

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH CÁC BỆNH TIÊU HÓA GAN MẬT NHẬP VIỆN TẠI KHOA NỘI TIÊU HÓA BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG TRONG 5 NĂM (2012-2016)

Nguyễn Thành Trung, Lê Đức Nhân, Nguyễn Văn Xứng, Đoàn Hiếu Trung
Bệnh viện Đà Nẵng

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát tình hình bệnh tật tại khoa Nội Tiêu hóa Bệnh viện Đà Nẵng. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu và mô tả các trường hợp bệnh từ 01/01/2012-01/01/2016 tại Khoa Nội Tiêu Hóa Bệnh viện Đà Nẵng. **Kết quả:** Trong thời gian 05 năm có 25.715 trường hợp bệnh tiêu hóa gan mật nội trú tại khoa Nội Tiêu hóa với 57% nam giới và 43% nữ giới, tuổi trung bình 52.86 ± 19.06 . Có 5 nhóm bệnh lý đường tiêu hoá chính: trong đó nhóm bệnh lý ống tiêu hoá trên chiếm tỷ lệ cao nhất (45,49%), kế đến là nhóm bệnh lý gan (29,06%), sau đó là nhóm bệnh lý ống tiêu hoá dưới (11,73%), bệnh lý tụy (6,21%). Các bệnh lý phổ biến nhất trong từng nhóm bệnh: Viêm loét dạ dày tá tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (39,55%), kế đến là xơ gan (17,94%), Viêm đại tràng mạn (4,3%), sỏi đường mật túi mật (4,1% và viêm tụy cấp (3,7%), trào ngược dạ dày thực quản (1,26%). Nhóm các bệnh ung thư (6,45%): Ung thư gan chiếm tỷ lệ cao nhất (2,51%), kế đến là thư dạ dày (1,71%), ung thư đại trực tràng (0,86%), U đường mật (0,53%), ung thư tụy (0,47%) cuối cùng là ung thư thực quản (0,45%). Phân bố theo dịch tễ theo giới tính: Đa số bệnh lý đường tiêu hoá gặp nhiều ở nam giới so với nữ giới có ý nghĩa thống kê. Ngày điều trị trung bình: $7,64 \pm 4,04$ ngày. **Kết luận:** Cơ cấu bệnh tật của khoa Nội Tiêu hóa là đa dạng, trong đó Viêm loét dạ dày tá tràng, Xơ gan là thường gặp nhất. Số ngày điều trị trung bình tương đối ngắn làm giảm được chi phí điều trị và tần suất nhiễm khuẩn bệnh viện.

Từ khóa: bệnh tiêu hóa, gan mật, bệnh viện Đà Nẵng

Abstract

GASTROINTESTINAL AND HEPATOBIILIARY DISEASES AT DA NANG HOSPITAL FROM 2012 TO 2016

Nguyễn Thanh Trung, Lê Đức Nhân, Nguyễn Văn Xứng, Đoàn Hiếu Trung
Da Nang Hospital

Objective: To investigate the state of diseases at the Gastroenterology and Hepatology Department at Da Nang Hospital. **Methods:** A retrospectively descriptive study, performed from January 2012 to January 2016. **Results:** Within 5 years, there were 25,715 cases entering to Gastroenterology and Hepatology Department. Men 57%, female: 43%, mean age 52.86 ± 19.06 . The 05 main groups of disease: The upper gastrointestinal tract was the highest (45.49%), the liver diseased groups (29.06%), the lower gastrointestinal diseased group (11.73%), pancreatic disease (6.21%). The most common diseases in each group: Peptic ulcer disease was the highest rate (39.55%), followed by cirrhosis (17.94%), chronic colitis (4.3%), choledocholithiasis (4.1%), acute pancreatitis (3.7%) and gastroesophageal reflux disease (1.26%). Cancer disease groups (6.45%): Liver cancer occupied the highest percentages (2.51%), followed by stomach cancer (1.71%), colorectal cancer (0.86%), bile duct cancer (0.53%), pancreatic cancer (0.47%), esophageal cancer (0.45%). Sexual distribution: The most gastrointestinal disease is more common in men than women. The mean treated period: 7.64 ± 4.04 days. **Conclusions:** The diseases of Gastroenterology and Hepatology Department is diversity in which gastric ulcer and cirrhosis were the most common. The short average treated time which will reduce the cost and frequency of nosocomial infections.

Key words: gastrointestinal and hepatobiliary diseases

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lý của đường tiêu hoá như bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản, loét dạ dày tá tràng, viêm

thực quản, các bệnh lý về gan mật, viêm tụy cấp,... ngày càng phổ biến và chi phí điều trị tốn kém. Đặc biệt, nếu không được điều trị kịp thời có thể đưa

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Thành Trung, email: bstrungbvdn@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/12/2017; Ngày đồng ý đăng: 22/12/2017; Ngày xuất bản: 05/1/2018

đến nhiều biến chứng đe dọa tính mạng với tỷ lệ tử vong cao. Mặt khác, việc nghiên cứu ảnh hưởng của các bệnh lý này còn gặp nhiều khó khăn.

Khoa Nội Tiêu hóa bệnh viện Đà Nẵng là khoa được thành lập trên cơ sở tách ra từ khoa Nội tổng hợp, tiếp nhận những bệnh nhân nhập viện với các triệu chứng gợi ý bệnh lý về tiêu hóa và các bệnh lý nội khoa khác, sau đó bệnh nhân sẽ được chẩn đoán xác định và điều trị. Với cơ cấu bệnh tật của khoa đa dạng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mong muốn khảo sát tình hình bệnh tật về bệnh lý tiêu hóa gan mật tại khoa để có thể xây dựng kế hoạch điều trị, nghiên cứu nâng cao trình độ chuyên môn của bác sĩ, điều dưỡng trong khoa. Mặt khác, qua nghiên cứu này cũng giúp dự trù một cách hiệu quả về thuốc men, y dụng cụ, nhằm đạt mục tiêu cuối cùng là chăm sóc người bệnh tốt nhất, rút ngắn ngày nằm viện.

Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu tổng quát

Khảo sát tình hình bệnh tiêu hóa gan mật tại khoa Nội Tiêu hóa bệnh viện Đà Nẵng từ 01/01/2012 đến 01/01/2016

Mục tiêu chuyên biệt

Xác định tỷ lệ các nhóm bệnh tiêu hóa gan mật thường gặp. Sự phân bố các bệnh thường gặp theo yếu tố dịch tễ: Tuổi, giới. Ngày điều trị trung bình

của các bệnh thường gặp.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu và mô tả hàng loạt ca.

Dân số nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân điều trị tại khoa Nội Tiêu hóa từ 01/01/2012 đến 01/01/2016.

Cỡ mẫu

Lấy trọn

Hình thức thu thập số liệu

Sử dụng bệnh án mẫu, thu thập các biến số trong bệnh án bệnh nhân nội trú xuất viện tại khoa Nội Tiêu hóa trong thời gian nghiên cứu.

Phân tích và xử lý số liệu

Phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 5 năm từ 2012-2016 có tất cả 25.715 trường hợp nhập viện tại khoa Nội tiêu hóa gan mật, Bệnh viện Đà Nẵng.

3.1. Đặc điểm chung

Giới: Nam 57% (14.660/25.715), nữ 43% (11055/25.715). Tỷ lệ nam/nữ ~ 1,3/1

Tuổi: Tuổi trung bình 52,86 ± 19,06 tuổi

Thấp nhất 15 tuổi, cao nhất 102 tuổi

Bảng 1. Phân bố mẫu theo tuổi và giới.

Giới	Tuổi			
	< 30 n(%)	30-49 n(%)	50-69 n(%)	> 69 n(%)
Nam	1612 (11%)	5665 (38,6%)	5391 (36,8%)	1992 (13,6%)
Nữ	1678 (15,2%)	2648 (23,9%)	3532 (32%)	3197 (28,9%)

Nhận xét: Bệnh nhân điều trị tại khoa chủ yếu tập trung vào 2 nhóm tuổi 30-49 (62,5%) và nhóm tuổi 50-69 (68,8%).

Bảng 2. Phân bố mẫu theo địa dư

Nơi cư trú	n	%
Thành thị	16.099	62,6%
Nông thôn	9.616	37,4%

Nhận xét: Đa số BN sống ở thành thị 62,6%.

3.2. Phân bố bệnh tật

3.2.1. Các nhóm bệnh đường tiêu hoá thường gặp

Bảng 3. Tổng hợp các bệnh lý tiêu hoá gan mật

Bệnh lý đường tiêu hoá	n	%
Bệnh lý ống tiêu hoá trên (OTHT)	11698	45,49
Bệnh lý ống tiêu hoá dưới (OTHD)	3015	11,73
Bệnh lý gan	7473	29,06
Bệnh lý đường mật, túi mật	1932	7,51
Bệnh lý tụy	1597	6,21
Tổng	25715	100

Nhận xét: Nhóm bệnh lý OTHT chiếm tỷ lệ cao nhất (45,49%), tiếp đến là nhóm bệnh gan (29,06%). Nhóm bệnh lý ở mức độ trung bình gồm bệnh lý ống tiêu hoá dưới (11,73%), kế đến là nhóm bệnh lý đường mật túi mật (7,51%) và bệnh lý tụy (6,21%).

Bảng 4. Nhóm bệnh

	Nhóm bệnh	n	%
Bệnh lý thực quản	Trào ngược dạ dày-thực quản(TNDDTQ)	324	2,77
	Viêm loét thực quản	217	1,86
	U nhú, polype	86	0,74
	Ung thư (UTTQ)	117	1,0
	Khác	14	0,12
Bệnh lý dạ dày tá tràng	Viêm DD-TT	6605	56,46
	Loét DD và/hoặc TT	3565	30,48
	U lành, polype	255	2,18
	Ung thư DD (UTDD)	440	3,76
	Khác	75	0,64
	Tổng	11698	100

Nhận xét:

- Trong các bệnh lý thực quản, trào ngược dạ dày-thực quản (TNDDTQ) chiếm tỷ lệ cao nhất (2,77%), kế đến là viêm loét thực quản (1,86%), UTTQ cũng chiếm tỷ lệ khá cao (1%).

- Trong các bệnh lý dạ dày tá tràng: Viêm DD-TT chiếm tỷ lệ cao nhất (56,46%), kế đến là loét DD-TT (32,58%), UTDD (3,76%).

Bảng 5. Các bệnh lý ống tiêu hoá dưới

Bệnh lý ống tiêu hoá dưới	n	%
Viêm ruột cấp	459	15,22
Viêm đại tràng mạn	1105	36,65
Viêm loét đại trực tràng XH	78	2,59
Polype, u lành tính	398	13,2
Ung thư	221	7,33
Trĩ	491	16,29
Crohn	38	1,26
Ruột thừa viêm	170	5,64
Khác	55	1,82
Tổng	3015	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh lý OTHD thì bệnh viêm đại tràng mạn chiếm tỷ lệ cao nhất (36,65%), tiếp đến là trĩ (16,29%), viêm ruột cấp (15,22%), các polype hoặc u lành tính (13,2%), ung thư (7,33%), ruột thừa viêm (5,64%).

Bảng 6. Các bệnh lý gan

Bệnh lý gan	n	%
Xơ gan	4613	61,73
Viêm gan mạn	904	12,1
Viêm gan cấp	335	4,48
Áp xe gan	401	5,37
Ung thư gan (UTG)	644	8,62
Các u gan lành tính	375	5,02
Khác	201	2,69
Tổng	7473	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh lý gan, xơ gan là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất (61,73%), tiếp đến là viêm gan mạn (12,1%), ung thư gan (8,62% và áp xe gan cũng chiếm tỷ lệ khá cao (5,37%).

Bảng 7. Các bệnh lý đường mật, túi mật

Bệnh lý đường mật túi mật	n	%
Sỏi đường mật và/hoặc túi mật	1055	54,61
U đường mật, túi mật	135	6,99
Viêm nhiễm trùng	678	35,09
Khác	64	3,31
Tổng	1932	100

Nhận xét: Sỏi đường mật túi mật chiếm tỷ lệ cao nhất (54,61%), tiếp đến viêm nhiễm trùng đường mật túi mật (35,09%), u đường mật ,túi mật (6,99%).

Bảng 8. Các bệnh lý tụy

Bệnh lý tụy	n	%
Viêm tụy cấp	951	59,54
Đợt cấp viêm tụy mạn	289	18,1
Viêm tụy mạn	160	10,02
Ung thư tụy	122	7,64
Khác	75	4,7
Tổng	1597	100

Nhận xét: Viêm tụy cấp chiếm tỷ lệ cao nhất (59,54%), kế đến là đợt cấp viêm tụy mạn (18,1%), viêm tụy mạn (10,02%) và ung thư tụy cũng chiếm tỷ lệ đáng kể (7,64%).

3.2.2. Các bệnh lý đường tiêu hoá hay gặp

Bảng 9. Phân bố bệnh lý tiêu hoá phổ biến trong từng nhóm bệnh

Bệnh lý	n	%*	%**
Trào ngược dạ dày-thực quản(TNDDTQ)	324	2,77	1,26
Viêm loét DD-TT	10170	86,94	39,55
Xơ gan	4613	61,73	17,94
Sỏi đường mật, túi mật	1055	54,61	4,1
Viêm tụy cấp	951	59,54	3,7
Viêm đại tràng mạn	1105	36,65	4,3

* Tỷ lệ trong từng nhóm bệnh, ** Tỷ lệ so với các bệnh lý OTH

Nhận xét: Viêm loét DD-TT chiếm tỷ lệ cao nhất (39,55%) trong các bệnh lý đường tiêu hóa, kế đến là bệnh lý xơ gan (17,94%), thứ 3 là viêm đại tràng mạn (4,3%), viêm tụy cấp (3,7%) và cuối cùng là Trào ngược dạ dày thực quản (2,1%).

Bảng 10. Phân bố bệnh lý tiêu hoá phổ biến nhất trong từng nhóm bệnh theo giới

Nhóm bệnh	Nam	Nữ	P
Trào ngược dạ dày-thực quản (n=324)	126 (38,89%)	198 (61,11%)	< 0,0001
Viêm loét DD-TT (n=10170)	6335 (62,29%)	3835 (37,71%)	< 0,0001
Xơ gan (n=4613)	3153 (68,35%)	1460 (31,65%)	< 0,0001
Sỏi đường mật túi mật (n = 1055)	391 (37,06%)	664 (62,94%)	< 0,0001
Viêm tụy cấp(n=951)	568 (59,73%)	383 (40,27%)	< 0,0001
Viêm ĐT mạn(n=1105)	575 (52,04%)	530 (47,96%)	> 0,05

Nhận xét: Nhìn chung tỷ lệ mắc các bệnh tiêu hoá thường gặp tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê (p < 0,0001). Ngoại trừ, sỏi đường mật túi mật ở nữ giới cao hơn nam giới (p < 0,0001). Đối với viêm đại tràng mạn thì chưa có sự khác biệt giữa 2 giới.

Bảng 11. Các bệnh lý ung thư

STT	Loại ung thư	n	%*	% **
1	Ung thư gan	644	2,51	38,36
2	UTDD	440	1,71	26,21
3	UTĐTT	221	0,86	13,16
4	U đường mật	135	0,53	8,04
5	Ung thư tụy	122	0,47	7,27
6	UTTQ	117	0,45	6,96
	Tổng	1679	6,53	100

* Trong số các bệnh lý OTH, ** Trong số các ung thư tiêu hoá

Nhận xét: Ung thư gan chiếm tỉ lệ cao nhất (2,51%), kế tiếp là ung thư dạ dày (1,71%).

Bảng 12. So sánh tỉ lệ mắc ung thư giữa 2 giới

Nhóm bệnh	Nam	Nữ	p
Ung thư gan (n=664)	367 (56,99%)	277 (43,01%)	< 0,0001
UTDD (n=440)	251 (57,05%)	189 (42,95%)	< 0,0001
UTĐTT (n=221)	126 (57,01%)	95 (43,99%)	< 0,01
U đường mật (n=135)	76 (56,3%)	59 (43,7%)	> 0,05
Ung thư tụy (n=122)	79 (62,3%)	43 (37,7%)	< 0,0005
UTTQ (n=117)	73 (62,39%)	44 (37,61%)	< 0,0005
Tổng	960 (57,91%)	698 (42,09%)	< 0,0001

Nhận xét: Nhìn chung tỷ lệ ung thư đường tiêu hoá ở nam giới cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$), ngoại trừ U đường mật chưa có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Bảng 13. Thời gian điều trị các bệnh thường gặp

Nhóm bệnh	Thời gian điều trị (ngày)
Bệnh lý thực quản	5,96 ± 2,90
Bệnh lý dạ dày-tá tràng	7,86 ± 1,07
Bệnh lý ống tiêu hoá dưới	6,43 ± 1,99
Bệnh lý gan mật	7,03 ± 3,21
Bệnh lý tụy	7,76 ± 3,48
Khác (nhiễm trùng huyết, viêm dạ dày ruột cấp,...)	9,62 ± 3,87

Nhận xét: Ngày nằm viện trung bình là 7,64 ± 4,04 ngày, cao nhất là bệnh lý nhiễm trùng huyết tiêu điểm từ đường tiêu hoá 9,62 ± 3,87, thấp nhất là nhóm bệnh lý thực quản với 5,96 ± 2,90 ngày.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong thời gian 05 năm từ 01/01/2012 đến 01/01/2016 có 25.715 trường hợp bệnh tiêu hóa gan mật điều trị nội trú tại khoa Nội Tiêu hóa, trong đó nam giới chiếm 57% và nữ giới chiếm 43% với tỷ

lệ nam/nữ là 1,3/1. Tuổi trung bình 52,86 ± 19,06, thấp nhất 15 tuổi, cao nhất 102 tuổi, chủ yếu tập trung vào 2 nhóm tuổi 30-49 (62,5%) và nhóm tuổi 50-69 (68,8%). Số ngày nằm viện trung bình là 7,64 ± 4,04 ngày, cao nhất là bệnh lý nhiễm trùng huyết tiêu điểm từ đường tiêu hoá 9,62 ± 3,87, thấp nhất

là nhóm bệnh lý thực quản với $5,96 \pm 2,90$ ngày. Đa số bệnh nhân ở thành thị (62,6%)

4.2. Các nhóm bệnh lý đường tiêu hoá

Theo Bảng 3, nhóm bệnh lý ống tiêu hoá trên (OTHT) chiếm tỷ lệ cao nhất (45,49%), tiếp đến là nhóm bệnh gan (29,06%). Nhóm bệnh lý ở mức độ trung bình gồm bệnh lý ống tiêu hoá dưới (OTHD) chiếm 10,39% và bệnh lý tụy (6,21%).

Nhóm bệnh OTHT và bệnh lý gan là 2 nhóm bệnh chiếm đa số các bệnh lý đường tiêu hoá và cũng là nhóm bệnh gây ra nhiều biến chứng nặng như xuất huyết tiêu hoá, nhiễm trùng bàng, ung thư,... Đây là một thách thức lớn cho ngành y tế và toàn xã hội.

Theo khảo sát mô hình bệnh tật tại Bệnh Viện Thống Nhất TP.Hồ Chí Minh năm 2010, kết quả cho thấy bệnh lý đường tiêu hoá chiếm tỷ lệ khá cao (14,4%) xếp vào hàng thứ 3 sau bệnh lý tim mạch và hô hấp. Trong đó, bệnh viêm dạ dày chiếm tỷ lệ 32,73% [7].

4.3. Các bệnh lý đường tiêu hoá thường gặp

* Bệnh lý ống tiêu hoá trên

Theo Bảng 3, so với nhóm bệnh lý DD – TT, nhóm bệnh lý thực quản chiếm tỷ lệ thấp (2,95%) trong số các bệnh lý đường tiêu hoá. Trong đó, TNDDTQ chiếm tỷ lệ cao nhất (2,8%), tiếp đến là viêm loét thực quản (1,86%), UTTQ (1%) và các u nhú lành tính hoặc polype thực quản (0,74%). Ngoài ra, có một số bệnh lý khác thì rất ít gặp như nấm thực quản, co thắt thực quản,...

- TNDDTQ và viêm loét thực quản

TNDDTQ và viêm loét thực quản có mối liên hệ với nhau. Thực tế lâm sàng đôi khi 2 chẩn đoán này đan xen với nhau và không có tiêu chuẩn rõ ràng để chẩn đoán. Viêm loét thực quản có thể là hậu quả của TNDDTQ.

TNDDTQ đang ngày càng phổ biến trong dân chúng đặc biệt ở phương Tây và là một vấn đề thời sự của xã hội. TNDDTQ được xem là nguyên nhân của nhiều bệnh lý khác của thực quản như viêm loét thực quản, Barrett thực quản và UTTQ. Theo thống kê tại Mỹ, bệnh trào ngược dạ dày thực quản chiếm tỷ lệ khoảng 20% dân số năm 2004, là nguyên nhân nhập viện của khoảng 4,7 triệu người và liên quan đến tử vong của 994 người vào năm 2010 [15].

Trong số những BN được nội soi thực quản dạ dày tá tràng vì những triệu chứng khác nhau của OTHT, cho thấy có 9-23% BN có viêm thực quản qua nội soi [9]. Những nghiên cứu gần đây từ các vùng của Châu Á đã cho thấy tỷ lệ viêm thực quản qua nội soi khoảng 14,5% ở những BN có các triệu chứng của OTHT. Nghiên cứu cũng cho thấy viêm thực quản qua nội soi có xu hướng tăng theo thời gian. Sự gia tăng này có thể vì sự thay đổi về thói quen ăn uống,

chỉ số khối cơ thể tăng và tình trạng nhiễm H.pylori. Ngoài ra, thoát vị hoành góp phần rất lớn gây ra tình trạng TNDDTQ, đưa đến viêm chột và Barrett thực quản [9].

Theo khảo sát của chúng tôi, TNDDTQ gặp ở nữ giới cao hơn nam giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Điều này có thể liên quan đến thói quen ăn uống và tình trạng béo phì ngày càng gia tăng, đặc biệt là ở nữ giới.

Đối với viêm loét thực quản, theo ghi nhận của chúng tôi ngoài nguyên nhân TNDDTQ, hay gặp viêm loét thực quản do thuốc (doxycyclin), do hoá chất và do nhiễm khuẩn.

- Viêm loét dạ dày tá tràng

Theo Bảng 4 và 9, viêm loét DD-TT chiếm tỷ lệ cao nhất (39,55%) trong các bệnh lý đường tiêu hoá, và chiếm tỷ lệ cao nhất (86,94%) trong nhóm bệnh lý OTHT (trong đó viêm DD-TT chiếm 56,46% và loét DD và/hoặc TT chiếm 30,48%).

Khi phân tích dịch tễ học theo giới (bảng 10), cho thấy các bệnh lý viêm loét DD – TT gặp ở nam giới (62,29%) cao hơn nữ giới (37,71%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Tần suất bệnh viêm – loét dạ dày tá tràng thay đổi theo thời gian và tuỳ theo vùng địa lý. Cuối thế kỷ 19 ở châu Âu, loét dạ dày thường gặp hơn và ở phụ nữ. Giữa thế kỷ 20, tần suất loét dạ dày không thay đổi, nhưng loét tá tràng có xu hướng gia tăng, và hiện nay loét tá tràng/loét dạ dày là 2/1, và đa số gặp ở nam giới. Hiện nay có khoảng 10% dân số trên thế giới bị loét DD-TT. Ở Anh và Úc là 5,2-9,9%, ở Mỹ 5-10% [6]. Theo thống kê của Mỹ năm 2004, loét DD-TT là nguyên nhân gây tử vong xếp hàng thứ 11 trong số 20 nguyên nhân gây tử vong của bệnh lý đường tiêu hoá [18].

Có nhiều nguyên nhân gây viêm loét DD-TT, trong đó nhiễm vi khuẩn H.pylori được cho là nguyên nhân phổ biến nhất, đặc biệt trong bệnh loét DD-TT. Theo thống kê cho thấy hơn 60% nhiễm H.pylori ở Đông Âu bao gồm Hungary, Ba Lan và một phần ở Nam Âu, và cho thấy liên quan đến tăng nguy cơ loét DD – TT và ung thư [22]. Vì vậy, việc triệt trừ H.pylori là cần thiết ở những BN có nguy cơ cao để giảm thiểu các biến chứng của bệnh viêm loét DD-TT.

* Xơ gan

Theo Bảng 6 và 9, xơ gan là bệnh lý phổ biến thứ 2 sau viêm loét DD-TT, chiếm 17,94% trong số các bệnh lý đường tiêu hoá và là bệnh phổ biến nhất trong nhóm bệnh lý gan (61,73%).

Theo Bảng 10, xét về dịch tễ học theo giới tính cho thấy xơ gan chủ yếu gặp ở nam giới (68,35%) cao hơn nữ giới (31,65%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Xơ gan là hậu quả của nhiều bệnh lý gan mạn tính như viêm gan virus (B,C, B+D,...), viêm gan do rượu, viêm gan tự miễn,...Xơ gan có nhiều biến chứng nặng nề với tỷ lệ tử vong cao như XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, nhiễm trùng bàng, hội chứng gan thận, bệnh não gan, ung thư gan,...Vì vậy, xơ gan là bệnh lý có tỷ lệ tử vong rất cao. Tại Mỹ, xơ gan là nguyên nhân gây tử vong xếp hàng thứ 12 [21] và theo thống kê năm 2000 về 20 nguyên nhân gây tử vong liên quan đến bệnh lý đường tiêu hóa, thì xơ gan là nguyên nhân xếp thứ 3 [18].

Để giảm thiểu tỷ lệ bệnh nhân xơ gan cũng như các biến chứng của xơ gan, cần phát hiện sớm các nguyên nhân gây viêm gan mạn để điều trị kịp thời nhằm ngăn chặn diễn tiến đến xơ gan. Đối với BN xơ gan, việc loại bỏ nguyên nhân sẽ góp phần ngăn chặn diễn tiến đến xơ gan mất bù, ung thư gan, thậm chí có thể làm đảo ngược tình trạng xơ gan [21].

* Sỏi đường mật túi mật

Theo Bảng 7 và 9, sỏi đường mật túi mật (SDMTM) chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh lý đường mật (54,61%), và là bệnh lý phổ biến đứng hàng thứ 4 trong các bệnh đường tiêu hóa chiếm 4,1%. Đây cũng là lý do tại sao bệnh nhân bị viêm nhiễm trùng đường mật túi mật chiếm tỷ lệ rất cao (35,09%). Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao hơn nam giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Sỏi mật là một bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt nam. Ở châu Âu, tần suất sỏi túi mật khoảng 10%, trong đó tỷ lệ nữ giới gấp 2 lần so với nam giới. Ở Việt Nam, theo một thống kê của Bệnh viện Việt Đức, sỏi OMC chiếm 46% trong số các bệnh nhân sỏi mật, sỏi trong gan chiếm 32% và sỏi túi mật chỉ chiếm 22% [19].

Thành phần của sỏi khác nhau tùy theo vị trí sỏi, như sỏi OMC có 80% là sỏi sắc tố mật. Ngược lại, sỏi túi mật thì sỏi cholesterol chiếm 50% và sỏi sắc tố mật 50% [2].

* Viêm tụy cấp

Theo Bảng 8 và 9, viêm tụy cấp (VTC) xếp hàng thứ 5 trong số các bệnh lý phổ biến của đường tiêu hóa, chiếm 3,7% và là bệnh lý phổ biến nhất trong nhóm bệnh lý tụy (59,54%).

Theo Bảng 10, xét về dịch tễ học theo giới tính cho thấy VTC gặp ở nam giới (59,74%) cao hơn so với nữ giới (40,26%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Tần suất VTC thay đổi theo vùng địa lý và tùy thuộc vào nguyên nhân như rượu, sỏi, rối loạn biến dưỡng hoặc do thuốc. Ở Mỹ viêm tụy cấp liên quan đến rượu hơn là do sỏi, ở Việt Nam thường do sỏi và do giun đũa chui vào đường mật tụy. Dịch tễ học dựa vào mổ tử thi, cho thấy ở Mỹ có khoảng 5%, ở Pháp 0,35%, ở Nhật 0,12%, Ấn Độ 0,55%. Ở Mã Lai

viêm tụy cấp là loại bệnh đứng hàng thứ 10 trong 10 bệnh xã hội [6].

VTC có 2 thể đó là VTC thể phù nề đa số có tiên lượng tốt, ngược lại VTC thể xuất huyết hoại tử tiên lượng rất nặng với tỷ lệ tử vong có thể lên đến 80% [6]. Theo thống kê tại Mỹ năm 2004, VTC là nguyên nhân đứng hàng thứ 14 trong số 20 nguyên nhân gây tử vong do bệnh lý đường tiêu hóa [18].

* Bệnh lý ống tiêu hóa dưới (OTHD)

- Viêm đại tràng mạn

Theo Bảng 5 và 9, viêm đại tràng mạn (VĐTM) là bệnh lý phổ biến xếp hàng thứ 3 trong các bệnh lý đường tiêu hóa, chiếm 4,3% và là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm bệnh lý OTHD (36,65%).

Theo Bảng 10, xét về dịch tễ học theo giới tính, cho thấy chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính ($p > 0,05$).

Khảo sát của chúng tôi, VĐTM bao gồm các thể tiêu chảy, táo bón, hội chứng đại tràng kích thích,... Hiện nay, tại Khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Đà Nẵng để chẩn đoán các thể bệnh của VĐTM chủ yếu dựa vào lâm sàng, nội soi và chẩn đoán loại trừ.

Hội chứng ruột kích thích là tình trạng rối loạn chức năng ruột mạn tính bao gồm đau bụng, cảm giác đầy bụng và rối loạn đại tiện. Thường đa số BN được chẩn đoán là viêm đại tràng, đặc biệt thể rối loạn đại tiện. Tần suất khá phổ biến từ 7-10% dân số thế giới, Châu Âu từ 5-20%, Châu Á 2,9-15,6%. Tuổi trung bình 30-50 tuổi [3]. Bệnh có mối liên quan mật thiết với các yếu tố tâm lý-tâm thần, nghiên cứu ở Mexico cho thấy 70% có Hội chứng lo âu, 46% trầm cảm và 40% có cả 2. Chi phí xét nghiệm và điều trị hàng năm rất cao. Vì vậy, việc cập nhật kiến thức về quản lý, điều trị HCRKT là rất cần thiết để góp phần nâng cao chất lượng điều trị, chất lượng sống cho bệnh nhân [3].

4.4. Các bệnh lý ung thư đường tiêu hóa

Trong số 25.715 Bệnh nhân bị bệnh lý đường tiêu hóa được khảo sát, có 1679 BN ung thư chiếm 6,53%. Trong đó, UTG chiếm tỷ lệ cao nhất (2,5%), kế đến là UTDD (1,71%) và UTĐTT (0,86%).

* Ung thư thực quản

Theo khảo sát của chúng tôi, có 117 BN ung thư thực quản (UTTQ) chiếm 0,45% tổng số các BN điều trị tại khoa Nội tiêu hóa và chiếm 7,06% (117/1658) trong số các bệnh ung thư tiêu hóa. Tỷ lệ UTTQ ở nam giới (62,39%) cao hơn nữ giới (37,61%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0005$). So với thống kê tại Mỹ năm 2017, UTTQ chiếm 5,6% (16940/310440) trong số các trường hợp ung thư đường tiêu hóa, trong đó nam giới chiếm 78,87% và nữ giới chiếm 21,17% [19].

Ung thư thực quản (UTTQ) là nguyên nhân gây tử vong xếp hàng thứ 6 trong các nguyên nhân do

ung thư trên thế giới. Ước tính có khoảng 462.000 trường hợp UTTQ mới và có đến 386.000 trường hợp tử vong do UTTQ trong năm 2002 [16]. Khoảng 80% trường hợp UTTQ ở các nước đang phát triển. Tại Mỹ, UTTQ là nguyên nhân tử vong do ung thư xếp hàng thứ 9, ước tính có khoảng 16.470 trường hợp UTTQ mới và có khoảng 14.530 trường hợp tử vong vì UTTQ năm 2009 [13]. Năm 2012, ở Châu Âu có khoảng 34.534 ca UTTQ mới với tần suất 6,9/100.000 dân. Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở các nước đông bắc Âu [22].

Ở các nước nguy cơ thấp như Mỹ, tỷ lệ UTTQ của nam/nữ giới vào khoảng 3-4/1, nhưng đối với dân số nguy cơ cao tỷ lệ UTTQ ở nam và nữ giới là tương đương nhau 1/1 [14]. Tỷ lệ sống còn của UTTQ rất thấp, đặc biệt ở các nước đang phát triển tỷ lệ này < 10% [13].

Nguyên nhân chính cho sự tiên lượng xấu của UTTQ là vì đa số các khối u là không có triệu chứng và không được phát hiện cho đến khi chúng lan rộng ra ngoài thành thực quản. Thực quản là một cơ quan có thể căng giãn để thức ăn có thể đi qua, vì thế đa số bệnh nhân không than phiền về chứng khó nuốt cho đến khi khối u gây tắc nghẽn đáng kể lòng thực quản, và lúc này UTTQ thường xâm lấn thành và/hoặc di căn.

Để làm giảm thiểu tử vong do UTTQ có lẽ đòi hỏi cần có những chiến lược mới để sàng lọc các đối tượng có nguy cơ cao không có triệu chứng để được chẩn đoán và điều trị sớm ở những giai đoạn còn có thể chữa khỏi bệnh lý này [10].

* Ung thư dạ dày

Theo khảo sát của chúng tôi UTDD đứng hàng thứ 2 trong các ung thư đường tiêu hoá sau UTG. UTDD chiếm 1,71% trong số các bệnh lý tiêu hoá gan mật và chiếm 26,54% các ung thư đường tiêu hoá. Tỷ lệ mắc bệnh nam giới (57,05%) cao hơn có ý nghĩa so với nữ giới (42,95%) với $p < 0,0001$. Theo thống kê vào năm 2010, tỷ lệ mắc mới các loại ung thư ở nam giới Việt Nam là 181,3/100.000 dân, ở nữ giới là 134,9/100.000 dân. Trong số 71.940 trường hợp ung thư ở nam, có 10.384 trường hợp UTDD, chiếm tỷ lệ 14,43 %, và trong số 54.367 trường hợp ung thư ở nữ, có 4.728 trường hợp UTDD, chiếm tỷ lệ 8,06% [4].

Theo khảo sát tại Mỹ năm 2017, UTDD chiếm 9,01% (28.000/310440), nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới lần lượt là 63,39% và 36,61% [19].

UTDD là một bệnh lý ảnh hưởng nghiêm trọng đến vấn đề sức khỏe. Năm 2011, ước tính trên thế giới có 989.600 trường hợp UTDD mới mắc và hơn 738.000 trường hợp tử vong [12]. UTDD gặp nhiều ở Nhật Bản, Trung Quốc, một số nước Bắc Âu và Nam

Mỹ [12]. Ở Mỹ, năm 2013, tỷ lệ mắc UTDD ở nam là 13,2/100.000 dân, ở nữ là 8,3/100.000 dân. Trong đó, số bệnh nhân tử vong do UTDD trong năm 2013 ở nam là 6740, ở nữ là 4250 [20].

Tỷ lệ mắc UTDD thường ở độ tuổi cao, hiếm gặp ở những BN dưới 30 tuổi, với 80% BN được chẩn đoán ở độ tuổi 60-80 tuổi [22]. Nam giới chiếm tỷ lệ cao ở tất cả các quốc gia trên thế giới, với tỷ lệ gấp 2- 4 lần so với nữ giới [12].

Trong UTDD, loại ung thư biểu mô tuyến chiếm chủ yếu (90-95%). Yếu tố nguy cơ chính của UTDD là tình trạng nhiễm vi khuẩn *H.pylori* kéo dài.

Tiên lượng UTDD là nghèo nàn với tỷ lệ sống còn 5 năm từ 57-71% nếu được chẩn đoán ở giai đoạn sớm và chỉ < 4% nếu chẩn đoán ở giai đoạn muộn [8]. Vì vậy, việc sàng lọc và chẩn đoán UTDD ở giai đoạn sớm là hết sức cần thiết để cải thiện sự sống còn.

Cho đến hiện tại, khoa Nội tiêu hoá của chúng tôi để sàng lọc và chẩn đoán UTDD sớm còn nhiều khó khăn do thiếu trang thiết bị cũng như con người. Chúng tôi đã có những kế hoạch cụ thể để cải thiện vấn đề này trong một tương lai gần.

* Ung thư đại trực tràng

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) theo khảo sát của chúng tôi xếp hàng thứ 3 sau ung thư gan và ung thư dạ dày, nó chiếm 0,78% trong số các bệnh tiêu hoá gan mật và chiếm 12,06% các ung thư đường tiêu hoá. So với các kết quả ghi nhận tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng thứ 5 sau ung thư dạ dày, phổi, vú, vòm và xu hướng ngày càng tăng. Theo thống kê của bệnh viện K, tỷ lệ mắc ung thư đại tràng là 9% tổng số bệnh nhân ung thư [5]. Theo ghi nhận ung thư Hà Nội, 1992 tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi của ung thư đại tràng là 7,5/100.000 người, và tại thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ này là 12,9/100.000 người [5]. UTĐTT là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong ở các nước Bắc Mỹ, châu Âu, sau ung thư tiền liệt tuyến, ung thư vú và ung thư phổi [6]. Tại châu Âu, UTĐTT là loại ung thư phổ biến nhất của các loại ung thư đường tiêu hoá với tỷ suất mắc bệnh 68/100.000 dân, năm 2012 ghi nhận có đến 342.137 ca mới mắc UTĐTT [22]. Tại Mỹ, năm 2008 ước tính khoảng 147.308 ca được chẩn đoán ung thư đại trực tràng [17].

Tỷ lệ mắc UTĐTT ở nam giới cao hơn nữ giới. Ở châu Âu tần suất nam giới là 79/100.000 so với nữ giới là 54/100.000 [22]. Tại Mỹ, UTĐTT chiếm hơn 50% của tất cả các ung thư đường tiêu hoá và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong liên quan đến tiêu hoá [17].

Các yếu tố nguy cơ chính của UTĐTT bao gồm yếu tố gia đình, các yếu tố di truyền, hội chứng Lynch hoặc bệnh polype tuyến gia đình và bệnh viêm ruột

kéo dài (IBD). Một số yếu tố nguy cơ khác bao gồm đại tháo đường, chế độ ăn ít chất xơ và giàu các chất béo bão hòa, lối sống ít vận động, phơi nhiễm với phóng xạ, lạm dụng bia rượu và thuốc lá [22].

Tiền lượng của UTĐTT tương đối tốt hơn so với các ung thư khác của đường tiêu hoá và thời gian sống còn ít thay đổi ở hầu hết các nước châu Âu [22]. Tỷ lệ sống còn 5 năm khoảng 90% khi bệnh còn khu trú [17]. Dự đoán sẽ có một sự gia tăng rõ rệt số người tử vong do UTĐTT trong

10 năm tới [22].

UTĐTT là bệnh lý có thể phòng ngừa được. Các chương trình tầm soát đã làm giảm đáng kể tử lệ mắc UTĐTT ở các nước phát triển. Trong đó, việc nội soi đại trực tràng để phát hiện và cắt các *polyp* u tuyến, cắt các tổn thương ung thư ở giai đoạn sớm có ý nghĩa rất quan trọng [3].

* Ung thư gan nguyên phát

Theo khảo sát của chúng tôi, ung thư gan nguyên phát (UTGNP) chiếm 2,51% trong tổng số các bệnh về tiêu hóa và là loại ung thư hàng đầu trong các loại ung thư tiêu hóa, chiếm 38,36%. Tỷ lệ nam giới bị UTG (56,99%) cao hơn nữ giới (43,01%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Theo thống kê tại Mỹ năm 2017, cho thấy UTG chiếm 13,11% trong các loại ung thư tiêu hóa, nam giới (71,73%) cao hơn nhiều so với nữ giới (28,27%) [19]. Kết quả này cho thấy tỷ lệ UTG trong khảo sát của chúng tôi cao hơn. Điều này cũng dễ hiểu vì đối tượng của chúng tôi là bệnh nhân ở khoa tiêu hoá-gan mật. Hơn nữa, Việt nam là nước có tỷ lệ nhiễm viêm gan virus B, C rất cao.

UTGNP là một trong những loại ung thư khá phổ biến trên thế giới, xếp hàng thứ 5 đối với nam giới và xếp hàng thứ 8 đối với nữ giới trong các loại ung thư nói chung. Ước tính mỗi năm trên toàn thế giới có khoảng 1.000.000 trường hợp UTG mới được phát hiện. Tỷ lệ mắc UTG nguyên phát thay đổi tùy theo địa dư. Ở châu Á nhất là Đông Nam Á thường gặp với tỷ lệ cao. Theo số liệu từ GLOBOCAN năm 2012, đối với Việt Nam, UTG là loại ung thư hàng đầu cả về mức độ phổ biến cũng như tỷ lệ tử vong, chiếm 17,6% trong tổng số các loại ung thư, với số mới mắc khoảng 22.000 người và tỷ lệ tử vong cũng gần 21.000 người [11].

Bệnh nhân UTG nguyên phát tuổi từ 45 đến 60 chiếm 50%, nam mắc nhiều hơn nữ với tỷ lệ là 3/1 [1].

Tiền lượng BN UTG rất xấu với thời gian sống còn 5 năm $< 40\%$, ngay cả chẩn đoán ở giai đoạn sớm [17]. Tại Việt Nam đa số trường hợp UTG phát hiện đã ở giai đoạn muộn, quá giai đoạn phẫu thuật. Thời gian sống còn ở những BN được phẫu thuật có thể > 5 năm trong 50% trường hợp, trong

khí đối với các BN UTG tiến triển không được phẫu thuật thời gian sống thêm trung bình chỉ 2-4 tháng [6]. Vì vậy, việc tầm soát các BN có nguy cơ cao để phát hiện sớm UTG sẽ cải thiện được thời gian sống còn cho bệnh nhân.

* U đường mật

Theo bảng 6 và 10, tỷ lệ U đường mật túi mật (UĐMTM) đứng hàng thứ 3 trong các bệnh lý đường mật, chiếm 6,99% và chiếm 0,52% trong tổng số các bệnh lý đường tiêu hoá và chiếm 8,14% trong số các ung thư đường tiêu hoá. Chưa thấy sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ giới.

Theo khảo sát của Mỹ năm 2017, ung thư đường mật chiếm tỷ lệ 3,78% các ung thư đường tiêu hoá và xu hướng nữ giới (54,68%) cao hơn nam giới (45,32%) [19].

U đường mật (UTĐM) là những khối u ác tính xuất phát từ biểu mô của đường mật. Bệnh tương đối hiếm gặp, chiếm 2% tổng số các bệnh ung thư và chiếm khoảng 10%-15% trong các ung thư nguyên phát của gan. Bệnh có tính chất ác tính cao, tiên lượng xấu và hầu hết bệnh nhân tử vong trong vòng 6 tháng đến 1 năm nếu không thể phẫu thuật cắt bỏ được khối u. Đặc điểm của bệnh là tiến triển âm thầm, lặng lẽ nên thường chẩn đoán muộn. Do vậy, việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn, tỷ lệ phẫu thuật cắt được u và tỷ lệ phẫu thuật triệt căn còn thấp [2].

* Ung thư tụy

- Theo khảo sát ung thư tụy (UTT) chiếm 0,47% trong số các bệnh lý tiêu hoá và chiếm 17,78% trường hợp ung thư tiêu hoá. Nam giới bị UTT (62,39%) cao hơn nữ giới (37,61%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0005$).

Tại Mỹ, UTT đứng hàng thứ 2 trong số các nguyên nhân tử vong của ung thư đường tiêu hoá và đứng hàng thứ 5 trong số các nguyên nhân chết do ung thư nói chung. theo khảo sát năm 2017, tỷ lệ UTT chiếm 17,29% trong số các ung thư tiêu hoá, với nam giới (52,11%) cao hơn so với nữ giới (47,89%) [19].

Nguyên nhân gây bệnh hiện nay chưa được làm sáng tỏ, chỉ có thể đưa ra một số yếu tố nguy cơ của UTT như thói quen uống rượu, hút thuốc, chế độ ăn nhiều mỡ, nghề nghiệp có tiếp xúc với một số hóa chất và nam gặp nhiều hơn nữ [15], [17], [2].

UTT là một bệnh nặng có tiên lượng xấu với tỷ lệ sống sau 5 năm của UTT chỉ đạt từ 1-2% [1], [17], [22], tỷ lệ này có tăng lên trong những năm gần đây nhưng nói chung cũng không vượt quá mức 7%.

4.5. Số ngày nằm viện

Theo Bảng 13, số ngày nằm viện trung bình là $7,64 \pm 4,04$ ngày, cao nhất là bệnh lý nhiễm trùng

huyết tiêu điểm từ đường tiêu hóa $9,62 \pm 3,87$ ngày, thấp nhất là nhóm bệnh lý thực quản với $5,96 \pm 2,90$ ngày.

Nhìn chung số ngày nhập viện trung bình tương đối ngắn so với các bệnh lý của hệ cơ quan khác. Tuy nhiên, thực tế lâm sàng vẫn chưa phản ánh đúng nhu cầu thực sự của bệnh về thời gian nằm viện. Vì tình trạng quá tải hầu hết ở các bệnh viện lớn, trong đó có bệnh viện Đà Nẵng đã ảnh hưởng rất nhiều lên thời gian nằm viện của bệnh nhân. Đôi khi bệnh nhân phải chờ đợi các xét nghiệm phụ phục vụ cho xét nghiệm chính đã làm tăng thời gian nằm viện. Ngược lại, cũng không ít bệnh nhân phải ra viện sớm trong khi chưa thật sự ổn về tình trạng bệnh vì tình trạng quá tải,....

5. KẾT LUẬN

Mô hình bệnh tật của khoa Nội Tiêu hóa là khá đa dạng, trong đó nhóm bệnh ống tiêu hoá trên là phổ biến nhất, thứ 2 là nhóm bệnh gan. Viêm loét dạ dày tá tràng, xơ gan là thường gặp nhất trong các bệnh lý đường tiêu hoá.

Đa số bệnh lý đường tiêu hoá gặp nhiều hơn ở nam giới so với nữ giới. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 30-69 tuổi.

Số ngày điều trị trung bình $7,64 \pm 4,04$ ngày, ngắn nhất là nhóm bệnh lý thực quản $5,96 \pm 2,90$ ngày, dài nhất là nhóm bệnh lý nhiễm trùng huyết tiêu điểm tiêu hoá $9,62 \pm 3,87$ ngày. Nhìn chung ngày nằm viện tương đối ngắn làm giảm được chi phí điều trị và tần suất nhiễm khuẩn bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Hoa và Võ Đặng Anh Thư (2010), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư gan nguyên phát tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế", *Tạp chí Y Học Thực Hành*; 2: 38-41.
2. Trần Văn Huy (2017), *Giáo trình sau đại học Bệnh Học Gan Mật Tụy*, Nhà Xuất bản Đại học Huế.
3. Trần Văn Huy (2017), *Giáo trình sau đại học Bệnh Học ống tiêu hoá*, Nhà Xuất bản Đại học Huế.
4. Phan Minh Ngọc (2011), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư biểu mô tại bệnh viện Việt Đức", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Lê Đình Roanh, Hoàng Văn Kỳ, Ngô Thu Thoa (1999), "Nghiên cứu hình thái học ung thư đại trực tràng gặp tại Bệnh viện K Hà Nội 1994 – 1997", *Tạp chí thông tin Y dược*, số đặc biệt chuyên đề ung thư, Hà Nội, 66 - 70.
6. Hoàng Trọng Thăng (2014), *Giáo Trình sau đại học Bệnh tiêu hoá gan mật*, Nhà xuất bản Đại học Huế.
7. Võ Văn Ty, Trần Mạnh Hùng, Võ Thị Xuân Đài, Lê Sỹ Sâm (2012), "Khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong tại Bệnh viện Thống nhất năm 2010", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*; 16(1): 11-17.
8. Brenner H, Rothenbacher D (2009), "Epidemiology of stomach cancer", *Methods Mol Biol*; 472: 467-77.
9. Caglar E, Baysay Band Dobrucal A (2014), "The changing Pattern of Upper gastrointestinal disorders by endoscopy: Data of the Last 40 years", *Diagnostic and Therapeutic Endoscopy*.
10. Fleischer DE and Dawsey SM (2010), "Geographical variation in Esophageal Cancer", *World Gastroenterology News*; 12-14.
11. GLOBOCAN IARC (2012), Cancer fact sheet: Liver cancer incidence and mortality worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr>.
12. Han B.K., Jang J.Y., Kim H.J., et al (2011), "Clinical Significance of the Pattern of Lymph Node Metastasis Depending on the Location of Gastric Cancer", *Journal Gastric Cancer*; 86 - 93.
13. Jemal A, Siegel R, Ward E et al (2009), "Cancer statistics", *CA cancer J Clin*; 59(4): 225-49.
14. Kamangar F, Chow WH, Abnet CC et al (2009), "Environmental causes of esophageal cancer", *Gastroenterol Clin North Am*; 38(1): 27-57.
15. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, "Digestive Diseases Statistics for the United States".
16. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P (2005), "Global cancer statistics, 2002", *CA Cancer J Clin*; 55(2): 74-108.
17. Peery AF, Dellon ES, Lund J, Crockett et al (2012), "Burden of Gastrointestinal Disease in the United States: 2012 Update", *Gastroenterology*; 143(5): 1179-1187.e3.
18. Russo MR, Wei JT, Thiny MT et al (2004), "Digestive and Liver Diseases Statistic, 2004", *Gastroenterology*; 126: 1448-1453.
19. Siegel RL, Miller KD, Jermal A (2017), "Cancer Statistics, 2017", *CA Cancer J Clin*; 67: 7-30.
20. Sisti V., Costanzi A., Morgagni P. (2013), "Overview of Gastric Cancer in the World", Italian Gastric Cancer Research Group - 10th International Gastric Cancer Congress - 2013 Corena, June 19 - 22.
21. Starr SP and Raines D (2011), "Cirrhosis: Diagnosis, Management, and Prevention", *American Family Physician*; 84(12): 1353-1359.
22. The Survey of Digestive Health Across Europe, "Highlighting changing trends and healthcare inequalities in GI and liver disease", *Ueg.sageph.com*.