

Kết quả chẩn đoán và điều trị phẫu thuật ung thư ruột non tại Bệnh viện Bạch Mai

Trần Hiếu Học^{1,2}, Nguyễn Vũ Quang², Chu Đức Quang³, Trần Quế Sơn¹, Trần Mạnh Hùng², Vũ Đức Long², Triệu Văn Trường², Hoàng Anh²

1. Trường Đại học Y Hà Nội, 2. Bệnh viện Bạch Mai, 3. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn

Từ khóa:

Ung thư ruột non, phẫu thuật, thời gian sống.

Địa chỉ liên hệ:

Trần Hiếu Học, Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội Khoa Ngoại - Bệnh viện Bạch Mai 78 Giải Phóng - Đống Đa - Hà Nội

Điện thoại: 0913 563 135

Email:

hieuhoc1305@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/9/2020

Ngày duyệt: 13/10/2020

Ngày chấp nhận đăng:

23/10/2020

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư ruột non là khối u hiếm gặp, thường được chẩn đoán và phẫu thuật ở giai đoạn muộn khi biến chứng đã xảy ra. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư ruột non.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 45 người bệnh (NB) ung thư ruột non nguyên phát được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai từ 2012 đến 2016. Thu thập các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán trước mổ, mô bệnh học, kết quả điều trị và thời gian sống thêm.

Kết quả: 45 NB gồm 23 nam, 22 nữ, hay gặp ở nhóm 41 đến 60 tuổi. Triệu chứng đa dạng, không đặc hiệu và thay đổi theo thể giải phẫu bệnh, có 64,4% chẩn đoán được trước mổ là u ruột non. Chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán chính xác 56,7%. Thể saccom cơ trơn gặp nhiều nhất (51,1%), carcinoid gặp ít nhất (4,4%). Kết quả điều trị không có tử vong, 8,9% nhiễm trùng vết mổ. Thời gian sống thêm sau mổ trung bình là $71,1 \pm 1,98$ tháng, thể ung thư biểu mô tuyến ngắn nhất $22,1 \pm 9,5$ tháng, thể u carcinoid dài nhất $54,7 \pm 12,2$ tháng, tuổi >30 tiên lượng tốt hơn nhóm < 30.

Kết luận: Ung thư ruột non vẫn còn khó chẩn đoán đúng trước mổ. Điều trị phẫu thuật có hiệu quả tốt và tiên lượng phụ thuộc lứa tuổi và thể mô bệnh học.

Results of diagnosis and surgery of small bowel cancer at Bach Mai Hospital

Tran Hieu Hoc^{1, 2}, Nguyen Vu Quang², Chu Duc Quang³, Tran Que Son¹, Tran Manh Hung², Vu Duc Long², Trieu Van Truong², Hoang Anh²

1. Hanoi Medical University, 2. Bach Mai Hospital, 3. Provincial General Hospital of Lang Son

Abstract

Introduction: Small intestine cancer is a rare tumor that is usually diagnosed and operated at a later stage when complications have occurred. **Objectives:** Describe clinical, subclinical characteristics and surgical results of small intestine cancer.

Materials and Methods: Descriptive and longitudinal study on 45 patients of primary small bowel cancer operated at Bach Mai Hospital from 2012 to 2016. Data included clinical, subclinical characteristics, diagnosis, histopathology, results of treatment and survival time.

Results: The study has 45 patients (23 males and 22 females), most of them aged 41 - 60. Symptoms are diverse, nonspecific and vary according to disease anatomy, correct preoperative diagnosis of small bowel tumor was 64.4% and sensitivity of CT was 56.7%. Frequency of Sarcoma was highest (51.1%) and of carcinoid was least (4.4%). There was no postoperative mortality, 8.9% incision infection. The survival time is 71.1 ± 1.98 months, shortest belongs to carcinoma ($22,1 \pm 9,5$ months) and longest belongs to carcinoid ($54,7 \pm 12,2$ months), prognosis is better in the age group over 30.

Conclusions: Proper preoperative diagnosis of small bowel cancer is still difficult. Surgical treatment is effective and prognosis depends on age and histopathology.

Keywords: Small bowel cancer, surgery, survival time.

Đặt vấn đề

Ung thư ruột non (UTRN) là khối u hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 3,6% ung thư đường tiêu hóa [1]. Hình thái lâm sàng của các UTRN thường không đặc hiệu như: chảy máu đường tiêu hóa nặng, viêm phúc mạc, tắc ruột, lồng ruột, khối u ở bụng, thiếu máu, đau bụng, thay đổi toàn trạng không rõ nguyên nhân... nên khó chẩn đoán được chính xác trước mổ và thường mổ ở giai đoạn muộn, khi biến chứng đã xuất hiện [2].

Trong vài thập kỷ qua, tỉ lệ mắc bệnh UTRN đã tăng đáng kể, đặc biệt ở nhóm carcinoid tăng gấp bốn lần [3]. Hiện nay ngoài các thăm dò thông thường như siêu âm, chụp lưu thông ruột... còn có nhiều phương tiện chẩn đoán hiện đại như chụp động mạch chọn lọc, nội soi, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp hình qua kháng thể đơn dòng, chụp cắt lớp đồng vị phát xạ Positron (PET) [4], [5]..., tỉ lệ chẩn đoán được UTRN trước mổ tuy chưa cao nhưng đã có nhiều thay đổi.

Nghiên cứu này thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai trong giai đoạn 2012 - 2016 nhằm: 1) Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng NB ung thư ruột non được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai.

2) Đánh giá kết quả phẫu thuật trên NB ung thư ruột non.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả các NB UTRN được điều trị phẫu thuật tại Khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai từ ngày 01/1/2012 đến 31/12/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Ca bệnh đầy đủ hồ sơ bệnh án, có khối u từ góc Treitz đến góc hồi manh tràng, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến (UTBMT), u cơ trơn ác tính (sacrom cơ trơn), u lympho ác tính, u thần kinh ác tính, u carcinoid.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu, không có kết quả giải phẫu bệnh, các khối u thứ phát do ung thư nơi khác xâm lấn vào ruột non.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Thông tin NB được thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại bệnh viện, liên hệ với NB qua điện thoại, thư điện tử, mời đến khám lại để xác định kết quả xa. Các chỉ số nghiên cứu bao gồm:

Đặc điểm NB: tuổi, giới, nghề nghiệp, bệnh kèm theo.

Lâm sàng: triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, thời gian biểu hiện triệu chứng tới khi được phẫu thuật.

Cận lâm sàng: xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu, chất chỉ điểm khối u (CEA, CA19-9, AFP), chẩn đoán hình ảnh (chụp X-quang bụng không

chuẩn bị, chụp khung đại tràng, chụp cắt lớp vi tính ruột non, nội soi dạ dày, nội soi đại tràng, siêu âm ổ bụng, chụp động mạch mạc treo tràng trên chọn lọc, chụp cộng hưởng từ.

Chẩn đoán trước mổ.

Mô bệnh học: phân loại theo giải phẫu bệnh (GPB) (ung thư biểu mô tuyến, u lympho ác tính, u carcinoid, u cơ trơn ác tính).

Kết quả sớm sau mổ: biến chứng sau mổ.

Kết quả xa sau mổ: thời gian sống trung bình sau mổ (theo tháng).

Phân tích và xử lý số liệu. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

Kết quả nghiên cứu

Trong thời gian từ 1/1/2012 đến 31/12/2016 có 45 NB với những đặc điểm chung như trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 45)

	Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	23	51,1
	Nữ	22	48,9
Nhóm tuổi	< 20 tuổi	1	2.2
	20 - 30 tuổi	3	6.7
	31 - 40 tuổi	5	11.1
	41 - 50 tuổi	11	24.4
	51 - 60 tuổi	10	22.2
	61 - 70 tuổi	8	17.8
	> 70 tuổi	7	15.6
Nơi ở	Nông thôn	29	64.4
	Thành thị	16	35.6
Nghề nghiệp	Nông dân	32	71,1
	Hưu trí	6	13,3
	Khác	7	15,6

Độ tuổi trung bình của nhóm NB nghiên cứu là $52,9 \pm 15,9$ tuổi, trong đó có 7 NB trên 70 tuổi và 1 NB < 20 tuổi, với tỉ lệ nam nữ là 1/1. Đa số NB sống ở nông thôn (64,4%), chủ yếu là nông dân (71,1%).

Có 9 NB có các bệnh kèm theo, trong đó có 4 trường hợp viêm loét dạ dày, 3 trường hợp xuất huyết tiêu hóa (XHTH), 2 trường hợp suy tim và hẹp hở van 2 lá.

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2: Phân bố tỉ lệ các triệu chứng thường gặp (n = 45)

Triệu chứng lâm sàng	n	Tỉ lệ (%)
Nôn	44	97,8
Đau bụng	41	91,1
Thiếu máu	27	60,0
Xuất huyết tiêu hóa	25	55,6
Chán ăn	19	42,2
Sút cân	21	46,7
Khối u bụng	5	11,1
Rối loạn tiêu hóa	1	2,2
Cổ chướng	1	2,2
Phù 2 chân	1	2,2

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở NB UTRN trong nghiên cứu là nôn 97,8%, đau bụng 91,1%, thiếu máu 60,0%, xuất huyết tiêu hóa 55,6%; chán ăn 42,2%.

Bảng 3: Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi mổ (n = 45)

Thời gian	n	Tỉ lệ (%)
< 3 tháng	38	84,4
3 - 6 tháng	4	8,9
> 6 tháng	3	6,7
Tổng số	45	100

Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi mổ chủ yếu là dưới 3 tháng, chiếm tỉ lệ 84,4%, trung bình là $1,8 \pm 0,92$ tháng (sớm nhất là 1 tháng và lâu nhất là 7 tháng).

Đặc điểm cận lâm sàng

Chỉ số CEA trung bình là $6,14 \pm 17,48$ ng/ml (thấp nhất là 0,2 và cao nhất là 69,09 ng/ml), CA19-

9 trung bình $6,14 \pm 6,22$ $\mu\text{g/ml}$ (0,33 – 26,55) và AFP trung bình $4,18 \pm 3,15$ ng/ml (0,66 – 9,1).

Các thăm dò hình ảnh thể hiện trong bảng 4

Bảng 4: Các thăm dò hình ảnh

Thăm dò	n	Nghi ngờ	Có u	Không phát hiện u
Siêu âm ổ bụng	37	1	0	36
Nội soi tiêu hóa				
Soi dạ dày				
Soi đại tràng	33	9	1	23
Chẩn đoán hình ảnh				
X-quang dạ dày	3	0	0	3
X-quang ổ bụng	20	8	0	12
Chụp khung đại tràng	2	1	0	1
Chụp mạch	16	8	7	1
Chụp lưu thông ruột non	8	2	5	1
Chụp cắt lớp vi tính	24	10	14	0
Chụp cộng hưởng từ	2	2	0	0

Các thăm dò bằng hình ảnh có tỉ lệ phát hiện u cao là chụp lưu thông ruột non (62,5%), chụp cắt lớp vi tính (CLVT) (58,3%), chụp mạch (43,8%), siêu âm ổ bụng (34,1%). Chụp dạ dày, X quang ổ bụng, chụp khung đại tràng, soi dạ dày và chụp cộng hưởng từ phát hiện được những hình ảnh gợi ý như: giãn quai ruột, mức nước hơi, chít hẹp,... tuy nhiên không chẩn đoán xác định được trường hợp nào có u.

Chẩn đoán trước mổ

Tỉ lệ chẩn đoán trước mổ xác định u ruột non (URN) là 64,4%. Các chẩn đoán trước mổ khác như XHTH 28,9%, tắc ruột hoặc viêm phúc mạc 6,7%.

Mô bệnh học

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy có 23 trường hợp là saccôm cơ trơn (51,1%); 17 trường hợp ung thư biểu mô tuyến (37,8%); 3 trường hợp lympho ác tính (6,7%) và 2 trường hợp carcinoid (4,4%).

Bảng 5: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo kết quả GPB và giới

Kết quả GPB	Giới		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
UTBMT	8	34,7	9	40,9	17	37,8
Saccôm cơ trơn	12	52,2	11	50,0	23	51,1
U lympho ác tính	2	8,7	1	4,5	3	6,7
Carcinoid	1	4,4	1	4,5	2	4,4
Tổng	23	100	22	100	45	100

Tỉ lệ UTBMT ở nam giới là 34,7%, thấp hơn so với nữ giới 40,9%. Tỉ lệ Saccôm cơ trơn ở nam giới là 52,2%, tỉ lệ này ở nữ giới là 50,0%.

Kết quả điều trị

Không có tử vong sau mổ. Biến chứng sớm có 4 nhiễm trùng vết mổ (8,9%).

Theo dõi NB tại thời điểm năm 2018 không có NB nào bị mất thông tin. Có 2 trường hợp đã tử vong, đều là u ung thư biểu mô tuyến.

Tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, nhóm NB trong nghiên cứu có thời gian sống thêm trung bình là $71,1 \pm 1,98$ tháng (95% CI: 67,2 – 75,0).

Bảng 6: Thời gian sống thêm của nhóm nghiên cứu theo kết quả GPB

Nhóm GPB	n	Thời gian sống thêm trung bình (tháng)
UTBMT	17	$22,1 \pm 9,5$
Saccôm cơ trơn	23	$38,5 \pm 8,9$
U lympho ác tính	3	$51,3 \pm 13,6$
Carcinoid	2	$54,7 \pm 12,2$

Nhóm UTBMT có thời gian sống thêm kém nhất, nhóm u lympho ác tính và nhóm carcinoid tiên lượng tốt hơn.

Theo lứa tuổi thì thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ của nhóm NB < 30 tuổi là 68,3

tháng, của nhóm NB \geq 30 tuổi là 75,4 tháng ($p < 0,05$).

Bàn luận

Đặc điểm chung của NB ung thư ruột non

Tỉ lệ NB nam và nữ trong nghiên cứu xấp xỉ nhau, tương tự như của một số các tác giả như: Hélder Cardoso [4], Nguyễn Đức Ninh [6], Văn Tần [7]. Về độ tuổi mắc bệnh, nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là $52,9 \pm 15,9$ tuổi, với nhóm tuổi hay gặp nhất là 41 đến 60 tuổi tương đồng với các tác giả trong nước như Nguyễn Văn Giao [8] Văn Tần là 52 tuổi [7] nhưng thấp hơn khá nhiều so với các trên thế giới như nghiên cứu của Hélder Cardoso là 61 ± 10 (từ 40 đến 81) [4].

Đặc điểm lâm sàng

Đa số NB ung thư ruột non có bệnh cảnh của một số cấp cứu bụng như xuất huyết tiêu hóa hay tắc ruột, viêm phúc mạc nên các dấu hiệu chính thường là nôn 97,8%, đau bụng 91,1%, thiếu máu 60,0%. Có 16 trường hợp chẩn đoán trước mổ không phải là u ruột non (5 mổ cấp cứu, 11 mổ phiến) khi mổ mới phát hiện ra u ruột non trong đó có 2 trường hợp viêm phúc mạc do vỡ u (4,4%). Viêm phúc mạc do vỡ u thường hay gặp ở loại ung thư biểu mô tuyến hay u lympho ác tính như nhận xét của Trịnh Hồng Sơn [9], Bilimoria [10]. Có thể những loại này hay gây viêm phúc mạc vì tính chất xâm lấn giống nhau với thể loét lan rộng từ niêm mạc ra phía thanh mạc dần dần gây thủng.

Trong nghiên cứu này gặp 55,6% XHTH, cũng như các tác giả nước ngoài cho thấy thường là XHTH thấp, mức độ chảy máu vừa hoặc nhẹ, có tính chất dai dẳng do khối u phát triển xâm lấn hoặc hoại tử ở trung tâm gây chảy máu [11], [12]. Đề chẩn đoán XHTH không khó, nhưng đề chẩn đoán được nguyên nhân do u ruột non là điều không đơn giản. Trên thực tế có thể dùng các phương pháp như soi dạ dày, soi đại tràng, chụp động mạch mạc treo tràng trên chọn lọc, chụp cắt lớp vi tính, chụp cắt lớp vi tính 64 dãy... để hỗ trợ chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi, NB vào viện đều trong tình trạng cấp cứu do XHTH, nên các chẩn đoán hình ảnh không được thực hiện đầy đủ trên những NB này.

Tắc ruột cũng là bệnh cảnh hay gặp của khối ruột non, có thể do u to phát triển làm hẹp lòng ruột nhưng nhiều khi u nhỏ gây lồng ruột như kết quả của nhiều nghiên cứu khác [8], [13].

U ruột non ít khi khám thấy và khi sờ thấy khối u bụng thì ít có khả năng phẫu thuật triệt để [12]. Tình trạng sút cân, suy giảm thể trạng gặp 46,7% trong nghiên cứu này, là dấu hiệu chung của các NB ung thư, đặc biệt là ung thư đường tiêu hóa. Dấu hiệu sút cân hay gặp ở nhóm u lympho ác tính và saccơ cơ trơn như nhận xét của một số tác giả [5], [14].

Đặc điểm cận lâm sàng

Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính là các phương pháp được sử dụng nhiều nhất. Siêu âm ổ bụng có thể phát hiện u nhưng tỷ lệ khá thấp 34,1%. Chụp cắt lớp vi tính cho 24/45 NB thì 10 trường hợp nghi ngờ và 14 có chẩn đoán xác định (58,3%). Kết quả cũng tương tự như của Nguyễn Văn Giao đạt 56,7% [8], [13] và chụp cắt lớp vi tính có thể giúp đánh giá rõ ràng đặc điểm, kích thước, tính chất, vị trí chính xác, sự xâm lấn vào các tổ chức xung quanh của khối u.

Một số tác giả đánh giá cao phương pháp chụp lưu thông ruột non và chụp CT nhiều lớp cắt với độ chính xác rất cao (85,7% và 100%) [8]. Chúng tôi cũng thực hiện được 8 trường hợp chụp lưu thông ruột phát hiện u ở 5 NB, tuy nhiên những NB tình trạng cấp cứu thường không thể thực hiện biện pháp này.

Chẩn đoán trước mổ

Chẩn đoán trước mổ là u ruột non ở 29/45 trường hợp (64,4%) tương đương của Nguyễn Văn Giao (60,0%) [8], cao hơn của Trịnh Hồng Sơn (4,8%) [9], có thể do tỉ lệ URN có chiều hướng tăng lên đồng thời, các phương tiện cận lâm sàng ngày càng hiện đại, hỗ trợ hữu hiệu cho công tác chẩn đoán URN, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính, chụp lưu thông ruột non và chụp cắt lớp đa dãy đầu dò cho kết quả cao.

Đặc điểm mô bệnh học

Trong số 4 loại của nghiên cứu, chúng tôi gặp nhiều nhất là saccơ cơ trơn 51,1%, ít gặp u carcinoid 4,4%, tương tự các báo cáo trong nước [6], [8], [9] nhưng khác nhiều so với các tác giả nước

ngoài lại gặp nhiều u carcinoid hơn, khoảng 20 – 25% [3], [5], [10].

Chúng tôi không gặp u thần kinh ác tính trong khi một số báo cáo trước đây có khoảng 5 – 22% [6], [9] hay Cardoso gặp 10,7% [4], Mirna H. Farhat gặp 3,0% [12].

Theo Nguyễn Phúc Cương [11], Trịnh Hồng Sơn [14], u lympho ác tính ruột non gặp ở nam nhiều hơn nữ còn nghiên cứu này gặp số lượng ít nên không rõ sự khác biệt.

Kết quả điều trị

Trong y văn thế giới, tỉ lệ tử vong của NB u ruột non thay đổi từ 8 - 37% cao hơn nhiều so với các u đường tiêu hóa khác [5], [12] có thể vì đa số được mổ ở giai đoạn muộn, u đã xâm lấn rộng hoặc đã xảy ra biến chứng tắc ruột, viêm phúc mạc, XHTH...

còn trong nghiên cứu này không có tử vong và biến chứng cũng nhẹ vì tỷ lệ tắc ruột hoặc viêm phúc mạc ít (6,7%) và XHTH (28,9%) nhưng không ở mức nặng.

Kết quả xa cho thấy thời gian sống phụ thuộc vào thể giải phẫu bệnh: tồi nhất là ung thư biểu mô tuyến ($22,1 \pm 9,5$ tháng), lâu nhất là u carcinoid ($54,7 \pm 12,2$ tháng). Nhận xét này cũng tương tự ở các nghiên cứu khác của các tác giả trong và ngoài nước [4], [5], [10], [12]. Tuổi là một yếu tố liên quan: nhóm NB < 30 tuổi có thời gian sống thấp hơn so với nhóm ≥ 30 tuổi (68,3 tháng so với 75,4 tháng, $p < 0,05$), tương tự với kết quả của Nguyễn Văn Giao (17 tháng so với 70 tháng, $p < 0,01$) [8].

Kết luận

Ung thư ruột non vẫn còn khó chẩn đoán, thường phải dựa vào cận lâm sàng do bệnh lý đa dạng về thể giải phẫu bệnh và lâm sàng không đặc hiệu, nhiều khi đến viện trong bệnh cảnh cấp cứu, biến chứng của bệnh. Các thăm dò cận lâm sàng như chẩn đoán hình ảnh, nội soi tiêu hóa có giá trị tốt trong chẩn đoán xác định khối u ruột non. Phẫu thuật thường có kết quả tốt và tiên lượng tùy thuộc vào thể loại giải phẫu bệnh của khối u và tuổi của NB.

Tài liệu tham khảo

1. Chivshankker K and Bennetts R (1991). Neurogenia sarcoma of the gastro intestinal tract. *An. J. Gastroenterologie*, 75, 214-217.
2. Musholt TJ (2011). Extent of resection for neuroendocrine tumors of the small intestine. *Chirurg*, 82(7), 591-7.
3. Sai Yi Pan and Howard Morrison (2011). Epidemiology of cancer of the small intestine. *World J Gastrointest Oncol* 3(3), 33-42.
4. Hélder Cardoso (2015). Malignant Small Bowel Tumors: Diagnosis, Management and Prognosis. Tumores Malignos do Intestino Delgado: Diagnóstico, Tratamento e Prognóstico. *Ordem dos Médicos, Acta Med Port* 28(4), 448-456.
5. Bozdag AD, Nazli O, Tansug T et al (2003). Primary tumors of the small bowel: diagnosis, treatment and prognostic factors. *Hepatogastroenterology*, 50 Suppl 2, ccxvi-ccxviii.
6. Nguyễn Đức Ninh và Nguyễn Mão (1985). U ruột non-39 trường hợp mổ trong 10 năm (1974-1983) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức *Ngoại khoa* 2, 45-50.
7. Văn Tần, Hoàng Doanh Tấn và CS (2007). Đặc điểm bệnh lý và điều trị u ruột non. *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, tập 3 (số 9), 39-40.
8. Nguyễn Văn Giao (2010). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư ruột non*, Ngoại tiêu hóa, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Trịnh Hồng Sơn, Hoàng Long, Kim Văn Vụ và cộng sự (1997). Cái hình thái lâm sàng của ruột non. *Tạp chí Y học thực hành*, 5, 27-32.
10. Karl Y. Bilimoria et al (2009). Small Bowel Cancer in the United States Changes in Epidemiology, Treatment, and Survival Over the Last 20 Years. *Ann Surg*, 249, 63-71.
11. Nguyễn Phúc Cương và Nguyễn Trung Tuấn (1984). *Hình ảnh giải phẫu bệnh của 38 u ruột non trong 10 năm (1975-1983) tại Bệnh Viện Hữu nghị Việt Đức*, Ngoại khoa.
12. Mirna H. Farhat, Ali I. Shamseddine and Kassem A. Barada (2008). Small Bowel Tumors: Clinical Presentation, Prognosis, and Outcome in 33 Patients in a Tertiary Care Center. *Journal of Oncology*, 2008, 5.
13. Hansen D, Pederson A and Pederson K (1990). Malignant intestin schwannoma. *Aata.Chir.Scand*, 156, 729-732.
14. Trịnh Hồng Sơn, Phạm Duy Hiền, Nguyễn Phúc Cương và cộng sự (2000). U lympho ác tính ruột non. Chẩn đoán và điều trị. *Tạp chí Y học thực hành*, 2.