

DOI: 10.58490/ctjump.2026i98.4767

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAI DƯƠNG VẬT GIAI ĐOẠN I-IIIB TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Hữu Phúc^{1*}, Võ Văn Kha², Trần Minh Khởi²

1. Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Đồng Tháp

2. Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ

*Email: huuphuc5130@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/3/2026

Ngày phản biện: 14/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/5/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính cho ung thư biểu mô tế bào gai dương vật giai đoạn I-IIIB, bao gồm cắt bao quy đầu, cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ dương vật, kết hợp nạo hạch bẹn nếu có chỉ định. Phẫu thuật điều trị sớm giúp cải thiện đáng kể tiên lượng sống và giảm nguy cơ tái phát của bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào gai dương vật giai đoạn I-IIIB tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca trên 27 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai dương vật giai đoạn I-IIIB điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ từ tháng 05/2024 đến tháng 02/2026. Xử lý kết quả bằng SPSS 20.0. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là $55,9 \pm 9,9$ tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là rỉ dịch hôi từ u dương vật với tỷ lệ 92,6%. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là quy đầu, tỷ lệ 63%. Sang thương dạng sùi thường gặp nhất. Thời gian phẫu thuật trung bình là 100 ± 25 phút. Thời gian nằm hậu phẫu trung bình là 8 ngày. Không ghi nhận tai biến trong mổ. Biến chứng tụ dịch sau mổ thường gặp nhất, tỷ lệ 14,8%. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào gai dương vật giai đoạn I-IIIB cho thấy tính an toàn cao với thời gian nằm viện ngắn và tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Ung thư dương vật, ung thư biểu mô tế bào gai, phẫu thuật ung thư, biến chứng.

ABSTRACT

SURGICAL OUTCOMES OF STAGE I-IIIB PENILE SQUAMOUS CELL CARCINOMA AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL

Nguyen Huu Phuc^{1*}, Vo Van Kha², Tran Minh Khoi²

1. Tam Tri Dong Thap General Hospital

2. Can Tho Oncology Hospital

Background: Surgery remains the primary therapeutic modality for stage I-IIIB penile squamous cell carcinoma (PSCC). Procedures include circumcision, partial or total penectomy, combined with inguinal lymph node dissection when indicated. Early surgical intervention significantly improves survival prognosis and reduces the risk of disease recurrence. **Objectives:** To describe the clinical characteristics and evaluate the surgical treatment outcomes of patients with stage I-IIIB penile squamous cell carcinoma at Can Tho Oncology Hospital. **Materials and method:** A case series was conducted on 27 patients diagnosed with stage I-IIIB penile squamous cell carcinoma who underwent surgical treatment at Can Tho Oncology Hospital from May 2024 to February 2026. Data were analyzed using SPSS version 20.0. **Results:** The mean age of the patients was 55.9 ± 9.9 years. The most common clinical symptom was malodorous discharge from the penile tumor, presenting in 92.6% of cases. The glans penis was the most frequent site of the primary lesion

(63%). *Exophytic (fungating/cauliflower-like) lesions were the most common morphological type. The mean operative time was 100 ± 25 minutes, and the average postoperative hospital stay was 8 days. No intraoperative complications were recorded. Postoperative seroma was the most frequent complication, occurring in 14.8% of the patients. **Conclusion:** Surgical management of stage I-IIIB penile squamous cell carcinoma demonstrates high safety with a short hospital stay and a low rate of complications.*

Keywords: Penile cancer, squamous cell carcinoma, surgical oncology, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dương vật là một bệnh lý ác tính hiếm gặp nhưng gây ảnh hưởng nặng nề đến tâm lý, chức năng sinh dục và chất lượng cuộc sống của nam giới. Theo thống kê của GLOBOCAN 2020, ung thư dương vật chiếm khoảng 0,4 - 0,6% tổng số ca ung thư ở nam giới với 36.068 ca mới mắc và 13.211 ca tử vong trên toàn cầu, đặc biệt phổ biến ở các nước đang phát triển [1]. Tại Việt Nam, số liệu cùng năm ghi nhận 397 ca mắc mới và 147 ca tử vong, với xu hướng ngày càng gia tăng [2], [3].

Hiện nay phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ lực mang lại hiệu quả cao có khả năng điều trị triệt căn đối với bệnh nhân ở giai đoạn I-IIIB. Các kỹ thuật phẫu thuật trải dài từ cắt rộng tổn thương, đoạn dương vật một phần đến đoạn toàn phần, kết hợp với nạo vét hạch bẹn nhằm kiểm soát triệt để di căn tại chỗ và vùng [3], [4].

Trên thế giới, các báo cáo cho thấy xu hướng phẫu thuật bảo tồn đang gia tăng. Nghiên cứu của Groeben và cộng sự (2021) tại Đức ghi nhận các trường hợp đoạn dương vật một phần tăng từ 45,8% lên 53,8%, trong khi đoạn dương vật toàn phần duy trì ở mức 11,2% [5]. Phân tích tổng hợp của Sakalis (2022) cũng chỉ ra phẫu thuật đoạn dương vật một phần cho kết quả 92-95,4% không tái phát ở bệnh nhân T1-T2 [6]. Tuy nhiên, quá trình can thiệp ngoại khoa luôn tiềm ẩn nguy cơ. Tai biến trong phẫu thuật bao gồm tổn thương mạch máu hoặc tổn thương thần kinh đùi [7]. Biến chứng sau phẫu thuật bao gồm chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch vết mổ, hoại tử vật da, phù vùng bìu và phù chi dưới [7], [8].

Tại Việt Nam, tác giả Nguyễn Trường Giang nghiên cứu từ tháng 01/2004 đến 12/2008 tại Cần Thơ ghi nhận phương pháp phẫu thuật đoạn dương vật một phần là 63,5% và toàn phần là 22,2%. Biến chứng thường gặp là tụ dịch vùng bẹn và hoại tử vật da, và tỷ lệ tái phát di căn sau điều trị là 19% [9]. Tuy nhiên, từ thời điểm nghiên cứu đó đến nay đã hơn 15 năm, các kỹ thuật chẩn đoán và chiến lược điều trị đã có nhiều bước tiến mới. Xuất phát từ thực tiễn đó, nhằm cập nhật số liệu và đánh giá lại hiệu quả của các phương pháp điều trị phẫu thuật hiện tại, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: “Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào gai dương vật giai đoạn I-IIIB tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ” với hai mục tiêu cụ thể như sau: 1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của ung thư biểu mô tế bào gai dương vật giai đoạn I-IIIB tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ; 2) Đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào gai dương vật giai đoạn I-IIIB tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai dương vật giai đoạn I-IIIB điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ từ tháng 05/2024 đến tháng 02/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gai dương vật có bằng chứng mô bệnh học. Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật triệt để và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tiền sử điều trị ung thư dương vật trước đó. Bệnh nhân không hoàn tất quá trình điều trị hoặc không đủ dữ liệu theo dõi sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện không xác suất: chọn tất cả bệnh nhân thỏa điều kiện chọn mẫu trong suốt thời gian tiến hành thu thập số liệu. Thực tế nghiên cứu trên 27 bệnh nhân.

- **Nội dung nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền sử hẹp bao quy đầu, triệu chứng lâm sàng, giai đoạn bệnh theo AJCC 2017 [10]. Đánh giá kết quả điều trị: phương pháp phẫu thuật (đoạn dương vật toàn phần hoặc một phần), thời gian phẫu thuật, thời gian hậu phẫu, tai biến và biến chứng sau phẫu thuật (ghi nhận trong 30 ngày hậu phẫu, được phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo) [11]. Tình trạng bệnh nhân tại thời điểm kết thúc nghiên cứu (bao gồm bệnh ổn định, tái phát tại chỗ, tái phát di căn xa).

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đảm bảo đạo đức nghề nghiệp. Các vấn đề trong nghiên cứu không ảnh hưởng đến quyền lợi hay sức khỏe của bệnh nhân. Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 25.499.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

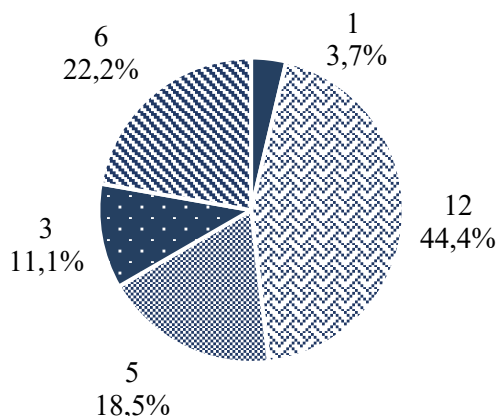
Bệnh nhân có tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 32 tuổi, lớn nhất 77 tuổi. Tuổi trung bình là $55,9 \pm 9,9$ tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Chỉ số khối cơ thể		
Gầy	3	11,1
Bình thường	19	70,4
Thừa cân	5	18,5
Tiền sử hẹp bao quy đầu		
Có	24	88,9
Không	3	11,1
Triệu chứng lâm sàng		
Ngứa	10	37
Rỉ dịch hôi	25	92,6
Đau	11	40,7
Chảy máu	4	14,8
Bội nhiễm	6	22,2
Vị trí tổn thương		
Bao quy đầu	1	3,7
Quy đầu	17	63,0

	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tổn thương lan rộng	9	33,3
Tổn thương đại thể		
Sùi	23	85,2
Loét sùi	4	14,8

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể (BMI) ở mức bình thường (70,4%). Đa số bệnh nhân có tiền sử hẹp bao quy đầu với 88,9%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất rỉ dịch hôi (chiếm 92,6%). Tổn thương chủ yếu tập trung ở vùng quy đầu (63%). Về hình thái đại thể, dạng sùi là tổn thương đặc trưng và thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 85,2%.



■ Giai đoạn I ~ Giai đoạn IIA * Giai đoạn IIB ■ Giai đoạn IIIA * Giai đoạn IIIB

Biểu đồ 1. Giai đoạn bệnh

Nhận xét: Giai đoạn IIA chiếm tỷ lệ cao nhất với 12 trường hợp, tỷ lệ 44,4%.

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Đoạn dương vật một phần	18	66,7
Đoạn dương vật toàn phần	9	33,3
Tổng	27	100

Nhận xét: Đa số các trường hợp được điều trị bảo tồn với đoạn dương vật một phần chiếm 66,7%. Có 33,3% bệnh nhân phải tiến hành đoạn dương vật toàn phần.

Bảng 3. Đặc điểm thời gian liên quan đến phẫu thuật

	Dài nhất	Ngắn nhất	Trung bình
Thời gian phẫu thuật (phút)	185	70	100 ± 25
Thời gian hậu phẫu (ngày)	17	4	$8,4 \pm 3,2$

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật dài nhất là 185 phút, trung bình là 100 ± 25 phút. Thời gian nằm hậu phẫu ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 17 ngày, trung bình là 8,4 ngày.

Bảng 4: Biến chứng của phẫu thuật

Biến chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng	2	7,4
Tụ dịch	4	14,8

Nhận xét: Tụ dịch sau mổ là biến chứng thường gặp nhất với 4 trường hợp, tỷ lệ 14,8%. Có 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, tỷ lệ 7,4%. Không ghi nhận biến chứng chảy máu, hoại tử vật da, phù vùng bìu hay phù chi dưới.

Bảng 5: Tình trạng bệnh nhân thời điểm kết thúc nghiên cứu

Tình trạng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Bệnh ổn định	26	96,3
Tái phát di căn	1	3,7
Tổng	27	100

Nhận xét: Bệnh ổn định chiếm tỷ lệ cao nhất với 96,3%. Có 1 trường hợp tái phát di căn với tỷ lệ 3,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu trên 27 trường hợp ung thư biểu mô tế bào gai dương vật được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ, chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $55,9 \pm 9,9$ tuổi (dao động từ 32 đến 77 tuổi). Kết quả này tương đồng với các báo cáo dịch tễ học trong nước, tiêu biểu như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trường Giang (2008) tại Cần Thơ ghi nhận tuổi mắc bệnh trung bình là 52 tuổi [9]. Điều này phản ánh thực tế rằng ung thư dương vật chủ yếu khởi phát ở nam giới bước vào độ tuổi trung niên và cao tuổi, thời điểm mà các yếu tố nguy cơ đã tích lũy đủ thời gian để gây ra các đột biến tế bào ác tính. Về thể trạng, đa số bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể (BMI) ở mức bình thường (70,4%).

Về yếu tố nguy cơ, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử hẹp bao quy đầu lên tới 88,9%. Theo y văn thế giới, hẹp bao quy đầu là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu. Tình trạng này gây khó khăn trong việc vệ sinh, dẫn đến ứ đọng bọt sinh dục. Môi trường này tạo điều kiện cho tình trạng viêm nhiễm mạn tính kéo dài, làm thay đổi cấu trúc biểu mô và kích hoạt quá trình sinh ung thư tế bào gai [3].

Triệu chứng cơ năng đưa bệnh nhân đến khám thường gặp nhất là rỉ dịch hôi, chiếm tỷ lệ rất cao (92,6%), tiếp theo là đau (40,7%) và ngứa (37%). Sự xuất hiện phổ biến của triệu chứng rỉ dịch hôi phản ánh tình trạng tâm lý e ngại, giấu bệnh của bệnh nhân nam ở các nước đang phát triển, dẫn đến việc họ thường chỉ đến viện khi khối u đã bắt đầu hoại tử và bội nhiễm. Về đặc điểm tổn thương, vị trí nguyên phát chủ yếu được ghi nhận ở vùng quy đầu (chiếm 63,0%), với hình thái đại thể đặc trưng nhất là dạng sùi (85,2%). Sự phân bố này hoàn toàn phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh học của ung thư dương vật. Về mặt giải phẫu, quy đầu và rãnh quy đầu là những khu vực niêm mạc nhạy cảm, dễ bị ứ đọng bọt sinh dục và các chất tiết, từ đó tạo môi trường thuận lợi cho tình trạng viêm nhiễm mạn tính hoặc nhiễm virus HPV kéo dài. Bên cạnh đó, y văn cũng ghi nhận ung thư biểu mô tế bào gai thể sùi thường phát triển mạnh tại khu vực quy đầu và bao quy đầu, hiếm khi xuất hiện khởi phát ở thân dương vật [3].

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật bảo tồn (đoạn dương vật một phần) được áp dụng trên đa số bệnh nhân với 66,7%, trong khi đoạn dương vật toàn phần là 33,3%. Các trường hợp đoạn dương vật toàn phần có chỉ định khi khối u xâm lấn rộng, lan tràn đến gốc dương vật không thể đảm bảo diện cắt an toàn cách u tối thiểu 1cm tại thân dương vật. So

sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trường Giang (2008) có tỷ lệ đoạn một phần là 63,5% và toàn phần là 22,2%, kết quả của chúng tôi cho thấy xu hướng ưu tiên bảo tồn vẫn tiếp tục được duy trì ổn định [9]. Kỹ thuật đoạn dương vật một phần khi đảm bảo được diện cắt vi thể âm tính có thể đem lại tỷ lệ sống còn đặc hiệu bệnh không khác hơn so với nhóm đoạn dương vật toàn phần. Việc ưu tiên đoạn dương vật bán phần không chỉ đảm bảo diện cắt âm tính theo nguyên tắc ung thư học mà còn mang ý nghĩa nhân văn sâu sắc, giúp bệnh nhân giữ lại chức năng tiểu tiện đứng và giảm thiểu sang chấn tâm lý nặng nề. Quan điểm này cũng đồng thuận với xu hướng điều trị toàn cầu, như báo cáo của Groeben và cộng sự (2021) tại Đức cho thấy tỷ lệ phẫu thuật đoạn dương vật một phần đang gia tăng mạnh mẽ lên 53,8% [5].

Về thời gian phẫu thuật và hồi phục, tính hiệu quả của quy trình được thể hiện qua thời gian phẫu thuật trung bình đạt 100 ± 25 phút, và thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình chỉ $8,4 \pm 3,2$ ngày. Các chỉ số này cho thấy kỹ thuật của phẫu thuật đã được kiểm soát tốt các khâu bóc tách và cầm máu, giúp bệnh nhân hồi phục và xuất viện sớm.

Về tai biến và biến chứng hậu phẫu, chúng tôi ghi nhận các ca phẫu thuật diễn ra an toàn, không có trường hợp nào gặp tai biến trong mổ như tổn thương mạch máu hay thần kinh. Sau mổ, tụ dịch vùng bẹn là vấn đề thường gặp nhất với 4 trường hợp (14,8%), tiếp đó là 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (7,4%). Phân độ biến chứng độ I theo Clavien-Dindo [11]. Tụ dịch sau nạo vét hạch bẹn là một thách thức kinh điển trong ngoại khoa ung thư do hệ thống bạch huyết vùng chậu - bẹn phong phú bị cắt đứt [7]. Tuy nhiên, đáng khích lệ là nghiên cứu không ghi nhận các biến chứng nặng như hoại tử vạt da, chảy máu cấp hay phù bạch huyết chi dưới dai dẳng. Nghiên cứu không ghi nhận các trường hợp biến chứng hoại tử vạt da vốn chiếm tỷ lệ cao trong báo cáo của Nguyễn Trường Giang năm 2008. Nhiều nghiên cứu ghi nhận kỹ thuật bảo tồn hệ thống mạch máu nuôi da và chăm sóc vết thương áp lực âm hiện nay tại bệnh viện giúp giảm các biến chứng liên quan đến bóc tách vạt da. Để tiến tới giảm thiểu triệt để tỷ lệ tụ dịch, các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu như phẫu thuật nội soi nạo vét hạch bẹn có thể là một định hướng đáng cân nhắc cho tương lai [5], [12].

Đánh giá tại thời điểm kết thúc nghiên cứu cho thấy kết quả rất khả quan: 96,3% (26/27 bệnh nhân) duy trì tình trạng bệnh ổn định không tái phát. Trong thời gian theo dõi sớm sau mổ, nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp tái phát di căn phổi; Tỷ lệ tái phát này giảm thiểu đáng kể so với mức 19% được ghi nhận vào năm 2008, tuy nhiên cần theo dõi dài hơn để đánh giá đầy đủ kết quả ung thư học. Kết quả của chúng tôi cũng bám sát với dữ liệu từ phân tích gộp lớn của Sakalis (2022), trong đó khẳng định phẫu thuật đoạn dương vật một phần cho kết quả không tái phát lên tới 92–95,4% ở nhóm bệnh nhân có khối u giai đoạn T1-T2 [6]. Điều này tái khẳng định rằng, việc lựa chọn đúng chỉ định phẫu thuật cho giai đoạn I-IIIB, đảm bảo diện cắt an toàn và vét hạch khu vực chuẩn mực mang lại tiên lượng sống rất tốt cho người bệnh [3].

V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai dương vật giai đoạn I-IIIB tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ bước đầu ghi nhận kết quả sớm khả quan. Phẫu thuật chủ yếu là đoạn dương vật một phần, không ghi nhận tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ thường gặp là tụ dịch và nhiễm trùng vết mổ với tỷ lệ thấp. Tuy nhiên, cần bổ sung dữ liệu về tình trạng hạch, diện cắt, điều trị hỗ trợ và thời gian theo dõi để đánh giá đầy đủ hơn kết quả ung thư học sau phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel R L, Mathieu L and Isabelle S *et al.* Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021. 71(3), 209-249, doi:10.3322/caac.21660.
2. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer.* 2021 Apr 5. doi: 10.1002/ijc.33588.
3. Muneer A, Bandini M, Compérat E, *et al.* Penile cancer: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *ESMO Open.* 2024. 9(7), 103481, doi:10.1016/j.esmoop.2024.103481
4. Mark L G, Dipen J P. Partial penectomy. *Hinman's Atlas of Urologic Surgery.* 5th ed. Elsevier; 2024. 928-931.
5. Groeben C, Koch R *et al.* Development of incidence and surgical treatment of penile cancer in Germany from 2006 to 2016: potential implications for future management. *Ann Surg Oncol.* 2021. 28(13), 9190-9198, doi: 10.1245/s10434-021-10189-6.
6. Sakalis VI, Campi R, Barreto L, *et al.* What Is the Most Effective Management of the Primary Tumor in Men with Invasive Penile Cancer: A Systematic Review of the Available Treatment Options and Their Outcomes. *Eur Urol Open Sci.* 2022. 40, 58-94, doi:10.1016/j.euros.2022.04.002.
7. Likitpanpisit P, Siriboonrid S. Factor associated with postoperative complications of inguinal lymph node dissection for penile cancer Test. *Urol Ann.* 2024.16(4), 301-305, doi:10.4103/ua.ua_26_24.
8. Stuiver MM, Djajadiningrat RS, Graafland NM, Vincent AD, Lucas C, Horenblas S. Early wound complications after inguinal lymphadenectomy in penile cancer: a historical cohort study and risk-factor analysis. *Eur Urol.* 2013. 64(3), 486-492, doi:10.1016/j.eururo.2013.02.037.
9. Nguyễn Trường Giang, Nguyễn Văn Qui, Ngô Nhật Linh. Kết quả sớm phẫu thuật điều trị ung thư dương vật tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2008. 28(1), 70-74.
10. Curtis A, Juanita M, Lance C. Tumors of the Penis. *Campbell-Walsh-Wein Urology* 12th Edition. 2021,8102-8260.
11. Clavien P, Barkun J, Oliveira M *et al.* The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Ann Surg.* 2009. 250(2), 187-196, doi: 10.1097/SLA.0b013e3181b13ca2
12. Nghiêm Trung Hưng, Trần Đức, Nguyễn Tuấn Đạt Phẫu thuật nội soi nạo vét hạch bẹn trong điều trị ung thư dương vật - Kinh nghiệm bước đầu tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội từ 2023 đến 2024. *Tạp chí Y học Cộng Đồng.* 2024. 65(Số đặc biệt),197-202, doi: 10.52163/yhc.v65iCD4.1175.