

Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ cắt toàn bộ bàng quang, chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker điều trị ung thư bàng quang tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Assessment of quality of life after radical cystectomy followed by bricker urinary diversion for the treatment of bladder cancer at 108 Central Military Hospital

Đỗ Ngọc Thế¹, Giang Lê Duy², Dương Xuân Hòa¹,
Trần Đức Dũng¹, Phạm Thanh Bình¹
và Trần Thanh Tùng^{1,*}

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La

Tóm tắt

Mục tiêu và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư bàng quang được phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker tại Bệnh viện TWQĐ 108 từ 03/2021 đến 05/2024. *Kết quả:* Tuổi trung bình 66,59; tỷ lệ nam/nữ là 7/1; 47,5% bệnh nhân ở giai đoạn III. Thời gian hậu phẫu trung bình là 11,5 ngày. Chỉ số chất lượng cuộc sống (điểm trung bình): Thể chất 20,3 điểm; công việc 20,07 điểm; mối quan hệ gia đình - xã hội 18,22 điểm; tinh thần 15,23 điểm. *Kết luận:* Phẫu thuật chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker sau cắt toàn bộ bàng quang là an toàn, cho chất lượng cuộc sống tương đối tốt.

Từ khoá: Ung thư bàng quang, cắt toàn bộ bàng quang, chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker.

Summary

Objectives and method: This retrospective study evaluated the quality of life of bladder cancer patients undergoing radical cystectomy with Bricker urinary diversion at 108 Military Central Hospital from March 2021 to May 2024. *Result:* The mean age was 66.59 years, with a male-to-female ratio of 7:1. Stage III disease accounted for 47.5% of cases. The average postoperative hospital stay was 11.5 days. Quality of Life Scores (Mean): Physical status 20.3 points; Work status 20.07 points; Family-social relationships 18.22 points; Mental status 15.23 points. *Conclusion:* Bricker urinary diversion following radical cystectomy is a safe method that yields a relatively good quality of life for patients with advanced bladder cancer.

Keywords: Bladder cancer, radical cystectomy, Bricker's urinary diversion.

Ngày nhận bài: 5/2/2026, ngày chấp nhận đăng: 13/4/2026

* Tác giả liên hệ: tranthanhtung9x@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật (PT) cắt toàn bộ bàng quang (TBBQ) là phương pháp đóng vai trò quang trọng nhất trong điều trị ung thư bàng quang (UTBQ) tiến triển¹. Chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân (BN) sau phẫu thuật bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như: Bệnh ung thư đã tiến triển, phẫu thuật lớn, đặc thù của phẫu thuật, hậu phẫu nặng nề, nguy cơ biến chứng sau mổ cao, hay gặp BN cao tuổi. Tuy nhiên hiện nay điều này chưa thật sự được quan tâm và chưa có những đánh giá có hệ thống, trong các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS thì chuyển lưu nước tiểu (CLNT) là một yếu tố quan trọng. Năm 1950, Eugene M.Bricker lần đầu mô tả kỹ thuật dẫn lưu nước tiểu qua một quai ruột non sau cắt TBBQ và tên của ông đã được đặt cho phương pháp này², đây được xem như phương pháp CLNT tiêu chuẩn cho BN UTBQ sau cắt TBBQ³. Để đánh giá CLCS sau điều trị, bảng điểm đánh giá chất lượng cuộc sống trong điều trị UTBQ (Funtional Assessment of Cancer Therapy - Bladder Cancer) (FACT – BL) đã được tạo ra để làm việc này, nó có độ tin cậy và đã được ứng dụng trong nhiều nghiên cứu quốc tế⁴. Do hiện nay có ít các đánh giá về vấn đề này tại Viện Nam, nên chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này nhằm góp thêm những kinh nghiệm trong thực hành lâm sàng điều trị UTBQ, đặc biệt là khi giải thích cho BN có chỉ định cắt TBBQ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 38 trường hợp UTBQ tiến triển được phẫu thuật cắt TBBQ và CLNT theo phương pháp Bricker, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 03/2021 đến 05/2024

Tiêu chuẩn lựa chọn:

BN được phẫu thuật cắt TBBQ và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker có kết quả GPB xác định là UTBQ và có tối thiểu 3 tháng theo dõi sau mổ để BN có thời gian phục hồi.

UTBQ tiến triển tại chỗ chưa di căn: cT1 nguy cơ cao, cT2, cT3, cT4a.

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ bao gồm: Lâm sàng, kết quả cận lâm sàng, biên bản phẫu thuật, giấy kết quả mô bệnh học

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các trường hợp mà ung thư từ nơi khác di căn đến bàng quang.

BN không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không đủ năng lực hành vi để tham gia vào nghiên cứu.

BN UTBQ có đồng mắc ung thư khác kèm theo.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu không đối chứng.

Các chỉ tiêu đánh giá

Đặc điểm BN: Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, lí do vào viện, giai đoạn bệnh.

Một số kết quả sau mổ có ảnh hưởng đến CLCS: Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, biến chứng của phẫu thuật.

Đánh giá chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật: gồm các khía cạnh thể chất, tinh thần, công việc, mối quan hệ gia đình và xã hội theo thang điểm FACT-BL⁵. Thang điểm gồm các mức kết quả: tốt: 28 - 21, trung bình: 14 - 21, kém 14 - 7, rất kém 0 - 7.

2.3. Xử lý thống kê:

Thu thập số liệu và tạo bảng số liệu bằng phần mềm Excel.

Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu.

Tất cả các thông tin của người bệnh chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 38 BN UTBQ tiến triển được điều trị bằng phẫu thuật cắt TBBQ, CLNT kiểu Bricker tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 03/2021 đến 05/2024 chúng tôi rút ra được những kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Tuổi trung bình của BN $66,59 \pm 6,51$ tuổi (56-82), nhóm tuổi từ 61-70 tuổi chiếm đa số (50%); tỷ lệ nam/nữ là 7/1; BMI trung bình $21,82 \pm 3,50$ (16,12-

33,2), đa số BN vào viện vì đại máu (67,5%), thời gian phát hiện bệnh trung bình $68,51 \pm 131,4$ tháng.

Bảng 1. Đặc điểm giai đoạn bệnh (n=38)

Đặc điểm	n	Tỉ 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

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật (n = 38)

Thời gian phẫu thuật (phút)	Min	Max	$\bar{X} \pm SD$
Cắt bảng quang toàn bộ + nạo hạch	80	180	$109,75 \pm 21,87$
Chuyển lưu nước tiểu	90	195	$138,53 \pm 23,83$
Tổng thời gian phẫu thuật	180	310	$243,58 \pm 29,33$

Nhận xét: Tổng thời gian phẫu thuật trung bình là 243,58phút.

Bảng 3. Thời gian hậu phẫu (n = 38)

Thời gian hậu phẫu (ngày)	n	%	Min	Max	$\bar{X} \pm SD$
<14 ngày	34	89,5	7	32	$11,8 \pm 4,4$
14-21 ngày	2	5,25			
>21 ngày	2	5,25			

Nhận xét: Tỷ lệ BN nằm hậu phẫu dưới 14 ngày chiếm đa số (89,5%).

Bảng 4. Các biến chứng trong thời gian hậu phẫu (n = 38)

Biến chứng sau mổ	n	Tỉ lệ%
Không có biến chứng	29	76,3
Có biến chứng	9	23,7
Chảy máu sau mổ	0	0
Rò bạch huyết	3	7,9
Rò nước tiểu	1	2,6
Hoại tử, tụt miệng hồi tràng	0	0
Tắc ruột, bán tắc ruột	1	2,6
Nhiễm trùng vết mổ	2	5,3
Viêm thận – bể thận	2	5,3
Tử vong	0	0

Nhận xét: Biến chứng trong thời gian hậu phẫu chiếm 23,7%, rò bạch huyết sau mổ chiếm 7,9%.

Bảng 5. Đánh giá kết quả phẫu thuật (n = 38)

Kết quả PT	n	Tỉ lệ%
Tốt	29	76,3
Trung bình	9	23,7
Xấu	0	0
Tổng	38	100

Nhận xét: Kết quả tốt chiếm tỉ lệ 76,3%, không có có kết quả xấu.

3.3. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

Bảng 6. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật (n = 38)

Yếu tố đánh giá	Số điểm trung bình $\pm$ SD
Tình trạng thể chất	$20,31 \pm 3,24$
Tình trạng tinh thần	$15,23 \pm 3,12$
Tình trạng công việc	$20,07 \pm 2,35$
Mối quan hệ gia đình / xã hội	$18,22 \pm 3,16$

Nhận xét: Tình trạng công việc có điểm cao nhất trong khi đó tình trạng tinh thần có điểm số thấp nhất.

Bảng 7. Phân bố tỉ lệ các mức độ tình trạng thể chất và tinh thần sau mổ (n = 38)

Mức độ	Rất tốt n (%)	Tốt n (%)	TB n (%)	Kém n (%)	Tổng số n (%)
Tình trạng thể chất	21 (55,3)	16 (42,1)	1 (2,6)	0 (0)	38 (100%)
Tình trạng tinh thần	12 (31,6)	25 (65,8)	1 (2,6)	0 (0)	38 (100%)

Nhận xét: Đa số các BN ở mức tình trạng thể chất rất tốt (55,3%); tinh thần đa số ở mức tốt (65,8%).

Bảng 8. Phân bố tỉ lệ các mức độ tình trạng công việc và mối quan hệ gia đình xã hội (n = 38)

Mức độ	Tốt n (%)	Trung bình n (%)	Kém n (%)	Rất kém n (%)	Tổng số n (%)
Tình trạng mối quan hệ cộng đồng và người thân	22 (57,9)	16 (42,1)	0 (0)	0 (0)	38 (100)
Tình trạng công việc	11 (29,0)	23 (60,5)	4 (10,5)	0 (0)	38 (100)

Nhận xét: Hầu hết các BN có mối quan hệ cộng đồng và người thân ở mức tốt (57,9%). Tình trạng công việc đa số ở mức độ trung bình (60,5%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Theo y văn, tuổi trung bình của các BN mắc UTBQ là từ 61-70 tuổi, tỷ lệ nam mắc nhiều hơn nữ, triệu chứng hay gặp nhất là đái máu⁶. Nghiên cứu này, tuổi trung bình là 66,59, tỷ lệ nam/nữ là 7/1, tỷ lệ giới và lý do vào viện đa số là đái máu (67,5%) cũng tương tự kết quả của nhiều nghiên cứu và các y văn.

Bảng 1 cho ta thấy pT1 chiếm 23,7%, pT2 chiếm 40% và pT3 chiếm 35%, pT4 là 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%. Theo Lê Minh Hoàn (2015)⁷ giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T: độ nhạy trong chẩn đoán giai đoạn ≤ T3a là 81,8%, độ đặc hiệu 89,6%, độ chính xác 85,9%. Ở giai đoạn T3b, CLVT có độ nhạy 90,6%, độ đặc hiệu 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. Vậy nên kết quả mức độ xâm lấn của u giữa GPB 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. Theo Pashos C.L và cộng sự (2002)⁸ cho rằng CLVT có thể đạt được độ chính xác 74% về giai đoạn so với kết quả GPB sau mổ.

BN UTBQ trong nghiên cứu chủ yếu được phẫu thuật ở giai đoạn III chiếm tỉ lệ 47,5%, giai đoạn II chiếm 32,5%. Theo Nguyễn Trọng Thảo (2020) tỉ lệ

BN UTBQ được phẫu thuật ở nhóm giai đoạn II là 57,1%, nhóm giai đoạn III là 42,9%⁹. Kết quả của chúng tôi có tỉ lệ tương tự so với tác giả về nhóm giai đoạn III. Còn về nhóm giai đoạn II của chúng tôi có tỉ lệ thấp hơn tác giả cũng có thể do trong tiêu chuẩn lựa chọn BN của chúng tôi có chỉ định cắt TBBQ và CLNT theo phương pháp Bricker cho những BN có u nguyên phát là T1 với độ ác tính cao và tái phát nhiều lần. Tác giả Nguyễn Trọng Thảo chỉ áp dụng cho những BN UTBQ giai đoạn T2-T3b.

4.2. Một số kết quả phẫu thuật

Về thời gian phẫu thuật

Cắt TBBQ và CLNT theo Bricker là một phẫu thuật lớn đòi hỏi thời gian phẫu thuật kéo dài. Theo Đỗ Anh Tuấn (2020), thời gian phẫu thuật trung bình là $192,25 \pm 33,75$ phút¹⁰. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật trung bình 243,58 phút (Bảng 2), như vậy là thời gian phẫu thuật của chúng tôi cao hơn so với các tác giả trên. Điều này có thể do trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi có 1 BN có u xâm lấn tuyến tiền liệt/ túi tinh nên việc phẫu tích bóc tách bàng quang ra khỏi trực tràng khó khăn hơn. Chúng tôi có 5 BN chảy máu trong mổ và phải truyền máu trong mổ dẫn tới thời gian phẫu thuật sẽ bị kéo dài. Những điều này khiến cho bệnh nhân cảm thấy đau và mệt mỏi nhiều hơn trong quá trình hậu phẫu làm ảnh hưởng đến tinh thần của bệnh nhân sau mổ.

Về thời gian hậu phẫu

Toàn bộ BN nghiên cứu đều ra viện ổn định, không có BN nào tử vong hay tình trạng nặng xin về trong thời gian hậu phẫu. Thời gian hậu phẫu trung bình là 11,8 ngày, thời gian hậu phẫu ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 32 ngày do BN có rò nước tiểu sau mổ (Bảng 3). Có 34 BN (89,5%) trường hợp có thời gian hậu phẫu dưới 14 ngày và thời gian hậu phẫu từ 14 - 21 ngày và trên 21 ngày lần lượt là 5,25% và 5,25%, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Trọng Thảo (2020) thời gian hậu phẫu trung bình là $13,8 \pm 9,01$ ngày⁹. Thời gian hậu phẫu như vậy là không quá dài, phần nào giúp BN và gia đình giảm bớt sự lo lắng cùng với đó là công tác chăm sóc hậu phẫu cũng

nhẹ nhàng hơn so với các phẫu thuật có thời gian hậu phẫu dài.

Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ phần nào ảnh hưởng đến CLCS, tỉ lệ biến chứng chung chiếm 23,7%, trong đó rò bạch huyết chiếm 7,9%, rò nước tiểu 1 trường hợp 2,6%. Kết quả nghiên cứu của Wei và cộng sự (2018) biến chứng sớm sau phẫu thuật gồm: rò nước tiểu 2%, nhiễm trùng đường niệu và tắc ruột với tỉ lệ mỗi biến chứng là 6,9% ở nhóm BN chứng¹. Tác giả Mao và cộng sự (2020) cũng cho thấy trong nhóm BN thực hiện kỹ thuật Bricker thì tỉ lệ tắc ruột không hoàn toàn 7,5%¹¹. Như vậy chúng ta có thể thấy sau phẫu thuật cắt bàng quang tình trạng nhiễm khuẩn, bán tắc ruột, và rò dịch bạch huyết đáng phải quan tâm đến ở BN. Để phòng ngừa biến chứng nhiễm khuẩn trong phẫu thuật Bricker ngoài việc tăng cường công tác vô khuẩn, trau dồi kỹ thuật mổ và cần phải sử dụng kháng sinh.

Đánh giá kết quả phẫu thuật

Có 76,3% BN có kết quả phẫu thuật tốt tương ứng với các trường hợp không có tai biến và biến chứng. Điều này cho thấy dù phẫu thuật cắt TBBQ là phẫu thuật lớn, đối tượng BN trong nghiên cứu thường lớn tuổi (đa số > 65 tuổi) nhưng phẫu thuật được tiến hành an toàn và hồi phục của BN sau mổ

tốt. Đây cũng là một trong các ưu điểm của CLNT kiểu Bricker so với phương pháp làm bàng quang tân tạo do thời gian phẫu thuật ngắn, ít tai biến hơn, phù hợp các BN lớn tuổi, thể trạng yếu, có các bệnh phối hợp, giai đoạn lan rộng tại chỗ⁵.

4.3. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

Chúng tôi đánh giá chất lượng cuộc sống trên bốn phương diện: tình trạng thể chất, tinh thần, công việc và mối quan hệ cộng đồng xã hội của BN sau mổ theo thang điểm FACT – BL⁵. Đối với các BN trẻ tuổi trong độ tuổi lao động đánh giá này có ý nghĩa tổng quan bao trùm các hoạt động cuộc sống của BN. Trong tổng số 38 BN được đánh giá ghi nhận: tình trạng thể chất đánh giá sức khỏe của BN: rất tốt và tốt chiếm 97,4% (số điểm trung bình $20,31 \pm 3,24$ / tổng điểm 28), tình trạng về tinh thần: tỉ lệ tốt và rất tốt chiếm 97,4%, 1 BN (2,6%) có biểu hiện lo lắng nhiều về bệnh (số điểm trung bình $15,23 \pm 3,12$ / tổng điểm 28). Tình trạng công việc có 89,5% số BN hoạt động trở lại công việc hàng ngày bình thường, 29% ảnh hưởng nhẹ; 60,5% ảnh hưởng trung bình và chỉ có 10,5% số BN có tình trạng công việc hàng ngày kém. Mối quan hệ cộng đồng (gia đình và xã hội) đánh giá khả năng hòa nhập cộng đồng của BN, tỉ lệ tốt chiếm 57,9%.

Bảng 9. So sánh điểm chất lượng cuộc sống ở một số nghiên cứu

Tác giả	n	Thể chất	Tinh thần	Cộng đồng	Công việc
Mansson A. (2002) ⁴	29	26,0 (24 - 27)	22,0 (20-24)	24,0 (20 -25)	22,0 (20 - 25)
Kikuchi E.(2006) ¹²	15	26,6	21,1	17,4	20,5
Đỗ Anh Tuấn (2020) ¹⁰	36	20,61	16,10	20,87	18,00
Nghiên cứu này (2024)	38	20,31	15,23	18,22	20,07

So với bảng trên đây, điểm số về thể chất trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác trên thế giới có thể do tuổi tác các BN cao, sức khỏe của người Việt Nam kém hơn do mức sống và dinh dưỡng chưa đầy đủ. Điểm số về cộng đồng cũng thấp hơn nhiều so với các tác giả khác trên thế giới có thể do xuất phát từ bản thân BN ngại giao tiếp và khó khăn trong tương tác do đeo túi nước tiểu, mặc

cảm bệnh tật, cũng như từ phía cộng đồng hạn chế tiếp xúc với người bệnh ung thư. Điểm số về công việc ít chênh lệch với các tác giả khác có thể do các BN đa phần ở tuổi già chủ yếu làm những công việc thường ngày chăm sóc gia đình và sinh hoạt tại nhà nên ít có biến đổi trong lối làm việc.

Tuy nhiên khi so sánh với các tác giả khác tình trạng tinh thần của nhóm BN chúng tôi có số điểm

thấp hơn hẳn, trong nghiên cứu Kikuchi E (2006) điểm tinh thần trung bình là $21,1 \pm 2,8^{12}$, Mansson (2002) điểm trung bình tinh thần 22 (20 - 24)⁴, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như tác giả Đỗ Anh Tuấn (2020) điểm trung bình tinh thần là $16,10 \pm 3,02^{10}$. Tình trạng tinh thần phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: sự giải thích động viên của thầy thuốc, phương pháp và hiệu quả điều trị khi xảy ra tác dụng không mong muốn, sự động viên của những người thân và đồng nghiệp.... Mặc dù tỉ lệ hài lòng của người bệnh sau mổ cắt TBBQ, CLNT theo phương pháp Bricker khá cao nhưng theo nghiên cứu của Kikuchi E và cộng sự (2006) chất lượng cuộc sống sau mổ của ba nhóm BN bị UTBQ: tạo hình bàng quang, dẫn lưu nước tiểu qua một đoạn ruột, dẫn lưu nước tiểu có túi chứa thì nhóm tạo hình bàng quang có số điểm về tình trạng công việc và tình trạng cảm xúc cao hơn hai nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê. Sự hài lòng của BN đối với sự thay đổi hình dáng cơ thể thì tỉ lệ chấp nhận phương pháp tạo hình bàng quang lớn hơn hai nhóm còn lại¹². Tuy nhiên, với ưu điểm về kỹ thuật và tỉ lệ biến chứng hẹp miệng nối thấp hơn nên phương pháp cắt TBBQ và CLNT theo phương pháp Bricker vẫn là một lựa chọn hàng đầu dành cho nhóm BN có mắc các bệnh lý phối hợp, thể trạng béo phì, tuổi cao, u bàng quang ở vị trí lỗ niệu quản 2 bên hoặc xâm lấn rộng xung quanh.

V. KẾT LUẬN

Chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker sau cắt TBBQ là phương pháp đem lại chất lượng cuộc sống tương đối tốt cho BN. Tình trạng thể chất và tinh thần ở mức tốt và rất tốt; Tình trạng mối quan hệ cộng đồng - người thân và tình trạng công việc đa phần ở mức trung bình trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Wei C, Wan F, Zhao H et al (2018) *Application of enhanced recovery after surgery in patients undergoing radical cystectomy*. J Int Med Res 46(12): 5011-5018.
- Cheng M, Looney S W, Brown J A et al (2011) *Ureteroileal anastomotic strictures after a Bricker ileal conduit: 50 case assessment of the impact of conversion from a slit incision to a "shield shaped" ileotomy*. The Canadian journal of urology 18(2): 5644-5649.
- Marina Cheng, Stephen W Looney, James A Brown (2011) *Ureteroileal anastomotic strictures after a Bricker ileal conduit: 50 case assessment of the impact of conversion from a slit incision to a "shield shaped" ileotomy*. The Canadian Journal of Urology 18(2): 5644-5649.
- Mansson A, Davidsson T, Hunt S et al (2020) *The quality of life in men after radical cystectomy with a continent cutaneous diversion or orthotopic bladder substitution: is there a difference?* BJU90(4):386-390.
- 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. Đại học Y Hà Nội; 2016.
- Vũ Lê Chuyên (2013) *Ung thư bàng quang: Bệnh lý các khối u đường tiết niệu*. Nhà xuất bản Y học; 2013.
- Lê Minh Hoàn, Trần Công Hoa (2015) *Giá trị cắt lớp vi tính đa dãy chẩn đoán ung thư bàng quang*. VJRN 19:45-48.
- Chris Leo Pashos, Marc F (2020) *Botteman, Benjamin Lewis Laskin, Alberto Redaelli. Bladder cancer: epidemiology, diagnosis, and management*. Cancer Pract 10(6): 311-322.
- 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 BSCKII. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2020.
- Đỗ Anh Tuấn. *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ, chuyển lưu dòng tiểu theo phương pháp Bricker điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ*. Luận văn BSCKII. Học viện quân y; 2020.
- Mao W, Xie J, Wu Y et al (2020) *Cost-effectiveness analysis of two kinds of bladder cancer urinary diversion: Studer versus Bricker*. Transl Androl Urol 9(3): 1113-1119.
- Kikuchi E, Horiguchi Y, Nakashima J et al (2006) *Assessment of long-term quality of life using the FACT-BL questionnaire in patients with an ileal conduit, continent reservoir, or orthotopic neobladder*. Jpn J Clin Oncol 36(11): 712-716.