

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY NẠO HẠCH SAU HÓA TRỊ TÂN HỖ TRỢ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TP. HCM

Nguyễn Thị Thoại An*, Nguyễn Đức Minh Trí

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đa số bệnh nhân ung thư (UT) dạ dày tại Việt Nam được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn bệnh tiến triển. Phẫu thuật cắt dạ dày và nạo hạch được xem là điều trị tiêu chuẩn đối với bệnh nhân chưa di căn xa, tuy nhiên tỉ lệ tái phát và di căn sau mổ còn cao. Gần đây, xu hướng hóa trị tân hỗ trợ cho thấy có nhiều lợi ích và ngày càng phổ biến. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dạ dày và nạo hạch sau hóa trị tân hỗ trợ tại Bệnh viện Ung bướu TP. HCM.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ đã hóa trị tân hỗ trợ và được tiến hành phẫu thuật.

Kết quả: Có 41 bệnh nhân thỏa điều kiện từ tháng 01/2024 đến tháng 4/2025 được đưa vào nghiên cứu. Phác đồ hóa trị phổ biến nhất là FLOT (70,7%). Có 28 bệnh nhân (68,3%) được tiến hành phẫu thuật triệt để. Tỉ lệ diện cắt R0 đạt 96%. Có 1 trường hợp bệnh nhân đạt pCR sau hóa trị chiếm tỉ lệ 2,4%. Nghiên cứu không ghi nhận biến chứng hậu phẫu nghiêm trọng nào và không có trường hợp nào phải phẫu thuật lại. Theo dõi sau mổ có 25% bệnh nhân tiến triển di căn xa trong thời gian dưới 12 tháng.

Kết luận: Phẫu thuật cắt dạ dày nạo vét hạch sau hóa trị tân hỗ trợ trong ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ là an toàn và khả thi. Phần lớn các bệnh nhân có đáp ứng với hóa trị tân hỗ trợ, tuy nhiên tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn còn thấp. Ngoài ra, tỉ lệ bệnh nhân tái phát và tiến triển sau phẫu thuật triệt để còn cao.

Từ khóa: Hóa trị tân hỗ trợ, ung thư dạ dày, cắt dạ dày tiêu chuẩn.

SURGICAL OUTCOMES OF GASTRECTOMY AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY FOR LOCALLY ADVANCED GASTRIC CANCER IN HO CHI MINH CITY ONCOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Background: The majority of gastric cancer (UT) patients in Vietnam are diagnosed and treated at the advanced stage of the disease. Gastrectomy with D2 lymphadenectomy is considered the standard

Bệnh viện Ung bướu TP. HCM

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thoại An

Email: ntthoaian62@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện: 12/11/2025

Ngày chấp nhận đăng: 01/12/2025

treatment for non-metastatic patients. However, recurrence rate remains high, especially with distant metastases. Recently, neoadjuvant chemotherapy for locally advanced gastric cancers has shown many benefits and is becoming more popular. We conducted this study to evaluate the results of gastrectomy and lymph node dissection after neoadjuvant chemotherapy at Ho Chi Minh City Oncology Hospital.

Methods: Retrospective case series of patients diagnosed with locally advanced gastric cancer who completed neoadjuvant chemotherapy and underwent surgery with curative intent.

Results: Between January 2024 and April 2025, 41 eligible patients were enrolled in this study. The most common chemotherapy regimen was FLOT (70.7%). 28 patients (68.3%) were able to received curative resections. The R0 resection rate was 96%. There was 1 case (2,4%) of pCR after neoadjuvant chemotherapy. There was no major post-operative complication. 25% of patients developed distant metastases within less than 12 months after surgery.

Conclusion: Gastrectomy with lymph node dissection after neoadjuvant chemotherapy in locally advanced gastric cancer is safe and feasible. Most patients achieved partial response to neoadjuvant chemotherapy, however, the complete response rate was low. In addition, the rate of recurrence and progression after radical surgery were high.

Keywords: Neoadjuvant chemotherapy, gastric cancer, standard gastrectomy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày hiện là ung thư phổ biến hàng thứ 5 trên thế giới và đứng hàng thứ 4 về tử suất. Phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng nhất, đặc biệt là ung thư dạ dày giai đoạn tại chỗ tại vùng. Mặc dù đã có nhiều bước tiến trong điều trị và tầm soát, tỉ lệ sống 5 năm đối với ung thư dạ dày vẫn còn thấp, dao động trong khoảng 72-78% theo các số liệu tại Hàn Quốc và Nhật Bản.

Tại Việt Nam theo ghi nhận của GLOBOCAN, ung thư dạ dày là ung thư phổ biến đứng hàng thứ 4 và tỉ lệ tử vong đứng hàng thứ 3 chỉ sau ung thư gan và phổi [1]. Điều này cho thấy mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong công tác tầm soát, phần lớn các trường hợp ung thư dạ dày tại Việt Nam đều được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Do vậy, kết quả điều trị thường kém và chi phí điều trị tăng cao, trở thành một gánh nặng cho nền y tế.

Hóa trị tân hỗ trợ ngày càng được chứng minh là có vai trò quan trọng đối với ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ. Lợi ích của hóa trị tân hỗ trợ giúp thu nhỏ khối u, tạo thuận lợi cho phẫu thuật triệt căn đi sau. Đồng thời, hóa trị còn giúp

tiêu diệt các tổn thương di căn vi thể, giảm nguy cơ tái phát và di căn xa.

Với những lợi ích thiết thực đó, hóa trị tân hỗ trợ là một trong các lựa chọn điều trị trước tiên theo nhiều hướng dẫn điều trị trên thế giới. Theo NCCN, chỉ định hóa trị hóa trị tân hỗ trợ được đặt ra với bệnh nhân có giai đoạn khối u từ cT2 trở lên và tình trạng hạch bất kỳ [2]. Phác đồ được khuyến cáo là FLOT (Fluorouracil, Leucovorin, Oxaliplatin và Docetaxel). Các nghiên cứu tại châu Âu cũng cho thấy sự cải thiện sống còn đáng kể với hóa trị bằng phác đồ FLOT và đã trở thành khuyến cáo điều trị hàng đầu đối với ung thư dạ dày từ giai đoạn IB theo ESMO [3]. Tại Nhật Bản và Hàn Quốc, chỉ định hóa trị tân hỗ trợ có thể cân nhắc đối với các khối u từ cT2 trở lên và có hạch bulky. Tuy nhiên, phác đồ được khuyến cáo là S1 và Cisplatin hoặc SOX [4].

Tại Việt Nam, hóa trị tân hỗ trợ có thể được cân nhắc đối với ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ còn khả năng phẫu thuật, tuy nhiên chưa trở thành thực hành lâm sàng thường quy. Các nghiên cứu đánh giá về tính an toàn cũng như

hiệu quả của hóa trị tân hỗ trợ tại Việt Nam chưa nhiều và cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế. Tại BVUB TP. HCM, hóa trị tân hỗ trợ đã được thực hiện từ 2017 với những trường hợp BN đơn lẻ. Tuy nhiên chưa có đánh giá tổng quan nào về ảnh hưởng của hóa trị đối với khả năng phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật sau hóa trị tân hỗ trợ ở bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ.

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

2.1. Mục tiêu chính

Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dạ dày sau hóa trị tân hỗ trợ trên bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ.

2.2. Mục tiêu phụ

Đánh giá đáp ứng sau hóa trị tân hỗ trợ. Đánh giá xu hướng tái phát và di căn sau điều trị.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

3.2. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày đã được hóa trị tân hỗ trợ và được phẫu thuật tại BV Ung Bướu từ tháng 01/2024 đến tháng

4/2025. Nghiên cứu lấy mẫu thuận tiện tất cả các trường hợp thỏa tiêu chuẩn.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, giai đoạn khối u từ T2-T4 và/hoặc có di căn hạch vùng.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có tổn thương nghi ngờ di căn xa trên hình ảnh học trước điều trị, bệnh nhân không hoàn tất phác đồ hóa trị tân hỗ trợ hoặc từ chối phẫu thuật sau hóa trị.

Đáp ứng với hóa trị tân hỗ trợ được đánh giá dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính có cản quang trước và sau điều trị, cũng như ghi nhận trong lúc phẫu thuật. Đánh giá đáp ứng trên hình ảnh dựa vào tiêu chuẩn RECIST 1.1. Đánh giá tái phát sau điều trị dựa trên các xét nghiệm hình ảnh học trong quá trình theo dõi bệnh nhân sau khi kết thúc điều trị. Kết quả phẫu thuật được đánh giá thông qua tỉ lệ phẫu thuật triệt để, tỉ lệ diện cắt R0, số hạch thu được và số hạch di căn, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và các biến chứng sau phẫu thuật. Các biến chứng hậu phẫu được ghi nhận cho đến ngày xuất viện và đánh giá theo phân loại Clavien-Dindo.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 41 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 52 ± 2 tuổi. Tỉ lệ nam: nữ là 1,4. Phần lớn bệnh nhân có thể trạng khá với BMI trung bình là 21,2 và Albumin máu trung bình 42,7 g/L. Các đặc điểm của nhóm dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng sau.

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

	N (%)
Tuổi	52 ± 2 (25-71)
Giới	
Nam	24 (58,5%)
Nữ	17 (41,5%)
BMI	$21,2 \pm 3,5$ (15,5 - 35,1)
CEA (ng/dl)	$10,8 \pm 35$ (0,3 - 215)
Albumin (g/l)	$42,7 \pm 3,9$ (31- 49)

Kích thước bướu trung bình trong nghiên cứu là $6,1 \pm 1,3$ cm. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III, chiếm 58,5%. Loại mô học thường

Bảng 2. Đặc điểm về khối u trong nghiên cứu

	N (%)
Đường kính bướu trung bình (cm)	$6,1 \pm 2,7$ (1,5-13)
Vị trí bướu	
Tâm vị	11 (26,8)
Thân vị	20 (48,8)
Hang vị	9 (22)
Thể lan tỏa (Linitis Plastica)	1 (2,4)
Phân loại Borrmann	
Type II	26 (63,4)
Type III	14 (34,2%)
Type IV	1 (2,4%)
Dạng mô học	
Biệt hóa trung bình	7 (41,5)
Biệt hóa kém	13 (31,7)
Dạng tế bào nhẵn	9 (21,9)
Dạng nhầy	2 (4,9)
Giai đoạn bệnh	
Giai đoạn II	17 (41,5)
Giai đoạn III	24 (58,5)

Các bệnh nhân trong nghiên cứu được hóa trị tân hỗ trợ với nhiều phác đồ khác nhau. Phác đồ được sử dụng nhiều nhất là FLOT (70,7%). Các phác đồ khác được ghi nhận trong nghiên cứu bao

gồm nhất là loại kém biệt hóa chiếm 31,7%. Các đặc điểm liên quan đến khối u được trình bày trong bảng sau.

gồm SOX, CapeOx và EOX. Tỷ lệ đáp ứng một phần sau hóa trị là 56,1%, bệnh ổn định là 41,5% và bệnh tiến triển là 2,4%.

Bảng 3. Các phác đồ hóa trị và đánh giá đáp ứng

	N (%)
Phác đồ hóa trị	
FLOT	29 (70,7)
CapeOx	8 (19,5)
SOX	3 (7,3)
EOX	1 (2,4)
Đáp ứng điều trị	
Đáp ứng một phần	23 (56,1)
Bệnh ổn định	17 (41,5)
Bệnh tiến triển	1 (2,4)

Trong số 41 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật, có 28 bệnh nhân (68,3%) thực hiện được phẫu thuật triệt để. Có 13 bệnh nhân được đánh giá trong mổ là bệnh tiến triển hoặc di căn xa không thể phẫu thuật triệt để. Vị trí di căn xa thường gặp nhất là di căn phúc mạc (n=10). Có 2 trường hợp di căn hạch cạnh động mạch chủ bụng và 1 trường hợp bướu xâm lấn rốn gan không thể phẫu thuật.

Kết quả phẫu thuật của các bệnh nhân được trình bày trong bảng sau:

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật sau hóa trị tân hỗ trợ

	N (%)
Độ rộng phẫu thuật	
Cắt bán phần xa dạ dày + D2	15 (53,6%)
Cắt toàn bộ dạ dày + D2	9 (32,1%)
Cắt đa tạng	4 (14,3%)

	N (%)
Thời gian phẫu thuật (phút)	154 ± 38 (90, 240)
Lượng máu mất (ml)	154 ± 964 (50, 450)
Thời gian nằm viện (ngày)	7 ± 2 (6, 14)
Số hạch thu được	17 ± 8 (2, 46)
Số hạch di căn	5 ± 5 (0, 22)
Diện cắt R0	27 (96,4%)
Đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học (pCR)	1 (2,4%)

Trong số các bệnh nhân được phẫu thuật triệt để, tỉ lệ diện cắt R0 đạt 96,4% (n=27). Có 1 bệnh nhân được cắt dạ dày toàn phần có diện cắt thực quản dương tính. Nghiên cứu không ghi nhận biến chứng hậu phẫu liên quan đến miệng nổi cũng như không có bệnh nhân phải mổ lại. Có 1 trường hợp viêm phổi sau mổ được điều trị nội khoa ổn định. Có 1 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn sau hóa trị tân hỗ trợ, tỉ lệ 2,4%.

Bảng 5. Các biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	N (%)
Biến chứng không liên quan miệng nổi	1
Viêm phổi	1 (3,6)
Biến chứng miệng nổi	0
Xì rò miệng nổi	
Chảy máu miệng nổi	
Hẹp miệng nổi	

Trong thời gian theo dõi, có 7 bệnh nhân ghi nhận bệnh tái phát và tiến triển sau phẫu thuật triệt để (tỉ lệ 25%). Tất cả các trường hợp đều là di căn xa và không có tái phát tại chỗ.

Bảng 6. Đặc điểm tái phát và di căn sau phẫu thuật

STT	Giai đoạn sau phẫu thuật	Cơ quan di căn	Thời gian ghi nhận di căn (tháng)
1	IIB	Hạch cổ, xương	8,2
2	IIB	Hạch cổ, hạch cạnh ĐM chủ	2,2
3	IIIA	Gan	3,1
4	IIIA	Hạch cạnh ĐM chủ, thượng thận	12
5	IIIA	Hạch cạnh ĐM chủ, phúc mạc	6,2
6	IIIA	Phổi	3,1
7	IIIB	Gan, phúc mạc	2,2

5. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật cắt dạ dày nạo vét hạch tiêu chuẩn sau hóa trị tân hỗ trợ là an toàn và khả thi. Tỷ lệ biến chứng hậu phẫu thấp và không có trường hợp biến chứng nặng đồng nghĩa việc hóa trị trước phẫu thuật sẽ không làm tăng nguy cơ tai biến hoặc gây khó khăn cho phẫu thuật. Lượng máu mất và thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác trên thế giới [5] [6] [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 27/28 bệnh nhân đạt diện cắt R0 sau phẫu thuật triệt để, chiếm tỉ lệ 96,4%. Có 1 trường hợp bệnh nhân có kết quả diện cắt R1 sau phẫu thuật. Đây là một trường hợp mổ mở cắt dạ dày toàn phần với khối u ở tâm vị có rìa diện cắt thực quản còn hiện diện tế bào bướu. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy giai đoạn khối u là ypT4a và giai đoạn hạch là ypN3 với 22 hạch di căn thu được. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của việc đánh giá tình trạng diện cắt tức thì trong mổ, đặc biệt là với những tổn thương ở tâm vị và bướu xâm lấn tại chỗ tại vùng nhiều. Số lượng hạch thu được trung bình trong nghiên cứu là 17 hạch đủ để đánh giá một cách chính xác giai đoạn di căn hạch sau phẫu thuật. Nghiên cứu của tác giả Phạm Tuấn Anh [8] cho thấy tình trạng di căn hạch sau phẫu thuật có liên quan chặt chẽ với thời gian sống thêm và là yếu tố tiên lượng quan trọng. Do đó, bệnh nhân có thể được điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật đúng mức và cải thiện tối đa sống còn.

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu đều đạt được đáp ứng một phần sau hóa trị. Tuy nhiên, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau hóa trị tân hỗ trợ trong nghiên cứu chúng tôi vẫn còn rất thấp là 2,4%. Kết quả này tương đối thấp hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới và tại Việt Nam với tỷ lệ dao động từ 3- 15% [8][9][10][11]. Trường hợp đáp ứng hoàn toàn này được ghi nhận đối với bệnh nhân sử dụng phác đồ FLOT 4 chu kỳ. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học còn thấp này phản

ánh sức đề kháng sinh học cổ hữu của ung thư dạ dày đối với các phác đồ hóa trị hiện tại, tương đồng với dữ liệu từ các thử nghiệm lớn toàn cầu. Điều này cũng cho thấy cần phải có nhiều chiến lược cũng như phác đồ hiệu quả hơn (kết hợp với thuốc nhắm trúng đích hoặc liệu pháp miễn dịch) để có thể giúp thoái triển bướu tốt hơn dẫn tới cải thiện khả năng sống còn.

Bên cạnh những ưu điểm đã được chứng minh, hóa trị tân hỗ trợ trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển vẫn còn nhiều hạn chế. Một trong hạn chế đó chính là chỉ định hóa trị tân hỗ trợ chủ yếu dựa trên hình ảnh học, do đó độ chính xác không cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 10 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 24,4%) không thể phẫu thuật triệt để do di căn phức tạp. Việc bỏ sót các tổn thương di căn phức tạp trước điều trị sẽ làm thay đổi giai đoạn bệnh, dẫn đến chiến lược điều trị không phù hợp. Ngược lại, việc chẩn đoán giai đoạn quá mức (overstaged) ở những ca ung thư dạ dày giai đoạn sớm sẽ làm chậm trễ chỉ định phẫu thuật, từ đó làm tăng nguy cơ bệnh tiến triển và ảnh hưởng đến sống còn của bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tỉ lệ di căn sau phẫu thuật còn rất cao lên đến 25%. Phần lớn bệnh nhân có di căn nhiều cơ quan và thời gian ghi nhận di căn dưới 1 năm sau phẫu thuật. Nguyên nhân có thể là do những tổn thương di căn vi thể đã được bỏ sót trong lúc phẫu thuật và trên các xét nghiệm hình ảnh học. Bên cạnh đó, nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu cũng đồng thời mang nhiều yếu tố nguy cơ tái phát cao về mặt bệnh lý như nhóm mô học bất lợi, giai đoạn bướu và hạch tiến triển, góp phần tăng thêm tỉ lệ di căn sau phẫu thuật. Thực tế lâm sàng cho thấy việc phát hiện được những tổn thương di căn phức tạp kích thước nhỏ trong phẫu thuật là một thách thức lớn. Một trong những giải pháp được đề xuất là nội soi ổ bụng chẩn đoán trước điều trị và thực hiện xét nghiệm tế bào học dịch rửa ổ bụng. Tỷ lệ dương tính tế bào học dịch chải rửa ổ bụng trong các nghiên cứu dao động trong khoảng từ 4-41% [12] và là yếu tố ảnh hưởng nghiêm trọng đến sống còn. Nội soi ổ bụng cũng khó thực hiện

thường quy ở tất cả bệnh nhân trước điều trị do cần phải vô cảm toàn thân và chi phí còn cao. Tuy nhiên nếu được thực hiện, nội soi ổ bụng sẽ giúp quá trình đánh giá giai đoạn được chính xác hơn, tránh bỏ sót những trường hợp bệnh giai đoạn tiến triển di căn xa, từ đó có chiến lược điều trị phù hợp.

Nghiên cứu này của chúng tôi vẫn còn nhiều hạn chế. Cỡ mẫu trong nghiên cứu chưa đủ lớn. Thiết kế nghiên cứu hồi cứu nên khó tránh khỏi những sai lệch về chọn mẫu. Nghiên cứu này chủ yếu đánh giá về kết quả phẫu thuật, chưa có đánh giá một cách đầy đủ về tính an toàn và hiệu quả của hóa trị tân hỗ trợ trên đáp ứng mô bệnh học bướu. Bên cạnh đó, thời gian theo dõi trong nghiên cứu còn ngắn. Cần có thêm những nghiên cứu khác để đánh giá kết quả dài hạn của phẫu thuật sau hóa trị tân hỗ trợ ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ.

6. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt dạ dày nạo vét hạch sau hóa trị tân hỗ trợ trong ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ là an toàn và khả thi. Phần lớn các bệnh nhân có đáp ứng với hóa trị tân hỗ trợ, tuy nhiên tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn còn thấp. Ngoài ra, tỉ lệ bệnh nhân tái phát và tiến triển sau phẫu thuật triệt để còn cao. Đây vẫn còn là một thách thức lớn trong điều trị và cần có chiến lược hiệu quả hơn để tối ưu hóa sống còn của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
- [2]. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Gastric Cancer. Version 2.2025.
- [3]. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Lordick, F. et al. Annals of Oncology, Volume 33, Issue 10, 1005 – 1020.
- [4]. Japanese Gastric Cancer Association (2023). Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). Gastric cancer: official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association, 26(1), 1–25. <https://doi.org/10.1007/s10120-022-01331-8>
- [5]. Van der Wielen, N., Straatman, J., Daams, F., Rosati, R., Parise, P., Weitz, J., Reissfelder, C., Diez Del Val, I., Loureiro, C., Parada-González, P., Pintos-Martínez, E., Mateo Vallejo, F., Medina Achirica, C., Sánchez-Pernaute, A., Ruano Campos, A., Bonavina, L., Asti, E. L. G., Alonso Poza, A., Gilsanz, C., Nilsson, M., ... van der Peet, D. L. (2021). Open versus minimally invasive total gastrectomy after neoadjuvant chemotherapy: results of a European randomized trial. Gastric cancer: official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association, 24(1), 258–271. <https://doi.org/10.1007/s10120-020-01109-w>
- [6]. Cui, H., Zhang, K. C., Cao, B., Deng, H., Liu, G. B., Song, L. Q., Zhao, R. Y., Liu, Y., Chen, L., & Wei, B. (2022). Short and long-term outcomes between laparoscopic and open total gastrectomy for advanced gastric cancer after neoadjuvant chemotherapy. World journal of gastrointestinal surgery, 14(5), 452–469. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v14.i5.452>

- [7]. Yan, Y., Yang, A., Lu, L., Zhao, Z., Li, C., Li, W., Chao, J., Liu, T., Fong, Y., Fu, W., & Woo, Y. (2021). Impact of Neoadjuvant Therapy on Minimally Invasive Surgical Outcomes in Advanced Gastric Cancer: An International Propensity Score-Matched Study. *Annals of surgical oncology*, 28(3), 1428–1436. <https://doi.org/10.1245/s10434-020-09070-9>
- [8]. Pham Tuan, A., Nguyen Truong, K., & Nguyen Thi Phuong, A. (2025). Kết quả điều trị ung thư dạ dày bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất trước mô tại Bệnh viện K. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 549(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v549i2.13733>
- [9]. Chu, Q. H., Nguyen, T. H., & Duong, C. T. (2023). Đánh giá kết quả sống thêm sau điều trị ung thư dạ dày bằng hóa chất trước phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện K. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 520(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v520i1B.3864>
- [10]. Duyen, D. T. H..., Tien, V. V. ., & Lan, N. T. M. . (2025). Neoadjuvant chemotherapy with FLOT for locally advanced gastric cancer: A single-center experience from Vietnam. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 190(5E16), 41-51. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v190i5E16.3481>
- [11]. Li Z, Shan F, Wang Y, Zhang Y, Zhang L, et al. (2018) Correlation of pathological complete response with survival after neoadjuvant chemotherapy in gastric or gastroesophageal junction cancer treated with radical surgery: A meta-analysis. *PLOS ONE* 13(1): e0189294. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189294>
- [12]. Jamel, S., Markar, S. R., Malietzis, G., Acharya, A., Athanasiou, T., & Hanna, G. B. (2018). Prognostic significance of peritoneal lavage cytology in staging gastric cancer: systematic review and meta-analysis. *Gastric cancer: official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association*, 21(1), 10–18. <https://doi.org/10.1007/s10120-017-0749-y>