

DOI: 10.58490/ctjump.2026i97.4956

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN II - III TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2022 - 2025

Nguyễn Văn Hiên, Trần Thiện Trí, Nguyễn Văn Tuấn, Mai Văn Đoi*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: tttri@ctump.edu.vn*

Ngày nhận bài: 31/3/2026

Ngày phản biện: 19/4/2026

Ngày duyệt đăng: 25/4/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư dạ dày hiện nay không những là gánh nặng về kinh tế mà còn về xã hội ở Việt Nam cũng như toàn cầu. Đây là loại ung thư đường tiêu hóa phổ biến, bên cạnh ung thư đại trực tràng, ung thư thực quản thì ung thư dạ dày chiếm tỷ lệ mắc đứng thứ 5 (9% - 16.277 bệnh nhân) trong số các ung thư được phát hiện tại Việt Nam trong năm 2022. Tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã triển khai phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày từ những ngày đầu thành lập, tuy nhiên chưa có nghiên cứu chuyên sâu nào cho thấy hiệu quả của phương pháp này, đặc biệt ở những bệnh nhân giai đoạn II-III. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày giai đoạn II-III tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca, tiến cứu trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn II-III tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và được phẫu thuật nội soi trong thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 04 năm 2025. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 27/6. Tuổi trung bình là $64,09 \pm 13,24$ tuổi. Vị trí khối u ở môn vị là chủ yếu (30,3%). Thời gian mổ trung bình là 265,55 phút. Số hạch nạo vét được trung bình là 11,45 hạch. Thời gian nằm viện trung bình là 14,1 ngày. Sau mổ có 2 trường hợp tắc ruột sớm, xì miệng nổi và hẹp miệng nối 1 trường hợp. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn II-III là an toàn, hiệu quả và phục hồi sau mổ tốt.

Từ khóa: Ung thư dạ dày giai đoạn II-III, phẫu thuật nội soi, nạo hạch D2.

ABSTRACT

SHORT-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY FOR STAGE II-III GASTRIC CANCER AT CANTHO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL FROM 2022 TO 2025

Nguyen Van Hien, Tran Thien Tri, Nguyen Van Tuan, Mai Van Doi*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Gastric cancer currently represents not only an economic burden but also a significant social burden in Vietnam as well as worldwide. It is one of the most common gastrointestinal malignancies; alongside colorectal and esophageal cancers, gastric cancer ranks fifth in incidence (9%-16,277 cases) among all newly diagnosed cancers in Vietnam in 2022. At Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital, laparoscopic surgery for gastric cancer has been implemented since the early days of its establishment. However, there has been no well-defined study evaluating the effectiveness of this approach, particularly in patients with stage II-III disease. **Objective:** To evaluate the short-term outcomes of laparoscopic gastrectomy for stage II-III gastric cancer at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** This was a prospective case series of 33 patients diagnosed with stage II-III gastric cancer at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital who underwent laparoscopic surgery between

January 2022 and April 2025. **Results:** The male-to-female ratio was 27/6. The mean age was 64.09 $\pm$ 13.24 years. The most common tumor location was the pylorus (30.3%). The mean operative time was 265.55 minutes. The mean number of retrieved lymph nodes was 11.45. The mean length of hospital stay was 14.1 days. Postoperatively, there were 2 cases of early bowel obstruction, 1 case of anastomotic leak, and 1 case of anastomotic stenosis. **Conclusion:** Laparoscopic gastrectomy for stage II-III gastric cancer is a safe and effective approach, with favorable postoperative recovery.

Keywords: Stage II-III gastric cancer, laparoscopic surgery, D2 lymphadenectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày hiện nay không những là gánh nặng về kinh tế mà còn về xã hội ở Việt Nam cũng như toàn cầu. Đây là loại ung thư đường tiêu hóa phổ biến, bên cạnh ung thư đại trực tràng, ung thư thực quản thì ung thư dạ dày chiếm tỷ lệ mắc đứng thứ 5 (9% - 16.277 bệnh nhân) trong số các ung thư được phát hiện tại Việt Nam trong năm 2022 theo thống kê từ cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế với cơ sở dữ liệu GLOBOCAN 2022 [1]. Tuy nhiên, bệnh này lại gây nên tỷ lệ tử vong đứng thứ 3 (11% - 13.264 bệnh nhân) trong số các trường hợp tử vong do ung thư tại Việt Nam [1]. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh này thường ở giai đoạn tiến triển, đặc biệt là giai đoạn IV (38%), vì vậy cần phải điều trị triệt để nhóm bệnh nhân còn khả năng điều trị về mặt ung thư học [2]. Phẫu thuật triệt căn, tức là phẫu thuật loại bỏ triệt để khối u kèm theo nạo vét hạch phù hợp, vẫn là phương pháp điều trị chính [3]. Hiện nay, phẫu thuật nội soi nổi bật với ưu điểm ít xâm lấn, ít đau sau mổ và phục hồi sớm hơn so với mổ mở truyền thống [4]. Trong các nghiên cứu so sánh giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở tại Nhật Bản và Trung Quốc gần đây cho thấy phẫu thuật nội soi cho kết quả không kém hơn mổ mở về mặt ung thư học [5],[6]. Cùng với đó thì với sự phát triển của kỹ thuật mổ, mức độ nạo vét hạch thông qua nội soi có thể đạt được tương đương so với mổ mở [7]. Tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã triển khai phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày từ những ngày đầu thành lập, tuy nhiên chưa có nghiên cứu rõ ràng nào cho thấy hiệu quả của phương pháp này, đặc biệt ở những bệnh nhân giai đoạn II-III. Do đó, nghiên cứu được thực hiện với các mục tiêu đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày giai đoạn II-III tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn II-III tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và được phẫu thuật nội soi trong thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 04 năm 2025.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II-III (theo phân loại TNM của AJCC phiên bản 8)[8].

+ Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, kèm nạo vét hạch kiểu D2.

+ Không có bệnh nặng kết hợp (suy tim nặng, suy thận, suy hô hấp,...).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Rối loạn đông, cầm máu.

+ Bệnh nhân được phẫu thuật không triệt căn.

+ Có tiền sử phẫu thuật dạ dày trước đó.

+ Hiện đang mắc bệnh ung thư khác.

+ Những bệnh nhân không theo dõi được hoặc tử vong do các nguyên nhân không liên quan đến phẫu thuật (VD: nhồi máu cơ tim, nhồi máu não,...).

- **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 04 năm 2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca.

- **Cỡ mẫu:** Thu thập được 33 trường hợp.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu liên tục dựa theo tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

- **Nội dung nghiên cứu:** Mô tả các đặc điểm về tuổi, giới, BMI, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng. Các đặc điểm về phẫu thuật: phương pháp, thời gian mổ, lượng máu mất, số hạch nạo vét được, giai đoạn sau mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện và kết quả sớm sau mổ.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu bảo đảm tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Mọi thông tin của người bệnh được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được 33 trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn II - III được điều trị bằng phẫu thuật nội soi triệt căn tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Các thông số		Kết quả
Tuổi		64,09 ± 13,24
Giới tính (Nam/Nữ)		27/6
BMI	Thiếu cân	6 (18,2%)
	Bình thường	26 (78,8%)
	Thừa cân	1 (3%)
	Béo phì	0 (0%)
Tiền sử	Không	30 (91%)
	Hút thuốc	1 (3%)
	Nghiện rượu	0 (0%)
	Viêm dạ dày mạn	1 (3%)
	Tiền sử gia đình mắc ung thư dạ dày	1 (3%)

Nhận xét: Bệnh nhân ung thư dạ dày có tuổi trung bình là 64,09, tỉ lệ nam/nữ là 27/6. Hầu hết bệnh nhân có BMI bình thường (78,8%) và không có tiền sử gì lạ (91%).

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý của nhóm đối tượng nghiên cứu

Các thông số		Kết quả
Triệu chứng lâm sàng	Đau thượng vị	17 (51,5%)
	Thiếu máu	15 (45,5%)
	Sụt cân	12 (36,4%)
	Buồn nôn	10 (30,3%)

Các thông số		Kết quả
Huyết sắc tố trước mổ	< 8 g/dL	0 (0%)
	8-10,9 g/dL	11 (33,3%)
	11-11,9 g/dL	9 (27,3%)
	> 12 g/dL	13 (39,4%)
Albumin trước mổ	< 25 g/L	1 (3%)
	25 - 35 g/L	9 (27,3%)
	> 35 g/L	23 (69,7%)
CEA trước mổ	< 5 ng/mL	24 (72,7%)
	≥ 5 ng/mL	9 (27,3%)
Vị trí thương tổn	Tâm vị	5 (15,1%)
	Thân vị	9 (27,3%)
	Môn vị	10 (30,3%)
	Hang vị	9 (27,3%)
Giai đoạn T	T2	1 (3%)
	T3	25 (75,8%)
	T4a	7 (21,2%)
Giai đoạn N	N0	7 (21,1%)
	N1	12 (36,4%)
	N2	12 (36,4%)
	N3	2 (6,1%)
Giai đoạn theo AJCC	IIA	7 (21,2%)
	IIB	8 (24,2%)
	IIIA	10 (30,3%)
	IIIB	8 (24,2%)
Mô bệnh học	Carcinom tuyến	31 (93,9%)
	Carcinom tuyến biệt hóa tốt	1 (3%)
	Carcinom tuyến biệt hóa vừa	6 (18,2%)
	Carcinom tuyến biệt hóa kém	24 (72,7%)
	Carcinom tế bào nhân	2 (6,1%)

Nhận xét: Đau thượng vị và thiếu máu là hai triệu chứng thường gặp nhất đưa bệnh nhân đến nhập viện (51,5% và 45,5%). Đa phần bệnh nhân có thiếu máu trước mổ, mức huyết sắc tố < 12 g/dl chiếm 60,6%. Mức albumin trước mổ nhóm > 35g/L chiếm ưu thế (69,7%). Mức CEA trước mổ < 5ng/mL chiếm 72,7%. Vị trí khối u không tập trung ưu thế ở vị trí nào mà phân bố đều ở tâm vị, thân vị, hang vị (30,3%, 27,3% và 27,3%). Giai đoạn T3 chiếm ưu thế với 75,8% và giai đoạn N1 và N2 chiếm 36,4%. Đánh giá giai đoạn theo AJCC thì giai đoạn IIIA chiếm ưu thế với 29,4%. Về mặt vi thể thì đa phần khối u loại carcinom tuyến (93,9%) và biệt hóa kém (72,7%), có 2 trường hợp carcinom tế bào nhân.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật và đánh giá kết quả

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật

Các thông số		Kết quả
Loại phẫu thuật cắt dạ dày	Bán phần	26 (78,8%)
	Toàn bộ	7 (21,2%)
Kiểu tái lập lưu thông	Roux - en - Y	16 (48,5%)
	Billroth II	17 (51,5%)
Số hạch nạo vét được		11,45 ± 4,08
Thời gian mổ (phút)		265,55 ± 48,96

Các thông số	Kết quả
Lượng máu mất (mL)	60 ± 12
Chuyển mô mỡ	0 (0%)

Nhận xét: Phẫu thuật cắt bán phần dạ dày được lựa chọn nhiều nhất (78,8%) với kiểu tái lập lưu thông Billroth II là 51,5% và Roux-en-Y là 48,5%. Số hạch nạo vét trung bình 11,45 hạch. Thời gian mổ trung bình 265,55 phút. Lượng máu mất trung bình 60 ± 12 (mL) và không có trường hợp nào chuyển mô mỡ.

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

Các thông số		Kết quả
Thời gian nằm viện (ngày)		14,1 ± 5,6
Thời gian trung tiện (ngày)		2,73 ± 0,72
Tai biến trong mổ		0 (0%)
Biến chứng sớm	Tắc ruột sớm	2 (6,1%)
	Xì miệng nổi	1 (3%)
	Hẹp miệng nổi	1 (3%)
	Nhiễm trùng vết mổ	1 (3%)
	Viêm phổi	2 (6,1%)

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều được xuất viện khỏe mạnh, không có trường hợp tử vong nội viện, thời gian nằm viện trung bình là 14,1 ngày và thời gian có trung tiện lần đầu trung bình là 2,73 ngày. Không ghi nhận tai biến trong mổ, các biến chứng sớm của phẫu thuật gồm tắc ruột sớm (6,1%), xì miệng nổi, hẹp miệng nổi, nhiễm trùng vết mổ (1 trường hợp) và viêm phổi 2 trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình $64,09 \pm 13,24$ cao hơn nhẹ so với Trần Quang Đạt và Nguyễn Thanh Quân, gợi ý xu hướng bệnh nhân lớn tuổi hơn trong quần thể nghiên cứu [9], [10]. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (27/33 bệnh nhân) tương đồng với các báo cáo trước, cũng có đặc điểm dịch tễ của ung thư dạ dày. Đa số bệnh nhân có BMI bình thường nhưng tỷ lệ thiếu cân còn đáng kể (18,2%), phản ánh nguy cơ suy dinh dưỡng ở giai đoạn tiến triển. Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh đồng mắc thấp (91% không có tiền sử), khác biệt với các nghiên cứu khác, có thể do đặc điểm chọn mẫu.

Các triệu chứng lâm sàng chúng tôi thu thập được chủ yếu bao gồm đau thượng vị (51,5%), thiếu máu (45,5%) và sụt cân (36,4%), thấp hơn so với tỷ lệ đau bụng và sụt cân trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Quân (2022) là 92% và Nguyễn Văn Thanh (2025) là 100%, có thể do sự khác biệt về giai đoạn bệnh khi lựa chọn tham gia nghiên cứu [10], [11]. Về tình trạng trước mổ, phần lớn bệnh nhân có huyết sắc tố ≥ 11 g/dL và albumin >35 g/L (69,7%), tương đối tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Vũ Tuấn Anh (2023) mức huyết sắc tố trung bình là 129.9 ± 21.9 g/dl và mức albumin trung bình là 40.6 ± 3.9 mg/dl, cho thấy tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu chưa quá nặng, thuận lợi cho phẫu thuật và các trường hợp thiếu máu và giảm đạm máu đều được truyền máu và truyền dinh dưỡng tĩnh mạch để nâng đỡ tổng trạng trước mổ [7]. Nồng độ CEA tăng ở 27,3% bệnh nhân, phù hợp vai trò hỗ trợ chẩn đoán và tiên lượng. Về đặc điểm khối u, vị trí phân bố tương đối đồng đều nhưng ưu thế ở vùng môn vị và thân vị. Đáng chú ý, đa số bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển tại chỗ với T3 (75,8%) và có di căn hạch mức độ vừa (N1–N2 chiếm 72,8%), tương đồng với xu hướng chung nhưng thấp hơn tỷ lệ T4 trong một số nghiên cứu khác, gợi ý khả

năng phát hiện bệnh sớm hơn [7],[10]. Phân bố giai đoạn AJCC chủ yếu từ IIB đến IIIB, trong khi các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vũ Tuấn Anh (2023) ghi nhận giai đoạn IIA (6,3%), IIB (8,9%), IIIA (22,8%), IIIB (16,5%) và IIIC (6,3%), tỷ lệ giai đoạn III cao hơn, cho thấy sự khác biệt trong chọn mẫu [7]. Về mô bệnh học, carcinôm tuyến chiếm ưu thế (93,9%), trong đó thể biệt hóa kém chiếm đa số (72,7%), cao hơn so với báo cáo của Nguyễn Vũ Tuấn Anh (2023).

4.2. Đặc điểm phẫu thuật và đánh giá kết quả

Mặc dù trong kỷ nguyên phẫu thuật nội soi, tuy nhiên vẫn cần thiết lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt dạ dày phù hợp với tình trạng bệnh lý. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận phẫu thuật cắt dạ dày bán phần chiếm ưu thế (78,8%), tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Vũ Tuấn Anh (2023), trong khi tỷ lệ cắt toàn bộ (21,2%) thấp hơn so với các nghiên cứu về ung thư thân vị như của Nguyễn Văn Thanh (2025) [7], [11]. Kiểu tái lập lưu thông được lựa chọn tương đối cân bằng giữa Roux-en-Y (48,5%) và Billroth II (51,5%), khác với xu hướng ưu thế Billroth II trong nghiên cứu của Nguyễn Vũ Tuấn Anh, cho thấy sự linh hoạt trong lựa chọn kỹ thuật tùy thuộc vị trí u và điều kiện trong mổ. Số hạch nạo vét trung bình đạt $11,45 \pm 4,08$, thấp hơn so với báo cáo của Nguyễn Vũ Tuấn Anh năm 2023 là 22 ± 10 hạch và Nguyễn Văn Thanh năm 2025 là 14 hạch, có thể liên quan đến khác biệt về giai đoạn bệnh hoặc kỹ thuật nạo vét, tuy nhiên vẫn cần cân nhắc về tính triệt căn theo khuyến cáo nạo hạch D2 hoặc D2 mở rộng [7], [11]. Thời gian mổ trung bình $265,55 \pm 48,96$ phút tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh (2025) nhưng dài hơn so với Nguyễn Vũ Tuấn Anh (2023), có thể do tỷ lệ cắt toàn bộ và mức độ phức tạp phẫu thuật cao hơn [7], [11]. Lượng máu mất trong mổ thấp (60 ± 12 mL) và không có trường hợp chuyển mổ mở, tương đồng với các nghiên cứu trong nước, khẳng định tính an toàn và khả thi của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày tại các trung tâm có kinh nghiệm [7], [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu 33 trường hợp, các biến chứng sớm sau phẫu thuật nội soi ung thư dạ dày giai đoạn II–III vẫn ghi nhận với tỷ lệ đáng lưu ý, trong đó tắc ruột sớm và viêm phổi chiếm 6,1%. Các biến chứng nặng như xì miệng nổi, hẹp miệng nổi và nhiễm trùng vết mổ gặp ít hơn, mỗi biến chứng chiếm 3%. Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn hạn chế nên không thể so sánh tỷ lệ biến chứng với các nghiên cứu khác. Kết quả trên cũng cho thấy phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện của chúng tôi phù hợp với y văn, dù vẫn còn một số khác biệt về số lượng hạch nạo vét cần được tiếp tục đánh giá.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 33 trường hợp được phẫu thuật tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ, chúng tôi ghi nhận rằng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn II – III tuy còn một số biến chứng sau mổ nhưng vẫn là an toàn, hiệu quả và phục hồi sau mổ tốt. Tuy nhiên, để có góc nhìn khách quan và đánh giá chính xác, cần thiết kế nghiên cứu có nhóm chứng ở các nghiên cứu trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Bray F., Laversanne M., Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., Soerjomataram I., *et al.* Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024. 74(3), 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>.
- 2 Han D., Zhang Z., Deng J. & Du H. Survival analysis of gastric malignancy patients: identifying key prognostic factors. *Transl Cancer Res.* 2025. 14(3), 1928-1941. <https://doi.org/10.21037/tcr-24-1285>.

- 3 Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2025 (7th edition). *Gastric Cancer*. 2026. 29(2), 271-299. <https://doi.org/10.1007/s10120-025-01698-4>.
- 4 Kesgin Y. M., Bulut S., Atar B., Sürek A., Dönmez T., Gümüsoğlu A. Y., *et al.* Comparison of textbook outcomes between laparoscopic and open total gastrectomy for gastric cancer. *BMC Surg*. 2025. 25(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12893-025-02891-z>.
- 5 Etoh T., Ohyama T., Sakuramoto S., Tsuji T., Lee S. W., Yoshida K., *et al.* Five-Year Survival Outcomes of Laparoscopy-Assisted vs Open Distal Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: The JLSSG0901 Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. 2023. 158(5), 445-454. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.0096>.
- 6 Yu J., Huang C., Sun Y., Su X., Cao H., Hu J., *et al.* Effect of Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy on 3-Year Disease-Free Survival in Patients With Locally Advanced Gastric Cancer: The CLASS-01 Randomized Clinical Trial. *Jama*. 2019. 321(20), 1983-1992. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.5359>.
- 7 Nguyễn Vũ Tuấn Anh. *Kết quả phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày*. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2023.
- 8 Mranda Geoffrey Mahiki, Xue Ying, Zhou Xing-Guo, Yu Wang, Wei Tian, Xiang Zhi-Ping, *et al.* Revisiting the 8th AJCC system for gastric cancer: A review on validations, nomograms, lymph nodes impact, and proposed modifications. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022. 75, 103411. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103411>.
- 9 Dat Tran Quang, Thong Dang Quang, Nguyen Doan Thuy, Hai Nguyen Viet, Phuoc Tran Duy, Anh Nguyen Vu Tuan, *et al.* Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy With D2 Lymphadenectomy for Clinical T4a Gastric Cancer: The UMC-UPPERGI-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*. 2026. 161(1), 9-18. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2025.4929>.
- 10 Nguyễn Thanh Quân, Nguyễn Văn Lâm, Nguyễn Thị Hồng Nga. Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư dạ dày giai đoạn III kèm nạo vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022. (46), 91-98.
- 11 Nguyễn Văn Thanh. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư thân vị tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2025. (89), 309-315. <https://doi.org/10.58490/ctump.2025i89.3479>.