Tạp chí Sức khỏe và Lão hóa
Journal of Health and Aging
DOI: 10.63947
Xuất bản trực tuyến tại https://tcsuckhoelaohoa.vn

Nghiên cứu gốc

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT CẮT NỬA PHẢI ĐẠI TRÀNG, NỐI MỘT THÌ TRONG XỬ TRÍ TẮC RUỘT DO U ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Đỗ Duy Đạt[1], Hồ Hữu Đức[1], Hoàng Anh Bắc[1], Nguyễn Văn Hưng[2]

1. Khoa Ngoại Tiêu Hóa, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
2. Trường Đại học Khoa học Sức khoẻ, Đại học Quốc gia TP.HCM, Việt Nam

** Tác giả liên hệ: BSCK1. Đỗ Duy Đạt ✉ duydat1890@gmail.com*

TÓM TẮT: Tắc ruột do ung thư đại tràng là biến chứng cấp cứu thường gặp, đặc biệt ở người cao tuổi với nhiều bệnh lý đồng mắc, đòi hỏi quyết định điều trị phẫu thuật tối ưu để cải thiện kết quả điều trị. Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cắt nửa phải đại tràng nối một thì trong xử trí tắc ruột do u đại tràng tại Bệnh viện Thống Nhất. Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả loạt ca trên 48 bệnh nhân tắc ruột do u đại tràng phải được phẫu thuật cắt nửa phải đại tràng nối một thì tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2024. Các chỉ số đánh giá bao gồm đặc điểm lâm sàng, phương pháp phẫu thuật, biến chứng và kết quả điều trị sớm. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,3 ± 13,2 tuổi, nam giới chiếm 58,7%. Phẫu thuật nội soi được thực hiện ở 17 ca (35,4%), mổ hở 31 ca (64,6%). Tỷ lệ biến chứng sớm chung là 16,7%, trong đó nhóm nội soi có tỷ lệ thấp hơn nhóm mổ hở (5,9% so với 22,6%). Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm nội soi ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mổ hở (7,8 ± 2,4 so với 10,2 ± 3,5 ngày). Tỷ lệ rò miệng nối là 2,1%, tỷ lệ tử vong là 2,1%. Phẫu thuật cắt nửa phải đại tràng nối một thì là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị tắc ruột do u đại tràng. Phẫu thuật nội soi cho kết quả tốt hơn về thời gian hồi phục và giảm biến chứng so với mổ hở.

Từ khóa: tắc ruột; ung thư đại tràng; phẫu thuật nội soi; cắt nửa phải đại tràng; nối một thì

EFFECTIVENESS OF ONE-STAGE RIGHT HEMICOLECTOMY IN THE MANAGEMENT OF BOWEL OBSTRUCTION DUE TO COLON CANCER AT THONG NHAT HOSPITAL

Do Duy Dat, Ho Huu Duc, Hoang Anh Bac, Nguyen Van Hung

ABSTRACT: Bowel obstruction due to colorectal cancer is a common emergency complication, especially in elderly patients with multiple comorbidities, requiring optimal surgical treatment decisions to improve clinical outcomes.To evaluate the effectiveness of one-stage right hemicolectomy with primary anastomosis in the management of bowel obstruction due to colon cancer at Thong Nhat Hospital. A retrospective and prospective descriptive case series study was conducted on 48 patients with bowel obstruction due to right-sided colon cancer who underwent one-stage right hemicolectomy with primary anastomosis at Thong Nhat Hospital from January 2019 to December 2024. Evaluation parameters included clinical characteristics, surgical methods, complications, and early treatment outcomes. The mean age of patients was 62.3 ± 13.2 years, with males accounting for 58.7%. Laparoscopic surgery was performed in 17 cases (35.4%) and open surgery in 31 cases (64.6%). The overall early complication rate was 16.7%, with the laparoscopic group showing a lower rate than the open surgery group (5.9% vs 22.6%). Mean hospital stay in the laparoscopic group was significantly shorter than the open surgery group (7.8 ± 2.4 vs 10.2 ± 3.5 days). The anastomotic leak rate was 2.1% and mortality rate was 2.1%. One-stage right hemicolectomy with primary anastomosis is a safe and effective method for treating bowel obstruction due to colon cancer. Laparoscopic surgery showed better outcomes regarding recovery time and reduced complications compared to open surgery..

Keywords: bowel obstruction; colon cancer; laparoscopic surgery; right hemicolectomy; primary anastomosis

Ngày nhận bài: 05/05/2025 Ngày chấp nhận: 01/06/2025 Ngày đăng bài: 15/06/2025

Bản quyền: © Tác giả. Xuất bản bởi *Tạp chí Sức khỏe và Lão hóa*. Mọi quyền được bảo lưu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) hiện đang đứng thứ ba về tỷ lệ mắc và thứ hai về tỷ lệ tử vong trong các bệnh lý ác tính trên toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, theo số liệu GLOBOCAN 2022, UTĐTT xếp vị trí thứ tư về tỷ lệ mắc mới với 16.835 ca/năm (chiếm 9,3% tổng số ca ung thư) và đứng thứ năm về tỷ lệ tử vong [2]. Đáng chú ý, xu hướng gia tăng bệnh lý này đặc biệt rõ rệt ở dân số cao tuổi - nhóm bệnh nhân chiếm tỷ lệ đáng kể tại các cơ sở chuyên khoa lão như Bệnh viện Thống Nhất.

Tắc ruột do u đại tràng là biến chứng cấp cứu thường gặp, xuất hiện ở khoảng 10-18% trường hợp UTĐTT tại thời điểm chẩn đoán ban đầu [3]. Ở người cao tuổi, biến chứng này càng phức tạp bởi đa bệnh lý nền kèm theo sự suy giảm chức năng dự trữ sinh lý của các cơ quan, dẫn đến tăng nguy cơ biến chứng và kéo dài thời gian hồi phục hậu phẫu [3,4]. Trong bối cảnh này, việc lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu, đặc biệt là phẫu thuật cắt nửa phải đại tràng nối ngay một thì, vẫn còn nhiều tranh luận về tính an toàn và hiệu quả, chủ yếu liên quan đến lo ngại về tỷ lệ rò miệng nối, nhiễm trùng và tử vong sau mổ [4,5].

Các nghiên cứu tại các quốc gia phát triển đã chứng minh phẫu thuật một thì có thể mang lại nhiều lợi ích đáng kể như: rút ngắn thời gian nằm viện, giảm số lần can thiệp phẫu thuật và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân khi được áp dụng có chọn lọc [3,5]. Tuy nhiên, dữ liệu về hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này trên nhóm bệnh nhân cao tuổi tại Việt Nam còn rất hạn chế, đặc biệt tại các cơ sở y tế chuyên về lão khoa.

Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cắt nửa phải đại tràng nối một thì trong xử trí tắc ruột do u đại tràng tại Bệnh viện Thống Nhất.

Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp bằng chứng khoa học đáng tin cậy, đồng thời định hướng tối ưu hóa phác đồ điều trị cho nhóm bệnh nhân cao tuổi - đối tượng có nhiều đặc thù về đặc điểm lâm sàng và tiên lượng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào: Bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột do u đại tràng phải và được phẫu thuật cắt nửa phải đại tràng, nối một thì tại Khoa Ngoại Tiêu Hoá, Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2024, có hồ sơ bệnh án đầy đủ và được theo dõi ít nhất 6 tháng sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tắc ruột do nguyên nhân khác, u đại tràng có di căn xa, có biến chứng thủng ruột, viêm phúc mạc, bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu hoặc mất dữ liệu theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả loạt ca.

2.3. Phương pháp xử lý phân tích số liệu:

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, sử dụng các test thống kê thích hợp, với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức bệnh viện phê duyệt, đảm bảo bí mật thông tin, tự nguyện tham gia.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2024, tổng cộng 48 bệnh nhân tắc ruột do u đại tràng phải được phẫu thuật cắt nửa phải đại tràng và nối một thì tại Bệnh viện Thống Nhất. Độ tuổi trung bình là 62,3 ± 13,2 tuổi, trong đó nhóm tuổi 60-70 chiếm tỷ lệ cao nhất (45,8%). Nam giới chiếm đa số với 58,7%, tỷ lệ nam/nữ là 1,42/1. Các bệnh đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp (35,4%), đái tháo đường (22,9%) và bệnh tim mạch (16,7%). Thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện là 4,8 ± 2,3 ngày (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị (n = 48)
Tuổi trung bình (năm)	62,3 ± 13,2
Nhóm tuổi 60-70	22 (45,8%)
Giới tính nam	28 (58,7%)
Tỷ lệ nam/nữ	1,42/1
Bệnh đồng mắc	
Tăng huyết áp	17 (35,4%)
Đái tháo đường	11 (22,9%)
Bệnh tim mạch	8 (16,7%)
Thời gian từ triệu chứng đến nhập viện (ngày)	4,8 ± 2,3

3.2. Đặc điểm phẫu thuật và kỹ thuật nối

Trong số 48 bệnh nhân, 17 trường hợp (35,4%) được phẫu thuật nội soi, 31 trường hợp (64,6%) được mổ hở. Lý do chọn mổ hở chủ yếu do khối u dính nhiều hoặc ruột chướng nặng. Trong nhóm phẫu thuật nội soi, 8 ca (47,1%) thực hiện nối trong ổ bụng, 9 ca còn lại nối ngoài ổ bụng. Tất cả các trường hợp mổ hở đều thực hiện nối ngoài ổ bụng.

Về đặc điểm khối u, vị trí thường gặp nhất là đại tràng lên (52,1%), tiếp theo là manh tràng (31,2%) và góc gan (16,7%). Kích thước khối u trung bình là 5,8 ± 2,1 cm. Theo phân loại TNM, giai đoạn II chiếm 62,5%, giai đoạn III chiếm 37,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 135 ± 28 phút, lượng máu mất trung bình là 180 ± 45 ml (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật và kỹ thuật nối

Đặc điểm	Số ca (tỷ lệ %)
Phương pháp phẫu thuật	
Phẫu thuật nội soi	17 (35,4%)
Mổ hở	31 (64,6%)
Kỹ thuật nối	
Nối trong ổ bụng (chỉ nội soi)	8 (16,7%)
Nối ngoài ổ bụng	40 (83,3%)
Vị trí khối u	
Đại tràng lên	25 (52,1%)
Manh tràng	15 (31,2%)
Góc gan	8 (16,7%)
Đặc điểm khối u	
Kích thước trung bình (cm)	5,8 ± 2,1
Giai đoạn II (TNM)	30 (62,5%)
Giai đoạn III (TNM)	18 (37,5%)
Thông số phẫu thuật	
Thời gian phẫu thuật (phút)	135 ± 28
Lượng máu mất (ml)	180 ± 45

3.3. Biến chứng và kết quả điều trị sớm

Tổng tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 16,7% (8/48). Nhóm phẫu thuật nội soi có tỷ lệ biến chứng thấp hơn đáng kể so với nhóm mổ hở (5,9% so với 22,6%, p = 0,225). Nhiễm trùng vết mổ là biến chứng hay gặp nhất với tỷ lệ 16,1% ở nhóm mổ hở và 5,9% ở nhóm nội soi. Biến chứng nghiêm trọng như rò miệng nối, chảy máu sau mổ và tử vong chỉ ghi nhận ở nhóm mổ hở. Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm nội soi ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mổ hở (7,8 ± 2,4 ngày so với 10,2 ± 3,5 ngày, p = 0,020) (Bảng 3).

Bảng 3. So sánh biến chứng và kết quả điều trị sớm giữa hai nhóm phẫu thuật

Biến chứng/ Chỉ số	Mổ hở (n = 31)	Nội soi (n = 17)	p
Nhiễm trùng vết mổ	5 16,1%)	1 (5,9%)	0,638
Rò miệng nối	1(3,2%)	0(0,0%)	>0,99
Chảy máu sau mổ	1(3,2%)	0(0,0%)	>0,99
Tử vong trong 30 ngày	1(3,2%)	0(0,0%)	1,00
Tổng biến chứng sớm	7 (22,6%)	1 (5,9%)	0,225
Thời gian nằm viện (ngày)	10,2 ± 3,5	7,8 ± 2,4	0,020*

*Thời gian nằm viện sử dụng kiểm định t-test; các biến chứng sử dụng Fisher's exact test.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,3 ± 13,2 tuổi, tương đồng với nghiên cứu của Trần Mạnh Hùng tại Bệnh viện Bạch Mai (63,9 ± 16,3 tuổi) [7] và nghiên cứu của Chen et al. tại Đài Loan (72 tuổi) [4]. Sự tương đồng này phản ánh đặc điểm dịch tễ học của ung thư đại tràng, thường gặp ở người cao tuổi. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 1,42/1, cao hơn so với nghiên cứu trong nước [7] nhưng phù hợp với các số liệu quốc tế.

Đặc biệt, tỷ lệ bệnh đồng mắc như tăng huyết áp (35,4%), đái tháo đường (22,9%) và bệnh tim mạch (16,7%) phản ánh đặc điểm dân số bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất. Các yếu tố này là thách thức lớn trong điều trị phẫu thuật, đặc biệt trong bối cảnh cấp cứu như tắc ruột do u đại tràng. Mege et al. cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh đồng mắc tương tự trong nghiên cứu đa trung tâm của họ, và nhấn mạnh ảnh hưởng của các bệnh lý nền đến kết quả điều trị [9].

4.2. Phương pháp phẫu thuật và kỹ thuật nối

Tỷ lệ phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu là 35,4%, phản ánh xu hướng ứng dụng kỹ thuật này trong điều trị tắc ruột do ung thư đại tràng, mặc dù tỷ lệ này còn thấp hơn so với các nghiên cứu quốc tế [3]. Nghiên cứu của Ng et al. đã chứng minh tính khả thi và an toàn của phẫu thuật nội soi trong tắc ruột do ung thư đại tràng phải, với ưu điểm về lượng máu mất ít hơn mặc dù thời gian phẫu thuật kéo dài hơn [10].

Việc thực hiện nối trong ổ bụng ở 47,1% ca nội soi (16,7% tổng số ca) cho thấy sự tiến bộ về kỹ thuật, tương đồng với nghiên cứu của Macina et al., khẳng định tính an toàn của kỹ thuật này [8]. Tỷ lệ phẫu thuật một thì đạt 100% trong nghiên cứu này cao hơn so với các báo cáo trong nước và quốc tế [7,9] do tiêu chuẩn chọn bệnh của chúng tôi. Tuy nhiên theo khuyến cáo của Gainant, ủng hộ phương pháp nối một thì khi tình trạng toàn thân bệnh nhân cho phép, nhằm giảm thiểu số lần can thiệp phẫu thuật và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân [6].

4.3. Kết quả điều trị và biến chứng

Tỷ lệ biến chứng sớm trong nghiên cứu là 16,7%, thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu đa trung tâm của Mege et al. (51%) [9]. Tỷ lệ biến chứng ở nhóm nội soi (5,9%) thấp hơn nhóm mổ hở (22,6%), mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,225), có thể do cỡ mẫu còn hạn chế. Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm nội soi (7,8 ± 2,4 ngày) ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mổ hở (10,2 ± 3,5 ngày; p = 0,020), phù hợp với kết quả của Ng et al. [10].

Tỷ lệ rò miệng nối (2,1%) trong nghiên cứu này thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu lớn [9], có thể do: (1) tiêu chí lựa chọn bệnh nhân nghiêm ngặt, loại trừ các ca có biến chứng thủng ruột, viêm phúc mạc; (2) kỹ thuật nối được thực hiện cẩn thận; (3) chăm sóc hậu phẫu tích cực. Các ca rò miệng nối chỉ xuất hiện ở nhóm mổ hở, phù hợp với nhận định của Macina et al. về ưu điểm của kỹ thuật nối nội soi [8].

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu (2,1%) thấp hơn so với các báo cáo quốc tế [4,9]. Chen et al. ghi nhận tiên lượng sống còn kém hơn rõ rệt ở nhóm tắc ruột, nhấn mạnh tầm quan trọng của phẫu thuật sớm và lựa chọn phương pháp phù hợp [4]. Yoo et al. cũng khẳng định điều trị tắc ruột đại tràng ác tính vẫn là một thách thức và cần sự phối hợp đa ngành để cải thiện kết quả [3].

4.4. Ý nghĩa lâm sàng và xu hướng phát triển

Nghiên cứu hệ thống của Frago et al. nhấn mạnh cần cá thể hóa điều trị tắc ruột đại tràng do thiếu bằng chứng mạnh [5]. Kết quả nghiên cứu này ủng hộ phẫu thuật nội soi là lựa chọn phù hợp khi điều kiện cho phép. Kỹ thuật nối trong ổ bụng có tiềm năng trở thành xu hướng chủ đạo nhờ khả năng kiểm soát biến chứng tốt hơn, phù hợp với khuyến cáo của Macina et al. và Gainant [6,8].

Tại Bệnh viện Thống Nhất, với đặc thù phục vụ chủ yếu đối tượng bệnh nhân cao tuổi, việc triển khai phẫu thuật nội soi cho các ca tắc ruột do ung thư đại tràng cần được đẩy mạnh, đặc biệt tập trung vào các tiêu chí lựa chọn bệnh nhân phù hợp. Kết quả khả quan từ nghiên cứu này cho thấy tiềm năng mở rộng chỉ định phẫu thuật nội soi cho nhóm bệnh nhân được lựa chọn kỹ, ngay cả trong bối cảnh cấp cứu.

Bên cạnh đó, việc phát triển các công cụ đánh giá nguy cơ trước mổ sẽ giúp tối ưu hóa quyết định lâm sàng, đặc biệt với nhóm bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh đồng mắc. Đây là hướng phát triển quan trọng trong tương lai tại Bệnh viện Thống Nhất, nhằm cải thiện hơn nữa kết quả điều trị và giảm thiểu biến chứng cho bệnh nhân.

4.5. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế cần được ghi nhận. Thứ nhất, cỡ mẫu còn nhỏ (48 bệnh nhân) làm giảm sức mạnh thống kê, đặc biệt khi phân tích các biến chứng hiếm gặp như rò miệng nối. Thứ hai, thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng chưa đủ để đánh giá các kết quả dài hạn như tái phát và tỷ lệ sống còn. Thứ ba, đây là nghiên cứu đơn trung tâm nên kết quả có thể chưa đại diện cho toàn bộ thực trạng điều trị tại Việt Nam.

Các nghiên cứu tiếp theo cần mở rộng cỡ mẫu, kéo dài thời gian theo dõi, và áp dụng thiết kế đa trung tâm để đạt được bằng chứng mạnh hơn. Phân tích đa biến cũng cần được thực hiện để xác định các yếu tố nguy cơ độc lập ảnh hưởng đến kết quả điều trị, phù hợp với khuyến cáo của Frago et al. [5].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt nửa phải đại tràng nối một thì là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị tắc ruột do u đại tràng tại Bệnh viện Thống Nhất, với tỷ lệ biến chứng chấp nhận được (16,7%). Phẫu thuật nội soi cho thấy kết quả tốt hơn về thời gian hồi phục và giảm biến chứng so với mổ hở. Quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật cần được cá thể hóa dựa trên đặc điểm lâm sàng và tình trạng tổng thể của bệnh nhân cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021 May;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338.

[2] International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2022: World Fact Sheet [Internet]. Lyon: IARC; 2024 [cited 2024 May 26]. Available from: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf

[3] Yoo RN, Cho HM, Kye BH. Management of obstructive colon cancer: Current status, obstacles, and future directions. World J Gastrointest Oncol. 2021 Dec 15;13(12):1850-1862. doi: 10.4251/wjgo.v13.i12.1850. PMID: 35070029; PMCID: PMC8713324.

[4] Chen TM, Huang YT, Wang GC. Outcome of colon cancer initially presenting as colon perforation and obstruction. World J Surg Oncol. 2017 Aug 25;15(1):164. doi: 10.1186/s12957-017-1228-y. PMID: 28841901; PMCID: PMC5574146.

[5] Frago R, Ramirez E, Millan M, Kreisler E, del Valle E, Biondo S. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. Am J Surg. 2014 Jan;207(1):127-38. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.07.027. Epub 2013 Oct 12. PMID: 24124659.

[6] Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction. J Visc Surg. 2012 Feb;149(1):e3-e10. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2011.11.003. Epub 2011 Dec 19. PMID: 22189474.

[7] Mạnh Hùng T. Kết quả sớm điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư biểu mô đại tràng phải tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2022;512(1). doi: 10.51298/vmj.v512i1.2223.

[8] Macina S, Imperator M, Feleppa C, Sucameli F, Talamo G, Berti S. Intracorporeal Anastomosis in Both Elective and Emergency Right Hemicolectomy: Our Experience. Surg Technol Int. 2018 Nov 11;33:133-136. PMID: 30276785.

[9] Mege D, Manceau G, Beyer-Berjot L, Bridoux V, Lakkis Z, Venara A, Voron T, Brunetti F, Sielezneff I, Karoui M; AFC (French Surgical Association) Working Group. Surgical management of obstructive right-sided colon cancer at a national level results of a multicenter study of the French Surgical Association in 776 patients. Eur J Surg Oncol. 2018 Oct;44(10):1522-1531. doi: 10.1016/j.ejso.2018.06.027. Epub 2018 Jul 6. PMID: 30041941.

[10] Ng SS, Lee JF, Yiu RY, Li JC, Leung WW, Leung KL. Emergency laparoscopic-assisted versus open right hemicolectomy for obstructing right-sided colonic carcinoma: a comparative study of short-term clinical outcomes. World J Surg. 2008 Mar;32(3):454-8. doi: 10.1007/s00268-007-9400-0. PMID: 18196317.