

DOI: 10.58490/ctjump.2026i102.4797

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI KÈM NẠO HẠCH D3 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI

**Lê Song Hồ¹, Đoàn Tiến Mỹ², Nguyễn Văn Tuấn¹, Mai Văn Đợi¹,
Nguyễn Văn Hiên¹, Nguyễn Hoàng Hôn¹, Phạm Văn Năng^{3*}**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Chợ Rẫy

3. Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Cần Thơ

*Email: pvnang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15/3/2026

Ngày phản biện: 27/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1991 bởi Jacobs. Cho đến nay, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư đại tràng phải với những ưu điểm vượt trội so với mổ mở. Tuy nhiên, nguyên tắc phẫu thuật vẫn còn nhiều tranh cãi, nổi bật ở các nước phương Tây là phương pháp cắt toàn bộ mạc treo đại tràng với thắt mạch máu trung tâm, còn ở Nhật Bản dựa vào những quan sát về di căn hạch vùng trong ung thư đại tràng mà nạo hạch D3 đã được xem là tiêu chuẩn trong phẫu thuật ung thư đại tràng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải kèm nạo hạch D3 điều trị ung thư đại tràng phải. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng với 41 bệnh nhân ung thư đại tràng phải kèm nạo hạch D3 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, trong thời gian từ tháng 07/2024 đến tháng 10/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ: 19/22. Tuổi trung bình: $63 \pm 12,8$ tuổi. Phẫu tích được bờ trái tĩnh mạch mạc treo tràng trên và nạo được nhóm hạch chính trong 100% các trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình: $187,61 \pm 52,04$ phút. Lượng máu mất: $74,39 \pm 31,7$ ml. Số hạch nạo vét được: $15,73 \pm 4,2$ hạch. Số hạch dương tính: $0,83 \pm 1,68$ hạch. Thời gian nằm viện sau mổ: $7,9 \pm 2$ ngày. Biến chứng sau mổ: nhiễm trùng vết mổ chiếm 6 bệnh nhân (14,6%), không có trường hợp nào xì miệng nối. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải kèm nạo hạch D3 điều trị ung thư đại tràng phải là phương pháp an toàn và khả thi.

Từ khóa: Ung thư đại tràng phải, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, nạo hạch D3.

ABSTRACT

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY WITH D3 LYMPHADENECTOMY FOR RIGHT-SIDED COLON CANCER

**Le Song Ho¹, Doan Tien My², Nguyen Van Tuan¹, Mai Van Doi¹,
Nguyen Van Hien¹, Nguyen Hoang Hon¹, Pham Van Nang^{3*}**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Cho Ray Hospital

3. Vinmec Can Tho International Hospital

Background: Laparoscopic right hemicolectomy was first performed by Jacobs in 1991. To date, this procedure is considered the gold standard for treating right-sided colon cancer, offering superior advantages over open surgery. However, surgical principles remain controversial; while Complete Mesocolic Excision (CME) with Central Vascular Ligation (CVL) is prominent in Western

countries, D3 lymph node dissection based on observations of regional lymph node metastasis has become the standard of care for colon cancer surgery in Japan. **Objectives:** To evaluate the early outcomes within 30 days following laparoscopic right hemicolectomy combined with D3 lymph node dissection in the treatment of right-sided colon cancer. **Materials and methods:** A non-controlled clinical intervention study was conducted on 41 patients with right-sided colon cancer who underwent D3 lymphadenectomy at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from July 2024 to October 2025. **Results:** Male/Female ratio: 19/22. Mean age: 63 ± 12.8 years. Surgical technique: Dissection of the left border of the superior mesenteric vein (SMV) and harvest of the main lymph node group (D3) were achieved in 100% of cases. Mean operative time: 187.61 ± 52.04 minutes. Mean blood loss: 74.39 ± 31.7 ml. The average number of dissected lymph nodes: 15.73 ± 4.2 . The mean number of metastatic lymph nodes was 0.83 ± 1.68 . Mean postoperative hospital stay: 7.9 ± 2 days. Postoperative complications: Surgical site infection occurred in 6 patients (14.6%); none had anastomotic leakage. **Conclusion:** Laparoscopic right hemicolectomy with D3 lymph node dissection is a safe and feasible method for the treatment of right-sided colon cancer.

Keywords: Right-sided colon cancer, Laparoscopic right hemicolectomy, D3 lymphadenectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1991 bởi Jacobs đã đặt nền móng cho phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải trong điều trị ung thư [1]. Ngày nay, cùng với sự phát triển vượt bậc của phẫu thuật nội soi thì nhiều nguyên tắc trong phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng cũng được đưa ra. Nổi bật ở các nước phương Tây là phương pháp cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME) với thắt mạch máu trung tâm (CVL) [2]. Ở Nhật Bản dựa trên những quan sát về sự di căn hạch vùng của ung thư đại tràng, nạo hạch D3 được xem như tiêu chuẩn trong phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng trong nhiều thập kỷ. Nạo hạch D3 được hiểu là lấy tất cả các hạch vùng gồm các nhóm hạch cạnh đại tràng, nhóm hạch trung gian và nhóm hạch chính [3]. Dù đã được chứng minh mang lại hiệu quả điều trị khả quan ở những bệnh nhân ung thư đại tràng phải qua nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) JCOG0404 và các hướng dẫn của Hiệp hội ung thư đại trực tràng Nhật Bản (JSCCR), tuy nhiên tại Việt Nam vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá tính khả thi và sự an toàn của nạo hạch D3. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị sớm trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải kèm nạo hạch D3 điều trị ung thư đại tràng phải.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán mắc ung thư đại tràng phải và được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải kèm nạo hạch D3 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, trong thời gian từ tháng 07/2024 đến tháng 10/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Các trường hợp mắc ung thư đại tràng phải nguyên phát, giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến. Tổn thương thuộc giai đoạn I, II, III theo AJCC 2018. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân mắc ung thư đại tràng phải có các biến chứng như áp xe trong ổ bụng, tắc ruột, viêm phúc mạc do hoại tử u dựa vào triệu chứng lâm sàng và các dấu hiệu trên phim chụp cắt lớp vi tính bụng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu:** 41 bệnh nhân tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ước lượng một tỷ lệ.

$$N = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

Trong đó: $z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ (với mức ý nghĩa thống kê = 5%), $e = 0,05$ (là sai số tối thiểu cho phép), $p = 0,024$ là tỷ lệ ước đoán (Tỷ lệ xì miệng nối của bệnh nhân được phẫu thuật cắt đại tràng phải do ung thư theo Andreas Nordholm-Carstensen và cộng sự) [4]. Thay vào công thức ta có $N=36$, như vậy cần tối thiểu 36 bệnh nhân để thỏa mãn nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Các đặc điểm của bệnh nhân mắc ung thư đại tràng phải như: tuổi, giới tính, vị trí u, tiền sử mổ. Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải kèm nạo hạch D3 hoặc phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải mở rộng kèm nạo hạch D3 như: Phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, các biến chứng trong và sau mổ, thời gian nằm viện, kết quả mô bệnh học sau mổ: độ biệt hóa, diện cắt, số hạch nạo vét được, số lượng hạch di căn, giai đoạn TNM.

- **Tiêu chuẩn kỹ thuật nạo hạch D3:** Cắt rộng đại tràng đến 1/3 phải đại tràng ngang trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải hoặc đến giữa đại tràng ngang trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải mở rộng. Thắt tận gốc bó mạch hồi-đại tràng, bó mạch đại tràng phải, nếu cắt đại tràng phải mở rộng thì thắt tận gốc bó mạch đại tràng giữa, phẫu tích được bờ trái tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Xây dựng bảng thu thập số liệu, nghiên cứu hồ sơ bệnh án, thăm khám và kết quả cận lâm sàng.

- **Phương pháp xử trí và phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 27 và test thống kê y học.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt theo số phiếu chấp thuận 24.421.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28/6/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

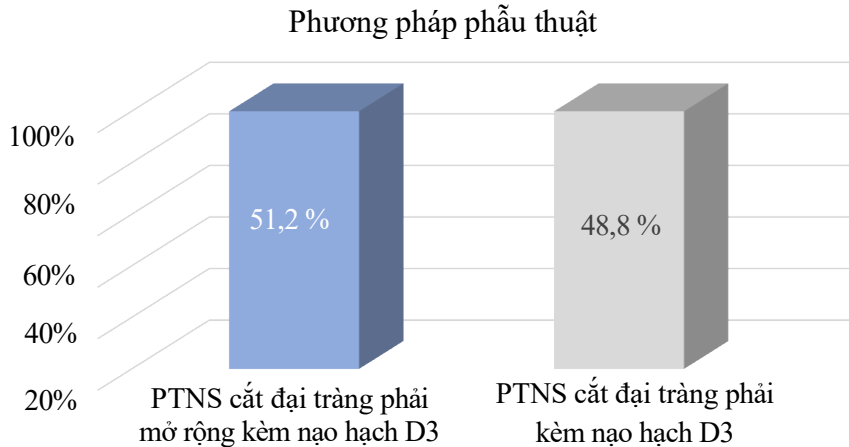
Đặc điểm		Kết quả	
		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<40	1	2,4
	40-60	17	41,5
	>60	23	56,1
Giới tính	Nam	19	46,3
	Nữ	22	53,7
Vị trí u	Manh tràng	6	14,6
	Đại tràng lên	14	34,2
	Đại tràng góc gan	21	51,2
Tiền sử mổ	Mổ mở	2	4,9
	Mổ nội soi	12	29,3

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $63 \pm 12,8$ tuổi. Bệnh nhân trẻ nhất là 39 tuổi và lớn nhất là 89 tuổi. Nghiên cứu có sự phân bố đồng đều về giới tính, gồm 19 nam (46,3%) và 22 nữ (53,7%). Vị trí u ở manh tràng 6 bệnh nhân (14,6%), đại tràng lên

14 bệnh nhân (34,2%), đại tràng góc gan 21 bệnh nhân (51,2%). 12 bệnh nhân có tiền sử mổ nội soi (29,3%) và 2 bệnh nhân có tiền sử mổ mở (4,9%).

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

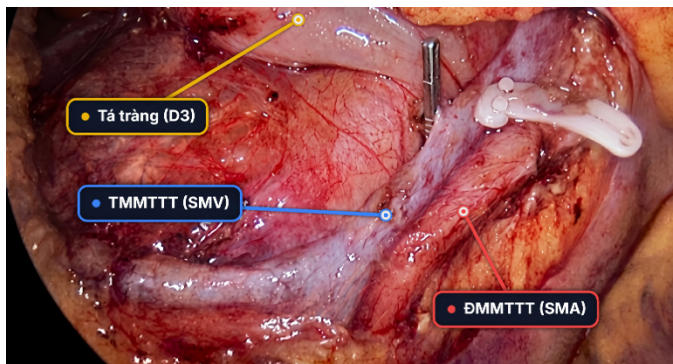
Phương pháp phẫu thuật



Biểu đồ 2. Phương pháp phẫu thuật

Nhận xét: Tỷ lệ phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải và phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải mở rộng kèm nạo hạch D3 lần lượt là 51,2% và 48,8%.

Tiêu chuẩn nạo hạch D3: Tất cả 41 trường hợp đều được chúng tôi tiếp cận theo hướng phẫu tích từ trong ra ngoài (medial-to-lateral), phẫu tích dọc bờ trái tĩnh mạch mạc treo tràng trên và nạo được nhóm hạch chính.



Hình 1. Hình ảnh nạo hạch D3 trong mổ

Miệng nối: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện 100% miệng nối hồi – đại tràng kiểu bên – bên có sử dụng stapler khâu nối thẳng.

3.3. Kết quả điều trị

Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian phẫu thuật	187,61 ± 52,04 (100 - 330) phút
Lượng máu mất	74,39 ± 31,7 (40-150) ml

Đặc điểm	Kết quả
Trung bình số hạch nạo vét được	$15,73 \pm 4,2$ (2-25) hạch
Trung bình số hạch dương tính	$0,83 \pm 1,68$ (0-8) hạch
Trung bình thời gian hậu phẫu	$7,9 \pm 2$ (5-16) ngày

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là $187,61 \pm 52,04$ (100-330) phút. Số hạch nạo vét trung bình là $15,73 \pm 4,2$ (2-25) hạch. Số hạch dương tính trung bình là $0,83 \pm 1,68$ (0-8) hạch. Thời gian hậu phẫu trung bình là $7,9 \pm 2$ (5-16) ngày.

Biến chứng sau mổ

Nhiễm trùng vết mổ xảy ra ở 6 bệnh nhân (14,6%), với tất cả các trường hợp là nhiễm trùng vết mổ độ I. Không có trường hợp xì miệng nổi và không có trường hợp nào tử vong trong 30 ngày sau mổ.

Bảng 3. Kết quả mô bệnh học sau mổ

Kết quả mô bệnh học		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
T (tumor)	T2	3	7,3
	T3	27	65,9
	T4a	10	24,4
	T4b	1	2,4
N (node)	N0	24	58,5
	N1	12	29,3
	N2	5	12,2
Diện cắt	R0	41	100
	R1, 2	0	0
Độ biệt hóa	Tốt	1	2,4
	Vừa	21	51,2
	Kém	19	46,3

Nhận xét: Có 3 bệnh nhân ở giai đoạn T2 (7,3%), 27 bệnh nhân T3 (65,9%), 10 bệnh nhân T4a (24,4%) và 1 bệnh nhân T4b (2,4%). Nghiên cứu có 24 bệnh nhân ở giai đoạn N0 (58,5%), 12 bệnh nhân N1 (29,3%) và 5 bệnh nhân N2 (12,2%). U có độ biệt hóa tốt chỉ có 1 bệnh nhân (2,4%), biệt hóa vừa ở 21 bệnh nhân (51,2%), biệt hóa kém có 19 bệnh nhân (46,3%). 100% trường hợp đều đạt diện cắt R0.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và bệnh học

Nghiên cứu của chúng tôi trên 41 người bệnh ghi nhận độ tuổi trung bình là $63 \pm 12,8$ tuổi, phù hợp với y văn thế giới về độ tuổi mắc ung thư đại trực tràng thường gặp ở nhóm trung niên và cao tuổi [5]. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu phẫu thuật nạo vét hạch D3 khác trong nước như của Thân Quang Linh cùng cộng sự ($62,2 \pm 12,5$ tuổi) và nhóm tác giả Bệnh viện Bạch Mai ($61,03 \pm 13,78$ tuổi) [6]. Về giới tính, nghiên cứu ghi nhận 19 nam (46,3%) và 22 nữ (53,7%), tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 0,86/1. Theo thống kê toàn cầu GLOBOCAN 2020, tỷ lệ mắc mới ung thư đại trực tràng ở nam giới thường cao hơn nữ giới (tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi xấp xỉ 1,2 - 1,9 lần tùy khu vực). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ giới lại chiếm ưu thế nhẹ và khá tương đồng với nghiên cứu của Dương Diệp Thiên Phú (tỷ lệ nam/nữ là 18/25, tương đương 0,72/1) [7]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm phân bố bệnh nhân ngẫu nhiên tại từng trung tâm và cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế. Về vị trí u, tổn thương gặp nhiều nhất (51,2%). Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so

với nhóm nghiên cứu nạo hạch D3 tại Bệnh viện Bạch Mai (chỉ 9,4% u góc gan) [8]. So với nghiên cứu của Dương Diệp Thiên Phú, tỷ lệ này tương đối gần (41,9%). Vị trí u tại góc gan thường đòi hỏi kỹ thuật phẫu thuật phức tạp hơn (cắt đại tràng phải mở rộng) để đảm bảo diện cắt và nạo vét hạch triệt để.

4.2. Kết quả điều trị

Kết quả phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $187,61 \pm 52,04$ phút. Khi so sánh với các nghiên cứu thực hiện kỹ thuật nạo vét hạch D3 tương tự, kết quả này chênh lệch không đáng kể với nhóm tác giả Bệnh viện Bạch Mai (183,91 phút) và nghiên cứu của Thân Quang Linh cùng cộng sự ($171,1 \pm 46,9$ phút). Tuy nhiên, khi so sánh với nhóm phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải không nạo hạch D3 của Dương Diệp Thiên Phú, thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn ($160 \pm 36,3$ phút). Sự chênh lệch này là hợp lý bởi kỹ thuật nạo vét hạch D3 đòi hỏi phẫu tích tỉ mỉ dọc theo trục bó mạch mạc treo tràng trên, và tỷ lệ u góc gan cao trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi cũng yêu cầu thời gian xử lý lâu hơn. Lượng máu mất trung bình là $74,39 \pm 31,7$ ml, tương đương với kết quả của nhóm tác giả Bệnh viện Bạch Mai (70 ml), khẳng định kỹ thuật nạo vét hạch D3 qua nội soi vẫn đảm bảo kiểm soát tốt nguy cơ chảy máu nhờ khả năng quan sát rõ các cấu trúc mạch máu.

Kết quả về ung thư học: Số lượng hạch nạo vét được là thước đo quan trọng để đánh giá chất lượng phẫu thuật ung thư và xếp giai đoạn bệnh chính xác. Trung bình số hạch chúng tôi thu được là $15,73 \pm 4,2$ hạch, con số này đạt tiêu chuẩn tối thiểu 12 hạch theo khuyến cáo. Khi so sánh với các nghiên cứu nạo hạch D3 khác, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu của Quách Văn Kiên (19,8 hạch), Thân Quang Linh (20,9 hạch) và thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của nhóm tác giả Bạch Mai (38 hạch) [9]. Sự khác biệt về số lượng hạch giữa các nghiên cứu D3 có thể do kỹ thuật đếm hạch, quy trình lọc bệnh phẩm, hoặc mức độ nạo vét rộng rãi của phẫu tích D3 tại các trung tâm chuyên sâu khác nhau. Bên cạnh tổng số hạch, số lượng hạch di căn là yếu tố tiên quyết để xác định giai đoạn bệnh (N) và chỉ định điều trị bổ trợ. Tỷ lệ người bệnh có di căn hạch (N+) là 41,5% (17/41 bệnh nhân). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trung bình số hạch di căn là $0,83 \pm 1,68$ (0-8 hạch) thấp hơn nghiên cứu của nhóm tác giả Bạch Mai với trung vị số hạch di căn là 1. Tuy nhiên, với 100% diện cắt R0, phẫu thuật vẫn đảm bảo tính triệt căn về mặt ung thư học.

Kết quả hậu phẫu và biến chứng: Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi là $7,9 \pm 2$ ngày, kết quả này tương đương với nghiên cứu nạo hạch D3 khác. So với nghiên cứu cắt đại tràng điều trị ung thư không nạo hạch D3 thì thời gian nằm viện của chúng tôi không có sự khác biệt đáng kể, cho thấy sự phục hồi sau mổ của bệnh nhân là ổn định dù thực hiện kỹ thuật nạo vét rộng rãi [10]. Về biến chứng, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 14,6% (6 trường hợp), tất cả đều khu trú tại vị trí đường rạch nhỏ lấy bệnh phẩm. Đáng chú ý, 5/6 bệnh nhân này có các yếu tố nguy cơ tiền sử đái tháo đường và giảm albumin máu trước mổ [11]. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào bị xì miệng nối. Kết quả này tương đương với các báo cáo về phẫu thuật nạo hạch D3 và không có sự khác biệt lớn so với các nghiên cứu cắt đại tràng phải không nạo hạch D3, việc thực hiện miệng nối theo kiểu bên - bên và tuân thủ nguyên tắc tưới máu miệng nối tốt đã được chứng minh là góp phần giảm thiểu biến chứng này [12]. Không có trường hợp nào tử vong trong 30 ngày sau mổ, tái khẳng định tính an toàn của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải kèm nạo hạch D3.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải kèm nạo vét hạch D3 là phương pháp điều trị

an toàn, khả thi và hiệu quả về mặt ung thư học. Nghiên cứu ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 187 phút với lượng máu mất thấp, đảm bảo diện cắt R0 và số lượng hạch nạo vét đạt chuẩn (trung bình 15,73 hạch). Tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn tương đương với các trung tâm lớn trên cả nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jacob B. P., Salky B. Laparoscopic colectomy for colon adenocarcinoma: An 11-year retrospective review with 5-year survival rates. *Surg Endosc.* 2005. 19, (5), 643-649, doi: 10.1007/s00464-004-8921-y.
 2. Rinne Juha K. A., Ehrlich Anu, Ward Jaana, Väyrynen Ville, Laine Mikael, *et al.* Laparoscopic Colectomy vs Laparoscopic CME: a Retrospective Study of Two Hospitals with Comparable Laparoscopic Experience. *Journal of Gastrointestinal Surgery.* 2021. 25, (2), 475-483, doi: 10.1007/s11605-019-04502-8.
 3. Hashiguchi Yojiro, Muro Kei, Saito Yutaka, Ito Yoshinori, Ajioka Yoichi, *et al.* Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer. *International Journal of Clinical Oncology.* 2020. 25, (1), 1-42, doi: 10.1007/s10147-019-01485-z.
 4. Nordholm-Carstensen A., Schnack Rasmussen M., Krarup P. M. Increased Leak Rates Following Stapled Versus Handsewn Ileocolic Anastomosis in Patients with Right-Sided Colon Cancer: A Nationwide Cohort Study. *Dis Colon Rectum.* 2019. 62, (5), 542-548, doi: 10.1097/dcr.0000000000001289.
 5. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., Laversanne M., Soerjomataram I., *et al.* Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021. 71, (3), 209-249, doi: 10.3322/caac.21660.
 6. Thân Quang Linh, Quách Văn Kiên, Bùi Trung Nghĩa, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Trần Hữu Trường, *et al.* Kết quả phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, nạo vét hạch D3 điều trị ung thư biểu mô đại tràng phải tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2018–12/2023. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2025. 66, (CD20), 368-374, doi: 10.52163/yhc.v66iCD20.3647.
 7. Dương Diệp Thiên Phú, Hồ Long Hiền, Phạm Văn Năng. Các dạng mạch máu của đại tràng phải và kết quả điều trị sớm ung thư đại tràng phải bằng phẫu thuật nội soi. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2023. (57), 133-139, doi: 10.58490/ctump.2023i57.606.
 8. Nguyen Ngoc Hung, Vu Xuan Vinh, Nguyen Vu Quang, Nguyen The Hiep, Du Nguyen Huy, *et al.* Bach Mai Procedure for complete mesocolic excision, central vascular ligation, and D3 lymphadenectomy in total laparoscopic right hemicolectomy: A prospective study. *World Journal of Surgical Oncology.* 2023. 21, (1), 140, doi: 10.1186/s12957-023-03026-5.
 9. Quách Văn Kiên, Dương Sơn Tùng, Phạm Hoàng Hà, Nguyễn Xuân Hòa, Vũ Đức Thịnh, *et al.* Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải nạo vét hạch D3 chỉ định, kỹ thuật và kết quả sớm. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024. 541, (3), doi: 10.51298/vmj.v541i3.10832.
 10. Nguyễn Hữu Thịnh. Hiệu quả của phẫu thuật nội soi một vết mổ cắt đại tràng do ung thư. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. 2015.
 11. Sun Hui, Jiang Hua, Jiang Zhi-Wei, Fang Ge, Dai Zheng-Xiang, *et al.* Analysis of risk factors for surgical site infection after colorectal surgery: a cross-sectional study in the east of China pre-COVID-19. *Frontiers in Public Health.* 2023. Volume 11 - 2023, doi: 10.3389/fpubh.2023.1204337.
 12. Inada R., Teraishi F., Mitsuhashi T., Takanaga S., Toshima T., *et al.* Safety and feasibility of D3 lymph node dissection in oldest-old patients undergoing colorectal cancer surgery: a multi-institutional, retrospective analysis. *Techniques in Coloproctology.* 2025. 29, (1), 146, doi: 10.1007/s10151-025-03187-3.
-