ống tiêu hóa.

Bệnh nhân tử vong do phẫu thuật: 1 bệnh nhân tử vong ngày thứ 6 do nhồi máu cơ tim, 2 bệnh nhân tử vong tại nhà sau ra viện 2 tuần do suy mòn, suy kiệt.

Không có bệnh nhân nào bị áp xe tồn dư, có 3 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, phải cắt chỉ, đóng lại vết mổ thì 2.

2 bệnh nhân phải truyền máu sau mổ, chiếm 2%.

Không có bệnh nhân nào tắc ruột sớm sau mổ

Có 1 bệnh nhân phải lọc máu sau mổ, bệnh nhân này có tiền sử suy thận lọc máu chu kỳ trước đó.

Không có trường hợp nào hoại tử niệu quản.

Bảng 2.1 Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	N	Tỷ lệ %
<10	39	39
10-15	28	28
16-20	18	18
>20	15	15
Tổng	100	100

Thời gian nằm viện trung bình 12,4 ngày.

Bảng 2.2 Đặc điểm giai đoạn bệnh sau mổ

Giai đoạn bệnh sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
PTaNxMx	2	2
pT1NxMx	6	6
pT2NxMx	14	14
pT3NxMx	44	44
pT4NxMx	34	34
Tổng	100	100

Bảng 2.3 Đặc điểm mô bệnh học sau mổ

Giải phẫu bệnh sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
BM chuyển tiếp	92	92
BM Tuyến	4	4
BM Vảy	3	3
Sarcoma	1	1
Tổng	100	100

Chủ yếu là ung thư biểu mô chuyển tiếp có 92 bệnh nhân, chiếm 92%

Có 1 bệnh nhân là ung thư cơ sarcoma.

Chất lượng cuộc sống: có 74/100 bệnh nhân liên hệ được, thì có 38 bệnh nhân còn sống.

Bảng 2.4 Đặc điểm chất lượng sống

Chất lượng sống	Tỷ lệ %
Tình thần	
Tốt	13,16
Trung bình, kém	86,84
Thể chất	
Tốt	15,79
Trung bình, kém	84,21
Công việc	
Tốt	0
Trung bình	13,16
Kém, rất kém	86,84
Quan hệ xã hội	
Trung bình	31,58
Kém, rất kém	68,42

Phương tiện hứng nước tiểu: 95,94% bệnh nhân đặt ống thông, 4,06% bệnh nhân đặt túi hứng nước tiểu

Bảng 2.5 Biến chứng xa

	Nhiễm khuẩn tiết niệu	Nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát	Hẹp niệu quản	Suy thận	Bán tắc ruột
Có	63	49	1	16	1
Không	11	25	73	58	73
Tỷ lệ các biến chứng (%)	85,14	66,22	1,35	21,62	1,35
Tổng	74	74	74	74	74

Thời gian sống toàn bộ: 6 tháng (78,1%), 12 tháng (54,5%), 24 tháng (44,5%), 36 tháng (34,5%).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 100 bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 1/2017 đến 12/2019, chúng tôi thấy:

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Năm 2017 có 29 trường hợp, 2018 có 38 trường hợp, 2019 có 33 trường hợp. Số lượng bệnh nhân ngày càng tăng lên. Theo Phạm Văn Yên[5], 1/2006 đến 7/2008, tại

bệnh viện Việt Đức có 90 bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang do ung thư bàng quang nói chung. Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu $67,8 \pm 11,2$. Tuổi thấp nhất 31, cao nhất là 92. Ung thư bàng quang có thể xuất hiện ở những người trẻ tuổi. Cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da thực hiện tốt cho các bệnh nhân cao tuổi, thể trạng còn tốt. Tỷ lệ nam/ nữ: 9/1. Ta thấy tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ rất nhiều.

Lý do đến khám chủ yếu là triệu chứng đái máu, cũng tương đương kết quả của các tác giả khác[2][5][6]. Nên các trường hợp đái máu cần được chú ý để phát hiện sớm ung thư bàng quang, tránh bỏ sót.

Một trường hợp có tiền sử cắt tiền liệt tuyến tại tuyến dưới, sau mổ kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô đường niệu. Nên đã chuyển bệnh viện Việt Đức để cắt toàn bộ bàng quang. Do đó, cần chú ý tránh chẩn đoán nhầm giữa ung thư bàng quang và ung thư tiền liệt tuyến.

Có 42% bệnh nhân có thiếu máu trước mổ, có 2 ca phải truyền máu trước mổ, chiếm 2%. Do 99% bệnh nhân trong nghiên cứu có đái máu với mức độ khác nhau nên tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu lớn. Theo Phạm Văn Yên, nghiên cứu nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang, có 8,9% bệnh nhân phải truyền máu trước mổ[5].

Nguyên nhân đưa niệu quản ra da của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Nhiều nhất ở nhóm toàn trạng không đủ điều kiện để thực hiện các phương pháp chuyển lưu khác(41%). Nguyên nhân Ct4NxMx chiếm 36%, cTxM2Nx chiếm 23%, nguyên nhân do bệnh lý đường ruột không có trường hợp nào. Do tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh nền chiếm tỷ lệ lớn (>70 chiếm 47%) nên nguyên nhân đưa niệu quản ra da chủ yếu là toàn trạng không đảm bảo.

4.2. Kết quả điều trị:

Thời gian mổ trung bình: 90 ± 12 (phút), nhanh nhất là 69 phút, lâu nhất là 130 phút. Theo Phạm Văn Yên[5], thời gian trung bình cắt toàn bộ bàng quang là: $89,38 \pm 14,17$ (phút), của phương pháp Bricker là: 185 ± 21 (phút), tạo hình bàng quang phương

pháp Camey là: 315 ± 21 (phút). Thời gian mổ của phương pháp cắt toàn bộ bàng quang ngắn hơn nhiều so với phương pháp Bricker và tạo hình bàng quang nhiều, nên phù hợp cho các trường hợp bệnh nhân già yếu, nhiều bệnh nền không kéo dài được cuộc mổ.

Có 1 bệnh nhân tử vong ngày thứ 6 do nhồi máu cơ tim, 2 bệnh nhân tử vong sau ra viện 2 tuần do suy mòn suy kiệt. Do tỷ lệ bệnh nhân tuổi cao, thể trạng kém, nhiều bệnh lý nền chiếm phần lớn, nên nguy cơ biến chứng toàn thân là khó tránh được. Nên làm bilan đầy đủ, siêu âm tim cho tất cả các bệnh nhân tuổi cao, có nguy cơ trên lâm sàng và điện tim. Theo Ysherwary Yfak, trong 60 ca cắt toàn bộ bàng quang thì có 1 trường hợp nhồi máu cơ tim, một trường hợp tắc mạch phổi diện rộng[6].

Không có trường hợp nào tổn thương mạch máu lớn. Theo Trần Chí Thanh, tỷ lệ tổn thương mạch máu lớn của cắt bàng quang chiếm khoảng 4,8% [2].

Có 3 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, chiếm 3%, phải cắt chỉ làm sạch vết mổ, đóng vết mổ thì 2. Theo Hoàng Minh Đức[7], tỷ lệ này chiếm 11,4%.

Không có trường hợp nào hoại tử niệu quản, không có trường hợp nào hẹp niệu quản trong vòng 3 tháng đầu, không có trường hợp nào thủng ống tiêu hóa, áp xe tồn dư, không có trường hợp nào tắc ruột sớm sau mổ. Do kỹ thuật mổ ngày càng tốt nên tỷ lệ gặp các biến chứng này ngày càng ít, tỷ lệ truyền máu sau mổ cũng ít. Theo Laura và cộng sự (2015), tỷ lệ phải truyền máu sau cắt toàn bộ bàng quang chiếm 2,51% [8]. Thời gian nằm viện trung bình là $14,3 \pm 7,3$ (ngày).

Mô bệnh học, tế bào chuyển tiếp chiếm 92%. Theo y văn ung thư bàng quang tế bào chuyển tiếp chiếm 90-95%.

Giai đoạn bệnh sau mổ: Ta, T1, T2 chiếm 22%, giai đoạn T3,T4 chiếm 78%. Theo Arman Tsaturyan, cắt toàn bộ bàng quang có tỷ lệ giai đoạn sau mổ T1,T2 chiếm 33,3%. T3,T4 chiếm 66,7%[9].

Chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu tập trung ở mức độ trung bình, kém.Theo Arman Tsaturyan[9], chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da theo thang điểm FACT, mức độ tinh thần(9-23 điểm), thể chất(4-27 điểm), mối quan hệ xã hội(10-25 điểm). Do bệnh nhân mặc cảm khi đeo túi nước tiểu, mặc cảm khi người khác ngửi thấy mùi nước tiểu, cảm thấy phiền hà khi phải thường xuyên đến viện để thay sonde. Tuy điều kiện kinh tế hiện nay đã tốt hơn, phương tiện vệ sinh dễ mua nhưng tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu, ú mủ vẫn xảy ra thường xuyên gây ảnh hưởng đến chất lượng sống của nhóm bệnh nhân.

Biến chứng xa: Có 1 bệnh nhân bán tắc ruột, nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm 85,14%, nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát chiếm 66,22%. Có 1 bệnh nhân bị hẹp niệu quản không đặt lại được sonde. Do khi tuột sonde, sau 2 ngày bệnh nhân mới đến bệnh viện để đặt lại sonde.

Chăm sóc dẫn lưu: Có 94,95% bệnh nhân dùng ống thông, dùng túi hứng nước tiểu chiếm 4,06%. Do dùng ống thông rẻ, dễ mua, dễ đặt nên chủ yếu bệnh nhân được lựa chọn.

Thời gian sống toàn bộ: Thời gian sống toàn bộ 24 tháng đạt 44,5%, 36 tháng đạt

34,5%. Theo Trần Chí Thanh, thời gian sống toàn bộ của nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang tạo hình bàng quang phương pháp Abol Enein : 24 tháng đạt 79,6%, 36 tháng đạt 74%[2].

V. KẾT LUẬN

Tuy hiện nay, các phương pháp mổ, kỹ thuật mổ ngày càng tốt, nhưng vẫn không thể thay thế hoàn toàn được phương pháp cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da. Do phương pháp đưa niệu quản ra da có thời gian mổ ngắn, dễ thực hiện, mà tỷ lệ bệnh nhân già yếu là chủ yếu. Tuy nhiên nhược điểm của phương pháp là tỷ lệ nhiễm khuẩn, suy thận cao, chất lượng sống thấp. Nên trước một bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang cần chỉ định phương pháp chuyển lưu nước tiểu hợp lý để nâng cao hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmedin Jemal, Freddie Bray & Melissa M. Center, et al (2011).** Global Cancer Statistics. American cancer society journal, 61(2), 69 - 90.
2. **Trần Chí Thanh (2016).** Nghiên cứu ứng dụng và kết quả tạo hình theo phương pháp ABOL – ENEIN trong điều trị ung thư bàng quang. Luận án tiến sĩ y học.
3. **Trần Đức Hòe (2003),”** Phẫu thuật cắt bỏ bàng quang, các loại phẫu thuật thay thế tạo hình ruột non- bàng quang, manh tràng- bàng quang”, Kỹ thuật ngoại khoa trong tiết niệu, nxb y học Hà Nội, 617-95
4. **Clifford TG1, Katebian B1, Van Horn CM1, Bazargani ST1, Cai J1, Miranda G1, Daneshmand S1, Djaladat H2 (2018).** Urinary tract infections following radical cystectomy and urinary diversion: a review of 1133 patients. Pubmed.gov