

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT NỬA ĐẠI TRÀNG PHẢI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ ĐẠI TRÀNG PHẢI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103**

*Thái Khắc Thảo<sup>1</sup>, Nguyễn Trọng Hòe<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Quân<sup>2</sup>, Trần Doanh Hiệu<sup>1\*</sup>*

**Tóm tắt**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) hoàn toàn cắt nửa đại tràng (ĐT) phải điều trị ung thư biểu mô ĐT phải (ĐTTP). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 65 bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô ĐTTP được PTNS hoàn toàn cắt nửa ĐTTP tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2020 - 10/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $61,86 \pm 14,30$ ; nam giới chiếm 60,0%. Giai đoạn II và III chiếm tỷ lệ chủ yếu với 73,85%. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $137,85 \pm 26,93$  phút; lượng máu mất là  $26,85 \pm 6,65$  mL. Tất cả BN được thực hiện miệng nối bên - bên bằng stapler thẳng, không ghi nhận tai biến trong mổ. Chiều dài vết mổ lấy bệnh phẩm trung bình là  $4,74 \pm 0,87$  cm. Mức độ đau sau mổ tăng theo chiều dài vết mổ với  $p = 0,009$ . Thời gian trung tiện sau mổ là  $3,63 \pm 0,91$  ngày và thời gian nằm viện sau mổ là  $8,21 \pm 0,96$  ngày. Biến chứng sau mổ chiếm 4,62% (3,08% nhiễm khuẩn vết mổ; 1,54% chảy máu miệng nối), đều là biến chứng nhẹ. Không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng theo loại stapler, kích thước stapler hay phương pháp đóng lỗ mở ruột ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** PTNS hoàn toàn cắt nửa ĐTTP là phương pháp an toàn, hiệu quả, giúp phục hồi sớm sau mổ.

**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt nửa đại tràng phải; Ung thư biểu mô đại tràng phải; Kết quả sớm.

**EVALUATION OF EARLY OUTCOMES  
OF TOTALLY LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY  
FOR RIGHT-SIDED COLON CARCINOMA AT MILITARY HOSPITAL 103**

**Abstract**

**Objectives:** To evaluate the short-term outcomes of totally laparoscopic right hemicolectomy for the treatment of right-side colon carcinoma. **Methods:** A descriptive study was conducted on 65 patients diagnosed with right-side colon carcinoma who

<sup>1</sup>Khoa Ống tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

<sup>2</sup>Khoa Ngoại chung - Sản, Viện Y học Hải quân

\*Tác giả liên hệ: Trần Doanh Hiệu (drtranhieul103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 04/11/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 25/12/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i2.1760>

underwent a totally laparoscopic right hemicolectomy at Military Hospital 103 from January 2020 to October 2025. **Results:** The mean patient age was  $61.86 \pm 14.30$  years, and 60.0% were male. Stages II and III comprised 73.85% of cases. The mean operative time was  $137.85 \pm 26.93$  minutes, and the mean intraoperative blood loss was  $26.85 \pm 6.65$  mL. All patients underwent side-to-side intracorporeal anastomosis using a linear stapler, with no intraoperative complications. The mean specimen extraction incision length was  $4.74 \pm 0.87$  cm. Postoperative pain severity increased with incision length, with a statistically significant association ( $p = 0.009$ ). The mean time to first flatus was  $3.63 \pm 0.91$  days, and the mean postoperative hospital stay was  $8.21 \pm 0.96$  days. Postoperative complications occurred in 4.62% of cases, consisting of surgical site infection (3.08%) and anastomotic bleeding (1.54%), all of which were mild. There was no significant association between complication rates and stapler type, stapler size, or method of enterotomy closure ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** Totally laparoscopic right hemicolectomy is a safe and effective surgical technique that promotes early postoperative recovery.

**Keywords:** Totally laparoscopic right hemicolectomy; Right-sided colon carcinoma; Early outcomes.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư ĐT (UTĐT) là một trong những bệnh lý ung thư phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao trên toàn thế giới [1]. Điều trị UTĐT là quá trình đa mô thức, trong đó phẫu thuật triệt căn cắt nửa ĐTP đóng vai trò quyết định trong kiểm soát bệnh. PTNS cắt nửa ĐTP được áp dụng rộng rãi nhờ những ưu điểm vượt trội như hồi phục nhanh, giảm đau sau mổ, tính thẩm mỹ cao, thời gian nằm viện ngắn và hạn chế các biến chứng liên quan đến vết mổ như nhiễm trùng hoặc thoát vị [2].

Trong PTNS cắt nửa ĐTP, có hai kỹ thuật phục hồi lưu thông ruột chủ yếu là tạo miệng nối ngoài ổ bụng (PTNS hỗ trợ) và tạo miệng nối trong ổ bụng (PTNS hoàn toàn). Trước đây, kỹ thuật miệng nối ngoài ổ bụng được sử dụng phổ biến

do thao tác dễ thực hiện và quen thuộc. Tuy nhiên, kỹ thuật này vẫn tồn tại những hạn chế nhất định, đặc biệt là cần mở rộng đường mổ để đưa quai ruột ra ngoài thực hiện miệng nối, làm giảm tính “xâm lấn tối thiểu” của PTNS [3].

Nhằm khắc phục những hạn chế trên, cùng với sự phát triển của trang thiết bị và kỹ năng phẫu thuật, kỹ thuật PTNS hoàn toàn với miệng nối hồi tràng - ĐT ngang trong ổ bụng đã được triển khai. Kỹ thuật này được báo cáo lần đầu vào năm 2003 và được Bergamaschi và CS mô tả chi tiết vào năm 2008 [4]. Từ đó, PTNS hoàn toàn ngày càng được ứng dụng rộng rãi, cho thấy nhiều lợi ích rõ rệt so với kỹ thuật hỗ trợ, như giảm sang chấn mô, giảm đau sau mổ và rút ngắn thời gian hồi phục.

Tại Việt Nam, kỹ thuật PTNS hoàn toàn cắt nửa ĐTP đã được thực hiện thường quy tại một số cơ sở bệnh viện [5, 6]. Tuy nhiên, những số liệu tổng kết về kỹ thuật này còn hạn chế, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: *Đánh giá kết quả sớm PTNS hoàn toàn cắt nửa ĐTP điều trị ung thư biểu mô ĐTP tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2020 - 10/2025.*

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm 65 BN được chẩn đoán và điều trị bằng PTNS hoàn toàn triệt căn cắt nửa ĐTP theo quy trình của Bộ Y tế [1] từ tháng 01/2020 - 10/2025 tại Khoa Ống tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN ung thư ĐTP được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học; chỉ số ASA  $\leq 3$ ; hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin phục vụ nghiên cứu.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:* UTĐT phải tái phát hoặc ung thư ở cơ quan khác di căn đến ĐT; UTĐT phải giai đoạn IV được chẩn đoán trong mổ.

### **2. Phương pháp nghiên cứu**

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả.

\* *Cỡ mẫu:* Thuận tiện, đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

\* *Chỉ tiêu nghiên cứu:*

Đánh giá mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale) gồm mức không đau (0 điểm), đau ít (1 - 3 điểm), đau vừa (4 - 6 điểm), đau nhiều (> 7 điểm). Phân loại Clavien-Dindo như

sau: Mức I - II gồm biến chứng nhẹ, chỉ cần điều trị nội khoa; mức III yêu cầu can thiệp phẫu thuật, nội soi hoặc chụp X-quang (IIIa không gây mê toàn thân, IIIb gây mê toàn thân); mức IV - V gồm biến chứng nặng đe dọa tính mạng (IVa một cơ quan, IVb đa cơ quan) và tử vong.

\* *Quy trình PTNS hoàn toàn cắt nửa ĐTP:*

Bước 1. Bộc lộ tổn thương: Đặt 4 trocar gồm 1 trocar 10mm trên rốn, 1 trocar 5mm vùng hạ vị, 1 trocar 12mm mạn sườn trái và 1 trocar 5mm hạ sườn trái. Bơm CO<sub>2</sub> áp lực từ 10 - 14mmHg, tiến hành thăm dò ổ bụng, bộc lộ khối u và toàn bộ vùng phẫu trường.

Bước 2. Đánh giá tổn thương: Khảo sát toàn bộ ổ bụng, gan và phúc mạc; đánh giá vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của khối u để xác định khả năng thực hiện PTNS cắt nửa ĐTP.

Bước 3. Xử lý tổn thương: Tiến hành phẫu tích, thắt và cắt các mạch máu của ĐTP. Giải phóng mạc Told phải, cắt mạc treo hồi - ĐT, cắt mạc nối lớn, sau đó cắt hồi tràng và ĐT ngang bằng stapler.

Bước 4. Thực hiện miệng nối: Kiểm tra mạc treo để tránh xoắn ruột. Mở hai lỗ nhỏ tại hồi tràng và ĐT ngang, đưa stapler qua trocar 12mm để thực hiện miệng nối hồi tràng - ĐT ngang. Sau đó, khâu đóng lỗ mở ruột bằng chỉ tiêu chậm hoặc bằng stapler, đồng thời khâu kín lỗ mạc treo ruột.

Bước 5. Kết thúc phẫu thuật: Kiểm tra lại tình trạng ổ bụng, đặt dẫn lưu, mở vết mổ nhỏ để lấy bệnh phẩm, sau đó đóng vết mổ và các lỗ trocar.

\* *Xử trí số liệu:* Bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Các biến tuân theo phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng  $\bar{X} \pm SD$ . Sử dụng kiểm định Fisher's exact test để đánh giá mối liên quan giữa hai biến định tính và kiểm định ANOVA để so sánh sự khác biệt về giá trị trung bình giữa các nhóm.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định về đạo đức trong nghiên cứu

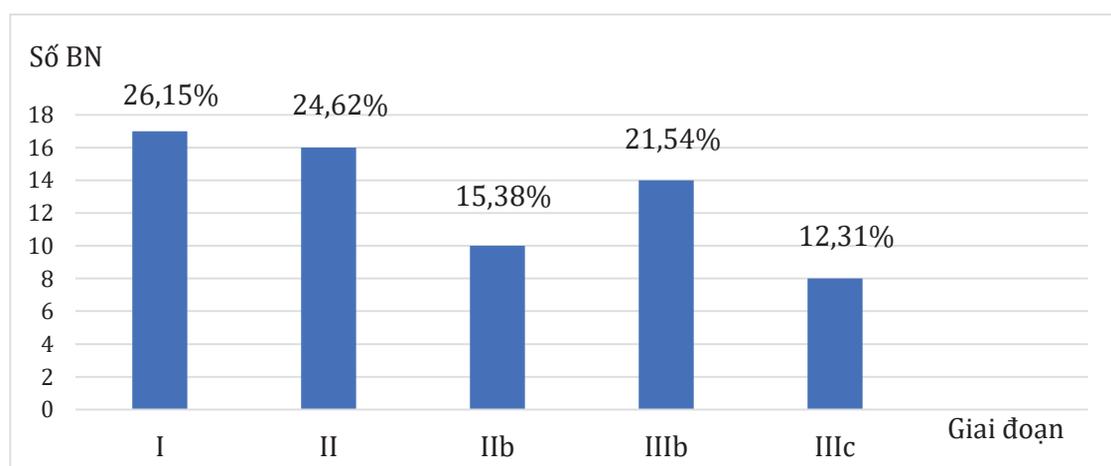
khoa học của Bệnh viện Quân y 103. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép thu thập, sử dụng và công bố phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học. Thông tin của BN được mã hóa và bảo mật, không ảnh hưởng đến quyền và lợi ích của BN. Nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki (2013) về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình là  $61,86 \pm 14,30$ , nhỏ nhất là 27 tuổi, lớn nhất là 85 tuổi. 39 BN nam chiếm 60,0% và 26 BN nữ chiếm 40,0%, với tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Có 3 BN (4,62%) có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, gồm 1 trường hợp PTNS cắt ruột thừa, 1 trường hợp mổ mở cắt ruột thừa theo đường McBurney và 1 trường hợp mổ lấy thai.

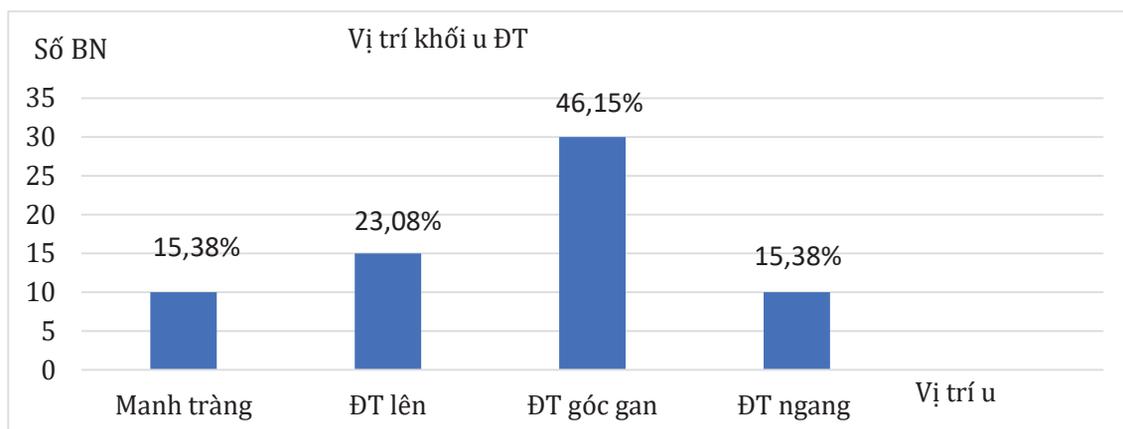
Đặc điểm giai đoạn bệnh sau phẫu thuật:



**Biểu đồ 1.** Giai đoạn bệnh sau mổ.

BN sau mổ chủ yếu ở giai đoạn II và III với tổng tỷ lệ là 73,85%, giai đoạn I chiếm tỷ lệ nhỏ (26,15%).

2. Kết quả phẫu thuật



Biểu đồ 2. Vị trí khối u trên nội soi ĐT.

Khối u ở ĐT góc gan chiếm tỷ lệ cao nhất (46,15%), tiếp theo là khối u ở ĐT lên (23,08%). Số lượng trocar đặt: 65 BN (100%) được đặt 4 trocar.

Bảng 1. Kết quả sớm phẫu thuật.

| Đặc điểm                       | $\bar{X} \pm SD$ | Min - Max |
|--------------------------------|------------------|-----------|
| Thời gian phẫu thuật (phút)    | 137,85 ± 26,93   | 80 - 190  |
| Thời gian làm miệng nối (phút) | 21,16 ± 4,65     | 16 - 30   |
| Lượng máu mất (mL)             | 26,85 ± 6,65     | 15 - 40   |
| Số lượng hạch vét (hạch)       | 16,31 ± 8,90     | 2 - 53    |
| Số lượng hạch di căn (hạch)    | 1,32 ± 2,76      | 0 - 13    |
| Chiều dài vết mổ mở (cm)       | 4,74 ± 0,87      | 3 - 8     |
| Thời gian trung tiện (ngày)    | 3,63 ± 0,91      | 2 - 5     |
| Thời gian cho ăn (ngày)        | 5,02 ± 0,60      | 4 - 6     |
| Thời gian nằm viện (ngày)      | 8,21 ± 0,96      | 7 - 11    |

Kỹ thuật thực hiện miệng nối gồm 100% miệng nối bên - bên được thực hiện bằng stapler thẳng.

**Bảng 2.** Đặc điểm kỹ thuật tạo miệng nối.

| Đặc điểm kỹ thuật           |                    | Số BN (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------|--------------------|-----------|-----------|
| Loại stapler                | Nhu mô             | 53        | 81,53     |
|                             | Mạch máu           | 12        | 18,46     |
| Kích thước stapler          | 45mm               | 14        | 21,54     |
|                             | 60mm               | 51        | 78,46     |
| Phương pháp đóng lỗ mở ruột | Khâu chỉ tiêu chậm | 60        | 92,31     |
|                             | Dùng stapler       | 5         | 7,69      |

Phần lớn BN được thực hiện miệng nối bằng stapler dài 60mm (78,46%), loại nhu mô (81,53%), tỷ lệ đóng lỗ mở ruột bằng chỉ tiêu chậm chiếm đa số (92,31%). Không có tai biến xảy ra trong mổ.

### 3. Kết quả hồi phục sau mổ

**Bảng 3.** Mối liên quan giữa mức độ đau và chiều dài vết mổ.

| Mức độ đau | n (%)      | Chiều dài vết mổ (cm); $\bar{X} \pm SD$ | p     |
|------------|------------|---|-------|
| Nhẹ        | 17 (26,15) | 4,35 ± 0,86                             | 0,009 |
| Vừa        | 36 (55,38) | 4,72 ± 0,57                             |       |
| Nặng       | 12 (18,46) | 5,33 ± 1,30                             |       |

Sau phẫu thuật, mức độ đau vừa là chủ yếu (55,38%). Kích thước vết mổ càng lớn thì mức độ đau sau mổ càng nặng, với chiều dài vết mổ trung bình lần lượt là 4,35 ± 0,86cm ở nhóm đau nhẹ, 4,72 ± 0,57cm ở nhóm đau vừa và 5,33 ± 1,30cm ở nhóm đau nặng; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,009).

Biến chứng sau mổ có 3 trường hợp (4,62%), trong đó có 2 trường hợp (3,08%) nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM); 1 trường hợp (1,54%) chảy máu miệng nối (CMMN).

**Bảng 4.** Mối liên quan giữa biến chứng sau mổ và kỹ thuật thực hiện miệng nối.

| Kỹ thuật thực hiện miệng nối | Biến chứng        |       | p     |
|------------------------------|-------------------|-------|-------|
|                              | Có                | Không |       |
| Loại stapler                 |                   |       |       |
| Nhu mô                       | 2 TH: NKVM + CMMN | 52    | 0,432 |
| Mạch máu                     | 1 TH: NKVM        | 10    |       |
| Kích thước stapler (mm)      |                   |       |       |
| 45                           | 1 TH: NKVM        | 13    | 0,523 |
| 60                           | 2 TH: NKVM + CMMN | 49    |       |
| Đóng lỗ mở ruột              |                   |       |       |
| Chỉ tiêu                     | 2 TH: NKVM + CMMN | 59    | 0,176 |
| Stapler                      | 1 TH: NKVM        | 3     |       |

(TH: Trường hợp)

Biến chứng sau mổ không liên quan đến loại stapler, kích thước stapler để làm miệng nối và phương pháp đóng lỗ mở ruột, với  $p > 0,05$ .

### BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi đã đánh dấu bước tiến quan trọng trong điều trị phẫu thuật đại trực tràng và hiện được xem là tiêu chuẩn thực hành lâm sàng. Trong PTNS cắt nửa ĐTP, PTNS hỗ trợ và PTNS hoàn toàn vẫn là hai kỹ thuật đang được áp dụng song song, tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và điều kiện trang thiết bị. Trong đó, PTNS hoàn toàn được chứng minh giúp BN hồi phục nhanh hơn và giảm nguy cơ tai biến, biến chứng sau mổ [7]. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm dịch tễ tương đồng với nhiều báo cáo trong và ngoài nước, với tuổi trung bình khoảng 62, nam giới chiếm ưu thế và giai đoạn bệnh chủ yếu là II - III [6, 8]. Mặc dù có 3 BN (4,62%)

có tiền sử phẫu thuật bụng nhưng không gặp khó khăn đáng kể trong thao tác phẫu tích hay biến chứng trong mổ, cho thấy PTNS hoàn toàn vẫn khả thi và an toàn ở nhóm BN này.

Chúng tôi thực hiện thành công 65 trường hợp PTNS hoàn toàn cắt nửa ĐTP với thời gian phẫu thuật trung bình là  $137,85 \pm 26,93$  phút, thời gian này tương đương kết quả của nghiên cứu của Ngô Văn Công ( $135,5 \pm 34,1$  phút, PTNS hỗ trợ) [5]. Tác giả Zhang M và CS (2022) nghiên cứu so sánh giữa PTNS hoàn toàn và hỗ trợ cũng cho thấy thời gian mổ không khác biệt giữa hai nhóm [8]. Như vậy, thời gian PTNS hoàn toàn với kỹ thuật thực hiện miệng nối trong ổ bụng tương đương với PTNS hỗ trợ thực hiện

miệng nối ngoài ổ bụng qua vết mổ nhỏ. Điều này được lý giải bởi kích thước vết mổ lấy bệnh phẩm ngắn hơn so với khi thực hiện miệng nối ngoài ổ bụng. Cụ thể, trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều dài của vết mổ trung bình là  $4,74 \pm 0,87$ cm, nhỏ hơn so với nghiên cứu của tác giả Hồ Long Hiến là  $6 \pm 1,2$ cm. Một số kết quả khác cũng cho thấy PTNS hoàn toàn giúp BN hồi phục sớm sau mổ như thời gian trung tiện, thời gian bắt đầu ăn lại, thời gian nằm viện sau mổ, tương đồng với kết quả của các tác giả trong nước và thế giới như tác giả Nguyễn Ngọc Hùng và CS (2023) [6] và Zhang M và CS (2022) [8].

Bên cạnh đó, tất cả BN đều thực hiện miệng nối kiểu bên - bên bằng stapler nội soi, với thời gian làm miệng nối là  $21,16 \pm 4,65$  phút. Việc thực hiện kiểu nối này không chỉ đảm bảo miệng nối rộng rãi, hạn chế nguy cơ hẹp sau mổ mà còn giảm thời gian thao tác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với báo cáo của Jian-Cheng và CS (thời gian làm miệng nối ở nhóm BN làm miệng nối trong và ngoài ổ bụng lần lượt là  $24,70 \pm 3,30$  phút và  $27,40 \pm 5,09$  phút, khác biệt không có ý nghĩa thống kê) [10].

Mức độ đau là chỉ số quan trọng đánh giá phục hồi sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn BN có mức đau nhẹ hoặc trung bình (lần lượt là 26,15% và 55,38%). Phân tích cho thấy chiều dài vết mổ càng lớn thì mức độ đau càng tăng, gợi ý PTNS hoàn toàn - với vết mổ nhỏ hơn - có thể góp phần giảm đau sau mổ và thúc đẩy phục hồi. Tác giả Jian-

Cheng và CS cũng nhận thấy BN được PTNS hoàn toàn có mức độ đau nhẹ hơn so với PTNS hỗ trợ [10].

Trong nghiên cứu này, không có tai biến nghiêm trọng xảy ra trong mổ. Lượng máu mất trung bình là  $26,85 \pm 6,65$ mL, tương đương với kết quả của Ngô Văn Công và CS ( $25,73 \pm 6,03$ mL) [5]. Về biến chứng sau mổ, chỉ có 3 trường hợp (4,62%), gồm 2 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ và 1 trường hợp chảy máu miệng nối là các biến chứng nhẹ và điều trị ổn định bằng nội khoa. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Hồ Long Hiến (5,9%) [9] và thấp hơn so với nhóm BN làm miệng nối ngoài ổ bụng trong nghiên cứu của Jian-Cheng và CS (20,6%) [10].

Trong 65 trường hợp PTNS hoàn toàn, chúng tôi không phát hiện mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến chứng sau mổ và kỹ thuật làm miệng nối. Tuy nhiên, trường hợp BN có biến chứng chảy máu miệng nối được thực hiện miệng nối bằng stapler loại nhu mô, kích thước 60mm và đóng lỗ mở ruột bằng chỉ tiêu chậm. Một phân tích tổng hợp gần đây chỉ ra rằng kỹ thuật nối (tận - bên so với bên - bên) có ảnh hưởng lớn hơn đến tỷ lệ biến chứng so với vị trí thực hiện miệng nối (trong hay ngoài ổ bụng) [3]. Theo kinh nghiệm lâm sàng và hướng dẫn quốc tế cho rằng, với miệng nối hồi tràng - ĐT ngang, cần lựa chọn stapler loại nhu mô và cỡ chiều cao viên ghim (cartridge) phù hợp với độ dày thành ruột (hồi tràng dày, ĐT ngang mỏng).

Việc này giúp đảm bảo lực nén đều, tránh giập nát mô và giảm nguy cơ chảy máu. Sau khi bấm stapler, cần kiểm tra miệng nối bằng soi nội soi hoặc kiểm tra khí - nước, và khâu tăng cường ngay khi phát hiện chảy máu. Do số lượng BN trong nghiên cứu còn hạn chế, cần các thử nghiệm lớn, có thiết kế ngẫu nhiên để xác định loại stapler tối ưu và chiến lược kỹ thuật nhằm giảm biến chứng.

### **KẾT LUẬN**

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt nửa ĐTP điều trị ung thư biểu mô ĐT là an toàn, hiệu quả với tỷ lệ biến chứng thấp, đều là các biến chứng nhẹ, không có tai biến trong mổ, thời gian phục hồi sau mổ sớm.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại - trực tràng. 2018.
2. Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Minh Đại, Từ Đức Hiền. Cắt đại tràng nội soi. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2003; 9(4):213-218.
3. Xiao-Qiang Zhang, Run-xi Tang. Comparison study of two anastomosis techniques in right hemicolectomy: A systematic review and pooling up analysis. *International Journal of Colorectal Disease*. 2025; 40(1):50.
4. Bergamaschi R, Schochet E, Haughn C. Standardized laparoscopic intracorporeal right colectomy for cancer: Short-term outcome in 111 unselected patients. *Dis Colon Rectum*. 2008; 51(9):1350-1355.

5. Ngô Văn Công, Đặng Quốc Ái. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải điều trị ung thư biểu mô tại Bệnh viện E giai đoạn 2019 - 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 542:1-5.

6. Ngọc Hưng Nguyen, Xuan Vinh Vu, et al. Bach Mai procedure for complete mesocolic excision, central vascular ligation, and D3 lymphadenectomy in total laparoscopic right hemicolectomy: A prospective study. *World J Surg Oncol*. 2023; 21(140):1-11.

7. Milone M, Angelini P, Berardi G. Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis after laparoscopic left colectomy for splenic flexure cancer: Results from a multi-institutional audit on 181 consecutive patients. *Surgical Endoscopy*. 2018:1-7.

8. Zhang M, Lu Z. Comparison of short-term outcomes between totally laparoscopic right colectomy and laparoscopic-assisted right colectomy: A retrospective study in a single institution on 300 consecutive patients. *Surgical Endoscopy*. 2022; 36(1):176-184.

9. Hồ Long Hiển. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải. Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội. 2016.

10. Jian-Cheng T, Shu-Sheng W, Bo Z. Total laparoscopic right hemicolectomy with 3-step stapled intracorporeal isoperistaltic ileocolic anastomosis for colon cancer: An evaluation of short-term outcomes. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95(48):5538.