

Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương, Phạm Văn Anh, Đặng Đình Khoa và CS

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn, phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày, ung thư dạ dày

Địa chỉ liên hệ:

Đinh Văn Chiến,
Khoa Ngoại tiêu hóa - Bệnh viện
Hữu nghị Đa khoa Nghệ An,
KM5 - Đại lộ Lê Nin - Xã Nghi Phú
- TP. Vinh - Nghệ An
Điện thoại: 0963311668
Email: Chienbvna@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/1/2019

Ngày duyệt: 21/2/2019

Ngày chấp nhận đăng:
5/3/2019

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả sớm, tính khả thi, an toàn và triệt căn bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ 07/2017 đến 07/2018, có 11 người bệnh được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2.

Kết quả: Tuổi trung bình $56,3 \pm 2,3$ tuổi, 27,3% ung thư giai đoạn IB, 36,3% ở giai đoạn IIA, 27,3% ở giai đoạn IIB và 9,1% ở giai đoạn IIIA; 100% trường hợp phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2. Có 01(9,1%) trường hợp tai biến nhẹ trong mổ, không có biến chứng và tử vong sau mổ. Thời gian mổ trung bình là $197 \pm 6,5$ phút; Số hạch vét được trung bình là $17,3 \pm 4,5$ hạch; Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $8,3 \pm 1,4$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 là khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày. Người bệnh ít đau, thời gian hồi phục và nằm viện ngắn.

Preliminary outcomes of totally gastrectomy in using the robotic surgery for gastric cancer at Nghe An Friendship General Hospital

Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương, Phạm Văn Anh, Đặng Đình Khoa

Nghe An Friendship General Hospital

Abstract

Introduction: The aim of study is to evaluate the early outcomes, feasibility and safety, ability of radical treatment by totally gastrectomy in using the robotic surgery with D2 lymphadenectomy for gastric cancer.

Material and Methods: Descriptive cross-sectional study of 11 patients who underwent totally laparoscopic gastrectomy for gastric cancers between July 2017 and July 2018.

Results: Mean age was 56.3, 27.3% cases were at stage IB, 36.3% at stage IIA, 27.3% at stage IIB and 9.1% at stage IIIA; 100% totally laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy. 01 case (9.1%) with liver injury during the operation. No postoperative mortality was recorded. The average operation time was 197 ± 6.5 minutes; The average number of lymph node dissected was 17.3 ± 4.5 ; The average length of postoperative hospital stay was 8.3 ± 1.4 days.

Conclusion: Totally laparoscopic gastrectomy is a safe and effective procedure for treatment of gastric cancer. The advantages of totally laparoscopic gastrectomy include less postoperative pain and faster recovery time, reduce length of hospital stay.

Keyword: Totally laparoscopic, Totally laparoscopic gastrectomy, Gastric Cancer.

I. Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh phổ biến nhất trên thế giới, đứng hàng đầu trong ung thư đường tiêu hóa. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị nhưng UTDD vẫn là bệnh có tiên lượng xấu. Phát hiện sớm và phẫu thuật triệt căn là 2 biện pháp điều trị UTDD hiệu quả nhất hiện nay. Azagra là người đầu tiên trên thế giới tiến hành phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày bằng phẫu thuật nội soi vào năm 1993 [5, 8, 10, 11, 12]. Tại Việt Nam, phẫu thuật cắt dạ dày nội soi được thực hiện đầu tiên năm 2004 ở bệnh viện Chợ Rẫy, sau đó phẫu thuật được thực hiện tại các trung tâm lớn ở Hà Nội, Huế. Tới nay phương pháp này đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới cũng như ở nước ta, bước đầu đã khẳng định được tính ưu việt của nó như sẹo mổ nhỏ, ít đau sau mổ, lượng máu mất ít, thời gian hồi phục sau mổ nhanh. Các biến chứng trong và sau mổ thấp [1, 3, 5, 6, 7, 9].

Tuy nhiên còn một số vấn đề đang được tranh cãi đó là khả năng triệt căn trong phẫu thuật ung thư, thời gian sống sau mổ. Các nghiên cứu bước đầu đều đã cho thấy đối với ung thư dạ dày giai đoạn sớm thì không có sự khác biệt lớn giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở [2], [4], [5], [8] còn với ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển khả năng vét hạch hệ thống ngày càng được cải thiện.

Tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An đã triển khai phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt đoạn dạ dày từ năm 2012, cắt toàn bộ dạ dày từ năm 2014 và phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày từ năm 2017. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: “Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi

hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày”.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 11 người bệnh được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 do ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ 7/2017 – 7/2018.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả.

Lựa chọn người bệnh: Chúng tôi lựa chọn những người bệnh UTDD giai đoạn sớm có tổn thương ổ loét lớn >2cm, loạn sản ở mức độ nặng và ung thư ở giai đoạn tiến triển. Tổn thương ở cực trên dạ dày hoặc tổn thương cách tâm vị dưới 6cm. Siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính có tổn thương chưa xâm lấn các tạng xung quanh.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm người bệnh: tuổi, giới, vị trí tổn thương, giai đoạn bệnh.

Kỹ thuật cắt dạ dày, kỹ thuật nối lưu thông tiêu hóa.

Kết quả phẫu thuật: tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian mổ, mức độ vét hạch và mức độ di căn hạch, tai biến trong mổ, mức độ đau sau mổ.

Kết quả:

Kết quả sớm: thời gian trung tiện, biến chứng sau mổ.

Kết quả kiểm tra: Tốt (người bệnh ăn uống tốt, tăng cân, không có biến chứng, di chứng). Trung bình (ăn uống được, không tăng cân, có biến chứng nhẹ không ảnh hưởng toàn thân). Xấu (Suy kiệt, ăn uống kém, có biến chứng ảnh hưởng toàn thân như tràn dịch màng bụng, màng phổi...).

Quy trình phẫu thuật: quy trình thống nhất của

cuộc mổ được tiến hành theo các bước: Người bệnh được nằm ngửa dạng hai chân

Bước 1: Đặt trocar: chúng tôi sử dụng 5 trocar, 1 trocar 10mm ở dưới rốn, 1 trocar 5mm ở MSP, 1 trocar 12mm ở MST và 2 trocar 5mm ở hạ sườn 2 bên.

Bước 2: Đánh giá tổn thương và khả năng cắt dạ dày

Bước 3: Cắt bỏ toàn bộ mạc nối lớn khỏi đại tràng ngang, cắt hết mạc nối vị lấy hết các hạch nhóm 4, nhóm 2 và bóc lộ bên trái tâm vị thực quản.

Bước 4: Bóc tách bó mạch vị mạc nối phải, thắt tĩnh mạch chủ hạ lưu với tĩnh mạch đại tràng giữa, thắt động mạch vị mạc nối phải sát gốc đảm bảo lấy hết các hạch nhóm 6.

Bước 5: Bóc tách bó mạch vị phải, cắt hết mạc nối nhỏ lấy hết hạch nhóm 3, thắt động mạch vị phải và vét hạch nhóm 5, 8, 12a.

Bước 6: Bóc lộ bó mạch vị trái, vét hạch nhóm 7, 9, 11p, thắt tĩnh mạch vị trái bằng clip ở vùng sát gốc động mạch và thắt động mạch tận gốc ở sát động mạch thân tạng bằng 2 hemolock. Sau đó phẫu tích để cắt bó mạch mặt sau phình vị kết hợp vét hạch nhóm 11d và nhóm 10 rốn lách.

Bước 7: Lấy hết phần mạc nối nhỏ còn lại, vét hạch nhóm 1 và bóc lộ bên phải tâm vị thực quản lên trên trụ hoành.

Bước 8: Nối thực quản hồng tràng theo phương pháp Roux-en-Y, miệng nối kiểu chữ T không cắt đoạn ruột trước bằng 2 Stapler Echelon 60B. Nối lại chân chữ Y tận-bên bằng 2 Stapler Echelon 60B.

Bước 9: Cắt, đóng mồm tá tràng bằng Stapler Echelon 60B dưới môn vị 1,5cm, cho dạ dày và mạc nối vào túi đựng bệnh phẩm.

Bước 10: Bơm rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan và hố lách. Mở rộng thêm vừa đủ lỗ trocar 12 ở MST để đưa dạ dày và mạc nối ra ngoài. Đóng lại các lỗ trocar.

Xử lý số liệu: theo phần mềm SPSS 16.0, kiểm định sự khác biệt giữa các yếu tố bằng Test Log Rank. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. Kết quả

Từ 7/2017 - 7/2018, có 11 người bệnh được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày vét hạch

D2, 100% là nam giới. Tuổi trung bình $56,3 \pm 2,5$ tuổi, từ 44 đến 70 tuổi. Độ tuổi gặp nhiều nhất là 50 đến 60 tuổi chiếm 63,6%.

Bảng 1. Vị trí tổn thương dạ dày

Vị trí tổn thương	Tổng số	Tỷ lệ %
Cực trên dạ dày	4	36,4
Thân vị	6	54,5
Thế thâm nhiễm toàn bộ	1	9,1

Trong các trường hợp chỉ định cắt toàn bộ dạ dày có vị trí tổn thương ung thư ở 1/3 trên là 36,4%, và ở 1/3 giữa là 54,5%.

Bảng 2. Mức độ di căn hạch

Mức độ	Tổng số	Tỷ lệ %
N0 (chưa di căn hạch)	1	9,1
N1 (di căn 1-2 hạch)	4	36,3
N2 (di căn 3-6 hạch)	5	54,6
N3 (di căn >7 hạch)	0	0,0
M1 (di căn ngoài hệ bạch huyết)	0	0,0

Tổng số hạch vét được trung bình $17,3 \pm 4,5$. Số hạch di căn trung bình $3,8 \pm 4,4$ nhóm. 100% diện cắt trên và dưới không còn tế bào ung thư.

Bảng 3. Phân giai đoạn theo TNM [1]

Giai đoạn	Tổng số	Tỷ lệ %
IA (T1N0)	0	0,0
IB (T1N1, T2N0)	3	27,3
IIA (T1N2, T2N1, T3N0)	4	36,3
IIB (T1N3, T2N2, T3N1, T4aN0)	3	27,3
IIIA (T2N3, T3N2, T4aN1)	1	9,1
IIIB (T3N3, T4aN2, T4bN0, T4bN1)	0	0,0
IIIC (T4aN3, T4bN2, T4bN3)	0	0,0

Chúng tôi gặp 27,3% ung thư ở giai đoạn I, 63,6% ở giai đoạn II và 9,1% ở giai đoạn III.

Bảng 4. Thời gian mổ, trung tiện, nằm viện.

Thời gian phẫu thuật	Ngắn nhất 185 phút	Dài nhất 270 phút	Trung bình $197 \pm 6,5$ phút
Thời gian trung tiện	Ngắn nhất 30h	Dài nhất 72h	Trung bình $50 \pm 3,5$ h
Thời gian nằm viện sau mổ	Ngắn nhất 7 ngày	Dài nhất 11 ngày	Trung bình $8,3 \pm 1,4$ ngày

Thời gian phẫu thuật trung bình $197 \pm 6,5$ phút; thời gian nằm viện trung bình $8,3 \pm 1,4$ ngày, ngắn nhất là 7 ngày và dài nhất là 11 ngày. Trường hợp nằm viện 11 ngày là người bệnh 70 tuổi nên cho ra viện muộn và trùng thêm ngày nghỉ thứ 7 và chủ nhật.

Bảng 5. Mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS

Đau ít	2 (18,2%)
Đau vừa	8 (72,7%)
Đau nhiều	1 (9,1%)
Rất đau	0 (0,0%)

Nghiên cứu chúng tôi thấy 18,2% đau ít, 72,7% đau vừa sau khi dùng thuốc giảm đau thông thường như paracetamol ... Không có trường hợp nào rất đau.

Không có biến chứng bực rờ, chảy máu, nhiễm trùng vết mổ sau mổ.

Bảng 6. Kết quả kiểm tra sau mổ

Thời gian	Tổng số	Kết quả
1 tháng	11/11	Tốt
3 tháng	7/11	Tốt
1 năm	2/11	Tốt

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi qua 3 thời điểm thấy 100% có kết quả tốt (Không tắc ruột, hẹp miệng nối, tái phát di căn ung thư).

IV. Bàn luận

Tuổi, giới: nghiên cứu chúng tôi thấy tuổi trung bình $56,3 \pm 2,5$; thấp nhất 44 tuổi và cao nhất là 70 tuổi,

độ tuổi gặp nhiều nhất là 50 đến 60 tuổi, 100% là nam giới. Theo các nghiên cứu tỷ lệ ung thư dạ dày có xu hướng gia tăng theo tuổi và ở nam giới [7].

Chúng tôi chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho những trường hợp ung thư dạ dày vùng tâm vị, phình vị, thân vị, ung thư dạ dày thể thâm nhiễm, những trường hợp tổn thương bờ trên ung thư cách tâm vị dưới 6cm và những trường hợp di căn hạch 4sa để đảm bảo hết tổ chức ung thư [8]. Theo J. Quenu, J. Loygue và CL. Dubost thì sự thâm nhiễm tế bào ung thư ở thành dạ dày không bao giờ vượt quá bờ khối u 5cm [9], Remine và cộng sự đã không tìm thấy hạch xâm lấn ở quá 6cm từ giới hạn tổn thương [9]. Theo Matsuo Ryota - Nhật Bản (2016), diện cắt dạ dày phải cách bờ khối u ít nhất 5cm đối u dạ dày thâm nhiễm [8]. Trong nghiên cứu có 03 (27,3%) vị trí tổn thương ung thư ở tâm vị, 06 (54,5%) ở thân vị, 01 (9,1%) ở phình vị, 01 (9,1%) thể thâm nhiễm toàn bộ. Những trường hợp tổn thương ở thân vị là do các trường hợp này có tổn thương ung thư cách tâm vị dưới 6cm nên để đảm bảo hết tổ chức ung thư chúng tôi đã chỉ định cắt toàn bộ dạ dày.

Chúng tôi áp dụng phương thức nạo vét hạch trong phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư của Hiệp hội nghiên cứu ung thư dạ dày Nhật Bản sửa đổi năm 2011[5, 7, 8]. Trong nghiên cứu chúng tôi chủ động vét hết hạch và tổ chức thanh mạc dọc các bó mạch theo kiểu cuốn chiếu để lấy hết hạch. Nhóm nghiên cứu có 100% người bệnh được vét hạch D2. Có những trường hợp không quan sát thấy hạch nhưng chúng tôi vẫn chủ động bóc tách lột hết tẩm thanh mạc dọc theo hệ thống bạch huyết dạ dày ở động mạch gan, rốn gan, động mạch lách, rốn lách để vét hết tổ chức hạch nhỏ mà mắt thường không nhìn thấy. Tổng số hạch vét được trung bình $17,3 \pm 4,5$.

Theo Hiệp hội nghiên cứu ung thư dạ dày Nhật Bản phân chia các chặng di căn hạch như sau: N0: ung thư tại chỗ chưa có di căn hạch, N1 (1-2 hạch): di căn các nhóm hạch xung quanh dạ dày, N2 (3-6 hạch): di căn đã vượt qua chặng lân cận và N3 (>7 hạch): di căn dọc động mạch chủ bụng và động mạch mạc treo tràng trên [2, 4, 7, 8]. Nghiên cứu

chúng tôi số hạch di căn trung bình $3,8 \pm 4,4$ nhóm., số hạch di căn ít nhất 0 và nhiều nhất là 8 hạch, có 01 (9,1%) trường hợp chưa có di căn hạch (N0), 04 (36,3%) trường hợp di căn chặng N1, 06 (54,6%) trường hợp di căn chặng N2, không có trường hợp nào di căn chặng N3. Vết hạch triệt căn trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày là hoàn toàn thực hiện được nhưng phải ở các cơ sở y tế có đội ngũ phẫu thuật nội soi có kinh nghiệm.

Cũng như các tác giả Nhật Bản, chúng tôi quan niệm các trường hợp có tổn thương loét lớn dạ dày và giải phẫu bệnh là dị sản ở mức độ cao là các ung thư sớm và có chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày nội soi vết hạch D2. Trong nghiên cứu chúng tôi có 01 trường hợp có ổ loét hơn 3cm, ăn sâu qua lớp cơ ở thân vị về phía BCN, giải phẫu bệnh trước mổ là dị sản mức độ vừa và cao và 01 trường hợp xuất huyết tiêu hóa nặng do loét hơn 2cm lộ mạch ở thân vị về phía BCN cách tâm vị khoảng 3cm, không làm giải phẫu bệnh trước mổ, tuy nhiên giải phẫu bệnh sau mổ là carcinoma tuyến. Chúng tôi chẩn đoán giai đoạn bệnh theo hệ thống TNM được Hiệp hội nghiên cứu ung thư Nhật Bản sửa đổi năm 2011 [1, 6, 10]. Trong nghiên cứu có 27,3% ung thư ở giai đoạn IB, 36,3% ở giai đoạn IIA, 27,3% giai đoạn IIB và 9,1% ở giai đoạn IIIA.

Kỹ thuật cắt toàn bộ dạ dày: Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày được tiến hành theo hai quy trình kỹ thuật là “phẫu thuật nội soi hoàn toàn” và “phẫu thuật nội soi hỗ trợ”. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% được tiến hành phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ diện cắt trên, diện cắt dưới không còn tế bào ung thư và vết hạch hết đến các chặng hạch không có tế bào ung thư (cả trong sinh thiết tức thì và GPB sau mổ).

Kỹ thuật làm miệng nối: Nối lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Roux-en-Y. Làm miệng nối hồng tràng thực quản kiểu chữ T không cắt đoạn dạ dày và ruột trước bằng hai Stapler Echelon 60B, trong trường hợp cắt ngang ngành chữ T mà không hết thì chúng tôi tăng cường thêm khóa Hemolok để

đóng kín diện cắt. Nối lưu thông chân chữ Y bằng hai Stapler Echelon 60B kiểu tận bên. Nghiên cứu của chúng tôi: 100% được thực hiện kỹ thuật làm miệng nối này. Khâu nối qua nội soi ổ bụng hoàn toàn có nhiều ưu điểm hơn so với khâu nối trong thì mổ mở hỗ trợ như phẫu trường rộng, thao tác của phẫu thuật viên dễ dàng, vết mổ nhỏ, không thấy nhiễm trùng vết mổ, người bệnh ít đau và tính thẩm mỹ cao hơn.

Tai biến trong mổ: Nghiên cứu của chúng tôi có 01 trường hợp (9,1%) tổn thương gan trái trong lúc vén gan gây rách bao gan chảy máu và được xử lý đốt điện cầm máu qua nội soi dễ dàng, không có người bệnh nào có tai biến khác trong mổ, không có người bệnh nào tử vong trong mổ. Phạm Đức Huấn [3], Triệu Triều Dương [1], Hồ Chí Thanh [5] cho thấy tỷ lệ tai biến và biến chứng trong, sau mổ không khác xa nhiều với mổ mở.

Thời gian phẫu thuật trung bình $197 \pm 6,5$ phút. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngày càng được rút ngắn hơn, những ca đầu tiên thời gian mổ còn dài, 270 phút là ca phẫu thuật nội soi hoàn toàn đầu tiên cắt toàn bộ dạ dày do ung thư, kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác [4], [5], [8]. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình $50 \pm 3,5$ h, Phạm Đức Huấn (59,13h), Noshiro (67,2h). Thời gian nằm viện ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 11 ngày, trung bình $8,3 \pm 1,4$ ngày.

Biến chứng sau mổ, nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào có biến chứng và tử vong sau mổ, có lẽ do mẫu nghiên cứu bước đầu của chúng tôi còn nhỏ. Hồ Chí Thanh [5] có tỷ lệ tử vong sau mổ 0.95%, rò miệng nối 0.95%, áp xe tồn dư 1.9%.

Mức độ đau sau mổ: Chúng tôi đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, trong nghiên cứu có 02(18,2%) trường hợp đau ít, 08(72,7%) đau vừa, 01(9,1%) đau nhiều, không có trường hợp nào rất đau.

Kết quả kiểm tra sau mổ: Trong nghiên cứu có 11 người bệnh khám lại theo hẹn sau 1 tháng, 07 người bệnh tới kỳ khám lại sau 3 tháng, 02 người bệnh tới kỳ khám lại 1 năm. Kết quả khám lại của chúng tôi qua 3 thời điểm thấy 100% là tốt, không có trường hợp nào có biến chứng, di căn hay sẹo xấu.

V. Kết luận

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày vết hạch D2 là phương pháp an toàn, hiệu quả, có tính thẩm mỹ cao và bảo đảm nguyên tắc của phẫu thuật ung thư. Chưa có trường hợp nào tử vong trong nghiên cứu, tỷ lệ tai biến nhẹ là 9,1%, số hạch vét được trung bình $17,3 \pm 4,5$.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Hoàng Bắc và Cộng sự (2016), “Vai trò của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày” Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, Tr 76-77.
2. Triệu Triều Dương (2008), “Nghiên cứu cắt dạ dày vết hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện 108”, Y học TPHCM, 12:tr. 204-208.
3. Phạm Như Hiệp và cộng sự (2016), “Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt phần xa dạ dày kèm nạo vét hạch trong điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện trung ương Huế” Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, Tr 78-79.
4. Phạm Đức Huấn (2012): “Kết quả phẫu thuật cắt dạ dày nội soi nạo vét hạch D2”. Tạp chí ung thư học Việt Nam: tr. 175.
5. Nguyễn Văn Hương (2016) “Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt dạ dày do ung thư tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An”, Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, Tr 75-76.
6. Hồ chí Thanh (2012): “Kết quả phẫu thuật cắt dạ dày vết hạch D2 qua nội soi hỗ trợ điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện 103”. Tạp chí ung thư học Việt Nam: tr.180.
7. Hà Văn Quyết và cộng sự (2006). “Nhận xét về chẩn đoán và thương tổn ung thư dạ dày sớm”. Tạp chí Ngoại Khoa 6/2006: 73-79.
8. Võ Duy Long, Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự (2016) “Nghiên cứu giảm số lượng Stapler trong phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, nạo vét hạch D2, phục hồi lưu thông ruột theo phương pháp không cắt ruột trước trong điều trị ung thư dạ dày”. Tạp chí Hội nghị khoa học ngoại khoa và phẫu thuật nội soi toàn quốc, tr 77-78.
9. Phạm Gia Khánh (2002) “Ung thư dạ dày”. Bệnh học ngoại khoa. NXBQĐND, Tr 195-209.
10. Azagra JS, Groergen M, Gilbert E, Alonso. J, Centerik M (2001): "Laparoscopy assisted total gastrectomy with extended D2 lymphadenectomy for cancer": Technical aspect". Le Jour Coelio- Chir, 40: 79- 83
11. Kitano S (2006) “Laparoscopic surgical resection for early gastric cancer” European J Gastroenterol Hepatology, 18, pp : 855-866.
12. Noshiro H, Nagai E, Shimizu S, et al (2005), “Laproscopecally assisted distal gastrectomy with standard radical lymph node dissection for gastric cancer”, Surg Endosc, 19: pp. 1992-1996.