

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy chủng vi khuẩn *Staphylococcus aureus* phân lập từ người bệnh tại Bệnh viện Da liễu Trung ương có tỷ lệ đề kháng kháng sinh rất cao, với 67,7% là MRSA và tỷ lệ Đa Kháng Thuốc (MDR) cao, đặc biệt tập trung tại các khoa điều trị nội trú gồm Khoa Phẫu thuật, Khoa Điều trị bệnh da phụ nữ và trẻ em, và Khoa Điều trị bệnh da nam giới. Phổ kháng chỉ ra rằng các kháng sinh kinh điển (penicillin, azithromycin, clindamycin) gần như không còn hiệu lực, trong khi doxycycline và trimethoprim-sulfamethoxazole vẫn giữ được hiệu lực tốt cho các chủng MSSA và nhiễm khuẩn cộng đồng. Linezolid duy trì hiệu lực tuyệt đối (100% nhạy cảm), khẳng định vai trò là kháng sinh dự trữ quan trọng cần được bảo tồn nghiêm ngặt. Do đó, cần thiết phải tăng cường các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn tại các khoa nội trú và áp dụng Chương trình Quản lý Kháng sinh để tối ưu hóa phác đồ điều trị và bảo tồn hiệu lực của các kháng sinh dự trữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Friedman, B.C. and R.D. Goldman. Anti-staphylococcal treatment in dermatitis. *Can Fam Physician*, 2011. 57(6): p. 669-71.
2. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*, 2022. 399(10325): p. 629-655.

3. Kong, H.H., J. Oh, C. Deming, et al. Temporal shifts in the skin microbiome associated with disease flares and treatment in children with atopic dermatitis. *Genome Res*, 2012. 22(5): p. 850-9.
4. An, N.V., H.T. Nguyen, V. Nguyen Le, et al. Antimicrobial Susceptibility Profile of Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus* Isolated from Clinical Samples at Bac Ninh Provincial General Hospital, Vietnam. *Infect Drug Resist*, 2024. 17: p. 4113-4123.
5. Goulet, C.S., M.A. Daouda, S.O. Oye Bingono, et al. Temporal trends of skin and soft tissue infections caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Gabon. *Antimicrob Resist Infect Control*, 2024. 13(1): p. 68.
6. Al-Bdery, A.S.J., G.J. Mohammad, and B. Hussien. Vancomycin and linezolid resistance among multidrug-resistant *Staphylococcus aureus* clinical isolates and interaction with neutrophils. *Gene Reports*, 2020. 21: p. 100804.
7. Matsui, K., Y. Nojima, Y. Kajiura, et al. Topical Application of Doxycycline Inhibits Th2 Cell Development Mediated by Langerhans Cells and Exerts a Therapeutic Effect on Atopic Dermatitis. *J Pharm Pharm Sci*, 2020. 23(1): p. 86-99.
8. Linz, M.S., A. Mattappallil, D. Finkel, et al. Clinical Impact of *Staphylococcus aureus* Skin and Soft Tissue Infections. *Antibiotics (Basel)*, 2023. 12(3).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Hoàng Văn Công¹, Đặng Quốc Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) ung thư đại tràng (UTĐT) được phẫu thuật nội soi (PTNS) tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. 2. Đánh giá kết quả điều trị UTĐT bằng PTNS tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Phương pháp: BN UTĐT được chỉ định PTNS cắt DT tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 05/2021 đến hết tháng 05/2023.

Kết quả: Nữ giới mắc bệnh cao hơn nam (52,3% so với 47,7%). Nhóm tuổi > 60 gặp nhiều nhất với 47,7%. Nhóm tuổi < 40 gặp thấp nhất với 6,8%. Độ tuổi trung bình là 59,7 ± 13,8 tuổi (16 - 87 tuổi). Triệu chứng đau bụng chiếm 88,6%, tiêu chảy ra máu chiếm 63,6% và thay đổi thói quen đại tiện

chiếm 45,5%. UTĐT lên chiếm tỷ lệ cao nhất (31,8%); Phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật theo chương trình (95,5%). Cắt DT lên chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,4%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 171,1 ± 42,4 phút (97 - 240 phút); Phần lớn BN có kết quả điều trị tốt với 52,3%.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, điều trị ung thư đại tràng, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF COLON CANCER TREATMENT USING LAPAROSCOPIC SURGERY AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: 1. Study the clinical and paraclinical characteristics of colon cancer patients undergoing laparoscopic surgery at Can Tho Central General Hospital. 2. Evaluate the results of colon cancer treatment by laparoscopic surgery at Can Tho Central General Hospital.

Methods: Colorectal cancer patients were assigned to undergo colorectal surgery at Can Tho Central General Hospital from May 2021 to the end of May 2023.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Công
Email: 9439227345@stu.vttu.edu.vn

Mã bài: D078

Ngày nhận bài: 5/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 3/3/2026

Ngày duyệt bài: 5/4/2026

Results: Females had a higher incidence than males (52.3% vs 47.7%). The age group > 60 is the most common with 47.7%. The age group < 40 is the lowest with 6.8%. The average age is 59.7 ± 13.8 years old (16 - 87 years old). Symptoms of abdominal pain account for 88.6%, bloody diarrhea accounts for 63.6% and changes in bowel habits account for 45.5%. Ascending colon cancer accounted for the highest rate (31.8%); Most patients underwent elective surgery (95.5%). Ascending colon resection accounted for the highest rate with 61.4%. The mean surgical time was 171.1 ± 42.4 minutes (97 - 240 minutes); Most patients had good treatment results with 52.3%.

Keywords: Colon cancer, colon cancer treatment, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam theo Globocan, UTĐT là loại UT đứng hàng thứ 5 trong số các loại UT thường gặp. Hàng năm số ca mắc mới UTĐT ở Việt Nam là trên 8700 trường hợp và số ca tử vong là gần 6000 người [7]. UTĐT thường xảy ra từ độ tuổi 50 [4]. Tuy nhiên, những năm gần đây, bệnh ngày càng trẻ hóa với tỷ lệ giới trẻ phát hiện UT đại trực tràng tăng nhanh đột biến [3]. Thống kê của Globocan 2020 ghi nhận gần 16.000 ca mắc mới và hơn 8.200 ca tử vong vì căn bệnh này ở Việt Nam [1]. Mặc dù PTNS có rất nhiều ưu điểm. Tuy nhiên vẫn có các biến chứng sau mổ như nhiễm trùng lỗ trocar, viêm phúc mạc, Chính vì vậy, để tìm hiểu rõ hơn kết quả điều trị chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại tràng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ” với 2 mục tiêu:

- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN UTĐT được PTNS tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.
- Đánh giá kết quả điều trị UTĐT bằng phương pháp PTNS tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

BN UTĐT được chẩn đoán, điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 05/2021 đến tháng 05/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN được chẩn đoán xác định là UTĐT. Kết quả giải phẫu bệnh sau điều trị bằng PTNS là UTĐT. Bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thể mô bệnh học không phải là UT biểu mô. BN có bệnh lý tim phổi nặng. BN có rối loạn đông máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu 44 BN. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện tất cả các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu đến khám và điều trị từ tháng 05/2021 đến tháng 05/2023 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Nữ giới có tỷ lệ mắc cao hơn nam với 52,3%. Tỷ lệ nam/nữ $\approx 0,91$. Tuổi trung bình là $59,7 \pm 13,8$ tuổi (16 - 87 tuổi), nhóm tuổi > 60 thường gặp nhất với 47,7%, nhóm tuổi < 40 chiếm thấp nhất với 6,8%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Phần lớn trường hợp có triệu chứng đau bụng (88,6%). Hai triệu chứng quan trọng là tiêu máu chiếm 63,6% và thay đổi thói quen đi tiêu chiếm tỷ lệ 45,5%. Triệu chứng sụt cân ít gặp hơn chiếm tỷ lệ 18,2%. Nôn ói chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,1%).

Bảng 3.1. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí ung thư theo nội soi	Manh tràng	5	11,4
	ĐT lên	14	31,8
	ĐT xuống	3	6,8
	ĐT sigma	9	20,5
	ĐT góc gan	11	25
	ĐT góc lách	2	4,5
Kết quả giải phẫu bệnh qua nội soi sinh thiết	Carcinoma tuyến biệt hóa vừa	41	93,2
	Carcinoma tuyến biệt hóa kém	2	4,5
	Polyp tuyến ống	1	2,3

Nhận xét: UTĐT lên chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,8%, UTĐT góc lách chiếm thấp nhất với 4,5%. Carcinoma tuyến biệt hóa vừa chiếm đa số với 93,2%. Chụp cắt lớp vi tính bụng có tổn thương chiếm 88,6%.

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Vị trí u sau phẫu thuật ghi nhận UTĐT lên chiếm tỷ lệ cao nhất (36,4%), UTĐT góc gan chiếm 22,7%, UTĐT sigma chiếm 20,5%, UTĐT xuống chiếm 9,1%, UTĐT ngang chiếm 6,8%, Ung thư manh tràng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4,5%. Đa số u có kích thước ≤ 5 cm với 81,8%.

Bảng 3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật	Cắt ĐT sigma	9	20,5
	Cắt ĐT ngang	2	4,5
	Cắt ĐT lên	27	61,4
	Cắt ĐT xuống	6	13,6
Thời gian phẫu thuật	< 120 phút	8	18,2
	120 – 179 phút	15	34,1
	180 – 240 phút	21	47,7

Nhận xét: Phương pháp cắt ĐT lên chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,4%, cắt ĐT ngang chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4,5%. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 97 phút và dài nhất là 240 phút. Phần lớn thời gian phẫu thuật từ 180 - 240 phút, chiếm tỷ lệ 47,7%. Trường hợp phẫu thuật với thời gian < 120 phút chiếm tỷ lệ thấp nhất (18,2%).

Bảng 3.3. Biến chứng sau phẫu thuật – Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng sau phẫu thuật	Không có biến chứng	41	93,2
	Nhiễm trùng vết mổ	2	4,5
	Bục thành bụng	1	2,3
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	Cắt ĐT sigma	7 (5 – 9 ngày)	
	Cắt ĐT ngang	7	
	Cắt ĐT lên	8 (3 – 13 ngày)	
	Cắt ĐT xuống	7,5 (7 – 8 ngày)	
	Trung bình: 7,23 ± 1,48 ngày (3-13 ngày)		

Nhận xét: Tất cả BN không có tai biến trong phẫu thuật. Biến chứng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp với nhiễm trùng vết mổ chiếm 4,5%, bục thành bụng chiếm 2,3%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 7,23 ± 1,48 ngày (3-13 ngày).

Bảng 3.4. Kết quả điều trị sau phẫu thuật 1 tháng

Kết quả điều trị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	23	52,3
Trung bình	16	36,4
Xấu	5	11,3
Tổng	44	100

Nhận xét: Đa số BN có kết quả điều trị tốt với 52,3%, kết quả trung bình chiếm 36,4%, kết quả xấu chiếm tỷ lệ thấp với 11,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 21 BN nam chiếm 47,7% và 23 BN nữ chiếm 52,3%, tỷ lệ nam/nữ là 0,91:1; Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Minh Nghiêm với tỉ lệ nam/nữ là 0,65. Mọi lứa tuổi đều có thể mắc UTĐT nhưng bệnh thường gặp ở các BN lớn tuổi, các ca UTĐT thường được chẩn đoán sau 50 tuổi. Chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình là 59,7 ± 13,8 tuổi (16 - 87 tuổi). Kết quả này phù hợp với kết quả của nhiều tác giả khác như: Vũ Hoàng Hà có tuổi trung bình là 54,3

(29-81) [6], Đặng Quốc Ái có độ tuổi trung bình là 62,72 ± 12,35 tuổi (22 - 85 tuổi) [1]. Đào Minh Nhật có tuổi trung bình khá lớn với 71,13 ± 11,23 tuổi (45 – 89 tuổi) [8].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Chúng tôi, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng với 88,6%, phù hợp với nghiên cứu của Đặng Quốc Ái và Nguyễn Minh Nghiêm với đau bụng chiếm tỷ lệ lần lượt là 88,9% và 89,5% [1],[7]. Vậy có thể xem đau bụng là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trong UTĐT. Hai triệu chứng quan trọng là tiêu máu và thay đổi thói quen đi tiêu chiếm tỷ lệ lần lượt là 63,6% và 45,5%. Kết quả này phù hợp với NC của Nguyễn Minh Nghiêm với tiêu đàm nhầy máu chiếm 60,5% [7]. Đặng Quốc Ái có tiêu máu chiếm 52,7% [1]. Ngoài ra, các triệu chứng cơ năng còn tùy thuộc vào trí của u. ĐT phải có khẩu kính lớn, thành mỏng, do đó đau bụng chỉ xuất hiện khi u đủ lớn, cơn đau muộn, mơ hồ đi kèm chướng bụng. ĐT trái thì lòng nhỏ hơn, phân dạng bán rắn nên thường gặp tình trạng tắc nghẽn gây nên các cơn đau bụng mang tính chất như tắc ruột.

Kết quả nội soi chúng tôi có vị trí của u ở ĐT phải chiếm tỷ lệ cao hơn với 68,2%, u ở ĐT trái chiếm 31,8%. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Đào Minh Nhật với 74,36% u ở ĐT bên phải và 25,64% u ở bên trái [8]. Về mặt kỹ thuật PTNS cắt ĐT phải, thường đơn giản hơn khi ruột non khá di động, mạc treo ít bị căng sau mổ và máu nuôi cũng tốt hơn so với bên trái. PTNS cắt ĐT trái thường khó hơn. Kết quả giải phẫu bệnh được xem như tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán UTĐT. Kết quả sinh thiết của chúng tôi thu được 100% UT biểu mô tuyến, mức độ biệt hóa vừa chiếm cao nhất với 93,2%, các tác giả khác cũng ghi nhận kết quả tương tự với UT biểu mô tuyến biệt hóa vừa chiếm đa số như Đặng Quốc Ái, Mai Phan Tường Anh, Nguyễn Anh Dũng [1],[2],[5].

4.3. Kết quả điều trị

Số BN được tiến hành cắt ĐT lên chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,4%. Kết quả này phù hợp với vị trí của UTĐT qua nội soi. BN của chúng tôi, hầu hết là mổ chương trình với 95,5%, mổ cấp cứu chiếm tỷ lệ rất thấp với 4,5%. PTNS điều trị UTĐT thường được sắp xếp mổ chương trình để các bác sĩ có thể thực hiện đầy đủ các cận lâm sàng cần thiết cũng như đánh giá toàn trạng BN, cân nhắc xem đâu là tình trạng thực sự cấp bách đe dọa tính mạng BN giữa bệnh lí UTĐT và các bệnh lí nền kèm theo. Đối với 2 trường hợp phải tiến hành mổ cấp cứu, chúng tôi ghi nhận đó là 2 trường hợp có biến chứng nguy hiểm đe dọa tính mạng BN nếu không tiến hành mổ cấp cứu.

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn nhất là 97 phút, dài nhất là 240 phút, phần lớn thời gian

phẫu thuật từ 180 - 240 phút với 47,7%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Đặng Quốc Ái có thời gian phẫu thuật trung bình là $154,79 \pm 38,57$ phút (60 – 360 phút) [1]. Vũ Hoàng Hà có thời gian phẫu thuật trung bình là $129,79 \pm 39,7$ phút (75 – 250 phút) [6]. Kích thước u ghi nhận khi đo chiều lớn nhất của u, chúng tôi thấy chiếm đa số là u 5 cm với 81,8%, kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác. Vũ Hoàng Hà ghi nhận kích thước u trung bình là $5,3 \pm 1,96$ cm (1 - 10 cm), 65% BN có kích thước u 5-10 cm [6]. Nguyễn Minh Nghiêm có kích thước u trung bình là $4,97 \pm 1,28$ cm (3 – 8 cm), tỷ lệ khối u > 5cm là 60,5% [7].

Việc chuyển từ PTNS sang mổ mở được xem như một sự thất bại, đặc biệt đối với các phẫu thuật viên mới. Tuy nhiên, chuyển mổ mở nên được xem như việc thay đổi phương pháp phẫu thuật để đảm bảo an toàn hơn cho BN. Tất cả BN của chúng tôi không có tai biến trong phẫu thuật. Biến chứng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp với nhiễm trùng vết mổ chiếm 4,5%, bục thành bụng chiếm 2,3%, không có BN chuyển mổ mở, tỷ lệ thành công là 93,2%. Nguyễn Minh Nghiêm ghi nhận 1 BN chuyển mổ hở (2,6%) vì u to, kỹ thuật mổ gặp khó khăn, chảy máu không kiểm soát, biến chứng chung sau phẫu thuật là 13,0% gồm 5,2% viêm phổi sau mổ, 2,6% nhiễm trùng vết mổ, 2,6% thoát vị lỗ trocar hông trái gây tắc ruột phải phẫu thuật lại, 2,6% suy đa cơ quan và tử vong sau đó [7]. Đào Minh Nhật không ghi nhận tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ là 7,7% gồm 1 BN nhiễm trùng vết mổ độ 2, 2 BN xì miệng nổi, trong đó 1 BN phải mổ lại vào hậu phẫu ngày 4 [8]. Vũ Hoàng Hà ghi nhận tai biến trong mổ chiếm 6,7%, 5,0% biến chứng nhẹ sau mổ [6]. Đặng Quốc Ái có tai biến trong mổ chiếm 2,8%, biến chứng sau mổ chiếm 19,4% [1]. Mai Phan Tường Anh có tỷ lệ thành công là 98,8% [2].

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $7,23 \pm 1,48$ ngày (3-13 ngày), kết quả của chúng tôi ngắn hơn của Đặng Quốc Ái và Đào Minh Nhật với thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình lần lượt là $12,53 \pm 6,76$ ngày (5 – 14 ngày) và $13,6 \pm 7,2$ ngày (7-48 ngày) [1],[8]. Kết quả chung sau điều trị của chúng tôi có 52,3% tốt, 36,3% trung bình và 11,4% xấu. Nguyễn Minh Nghiêm có tỉ lệ thành công tốt chiếm 83,3%, trung bình 8,3%, xấu 2,8% và tử vong 5,6% [7]. Đặng Quốc Ái có kết quả 97,2% tốt và 2,8% trung bình [1]. Kết quả trên cho thấy PTNS điều trị UTĐT là phương pháp an toàn, hiệu quả với tỉ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp.

V. KẾT LUẬN

Nữ giới có tỷ lệ mắc cao hơn nam với 52,3%. Tuổi trung bình là $59,7 \pm 13,8$ tuổi (16 - 87 tuổi). Vị trí ung thư thường gặp là ĐT phải. Thời gian phẫu thuật trung bình là: $171,1 \pm 42,4$ phút. Không có trường hợp phải chuyển mổ mở, không có tai biến trong phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp với 6,8%, không ca bệnh nào tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình: $7,23 \pm 1,48$ ngày. Tỷ lệ thành công: 93,2%. Kết quả sau điều trị gồm 52,3% tốt, 36,3% trung bình và 11,4% xấu. Qua NC, chúng tôi thấy rằng, điều trị UTĐT bằng PTNS tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ có tỷ lệ thành công cao, tỉ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Quốc Ái và Trần Ngọc Dũng** (2023), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng bên trái”, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 524(1A), tr. 363 – 368.
2. **Mai Phan Tường Anh** (2010), “Kết quả sớm của cắt đại tràng nội soi trong ung thư đại tràng”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 14(4), tr. 20-24.
3. **Phạm Gia Anh** (2022), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và kết quả điều trị ung thư ống tiêu hóa không thuộc biểu mô tại bệnh viện Việt Đức*, Đại học Y Hà Nội.
4. **Đào Văn Cam, Lê Huy Lưu và Hàn Thế Cơ** (2019), “Kết quả sớm điều trị ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn”, *Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 23(1), tr. 207-213.
5. **Nguyễn Anh Dũng, Đỗ Đình Công và Phạm Hữu Thông** (2003), “Kết quả ban đầu của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng”, *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 7(2), tr. 121-124.
6. **Vũ Hoàng Hà, Nguyễn Cường Thịnh và Nguyễn Văn Hải** (2024), “Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng phải và một số yếu tố liên quan”, *Tạp chí Y Dược Lâm sàng* 108. 19(số 2), tr. 119-123.
7. **Nguyễn Minh Nghiêm và các cộng sự.** (2024), “Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ”, *Tạp chí Y học Việt Nam* 539(1B), tr. 19-23.
8. **Đào Minh Nhật, Trần Thuận Phát và Lâm Quốc Hưng** (2024), “Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng với kỹ thuật thực hiện miệng nổi hoàn toàn trong ổ bụng”, *Tạp chí Y học Cộng Đồng*. 65(Special Issue 12), tr. 234-239.