

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG CHƯA XÂM LẤN CƠ BẰNG PHẪU THUẬT CẮT ĐỐT NỘI SOI KẾT HỢP BƠM DOXORUBICIN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Phạm Hữu Tân^{1*}, Đàm Văn Cương²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đại học Nam Cần Thơ

*Email: phamhuutan2306@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/5/2023

Ngày phản biện: 18/8/2023

Ngày duyệt đăng: 15/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư bàng quang là một loại ung thư thường gặp trong các loại ung thư đường tiết niệu. Tại thời điểm chẩn đoán, có khoảng 60-80% các trường hợp ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ. Phẫu thuật cắt đốt nội soi phối hợp điều trị tại chỗ sau phẫu thuật bằng bơm hoá chất vào bàng quang là điều trị tiêu chuẩn cho ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ. Doxorubicin hiện là hoá chất đang được sử dụng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi kết hợp bơm doxorubicin. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu với 30 bệnh nhân ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ từ tháng 3/2021 đến tháng 1/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ: 22/8. Tuổi trung bình: $55 \pm 11,7$ tuổi. 73,3% trường hợp vào viện vì đái máu. Thời gian phẫu thuật trung bình: $35,22 \pm 13,5$ phút. Thời gian nằm viện: $6,53 \pm 1,6$ ngày. Kết quả phẫu thuật: hầu hết cho kết quả tốt (93,3%), không có trường hợp đạt kết quả xấu. Giải phẫu bệnh sau mổ: 56,7% PTa, 43,3% PTI và phần lớn các trường hợp có độ biệt hóa Grade 1 (63,3%). Tỷ lệ tái phát sau 12 tháng: 3,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đốt u bàng quang thể chưa xâm lấn cơ qua đường niệu đạo là phương pháp an toàn và khả thi. Hoá trị tại chỗ sau mổ bằng doxorubicin cho thấy an toàn, dễ thực hiện và không có biến chứng nặng. Tỷ lệ tái phát sau 12 tháng là 3,8%.

Từ khóa: Ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ, cắt đốt nội soi, doxorubicin.

ABSTRACT

THE RESULTS OF TREATMENT NON – MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER BY TRANSURETHRAL RESECTION COMBI WITH DOXORUBICIN INTRAVESICAL AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Pham Huu Tan^{1*}, Dam Van Cuong²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Nam Can Tho University Medical Center

Background: Bladder cancer is one of the most common cancer of urologic cancer. At the time of diagnosis, 60-80% cases is non-muscle invasive bladder cancer. The basic method to treat non-muscle invasive bladder cancer is transurethral resection of bladder cancer combi with intravesical after operation. In Can Tho Central General Hospital, Doxorubicin are using to inject intravesical after operation. **Objectives:** To evaluate result of treatment of non-muscle invasive bladder cancer by transurethral resection bladder tumor combied with doxorubicin intravesical after operation. **Materials and methods:** A descriptive, prospective cross-sectional study with 30 patients with non-muscle invasive bladder cancer from March 2021 to January 2023. **Results:** Male/Female ratio: 22/8. Mean age: 55 ± 11.7 years old. 73.3% cases come to the hospital because of hematuria. Average operating time: 35.22 ± 13.5 minutes. Mean hospital stay: 6.53 ± 1.6 days. The

results: good evaluation was the highest (93.3%), no bad evaluation. Postoperative pathological results: 56.7% pTa, 43.3% pT1 and in almost cases were Grade 1 (63.3%). Probability of recurrence after 12 months is 3.8%. **Conclusion:** Transurethral resection of non-muscle invasive bladder cancer is safe and feasible. Doxorubicin intravesical after operation is safe, easy of implementation, no severe complication. After 12 months, the probability of recurrence is 3.8%.

Keywords: Non-muscle invasive bladder cancer, transurethral resection, doxorubicin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một loại ung thư thường gặp trong các loại ung thư đường tiết niệu. Trên thế giới bệnh lý này đứng thứ 6 trong các loại ung thư thường gặp và đứng hàng thứ 2 trong các loại ung thư đường tiết niệu [1]. Tại thời điểm chẩn đoán, có khoảng 60-80% các trường hợp ung thư bàng quang còn khu trú tại lớp niêm mạc (giai đoạn Ta, CIS) hoặc lớp dưới niêm (giai đoạn T1) tức là ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ [2]. Ngày nay, nhờ sự phát triển của siêu âm và nội soi tiết niệu, ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ càng được phát hiện sớm và nhiều hơn. Phẫu thuật cắt đốt nội soi phối hợp điều trị tại chỗ sau phẫu thuật bằng bơm hoá chất vào bàng quang (BCG, Mytomicin C, Doxorubicin...) là điều trị tiêu chuẩn cho ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ [3], [4]. Tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Doxorubicin là hoá chất đang được sử dụng để điều trị tại chỗ sau phẫu thuật nội soi cắt đốt u bàng quang. Với mong muốn đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi kết hợp bơm doxorubicin.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ được điều trị tại Khoa Ngoại thận tiết niệu Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 3/2021 đến tháng 1/2023 bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi kết hợp bơm doxorubicin sau phẫu thuật.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân ung thư bàng quang được phẫu thuật bằng nội soi cắt u qua đường niệu đạo. Kết quả giải phẫu bệnh lý sau phẫu thuật xác định u không xâm lấn cơ bàng quang, bao gồm các giai đoạn: pTa, pT1. Bệnh nhân được điều trị bổ trợ sau mổ bằng doxorubicin theo phác đồ. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân ung thư bàng quang giai đoạn muộn khi u đã xâm lấn hay di căn. Bệnh nhân mắc các bệnh khác không thể điều trị bằng phẫu thuật nội soi: bệnh nhân già yếu, hẹp niệu đạo...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu.

- **Cỡ mẫu:** Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ước lượng một tỉ lệ:

$$N = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} p(1-p)}{d^2}$$

α : mức ý nghĩa thống kê, nghiên cứu chúng tôi chọn $\alpha=0,05$.

Z: trị số phân phối chuẩn, với $\alpha=0,05$ thì $Z=1,96$.

p: tỷ lệ không tái phát u sau 1 năm điều trị ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi kết hợp bơm Doxorubicin theo nghiên cứu của Hà Mạnh Cường vào năm 2021 là 96,6% [5].

d: sai số cho phép được chọn bằng 0,07.

Theo công thức trên ta được $N \geq 25,7$. Thực tế chúng tôi ghi nhận 30 trường hợp.

- Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tiền sử hút thuốc lá, nghiện rượu. Đặc điểm lâm sàng (đái máu, đau hạ vị hoặc không triệu chứng) và cận lâm sàng như siêu âm, nội soi bàng quang...

Đánh giá kết quả phẫu thuật:

+ Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt đốt nội soi u bàng quang qua đường niệu đạo, đánh giá các tính chất đại thể của u... Bệnh phẩm được gửi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh và phải có mẫu cơ trong bệnh phẩm sinh thiết. Đánh giá các tiêu chí như thời gian phẫu thuật, các biến chứng xảy ra trong lúc mổ.

+ Bơm Doxorubicin vào bàng quang: được tiến hành sau phẫu thuật 1 tuần khi bệnh nhân đã có kết quả mô bệnh học và được thực hiện mỗi tuần 1 lần trong vòng 8 tuần.

Đánh giá kết quả sau mổ:

+ Kết quả tốt: Phẫu thuật cắt hết u nhìn thấy được theo đánh giá của phẫu thuật viên. Phẫu thuật an toàn, không có tai biến. Không ghi nhận nhiễm khuẩn đường tiết niệu

+ Kết quả khá: Phẫu thuật cắt hết u nhìn thấy được theo đánh giá của phẫu thuật viên. Có tai biến chảy máu trong phẫu thuật nhưng xử trí được bằng nội soi không phải chuyển phương pháp hoặc chảy máu sau phẫu thuật nhưng điều trị được bằng nội khoa. Có nhiễm khuẩn đường tiết niệu được điều trị khỏi.

+ Kết quả xấu: Không cắt hết u phải chuyển phẫu thuật mở. Có tai biến thủng bàng quang hoặc chảy máu trong phẫu thuật phải chuyển phẫu thuật mở. Chảy máu sau phẫu thuật không điều trị được bằng nội khoa, phải can thiệp ngoại khoa cầm máu.

Theo dõi tái phát: Bệnh nhân được hẹn tái khám định kỳ mỗi 3 tháng sau phẫu thuật trong vòng 1 năm. Các tiêu chí theo dõi lúc tái khám bao gồm các triệu chứng lâm sàng (tiểu máu, tiểu rát, đau bụng...). Nội soi bàng quang để đánh giá tái phát u.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Đặc điểm chung:

Bảng 1. Nhóm tuổi và giới tính trong nghiên cứu

Nhóm tuổi	Giới tính		Tỉ lệ (%)
	Nam	Nữ	
≤40 tuổi	0	0	0
41-50 tuổi	2	0	6,7
51-60 tuổi	8	3	36,7
61-70 tuổi	5	3	26,7
71-80 tuổi	5	1	20
>80 tuổi	2	1	10
Tổng	22	8	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $55 \pm 11,7$ tuổi. Trong đó bệnh nhân trẻ nhất ghi nhận được là 43 tuổi và bệnh nhân lớn nhất là 92 tuổi. Nhóm tuổi từ 51-

60 chiếm tỉ lệ cao nhất là 36,7%. Về giới tính, số trường hợp nam/nữ là 22/8 tương ứng với tỉ lệ 2,75/1.

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Tiểu máu	22	73,3
Tiểu gắt, tiểu buốt	5	16,7
Không triệu chứng	2	6,7
Đau hạ vị	1	3,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Bệnh nhân vào viện vì tiểu máu chiếm tỉ lệ cao nhất (73,3%). Chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp không có triệu chứng gì và phát hiện bệnh tình cờ do đi khám tổng quát chiếm tỉ lệ 6,7%.

Bảng 3. So sánh kích thước u giữa siêu âm và nội soi

So sánh kích thước u giữa siêu âm và nội soi		Kích thước u qua siêu âm		Tổng
		< 3cm	≥ 3cm	
Kích thước u qua nội soi	< 3cm	21	1	22
	≥ 3cm	2	5	7
Tổng		23	6	29

Nhận xét: 29/30 trường hợp siêu âm phát hiện được u chiếm tỉ lệ 96,7%. Trong số này, phần lớn các u có kích thước < 3cm chiếm tỉ lệ 75,8%. So sánh với nội soi, siêu âm cho kết quả tương đồng về kích thước u với tỉ lệ 89,6%.

- Kết quả điều trị:

Bảng 4. Số lượng và vị trí u ghi nhận trong phẫu thuật

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Số lượng u		
1 u	19	63,3
2 u	10	33,4
3 u	1	3,3
Vị trí u		
Thành sau và hai thành bên	16	53,3
Vùng cổ và vùng tam giác bàng quang	11	36,6
Cạnh miệng niệu quản	3	10,1
Tổng	30	100

Nhận xét: Phần lớn số lượng u là 1 u chiếm 63,3%, có 1 trường hợp ghi nhận 3 u trong bàng quang. Các u chủ yếu tập trung ở vị trí thành sau và 2 thành bên bàng quang chiếm tỉ lệ 53,3%.

Bảng 5. Các thông số trong phẫu thuật

Thông số	Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	35,22±13,5 phút
Thời gian rút sonde tiêu (ngày)	3,47±1,25 ngày
Thời gian hậu phẫu (ngày)	4,55±1,43 ngày
Thời gian nằm viện (ngày)	6,53±1,6 ngày
Kích thích thần kinh bịt	6 bệnh nhân

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là $35,22 \pm 13,5$ phút, ngắn nhất là 20 phút, dài nhất là 60 phút. Thời gian rút sonde tiểu là $3,47 \pm 1,25$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 5 ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình là $4,55 \pm 1,43$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 6 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là $6,53 \pm 1,6$ ngày, ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 9 ngày. Có 6 trường hợp có kích thích thần kinh bìt và đều ở vị trí hai thành bên.

Bảng 6. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Tốt	28	93,3
Khá	2	6,7
Xấu	0	0
Tổng	30	100

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp đều đạt kết quả tốt 28/30 ca, chỉ có 2 ca đạt kết quả khá do chảy máu trong thời gian hậu phẫu và được điều trị thành công bằng nội khoa. Không có trường hợp nào đạt kết quả xấu.

Bảng 7. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

Giải phẫu bệnh		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Giai đoạn	PTa	17	56,7
	PT1	13	43,3
Độ biệt hoá	G1	19	63,3
	G2	7	23,3
	G3	4	13,4
Tổng		30	100

Nhận xét: Các ca bệnh trong nghiên cứu đều có kết quả mô bệnh học là Carcinom tế bào chuyển tiếp. Khối u bàng quang chủ yếu ở giai đoạn Ta (56,7%). Độ biệt hoá chủ yếu là G1 (63,3%).

Triệu chứng sau bơm Doxorubicin: Sau khi thực hiện bơm Doxorubicin vào bàng quang, hầu hết các trường hợp đều không có triệu chứng gây kích thích, khó chịu chiếm tỉ lệ 80%. Có 5 trường hợp bệnh nhân có tiểu rát buốt sau bơm, chiếm tỉ lệ 16,7%. Các trường hợp này xuất hiện vào những lần bơm đầu tiên, mức độ giảm dần và khỏi sau lần bơm cuối khoảng 1 tuần. Có 1 trường hợp đau hạ vị sau lần bơm đầu tiên và tự khỏi sau đó 3 ngày.

- **Kết quả tái khám:** Sau 12 tháng, chúng tôi theo dõi được 26/30 trường hợp, trong số này có 1 trường hợp tái phát vào tháng thứ 9 với vị trí thành trái bàng quang giai đoạn T1G3.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 30 bệnh nhân mắc ung thư bàng quang thể chưa xâm lấn cơ được phẫu thuật nội soi cắt u qua đường niệu đạo kết hợp bơm doxorubicin sau mổ, tỉ lệ nam/nữ là 2,75/1, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Hà Mạnh Cường và Nguyễn Công Tâm với tỉ lệ nam/nữ lần lượt là 3,54/1 và 3,88/1 [5], [6]. Theo Mohammadian M tỉ lệ nam giới mắc bệnh là 9,6/100.000 người dân, nữ giới mắc bệnh là 2,4/100.000 người dân [7]. Độ tuổi trung bình là $55 \pm 11,7$ (43-92) tuổi, trong đó nhóm tuổi 51-60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Đình Khánh với độ tuổi trung bình là $55,18 \pm 17,7$ nhưng thấp hơn nghiên cứu của Bosschieter J với tuổi mắc bệnh

trung bình là 67 tuổi [8], [9]. Như vậy ta thấy rằng nam giới có tỉ lệ mắc bệnh nhiều hơn nữ giới và dường như dân số trong nước mắc bệnh sớm hơn so với thế giới.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân vào viện vì lý do đái máu chiếm tỉ lệ cao nhất (73,3%), kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hà Mạnh Cường (71,2%) và Hứa Văn Đức (77,6%) [5], [10]. Đái máu là một dấu hiệu điển hình của ung thư bàng quang, tuy nhiên đây không phải là tiêu chuẩn tin cậy nhất mà còn phải dựa vào nhiều tiêu chuẩn khác như siêu âm, nội soi bàng quang và tiêu chuẩn vàng là mô bệnh học.

Siêu âm phát hiện hầu hết các trường hợp có bướu bàng quang (96,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Đình Khánh (93,9%) [8]. Chỉ có một trường hợp siêu âm không phát hiện được u do u kích thước nhỏ. Điều này cho thấy siêu âm vẫn đóng một vai trò quan trọng trong chẩn đoán u bàng quang. Kích thước u bàng quang ghi nhận được chủ yếu < 3cm chiếm tỉ lệ 75,8%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Ân (81,8%) [11]. So sánh với nội soi, siêu âm cho kết quả tương đồng về kích thước là 89,6%, sự chênh lệch này có thể đến từ yếu tố chủ quan trong việc đánh giá kích thước u giữa bác sĩ siêu âm và phẫu thuật viên.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $35,22 \pm 13,5$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là $6,53 \pm 1,6$ ngày, trong đó thời gian hậu phẫu là $4,55 \pm 1,43$ ngày. Kết quả sớm cho thấy có 28/30 trường hợp đạt kết quả tốt sau mổ chiếm tỉ lệ 93,3%, không có trường hợp nào ghi nhận kết quả xấu. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu trước đó của Lê Đình Khánh (93,9%) và Hà Mạnh Cường (91,5%) [5], [8]. Điều này cho thấy cắt đốt nội soi u bàng quang qua đường niệu đạo là một phẫu thuật an toàn.

Số lượng u ghi nhận trong phẫu thuật phần lớn là 1 u (19 bệnh nhân) chiếm tỉ lệ 63,3%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Đình Khánh (60,6%) nhưng thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Lê Linh Phương và các cộng sự (80,9%) [8], [12]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khối u chủ yếu nằm ở hai thành bên và thành sau (53,3%), vị trí này khi phẫu thuật dễ gây kích thích thần kinh bị làm cho bệnh nhân giật chân, dẫn đến lưỡi dao cắt có thể gây thủng bàng quang [13]. Thực tế đã có 6 trường hợp bệnh nhân có kích thích thần kinh bị, tuy nhiên không có trường hợp nào gây thủng bàng quang.

Nghiên cứu ghi nhận khối u chủ yếu ở giai đoạn Ta (56,7%), không có khối u ở giai đoạn Tis, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Đình Khánh (51,5%) và Hà Mạnh Cường (52,5%) [5], [8]. Độ biệt hoá của u chủ yếu là Grade 1 (63,3%), kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lê Đình Khánh (54,5%) và Hà Mạnh Cường (47,5%) [5], [8].

Sau khi bơm Doxorubicin đa phần các trường hợp không có triệu chứng bất thường (80%), có 5 trường hợp xuất hiện triệu chứng tiểu rất buốt sau bơm và triệu chứng này tự khỏi sau 1 tuần kể từ lần bơm cuối cùng. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Đình Khánh với tỉ lệ không triệu chứng sau bơm Doxorubicin là 79,3% [8]. Điều này cho thấy rằng bơm Doxorubicin sau phẫu thuật cho thấy an toàn và dễ thực hiện.

Sau 1 năm, chúng tôi theo dõi được 26 trường hợp, có 4 trường hợp mất dấu do không thể liên lạc được gia đình bệnh nhân, trong 26 trường hợp có 1 trường hợp tái phát chiếm tỉ lệ 3,8%. Trường hợp này tái phát vào tháng thứ 9 với bướu ghi nhận ở thành trái giai đoạn T1G3. So sánh với các nghiên cứu khác có sử dụng điều trị hỗ trợ bằng doxorubicin sau phẫu thuật, tỉ lệ tái phát thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Đình Khánh là 6,1% và tương đương với nghiên cứu của Hà Mạnh Cường là 3,4% [5], [8]. Nếu so sánh với với các nghiên cứu không sử dụng điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật, tỉ lệ tái phát sau 12 tháng lên đến 33,4% trong nghiên cứu của Hứa Văn Đức và 75% trong nghiên cứu của Nguyễn

Công Tâm [6], [10]. Tỷ lệ tái phát này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cho thấy rằng Doxorubicin có tác dụng làm giảm tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt đốt u bàng quang thể chưa xâm lấn cơ qua ngã niệu đạo là phương pháp an toàn và khả thi. Hoá trị tại chỗ sau mổ bằng doxorubicin cho thấy an toàn, dễ thực hiện và làm giảm tỷ lệ tái phát u. Tỷ lệ tái phát sau 12 tháng là 3,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gandomani H. S., Tarazoj A. A., Siri F. H., Rozveh A. K., Hosseini S., et al. Essentials of bladder cancer worldwide: incidence, mortality rate and risk factors. *Biomedical Research and Therapy*. 2017. 4(9), 1638-1655, <https://doi.org/10.15419/bmrat.v4i9.371>.
2. Shelley M. D., Mason M. D., Kynaston H. Intravesical therapy for superficial bladder cancer: a systematic review of randomised trials and meta-analyses. *Cancer Treatment Reviews*. 2010. 36(3), 195-205, <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2009.12.005>.
3. Babjuk M., Böhle A., Burger M., Capoun O., Cohen D., et al. EAU Guidelines on Non- Muscle-Invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder: Update 2016 *European Urology*. 2017. 71(3), 447-461, <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.05.041>.
4. Babjuk M., Burger M., Compérat E. M., Gontero P., Mostafid A. H., et al. European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (TaT1 and Carcinoma In Situ) - 2019 Update. *European urology*. 2019. 76(5), 639-657, <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.08.016>.
5. Hà Mạnh Cường. Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi kết hợp bơm Doxorubicin tại Bệnh viện Việt Đức. Trường Đại học Y Hà Nội. 2021. 123.
6. Nguyễn Công Tâm. Kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo điều trị ung thư bàng quang nông tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Trường Đại học Thái Nguyên. 2019. 81.
7. Mohammadian M., Safari A., Allah Bakeshei K., Allah Bakeshei F., Asti A., et al. Recent Patterns of bladder cancer incidence and mortality: A Global overview. *World Cancer Research Journal*. 2020. 7, e1464, https://doi.org/10.32113/wcrj_20201_1464.
8. Lê Đình Khánh, Hoàng Văn Tùng, Đoàn Quốc Huy, Phạm Ngọc Hùng, Nguyễn Văn Thuận, và cộng sự. Đánh giá kết quả sớm điều trị u bàng quang nông bằng cắt đốt nội soi kết hợp Doxorubicin một liều duy nhất sau mổ. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2012. 16(3), 283-288.
9. Bosschietter J., Van Moorselaar R. J. A., Vis A. N., Van Ginkel T., Lissenberg-Witte B. I., et al. The effect of timing of an immediate instillation of Mitomycin C after transurethral resection in 941 patients with non-muscle-invasive bladder cancer. *BJU International*. 2018. 122(4), 571-575, <https://doi.org/10.1111/bju.14124>.
10. Hứa Văn Đức. Kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo. Trường Đại học Thái Nguyên. 2015. 79.
11. Nguyễn Văn Ân, Nguyễn Ngọc Châu, Nguyễn Hoàng Luông. Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư bàng quang không xâm lấn cơ bằng cắt đốt qua ngã niệu đạo với Thulium Yag Laser kết hợp Mitomycin C trong bàng quang sau mổ. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2014. 18(1), 330-335.
12. Trần Lê Linh Phương, Nguyễn Minh Quang, Vũ Hồng Thịnh, Từ Thành Trí Dũng, Nguyễn Hoàng Đức, và cộng sự. Điều trị ung thư bàng quang nông tại Bệnh viện Đại học Y Dược. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2011. 15(1), 175-178.
13. Bolat D., Gunlusoy B., Aydogdu O., Aydin M. E., Dincel C. Comparing the short - term outcomes and complications of monopolar and bipolar transurethral resection of bladder tumors in patients with coronary artery disease: a prospective, randomized, controlled study. *International Brazilian Journal Urology*. 2018. 44(4), 717-725, <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2017.0309>.