

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG SAU PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ ĐẠI TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐA POLYP GIA ĐÌNH: KẾT QUẢ 5 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú¹, Tống Hải Dương¹, Đoàn Anh Vũ²,
La Vĩnh Phúc², Trần Minh Điền¹,
Dương Tuấn Tú¹, Trần Minh Quân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh đa polyp tuyến gia đình (FAP: Familial Adenomatous Polyp) là một bệnh di truyền trên gen trội; nếu không được chẩn đoán và điều trị có nguy cơ dẫn đến ung thư đại trực tràng. Đánh giá được kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật rất quan trọng để đưa ra quyết định phương pháp điều trị thích hợp đối với BN bị bệnh FAP.

Mục tiêu: Báo cáo kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (BN) FAP được cắt toàn bộ đại trực tràng (ĐTT) bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) với thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình 6,5 năm (3 – 11 năm) tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ (BVĐKTPCT).

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu trên 5 BN FAP được điều trị bằng PTNS ghi nhận kết quả phẫu thuật và chất lượng cuộc sống với thời gian theo dõi trung bình 6,5 năm dựa vào 3 bảng điểm: EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29 và MSKCC-BFI.

Kết quả: Trong 5 Bn có 3 nam và 2 nữ, tuổi trung bình 37,6 tuổi (22 – 66 tuổi), 1 BN FAP đã

bị ung thư hóa. Về kết quả PTNS thành công 100% (5BN), có có tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ 40% (2/5 BN), gồm một trường hợp bí tiểu và một trường hợp tắc ruột sớm sau mổ do dính. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật bị ảnh hưởng do phẫu thuật cắt toàn bộ đại trực tràng, đi cầu nhiều lần; tình trạng này được cải thiện dần theo thời gian và ghi nhận sau phẫu thuật 3 năm BN hài lòng với kết quả điều trị, không ghi nhận rối loạn tình dục theo 3 thang điểm đánh giá trên. Không ghi nhận ung thư môm trực tràng (rectal stump).

Kết luận: PTNS cắt toàn bộ đại trực tràng điều trị FAP là phương pháp được lựa chọn, tỷ lệ thành công cao và chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng cả về thể chất và tinh thần, nhưng được cải thiện dần theo thời gian.

Từ khóa: FAP, PTNS, cắt toàn bộ đại trực tràng, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES AND QUALITY OF LIFE AFTER TOTAL PROCTOCLECTOMY FOR FAMILIAL ADENOMATOUS POLYPOSIS: RESULTS OF 5 CASES AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Background: Familial Adenomatous Polyposis (FAP) is an inherited disorder caused by a dominant gene mutation; if not diagnosed and treated, it can lead to colorectal cancer.

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú

Email: lvphu67@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/7/2024

Ngày phản biện: 26/7/2024

Ngày chấp nhận đăng: 29/7/2024

Evaluating treatment outcomes and post-operative quality of life is crucial in deciding appropriate treatment methods for FAP patients.

Objective: To report the treatment outcomes and quality of life of FAP patients who underwent laparoscopic total proctocolectomy with an average follow-up period of 6.5 years (3 - 11 years) at Can Tho General Hospital.

Subjects and methods: A retrospective study on 5 FAP patients treated with laparoscopic surgery, recording surgical outcomes and quality of life with an average follow-up time of 6.5 years based on 3 scoring systems: EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29, and MSKCC-BFI.

Results: Among 5 patients, there were 3 males and 2 females, with an average age of 37.6 years (22 - 66 years), 1 FAP patient had developed cancer. Regarding laparoscopic surgery results, the success rate was 100% (5 patients), with no intraoperative complications, postoperative complications occurred in 40% (2/5 patients), including one case of urinary retention and one case of early postoperative intestinal obstruction due to adhesions. Postoperative quality of life was affected by total proctocolectomy, with frequent bowel movements; this condition improved gradually over time, and after 3 years post-operation, patients were satisfied with the treatment results, with no sexual dysfunction reported according to the three evaluation scales. No rectal stump cancer was recorded.

Conclusion: Laparoscopic total proctocolectomy for FAP treatment is the method of choice, with a high success rate. Although quality of life is affected both physically and mentally, it improves gradually over time.

Keywords: FAP, laparoscopic surgery, total proctocolectomy, quality of life

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đa polyp tuyến gia đình (FAP) là

một bệnh di truyền trên gen trội biểu hiện bằng hình thành hàng trăm hay hàng ngàn polyp ở đại trực tràng. Hầu hết BN các polyp xuất hiện ở độ tuổi dưới 30. Nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp sẽ dẫn đến ung thư đại trực tràng ở giai đoạn khoảng 40 tuổi [1]. Cho đến nay, hầu hết các tác giả điều thống nhất phẫu thuật cắt toàn bộ đại trực tràng là phương pháp dự phòng ung thư hóa hiệu quả nhất. Phẫu thuật cắt toàn bộ ĐTT có thể là mổ mở hoặc PTNS và có thể làm miệng nối hồi tràng – trực tràng hoặc hồi tràng - ống hậu môn có hoặc không có “J pouch”. Cắt toàn bộ ĐTT bằng PTNS có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở; tuy nhiên đây là phẫu thuật phức tạp, kỹ thuật khó, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng và nhất là kỹ thuật làm miệng nối hồi tràng - ống hậu môn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả 5 BN được chẩn đoán bệnh đa polyp tuyến gia đình và chỉ định điều trị bằng cắt toàn bộ đại trực tràng, làm miệng nối hồi tràng – trực tràng hoặc hồi tràng - ống hậu môn từ năm 2014 đến năm 2021 tại khoa ngoại Tổng hợp, BVĐKTPCT.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN được chẩn đoán bệnh đa polyp tuyến gia đình và chỉ định điều trị bằng cắt toàn bộ đại trực tràng, làm miệng nối hồi tràng – trực tràng hoặc hồi tràng - ống hậu môn từ năm 2014 đến năm 2021 tại khoa ngoại Tổng hợp, BVĐKTPCT.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được nghe giải thích rõ mục tiêu, tiến trình của nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Thời gian nghiên cứu: Từ năm 2014 – năm 2021.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Thuận tiện. Chọn tất cả BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu

Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng của BN FAP
- Kết quả PTNS cắt toàn bộ ĐTT nối HT – OHM hoặc HT – TT

- Chất lượng cuộc sống của BN sau PTNS cắt toàn bộ ĐTT nối hồi tràng – trực tràng và hồi tràng - OHM với thời gian TD 6,5 năm dựa vào:

+ EORTC QLQ-C30: Các điểm số Sức khỏe Tổng quát, Chức năng (ngoại trừ thể chức), Triệu chứng khác (ngoại trừ mất ngủ và chán ăn) có sự khác biệt theo thời gian (3 tháng, 12 tháng, 24 tháng) [2]

+ EORTC QLQ-CR29: Điểm số về Triệu chứng thường xuyên tiêu ngày; Đau quanh vùng trực tràng hậu môn; Thấy chất nhầy trong phân; Cảm giác khô miệng; Bị rụng

tóc; Trung tiện tự chủ; Són phân, có sự khác biệt theo thời gian (3 tháng, 12 tháng, 24 tháng) [3]

+ MSKCC-BFI

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 23.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được hội đồng Y đức bệnh viện phê duyệt trước khi nghiên cứu. Các thông tin về BN được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khảo sát được độ tuổi trung bình: 37,6 tuổi (22 – 66 tuổi). Trong đó tỉ lệ giới tính nam/nữ là 3/2. Có tiền sử gia đình:

+ Có tiền sử FAP: 2 BN (cha bị FAP) → Ung thư hóa → Tử vong

+ Không có TS FAP: 3 BN

3.1. Đặc điểm lâm sàng của BN FAP trước phẫu thuật

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng chung của BN FAP

Lâm sàng	Có	Không
Tiêu ra máu	5	0
Thiếu máu	5 (3 nhẹ, 2 nặng)	0
Sụt cân	2	3

Nhận xét: BN được chuẩn đoán FAP đều có triệu chứng điển hình như 100% tỷ lệ tiêu ra máu và thiếu máu mức độ từ nhẹ đến nặng, gây sụt cân (40%) chưa phản ánh rõ triệu chứng điển hình trên các BN này

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của các BN FAP

BN	LDVV	Lâm sàng	Nội soi + Đại thể
1	XHTH dưới	Thiếu máu nặng	FAP nặng
2	Đau bụng	Thiếu máu nặng	FAP nặng
3	Đau bụng	Thiếu máu nhẹ	FAP trung bình
4	Đau bụng	Thiếu máu nặng	FAP nặng
5	Đau bụng	Thiếu máu nhẹ	FAP nặng

Nhận xét: Nhìn chung các BN FAP vào viện vì các triệu chứng tiêu hóa chính như đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, mức độ BN FAP đã diễn tiến từ trung bình đến nặng dần đến xuất hiện triệu chứng thiếu máu từ nhẹ đến nặng phù hợp trên BN

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của BN FAP

Nội soi trực tràng:

- Nghiên cứu khảo sát được các vị trí:

+ 2 Trường hợp polyp dày đặc đại trực tràng

+ 2 Trường hợp polyp đại tràng và vài polyp đến trực tràng

+ 1 Trường hợp polyp chỉ ở đại tràng (66 tuổi)

- Phân độ:

+ 4 FAP mức độ nặng (severe)

+ 1 FAP mức độ nhẹ - trung bình (intermediate)

Giải phẫu bệnh trước và sau mổ

Bảng 3: Giải phẫu bệnh trước và sau phẫu thuật

GPB	Số BN	Tỷ lệ (%)
Carcinoma tuyến	1	20
Bướu tuyến ống nghịch sản cao	2	40
Bướu tuyến ống nghịch sản thấp	2	40

BN FAP ung thư hóa 2 vị trí (manh tràng và trực tràng) MSCT không ghi nhận di căn hạch và các tạng

Nhận xét: 100% các trường hợp nội soi phát hiện khối u và giải phẫu bệnh tổn thương là ung thư biểu mô tuyến.

3.3. Kết quả PTNS cắt toàn bộ ĐTT nối HT – OHM hoặc HT – TT

Bảng 4: Đặc điểm phẫu thuật

	Đặc điểm	Trường hợp
Kết quả	Nối HT – OHM	1 (Khâu tay)
	Nối HT - TT cực thấp	1 (Nối máy)
	Nối HT – TT cao	3 (Nối máy)
	Thực hiện J-pouch	5
	Mở hồi tràng ra da	5
	Thời gian mổ	300 phút (270-390 phút)
Biến chứng sau mổ	Tai biến sau mổ	0
	Bí tiểu	1
	Tắc ruột sớm (2 tuần sau mổ) do dính đoạn cuối hồi tràng vào tiểu khung → Mổ mở gỡ dính, đóng hồi tràng → Rò tiêu hóa → Tự lành → Ra viện	0
	Nhiễm trùng vết mổ, áp xe tồn lưu, rò tiêu hóa	0

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận 4 BN thực hiện nối máy thì miệng nối ở vị trí cao và cực thấp, chỉ có 1 BN được làm nối HT – OHM bằng khâu tay. Chúng tôi thực hiện mở hồi tràng ra da và thực hiện J-pouch ở cả 5 BN, hậu phẫu diễn biến thuận lợi không có tai biến; không có BN bị rò miệng nối, có 1 BN bị bí tiểu sau phẫu thuật.



Hình 1. A: Hình đại thể BN Đồng Văn T., vị trí 2 polyp ung thư hóa (mũi tên màu vàng).

B: Hình ảnh bệnh nhân sau phẫu thuật 12 tháng

3.4. Chất lượng cuộc sống của BN sau PTNS cắt toàn bộ ĐTT nối hồi tràng – trực tràng và hồi tràng

Tình trạng nhập viện lại sau mổ: 3 BN

+ Trường hợp 1: H. 34t: sau đóng hồi tràng và cắt polyp trực tràng ghi nhận xuất huyết tiêu hóa dưới.

+ Trường hợp 2: T. 66t ra viện sau ra viện 4 tuần thì suy kiệt, nhập viện điều trị nội, sau tuần đóng hồi tràng.

+ Trường hợp 3: D. 34t sau ra viện 1 tuần bí tiểu, nhập viện điều trị nội, sau mổ 4 tháng XHTH trên do chảy máu polyp dạ dày, nhập viện nội soi cắt polyp cầm máu.

Bảng 5: Chất lượng cuộc sống sau mổ

Thời gian	30 câu hỏi: Điểm 30->112 (Điểm càng cao CLCS càng thấp)	29 câu hỏi (2 câu nam, 2 câu nữ): Điểm 27->108 (Điểm càng cao CLCS càng thấp)
3 tháng	63,80	72
12 tháng	50,80	60
12 tháng	45,80	50
Hiện tại	44,2	44
	BN không gặp khó khăn trong các công việc hằng ngày, tinh thần tốt, có 2 TH tiêu lỏng và tự đánh giá sức khỏe tốt, rất tốt.	BN không rối loạn đi tiểu, đại tiện tự chủ, phân lỏng giảm dần theo thời gian, không xuất hiện máu trong phân. Chức năng tình dục ghi nhận không có sự rối loạn.

Nhận xét: Điểm số sức khỏe tổng quát BN FAP cải thiện dần theo thời gian

IV. BÀN LUẬN

Bệnh đa polyp tuyến gia đình (FAP) là một bệnh di truyền trên gen trội biểu hiện bằng hình thành hàng trăm hay hàng ngàn polyp ở đại trực tràng. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời bệnh có nguy cơ dẫn đến ung thư đại trực tràng [1], [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ung thư hóa là 20% (1/5 BN). Lâm sàng của BN FAP đều có triệu chứng điển hình là tiêu ra máu và thiếu máu mức độ từ nhẹ đến nặng (100%), gầy sút cân (40%) chưa phản ánh rõ triệu chứng điển hình trên các BN này. Nhiều nghiên cứu cho thấy hóa trị dự phòng có thể ngăn ngừa hoặc hạn chế FAP chuyển thành ung thư; tuy nhiên phẫu thuật cắt toàn bộ đại trực tràng là phương pháp dự phòng triệt để nhất [1], [3], [7].

Nhìn chung các BN FAP vào viện vì các triệu chứng chính như đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, mức độ bệnh diễn tiến từ trung bình đến nặng dẫn đến xuất hiện triệu chứng thiếu máu từ nhẹ đến nặng phù hợp trên BN. Các BN FAP sự khởi phát từ từ và không có dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu, các triệu chứng nó gây ra chủ yếu bởi sự phát triển xâm lấn chèn ép các mô xung quanh [5]. Mặc dù triệu chứng phổ biến nhất là đau bụng nhưng thường là khi u đã lớn. Các khối u đôi khi trở nên khổng lồ, chiếm phần lớn khoang bụng và xâm lấn nhiều nội tạng. Vì vậy rất khó để có thể phát hiện sớm các khối u nhất là khi còn ở kích thước nhỏ và không triệu chứng, thường chỉ là tình cờ khi khám sức khỏe.

Nghiên cứu chúng tôi đều cho thấy kết luận chung là polyp phân bố chủ yếu ở đại

tràng và trực tràng. Nghiên cứu của tác giả Trần Văn Sơn cũng cho thấy vị trí polyp thường gặp nhất là đại tràng sigma (34,5%) và trực tràng (21,6%), đại tràng ngang (18,1%) [1]. Chúng tôi thu được 100% các trường hợp nội soi phát hiện khối u và giải phẫu bệnh tổn thương là ung thư biểu mô tuyến cao hơn so với tác giả Trần Văn Sơn giải phẫu mô bệnh học polyp u tuyến chiếm đa số (85,4%) [1]. Kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết qua nội soi trước mổ thấy Carcinom tuyến 20%, Bướu tuyến ống nghịch sản cao và thấp chiếm tỉ lệ tương đương 40%, kết quả thu được thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Sơn tỷ lệ Carcinom 76,7% và loạn sản 10% [1].

Nghiên cứu ghi nhận 4 BN thực hiện nối máy thì miệng nối ở vị trí cao và cực thấp, chỉ có 1 BN được làm nối HT - OHM bằng khâu tay. Chúng tôi mở hồi tràng ra da và thực hiện J-pouch ở cả 5 BN, hậu phẫu diễn biến thuận lợi không có tai biến không có BN bị rò miệng nối, có 1 BN bị bí tiểu sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Vũ Ngọc Anh thực hiện miệng nối theo kiểu tận - tận cho 30 bệnh nhân: 100% miệng nối được thực hiện thuận lợi, không có trường hợp nào rò miệng nối (qua thử test), hoặc chảy máu miệng nối [6]. Có 9 BN sau khi thực hiện nối máy thì miệng nối ở vị trí thấp dưới nếp phúc mạc, chỉ có 3 BN được làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ miệng nối chiếm 16,7% và không BN nào bị rò miệng nối; trong số 6 BN còn lại, có 3 bệnh nhân miệng nối rất thấp, không làm hậu môn nhân tạo bảo vệ, hậu phẫu diễn biến thuận lợi không có biến chứng;

có 01 BN bị rò miệng nối [6]. Tác dụng của túi chứa trực tràng (J-pouch) trong phẫu thuật giúp tăng thể tích TT và làm giảm nhu động ruột giúp tăng chất lượng chức năng HT - TT [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận có biến chứng này có thể do cỡ mẫu còn khá ít chỉ 5 mẫu và kết hợp thêm những ca phẫu thuật được những phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm về phẫu thuật vùng HM-TT tại bệnh viện thực hiện.

Nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình là 300 phút, tương đương với Nguyễn Ngọc Sơn [8] nghiên cứu 31 BN với thời gian phẫu thuật là 216 phút. Trong điều trị bằng cắt toàn bộ ĐTT, làm miệng nối HT - TT hoặc HT - OHM, thời gian phẫu thuật còn tùy thuộc vào kỹ năng của phẫu thuật viên, phương pháp phẫu thuật và tính chất của khối u.

Qua KQ PTNS cắt toàn bộ ĐTT điều trị FAP với thời gian theo dõi sau mổ trung bình 6,5 năm tạm kết luận: PTNS cắt toàn bộ ĐTT, miệng nối HT – TT hoặc HT – OHM điều trị FAP cho kết quả tốt: tỷ lệ thành công cao, tai biến và biến chứng thấp. Không ghi nhận hẹp miệng nối. Không ghi nhận ung thư môm cắt trực tràng (rectal stump). Nghiên cứu không tương đồng với Trần Văn Sơn có 87,1% không chảy máu, 5,2% chảy máu ít và 7,8% chảy máu nhiều [1].

Chất lượng cuộc sống theo các thang điểm:

- EORTC QLQ C30: BN không gặp khó khăn trong các công việc hằng ngày, tinh thần tốt, có 2 TH tiêu lỏng và tự đánh giá sức khỏe tốt, rất tốt.

- EORTC QLQ CR29: BN không rối loạn đi tiểu, đại tiện tự chủ, phân lỏng giảm dần theo thời gian, không ghi nhận đi cầu ra máu. Không ghi nhận rối loạn chức năng tình dục.

- MSKCC-BFI: Thời gian đầu tiêu lỏng nhiều và số lần đại tiện có thể lên đến 10-12 lần/ngày, phải sử dụng thuốc cầm tiêu chảy, chế độ ăn nhiều chất xơ.

Những triệu chứng trên giảm theo thời gian, đến 3 năm số lần đại tiện 2- 6 lần trong ngày, phân có khuôn và không còn sử dụng thuốc. Sau 3 năm tất cả đều không còn són phân và giữ được phân tốt khi mắc đi tiêu. Tỷ lệ này cao hơn so với Vũ Ngọc Anh thời gian theo dõi trung bình 12.8 $\pm$ 4.8 tháng (3-18 tháng) cho thấy chức năng đại tiện: 90% BN đại tiện dễ, 80% có khuôn phân bình thường và 100% BN tiểu tiện bình thường về chức năng tiểu tiện [6]. Có nhiều phương pháp để hỗ trợ chức năng hậu môn trực tràng cho BN sau mổ, chúng tôi đã hướng dẫn cách ăn uống ít chất xơ, sử dụng thuốc làm đặc phân cho BN và đạt được kết quả khả quan.

V. KẾT LUẬN

PTNS cắt toàn bộ đại trực tràng điều trị FAP là phương pháp được lựa chọn, tỷ lệ thành công cao và chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng cả về thể chất và tinh thần, nhưng được cải thiện dần theo thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Van Duijvendijk P., Slors J. F. M., Taat C. W. et al. "Quality of life after total colectomy with ileorectal anastomosis or

- proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis for familial adenomatous polyposis”. British Journal of Surgery 2000; 87:590-596.
2. **Trần Ngọc Thông** (2021). "Đánh giá kết quả, chất lượng cuộc sống của BN ung thư trực tràng trên và giữa được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp." Luận văn Trường Đại học Y Dược Huế.
 3. **Bennett AV, Keenoy K, Shouery M, Basch E, Temple LK** (2016). "Evaluation of mode equivalence of the MSKCC Bowel Function Instrument, LASA Quality of Life, and Subjective Significance Questionnaire" items administered by Web, interactive voice response system (IVRS), and paper. Qual Life Res.25(5):1123-1130.
 4. **Whistance RN, Conroy T, Chie W, et al** (2009). "Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer. Eur J Cancer". 45(17):3017-3026.
 5. **Nguyễn Văn Mạnh, Quang Thịnh Phan, Quốc Khánh Bùi** (2022). "Nhân một trường hợp u cơ sợi đơn dòng khổng lồ ở BN đa polip tuyến đại trực tràng được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Quân Y 175." Tạp chí Y Dược Thực hành 175 30:7-7.
 6. **Vũ Ngọc Anh, et al** (2023). "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình." Tạp chí Y học Việt Nam 525.1A.
 7. **Vasena H. F. A., Zeinab Ghorbanoghli, Bastian de Ruijter et al.** "Optimizing the timing of colorectal surgery in patients with familial adenomatous polyposis in clinical practice". Scandinavian Journal of Gastroenterology 2019; 54(6): 733–739.
 8. **Nguyễn Ngọc Sơn** (2021). "Kết quả điều trị ung thư trực tràng đoạn thấp bằng phẫu thuật nội soi cắt liên cơ thắt." Tạp chí Y Dược học Cần Thơ 41: 153-159.