

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BÀNG QUANG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG, CHUYỂN LƯU NƯỚC TIỂU THEO PHƯƠNG PHÁP BRICKER TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

*Đỗ Ngọc Thế¹, Giang Lê Duy², Nguyễn Thị Thu Hương¹
Trần Thanh Tùng^{1*}, Trần Đức Dũng¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán giai đoạn của bệnh nhân (BN) ung thư bàng quang (UTBQ) được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang (TBBQ), chuyển lưu nước tiểu (CLNT) theo phương pháp Bricker. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng trên 40 BN UTBQ được điều trị bằng phẫu thuật cắt TBBQ, CLNT kiểu Bricker tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội (BV TWQĐ) 108 từ tháng 3/2021 - 5/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 66,89; tỷ lệ nam/nữ là 7/1. Triệu chứng thường gặp nhất là đái máu (67,5%); UTBQ phát hiện lần đầu chiếm 37,5%; thời gian mắc bệnh trung bình là 68,98 tháng. Mô bệnh học chủ yếu là ung thư (UT) biểu mô chuyển tiếp (97,5%), độ ác tính cao chiếm 85%. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) dự đoán đúng giai đoạn T ở 90,0% BN. **Kết luận:** UTBQ phát hiện lần đầu phải cắt TBBQ chiếm tới 37,5% với mô bệnh học chủ yếu là UT biểu mô chuyển tiếp (97,5%). Chụp CLVT có vai trò quan trọng trong chỉ định điều trị cũng như tiên lượng bệnh.

Từ khoá: Đặc điểm lâm sàng; Đặc điểm cận lâm sàng; Ung thư bàng quang; Phương pháp Bricker.

¹Trung tâm Tiết niệu - Nam khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La

*Tác giả liên hệ: Trần Thanh Tùng (tranthanhtunghy9x@gmail.com)

Ngày nhận bài: 19/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1607>

**SURVEY OF SOME CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS
OF BLADDER CANCER PATIENTS TREATED WITH TOTAL CYSTECTOMY
AND URINARY DIVERSION USING THE BRICKER METHOD
AT 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL**

Abstract

Objectives: To describe some clinical, paraclinical, and diagnostic characteristics of bladder cancer patients treated with total cystectomy and Bricker urinary diversion. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study without a control group was conducted on 40 bladder cancer patients who underwent total cystectomy and Bricker urinary diversion at 108 Military Central Hospital from March 2021 to May 2024. **Results:** The average age was 66.89 years old; the male/female ratio was 7/1. The most common symptom was hematuria (67.5%), 37.5% had first-time bladder cancer, and the average duration of the disease was 68.98 ± 131.2 months. The main histopathology was transitional carcinoma (97.5%), with high malignancy accounting for 85%. CT-scans correctly predicted the T stage in 90.0% patients. **Conclusion:** Bladder cancer detected for the first time requires total cystectomy, accounting for 37.5% with the main histopathology being transitional carcinoma (97.5%). CT-scans play an important role in treatment indications as well as prognosis.

Keywords: Clinical characteristics; Paraclinical characteristics; Bladder cancer; Bricker method.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là bệnh ác tính đứng thứ hai sau UT tuyến tiền liệt trong các bệnh UT đường niệu và là một trong những bệnh UT phổ biến nhất trên thế giới. Tại Việt Nam, mỗi năm có 1.502 ca mắc mới và có 883 ca tử vong do UTBQ [1]. Các Hội Niệu khoa trên thế giới đều thống nhất phân chia UTBQ thành 2 loại là UTBQ không xâm lấn cơ (non-invasive muscle bladder cancer - NIMBC) và UTBQ xâm lấn cơ

(invasive muscle bladder cancer - IMBC) dựa vào độ xâm lấn của khối u qua các lớp của thành bàng quang (giai đoạn T). Việc phân loại này rất quan trọng vì giúp tiên lượng và đưa ra phương án điều trị phù hợp cả trước, trong và sau phẫu thuật [2, 3]. Trên thực tế lâm sàng, việc phân định giai đoạn T nhiều khi vẫn chưa thật chính xác do hạn chế từ việc lấy bệnh phẩm của cắt đốt nội soi qua niệu đạo. Các công cụ để chuẩn đoán như chụp CLVT, chụp cộng hưởng từ (MRI), đặc điểm đại thể khối u qua nội

soi, phân độ mô học... có đóng góp quan trọng khi chỉ định điều trị. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Mô tả một số đặc điểm bệnh học của BN, với mong muốn đóng góp thêm các thông tin vào đánh giá tiền phẫu của các trường hợp UTBQ được chỉ định cắt TBBQ.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 40 BN UTBQ được phẫu thuật cắt TBBQ và CLNT theo phương pháp Bricker, tại BV TWQĐ 108 từ tháng 3/2021 - 5/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN UTBQ điều trị bằng phẫu thuật cắt TBBQ và CLNT theo phương pháp Bricker.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* UT từ nơi khác đi căn đến bàng quang; không phải

UTBQ nguyên phát hoặc UTBQ có đồng mắc UT của cơ quan khác.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, không đối chứng.

* *Các chỉ tiêu đánh giá:*

Đặc điểm BN: Tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, lý do vào viện, tiền sử điều trị UTBQ.

Đặc điểm u: Vị trí, số lượng, hình thái u; chẩn đoán giai đoạn (T, N) trước mổ, sau mổ.

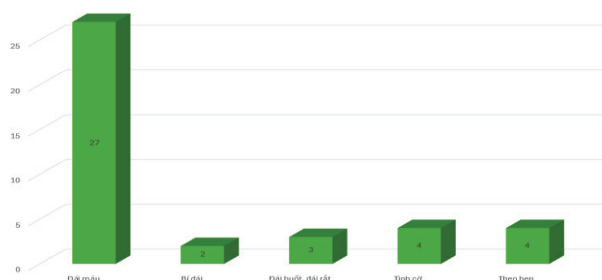
3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki 1964 và được thực hiện theo quy định trong nghiên cứu của BV TWQĐ 108. Số liệu nghiên cứu được BV TWQĐ 108 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm BN và triệu chứng lâm sàng

Độ tuổi trung bình là $66,89 \pm 6,44$ (56 - 82), nhóm tuổi chiếm đa số là từ 61 - 70 tuổi (50%). Tỷ lệ nam/nữ là 7/1 (nam chiếm 87,5%, nữ chiếm 12,5%)



Biểu đồ 1. Lý do vào viện (n = 40).

Đa số BN vào viện với lý do là đái máu chiếm 67,5%.

Bảng 1. Đặc điểm về quá trình điều trị và thời gian phát hiện bệnh (n = 40).

Một số đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Quá trình điều trị UTBQ		
UTBQ chẩn đoán lần đầu	15	37,5
U tái phát	25	62,5
Cắt bàng quang bán phần	0	0
Mổ cắt u nội soi 1 lần	17	42,5
Mổ cắt u nội soi 2 - 3 lần	6	15,0
Mổ cắt u nội soi > 3 lần	2	5,0
Thời gian phát hiện u bàng quang		
≤ 3 tháng	11	27,5
> 3 - 6 tháng	5	12,5
> 6 - 12 tháng	6	15
> 1 - 3 năm	11	27,5
> 3 - 5 năm	3	7,5
> 5 năm	4	10

Có 25 BN từng mổ nội soi điều trị u bàng quang. Trong đó, số BN mổ nội soi cắt u 1 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (42,5%). Thời gian mắc bệnh trung bình là 68,98 tháng.

2. Triệu chứng lâm sàng

Đái máu chiếm đa số (67,5%), tiếp theo là rối loạn tiểu tiện (12,5%), đau tiểu khung (7,5%), thiếu máu (7,5%), gầy sút cân (12,5%), không có BN nào sờ thấy u chắc vùng hạ vị.

3. Đặc điểm cận lâm sàng và chẩn đoán giai đoạn

Bảng 2. Một số thông số xét nghiệm máu trước phẫu thuật.

Xét nghiệm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$
Hồng cầu (T/L)	Bình thường	37	92,5	$4,51 \pm 0,80$
	Thấp	3	7,5	
Hemoglobin (g/L)	Bình thường	38	95,0	$132,37 \pm 18,91$
	Thấp	2	5,0	
Bạch cầu (G/L)	Bình thường	35	87,5	$8,61 \pm 2,75$
	Cao	5	12,5	
Ure	Bình thường	31	77,5	$6,8 \pm 2,03$
	Cao	9	22,5	
Creatinine	Bình thường	34	85	$88,73 \pm 33,76$
	Cao	6	15	

Có 7,5% BN có hồng cầu thấp, 5% BN có hemoglobin thấp, 22,5% BN tăng ure và 15% BN tăng creatinine.

Bảng 3. Hình ảnh u bàng quang qua nội soi bàng quang.

Kết quả soi bàng quang		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Vùng cổ bàng quang	3	9,7
	Vùng tam giác bàng quang	1	3,2
	Đỉnh bàng quang	1	3,2
	Thành sau	5	16,1
	Thành trước	0	0
	Thành bên	14	45,2
	Cạnh lỗ niệu quản	4	12,9
	Rải rác trong lòng bàng quang	3	9,7
	Tổng	31	100
Hình thái u	Có cuống	5	23,8
	Không có cuống	16	76,2
	Tổng	21	100

Có 21 BN (45,2%) hồi cứu có kết quả nội soi bàng quang, vị trí u ở thành bên (tổng n = 31 vì có 10 BN có u ở 2 vị trí khác nhau trong lòng bàng quang). Chủ yếu là loại u không có cuống chiếm 76,2%.

Bảng 4. Đặc điểm hình thái u trên phim CLVT (n = 40)

	Đặc điểm u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng u	Một u	27	67,5
	Nhiều u	13	32,5
Kích thước u (cm)	< 3	19	47,5
	3 - 5	16	40
	> 5	5	12,5
Vị trí u	Thành bên	21	52,5
	Thành sau	7	17,5
	Xâm lấn lỗ niệu quản	8	20
	Nhiều vị trí	4	10
	Niệu đạo tiền liệt tuyến	0	0

Trên phim CLVT, đa số hay gặp u đơn độc (27/40 trường hợp chiếm 67,5%), kích thước u hay gặp nhất là < 3cm (47,5%), vị trí u hay gặp nhất là thành bên (52,5%).

4. Mức độ xâm lấn của u trên phim CLVT của 40 BN trước phẫu thuật

Giai đoạn cT1 chiếm 15%, cT2 chiếm đa số (50%), cT3 chiếm 32,5% và cT4 chiếm 2,5%

Bảng 5. Kết quả mô bệnh học sau mổ (n = 40).

Loại GPB	Độ biệt hóa			Tổng/Tỷ lệ (%)
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	
UTBM tế bào chuyển tiếp	1	5	33	39/40 (97,5%)
UT mô liên kết	0	0	1	1/40 (2,5%)
Tổng/Tỷ lệ (%)	1/40 (2,5%)	5/40 (12,5%)	34/40 (85%)	40 (100%)

(UTBM: Ung thư biểu mô)

UTBM tế bào chiếm đa số (97,5%), độ biệt hóa độ 3 chiếm nhiều nhất (85%).

Bảng 6. Đặc điểm giai đoạn bệnh sau phẫu thuật (n = 40).

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
U nguyên phát (pT)	pT1	9
	pT2	16
	pT3	14
	pT4a	1
Di căn hạch (pN)	pN0	33
	pN1	4
	pN2	3
Giai đoạn	I	8
	II	13
	III	19

Đánh giá sau phẫu thuật, u chủ yếu ở giai đoạn T2 và T3 với tỷ lệ lần lượt là 40% và 35%. Tỷ lệ đánh giá đúng giai đoạn T của CLVT căn cứ theo mô bệnh học sau mổ. Đánh giá đúng 90%, dưới mức chiếm 7,5%, quá mức 2,5%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm BN và triệu chứng lâm sàng

Nghiên cứu 40 BN UTBQ được điều trị bằng phẫu thuật cắt TBBQ, CLNT kiểu Briker của chúng tôi ghi nhận: Tuổi trung bình là 69,89; nhóm tuổi hay gặp nhiều nhất là từ 61 - 70 (50%). Tương tự, nghiên cứu của Mao (2020) có tuổi trung bình là 65,8 [4], của Jalolov (2024) là 62,1 (46 - 78) tuổi [5], Nguyễn Viết Hiếu và CS (2021) là 66,68 tuổi [6]. Tóm lại, tuổi mắc UTBQ tiến triển trung bình hay gặp nhất ở độ tuổi từ 61 - 70.

Tỷ lệ giới tính trong y văn và trong các nghiên cứu về UTBQ từ trước tới nay đều ghi nhận nam giới chiếm đa số so với nữ giới [5, 6], và được lý giải do tỷ lệ hút thuốc lá ở nam và nữ rất chênh lệch, chủ yếu là nam giới hút thuốc.

Lý do vào viện chiếm đa số trong nghiên cứu này là đái máu với tỷ lệ 67,5%. Tác giả Farling (2017) ghi nhận có 80% BN đái máu [2], Nguyễn Viết Hiếu (2021) có tới 89% đái máu. Đây cũng là triệu chứng phổ biến nhất khiến BN UTBQ phải đi khám bệnh [6].

Thời gian phát hiện UTBQ ≥ 1 năm còn cao (45%), trong đó số BN > 5 năm

là 10% (*Bảng 1*). Theo tác giả Nguyễn Trọng Thảo (2020), thời gian phát hiện UTBQ > 1 năm là 54,8%, > 5 năm là 26,2% [7]. Có 62,5% BN là u tái phát, không có BN nào cắt bằng quang bán phần trước đó. Tác giả Nguyễn Trọng Thảo (2020) [7] ghi nhận tỷ lệ u tái phát là 59,5%; Nguyễn Viết Hiếu và CS (2021) [6] có tỷ lệ BN mổ nội soi 1 lần là 37,6%, tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi là 42,5%. Tỷ lệ tái phát liên quan đến hiệu quả lấy bỏ tổn thương UT trong mổ và áp dụng bơm thuốc vào bàng quang sau mổ. Chúng tôi ghi nhận 27,5% BN đã từng được điều trị nội bàng quang bằng miễn dịch (BCG), hoặc hóa trị (Doxrubicin, Mitomycin) trước đó.

2. Đặc điểm cận lâm sàng và chẩn đoán giai đoạn

Có 21 BN hồi cứu được kết quả nội soi bàng quang, vị trí u ở thành bên chiếm 45,2% tổng của vị trí u ($n = 31$ vì có 10 BN có u ở 2 vị trí khác nhau trong lòng bàng quang). U không có cuống chiếm 76,2% (*Bảng 3*). Theo tác giả Hà Mạnh Cường (2021) [8], u không có cuống chiếm 74,6%, u ở thành bên bàng quang là 22,1% và u ở thành sau là 42,9%, tương tự nghiên cứu của chúng tôi về hình dáng u.

Chụp CLVT có vai trò rất lớn, ngoài việc xác định vị trí u, kích thước u, hình dáng u, còn có vai trò rất quan trọng

trong việc đánh giá mức độ xâm lấn của khối u, đồng thời đánh giá khả năng di căn hạch vùng của khối u cũng như các tổn thương di căn xa như di căn gan, phổi. Vị trí u hay gặp nhất là thành bên (52,5%) và ghi nhận có 8 BN có u xâm lấn lỗ niệu quản gây chít hẹp lỗ niệu quản 1 bên hoặc 2 bên làm giãn thận - niệu quản, về mặt vị trí u trên phim CLVT khá tương đồng với những BN đã nội soi bàng quang trước đó (*Bảng 3*). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Mehta N (2015) [9], tỷ lệ u ở vị trí thành bên bàng quang là 56,2%, có 67,5% BN là u đơn độc, 13 BN có nhiều u trên CLVT. Kết quả này của tương đồng với nghiên cứu của Hà Mạnh Cường (2021) [8] với 61% BN có 1 khối u. Trước phẫu thuật có 50% BN có u xâm lấn tới lớp cơ thành bàng quang, có 1 trường hợp (2,5%) có u xâm lấn vào túi tinh, 32,5% có u xâm lấn ra lớp thanh mạc và mỡ xung quanh bàng quang. Những BN cT1 trước mổ vẫn có chỉ định cắt TBBQ vì UTBQ đa ổ tái phát nhanh, độ ác tính cao

Kết quả mô bệnh học cho thấy có 39/40 BN (97,5%) là UT biểu mô tế bào chuyển tiếp (TCC) (*Bảng 5*), tương tự với Nguyễn Trọng Thảo (2020) [7] với TCC là 97,6%, Nguyễn Viết Hiếu (2021) [6] với TCC là 91%. Chúng tôi có 34 BN (85%) có độ biệt hóa độ 3. Các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ tái phát của u tỷ lệ thuận với độ ác tính của

tế bào, đây là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của BN sau phẫu thuật.

Đánh giá mức độ xâm lấn của u qua kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy pT1 chiếm 22,5%, pT2 chiếm 40%, pT3 chiếm 35% và pT4 chiếm 2,5% so với kết quả CLVT trước mổ là cT1 chiếm 15%, cT2 chiếm 50%, cT3 chiếm 32,5% và cT4 chiếm 2,5%.

Tỷ lệ pT1 sau phẫu thuật (22,5%) cao hơn so với cT1 trước mổ (15%) do nhóm nghiên cứu có những BN đã có điều trị tân hóa trị hỗ trợ trước mổ. Tỷ lệ dự đoán chính xác giai đoạn T ở nghiên cứu này chiếm 90,0%, dự đoán dưới mức là 7,5% và quá mức là 2,5%. Theo tác giả Lê Minh Hoàn và CS (2015), giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T có độ nhạy trong chẩn đoán giai đoạn $\leq T3a$ (81,8%), độ đặc hiệu là 89,6%, độ chính xác là 85,9%. Ở giai đoạn T3b, CLVT có độ nhạy là 90,6%, độ đặc hiệu là 96,7% và độ chính xác là 94,5%. Ở giai đoạn T4, CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, đặc biệt là ở giai đoạn T4b với độ nhạy và độ đặc hiệu là 100%. Do vậy giai đoạn T càng lớn thì độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của CLVT càng cao. Vì vậy, kết quả mức độ xâm lấn của u giữa giải phẫu bệnh sau mổ và CLVT trước mổ khá tương đồng đối với T3 và T4, có sự khác biệt giữa T1 và T2 trước và sau mổ [10].

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 40 BN UTBQ được phẫu thuật cắt TBBQ, CLNT bằng phương pháp Briker cho thấy tuổi trung bình là 69,89, tỷ lệ nam/nữ là 7/1, triệu chứng thường gặp nhất là đái máu (67,5%). UT biểu mô chuyển tiếp chiếm 97,5%, với độ ác tính cao (85%). Chụp CLVT dự đoán đúng giai đoạn T lên tới 90,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J Dobruch, M Oszczudłowski. Bladder cancer: Current challenges and future directions. *Medicina (Kaunas)*. 2021; 57(8):1-2.
2. KB Farling. Bladder cancer: Risk factors, diagnosis, and management. *Nurse Pract*. 2017; 42(3):26-33.
3. SK Bhanvadia. Bladder cancer survivorship. *Curr Urol Rep*. 2018; 19(12):111.
4. W Mao. Cost-effectiveness analysis of two kinds of bladder cancer urinary diversion: Studer versus Bricker. *Transl Androl Urol*. 2020; 9(3):1113-1119.
5. OK Jalolov. Review of standard and advanced surgical treatments for invasive bladder cancer. *American Journal of Medicine and Medical Sciences*. 2024; 14(2):212-219.

6. Nguyễn Viết Hiếu, Đỗ Ngọc Thê, Trần Đức. Đặc điểm bệnh học ung thư bàng quang tiến triển tại chỗ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 509:96-105.

7. Nguyễn Trọng Thảo. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker điều trị ung thư bàng quang tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015 - 2019. *Luận văn BSKII*. Trường Đại Học Y Hà Nội. 2020.

8. 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 Hữu nghị Việt Đức. *Luận án Tiến sĩ Y học*. Đại học Y Hà Nội. 2021.

9. N Mehta. Intrinsic tumour factors affecting recurrence in non muscle invasive bladder cancer: A hospital based study from India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015; 16(7):2675-2677.

10. Lê Minh Hoàn, Trần Công Hoan. Giá trị cắt lớp vi tính đa dãy chẩn đoán ung thư bàng quang. *Tạp chí Điện quang và Y học Hạt nhân Việt Nam*. 2015; 19:45-48.