

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC RADICAL CYSTECTOMY WITH BRICKER URINARY DIVERSION

Nguyen Van Phuoc*, Pham Van Bien

Department of General Surgery, Thanh Nhan Hospital - 42 Thanh Nhan, Bach Mai ward, Hanoi, Vietnam

Received: 23/9/2025

Revised: 17/10/2025; Accepted: 22/10/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the early outcomes of laparoscopic radical cystectomy with Bricker urinary diversion at Thanh Nhan Hospital, thereby analyzing the effectiveness, safety, and feasibility of this approach for treating muscle-invasive bladder cancer.

Patients and methods: A retrospective study of 25 patients diagnosed with muscle-invasive bladder cancer without distant metastasis who underwent radical cystectomy combined with Bricker urinary diversion, performed entirely via laparoscopy at Thanh Nhan Hospital from January 2020 to May 2025.

Results: The mean operative time was 245 ± 35 minutes, mean blood loss 270 ± 80 ml, and mean postoperative hospital stay 9.3 days. The early complication rate was 20%, predominantly mild, with no intraoperative or postoperative mortality. No cases of ureteral obstruction or urinary leakage requiring reintervention were recorded. Renal function was preserved, with no statistically significant decrease in glomerular filtration rate at 3 months. The mean postoperative FACT-BL score was 77.2 ± 5.6 , indicating a fairly good quality of life.

Conclusion: Laparoscopic radical cystectomy with Bricker diversion at our institution appears feasible and safe, with favorable early recovery and quality-of-life outcomes. Given the single-arm descriptive design, superiority over other techniques cannot be concluded; comparative or controlled studies are needed.

Keywords: Laparoscopic radical cystectomy, Bricker ileal conduit, muscle-invasive bladder cancer, perioperative outcomes, quality of life.

*Corresponding author

Email: drphuocbvtn@gmail.com Phone: (+84) 915093003 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3613>



KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG VÀ CHUYỂN LƯU DÒNG NƯỚC TIỂU THEO PHƯƠNG PHÁP BRICKER

Nguyễn Văn Phước*, Phạm Văn Biên

Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Thanh Nhàn - 42 Thanh Nhàn, phường Bạch Mai, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/9/2025

Ngày chỉnh sửa: 17/10/2025; Ngày duyệt đăng: 22/10/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ bàng quang và chuyển lưu dòng nước tiểu theo phương pháp Bricker tại Bệnh viện Thanh Nhàn, qua đó phân tích hiệu quả, độ an toàn và khả năng áp dụng của phương pháp trong điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu thực hiện trên 25 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư bàng quang xâm lấn cơ, không có di căn xa, được phẫu thuật cắt bàng quang triệt căn kết hợp chuyển lưu dòng nước tiểu theo phương pháp Bricker hoàn toàn bằng nội soi ổ bụng tại bệnh viện Thanh Nhàn trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 5/2025.

Kết quả: Thời gian mổ trung bình là 245 ± 35 phút, lượng máu mất trung bình 270 ± 80 ml. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 9,3 ngày. Tỷ lệ biến chứng sớm là 20%, chủ yếu ở mức độ nhẹ, không có tử vong trong mổ hoặc hậu phẫu. Không ghi nhận trường hợp tắc niệu quản hoặc rò nước tiểu cần can thiệp lại. Chức năng thận được bảo tồn ổn định, mức lọc cầu thận không giảm có ý nghĩa thống kê sau 3 tháng. Điểm FACT-BI trung bình sau mổ là $77,2 \pm 5,6$, cho thấy chất lượng sống ở mức khá tốt.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ kèm chuyển lưu kiểu Bricker tại cơ sở cho thấy khả thi và an toàn, với kết quả bước đầu thuận lợi về hồi phục và chất lượng sống. Do thiết kế mô tả đơn nhóm, chưa thể kết luận ưu việt so với các kỹ thuật khác; cần nghiên cứu so sánh/đối chứng trong tương lai.

Từ khóa: Cắt bàng quang nội soi, chuyển lưu Bricker, ung thư bàng quang xâm lấn cơ, kết cục chu phẫu, chất lượng sống.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một trong những loại ung thư phổ biến nhất của hệ tiết niệu, đứng hàng thứ 10 trong số các loại ung thư thường gặp trên toàn thế giới, với tỷ lệ mắc bệnh đang có xu hướng gia tăng, đặc biệt ở nam giới và những người hút thuốc lá kéo dài [1]. Trong các thể mô học, ung thư biểu mô chuyển tiếp chiếm tỷ lệ cao nhất và thường phát triển tại lớp niêm mạc, nhưng ở giai đoạn xâm lấn cơ, điều trị triệt để bằng phương pháp phẫu thuật là lựa chọn ưu tiên [2].

Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang (radical cystectomy) kết hợp chuyển lưu dòng nước tiểu là

phương pháp điều trị chuẩn cho ung thư bàng quang xâm lấn cơ hoặc ung thư bàng quang tái phát, không đáp ứng với các phương pháp bảo tồn [3]. Trong đó, kỹ thuật chuyển lưu dòng nước tiểu theo phương pháp Bricker, tức dẫn lưu niệu quản vào một đoạn ruột non đưa ra da, được áp dụng phổ biến nhờ kỹ thuật đơn giản và hiệu quả cao trong cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

Trước đây, phẫu thuật cắt bàng quang chủ yếu được thực hiện qua đường mổ mở. Tuy nhiên, với sự phát triển của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, phẫu thuật nội soi ổ bụng hoặc nội soi hỗ trợ robot đang dần

*Tác giả liên hệ

Email: drphuocbvtn@gmail.com Điện thoại: (+84) 915093003 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3613>

thay thế phương pháp kinh điển nhờ các lợi ích rõ rệt như giảm mất máu, ít đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh và giảm biến chứng sau phẫu thuật [4,5].

Tại Việt Nam, việc ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư bàng quang đã có nhiều tiến bộ trong thập kỷ gần đây. Tuy nhiên, vẫn còn thiếu các nghiên cứu cập nhật về kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ bàng quang kèm theo chuyển lưu dòng nước tiểu theo phương pháp Bricker trong điều kiện lâm sàng tại nước ta.

Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ bàng quang kết hợp chuyển lưu dòng nước tiểu kiểu Bricker, từ đó góp phần hoàn thiện quy trình điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh ung thư bàng quang tại cơ sở điều trị.

Các mục tiêu cụ thể bao gồm: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư bàng quang được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt bàng quang toàn bộ và chuyển lưu dòng nước tiểu bằng phương pháp Bricker; (2) Đánh giá kết quả điều trị của nhóm người bệnh trên.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2020 đến tháng 5/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư bàng quang xâm lấn cơ hoặc không xâm lấn cơ nhưng có chỉ định cắt toàn bộ bàng quang, được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ bàng quang kết hợp chuyển lưu dòng nước tiểu theo kiểu Bricker tại Bệnh viện Thanh Nhàn trong khoảng thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 5/2025 đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: được chẩn đoán xác định ung thư bàng quang bằng mô học, có chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang triệt để, đồng ý thực hiện phương pháp chuyển lưu dòng nước tiểu theo kiểu Bricker, bệnh nhân và/hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu và ký cam kết chấp thuận.

- Tiêu chuẩn loại trừ: có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán, có rối loạn đông máu không kiểm soát được,

có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi ổ bụng, các trường hợp không theo dõi được sau mổ.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Lấy toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong khoảng thời gian nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn được 25 bệnh nhân.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới, tiền sử bệnh lý nền.

- Thông số phẫu thuật: thời gian mổ, lượng máu mất, số ngày nằm viện, có hay không biến chứng trong và sau mổ.

- Kết quả mô bệnh học: giai đoạn u, độ biệt hóa, diện cắt niệu quản.

- Tái phát sau mổ: thời gian tái phát, vị trí tái phát.

2.6. Quy trình phẫu thuật

- Gây mê và tư thế: bệnh nhân được gây mê nội khí quản. Tư thế bệnh nhân là nằm ngửa, hai chân dạng nhẹ, đầu thấp (Trendelenburg 20-25°) để thuận lợi cho thao tác vùng tiểu khung.

- Thiết lập 5 trocar đặt theo hình cánh quạt quanh rốn và tiếp cận ổ bụng: trocar 10 mm tại rốn (camera), 2 trocar 10 mm ở hố chậu hai bên (dụng cụ chính), 2 trocar 5 mm phụ ở vùng mạn sườn và hạ vị.

- Cắt bàng quang triệt căn: ở nam giới (cắt bàng quang toàn bộ cùng tuyến tiền liệt và túi tinh), ở nữ giới (cắt bàng quang toàn bộ, tử cung, phần trước âm đạo và niệu đạo); động mạch và tĩnh mạch chậu trong được kẹp và cắt sau khi bóc tách; phẫu tích niệu quản 2 bên đến sát thành bàng quang và cắt sát vào cơ bàng quang; lấy trọn khối bàng quang qua túi nội soi (endobag) và đưa ra ngoài qua đường mổ nhỏ ở hạ vị.

- Nạo vét hạch chậu hai bên: nạo vét nhóm hạch chậu ngoài, chậu trong và hạch gốc động mạch chậu chung theo tiêu chuẩn oncologic; mẫu hạch được gửi làm giải phẫu bệnh riêng biệt.

- Tạo ống hồi tràng dẫn lưu nước tiểu (ileal conduit-Bricker): đo và lấy đoạn hồi tràng dài khoảng 15-20 cm, cách góc hồi manh tràng ít nhất 15 cm để tránh ảnh hưởng tiêu hóa; hai đầu ruột được nối lại bằng stapler hoặc khâu tay; đầu gần đoạn hồi tràng được đóng kín, hai niệu quản được nối vào đoạn ruột này theo phương pháp Wallace I (nối hai niệu quản vào nhau rồi nối vào ruột) hoặc nối riêng biệt từng niệu quản; đầu xa đoạn hồi tràng được đưa ra ngoài da qua lỗ stoma tại hố chậu phải; cố định ống hồi tràng vào thành bụng bằng chỉ không tiêu; đặt ống thông

niệu quản ra ngoài qua miệng nổi để dẫn lưu tạm thời (rút ống thông sau mổ 7-10 ngày).

- Đặt dẫn lưu và kết thúc: kiểm tra cầm máu kỹ, đặt ống dẫn lưu ổ bụng, đóng các trocar, kiểm tra lại vị trí stoma và cố định túi nước tiểu ngoài.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu

- Hồ sơ bệnh án: khai thác dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật và diễn tiến sau mổ.

- Theo dõi sau mổ: thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng trong thời gian 3-6 tháng sau phẫu thuật.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$) hoặc trung vị (IQR), tùy theo phân phối.

Các biến định tính được biểu diễn bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

Phép kiểm Chi-square hoặc Fisher exact test được sử dụng để so sánh tỷ lệ.

Kiểm định T-student hoặc Mann-Whitney được dùng để so sánh trung bình.

Mức ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki; được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Thanh Nhàn phê duyệt. Tất cả người bệnh/đại diện hợp pháp đã ký đồng ý tham gia; dữ liệu được bảo mật, chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng (n = 25)

Đặc điểm		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (năm)		63,2 $\pm$ 7,8	
Giới	Nam	21	84,0
	Nữ	4	16,0
Tiền sử hút thuốc lá		18	72,0
≥ 1 bệnh kèm		18	72,0
Giai đoạn lâm sàng	T2	16	64,0
	T3	9	36,0

Đặc điểm		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện [#]	Tiểu máu đại thể	18	72,0
	Tiểu buốt/đái rắt	12	48,0
Xét nghiệm nước tiểu: RBC > 50/HPF		20	80,0
Tế bào học nước tiểu dương tính		12	48,0
MRI	Kích thước u lớn nhất (cm)	4,2 $\pm$ 1,1	
	Đa ổ	8	32,0
	Hạch vùng nghi ngờ (cN+)	5	20,0

Ghi chú: [#]1 bệnh nhân có thể có nhiều hơn 1 lý do vào viện.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Thông số		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật (phút)		245,6 $\pm$ 38,2	
Lượng máu mất (ml)		270,4 $\pm$ 90,1	
Phẫu thuật nội soi thành công (không phải chuyển mổ mở)		25	100
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)		9,3 $\pm$ 2,1	
Tai biến trong mổ		0	0
Biến chứng sớm sau mổ (≤ 30 ngày)	Nhiễm trùng vết mổ	2	8,0
	Rò niệu quản-ruột	1	4,0
	Tắc ruột cơ năng	2	8,0
	Cộng	5	20,0
Biến chứng muộn sau mổ (> 30 ngày)	Hẹp miệng nối niệu quản-ruột	1	4,0
	Viêm da quanh lỗ dẫn lưu	1	4,0
	Cộng	2	8,0

3.3. Kết quả mô bệnh học

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh

Yếu tố		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Loại mô học	Ung thư biểu mô chuyển tiếp	24	96,0
	Ung thư tuyến	1	4,0

Yếu tố		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Độ mô học	Độ thấp	5	20,0
	Độ cao	20	80,0
Diện cắt niệu quản âm tính		25	100
Hạch vùng có di căn		3	12,0

3.4. Đánh giá chức năng thận trước và sau mổ

Chức năng thận được đánh giá qua nồng độ creatinin huyết thanh và mức lọc cầu thận (eGFR) tại thời điểm trước mổ và sau mổ 1 tháng.

Bảng 4. Chức năng thận trước và sau mổ

Thông số	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	p-value
Creatinin huyết thanh (mg/dL)	1,09 ± 0,24	1,15 ± 0,31	0,23
eGFR (ml/phút/1,73m ²)	78,6 ± 14,2	75,8 ± 16,4	0,19

Không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về chức năng thận sau mổ ($p > 0,05$), chứng tỏ kỹ thuật chuyển lưu niệu quản ra da kiểu Bricker không ảnh hưởng đáng kể đến chức năng thận ngắn hạn.

3.5. Đánh giá chất lượng sống sau phẫu thuật

Chất lượng sống được đánh giá sau mổ 3 tháng dựa trên bộ câu hỏi FACT-BL (Functional Assessment of Cancer Therapy - Bladder), một công cụ đánh giá chuyên biệt cho bệnh nhân ung thư bàng quang.

Bảng 5. Chất lượng sống sau mổ (điểm FACT-BL trung bình)

Tiêu chí	Điểm trung bình	Thang điểm tối đa
Thể chất (physical well-being)	22,4 ± 3,1	28
Tâm lý (emotional well-being)	17,3 ± 2,7	24
Quan hệ xã hội (social/family well-being)	19,2 ± 2,4	28
Hoạt động chức năng (functional well-being)	18,1 ± 2,9	28
Tổng điểm FACT-BL	77,0 ± 8,5	108

Chất lượng sống sau mổ được đánh giá ở mức trung bình đến khá, trong đó yếu tố thể chất và hoạt động chức năng bị ảnh hưởng nhiều nhất trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang kết hợp chuyển lưu dòng nước tiểu kiểu Bricker là phương pháp điều trị triệt căn được chấp nhận rộng rãi cho ung thư bàng quang xâm lấn cơ (muscle-invasive bladder cancer) [6]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả của 25 ca phẫu thuật nội soi thuần túy với kỹ thuật Bricker, cho thấy hiệu quả khả quan về mặt kỹ thuật, mức độ an toàn và chất lượng sống sau mổ.

4.1. Về đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $63,2 \pm 7,8$, phù hợp với độ tuổi thường gặp của ung thư bàng quang, vốn có xu hướng tăng theo tuổi [7]. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (84%) phản ánh rõ xu hướng dịch tễ học toàn cầu và trong nước, cho thấy vai trò của các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, tiếp xúc hóa chất công nghiệp. Giai đoạn T2 chiếm đa số (64%), đồng nghĩa với việc phần lớn bệnh nhân đến viện khi ung thư đã xâm lấn cơ, song vẫn còn khả năng điều trị phẫu thuật triệt căn.

4.2. Kết quả phẫu thuật

Tất cả các ca phẫu thuật đều được thực hiện bằng kỹ thuật nội soi ổ bụng hoàn toàn, không cần chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là 245 phút, tương đương với báo cáo của Xu A và cộng sự (240 ± 30 phút) khi thực hiện cùng kỹ thuật nội soi thuần túy [9]. Lượng máu mất trung bình là 270 ml, thấp hơn so với phẫu thuật mở (trung bình khoảng 400-600 ml) [8]. Điều này chứng minh ưu thế của phẫu thuật nội soi trong việc kiểm soát chảy máu, giảm sang chấn mô và thời gian hồi phục.

Biến chứng sau mổ chủ yếu là nhẹ và có thể kiểm soát được (20% biến chứng sớm, 8% biến chứng muộn), không có ca tử vong sau mổ. Tỷ lệ này tương đương hoặc thấp hơn so với nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế [8]. Đặc biệt, không ghi nhận trường hợp nào rò nước tiểu kéo dài hay hẹp niệu quản gây ảnh hưởng chức năng thận trong ngắn hạn.

Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang kèm chuyển lưu dòng nước tiểu là lựa chọn điều trị triệt căn chủ yếu trong ung thư bàng quang xâm lấn cơ. Trong đó, chuyển lưu dòng nước tiểu kiểu Bricker (ileal conduit) là phương pháp phổ biến nhờ tính ổn định về mặt chức năng, kỹ thuật tương đối chuẩn hóa và tỷ lệ biến chứng dài hạn thấp hơn các kỹ thuật đơn giản như đưa hai niệu quản ra da [6].

4.3. Ưu điểm nổi bật của chuyển lưu dòng nước tiểu theo phương pháp Bricker

Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng chuyển lưu dòng nước tiểu kiểu Bricker hoàn toàn bằng nội soi ổ bụng cho 25 bệnh nhân. Kết quả cho thấy phương pháp này đảm bảo hiệu quả dẫn lưu ổn định, chức năng thận bảo tồn và chất lượng sống ở mức khá tốt, đồng thời tỷ lệ biến chứng chấp nhận được.

So với phương pháp đưa hai niệu quản ra da, phương pháp Bricker có nhiều ưu điểm vượt trội đã được chứng minh trong y văn và được phản ánh trong kết quả của nghiên cứu chúng tôi, cụ thể:

- Giảm tỷ lệ tắc nghẽn niệu quản và bảo tồn chức năng thận: phương pháp đưa 2 niệu quản ra da có nguy cơ cao gây tắc nghẽn, hẹp miệng niệu quản do lỗ dẫn lưu nhỏ, dễ bị xơ hóa hoặc viêm da quanh miệng nối. Các nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tắc niệu quản lên đến 30-40% sau vài tháng [7]. Trong khi đó, kỹ thuật Bricker sử dụng một đoạn hồi tràng làm trung gian nối hai niệu quản, giúp giảm áp lực trực tiếp lên miệng nối, đảm bảo dẫn lưu tốt và ổn định lâu dài. Trong nghiên cứu này, chức năng thận sau mổ không có sự suy giảm rõ rệt, và không ghi nhận trường hợp tắc nghẽn niệu quản nặng phải can thiệp lại, khẳng định tính ổn định của kỹ thuật.

- Hạn chế biến chứng da và nhiễm trùng: so với phương pháp dẫn niệu quản trực tiếp ra da, nơi tiếp xúc liên tục với nước tiểu, thì đưa nước tiểu ra ngoài qua đoạn ruột như kỹ thuật Bricker sẽ giảm mức độ kích ứng da. Điều này làm giảm biến chứng viêm da quanh miệng stoma và nhiễm trùng vết mổ. Trong nghiên cứu này, chỉ 1/25 bệnh nhân (4%) gặp viêm nhẹ quanh lỗ dẫn lưu, so với tỷ lệ 15-20% trong các nghiên cứu về cắt bàng quang kết hợp chuyển lưu kiểu đưa niệu quản ra da [8].

- Thuận lợi hơn trong việc chăm sóc và thay băng túi nước tiểu: với phương pháp Bricker, việc sử dụng túi chứa nước tiểu chuyên dụng dán vào da (urostomy bag) dễ dàng hơn và phù hợp với thiết bị y tế hiện đại. Trong khi đó, dẫn niệu quản ra da thường yêu cầu thay băng thường xuyên hơn, khó cố định túi dẫn lưu, đặc biệt khi hai niệu quản ra ở hai vị trí khác nhau trên thành bụng. Điều này không chỉ gây bất tiện trong sinh hoạt mà còn ảnh hưởng đến tâm lý và chất lượng sống bệnh nhân.

- Ít cần tái can thiệp hơn: một nghiên cứu của Lee K.S và cộng sự ghi nhận rằng tỷ lệ tái can thiệp (do hẹp, nhiễm trùng, hoặc lỗ rò) sau chuyển lưu Bricker chỉ khoảng 8-10%, thấp hơn rõ rệt so với chuyển

lưu kiểu đưa 2 niệu quản ra da (đến 35%) [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ gặp 1 ca (4%) hẹp miệng nối niệu quản-ruột, được xử trí bảo tồn bằng nong, không cần phẫu thuật lại.

4.4. So sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước

Kết quả nghiên cứu này cho thấy các chỉ số phẫu thuật như thời gian mổ (245 phút), lượng máu mất (270 ml), và thời gian nằm viện (9,3 ngày) tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế về Bricker nội soi như của Xu A và cộng sự (240 phút, 280 ml) [9]; Gakis G và cộng sự (230 phút, 300 ml) [10]. Về biến chứng, tỷ lệ tổng biến chứng (20% sớm, 8% muộn) là tương đối thấp, không ghi nhận tử vong trong và sau mổ.

Chức năng thận được bảo tồn, mức lọc cầu thận chỉ giảm nhẹ và không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hautmann R.E và cộng sự cho thấy nếu kỹ thuật nối niệu quản-ruột được thực hiện đúng cách, thì chuyển lưu kiểu Bricker hoàn toàn không ảnh hưởng đáng kể đến chức năng thận sau mổ [6].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ bàng quang kèm chuyển lưu kiểu Bricker tại Bệnh viện Thanh Nhàn khả thi, an toàn, cho kết quả bước đầu thuận lợi về hồi phục, biến chứng chấp nhận được và chất lượng sống sớm. Do thiết kế mô tả đơn nhóm, nghiên cứu chưa đủ cơ sở để khẳng định ưu thế so với các kỹ thuật chuyển lưu khác (ví dụ đưa niệu quản ra da). Cần các nghiên cứu đối chứng hoặc so sánh tiến cứu, đa trung tâm để đánh giá hiệu quả tương đối và kết cục dài hạn.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel R.L et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. *CA Cancer J Clin*, 2021, 71 (3): 209-49.
- [2] Babjuk M, Böhle A, Burger M et al. EAU Guidelines on Non-Muscle-invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder: Update 2016. *Eur Urol*, 2017, 71 (3): 447-61.
- [3] Stein J.P, Lieskovsky G, Cote R et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1054 patients. *J Clin Oncol*, 2001, 19 (3): 666-75.
- [4] Khan M.S, Omar K, Ahmed K et al. Long-term oncological outcomes of robotic radical

- cystectomy: a systematic review. *Eur Urol*, 2013, 64 (2): 219-30.
- [5] Stein J.P, Lieskovsky G, Cote R, Groshen S, Feng A.C, Boyd S et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients. *J Clin Oncol*, 2001, 19 (3): 666-75.
- [6] Hautmann R.E, de Petriconi R.C, Volkmer B.G. Lessons learned from 1,000 neobladders: the 90-day complication rate. *J Urol*, 2010, 184 (3): 990-4.
- [7] Studer U.E, Ackermann D, Casanova G.A, Zingg E.J. Three years' experience with an ileal low pressure bladder substitute. *Br J Urol*, 1989, 63 (1): 43-52.
- [8] Lee K.S, Montie J.E, Dunn R.L, Lee C.T. Impact of perioperative complications on health-related quality of life of patients undergoing radical cystectomy. *BJU Int*, 2006, 98 (1): 124-8.
- [9] Xu A, Zhang J, Wang Y, Liu C, Wang D, Zhang X et al. Laparoscopic radical cystectomy with intracorporeal ileal conduit urinary diversion: a single-center 10-year experience. *J Endourol*, 2021, 35(1): 72-8.
- [10] Gakis G, Efstathiou J.A, Lerner S.P, Cookson M.S, Keegan K.A, Guru K.A et al. ICUD-EAU International Consultation on Bladder Cancer 2012: Radical cystectomy and bladder preservation for muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder. *Eur Urol*, 2013, 63 (1): 45-57.

