

- immunocompetent critically ill patients. *J Infect.* 2014;69(3):284-292. doi:10.1016/j.jinf.2014.04.010
8. **Chamilos G, Marom EM, Lewis RE, Lionakis MS, Kontoyiannis DP.** Predictors of pulmonary zygomycosis versus invasive pulmonary aspergillosis in patients with cancer. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2005;41(1):60-66. doi:10.1086/430710
 9. **Parrón M, Torres I, Pardo M, Morales C, Navarro M, Martínez-Schmizcraft M.** [The halo sign in computed tomography images: differential diagnosis and correlation with pathology findings]. *Arch Bronconeumol.* 2008;44(7):386-392.
 10. **Greene RE, Schlamm HT, Oestmann JW, et al.** Imaging findings in acute invasive pulmonary aspergillosis: clinical significance of the halo sign. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2007;44(3):373-379. doi:10.1086/509917
 11. **Lass-Flörl C, Freund MC.** Diagnosing Aspergillosis: The Role of Invasive Diagnostic Interventions. In: Comarú Pasqualotto A, ed. *Aspergillosis: From Diagnosis to Prevention.* Springer Netherlands; 2010:391-405. doi:10.1007/978-90-481-2408-4_23
 12. **Tong X, Cheng A, Xu H, et al.** Aspergillus fumigatus during COPD exacerbation: a pair-matched retrospective study. *BMC Pulm Med.* 2018;18(1):55. doi:10.1186/s12890-018-0611-y
 13. **Patterson TF, Thompson GR, Denning DW, et al.** Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Aspergillosis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2016;63(4):e1-e60. doi:10.1093/cid/ciw326

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN XUẤT HUYẾT DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH DẠ DÀY VÀ THỰC QUẢN

Nguyễn Thị An Thuý¹, Võ Thị Mỹ Dung¹,
Trương Phi Hùng¹, Phan Trung Nhân², Hồ Tấn Phát²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ nặng của bệnh gan giữa hai nhóm bệnh nhân xơ gan nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày (TMDD) và do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu có phân tích, so sánh trên 150 bệnh nhân xơ gan có XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch, được chia thành hai nhóm: nhóm vỡ giãn TMDD (n=38) và nhóm vỡ giãn TMTQ (n=112), điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2024 đến 12/2024. Phép kiểm T-test, Mann-Whitney và Chi bình phương được sử dụng để so sánh. **Kết quả:** So với nhóm vỡ giãn TMTQ, nhóm vỡ giãn TMDD có tỷ lệ nôn ra máu cao hơn (82% so với 46%; p < 0,001), tỷ lệ rối loạn huyết động lúc nhập viện cao hơn đáng kể (21% so với 3%; p < 0,001) và nồng độ hemoglobin (Hb) trung bình thấp hơn (74,7 g/L so với 85,2 g/L; p = 0,046). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới tính, nguyên nhân xơ gan, các bệnh đồng mắc và điểm số Child-Pugh trung bình giữa hai nhóm. **Kết luận:** Nhóm vỡ giãn TMDD biểu hiện bệnh cảnh ban đầu nặng hơn với mất máu cấp độ ồ ạt hơn. Kết quả này có

thể giúp định hướng chẩn đoán và nhận diện sớm bệnh nhân có nguy cơ diễn tiến nặng.

Từ khóa: giãn tĩnh mạch dạ dày, giãn tĩnh mạch thực quản, xơ gan, xuất huyết tiêu hóa.

ABSTRACT

A COMPARISON OF CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH BLEEDING FROM GASTRIC VERSUS ESOPHAGEAL VARICES

Objective: To compare the clinical, laboratory characteristics, and severity of liver disease between two groups of cirrhotic patients hospitalized for upper gastrointestinal bleeding due to gastric versus esophageal variceal rupture. **Methods:** A cross-sectional, comparative, retrospective study was conducted on 150 cirrhotic patients with variceal bleeding, divided into two groups: the GV group (n=38) and the EV group (n=112), treated at Cho Ray Hospital from January 2024 to December 2024. T-test, Mann-Whitney U test, and Chi-square test were used for comparison. **Results:** Compared to the EV group, the GV group had a higher rate of hematemesis (82% vs. 46%; p < 0.001), a significantly higher rate of hemodynamic instability at admission (21% vs. 3%; p < 0.001), and a lower mean hemoglobin (Hb) level (74.7 g/L vs. 85.2 g/L; p = 0.046). There were no statistically significant differences in age, gender, etiology of cirrhosis, comorbidities, or mean Child-Pugh score between the two groups. **Conclusion:** The GV bleeding group presents with a more severe initial presentation and more massive blood loss.

¹ Bộ môn Nội tổng quát, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

² Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Tấn Phát

Email: bsphatbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2026

Ngày duyệt bài: 2.4.2026

These results may help early etiologic orientation and risk stratification.

Keywords: gastric varices, esophageal varices, liver cirrhosis, gastrointestinal hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn tĩnh mạch là biến chứng nguy hiểm của bệnh xơ gan. Trong đó, vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là nguyên nhân phổ biến nhất. Tuy nhiên, XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày (TMDD), dù chiếm tỷ lệ thấp hơn (khoảng 20-25%), đã được ghi nhận có thể diễn tiến nặng hơn và có tiên lượng xấu hơn.¹ Việc nhận diện sớm các đặc điểm khác biệt giữa hai loại hình xuất huyết này có ý nghĩa quan trọng, giúp bác sĩ lâm sàng tiên lượng mức độ nặng, chuẩn bị chiến lược hồi sức và can thiệp nội soi phù hợp. Tuy nhiên, các nghiên cứu so sánh trực tiếp hai nhóm bệnh nhân này, đặc biệt trong bối cảnh Việt Nam, còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm so sánh các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ nặng của bệnh gan giữa hai nhóm bệnh nhân xơ gan có XHTH do vỡ giãn TMDD và TMTQ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu có phân tích, so sánh trên các ca bệnh XHTH do vỡ giãn TMDD hoặc vỡ giãn TMTQ nhập khoa Nội Tiêu hóa Bệnh viện Chợ Rẫy từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2024.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ bệnh nhân nhập khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2024 đến 31/12/2024 đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán XHTH do vỡ giãn TMDD hoặc vỡ giãn TMTQ nhập khoa Nội Tiêu hóa Bệnh viện Chợ Rẫy từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền căn đặt shunt cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh, loét dạ dày, tá tràng đang xuất huyết, tăng áp lực tĩnh mạch cửa không do xơ gan, ung thư dạ dày, rối loạn đông máu không do xơ gan, hoặc hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng lấy mẫu toàn bộ, thu nhận tất cả bệnh nhân nhập khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2024 đến 31/12/2024 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không

thuộc tiêu chuẩn loại trừ. Do nghiên cứu hồi cứu và sử dụng toàn bộ số ca bệnh sẵn có trong thời gian nghiên cứu, cỡ mẫu được quyết định bởi số lượng bệnh nhân thực tế, vì vậy không tiến hành tính cỡ mẫu trước nghiên cứu.

2.4. Thu thập số liệu và biến số nghiên cứu

Dữ liệu được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án nội trú (bệnh sử, diễn tiến, sinh hiệu), kết quả xét nghiệm và biên bản nội soi tiêu hóa trên trong đợt nhập viện.

Chẩn đoán và phân nhóm nguyên nhân xuất huyết: Chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa trên do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản hoặc dạ dày được xác định dựa trên nội soi tiêu hóa trên, khi quan sát thấy chảy máu đang hoạt động từ búi giãn hoặc dấu hiệu chảy máu gần đây trên búi giãn và không ghi nhận nguồn chảy máu khác phù hợp.²

Kết luận nguồn chảy máu được ghi nhận theo bác sĩ nội soi thực hiện thủ thuật; trường hợp thông tin chưa rõ, hồ sơ được rà soát lại bởi bác sĩ chuyên khoa Nội Tiêu hóa dựa trên biên bản nội soi và diễn tiến lâm sàng.

Định nghĩa biến số: Rối loạn huyết động được định nghĩa khi huyết áp tâm thu < 90 mmHg và/hoặc mạch > 100 lần/phút.

Các biến số so sánh chính gồm: tuổi, giới, nguyên nhân xơ gan, bệnh đồng mắc, tiền căn xuất huyết tiêu hóa, biểu hiện lâm sàng (nôn máu, tiêu phân đen), tình trạng huyết động, các chỉ số huyết học và sinh hóa và điểm Child-Pugh.

2.5. Phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 14.0. Các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn (TB \pm ĐLC), các biến có phân phối không chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị) (TV (KTPV)). So sánh giữa hai nhóm được thực hiện bằng kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher exact test cho biến định tính; kiểm định T-test độc lập (cho biến có phân phối chuẩn) hoặc Mann-Whitney U test (cho biến có phân phối không chuẩn) cho biến định lượng. Giá trị p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (Quyết định số 3062/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 22/10/2024). Toàn bộ thông tin của bệnh nhân được mã hóa và bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Do nghiên cứu hồi cứu hồ sơ, nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức chấp thuận miễn trừ lấy đồng ý tham gia nghiên cứu của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024, có 150 bệnh nhân được đưa

vào nghiên cứu với 38 bệnh nhân XHTH do vỡ giãn TMDD và 112 bệnh nhân XHTH do vỡ giãn TMTQ. Chúng tôi ghi nhận các kết quả như sau:

Bảng 1. So sánh đặc điểm nền và tiền căn giữa hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	XHTH do vỡ giãn TMDD (n = 38)	XHTH do vỡ giãn TMTQ (n = 112)	p
Tuổi			
Trung bình ± ĐLC (tuổi)	57,3 ± 11,3	58,2 ± 14,5	0,720*
Giới tính, n (%)			
Nam	31 (82)	86 (77)	0,538#
Nữ	7 (18)	26 (23)	
Nguyên nhân xơ gan, n (%)			
Rượu	18 (47)	42 (38)	0,283##
Viêm gan vi rút B	10 (26)	35 (31)	0,566##
Viêm gan vi rút C	5 (13)	13 (12)	0,799##
Viêm gan vi rút B + C	1 (3)	3 (3)	0,988##
Rượu và viêm gan vi rút B hoặc C	3 (8)	19 (16)	0,172##
Khác	1 (3)	0 (0)	0,085##
Bệnh đồng mắc, n (%)			
Tăng huyết áp	8 (21)	38 (34)	0,137#
Suy tim mạn	1 (3)	8 (7)	0,312##
Bệnh mạch vành	1 (3)	13 (12)	0,100##
Ung thư khác HCC đang hoạt động	2 (5)	5 (5)	0,840##
Đái tháo đường	10 (26)	38 (34)	0,385#
Bệnh thận mạn	1 (3)	5 (5)	0,618##
Tiền căn XHTH do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, n (%)	16 (42)	53 (47)	0,577#
Tiền căn liên quan búi giãn TMDD, n (%)			
Chưa có búi giãn	26 (68)	106 (95)	0,009# < 0,001## 0,018##
Có búi giãn, chưa can thiệp	8 (21)	4 (4)	
Có búi giãn, đã can thiệp	4 (11)	2 (1)	
Tiền căn liên quan búi giãn TMTQ, n (%)			
Chưa có búi giãn	24 (63)	55 (49)	0,052#
Có búi giãn, chưa thắt thun	4 (11)	8 (5)	0,506##
Có búi giãn, đã thắt thun	10 (26)	49 (46)	0,057#

(*) Kiểm định T-test độc lập;

(#) Kiểm định Chi bình phương;

(##) Kiểm định Fisher exact test

Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về các đặc điểm nhân khẩu học, nguyên nhân xơ gan, các bệnh đồng mắc phổ biến và tiền căn XHTH nói chung. Tuy nhiên,

khi phân tích riêng các đặc điểm liên quan đến tiền căn búi giãn tĩnh mạch, nhóm vỡ giãn TMDD có tỷ lệ bệnh nhân đã được chẩn đoán có búi giãn TMDD từ trước (dù đã can thiệp hay chưa) cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm vỡ giãn TMTQ (32% so với 5%, p < 0,001).

Bảng 2. So sánh các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng chính

Đặc điểm	XHTH do vỡ giãn TMDD n = 38	XHTH do vỡ giãn TMTQ n = 112	p
Biểu hiện của XHTH trên lúc nhập viện, n (%)			
Nôn ra máu	31 (82)	51 (46)	< 0,001# 0,060# 0,780##
Tiêu phân đen	27 (71)	95 (85)	
Tiêu máu đỏ	1 (3)	4 (4)	
Dấu hiệu sinh tồn lúc nhập viện, n (%)			
Rối loạn tri giác	4 (11)	6 (5)	0,270##
Rối loạn huyết động	8 (21)	3 (3)	< 0,001##

Đặc điểm	XHTH do vỡ giãn TMDD n = 38	XHTH do vỡ giãn TMTQ n = 112	p
Cận lâm sàng			
Hb (g/L), TB ± ĐLC	74,70 ± 17,14	85,20 ± 20,16	0,046*
INR, TV (KTPV)	1,27 (1,15-1,47)	1,24 (1,12-1,32)	0,146**
Bilirubin (mg/dL), TV (KTPV)	0,98 (0,66-1,89)	0,98 (0,82-1,36)	0,233**
Albumin (g/dL), TB ± ĐLC	2,85 ± 0,56	2,95 ± 0,41	0,235*
Creatinine (mg/dL), TV (KTPV)	0,92 (0,72-1,13)	0,87 (0,76-1,01)	0,538**
Ung thư biểu mô tế bào gan, n (%)	10 (26)	24 (21)	0,534#
Bảng bụng, n (%)	31 (82)	87 (78)	0,612#

(*) Kiểm định T-test độc lập;

(**) Kiểm định Mann-Whitney U test;

(#) Kiểm định Chi bình phương;

(##) Kiểm định Fisher exact test

Nhóm vỡ giãn TMDD có bệnh cảnh lâm sàng khi nhập viện nặng hơn. Tỷ lệ nôn ra máu và rối loạn huyết động ở nhóm này cao hơn rõ rệt so

với nhóm vỡ giãn TMTQ. Mức độ thiếu máu cũng nặng hơn, thể hiện qua nồng độ Hb trung bình lúc nhập viện thấp hơn có ý nghĩa thống kê. Các chỉ số khác phản ánh chức năng gan và tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa như INR, Albumin, hay tỷ lệ bảng bụng lại không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm.

Bảng 3. So sánh mức độ nặng của bệnh gan theo Child-Pugh

Đặc điểm	XHTH do vỡ giãn TMDD n = 38	XHTH do vỡ giãn TMTQ n = 112	p
Điểm Child-Pugh, TB ± ĐLC	9,4 ± 1,8	9,5 ± 1,82	0,769*
Phân độ Child-Pugh, n (%)			
Child-Pugh A	1 (3)	4 (4)	0,780##
Child-Pugh B	20 (53)	54 (48)	0,638#
Child-Pugh C	17 (44)	54 (48)	0,711#

(*) Kiểm định T-test độc lập;

(#) Kiểm định Chi bình phương;

(##) Kiểm định Fisher exact test

Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ suy gan nền giữa hai nhóm, thể hiện qua điểm số Child-Pugh trung bình và phân bố các phân độ Child-Pugh. Cả hai nhóm đều có phần lớn bệnh nhân thuộc Child-Pugh B và C.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra những khác biệt quan trọng trong bệnh cảnh lâm sàng ban đầu giữa XHTH do vỡ giãn TMDD và TMTQ, mặc dù bệnh gan nền của hai nhóm là tương đương. Phát hiện nổi bật nhất là bệnh cảnh lâm sàng lúc nhập viện của nhóm vỡ giãn TMDD nặng hơn rõ rệt. Tỷ lệ nôn ra máu cao gần gấp đôi (82% so với 46%) và tỷ lệ rối loạn huyết động cao gấp gần 8 lần (21% so với 3%) so với nhóm vỡ giãn TMTQ. Điều này được củng cố bởi nồng độ Hb trung bình thấp hơn có ý nghĩa thống kê. Những kết quả này phù hợp với các nghiên cứu so sánh lớn trên thế giới. Liu và cộng sự tại Trung Quốc cũng báo cáo tỷ lệ nôn ra máu và sốc cao hơn ở nhóm vỡ giãn TMDD.³ Tương tự, Karakas và cộng sự tại Thổ Nhĩ Kỳ ghi nhận tỷ lệ tụt huyết áp và mức độ thiếu máu nặng hơn

ở nhóm này.⁴ Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi đặc điểm giải phẫu và huyết động: các búi giãn TMDD đặc biệt là giãn tĩnh mạch dạ dày-thực quản tuýp 2 (GOV2) và giãn tĩnh mạch dạ dày đơn độc tuýp 1 (IGV1) (theo phân loại Sarin) thường có kích thước lớn hơn, nằm sâu dưới niêm mạc và có lưu lượng máu qua các shunt vị-thận cao, dẫn đến chảy máu ồ ạt, khó cầm hơn so với TMTQ.⁵

Một phát hiện quan trọng khác là sự tương đồng về mức độ nặng của bệnh gan nền. Cả hai nhóm không khác biệt về điểm số Child-Pugh trung bình và có tỷ lệ bệnh nhân Child-Pugh B và C rất cao và tương đương nhau. Điều này cho thấy bệnh cảnh lâm sàng ban đầu nặng hơn ở nhóm vỡ giãn TMDD không phải do bệnh gan nền nặng hơn, mà chủ yếu là do bản chất của vị trí chảy máu. Đây là một hàm ý lâm sàng quan trọng: một bệnh nhân xơ gan, dù chức năng gan chưa suy giảm nặng, nếu có biểu hiện nôn máu ồ ạt và huyết động không ổn định, cần được nghĩ đến khả năng vỡ giãn TMDD. Sự cảnh giác này giúp định hướng cho bác sĩ lâm sàng chuẩn bị các phương án can thiệp nội soi phức tạp hơn (như chích keo cyanoacrylate) và chuẩn bị chiến lược hồi sức tích cực ngay từ đầu.²

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm thấy một yếu tố nguy cơ quan trọng: tiền căn đã biết có búi giãn TMDD. Tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm vỡ giãn TMDD đã được chẩn đoán có búi giãn từ trước cao hơn hẳn so với nhóm TMTQ ($p < 0,05$). Điều này cho thấy những bệnh nhân đã được xác định có búi giãn TMDD có thể là nhóm nguy cơ cao. Việc tầm soát và theo dõi định kỳ các búi giãn này, cũng như cân nhắc can thiệp dự phòng sớm có thể đóng vai trò then chốt trong việc ngăn ngừa một đợt xuất huyết đầu tiên thường rất nặng nề.

V. HẠN CHẾ TRONG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thiết kế hồi cứu, đơn trung tâm và cỡ mẫu còn hạn chế, đặc biệt ở nhóm vỡ giãn TMDD. Ngoài ra, các phân tích chưa hiệu chỉnh đầy đủ yếu tố nhiễu và việc xác định nguồn chảy máu dựa trên phiếu kết quả nội soi và rà soát hồ sơ bệnh án có thể tiềm ẩn sai lệch phân loại trong một số trường hợp nhất định. Do đó, các nghiên cứu tiền cứu, đa trung tâm và có phân tích đa biến là cần thiết để xác nhận thêm các kết quả này.

VI. KẾT LUẬN

Nghiên cứu so sánh cho thấy, trên hai nhóm bệnh nhân có mức độ suy gan nền tương đương (điểm Child-Pugh trung bình 9,4 so với 9,5; $p = 0,769$), nhóm XHTH do vỡ giãn TMDD có bệnh cảnh lâm sàng lúc nhập viện nặng hơn. Cụ thể,

so với nhóm vỡ giãn TMTQ, nhóm vỡ giãn TMDD có tỷ lệ nôn ra máu (82% so với 46%; $p < 0,001$) và tỷ lệ rối loạn huyết động cao hơn có ý nghĩa thống kê (21% so với 3%; $p < 0,001$). Mức độ mất máu cũng nặng hơn, được phản ánh qua nồng độ hemoglobin trung bình thấp hơn (74,7 g/L so với 85,2 g/L; $p = 0,046$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Henry Z, Patel K, Patton H, W Saad. AGA Clinical Practice Update on Management of Bleeding Gastric Varices: Expert Review. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. Jun 2021;19(6):1098-1107.e1. doi:10.1016/j.cgh.2021.01.027
2. Lesmana CRA, Shukla A, Kumar A, et al. Management of acute variceal bleeding: updated APASL guidelines. *Hepatol Int*. 2025. doi:10.1007/s12072-025-10894-4
3. Liu Y, Zhao S, Wang H, et al. Clinical characteristics and outcomes of esophageal versus gastric variceal bleeding in cirrhotic patients: a retrospective study. *Hepatol Int*. 2021;15(4):1072-1080. doi:10.1007/s12072-021-10200-9
4. Karakas E, Sahin TT, Aydin C. Comparison of Gastric and Esophageal Variceal Bleeding in Cirrhotic Patients. *J Acta Medica*. 2023;54(1):57-62.
5. Sharma M., Rameshbabu C. S. Collateral pathways in portal hypertension. *Journal of clinical and experimental hepatology*. Dec 2012;2(4):338-52. doi:10.1016/j.jceh.2012.08.001

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VỚI UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lương Thị Hương Loan¹, Nguyễn Thị Phương Lan², Nguyễn Thị Thu Thủy³, Nguyễn Thị Hiền¹, Phan Duy Nguyễn⁴

TÓM TẮT

¹ Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y dược, Đại học Thái Nguyên

² Khoa Nhi, Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times city, Vinmec Healthcare System

³ Khoa Nội soi, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

⁴ Trung tâm Tư vấn Di Truyền và Sàng lọc Ung thư, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phan Duy Nguyễn

Email: nguyentrang.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 27.2.2026

Ngày duyệt bài: 3.4.2026

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan giữa hội chứng chuyển hoá (HCCH) với ung thư dạ dày (UTDD) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân UTDD tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, tuổi trung bình là $71,45 \pm 11,21$ năm; nam giới chiếm đa số (71,0%). Tỷ lệ bệnh nhân mắc HCCH là 48,4%. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là hang vị (54,8%), ít gặp nhất là phình vị (3,2%). Hình ảnh đại thể loét (58,0%), sùi (6,5%). Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến (67,7%); độ ác tính thấp (77,4%). Nồng độ CEA ≥ 5 ng/ml (61,3%) và CA72-4 ≥ 7 U/ml (40,3%). Tỷ lệ HCCH cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân có khối u tại hang vị, có nhiều hơn một khối u, kích thước khối u ≥ 3 cm, nồng độ CA72-4 ≥ 7 U/ml và mô bệnh học là ung thư biểu