

# Kết quả phẫu thuật nội soi trong cắt đại tràng do ung thư tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2

Nguyễn Thanh Xuân, Phan Đình Quốc Dũng

Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2

## Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Thanh Xuân,  
Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2  
QL1A, Phong An, Phong Điền,  
Thành phố Huế  
Điện thoại: 0945 313 999  
Email: thanhxuanbvh@gmail.com

**Ngày nhận bài: 27/9/2023**

**Ngày chấp nhận đăng:  
30/9/2024**

**Ngày xuất bản: 28/3/2025**

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư đại tràng và kết quả về thời gian sống thêm của người bệnh ung thư đại tràng được tiến hành phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại tràng kèm mạc treo tương ứng đồng thời hóa trị hỗ trợ sau mổ.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 60 người bệnh được chẩn đoán là ung thư đại tràng và được tiến hành phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại tràng CME (complete mesocolic excision) và hóa chất sau mổ tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2 từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2023.

**Kết quả:** Số lượng người bệnh nam > nữ ở độ tuổi trung bình khoảng 60 tuổi, đi khám với triệu chứng chủ yếu là đau bụng. Người bệnh được tiến hành phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại tràng kèm mạc treo tương ứng với vị trí u phổ biến là đoạn đại tràng sigma và đại tràng phải lần lượt là 40%; 36,7%. Sau phẫu thuật người bệnh được xác định chính xác giai đoạn dựa vào kết quả giải phẫu bệnh và điều trị hóa chất hỗ trợ tại khoa ung bướu với người bệnh ở giai đoạn IIc trở lên phác đồ FOLFOX hoặc CAPEOX. Kết quả sống thêm năm đầu sau phẫu thuật là 100%, tỉ lệ sống thêm không bệnh giảm dần ở năm thứ 2 và năm thứ 3 với tỉ suất người bệnh được phân loại giai đoạn bệnh muộn IIIa, IIIb lần lượt là 70%;60% ở năm thứ 2 và 60%;50% năm thứ 3.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại tràng kèm mạc treo tương ứng trong điều trị ung thư đại tràng là một phương pháp điều trị triệt căn mang lại kết quả tốt, người bệnh cần được xác định đúng giai đoạn bệnh và điều trị hóa chất sau mổ để kéo dài thời gian sống thêm.

**Từ khóa:** Ung thư đại tràng, PTNS cắt đoạn đại tràng kèm mạc treo tương ứng, Thời gian sống thêm toàn bộ.

# Outcome of laparoscopic colectomy for cancer at Hue Central Hospital Branch 2

Nguyễn Thanh Xuân, Phan Dinh Quoc Dung

Hue Central Hospital Branch 2

## Abstract

*Introductions:* We have conducted the study on clinical as well as para-clinical characteristics and survival time of patients who underwent colon segment resection with CME (complete mesocolic excision) and postoperative chemotherapy for colon cancers.

*Patients and Methods:* A prospective descriptive study was conducted on 60 patients with colon cancers who underwent laparoscopic colon segment resection with CME and postoperative chemotherapy at Hue Central Hospital, Branch 2, from January 2020 to March 2023.

*Results:* There were more male patients than female, with an average age was 60 years, and the main manifestation at the time of examination was abdominal pain. Patients underwent laparoscopic colon segment resection corresponding mesocolon removal, with the most common tumor locations being the sigmoid colon and the right colon at 40% and 36.7%, respectively. After surgery, the stage of colon cancers was accurately determined based on histopathological results and received adjuvant chemotherapy in the oncology department for those at stage IIc or higher, following the FOLFOX or CAPEOX regimens. The first-year postoperative survival rate was 100%, while the disease-free survival rate gradually decreased in the second and third years, with the proportion of patients classified as having late-stage disease (IIIa, IIIb) being 70% and 60% in the second year, and 60% and 50% in the third year, respectively.

*Conclusions:* Laparoscopic colectomy with mesentery resection for colon cancer is a radical treatment method that brings good results. Patients need to be diagnosed to determine the accurate stage of the disease for postoperative adjuvant chemotherapy in order to increase survival time.

*Keywords:* colon cancer, laparoscopic colectomy in colon cancer, overall survival rates.

## Đặt vấn đề

Trên toàn thế giới ung thư đại trực tràng đứng thứ 3 trong số các ung thư được chẩn đoán, ước tính khoảng 1.880.725 ca mắc mới trong năm 2020 [1]. Tại Mỹ tỷ lệ mắc mới là 3-4% trong những năm

2000 sau đó giảm 1% từ 2011 đến 2019 tuy nhiên tỷ lệ này lại tăng lên ở người trẻ ở mức 1-2% mỗi năm.[2]

Tại Việt Nam mỗi năm có khoảng 16.000 ca mắc mới ung thư đại trực tràng và đây là loại ung thư

được xếp hạng thứ 5 về tỉ lệ mắc và tử vong tại Việt Nam sau ung thư gan, phổi, vú và dạ dày.

Tiêu chuẩn cắt đại tràng kèm mạc treo tương ứng CME [3] (complete mesocolic excision) được thực hiện trong tất cả các người bệnh tiến hành phẫu thuật tại khoa, với mất phẳng cắt dựa trên mặt phẳng phân thoi học của mạc treo trực tràng, kỹ thuật thắt sát gốc CVL để vét các nhóm hạch gốc động mạch đã được chứng minh kết quả cải thiện rõ rệt, giảm tái phát tại chỗ. Khả năng vét hạch của diện cắt CME cũng tốt hơn phẫu thuật kinh điển từ đó giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ từ 6,5% xuống 3,6% và cải thiện thời gian sống thêm từ 82,1% lên 89,1% sau 05 năm [4] [5].

Hiện nay, phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng trong điều trị ung thư trực tràng đã được đồng thuận tạo cơ sở để phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng ngày càng được nghiên cứu rộng rãi.[4] Để làm rõ hiệu quả của phương pháp này đòi hỏi phải có nhiều nghiên cứu hơn nữa. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư biểu mô đại tràng và kết quả phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo (CME) kết hợp hóa chất sau mổ.

## **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**

### **Đối tượng:**

Gồm 60 người bệnh ung thư biểu mô tuyến đại tràng được chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm hạch mạc treo tương ứng (CME) từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2023. Sau đó với người bệnh có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ ở giai đoạn IIc được điều trị hóa chất tại khoa ung bướu.

### **Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

Người bệnh được chẩn đoán ung thư đại tràng giai đoạn I, II, III theo AJCC (Dựa vào nội soi, CT scan bụng- ngực có thuốc hoặc X quang ngực thẳng trước mổ)

ASA từ I-III

Kết quả giải phẫu bệnh sau nội soi sinh thiết là

ung thư biểu mô tuyến, được đánh giá không có di căn xa trước mổ dựa trên ct bụng và x quang phổi, xác định đầy đủ thông tin về bệnh phẩm (độ dài đoạn đại tràng, bờ an toàn, số lượng hạch, số hạch dương, mức độ biệt hóa và pTNM sau mổ).

Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ đầy đủ thông tin nghiên cứu.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

Ung thư đại tràng biến chứng thủng hoặc tắc do u, hình ảnh học trước mổ có kết quả di căn xa dựa vào MRI hoặc Chụp cắt lớp vi tính.

Bệnh lý nội khoa nặng chống chỉ định phẫu thuật với ASA IV, V.

### **Phương pháp nghiên cứu:**

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc

#### **Địa điểm nghiên cứu**

Khoa ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trung Ương Huế cơ sở 2

#### **Các biến số nghiên cứu**

Đặc điểm về giới, đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng, đánh giá giai đoạn TMN được thể hiện trong bảng, đặc điểm phẫu thuật, tai biến và biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện, thời gian sống thêm sau mổ.

#### **Chỉ tiêu nghiên cứu:**

Chỉ tiêu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh trước mổ được thăm khám đầy đủ và làm xét nghiệm như marker ung thư, xét nghiệm hình ảnh trước mổ (MRI, Chụp CT scanner ngực bụng, nội soi đại tràng sinh thiết kèm kết quả giải phẫu bệnh trước mổ, x quang phổi...) đánh giá không có nghi ngờ di căn xa và xâm lấn trước phẫu thuật.

Chỉ tiêu về vị trí phẫu thuật xác định trong mổ được thể hiện ở bảng, các chỉ tiêu về thời gian mổ và lượng máu mất trong mổ. Chỉ tiêu về tử vong ngắn hạn được định nghĩa là tử vong trước khi ra viện hoặc 30 ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Các tai biến và biến chứng phẫu thuật lớn được xác định với bất kỳ biến chứng cần phải phẫu thuật lại.

Phẫu thuật cắt đại tràng xác định theo nguyên tắc của Hội Ung thư đại trực tràng của Nhật Bản về phân loại và điều trị 2019 bao gồm: cắt đại tràng phải đối với u từ manh tràng đến góc gan, đại tràng ngang đối với u từ góc gan đến góc lách, đại tràng xuống từ góc lách đến đầu sigma và đoạn sigma đến đầu trực tràng; tuân thủ nguyên tắc phẫu thuật CME.[4] [6] [7] Người bệnh được PTNS với tiêu chí lấy toàn bộ mạc treo kèm phần đại tràng cắt bỏ do ung thư, mặt phẳng phẫu tích lớp phúc mạc tạng nguyên vẹn cả 2 bên để đảm bảo bộc lộ gốc của các mạch máu cung cấp. Thắt sát gốc của các mạch máu (CVL) cung cấp chính cho đoạn đại tràng. Nạo vét hạch D3, cắt đại tràng theo nguyên tắc nguyên khối “enbloc” và không chạm vào khối u “Notouch”, đoạn đại tràng bờ trên  $\geq 10\text{cm}$  và bờ dưới u  $\geq 5\text{cm}$  đảm bảo R0.

Bệnh phẩm được lấy ra sau mổ qua đường mổ nhỏ trên rốn hoặc đường pfannenstiel được đem đi làm giải phẫu bệnh và phẫu tích cẩn thận các lớp phúc mạc tạng cũng như mạc treo đại tràng để không bỏ sót các tổ chức hạch bạch huyết. Khối u được đánh giá phân loại giai đoạn pTNM theo AJCC, phân loại mô học và độ mô học theo hướng dẫn của WHO 2010. [8]

Người bệnh tái khám được thăm khám lâm sàng và được làm các xét nghiệm kiểm tra như marker ung thư (CEA), xét nghiệm siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính ngực bụng, x quang phổi và được nội soi lại đại tràng nếu như có các triệu chứng nghi ngờ trên lâm sàng hoặc hình ảnh bất thường trên siêu âm. Đối với các người bệnh từ giai đoạn IIc, III(a,b) được tư vấn và khám chuyên khoa ung bướu để điều trị hóa trị sau mổ

Nghiên cứu tuân theo các quy chuẩn đạo đức nghiên cứu, các người bệnh được giải thích về nghiên cứu và đồng ý tham gia, các thông tin về kết quả nghiên cứu của người bệnh được đảm bảo giữ bí mật.

## Kết quả

Đặc điểm chung gồm 60 người bệnh (tuổi từ 26 đến 91) tuổi trung bình là  $59,6 \pm 13,7$ , tỉ lệ nam/nữ là 1,3/1 (gồm 34 nam và 26 nữ). Triệu chứng cơ năng phổ biến là đau bụng với 42 (70%), đi cầu phân máu là 10 (16,7%), và các triệu chứng khác chiếm 13,3%. ASA 1-2 chiếm đa số với tỷ lệ 96,7%. Vị trí u đại tràng sigma chiếm nhiều nhất với 24 trường hợp chiếm 40%, đại tràng lên chiếm tỷ lệ 22 (36,7%), đại tràng xuống và đại tràng ngang chiếm tỷ lệ ít nhất lần lượt là 12 (20%) và 2 (3,3%). Phẫu thuật cắt sigma và trực tràng cao chiếm đa số. Khối u pT2, pT3 chiếm lần lượt là 12 (20%) và 38 (63,3%).

Bảng 1. Dữ liệu về đặc điểm và triệu chứng trước mổ

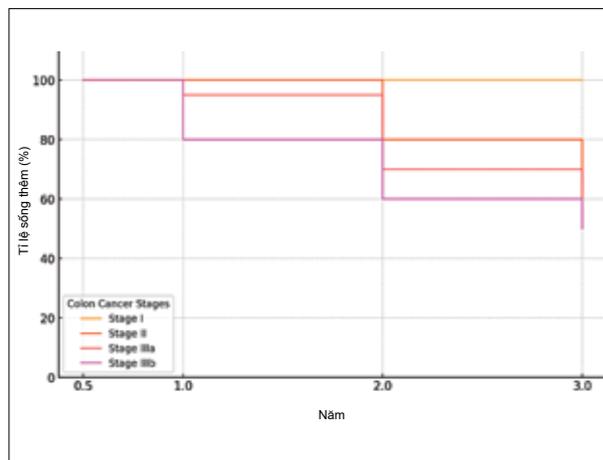
	n (%)	
Triệu chứng	Đau bụng	70
	Đi cầu phân máu	16,7
	Triệu chứng khác (bán tắc ruột, rối loạn đại tiện...)	13,3
Giới tính nam	56,7	
Tuổi trung bình	$59,6 \pm 13,7$	
ASA 1	46 (76,7)	
ASA 2	12 (20)	
ASA 3	2 (3,3)	
CEA trước mổ	> 5 ng/ml	38 (63,3)
	< 5 ng/ml	22 (36,7)
Vị trí u trong nội soi	Đại tràng phải	22 (36,7)
	Đại tràng ngang	2 (3,3)
	Đại tràng trái	12 (20)
	Đại tràng sigma	24 (40)

Bảng 2. Phương pháp và kết quả trong mổ, biến chứng hậu phẫu, tử vong

Đặc điểm	n (%)
Vị trí u trong phẫu thuật	Cắt ½ đại tràng phải 2 (3,3)
	Cắt đại tràng phải mở rộng 20 (33,4)
	Cắt đại tràng ngang 2 (3,3)
	Cắt đại tràng trái 12 (20)
	Cắt đại tràng sigma - trực tràng 24 (40)
Đặc điểm trong mổ	Thời gian mổ 146,7 (120-180)
	Mất máu <100ml 46 (76,7)
Biến chứng sau mổ	Nhiễm trùng vết mổ 2 (3,3)
	Tắc ruột sớm sau mổ 1 (1,7)
	Tử vong 0
Số lượng hạch trung bình/ Tổng số hạch vết	32,6 ± 19,7/ 1920
Số hạch dương	49
Giai đoạn sau mổ	Giai đoạn I 28
	Giai đoạn IIa 8
	Giai đoạn IIb 4
	Giai đoạn IIc 2
	Giai đoạn IIIa 6
	Giai đoạn IIIb 12

Bảng 3. Kết quả tái khám sau mổ và thời gian sống thêm sau mổ (đến tháng 06/2023)

Đặc điểm	n (%)
Tỷ lệ tái phát	06 tháng 0
	01 năm 0
	02 năm 4 (6,7)
	03 năm 6 (10)
Thời gian sống thêm không bệnh	06 tháng 60 (100)
	01 năm 54 (90)
	02 năm 46 (75)
	03 năm 36 (60)



Biểu đồ kaplan-meier về tương quan giữa giai đoạn u và thời gian sống thêm

**Bàn luận**

Kết quả đặc điểm về giới trong nghiên cứu không có nhiều khác biệt và phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước.[5] Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn tuổi trung bình của các nước phương Tây theo như tác giả Storli 2013 ở Na Uy là 72,5 ± 11,3, theo tác giả Bertelsen 2019 ở Đan

Mạch là 73,5 tuổi.[5] So sánh có sự tương quan với các tác giả trong nước và khu vực như trong nghiên cứu của Cho Min Soo tại Hàn Quốc trên 773 người bệnh có tuổi trung bình là 61,5 ± 11,4 [6] [9] tác giả Huỳnh Thanh Long 2018.[10]. Đặc điểm về triệu chứng cơ năng của người bệnh đi khám là do đau bụng là 70%, đại tiện phân máu là 16,7%, ở một

số trường hợp do chảy máu từ khối u sùi vào lòng đại tràng và đi phân máu không phải là triệu chứng chiếm tỉ lệ cao vì có thể đã bỏ qua đại tiện phân máu dạng vi thể chỉ tìm thấy ở kết quả soi phân, tỷ lệ này tương tự các tác giả ở Việt Nam như tác giả Nguyễn Đình Hối và Nguyễn Hoàng Bắc mô tả trong bệnh học ngoại khoa tiêu hóa. [11] [12]

Phẫu thuật nội soi đại tràng theo chương trình và được chỉ định cho những người bệnh có ASA 1-2 là phổ biến, còn đối với các người bệnh được đánh giá ASA trước mổ là 3 thì nguy cơ liên quan đến biến chứng sau mổ gia tăng. Các người bệnh trong nghiên cứu chủ yếu ở ASA 1 và 2 chiếm tỷ lệ 96,7%. Sau mổ không có trường hợp nào biến chứng chảy máu hay dò miệng nối, chỉ có 02 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 01 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ được xử lý rút dẫn lưu hố chậu phải sau đó người bệnh phục hồi. Lượng máu mất trong mổ < 100ml chiếm tỷ lệ cao với 76,7% tương đương với tác giả Trần Hồng Vũ với lượng mất máu trung bình là 50ml [13], thời gian người bệnh nằm viện trung bình là 9,8 ngày phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước Huỳnh Thanh Long 2018 [10] ghi nhận lượng máu mất trong mổ trung bình là 68,5 ml, Văn Tần 2014[14] với một trường hợp chảy máu trong mổ từ 100- 200ml đã xử trí cầm máu bằng hemolock.

Về vị trí u thì u đại tràng sigma chiếm nhiều nhất với 40% các trường hợp. Tiếp theo là u đại tràng lên, đại tràng xuống và đại tràng ngang với lần lượt 36,7%, 20% và 3,3%. Tương tự nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước với vị trí u ở đại tràng sigma chiếm đa số.[6] [9] [10]

Về giai đoạn thì giai đoạn I chiếm đa số với 28 và giai đoạn II chiếm 14, giai đoạn IIIa có 06 trường hợp, gđ IIIb chiếm 12 trường hợp, các kết quả về giai đoạn này được đánh giá sau mổ và dựa vào giải phẫu bệnh học. Độ mô học sau mổ với độ I chiếm 60%. Số hạch vét tiêu chuẩn là 12 hạch trong phẫu thuật ung thư đại tràng là thước đo cho chất lượng phẫu thuật từ những năm 1990 đến ngày nay [15], tuy nhiên việc kiểm soát về mẫu bệnh phẩm cũng như quá trình lọc hạch vẫn đang làm xuất hiện hơn 25% các người bệnh được cắt bỏ đại trực tràng

nhưng không đảm bảo tiêu chuẩn này. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì 100% người bệnh có số lượng hạch vét được sau phẫu thuật  $\geq 12$  hạch bạch huyết. Số lượng hạch vét được trung bình là  $32,6 \pm 19,7$  (20-96) hạch/ 1920 hạch vét được, số hạch dương là 49 người bệnh. Số lượng hạch vét còn hạn chế một phần vì quy trình lọc lấy hạch bạch huyết từ mẫu bệnh phẩm sau mổ chưa được tiêu chuẩn hóa.

Phẫu thuật này với mức độ nạo vét hạch mở rộng có thể làm tăng nguy cơ hơn so với phẫu thuật truyền thống về mặt lý thuyết. Tuy nhiên, các nghiên cứu y học gần đây chỉ ra rằng, biến chứng hậu phẫu của phẫu thuật CME & CVL có cao hơn phẫu thuật truyền thống, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 02 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ do ống dẫn lưu chèn ép. Vì vậy đây là một phẫu thuật an toàn, khả thi.

Ngoài ra tỷ lệ tái phát sau mổ là rất thấp với 04 trường hợp tái phát sau 02 năm và 06 trường hợp sau 03 năm. Thời gian sống thêm của người bệnh trong nghiên cứu đến thời điểm hiện tại là năm thứ 03 đạt 50%. Cho thấy diện cắt CME với khả năng vét hạch bạch huyết triệt để cũng như phác đồ điều trị hóa chất cho người bệnh từ gđ IIc trở lên cần được thực hiện một cách thường quy và phối hợp để mang lại được kết quả tốt nhất. [16] [17]. Tuy nhiên với vị trí của bệnh viện TW Huế cơ sở 2 nằm tại vùng nông thôn hầu hết người bệnh điều kiện còn khó khăn, nên việc để người bệnh quay trở lại tái khám, tiếp tục điều trị hóa chất sau mổ vẫn còn nhiều khó khăn, thời gian tiến hành nghiên cứu còn ngắn nên chưa đánh giá đầy đủ... có thể thấy rằng tỉ lệ sống thêm của số người bệnh có quay lại tái khám vẫn còn thấp do chưa được thống kê đầy đủ.

## Kết luận

Qua nghiên cứu 60 người bệnh ung thư biểu mô đại tràng được phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại tràng, nạo vét hạch kèm hóa chất sau mổ chúng tôi có những kết luận sau:

Bệnh ung thư biểu mô đại tràng thường có những triệu chứng cơ năng âm thầm như đau bụng chiếm

đến 70% các người bệnh UTBMĐT đến với chúng tôi và dễ nhầm lẫn với các bệnh lí nội khoa của đại tràng, việc thăm khám kĩ lâm sàng và chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng để sàng lọc ung thư biểu mô đại tràng rất quan trọng, trong đó chụp cắt lớp vi tính và nội soi đại tràng là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán. Bên cạnh đó chỉ số về marker như CEA tuy vẫn không tăng trong 36,7% trường hợp nhưng là một tiêu chuẩn tiên lượng và theo dõi người bệnh.

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô đại tràng cho thấy tính an toàn với tỉ lệ tai biến trong mổ gần như không có, thời gian phẫu thuật ngắn, tỉ lệ mất máu thấp... biến chứng sau mổ khoảng 5% các biến chứng nhẹ có thể điều trị nội khoa. Kết hợp phác đồ điều trị hóa chất sau mổ ở những người bệnh giai đoạn IIc trở lên mang lại kết quả khả quan về tỷ lệ tái phát sau mổ thấp: không có ca tái phát ở năm thứ nhất, 6% ở năm thứ 2 và 10% ở năm thứ 3 và thời gian sống thêm cho người bệnh ở giai đoạn II, III lần lượt là 70%, 60% cho thấy tính khả thi và hiệu quả mà phẫu thuật đem lại.

Yếu tố hạch vét cũng như loại tế bào phân độ biệt hóa tốt đem lại tiên lượng về thời gian sống thêm tốt hơn cho người bệnh.

### Tài liệu tham khảo

1. Sung, H., et al., Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, 2021. 71(3): p. 209-249.
2. Siegel, R.L., et al., Colorectal cancer statistics, 2020. CA: a cancer journal for clinicians, 2020. 70(3): p. 145-164.
3. Hohenberger, W., et al., Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation--technical notes and outcome. Colorectal Dis, 2009. 11(4): p. 354-64.
4. Bertelsen, C.A., et al., 5-year outcome after complete mesocolic excision for right-sided colon cancer: a population-based cohort study. Lancet Oncol, 2019. 20(11): p. 1556-1565.
5. Galizia, G., et al., Is complete mesocolic excision with central vascular ligation safe and effective in the surgical treatment of right-sided colon cancers? A prospective study. International journal of colorectal disease, 2014. 29: p. 89-97.
6. Cho, M.S., et al., Modified complete mesocolic excision with central vascular ligation for the treatment of right-sided colon cancer: long-term outcomes and prognostic factors. Ann Surg, 2015. 261(4): p. 708-15.
7. Watanabe, T., et al., Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2010 for the treatment of colorectal cancer. Int J Clin Oncol, 2012. 17(1): p. 1-29.
8. Madoff, 2012. Defining quality in colon cancer surgery, journal of clinical oncology, volume 30, number 15.
9. Huang, J.L., et al., Comparison of laparoscopic versus open complete mesocolic excision for right colon cancer. Int J Surg, 2015. 23(Pt A): p. 12-7.
10. Huỳnh Thanh Long, 2018. Nghiên cứu mức độ di căn hạch và đánh giá kết quả điều trị triệt căn ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y Việt Nam.
11. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2013), "Ung thư đại tràng", Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, nxb Y học, tr. 405 - 420.
12. Nguyễn Hoàng Bắc, 2013. Bệnh học ngoại tiêu hóa-DH Y HCM, trang 67-68.
13. Trần Hồng Vũ, 2016. Đánh giá kết quả nội soi một cổng điều trị ung thư đại tràng, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Dược Huế.
14. Văn Tần, Trần Vĩnh Hưng, Dương Thanh Hải (2014), "Nội soi so với mổ mở ung thư đại tràng", Y học TP. Hồ Chí Minh, 18(1), tr 49 - 51.
15. Yoo, S.J., et al., A case of the inferior mesenteric artery arising from the superior mesenteric artery in a Korean woman. J Korean Med Sci, 2011. 26(10): p. 1382-5.
16. Rinne, J.K., et al., Laparoscopic colectomy vs laparoscopic CME: a retrospective study of two hospitals with comparable laparoscopic experience. Journal of Gastrointestinal Surgery, 2021. 25: p. 475-483.
17. Podda, M., et al., Laparoscopic versus open colectomy for locally advanced T4 colonic cancer: meta-analysis of clinical and oncological outcomes. British Journal of Surgery, 2022. 109(4): p. 319-331.