Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 153-157

OUTCOMES OF ADJUVANT INTRAVESICAL GEMCITABINE THERAPY FOR NON-MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Duong Thi Sen*, Nguyen Ngoc Tu, Pham Thi Le

Nghe An Oncology Hospital – Km456, National Highway 1A, Vinh Hung Ward, Nghe An Province, Vietnam

Received: 02/06/2026
Revised: 24/07/2026; Accepted: 06/08/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical characteristics, paraclinical findings, and outcomes of adjuvant intravesical Gemcitabine therapy in patients with non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC) following transurethral resection of bladder tumor (TURBT).

Materials and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 37 patients with non-muscle-invasive bladder cancer (Ta, T1, and carcinoma in situ [CIS]) who underwent TURBT followed by intravesical Gemcitabine instillation at Nghe An Oncology Hospital between January 2020 and June 2025.

Results: The mean age of the patients was 65 ± 9 years, with males accounting for 89% of the cohort. Gross hematuria was the most common presenting symptom. The overall recurrence rate was 24.3%, including a local recurrence rate of 13.5%. Adverse events associated with intravesical Gemcitabine were generally mild, with bladder irritation being the most frequently reported. No severe complications were observed.

Conclusion: Intravesical Gemcitabine is a safe and effective adjuvant treatment for patients with non-muscle-invasive bladder cancer after TURBT, reducing the recurrence rate and prolonging recurrence-free survival.

Keywords: Non-muscle-invasive bladder cancer; intravesical Gemcitabine; recurrence rate.

*Corresponding author
Email: pham.le175.vmu@gmail.com **Phone**: (+84) 974029517 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6152

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ BÀNG QUANG NÔNG BẰNG GEMCITABINE NỘI BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Dương Thị Sen*, Nguyễn Ngọc Tú, Phạm Thị Lê

Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An – Km456, Quốc lộ 1A, P. Vinh Hưng, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận: 02/06/2026
Ngày sửa: 24/07/2026; Ngày đăng: 06/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bổ trợ bằng Gemcitabine nội bàng quang ở bệnh nhân ung thư bàng quang nông sau phẫu thuật cắt u nội soi qua niệu đạo (TURBT).

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 37 bệnh nhân ung thư bàng quang nông (Ta, T1, Tis) được điều trị bằng TURBT kết hợp bơm Gemcitabine nội bàng quang tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân 65±09, nam giới chiếm đa số (89%). Triệu chứng vào viện thường gặp nhất là đái máu. Tỷ lệ tái phát chung là 24,3% (13,5% tái phát tại chỗ). Các tác dụng phụ sau bơm Gemcitabine chủ yếu nhẹ, thường gặp nhất là kích thích bàng quang, không ghi nhận biến chứng nặng.

Kết luận: Gemcitabine nội bàng quang là phương pháp điều trị bổ trợ an toàn, hiệu quả trong việc giảm tỷ lệ tái phát và kéo dài thời gian sống thêm không tái phát ở bệnh nhân ung thư bàng quang nông sau TURBT.

Từ khóa: Ung thư bàng quang nông, Gemcitabine nội bàng quang, tỷ lệ tái phát.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là bệnh thường gặp hàng đầu trong ung thư hệ tiết niệu. Trong đó khoảng 70% được chẩn đoán ở giai đoạn không xâm lấn cơ (Ta, Tis,T1) đặc trưng bởi tỷ lệ tái phát cao sau phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang qua niệu đạo. Để giảm tỉ lệ tái phát và xâm lấn với ung thư bàng quang nông, liệu pháp điều trị bổ trợ tại chỗ bao gồm hóa trị liệu và miễn dịch trị liệu sau phẫu thuật nội soi cắt u qua đường niệu đạo là điều trị tiêu chuẩn [1].

BCG được coi là liệu pháp điều trị tiêu chuẩn với hiệu quả cao. Tuy nhiên trong tình trạng thiếu hụt nguồn cung, Gemcitabine là một trong những lựa chọn thay thế phù hợp, hiệu quả đối với bệnh nhân Ung thư bàng quang nông. Dù vậy, tại Việt Nam còn ít nghiên cứu đánh giá hiệu quả thực tế của phương pháp này, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Kết quả điều trị bổ trợ ung thư bàng quang nông bằng Gemcitabine nội bàng quang tại bệnh viện ung bướu Nghệ An" với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân Ung thư bàng quang nông được điều trị bổ trợ bằng Gemcitabine nội bàng quang tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

2. Nhận xét kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2025.
- Địa điểm: Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân UTBQN được phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô đường niệu chưa xâm lấn cơ và được điều trị bổ trợ bằng Gemcitabine bơm nội bàng quang.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Mô bệnh học là ung thư biểu mô đường niệu không xâm lấn lớp cơ.

+ Điều trị bổ trợ bằng Gemcitabine theo đúng phác đồ.

+ Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh không có lớp cơ trên bệnh phẩm.

+ Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ 2, kể cả ung thư đường niệu trên.

+ Bệnh nhân có các bệnh mãn tính nặng.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ trong khoảng thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2025 được đưa vào nghiên cứu. Có 37 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn và được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2025.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Tuổi (≤60, >60); Giới (Nam, Nữ); lý do vào viện (đái máu, đái khó, bí đái, đái buốt, đái dắt, đau hạ vị, không có triệu chứng); số lượng u (1 u, đa u); kích thước u (< 3cm, ≥3

*Tác giả liên hệ
Email: pham.le175.vmu@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 974029517 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6152

cm); giai đoạn u (Ta,T1,Tis); độ mô học (Độ thấp/ Độ cao); nhóm nguy cơ (nguy cơ thấp, nguy cơ trung bình, nguy cơ cao); đặc điểm tái phát; thời gian tái phát; vị trí tái phát; thời gian sống thêm bệnh không tái phát; tác dụng phụ sau điều trị.

Phân nhóm nguy cơ theo tiêu chuẩn EAU 20202:

- Nguy cơ thấp: U nguyên phát, u đơn độc, TaG1 (U nhú biểu mô đường niệu tiềm năng ác tính thấp, LG), u < 3cm, không có CIS.

- Nguy cơ trung bình: Các khối u không thuộc nhóm nguy cơ thấp và nguy cơ cao.

- Nguy cơ cao: Có ít nhất một trong các tiêu chuẩn: U giai đoạn T1; U có độ mô học G3 (độ cao), có ung thư biểu mô tại chỗ (CIS), khối u TaG1/G2(LG) có đồng thời cả ba đặc điểm: đa ổ, tái phát và kích thước > 3cm

- Nhóm nhỏ các khối u có nguy cơ cao: T1G3/ HG kèm CIS, đa ổ và/ hoặc T1G3/ HG kích thước lớn và/ hoặc tái phát; T1G3/HG, T1G3/HG kèm CIS ở niệu đạo tuyến tiền liệt, một số dạng mô học biến thể của ung thư biểu mô niệu đạo, xâm lấn mạch bạch huyết.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Kế hoạch theo dõi:

+ Ghi nhận thông tin bệnh án của bệnh nhân trước khi được phẫu thuật nội soi cắt u: Thông tin cá nhân (Tuổi, giới, nghề nghiệp, yếu tố nguy cơ), lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu, nội soi bàng quang, siêu âm ổ bụng/hệ tiết niệu, cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ hệ tiết niệu.

+ Đánh giá u trong phẫu thuật theo hồ sơ bệnh án: số lượng u, kích thước u , vị trí u, mô bệnh học u.

+ Ghi nhận các thông tin bệnh án tại thời điểm sau phẫu thuật, trước khi bơm Gemcitabine từ đợt 1 đến đợt 11: Triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu, nội soi bàng quang, siêu âm ổ bụng/ hệ tiết niệu hoặc các bất thường ở bất kỳ thời điểm nào.

- Phác đồ bơm Gemcitabine nội bàng quang: Liều 2000mg/ lần pha trong 50ml dung dịch nước muối, nhịn tiểu sau bơm khoảng 2 giờ. Liều tấn công: 1 tuần/ 1 lần trong 6 tuần, sau đó duy trì 1 tháng/ 1 lần, trong tổng cộng 40 tuần; cân nhắc trì hoãn nếu bệnh nhân có dấu hiệu viêm đường tiết niệu [3].

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS20.0

- Kết quả trình bày theo dạng bảng tần số, tỷ lệ cho biến định tính, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng.

- Thời gian sống thêm bệnh không tái phát được tính theo phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan – Meier.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được sự chấp thuận của Hội đồng nghiên cứu khoa học Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

Các thông tin của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật và chỉ được sử dụng phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu là 65±09, đa phần bệnh nhân trên 60 tuổi (chiếm 67,6%). Đa số bệnh nhân là nam giới (89%). Tỷ lệ nam/nữ=8/1.

Lý do vào viện

Bảng 1. Lý do vào viện

Lý do vào viện	n	%
Đái máu	28	75.7
Rối loạn tiểu tiện (Đái buốt, đái dắt, đái khó)	4	10.8
Đau bụng hạ vị	2	5.4
Không triệu chứng	3	8.1

Bệnh nhân đến khám vì nguyên nhân đái máu (75,7%) chiếm tỷ lệ cao nhất.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Kích thước, số lượng khối u

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

		n	%
Số lượng u	1 u	25	67.6
	Đa u	12	32.4
	Tổng	37	100
Kích thước u	< 3 cm	34	91.9
	≥ 3 cm	3	8.1
Giai đoạn u	Ta	22	59.5
	T1	15	40.5
	Tổng	37	100
Độ mô học	Độ thấp	13	35.1
	Độ cao	24	64.9
	Tổng số	37	100
Nhóm nguy cơ	Nguy cơ trung bình	20	54,1
	Nguy cơ cao	17	45,9
	Tổng số	37	100

67,6% trường hợp có 1 u, trong đó đa phần u dưới 3cm (91,9%). Không gặp u Tis. Đa phần u có độ mô học độ cao (64,9%).

Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ cao gần tương đương nhau.

3.3. Kết quả điều trị bơm Gemcitabine

Tỷ lệ bệnh nhân tái phát sau điều trị TURBT + bơm hóa chất nội bàng quang Gemcitabine

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân tái phát sau điều trị

Bệnh tái phát		n	%
Có tái phát	< 6 tháng	0	0
	6-12 tháng	4	10.8
	≥ 12 tháng	5	13.5
Không tái phát		28	75.5
Tổng		37	100

Có 9 trường hợp bệnh nhân tái phát, thời gian tái phát trung bình là 13,3 tháng, không có trường hợp nào tái phát dưới 6 tháng.

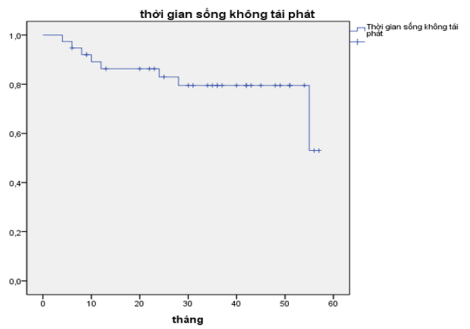
Đặc điểm u tái phát

Bảng 4. Đặc điểm u tái phát

Đặc điểm	n	%
Tái phát tại chỗ	5	13,5
Tái phát tiến triển thành UTBQ xâm lấn	4	10.8
Tái phát di căn xa	0	0

Trong 9 bệnh nhân tái phát, không có trường hợp nào di căn xa, 5 bệnh nhân tái phát tại chỗ, 4 bệnh nhân tái phát tiến triển thành UTBQ xâm lấn.

Thời gian sống thêm bệnh không tái phát

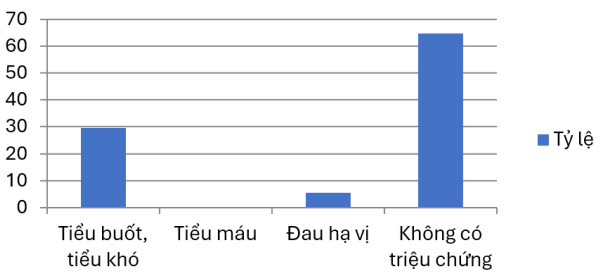


Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống không tái phát theo thời gian

Tỷ lệ sống không có u tại các thời điểm:

6 tháng, 12 tháng, 24 tháng lần lượt là 100%; 89,1%; 74%. Thời gian sống trung bình bệnh không tái phát 25,92±10,6.

Tác dụng phụ sau bơm hóa chất Gemcitabine



Biểu đồ 2. Tác dụng phụ sau bơm hóa chất Gemcitabine

Đa phần sau bơm hóa chất nội bàng quang bệnh nhân không có tác dụng phụ (64,9%). 29,7% bệnh nhân có biểu hiện đường tiểu tại chỗ (tiểu buốt, tiểu khó), không có bệnh nhân tiểu máu sau bơm.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Tuổi: Tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư bàng quang nông là 65±9, với tỷ lệ bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 67,6% cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Trà và cộng sự tại Bệnh viện K (56,8 ± 13,7 tuổi, dao động 23–84) [4].

- Giới : Nam giới chiếm tỷ lệ cao (89%). Kết quả này khá tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Thu Trà, 86,6% nam giới/ 13,4% nữ giới [4] ;trong nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Hương tỷ lệ này là 85%/15% [5]. Tỷ lệ nam mắc nhiều hơn nữ có thể do thói quen hút thuốc lá, tiếp xúc nghề nghiệp, ...

- Lý do vào viện : Tác giả Nguyễn Thị Thu Trà và Nguyễn Quỳnh Hương đánh giá đái máu là nguyên nhân thường gặp nhất ở bệnh nhân chẩn đoán mới ung thư bàng quang với tỷ lệ lần lượt là 72,9% và 76,8% [4,5]; tương tự với nghiên cứu của chúng tôi (75,7%).

Đái máu là dấu hiệu cảnh báo quan trọng nhất để phát hiện sớm ung thư bàng quang, tuy nhiên cũng cần chú trọng đến các triệu chứng ít đặc hiệu như rối loạn tiểu tiện, đau hạ vị, hoặc bệnh nhân không có triệu chứng, tránh bỏ sót chẩn đoán.

- Kích thước, số lượng u: Số lượng khối u có thể được đánh giá qua siêu âm, qua chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, nội soi bàng quang trước phẫu thuật, và khi phẫu thuật.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có 1 khối u chiếm đa số (67,6%), trong khi số bệnh nhân có nhiều khối u ít gặp hơn (32,4%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Tác giả Hà Mạnh Cường đánh giá có 61% bệnh nhân có 1 khối u, 39% bệnh nhân có từ 2 khối u trở lên1. Nguyễn Thị Thu Trà và cs ghi nhận 72% bệnh nhân có u đơn ổ, 28% đa ổ [4].

91,9% bệnh nhân có khối u kích thước < 3 cm. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Hà Mạnh Cường [1] 76,3% có u với kích thước < 3 cm. Kết quả trên cho thấy kích thước u < 3 cm là đặc điểm phổ biến nhất trong đa số bệnh nhân ung thư bàng quang nông. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng u ≥ 3 cm thường đi kèm giai đoạn bệnh nặng hơn, độ mô học ác tính cao hơn, và nguy cơ tái phát cao hơn so với u nhỏ

- Giai đoạn, độ mô học: Trong nghiên cứu này, 59,5% bệnh nhân được chẩn đoán u ở giai đoạn Ta; cao hơn 40,5% giai đoạn T1; không có bệnh nhân nào được chẩn đoán ở giai đoạn Tis.

Kết quả này có sự khác biệt so với 37,8% giai đoạn Ta; 56,1% giai đoạn T1; 6,1% giai đoạn Tis trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Trà và cs [4]. Tác giả Trần Quang Hưng và cs, đánh giá 45,8% u giai đoạn Ta; 52,1% bệnh nhân có khối u giai đoạn T1 và 2,1% u ở giai đoạn Tis [6].

Việc chưa ghi nhận trường hợp bệnh nhân UTBQN ở giai đoạn Tis có thể do các nguyên nhân sau: tỷ lệ giai đoạn Tis thấp, hoặc chưa có đủ phương tiện để phát hiện chẩn đoán sớm.

- Phân nhóm nguy cơ: Theo phân loại EAU, 54,1% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ trung bình; 45,9% nguy cơ cao; không có trường hợp nào thuộc nhóm nguy cơ thấp. Tỷ lệ này có sự tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thu Trà 56,1% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ trung bình, 43,9% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao [4]. Tuy nhiên,lại có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Hà Mạnh Cường 16,9% nguy cơ thấp chiếm, 20,4% nguy cơ trung bình, 62,7% nhóm nguy cơ cao chiếm tỷ lệ cao nhất [1]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dịch tễ, cỡ mẫu nghiên cứu.

4.2. Kết quả điều trị bơm Gemcitabine nội bàng quang

- Tỷ lệ bệnh nhân tái phát: Trong tổng số 37 bệnh nhân nghiên cứu, có 9 bệnh nhân bị tái phát, chiếm tỷ lệ 24,3%, trong đó không có trường hợp nào tái phát sớm (<6 tháng), có 4 bệnh nhân tái phát trong vòng 6-12 tháng (chiếm 10,8%), 5 bệnh nhân tái phát trên 12 tháng (chiếm 13,5%). Thời gian tái phát trung bình là 13.3 tháng, bệnh nhân bị tái phát sớm nhất là 7 tháng, dài nhất là 22 tháng.

Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn so với các kết quả của các tác giả khác đã báo cáo trước đó.

Trần Quang Hưng (2024) [6] nghiên cứu trên 48 bệnh nhân tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp điều trị kết hợp bơm hóa chất Gemcitabine sau TUR có tỷ lệ tái phát là 12,5%.

4.3. Đặc điểm u tái phát

Có 05 bệnh nhân tái phát tại chỗ (chiếm tỷ lệ 13,5%), 4 bệnh nhân tái phát tiến triển thành ung thư bàng quang xâm lấn (chiếm 10,8%) và không có trường hợp di căn xa trong thời gian theo dõi. Kết quả này cho thấy phần lớn bệnh nhân được kiểm soát u tương đối tốt trong thời gian

theo dõi

4.4. Tác dụng phụ sau bơm hóa chất bàng quang Gemcitabine

Đa số bệnh nhân không có triệu chứng (64,9%), 27,9% bệnh nhân tiểu buốt, tiểu khó, 5,4% đau bụng hạ vị. Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Trần Quang Hưng6, 25% có triệu chứng tiểu buốt dắt ; 70,8% không ghi nhận tác dụng phụ sau điều trị.

4.5. Thời gian sống thêm không tái phát

Thời gian sống thêm không tái phát trung bình là 25,92±10,6 tháng. Tỷ lệ sống thêm không tái phát thời điểm 12 tháng, 24 tháng lần lượt là 89,1% ; 74%. Kết quả này có sự khác biệt với một số tác giả trong và ngoài nước.

Theo Hà Mạnh Cường1 thời gian sống không có u trung bình là 34,7± 8,62 tháng, tỷ lệ sống không có u ở thời điểm 12 tháng, 24 tháng tương ứng là 96,65, 86,4%. Tác giả Soria F (2021) và cs, tỷ lệ sống không có u ở thời điểm 2 năm sau phẫu thuật đạt 54% [7].

Sự khác biệt này có thể do khác nhau về thời gian theo dõi, số lượng bệnh nhân.

4.6. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu còn tương đối nhỏ, do đó tính khái quát của kết quả còn hạn chế. Bên cạnh đó, nghiên cứu không có nhóm chứng để so sánh và thời gian theo dõi chưa dài, nên chưa đánh giá đầy đủ được hiệu quả lâu dài cũng như các biến cố muộn.

5. KẾT LUẬN

Tai cơ sở nghiên cứu, bước đầu cho thấy Gemcitabine nội bàng quang là phương pháp điều trị bổ trợ an toàn, hiệu quả cho bệnh nhân ung thư bàng quang nông sau TURBT, góp phần giảm tái phát và cải thiện thời gian sống thêm không tái phát.

KIẾN NGHỊ

Cần triển khai rộng rãi Gemcitabine nội bàng quang trong điều trị ung thư bàng quang nông và có thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả thực sự của liệu pháp điều trị ung thư bàng quang nông bằng Gemcitabine, cũng như đánh giá các tác dụng phụ và tỷ lệ tái phát trên nhóm bệnh nhân tham gia điều trị bằng liệu pháp này.

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc, Hội đồng Đạo đức Bệnh viện, tập thể cán bộ Khoa Nội V cùng các khoa, phòng của Bệnh viện Ung bướu Nghệ An đã tạo điều kiện và hỗ trợ tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Cường H. M. 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. (2021).

[2] M. Babjuk (Chair) et al. EAU Guidelines on Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer (TaT1 and CIS). (2020).

[3] Zeng, J. et al. Gemcitabine as first-line therapy for high-grade non-muscle invasive bladder cancer: results from a tertiary center in the contemporary BCG-shortage era. Transl Androl Urol 12, 960–966 (2023).

[4] Nguyễn Thị Thu Trà, Vũ Quang Toản, & Nguyễn Xuân Hậu. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG NÔNG BẰNG BCG NỘI BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN K. Tạp chí Y Học Việt Nam Tập 536-Tháng 3-Số 1, 1–4 (2024).

[5] Hương N. Q., Tú Đ. A. & Huy T. L. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BÀNG QUANG NÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ BẰNG EPIRUBICIN NỘI BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN K. VMJ 533, (2023).

[6] Trần Quang Hưng & Bùi Thị Ngọc Thảo. Kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi kết hợp bơm hóa chất Gemcitabin tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. Tạp chí Y học Việt Nam tập 539- Tháng 6- Số chuyên đề 2024 -2024 377–383 (2024).

[7] Soria, F. et al. Stratification of Intermediate-risk Non-muscle-invasive Bladder Cancer Patients: Implications for Adjuvant Therapies. Eur Urol Focus 7, 566–573 (2021).