

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

mô tuyến so với các nhóm còn lại ($p < 0,05$). **Kết luận:** HCCH có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với một số đặc điểm của UTDD, bao gồm vị trí khối u tại hang vị, số lượng khối u > 1 , kích thước khối u ≥ 3 cm, nồng độ CA72-4 ≥ 7 U/ml và mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến. Những kết quả này gợi ý vai trò của rối loạn chuyển hoá trong sự tiến triển của UTDD.

Từ khoá: hội chứng chuyển hoá, ung thư dạ dày, mô bệnh học, vị trí.

ABSTRACT

SOME FACTORS ASSOCIATED BETWEEN METABOLIC SYNDROME AND GASTRIC CANCER AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To analyze factors associated with metabolic syndrome (MetS) in patients with gastric cancer (GC) at Thai Nguyen National Hospital.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 62 patients diagnosed with GC at Thai Nguyen National Hospital. **Results:** The mean age of the patients was 71.45 ± 11.21 years, with males accounting for 71.0% of the study population. The prevalence of MetS was 48.4%. The most common tumor location was the gastric antrum (54.8%), while the least common was the gastric fundus (3.2%). Regarding gross morphology, ulcerative lesions were the most frequently observed (58.0%), whereas polypoid (fungating) lesions were the least common (6.5%). Histopathological examination showed that gastric adenocarcinoma was the predominant type (67.7%), and low-grade malignancy accounted for 77.4% of cases. Elevated serum CEA levels (≥ 5 ng/mL) were found in 61.3% of patients, and CA72-4 levels ≥ 7 U/mL were observed in 40.3%. The prevalence of MetS was significantly higher among patients with tumors located in the gastric antrum, those with multiple tumors, tumor size ≥ 3 cm, CA72-4 levels ≥ 7 U/mL, and adenocarcinoma histology compared with the remaining groups ($p < 0.05$). **Conclusion:** MetS was significantly associated with several clinicopathological characteristics of GC, including tumor location in the gastric antrum, multiple tumors, tumor size ≥ 3 cm, elevated CA72-4 levels, and adenocarcinoma histology. These findings suggest a potential role of metabolic disorders in the progression of GC.

Keywords: Metabolic syndrome, gastric cancer, histopathology, location.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTDD là bệnh lý ác tính có tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn cầu, đặc biệt phổ biến tại các quốc gia châu Á, trong đó có Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2020, UTDD đứng thứ năm về tỷ lệ mắc và thứ tư về tỷ lệ tử vong do ung thư trên thế giới [1]. Mặc dù các yếu tố nguy cơ kinh điển như nhiễm *Helicobacter pylori*, chế độ ăn nhiều muối, hút thuốc lá và tiền sử gia đình đã được xác định rõ, song các yếu tố chuyển hoá ngày càng được quan tâm như những yếu tố có vai trò quan trọng trong sự hình thành và tiến triển của

UTDD [1]. HCCH là tình trạng bệnh lý đặc trưng bởi sự phối hợp của nhiều rối loạn chuyển hoá bao gồm béo bụng, tăng glucose máu, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu. HCCH hiện được xem là một vấn đề y tế toàn cầu, với tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng song song với quá trình đô thị hoá và thay đổi lối sống. Saklayen (2018) ước tính khoảng 20-25% dân số trưởng thành trên thế giới mắc HCCH [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ HCCH dao động từ 16% đến trên 30% tùy theo nhóm tuổi và khu vực nghiên cứu, trong đó tỷ lệ cao hơn được ghi nhận ở nhóm trung niên và cao tuổi [3]. Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng HCCH không chỉ là yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch và đái tháo đường típ 2 mà còn có liên quan mật thiết đến ung thư, bao gồm cả UTDD. Các rối loạn chuyển hoá trong HCCH có thể tạo ra một môi trường thuận lợi cho sự phát triển và tiến triển của ung thư thông qua nhiều cơ chế sinh học. Tình trạng đề kháng insulin và tăng insulin máu mạn tính có thể kích hoạt trục insulin - IGF-1, thúc đẩy tăng sinh tế bào và ức chế quá trình apoptosis. Đồng thời, béo bụng và rối loạn lipid máu gây ra tình trạng viêm mạn tính mức độ thấp, làm tăng các cytokine tiền viêm và stress oxy hoá, từ đó góp phần thúc đẩy quá trình sinh ung thư và tiến triển khối u [3]. Đối với UTDD, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy các thành phần của HCCH có liên quan đến nguy cơ mắc bệnh cũng như mức độ tiến triển. Phân tích gộp của Esposito và cộng sự (2012) cho thấy HCCH làm tăng nguy cơ UTDD, đặc biệt ở nam giới [4]. Nghiên cứu đoàn hệ quy mô lớn tại Hàn Quốc năm (2023) ghi nhận rằng tăng glucose máu và béo bụng là các yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến UTDD, đồng thời có liên quan đến giai đoạn bệnh tiến triển hơn tại thời điểm chẩn đoán [5]. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy bệnh nhân UTDD có kèm HCCH thường có tiên lượng xấu hơn, nguy cơ tái phát cao hơn và đáp ứng điều trị kém hơn so với nhóm không có HCCH [8]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về HCCH ở bệnh nhân UTDD còn hạn chế. Phần lớn các công trình mới chỉ tập trung đánh giá từng yếu tố riêng lẻ như béo phì, đái tháo đường hoặc rối loạn lipid máu, trong khi việc xem xét HCCH như một thực thể thống nhất và vai trò của nó đối với sự tiến triển UTDD chưa được nghiên cứu đầy đủ [9]. Điều này đặt ra nhu cầu cấp thiết phải có thêm các nghiên cứu nhằm làm rõ mối liên quan giữa HCCH và UTDD trong bối cảnh thực tiễn tại Việt Nam. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là bệnh viện tuyến cuối của khu vực trung du và

miền núi phía Bắc, nơi tiếp nhận và điều trị số lượng lớn bệnh nhân UTDD với đặc điểm bệnh lý đa dạng. Việc nghiên cứu HCCH ở bệnh nhân UTDD tại đây sẽ góp phần làm rõ vai trò của các yếu tố chuyển hoá như một nguy cơ liên quan đến sự tiến triển của bệnh, từ đó cung cấp cơ sở khoa học cho việc quản lý toàn diện, cá thể hoá điều trị và cải thiện tiên lượng cho người bệnh. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu "Phân tích một số yếu tố liên quan giữa hội chứng chuyển hoá với ung thư dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị UTDD giai đoạn I-II tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chưa có di căn hạch và cơ quan khác; Các phát hiện lâm sàng và mô bệnh học được đánh giá theo Liên minh Ung thư Kiểm soát Quốc tế (UICC) [6]; đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đã được hóa trị hoặc xạ trị trước khi sinh thiết mô; mắc các bệnh nặng như bệnh thận mạn giai đoạn cuối; suy tim hoặc bệnh truyền nhiễm khác; có tiền sử bệnh ung thư khác; không có hồ sơ nghiên cứu đầy đủ.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2025 - 01/2026.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả ước lượng một tỷ lệ trong quần thể. $n = \text{cỡ mẫu tối thiểu}; Z(1-\alpha/2) = 1,96$ (độ tin cậy 95%); $d=0,1$. Theo nghiên cứu của Fangxuan Li năm 2018 tại Trung Quốc thấy tỷ lệ bệnh nhân UTDD có HCCH là 20,3% [7]. nên chúng tôi chọn $p = 0,203 \Rightarrow n=62$. Chọn mẫu thuận tiện. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 62 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Biến số (chỉ số) nghiên cứu:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tỷ lệ hội chứng chuyển hoá sử dụng tiêu chuẩn HCCH JIS 2009 [8]. Để chẩn đoán HCCH phải có 3 trong 5 tiêu chuẩn sau: Vòng bụng $\geq 90\text{cm}$ đối với nam, $\geq 80\text{ cm}$ đối với nữ; Tăng triglycerid máu $\geq 150\text{ mg/dL}$ ($\geq 1,7\text{ mmol/L}$), hay điều trị đặc hiệu rối loạn lipid này; Giảm HDL-C máu $< 40\text{ mg/dL}$ ($< 1,0\text{ mmol/L}$) đối với nam; $< 50\text{ mg/dL}$ ($< 1,3\text{ mmol/L}$) đối với nữ hoặc có điều

trị đặc hiệu rối loạn lipid này; Tăng huyết áp $\geq 130/85\text{ mmHg}$ hoặc đang điều trị tăng huyết áp được chẩn đoán trước đó; Tăng glucose máu lúc đói: $\geq 100\text{ mg/dL}$ ($\geq 5,6\text{ mmol/L}$), hoặc đang điều trị tăng glucose. Đặc điểm HCCH; Đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân UTDD; mối liên quan HCCH và đặc điểm UTDD.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Các thông tin được thu thập bao gồm: Thông tin hành chính, liên hệ; thông tin tiền sử, lý do vào viện, thời gian diễn biến bệnh. Nghiên cứu viên trực tiếp thăm khám, đánh giá các đặc điểm của HCCH ghi vào phiếu thu thập. Thu thập từ hồ sơ bệnh án các đặc điểm cận lâm sàng. Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Biến mô tả: đánh giá tỷ lệ phần trăm, trung bình. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên theo Quyết định số 1309/QĐ-BV ngày 16/07/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 62 bệnh nhân UTDD thấy tuổi trung bình bệnh nhân $71,45 \pm 11,21$ (năm); nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 71,0%.

Bảng 3.1. Đặc điểm hội chứng chuyển hóa của đối tượng nghiên cứu (n=62)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hội chứng chuyển hoá	Có	30	48,4
	Không	32	51,6
Số thành tố cấu thành	3 thành tố	14	22,6
	4 thành tố	16	25,8
	5 thành tố	0	0,0

Nhận xét: Kết quả cho thấy có 48,4% bệnh nhân có hội HCCH, trong đó chủ yếu là HCCH có 4 thành tố 25,8%, không có bệnh nhân nào có đầy đủ 5 thành tố.

Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=62)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Vị trí tổn thương trên nội soi	Hang vị	34	54,8
	Thân vị	16	25,8
	Bờ cong nhỏ	10	16,2
	Phình vị	2	3,2
Hình ảnh đại thể	Sùi	4	6,5
	Loét sùi	8	12,9
	Loét thâm nhiễm	14	22,6
	Loét	36	58,0

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Kích thước	≥3 cm	27	43,5
	<3 cm	35	56,4
Số lượng	>1 u	16	25,8
	1 u	46	74,2
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	42	67,7
	Ung thư biểu mô tế bào nhân	4	6,5
	Ung thư biểu mô tuyến có tế bào nhân	12	19,3
	U lympho không Hodgkin	4	6,5
Độ ác tính	Cao	14	22,6
	Thấp	48	77,4
Nồng độ CEA (ng/ml)	≥5	38	61,3
	<5	24	38,7
Nồng độ CA72-4 (U/ml)	≥7	25	40,3
	<7	37	59,7

Nhận xét: Vị trí tổn thương hay gặp nhất là hang vị 54,8%, ít gặp nhất ở phình vị 3,2%, hình ảnh đại thể thường gặp nhất là loét 58,0%, ít gặp nhất là sùi 6,5%. Mô bệnh học thường gặp nhất là ung thư biểu mô (UTBM) tuyến chiếm 67,7%; Độ ác tính thấp chiếm 77,4%; nồng độ CEA ≥5 (ng/ml) chiếm 61,3%; nồng độ CA72-4 ≥7 (U/ml) chiếm 40,3%.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm Ung thư dạ dày với hội chứng chuyển hóa (n=62)

Đặc điểm	HCCH		P	
	Có	Không		
Vị trí	Hang vị	20(62,5%)	12(37,5%)	0,010
	Khác	10(33,3%)	20(66,7%)	
Số lượng	>1 u	12(75,0%)	4(25,0%)	0,001
	1 u	18(39,1%)	28(60,9%)	
Kích thước	>3 cm	19(70,4%)	8(29,6%)	0,002
	≤ 3 cm	13(37,1%)	22(62,9%)	
Độ ác tính	Thấp	22(45,8%)	27(51,2%)	0,201
	Cao	11(34,4%)	3(65,6%)	
Nồng độ CEA	≥5 ng/ml	24(63,2%)	14(36,8%)	0,311
	<5 ng/ml	8(57,1%)	6(42,9%)	
Nồng độ CA72-4	≥7 U/ml	19(76,0%)	6(24,0%)	0,037
	<7 U/ml	13(35,1%)	24(64,9%)	
Mô bệnh học	UTBM tuyến	26(61,9%)	16(38,1%)	0,019
	Khác	6(30,0%)	14(70,0%)	

Nhận xét: Bệnh nhân có khối u ở hang vị; số lượng khối u lớn hơn 1; kích thước khối u từ 3

cm trở lên; nồng độ CA72-4 từ 7U/ml trở lên; mô bệnh học UTBM tuyến có HCCH cao hơn nhóm đối tượng còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân UTDD có khối u ở hang vị có tỷ lệ mắc HCCH cao hơn rõ rệt so với bệnh nhân có khối u ở các vị trí khác của dạ dày (62,5% so với 37,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu đoàn hệ tại Hàn Quốc cho thấy các yếu tố chuyển hoá, đặc biệt là béo bụng và tăng glucose máu, có mối liên quan chặt chẽ hơn với UTDD đoạn xa, trong đó hang vị là vị trí thường gặp nhất [5]. Nghiên cứu của Lin và cộng sự tại Trung Quốc ghi nhận HCCH và béo phì liên quan rõ rệt hơn với UTDD không thuộc tâm vị so với ung thư tâm vị. Một phân tích gộp của Esposito và cộng sự cũng cho thấy HCCH làm tăng nguy cơ UTDD, đặc biệt ở nhóm ung thư dạ dày đoạn xa - khu vực chịu ảnh hưởng nhiều của các yếu tố chuyển hoá và viêm mạn tính [4]. Bên cạnh vị trí khối u, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có nhiều hơn một khối u và kích thước khối u lớn hơn 3 cm có tỷ lệ mắc HCCH cao hơn so với nhóm còn lại. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Chen và cộng sự (2017), trong đó bệnh nhân UTDD có HCCH thường được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển hơn, với kích thước khối u lớn và xu hướng xâm lấn rộng hơn. Nghiên cứu tại Hàn Quốc cũng cho thấy tăng glucose máu và béo bụng không chỉ làm tăng nguy cơ mắc UTDD mà còn liên quan đến kích thước khối u lớn hơn tại thời điểm chẩn đoán [5]. Về mặt cơ chế, HCCH đặc trưng bởi tình trạng đề kháng insulin, tăng insulin máu và viêm mạn tính mức độ thấp. Những rối loạn này có thể thúc đẩy tăng sinh tế bào thông qua hoạt hoá trục insulin-IGF-1, đồng thời ức chế quá trình apoptosis, tạo điều kiện cho khối u phát triển nhanh hơn, lan rộng hơn và xuất hiện nhiều ổ tổn thương [3]. Ngoài ra, rối loạn lipid máu và stress oxy hoá trong HCCH có thể làm thay đổi vi môi trường khối u, góp phần thúc đẩy tiến triển ung thư. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân UTDD có nồng độ CA72-4 từ 7 U/ml trở lên có tỷ lệ mắc HCCH cao hơn rõ rệt so với nhóm có CA72-4 thấp hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. CA72-4 là một dấu ấn khối u có độ đặc hiệu tương đối cao đối với UTDD, thường tăng ở những trường hợp có khối u lớn, đa ổ hoặc bệnh tiến triển. Nghiên cứu của Marrelli và cộng sự cho thấy nồng độ CA72-4 tăng có liên

quan chặt chẽ với giai đoạn bệnh, mức độ xâm lấn và tiên lượng xấu ở bệnh nhân UTDD. Một số nghiên cứu gần đây cũng ghi nhận rằng các bệnh nhân ung thư có kèm HCCH thường có nồng độ marker ung thư cao hơn, phản ánh tình trạng hoạt động sinh học mạnh hơn của khối u [5]. Về mặt cơ chế, HCCH đặc trưng bởi tình trạng đề kháng insulin, tăng insulin máu và viêm mạn tính mức độ thấp. Các rối loạn này có thể kích hoạt trục insulin-IGF-1, thúc đẩy tăng sinh tế bào ung thư và ức chế quá trình apoptosis, từ đó làm tăng gánh nặng khối u và dẫn đến sự gia tăng các dấu ấn ung thư như CA72-4 [3]. Ngoài ra, stress oxy hoá và rối loạn lipid máu trong HCCH có thể làm thay đổi vi môi trường khối u, góp phần làm tăng biểu hiện của các glycoprotein liên quan đến CA72-4 [4]. Chen và cộng sự ghi nhận bệnh nhân UTDD có HCCH thường có đặc điểm bệnh tiến triển hơn và nồng độ marker ung thư cao hơn so với nhóm không có HCCH [2]. Phân tích gộp của Esposito và cộng sự cho thấy HCCH liên quan đến nguy cơ cao hơn của các ung thư có đặc điểm tiến triển, trong đó có UTDD [4]. Kết quả cho thấy bệnh nhân UTDD có mô bệnh học là UTBM tuyến có tỷ lệ mắc HCCH cao hơn so với các thể mô học khác ($p < 0,05$). UTBM tuyến là thể mô học thường gặp nhất của UTDD và được cho là chịu ảnh hưởng nhiều bởi các yếu tố môi trường, dinh dưỡng và chuyển hoá. Nhiều nghiên cứu quốc tế đã ghi nhận mối liên quan giữa HCCH và nguy cơ mắc UTDD thể tuyến. Nghiên cứu của Lin và cộng sự tại Trung Quốc cho thấy HCCH và các thành phần của nó, đặc biệt là béo phì trung tâm và tăng glucose máu, liên quan rõ rệt hơn với UTDD thể tuyến so với các thể mô học khác. Nghiên cứu tại Hàn Quốc cũng ghi nhận tình trạng rối loạn chuyển hoá thường gặp hơn ở bệnh nhân UTDD thể tuyến và có xu hướng liên quan đến bệnh tiến triển hơn [5]. HCCH đặc trưng bởi đề kháng insulin, tăng insulin máu và viêm mạn tính mức độ thấp. Những rối loạn này có thể kích hoạt trục insulin-IGF-1, thúc đẩy tăng sinh và biệt hoá bất thường của tế bào biểu mô tuyến dạ dày, đồng thời ức chế quá trình apoptosis [3]. Ngoài ra, béo phì và rối loạn lipid máu trong HCCH làm gia tăng stress oxy hoá và

các cytokine tiền viêm, tạo điều kiện thuận lợi cho sự hình thành và tiến triển của UTBM tuyến. Những phát hiện trên cho thấy HCCH không chỉ liên quan đến nguy cơ mắc UTDD mà còn có mối liên quan với các đặc điểm phản ánh mức độ tiến triển của bệnh, nhấn mạnh vai trò của việc đánh giá và kiểm soát các yếu tố chuyển hoá trong quản lý toàn diện bệnh nhân UTDD.

V. KẾT LUẬN

HCCH có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với một số đặc điểm của UTDD, bao gồm vị trí khối u tại hang vị, số lượng khối u > 1 , kích thước khối u ≥ 3 cm, nồng độ CA72-4 ≥ 7 U/ml và mô bệnh học UTBM tuyến. Những kết quả này gợi ý vai trò của rối loạn chuyển hoá trong sự tiến triển của UTDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hyuna Sung và các cộng sự.** (2021), "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: a cancer journal for clinicians*. 71(3), tr. 209-249.
2. **Mohammad G Saklayen** (2018), "The global epidemic of the metabolic syndrome", *Current hypertension reports*. 20(2), tr. 1-8.
3. **Emily Jane Gallagher và Derek LeRoith** (2015), "Obesity and diabetes: the increased risk of cancer and cancer-related mortality", *Physiological reviews*. 95(3), tr. 727-748.
4. **Katherine Esposito và các cộng sự.** (2012), "Metabolic syndrome and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis", *Diabetes care*. 35(11), tr. 2402-2411.
5. **Dan Huang và các cộng sự.** (2023), "Association between metabolic syndrome and gastric cancer risk: results from the Health Examinees Study". 26(4), tr. 481-492.
6. **J. Lu và các cộng sự.** (2017), "The effectiveness of the 8th American Joint Committee on Cancer TNM classification in the prognosis evaluation of gastric cancer patients: A comparative study between the 7th and 8th editions", *Eur J Surg Oncol*. 43(12), tr. 2349-2356.
7. **F. Li và các cộng sự.** (2018), "The Association Between Metabolic Syndrome and Gastric Cancer in Chinese", *Front Oncol*. 8, tr. 326.
8. **A. S. Ramli và các cộng sự.** (2013), "JIS Definition Identified More Malaysian Adults with Metabolic Syndrome Compared to the NCEP-ATP III and IDF Criteria", *BioMed Research International*. 2013.