

EVALUATION OF EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY WITH D2 LYMPH NODE DISSECTION FOR GASTRIC CANCER AT 30-4 HOSPITAL

Man Duc Nam, Phan Thi Luu, Truong Quang Bao, Nguyen Thi Huong Giang, Nguyen Trung Hieu

Department of General Surgery, 30-4 Hospital, Ministry of Public Security - 9 Su Van Hanh, An Dong ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 10/01/2026

Revised: 21/02/2026; Accepted: 22/03/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the clinical characteristics and early outcomes of laparoscopic gastrectomy combined with D2 lymph node dissection at 30-4 Hospital.

Methods: A descriptive case series study was conducted on 37 patients diagnosed with gastric adenocarcinoma (stages I-III) from January 2022 to December 2024.

Results: The rate of successful laparoscopic completion reached 100%, with no intraoperative mortality. The rate of severe complications requiring re-intervention was 0%. Except for 1 mortality case (2.7%) due to poor resuscitation response in an elderly patient with complex underlying comorbidities, all other cases achieved early recovery with very favorable clinical progress.

Conclusion: Laparoscopic gastrectomy with D2 lymph node dissection is a safe, feasible, and effective procedure for the treatment of gastric cancer.

Keywords: Laparoscopic surgery, gastric cancer, gastrectomy, D2 lymph node dissection, early outcomes.

*Corresponding author

Email: m.d.nam94@gmail.com **Phone:** (+84) 979969517 **Http:** //doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4580

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DẠ DÀY VÀ NẠO HẠCH D2 TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN 30-4

Mẫn Đức Nam*, Phan Thị Lưu, Trương Quang Bảo, Nguyễn Thị Hương Giang, Nguyễn Trung Hiếu

Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện 30-4, Bộ Công an - 9 Sư Vạn Hạnh, phường An Đông, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 21/02/2026; Ngày duyệt đăng: 22/03/2026

ABSTRACT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt dạ dày kèm nạo hạch D2 tại Bệnh viện 30-4.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 37 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn I-III từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Tỷ lệ hoàn tất phẫu thuật nội soi đạt 100%, không có tử vong trong mổ. Tỷ lệ biến chứng nặng cần can thiệp lại là 0%. Ngoại trừ 1 trường hợp (2,7%) tử vong do đáp ứng hồi sức kém trên bệnh nhân cao tuổi với bệnh lý nền phức tạp, các trường hợp còn lại đều hồi phục sớm với diễn tiến lâm sàng rất khả quan.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày kèm nạo hạch D2 là phương pháp an toàn, khả thi và hiệu quả.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, ung thư dạ dày, cắt dạ dày, nạo vét hạch D2, kết quả sớm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày hiện đứng trong nhóm các nguyên nhân gây tử vong hàng đầu toàn cầu với khoảng 1,1 triệu ca mắc mới năm 2020 [1]. Tại Việt Nam, theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (2022), bệnh nằm trong top 5 ung thư phổ biến nhất với hơn 16.000 ca mắc mới hàng năm [2]. Do triệu chứng giai đoạn sớm thường mơ hồ, trên 50% bệnh nhân được xác định chẩn đoán khi bệnh đã tiến triển muộn. Nạo hạch D2 được xem là tiêu chuẩn vàng giúp loại bỏ tối đa các hạch bạch huyết liên quan và giảm tái phát [3]. Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày kèm nạo hạch D2 mang lại nhiều ưu điểm như xâm lấn tối thiểu, kiểm soát đau sau phẫu thuật, thúc đẩy phục hồi sớm.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt dạ dày kèm nạo hạch D2 tại Bệnh viện 30-4, Bộ Công an.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và cỡ mẫu nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 37 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn I-III theo tiêu chuẩn AJCC (2017) [4], có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày và nạo vét hạch D2.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có bệnh án hoàn thiện theo quy định, kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật nội soi hoặc gây mê; có xâm lấn T4 hoặc di căn xa;

ung thư dạ dày tái phát hoặc kèm theo ung thư khác; mắc các bệnh mạn tính nặng không hồi phục (suy gan, suy tim, suy thận...) [5].

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ đối với các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, thỏa mãn các tiêu chí nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai tại Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện 30-4. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân phẫu thuật trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024. Giai đoạn phân tích và hoàn thiện kết quả được tiến hành trong năm 2025.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng thiết kế mô tả loạt ca bệnh nhằm phân tích các đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị thông qua truy lục hồ sơ bệnh án theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Các nội dung chính bao gồm:

- Đặc điểm chung và lâm sàng: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền sử bệnh lý, lý do nhập viện và các triệu chứng cơ năng, thực thể.

- Cận lâm sàng: công thức máu, sinh hóa (CEA, CA19-9, albumin), kết quả nội soi (vị trí, kích thước, dạng tổn thương), siêu âm và chụp cắt lớp vi tính.

- Kết quả phẫu thuật: thời gian mổ, lượng máu mất, mức độ xâm lấn thành dạ dày, phạm vi nạo vét hạch và kỹ thuật tái thiết đường tiêu hóa (Roux-en-Y, Polya...).

*Tác giả liên hệ

Email: m.d.nam94@gmail.com Điện thoại: (+84) 979969517 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4580>

- Kết quả sớm sau mổ: đánh giá tình trạng hồi phục (ý thức, hô hấp, trung tiện), lượng dịch dẫn lưu, thời gian nằm viện và các biến chứng hậu phẫu.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Phần mềm SPSS 20.0 được dùng để xử lý dữ liệu. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Để hạn chế sai số, dữ liệu được thu thập và nhập liệu độc lập bởi hai thành viên nghiên cứu trước khi đối chiếu và thống nhất.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả người bệnh tham gia đều được giải thích rõ và ký cam kết đồng ý. Tuyệt đối bảo mật thông tin dữ liệu của bệnh nhân và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. Mọi người bệnh đều được điều trị theo đúng quy trình chuyên môn hiện hành và có quyền từ chối tham gia nghiên cứu mà không ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc y tế.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 37)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 50 tuổi	3	8,1
	50-69 tuổi	22	59,5
	≥ 70 tuổi	12	32,4
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	63,7 ± 11,8	
	Min-max (tuổi)	37-96	
Giới tính	Nam	25	67,6
	Nữ	12	32,4
BMI (kg/m ²)	Bình thường	18	48,4
	Gầy	10	25,8
	Thừa cân	9	25,8
Bệnh lý phối hợp	Tăng huyết áp	22	59,5
	Đái tháo đường	5	13,5
	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	4	10,8

Từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024, có tổng cộng 37 trường hợp ung thư biểu mô tuyến dạ dày đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu đã được thực hiện cắt dạ dày nội soi kết hợp nạo vét hạch D2 tại Bệnh viện 30-4.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nam giới chiếm ưu thế rõ rệt với tỷ lệ 67,6%, tương ứng với tỷ lệ nam/nữ là 2,08/1. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 63,7 ± 11,8 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 50-69 chiếm tỷ lệ cao nhất (59,5%) và ghi nhận trường hợp bệnh nhân cao tuổi nhất lên đến 96 tuổi. Về BMI, gần một nửa số bệnh nhân có thể trạng bình thường (48,4%), tuy nhiên nhóm bệnh nhân gầy và thừa cân vẫn chiếm tỷ lệ đáng kể, cùng ở mức 25,8%.

Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa phối hợp ghi nhận ở mức cao (67,6%), trong đó phổ biến nhất là tăng huyết áp (59,5%), tiếp theo là đái tháo đường (13,5%) và bệnh tim thiếu máu cục bộ (10,8%). Các triệu chứng lâm sàng điển hình khiến bệnh nhân phải nhập viện bao

gồm đau bụng thượng vị (89,2%) và sụt cân (94,6%). Sự kết hợp giữa độ tuổi cao, nhiều bệnh nền phức tạp và các dấu hiệu suy giảm thể trạng cho thấy đa số bệnh nhân thường đến thăm khám và điều trị ở giai đoạn muộn, đặt ra yêu cầu khẩn trương trong việc đánh giá nguy cơ và hồi sức chu phẫu.

Bảng 2. Đặc điểm vị trí, kích thước và mức độ xâm lấn của khối u (n = 37)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí tổn thương	Hang vị, môn vị	20	54,1
	Bờ cong nhỏ	11	29,7
	Thân vị	5	13,5
	Bờ cong lớn	1	2,7
Kích thước khối u	< 1 cm	1	2,7
	1-3 cm	19	51,4
	3-5 cm	14	37,8
	> 5 cm	3	8,1
Mức độ xâm lấn (T)	Chưa xâm lấn thanh mạc	7	18,9
	Xâm lấn thanh mạc (T4a)	30	81,1

Qua khảo sát nghiên cứu cho thấy tổn thương chủ yếu khu trú tại vùng hang-môn vị (54,1%), đây là vị trí tốt nhất cho việc thực hiện các kỹ thuật cắt bán phần dạ dày nội soi. Kích thước khối u phổ biến nhất nằm trong khoảng từ 1-3 cm (54,1%), tuy nhiên vẫn ghi nhận các trường hợp u lớn trên 5 cm (8,1%). Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh nhân có khối u đã xâm lấn qua lớp thanh mạc (T4a) chiếm đa số với 81,1%. Chỉ số này phản ánh tính chất phức tạp của nhóm đối tượng nghiên cứu, khi số đông người bệnh vào viện ở giai đoạn bệnh đã phát triển sâu, gây khó khăn cho quá trình phẫu tích lớp dưới thanh mạc và đòi hỏi phẫu thuật viên phải kiểm soát diện cắt cũng như nạo vét hạch một cách tỉ mỉ để đảm bảo an toàn về mặt ung thư học.

Bảng 3. Đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật và tai biến trong mổ (n = 37)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ cắt dạ dày	Cắt 2/3 dạ dày	17	45,9
	Cắt 3/4 dạ dày	13	35,1
	Cắt 4/5 dạ dày	7	18,9
Phương pháp tái thiết	Miệng nối Roux-en-Y	27	73,0
	Miệng nối Polya	7	18,9
	Miệng nối Finsterer	2	5,4
	Miệng nối Omega	1	2,7
Phạm vi nạo vét hạch	Nạo hạch D2 tiêu chuẩn	36	97,3
	Nạo hạch D2 mở rộng	1	2,7
Tai biến trong mổ	Không ghi nhận	32	86,5
	Chảy máu (xử trí tại chỗ)	5	13,5

Về kỹ thuật lập lại lưu thông đường tiêu hóa, miệng nối kiểu Roux-en-Y được ưu tiên áp dụng phổ biến nhất với tỷ lệ 73%. Việc lựa chọn phương pháp này nhằm mục đích

tối ưu hóa chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân sau mổ thông qua việc hạn chế tối đa tình trạng trào ngược dịch mật và dịch tụy vào thực quản và móm dạ dày còn lại. Về mặt ung thư học, toàn bộ các trường hợp (100%) đều đảm bảo tính triệt để nhờ quy trình nạo vét hạch D2 tiêu chuẩn hoặc nạo hạch D2 mở rộng.

Đặc biệt, nghiên cứu ghi nhận độ an toàn cao của phẫu thuật nội soi khi không có trường hợp nào gặp tai biến nghiêm trọng buộc phải chuyển sang mổ mở. Các biến cố trong mổ chỉ có chảy máu (13,5%), tuy nhiên tất cả đều được kiểm soát và xử trí hiệu quả ngay qua nội soi mà không gây ảnh hưởng đến kết quả chung của cuộc mổ. Điều này khẳng định sự làm chủ về mặt kỹ thuật của phẫu thuật viên và tính khả thi của phương pháp xâm lấn tối thiểu ngay cả trên những bệnh nhân có khối u giai đoạn tiến triển.

Bảng 4. Theo dõi sau phẫu thuật

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	Min-max
Thời gian trung tiện (ngày)	2,9 ± 0,7	2-4
Dẫn lưu ổ bụng 24 giờ (ml)	110,3 ± 52,0	40-250
Dẫn lưu ổ bụng 48 giờ (ml)	96,3 ± 46,5	20-220
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	4,9 ± 1,1	3-10
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	7,6 ± 2,1	5-14
Thời gian nằm viện (ngày)	11,4 ± 3,3	8-23

Kết quả theo dõi hậu phẫu cho thấy tiến trình phục hồi chức năng tiêu hóa của bệnh nhân diễn ra tương đối thuận lợi. Nhu động ruột phục hồi sớm với thời gian trung tiện trung bình là 2,9 ± 0,7 ngày. Lượng dịch dẫn lưu qua ổ bụng có xu hướng giảm dần, từ mức trung bình 110,3 ml trong 24 giờ đầu xuống còn 96,3 ml sau 48 giờ. Sự ổn định của các chỉ số dẫn lưu này là minh chứng quan trọng khẳng định tính an toàn của các miệng nối tiêu hóa và diện phẫu thuật [3]. Thời gian rút dẫn lưu trung bình được ghi nhận là 4,9 ngày.

Về thời gian lưu viện, bệnh nhân có thời gian hậu phẫu trung bình là 7,6 ngày và tổng thời gian nằm viện là 11,4 ngày. Mặc dù đa số phục hồi nhanh, một số trường hợp có thời gian nằm viện kéo dài hơn (tối đa 23 ngày), chủ yếu do công tác theo dõi sát sao nhằm đảm bảo an toàn tối đa và kiểm soát sớm các nguy cơ biến chứng tiềm ẩn trên nhóm bệnh nhân có nhiều bệnh lý nền phức tạp. Nhìn chung, kết quả này cho thấy tính ưu việt của phẫu thuật nội soi trong việc rút ngắn giai đoạn hồi sức và đẩy nhanh quá trình phục hồi cho người bệnh.

Bảng 5. Biến chứng sau phẫu thuật (n = 37)

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng vết mổ	7	18,9
Chảy máu	2	5,4
Rò móm tá tràng	1	2,7
Tử vong	1	2,7
Khác	2	5,4

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số các biến cố hậu phẫu đều ở mức độ nhẹ và đáp ứng tốt với các biện pháp điều

trị bảo tồn, đặc biệt không ghi nhận trường hợp nào đòi hỏi phải tái can thiệp phẫu thuật. Trong các biến chứng được ghi nhận, nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất với 18,9%. Các biến chứng chuyên khoa khác như chảy máu (5,4%) và rò móm tá tràng (2,7%) đều có diễn tiến lâm sàng ổn định sau khi được chăm sóc tại chỗ tích cực và điều chỉnh kháng sinh phù hợp.

Mặc dù quy trình phẫu thuật đảm bảo tính an toàn cao với các rủi ro kỹ thuật hoàn toàn nằm trong tầm kiểm soát, nghiên cứu vẫn ghi nhận 1 ca (2,7%) tử vong, xảy ra trên bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh lý nội khoa nền phức tạp dẫn đến tình trạng đáp ứng kém với các biện pháp hồi sức hậu phẫu, mà không liên quan trực tiếp đến các tai biến kỹ thuật trong quá trình mổ. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thiết lập quy trình sàng lọc kỹ lưỡng và cá thể hóa phác đồ hồi sức chu phẫu, đặc biệt đối với nhóm bệnh nhân nguy cơ cao, nhằm tối ưu hóa kết quả điều trị và hạn chế tối đa các kết cục bất lợi trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình ghi nhận là 63,7 ± 11,8 tuổi, dao động từ 37-96 tuổi. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Phạm Minh Đức và cộng sự (2024) khảo sát tại Huế là 62,55 ± 12,54 tuổi [6], nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Hồ Chí Thanh (57,0 ± 11,98 tuổi) [5]. Sự chênh lệch này phản ánh đặc thù phân bố bệnh nhân tại đơn vị điều trị.

Về giới tính, tỉ lệ nữ chỉ chiếm số nhỏ trong khi nam giới chiếm ưu thế với 67,6% (tỷ lệ nam/nữ là 2,08/1), phù hợp với đặc điểm dịch tễ học ung thư dạ dày tại Việt Nam và tương tự kết quả của Phạm Văn Nam (nam giới chiếm 70,3%) [7].

Triệu chứng đau bụng thượng vị (89,2%) và các dấu hiệu suy giảm thể trạng như chán ăn, sụt cân (94,6%) là những lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện, tương đương với nghiên cứu của Hoàng Phúc Thanh và cộng sự (2024) tại Việt Đức (93,8%) [8]. Đặc biệt, tỷ lệ bệnh lý kết hợp cao (59,5% tăng huyết áp) đặt ra yêu cầu khắt khe trong công tác hồi sức hậu phẫu.

4.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Về thời gian thực hiện: thời gian mổ trung bình là 239,7 ± 54,1 phút. Chỉ số này dài hơn so với Nguyễn Hoàng và cộng sự (2024) (191,64 phút) [9]. Nguyên nhân có thể do tỷ lệ xâm lấn thanh mạc trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chiếm tới 81,1%, đòi hỏi sự tỉ mỉ trong quá trình phẫu tích và nạo vét hạch triệt căn.

Tai biến và biến chứng: hầu hết các ca phẫu thuật đều diễn ra an toàn. Chảy máu trong mổ ghi nhận ở 13,5% trường hợp và đều được xử lý hiệu quả tại chỗ. Về biến chứng hậu phẫu, nghiên cứu không ghi nhận các trường hợp biến chứng nặng cần phải phẫu thuật lại, chỉ có 1 trường hợp đơn lẻ (2,7%) tử vong xảy ra trên bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh lý nền phức tạp do đáp ứng hồi sức kém. Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu này thấp hơn rõ rệt so với nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài.

Sự phục hồi hậu phẫu: thời gian bệnh nhân có trung tiện sau phẫu thuật trung bình là 2,9 ± 0,7 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 7,6 ± 2,1 ngày, tương đồng với nghiên

cứu của Võ Duy Long (7,7 ngày) [10] và ngắn hơn so với Phạm Văn Nam (8,58 ± 4,1 ngày) [7].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo hạch D2 cho kết quả sớm thuận lợi, an toàn và đảm bảo tốt các yêu cầu về ung thư học. Tuy nhiên, cần đặc biệt lưu ý khâu đánh giá nguy cơ và hồi sức hậu phẫu trên nhóm bệnh nhân cao tuổi có bệnh lý nền phức tạp nhằm kiểm soát tối đa các biến chứng nặng. Nhìn chung, đây là phương pháp khả thi nhờ tỷ lệ biến chứng liên quan trực tiếp đến kỹ thuật ở mức thấp và thời gian phục hồi chức năng nhanh, giúp rút ngắn giai đoạn hậu phẫu, giảm tải áp lực điều trị và tạo điều kiện thuận lợi để bệnh nhân sớm tiếp cận các liệu pháp hỗ trợ tiếp theo.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Morgan E et al. (2022). The current and future incidence and mortality of gastric cancer in 185 countries, 2020-40: a population-based modelling study. *EClinical Medicine*, 2022, 47: 101404. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101404.
- [2] WHO. GLOBOCAN 2022: Viet Nam cancer statistics overview, 2022.
- [3] Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer*, 2017, 20 (1): 1-19. doi: 10.1007/s10120-016-0622-4.
- [4] Ji X et al. The 8th edition of the American Joint Committee on Cancer (AJCC) tumor-node-metastasis staging system for gastric cancer is superior to the 7th edition:

results from a Chinese mono-institutional study of 1663 patients. *Gastric Cancer*, 2017, 21 (4): 643-652. doi: 10.1007/s10120-017-0779-5.

- [5] Hồ Chí Thanh. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị triệt căn ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tại Bệnh viện Quân y 103. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, 2016.
- [6] Phạm Minh Đức và cộng sự. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2 điều trị ung thư dạ dày tiến triển. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*, 2024, 16 (9): 91-97. doi: 10.38103/jcmhch.16.9.14.
- [7] Phạm Văn Nam. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
- [8] Hoàng Phúc Thanh, Dương Trọng Hiền. Đánh giá kết quả sớm cắt dạ dày cực dưới giữa mô nội soi và mổ mở điều trị ung thư biểu mô dạ dày. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 543 (1): 24-27. doi 10.51298/vmj.v543i1.11282.
- [9] Nguyễn Hoàng, Nguyễn Tú Anh. Kết quả điều trị ung thư biểu mô dạ dày bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt dạ dày, nạo vét hạch D2, lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu chữ Y tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nạo vét hạch D2. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 537 (2): 9-13. doi: 10.51298/vmj.v537i2.9187.
- [10] Võ Duy Long. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I, II, III. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2017.