

NGHIÊN CỨU HÌNH ẢNH NỘI SOI NIÊM MẠC THỰC QUẢN DẠ DÀY Ở CÁC BỆNH NHÂN XƠ GAN

Trần Văn Huy¹, Hồ Anh Hiến²

(1) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Khoa Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: 1. Khảo sát một số hình ảnh nội soi niêm mạc thực quản và dạ dày ở các bệnh nhân xơ gan. 2. Khảo sát mối liên quan giữa hình ảnh nội soi niêm mạc thực quản, dạ dày với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 88 bệnh nhân xơ gan điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 5 năm 2010 đến tháng 4 năm 2011. **Kết quả:** 95,5% bệnh nhân xơ gan có giãn tĩnh mạch thực quản. Dấu đỏ trên thành giãn tĩnh mạch thực quản chiếm 48,8%. Giãn tĩnh mạch thực quản có 39,3% trường hợp xuất huyết. Hình ảnh niêm mạc dạ dày thường gặp trong xơ gan là viêm 58,0%, niêm mạc dạng khảm 52,3%. Loét dạ dày 19,3%, giãn tĩnh mạch tâm phình vị ít gặp 12,5%. 2. Giãn tĩnh mạch thực quản độ 3 thường có báng vừa và nhiều 58,3%. Tỷ lệ xuất huyết do giãn tĩnh mạch thực quản độ 3 là (84,9%), độ 2 (15,1%). Tỷ lệ số lượng tiểu cầu < 100 K μ /l ở bệnh nhân giãn tĩnh mạch thực quản độ 3 chiếm 75%. Tỷ lệ lách lớn > 13 cm ở bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản độ 3 chiếm 66,7%. Tỷ lệ xuất huyết do giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân có dấu đỏ chiếm 84,9%. **Kết luận:** 1. Hình ảnh nội soi niêm mạc thực quản dạ dày thường gặp ở bệnh nhân xơ gan là giãn tĩnh mạch thực quản, viêm dạ dày, niêm mạc dạng khảm. 2. Giãn tĩnh mạch thực quản có mối liên quan với báng, xuất huyết do giãn tĩnh mạch thực quản, số lượng tiểu cầu, đường kính lách. Xuất huyết do giãn tĩnh mạch thực quản có mối liên quan với dấu đỏ, không có mối liên quan với niêm mạc dạng khảm.

Từ khóa: Nội soi dạ dày, giãn tĩnh mạch thực quản, xơ gan

Abstract

STUDY ON ENDOSCOPIC FEATURES OF GASTROESOPHAGEAL MUCOSA IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS

Tran Van Huy, Ho Anh Hien

Background: 1. To evaluate endoscopic images of gastroesophageal mucosa in patients with cirrhosis. 2. To evaluate the relationship between endoscopic images of the gastroesophageal and some clinical, subclinical features. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study. From May 2010 to April 2011, the study sample includes 88 cirrhotic patients hospitalized at Hue Central Hospital and at Hue University Hospital. **Results** 1. 95.5% of patients with cirrhosis have esophageal varices. The presence of red color signs on esophageal varices accounts for 48.8% of the cases. The esophageal varices with bleeding accounts for 39.3%. The most common images of gastric mucosa in patients with cirrhosis observed was gastritis (58.0%), mucosal mosaic-like pattern (52.3%) and the lesser common signs seen were gastric ulcer (19.3%) and fundal varices (12.5%). 2. Among the esophageal varices cases at grade 3, 58.3% patients had moderate and large ascites. Among the esophageal variceal bleeding cases

at grade 3, the rate of esophageal variceal bleeding is 84.9%, and among the grade 2 cases, the rate is 15.1%. The prevalence of platelet counts $<100 \text{ K}\mu / \text{L}$ in patients with varicose veins in the esophagus accounts for 75% among the grade 3. Among the grade 3 cases, The prevalence of major spleen with width $>13 \text{ cm}$ accounted for 66.7%. The rate of bleeding from esophageal varices in patients with red color signs is 84.9%. **Conclusion:** 1. The common endoscopic images of gastroesophageal mucosa in patients with cirrhosis is esophageal varices, gastritis and mucosal mosaic-like pattern. 2. Esophageal varices is related with ascites, bleeding, low platelet count and spleen diameter $>13 \text{ cm}$. Bleeding from esophageal varices is related with red color signs and is not related to mucosal mosaic-like pattern.

Key words: Esophageal varices, gastric endoscopy, cirrhosis

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một bệnh phổ biến trên thế giới, tỷ lệ tử vong do bệnh gan nói chung, trong đó chủ yếu là xơ gan đứng thứ 8 trên thế giới, khoảng 800.000 trường hợp mỗi năm [16]. Việt Nam là một nước có tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B cao từ 10-20% [3], bên cạnh đó tỷ lệ nghiện rượu mạn còn cao và tỷ lệ nhiễm virus viêm gan C đang có xu hướng tăng lên. Do đó, nền y tế nước ta đã và sẽ còn phải đối mặt với gánh nặng của xơ gan trong thời gian đến.

Xơ gan gây ra nhiều biến chứng đối với bệnh nhân, trong đó các biến chứng thường gặp và nặng là biến chứng tăng áp lực cửa, nhất là xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Ở các nước phương Tây, khoảng 30-40% bệnh nhân xơ gan còn bù và 60-70% bệnh nhân xơ gan mất bù có giãn tĩnh mạch thực quản. Khoảng 5-20% bệnh nhân xơ gan phát triển búi giãn hàng năm [15].

Nội soi ống mềm là phương tiện phổ biến hiệu quả trong đánh giá hình ảnh trực tiếp và gián tiếp của tăng áp cửa. Ngoài ra, nội soi ống mềm giúp chẩn đoán sớm và nhất là giúp chỉ định điều trị dự phòng biến chứng xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, qua đó góp phần giảm tỷ lệ tử vong. Tại miền Trung và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế chưa có nghiên cứu một cách hệ thống hình ảnh nội soi niêm mạc thực quản dạ dày ở bệnh nhân xơ gan. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

1. *Khảo sát một số hình ảnh nội soi niêm mạc thực quản và dạ dày ở các bệnh nhân xơ gan.*

2. *Khảo sát mối liên quan giữa hình ảnh nội soi niêm mạc thực quản, dạ dày với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 88 bệnh nhân xơ gan điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 5 năm 2010 đến tháng 4 năm 2011.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Các bệnh nhân chẩn đoán xơ gan theo tiêu chuẩn: hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp cửa, [9].

2.1.1.1. Hội chứng suy tế bào gan

- Mệt mỏi, chán ăn, xuất huyết dưới da.
- Mặt ngực, chi trên gầy, hai chi dưới phù mềm.
- Da vàng nhẹ, thiếu máu, nốt giãn mạch hình sao ở ngực, lưng, hồng ban lòng bàn tay, môi đỏ, lưỡi bóng đỏ.
- Vú lớn, tinh hoàn teo ở nam giới; rối loạn kinh nguyệt ở phụ nữ.

- Protid máu $< 60 \text{ g/l}$, tỷ lệ prothrombin $< 80\%$.

2.1.1.2. Hội chứng tăng áp lực cửa

- Tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa chủ ở vùng thượng vị và ở hai bên mạn sườn, vùng hạ vị và ở hai bên hố chậu, hoặc quanh rốn hình đầu sứa.
- Lách lớn, cổ trướng: thể tự do, dịch thấm
- Nội soi dạ dày thực quản: giãn TMTQ.
- Siêu âm bụng: bờ gan không đều, hình

răng cưa, dạng nốt. Tĩnh mạch cửa giãn, tĩnh mạch lách giãn, tuần hoàn bàng hệ, tái lập tĩnh mạch rốn, đường kính lách tăng.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân ung thư gan trên nền xơ gan.
- Bệnh nhân đã điều trị thuốc kháng viêm nonsteroid.
- Bệnh nhân đã điều trị thất tĩnh mạch trường thực quản.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang

Các thông số nghiên cứu: Thăm khám lâm sàng, nội soi thực quản dạ dày, xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, siêu âm bụng.

Phương tiện nội soi: Máy nội soi của hãng Olympus, GIF-XQ 140 với camera OUT-s5, nguồn sáng CLV-U20. Quan sát hình ảnh qua

tivi hiệu Sony.

Xét nghiệm công thức máu: bằng máy đếm tự động Cell-Dyn 3200. Số lượng tiểu cầu bình thường 150-500 K μ /l.

Siêu âm bụng: Phương tiện gồm máy Sigma và Kontron của hãng Siemens, đầu dò rẽ quạt (Sector) và đầu dò cong (Convex) với tần số 3.5-5 Mhz.

Mô tả các tổn thương.

- Nội soi thực quản: Giãn tĩnh mạch thực quản, đánh giá mức độ theo phân độ của Hội nội soi Nhật Bản [5].
- Nội soi dạ dày: Viêm, loét, giãn tĩnh mạch tâm phình vị, niêm mạc dạng khảm [3].
- Xử lý số liệu: Dùng phần mềm SPSS 15.0. Khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

3.1. Hình ảnh nội soi thực niêm mạc thực quản dạ dày

- Giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ)

Giãn TMTQ	Không	Độ 1	Độ 2	Độ 3
n	4	15	21	48
%	4,5	17	23,9	54,5
p	< 0,05			

95,5% bệnh nhân xơ gan giãn TMTQ, trong đó giãn TMTQ độ 3 chiếm 54,5%, tiếp đến là độ 2 (23,9%), độ 1 (17%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- Tỷ lệ dấu đỏ trên TMTQ chiếm 48,8%
- Giãn TMTQ có xuất huyết chiếm 39,3%.
- Dạng TMTQ chùm nho (65,5%) so với dạng thẳng (34,5%)

Tổn thương niêm mạc	n	%
Viêm	51	58,0
Niêm mạc dạng khảm	46	52,3
Loét	21	23,9
TM tâm phình vị	11	12,5

- Hình ảnh niêm mạc dạ dày thường gặp trong xơ gan là viêm (58,0%), NMDK (52,3%), loét (19,3%), giãn tĩnh mạch tâm phình vị ít gặp (12,5%).

3.2. Mối liên quan giữa hình ảnh nội soi niêm mạc thực quản dạ dày và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

- Giãn TMTQ độ 3 có báng ở mức độ vừa và nhiều chiếm 58,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Giãn TMTQ độ 2 có báng ở các mức độ. Không giãn và giãn TMTQ độ 1 không có báng và báng ít.

- Tỷ lệ xuất huyết do giãn TMTQ độ 3 có (84,9%) cao hơn độ 2 (15,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Giãn TMTQ độ 1 không có xuất huyết.

- Giãn TMTQ độ 3 gặp ở Child-Pugh C nhiều hơn Child-Pugh B (39,6 so với 33,3), giãn TMTQ độ 1 và 2 gặp ở Child-Pugh B nhiều hơn Child-Pugh C, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

TMTQ SLTC	Độ 1 (n=15)		Độ 2 (n=21)		Độ 3 (n=48)	
	n	%	n	%	n	%
< 100 Kμ/L (n=52)	5	33,3	11	52,4	36	75
p	<0,05		< 0,05		< 0,01	

Tỷ lệ SLTC < 100 Kμ/L ở bệnh nhân giãn TMTQ độ 3 chiếm 75%, so với giãn TMTQ độ 2 (52,4%), độ 1 (33,3%) , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

TMTQ ĐK lách(cm)	Độ 1 (n=15)		Độ 2 (n=21)		Độ 3 (n=48)	
	n	%	n	%	n	%
> 13 (n=47)	6	40	8	48,1	32	66,7
P	< 0,05					

- Tỷ lệ lách lớn > 13cm trong giãn TMTQ độ 3 là 66,7% so với độ 2 (38,1%), độ 1 (40%) là khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- Tỷ lệ xuất huyết do giãn TMTQ có dấu đỏ chiếm 84,9% so với không có dấu đỏ (15,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Tỷ lệ xuất huyết do giãn TMTQ có NMDK chiếm 57,6% so với không có NMDK (42,4%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin bàn luận những vấn đề sau:

4.1. Hình ảnh nội soi niêm mạc thực quản dạ dày

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy ở bệnh nhân xơ gan, hình ảnh giãn TMTQ chiếm một tỷ lệ rất lớn (95,5%) trong đó độ 3 chiếm 54,5%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Trần Hùng [4], Đặng Thị Kim Oanh [7]. TMTQ là một nhánh của tĩnh mạch đơn, thuộc hệ thống tĩnh mạch chủ trên, có vòng nối với tĩnh mạch vành vị trái thuộc tĩnh mạch cửa. Ở bệnh nhân xơ gan, áp lực tĩnh mạch cửa tăng cao làm TMTQ sẽ giãn lớn. Tỷ lệ dấu đỏ trên TMTQ chiếm 48,8% và giãn TMTQ có xuất huyết chiếm 39,3%. Theo nghiên cứu của Đặng Thị Kim Oanh trên đối tượng các bệnh nhân xơ gan tỷ lệ dấu đỏ 63,2%, giãn TMTQ có xuất huyết 44,3% [7]. Tỷ lệ xuất huyết do giãn TMTQ

của tác giả Mai Hồng Bằng [1] là 31,5%. Theo tác giả Mai Hồng Bằng [1]: dấu đỏ là sự giãn tĩnh mạch trên thành tĩnh mạch, là điểm yếu của thành tĩnh mạch, là một trong các yếu tố dự báo xuất huyết từ vỡ giãn TMTQ. Điều này khiến chúng ta cần có những biện pháp phòng ngừa chảy máu từ TMTQ ở bệnh nhân xơ gan có dấu đỏ. Trong 84 bệnh nhân có giãn TMTQ, dạng TMTQ chùm nho (65,5%). Kết quả này khác biệt không có ý nghĩa so với kết quả của Đặng Thị Kim Oanh [7] (77,9%). Giãn TMTQ là hậu quả của tăng áp lực cửa. Áp lực cửa càng tăng cao thì TMTQ càng giãn nhiều gây biến dạng và dễ vỡ.

Hình ảnh niêm mạc dạ dày thường gặp trong xơ gan là viêm (58,0%), niêm mạc dạng khảm (52,3%). Ở bệnh nhân xơ gan do cơ chế giảm bảo vệ niêm mạc và do tăng histamin, suy gan nên không chuyển hóa được nên thường gây loét dạ dày tá tràng [9]. Sự gia tăng áp lực cửa có thể kích hoạt sự thay đổi huyết động học trong niêm mạc dạ dày như giãn mạch, bất thường hình thành nối thông động tĩnh mạch và sự gia tăng lưu lượng máu cùng với các yếu tố giãn mạch tại chỗ [13] gây nên các biểu hiện bệnh lý dạ dày tăng áp cửa.

4.2. Mối liên quan giữa hình ảnh niêm mạc thực quản, dạ dày với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Ở bệnh nhân xơ gan có báng càng nhiều thì mức độ giãn TMTQ càng nặng. Giãn TMTQ độ 3 có báng ở mức độ vừa và nhiều

chiếm 58,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Điều này không khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Phan Hồng Nhân. Có thể giải thích vì báng và giãn TMTQ đều là hậu quả của tăng áp cửa.

Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa mức độ giãn TMTQ và xuất huyết do giãn TMTQ. Tỷ lệ xuất huyết do giãn TMTQ độ 3 có (84,9%) cao hơn độ 2 (15,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Theo một số kết quả nghiên cứu, giãn TMTQ độ 3 có tỷ lệ xuất huyết là 96,95 % [6], 78,9% [8]. Điều này là phù hợp: giãn TMTQ càng lớn, độ dày thành tĩnh mạch càng giảm, thành tĩnh mạch càng yếu, nên nguy cơ vỡ càng cao.

Giãn TMTQ độ 3 gặp ở Child-Pugh C nhiều hơn Child-Pugh B (39,6 so với 33,3), giãn TMTQ độ 1 và 2 gặp ở Child-Pugh B nhiều hơn Child-Pugh C, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan độ giãn TMTQ với mức độ xơ gan. Các tác giả Mai Hồng Bằng [1], Phan Hồng Nhân [6] khi phân tích đặc điểm này cũng có kết luận tương tự.

Theo Hoàng Trọng Thăng [10], ở bệnh nhân xơ gan mất bù có sự giảm tiểu cầu. Tiểu cầu càng giảm thì độ nặng xơ gan mất bù theo Child-Pugh càng tăng. Theo tác giả Sanjay [14] và cộng sự giảm tiểu cầu có mối liên quan với sự hiện diện TMTQ, tiểu cầu giảm là một yếu tố tiên đoán độc lập sự hiện diện giãn TMTQ. Tiểu cầu $< 40 \text{ K}\mu/\text{l}$, có sự hiện diện giãn TMTQ đến 80%. Cơ chế giảm tiểu cầu ở bệnh nhân xơ gan đã rõ. Qua đây, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa giảm tiểu cầu và giãn TMTQ.

Tỷ lệ lách lớn $> 13\text{cm}$ trong giãn TMTQ độ 3 là 66,7% so với độ 2 (38,1%), độ 1 (40%) là khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của Phan Trung Tiến [11], đường kính lách ở nhóm bệnh nhân có giãn TMTQ lớn hơn ở bệnh nhân không có giãn TMTQ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Và đường kính lách ở mức độ giãn TMTQ càng

nặng thì càng lớn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Theo tác giả Sanjay [14] và cộng sự kích thước lách có mối liên quan với sự hiện diện TMTQ, lách có thể sờ thấy trên lâm sàng là một yếu tố tiên đoán độc lập sự hiện diện giãn TMTQ. Các kết quả trên cho thấy đường kính lách có liên quan với giãn TMTQ.

Tỷ lệ xuất huyết do giãn TMTQ có dấu đỏ chiếm 84,9% so với không có dấu đỏ (15,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Theo tác giả Mai Hồng Bằng [1]: Dấu đỏ là sự giãn tĩnh mạch trên thành tĩnh mạch, là điểm yếu của thành tĩnh mạch, là một trong các yếu tố dự báo chảy máu từ vỡ giãn TMTQ.

Tỷ lệ xuất huyết do giãn TMTQ có NMDK chiếm 57,6% so với không có NMDK (42,4%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Chúng tôi không có điều kiện để so sánh đối chứng. Theo kết quả nghiên cứu, không có mối liên quan giữa NMDK với xuất huyết do giãn TMTQ. Mặc dầu NMDK và xuất huyết do giãn TMTQ đều là biến chứng TAC, song sự hình thành NMDK còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố tại chỗ trong niêm mạc dạ dày có thể tham gia hình thành như NO, yếu tố hoại tử u, endothelin, glucagon [12]. Còn xuất huyết do giãn TMTQ phụ thuộc nhiều vào kích thước búi giãn, dấu đỏ trên thành TMTQ.

5. KẾT LUẬN

5.1. Hình ảnh nội soi niêm mạc thực quản dạ dày

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh giãn tĩnh mạch thực quản chiếm đa số (95,5%) bệnh nhân xơ gan, trong đó giãn TMTQ độ 3 chiếm 54,5%. Tỷ lệ dấu đỏ trên TMTQ chiếm 48,8%. Giãn TMTQ có xuất huyết chiếm 39,3%. Dạng TMTQ chùm nho (65,5%) so với dạng thẳng (34,5%).

- Hình ảnh niêm mạc dạ dày thường gặp trong xơ gan là viêm (58,0%), niêm mạc dạng khảm (52,3%). Loét (19,3%), giãn tĩnh mạch tâm phình vị ít gặp (12,5%).

5.2. Mối liên quan giữa hình ảnh niêm mạc thực quản, dạ dày với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Có mối liên quan giữa giãn tĩnh mạch thực quản với mức độ báng: giãn tĩnh mạch thực quản độ 3 thường có báng vừa và nhiều 58,3%, ($p < 0,01$).

- Có mối liên quan giữa giãn tĩnh mạch thực quản và xuất huyết do giãn tĩnh mạch thực quản: tỷ lệ xuất huyết do giãn tĩnh mạch thực quản độ 3 là (84,9%), độ 2 (15,1%), ($p < 0,01$).

- Không có mối liên quan giữa giãn tĩnh mạch thực quản và chỉ số Child-Pugh.

- Có mối liên quan giữa giãn tĩnh mạch thực quản và số lượng tiểu cầu: tỷ lệ số lượng

tiểu cầu $< 100 \text{ K}\mu/\text{l}$ ở bệnh nhân giãn tĩnh mạch thực quản độ 3 chiếm 75%, so với độ 1 (33,3%), độ 2 (52,4%), ($p < 0,05$).

Giãn tĩnh mạch thực quản có mối liên quan với đường kính lách: tỷ lệ lách lớn $> 13 \text{ cm}$ ở bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản độ 3 chiếm 66,7%, so với độ 1 (38,1%), độ 2 (40%), ($p < 0,05$).

Có mối liên quan giữa dấu đỏ và xuất huyết do giãn tĩnh mạch thực quản: tỷ lệ xuất huyết do giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân có dấu đỏ chiếm 84,9% so với không có dấu đỏ (15,1%), ($p < 0,01$).

Không có mối liên quan giữa niêm mạc dạng khảm và xuất huyết do giãn tĩnh mạch thực quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Hồng Bằng (2006), “Nghiên cứu mối liên quan giữa giãn tĩnh mạch thực quản với mức độ xơ gan và biến chứng xuất huyết tiêu hóa”, *Y học thực hành*, số 2, tr. 29-31.
2. Huỳnh Thanh Bình, Trương Bá Trung, Phạm Hoàng Phiệt (2006), “Diễn tiến bệnh xơ gan mất bù do siêu vi B khi được điều trị với Lamivudine kèm với điều trị hỗ trợ”, *Y học Việt Nam*, số đặc biệt chuyên đề gan mật, tr. 150-159.
3. Phạm Thị Bình (2005), “Soi dạ dày tá tràng”, *Nội soi tiêu hóa*, Khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai, NXB Y học Hà Nội, tr. 54-69.
4. Trần Hùng (1999), *Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, phân tích các yếu tố tiên lượng và kiểm soát những đặc trưng lâm sàng, cận lâm sàng*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
5. Trần Văn Huy (2005), “Kỹ thuật nội soi điều trị giãn tĩnh mạch thực quản”, *Bài giảng nội soi tiêu hóa*, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.
6. Vũ Văn Khiên, Nguyễn Mạnh Hùng (2003), “Tìm hiểu những yếu tố liên quan giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan”, *Y học thực hành*, số 9, tr. 2-4.
7. Phan Hồng Nhân (2008), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và nội soi của xuất huyết tiêu hóa cao ở bệnh nhân xơ gan mất bù*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
8. Đặng Thị Kim Oanh (2002), *Nghiên cứu hình ảnh nội soi và mô bệnh học của niêm mạc dạ dày thực quản ở bệnh nhân xơ gan*, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Dương Hồng Thái, Phạm Kim Liên, Vũ Văn Thành (2008), “Nghiên cứu tác dụng làm giảm dấu đỏ và kích thước búi giãn tĩnh mạch thực quản của propranolol trong dự phòng chảy máu ở bệnh nhân xơ gan”, *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, Tập III, Số 11, tr. 674-681.
10. Hoàng Trọng Thắng (2006), “Xơ gan”, *Bệnh học tiêu hóa gan mật*, NXB Y học Hà Nội, tr. 315-330.
11. Hoàng Trọng Thắng, Nguyễn Thị Mộng Hoài (2008), “Giá trị và ý nghĩa tiên lượng của creatinin máu và tiểu cầu ở bệnh nhân

- xơ gan”, *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, Tập III, Số 11, tr. 682-694.m
12. Phan Trung Tiến (2008), *Nghiên cứu chỉ số tiêu cầu trên đường kính lách trên siêu âm trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan*, Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế.
 13. Fontana J.R., Sanyal J.A., Mehta S. et al. (2006), “Portal hypertensive gastropathy in chronic hepatitis C patient with bridging fibrosis and compensated cirrhosis: Results from the HALT-C trial”, *American Journal of Gastroenterology*, Vol. 101, pp. 983-992.
 14. Iwao T., Toyonaga A., Sumino M. et al. (1992), “Portal hypertensive gastropathy in patients with cirrhosis”, *Gastroenterology*, Vol 102, pp. 2060-2065.
 15. Sanjay K.S., Rakesh a. (2007), “Prediction of large esophageal varices in patients with cirrhosis of the liver using clinical, laboratory and images parameters”, *J gastroenterol hepatol*, Vol. 25, No.11, pp. 1909-1915.
 16. Plessier A. (2004), “Évaluation et en charge non spécifique de l’hémorragie digestive par rupture de varices oesophagiennes”, *Gastroenterol Clin Biol*, 28, pp. B9-B14.