

among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 2016. 316(21), 2214-2236, doi: 10.1001/jama.2016.17324.

7. Tô Gia Kiên, Lê Trường Vĩnh Phúc, and Huỳnh Ngọc Vân Anh, Trầm cảm ở sinh viên khoa y tế công cộng. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2019. 23(2), 120-126.
8. Thị Thuyền, Tỷ lệ trầm cảm và một số yếu tố liên quan của sinh viên trường Dự Bị Đại học Thành phố Hồ Chí Minh năm 2017. 2017, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
9. Nguyễn Việt Anh, Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở sinh viên răng hàm mặt trường Đại học Y Hà Nội năm 2020–2021. 2021, Đại học Y Hà Nội.
10. Vũ Thái Phương Nam, Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và một số yếu tố liên quan ở sinh viên Trường Đại học Y Dược-ĐHQGHN năm học 2021-2022. 2022, Đại học Quốc gia Hà Nội.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH BỆNH NHÂN UNG THƯ KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA UNG BƯỚU BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU NĂM 2022-2023

Châu Tấn Đạt^{1}, Lê Thanh Vũ²*

1. Bệnh viện Đa khoa Cà Mau

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bsdatcm@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/9/2023

Ngày phản biện: 13/12/2023

Ngày duyệt đăng: 25/12/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh ung thư ngày càng gia tăng và trở thành mối lo ngại của nhiều người. Nghiên cứu tình hình bệnh nhân ung thư khám và điều trị tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa Cà Mau có ý nghĩa hết sức quan trọng, góp phần giảm tỷ lệ tử vong và nâng cao sức khỏe người dân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ các loại ung thư, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị và yếu tố liên quan đến điều trị muộn ung thư tại Khoa Ung bướu Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân ung thư được nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Ung bướu Bệnh viện Đa khoa Cà Mau từ tháng 07/2022 đến tháng 06/2023. Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Cỡ mẫu nghiên cứu là 1.233 bệnh nhân, sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. **Kết quả:** Loại ung thư phổ biến ở cả 2 giới là đại trực tràng (20,11%); vú (19,55%); phổi (9,81%); gan (9,16%); tuyến giáp (7,70%); dạ dày (6,08%). Ung thư giai đoạn III-IV chiếm tỷ lệ 69,83%. Phương pháp điều trị đơn trị liệu là chiếm đa số (57,91%). Có 7 yếu tố dự báo độc lập điều trị muộn ung thư gồm: Quan niệm đúng về bệnh ung thư; Có kiến thức về bệnh ung thư. Giới tính nam; Học văn \leq THPT; Lo lắng, sợ hãi; Trì hoãn điều trị của bệnh nhân; Chẩn đoán muộn của cơ sở y tế. **Kết luận:** Các loại ung thư thường gặp nhất tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa Cà Mau là: Đại trực tràng, ung thư vú; phổi; gan; tuyến giáp. Ung thư muộn (giai đoạn III-IV) khá cao. Phương pháp điều trị đơn trị liệu là chiếm đa số. Hai yếu tố trì hoãn điều trị của bệnh nhân và chẩn đoán muộn của cơ sở y tế có ảnh hưởng lớn nhất đến điều trị muộn ung thư.

Từ khóa: Tỷ lệ các loại ung thư, giai đoạn ung thư, phương pháp điều trị, điều trị muộn.

ABSTRACT

CURRENT STATUS OF CANCER PATIENTS EXAMINED AND TREATED AT THE ONCOLOGY DEPARTMENT OF CA MAU GENERAL HOSPITAL IN 2022-2023

Chau Tan Dat^{1*}, Le Thanh Vu²

1. Ca Mau General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Cancer is increasing and becoming a concern of many people. Therefore, the study of the situation of cancer patients examined and treated at the Oncology Department, Ca Mau General Hospital is very important, contributing to reducing the mortality rate and improving people's health. **Objective:** To determine the rate of cancer types, disease stages, treatment methods and factors related to late treatment of cancer at the Oncology Department of Ca Mau General Hospital in 2022-2023. **Materials and methods:** All cancer patients were admitted for inpatient treatment at the Oncology Department of Ca Mau General Hospital from July 2022 to July 2023. Prospective descriptive study. The study sample size was 1,233 patients, using total population sampling method. **Results:** The most common types of cancer in both sexes were colorectum (20.11%); breast (19.55%); lung (9.81%); liver (9.16%); thyroid (7.70%); stomach (6.08%). Stage III-IV cancer accounted for 69.83%. Monotherapy treatment was the majority (57.91%). There were 7 independent predictors of late treatment of cancer, including: Correct conception of cancer; Knowledge of cancer; Male gender; Education \leq High school; Patient's anxiety and fear; Patient's delay in treatment; Late diagnosis of medical facilities. **Conclusion:** The most common types of cancer at the Oncology Department of Ca Mau General Hospital were colorectum; breast; lung; liver; thyroid. Late-stage cancer (III-IV) was quite high. Monotherapy treatment was the majority. The two factors that had the greatest impact on the late treatment of cancer were the patient's delay in treatment and the late diagnosis of the medical facilities.

Keywords: Rates of cancer types, cancer stages, treatment methods, late treatment of cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai sau các bệnh lý tim mạch ở các nước phát triển và là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba sau các bệnh lây nhiễm và tim mạch ở các nước đang phát triển [1]. Tại các nước phát triển, khoảng 70% người bệnh ung thư tránh được tử vong nhờ những tiến bộ của y học trong việc phát hiện sớm và điều trị. Đặc biệt một số loại như: ung thư tuyến giáp, vú, cổ tử cung, vòm mũi họng, đại trực tràng, tuyến tiền liệt,... có tỷ lệ chữa khỏi hơn 80%.

Tại Việt Nam, theo đánh giá của Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (The International Agency for Research on Cancer - IARC), giai đoạn 2016-2020, năm loại bệnh ung thư có tỷ lệ mắc và tử vong cao nhất là gan, phổi, vú, dạ dày, trực tràng [2]. Tỷ lệ chữa khỏi ung thư tại Việt Nam là khá thấp 40%, lý do chủ yếu là phần lớn bệnh nhân ung thư khám và điều trị khi bệnh đã ở giai đoạn muộn [1].

Giai đoạn 2010-2013, tỷ lệ mắc thô ung thư ở nam, nữ trong cộng đồng ở Cà Mau lần lượt là 91,2/100.000 dân và 93,2/100.000 dân. Các loại ung thư thường gặp tính chung cho cả hai giới lần lượt là: ung thư gan, phổi, đại trực tràng, vú, tuyến giáp, cổ tử cung, dạ dày, da, tụy và buồng trứng [3]. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc các loại ung thư tại bệnh viện và cộng đồng có sự khác biệt lớn. Bệnh viện Đa khoa Cà Mau là bệnh viện tuyến tỉnh, thực hiện việc sàng lọc và điều trị bệnh ung thư cho người dân tỉnh Cà Mau và một số tỉnh lân cận như Bạc Liêu, Kiên Giang. Việc đi sâu nghiên cứu về tỷ lệ các loại ung thư, công tác điều trị

ung thư và các yếu tố liên quan đến điều trị muộn ung thư có vai trò hết sức quan trọng, là cơ sở khoa học giúp ngành y tế tỉnh Cà Mau, Bệnh viện Đa khoa Cà Mau xây dựng kế hoạch đầu tư cơ sở vật chất, kỹ thuật, nguồn nhân lực y tế cho công tác điều trị, góp phần giảm tỷ lệ tử vong, nâng cao sức khỏe người dân. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Xác định tỷ lệ các loại ung thư, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị và yếu tố liên quan đến điều trị muộn ung thư tại Khoa Ung bướu Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2022-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư được nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa Cà Mau từ tháng 07/2022 đến tháng 06/2023.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên.

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư đang được điều trị nội trú tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa Cà Mau. Tiêu chuẩn chẩn đoán căn cứ theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu của Bộ Y tế năm 2020 [1].

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân ung thư điều trị ngoại trú.

+ Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân thiếu thông tin quan trọng như loại ung thư, giai đoạn ung thư, phương pháp điều trị, thời gian điều trị.

+ Bệnh nhân tự ý ngưng điều trị, trốn viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả tiến cứu.

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu nghiên cứu là toàn bộ bệnh nhân ung thư điều trị nội trú tại Khoa Ung bướu từ 15/07/2022 đến hết ngày 15/6/2023.

- Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú trong khoảng thời gian từ ngày 15/07/2022 đến hết ngày 15/6/2023.

- Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

+ Tuổi. Tính theo tuổi dương lịch. Chia 4 nhóm: Từ 18 - <40 tuổi; 40 - <50 tuổi; 50 - <60 tuổi; 60 - <70 tuổi; ≥70 tuổi.

+ Giới tính: Nam hoặc nữ.

Phân loại ung thư, giai đoạn ung thư

+ Phân loại ung thư: Căn cứ theo Bảng phân loại thống kê quốc tế ICD 10 về bệnh tật của Bộ Y tế [4].

+ Phân giai đoạn ung thư: Phân giai đoạn theo TNM của AJCC [5] (Bảng 1).

Bảng 1. Phân loại giai đoạn ung thư theo TNM của AJCC

Giai đoạn	Phân loại theo TNM	Biểu hiện trên lâm sàng
Giai đoạn 0	T1 Nx Mx	Ung thư chưa xâm lấn (ung thư biểu mô tại chỗ)
Giai đoạn I	T1 N0 M0, T2 N0 M0	Khối u nhỏ nằm ở một bộ phận
Giai đoạn II	T3 N0 M0, T4 N0 M0	Khối u khu trú lớn hơn, có liên quan đến một số cơ quan gần đó.
Giai đoạn III	có tổn thương hạch	Khối u lớn hơn nhiều, lan ra mô liên kết hoặc các hạch

Giai đoạn	Phân loại theo TNM	Biểu hiện trên lâm sàng
	vùng: N1, N2, N3	bach huyết, nhưng chưa có dấu hiệu lan sang các bộ phận khác của cơ thể
Giai đoạn IV	di căn xa: M1	Ung thư đã di căn đến các bộ phận xa của cơ thể

Nguồn: AJCC (2022) [5]

- Ung thư muộn. Chia làm 2 trường hợp:
 - + Có. Là ung thư giai đoạn III hoặc giai đoạn IV theo phân loại TNM [5].
 - + Không. Là ung thư giai đoạn 0, I, II theo phân loại TNM [5].

- Phương pháp điều trị ung thư

Phương pháp điều trị dựa trên Hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Y tế [1] và thực tế tại bệnh viện. Chia làm các phương pháp:

- + Phẫu thuật
- + Hóa trị
- + Xạ trị
- + Chăm sóc giảm nhẹ đơn thuần
- + Điều trị nội tiết

+ Đa mô thức: Khi có sự kết hợp ít nhất 2 phương pháp trong các phương pháp phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, điều trị nội tiết.

- Điều trị muộn ung thư và các yếu tố liên quan

Điều trị muộn ung thư. Chia làm 2 trường hợp:

- + Có. Là trường hợp bệnh nhân điều trị lần đầu khi ung thư giai đoạn III-IV.
- + Không. Là trường hợp bệnh nhân: (i) không phải ung thư muộn hoặc (ii) là ung thư muộn nhưng đã được điều trị trước đây khi ung thư ở giai đoạn 0, I, II ở tuyến trên hoặc đã điều trị đặc hiệu trước đây. Nay tái phát, di căn nên nhập viện điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau.

Các yếu tố liên quan đến điều trị muộn ung thư

- + Độ tuổi. Chia 2 nhóm: ≤ 50 tuổi và > 50 tuổi.
- + Giới tính. Chia 2 nhóm: Nam và nữ.
- + Học vấn. Chia 2 nhóm: \leq THPT và $>$ THPT.
- + Tình trạng hôn nhân. Chia 2 nhóm: Có vợ/chồng hoặc độc thân/ ly hôn/ góa.
- + Khu vực sinh sống. Chia 2 nhóm: Thành thị hoặc nông thôn.
- + Mức thu nhập. Chia 2 nhóm: < 5 triệu đồng/tháng và ≥ 5 triệu đồng/tháng.
- + BHYT. Chia làm 2 trường hợp: Có hoặc không.
- + Lo lắng/ sợ hãi. Chia 2 nhóm: (i) Có. Khi bệnh nhân sợ bệnh viện/ sợ bác sĩ hoặc sợ mất việc/sợ người khác biết mình mắc bệnh ung thư (i) và (ii) không (ngược lại).
- + Quan niệm về bệnh ung thư. Chia 2 nhóm: (i) Quan niệm đúng. Khi bệnh nhân cho rằng bệnh ung thư có thể điều trị được; Tin tưởng vào các phương pháp điều trị của y học hiện đại; Không áp dụng các phương pháp điều trị dân gian; Không tin tưởng vào thần thánh và (ii) quan niệm sai (nếu ngược lại).
- + Kiến thức về bệnh ung thư. Chia 2 nhóm: (i) Có. Khi bệnh nhân quan tâm đến các triệu chứng của bệnh ung thư như là: khối u, chảy máu bất thường, sụt cân nghiêm trọng, ... (i) và (ii) không (nếu ngược lại).
- + Trì hoãn điều trị của bệnh nhân. Chia 2 nhóm: (i) Có. Bệnh nhân trì hoãn điều trị theo phác đồ của bệnh viện với thời gian trì hoãn > 15 ngày và (ii) không (ngược lại).
- + Chân đoán muộn của cơ sở y tế. Chia 2 nhóm: (i) Có. Là trường hợp cơ sở y tế

không phát hiện bệnh nhân mắc ung thư khi có các dấu hiệu bất thường đã được bệnh nhân báo cáo như là: Khối u, chảy máu bất thường, sụt cân nghiêm trọng, ... và (ii) không (nếu ngược lại).

+ Trị hoãn điều trị của cơ sở y tế. Chia 2 nhóm: (i) Có. Khi khoảng thời gian từ lúc bệnh nhân sẵn sàng để điều trị ung thư đến lúc được điều trị đợt đầu tiên > 30 ngày và (ii) không (nếu ngược lại).

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm Stata phiên bản 16.0 MP. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm, biểu đồ. Biến định lượng được trình bày dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. Sử dụng phân tích hồi quy logistic đơn biến, đa biến và tỷ số chênh (Odd ratio - OR) để kiểm định mối quan hệ giữa tỷ lệ ung thư muộn (biến phụ thuộc) và các yếu tố liên quan (biến độc lập). Khi giá trị $p < 0,05$ được xem có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (tỷ lệ %)
Độ tuổi	18 - <40	74 (6,00)
	40 - <50	168 (13,63)
	50 - <60	267 (21,65)
	60 - <70	386 (31,31)
	≥70	338 (27,41)
	Tuổi trung bình (nhỏ nhất - lớn nhất)	61,22±13,14 (19-98)
Giới tính	Nam	603 (48,91)
	Nữ	630 (51,09)

Nhận xét: Độ tuổi ≥40 chiếm 94,00%, tuổi trung bình là 61,22±13,14. Bệnh nhân nữ nhiều hơn nam không đáng kể (51,01% so với 48,99%; tỷ lệ nữ/nam là 1,04 lần).

3.2. Phân loại ung thư, giai đoạn ung thư

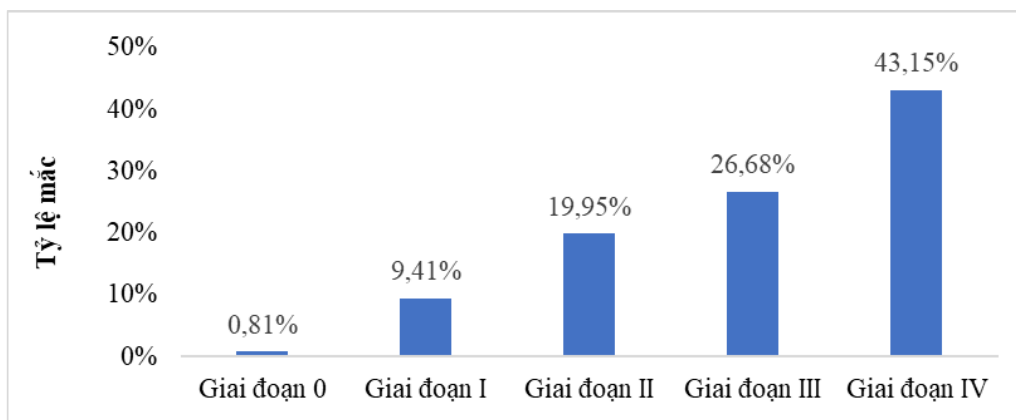
Bảng 3. Tỷ lệ các loại ung thư

Loại ung thư	Nam n (%)	Nữ n (%)	Cộng n (%)
Đại trực tràng	150 (24,88)	98 (15,56)	248 (20,11)
Vú	3 (0,50)	238 (37,78)	241 (19,55)
Phổi	77 (12,77)	44 (6,98)	121 (9,81)
Gan	85 (14,10)	28 (4,44)	113 (9,16)
Tuyến giáp	13 (2,16)	82 (13,02)	95 (7,70)
Dạ dày	55 (9,12)	20 (3,17)	75 (6,08)
Tiền liệt tuyến	44 (7,30)	-	44 (3,57)
Cổ tử cung	-	38 (6,03)	38 (3,08)
Da	13 (2,16)	18 (2,86)	31 (2,51)
Khoang miệng	25 (4,15)	2 (0,32)	27 (2,19)
Thực quản	24 (3,98)	3 (0,48)	27 (2,19)
Vòm hầu	21 (3,48)	5 (0,79)	26 (2,11)
Thanh quản	24 (3,98)	1 (0,16)	25 (2,03)
NHLymphoma	10 (1,66)	11 (1,75)	21 (1,70)
Buồng trứng	-	19 (3,02)	19 (1,54)

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 69/2023

Loại ung thư	Nam n (%)	Nữ n (%)	Cộng n (%)
Tụy	10 (1,66)	4 (0,63)	14 (1,14)
Bàng quang	7 (1,16)	2 (0,32)	9 (0,73)
Khác	42 (6,97)	17 (2,70)	59 (4,79)
Tổng	603 (100)	630 (100)	1.233 (100)

Nhận xét: Loại ung thư phổ biến ở cả 2 giới là đại trực tràng (20,11%); vú (19,55%); phổi (9,81%); gan (9,16%); tuyến giáp (7,70%); dạ dày (6,08%). 5 loại ung thư phổ biến ở nam giới là đại trực tràng (24,88%); gan (14,10%); phổi (12,77%); dạ dày (9,12%); tiền liệt tuyến (7,30%). Loại ung thư phổ biến ở nữ giới là vú (37,78%); đại trực tràng (15,56%); tuyến giáp (13,02%); phổi (6,98%); cổ tử cung (6,03%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giai đoạn ung thư

Nhận xét: Ung thư giai đoạn IV chiếm nhiều nhất (43,15%). Ung thư giai đoạn 0 chiếm tỷ lệ rất thấp (0,81%). Tỷ lệ ung thư muộn (giai đoạn III-IV) là khá cao 69,83%.

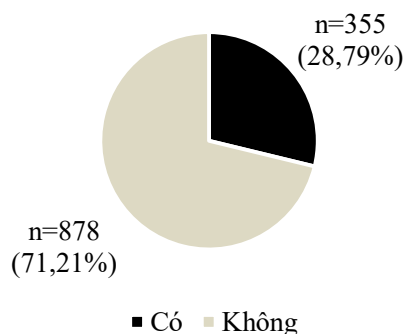
3.3. Phương pháp điều trị ung thư

Bảng 4. Phương pháp điều trị ung thư

Phương pháp điều trị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đơn trị liệu	714	57,91
Chăm sóc giảm nhẹ	460	37,31
Hóa trị	89	7,22
Phẫu thuật	61	4,95
Xạ trị	32	2,60
Điều trị nội tiết	27	2,19
Chuyên tuyến	45	3,65
Điều trị đa mô thức	519	42,09
Tổng	1.233	100,00

Nhận xét: Đơn trị liệu chiếm đa số (57,91%). Trong đó, chủ yếu là chăm sóc giảm nhẹ (37,31%) tiếp theo là hóa trị (7,22%), phẫu thuật (4,95%).

3.4. Điều trị muộn ung thư và các yếu tố liên quan



Biểu đồ 2. Tỷ lệ điều trị muộn ung thư

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị muộn ung thư là 28,79%.

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến điều trị muộn ung thư qua phân tích đơn biến, đa biến

Yếu tố	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	OR (CI 95%)	p	OR (CI 95%)	p
Tuổi >50	1,74 (1,23-2,47)	0,002	1,41 (0,95-2,10)	0,092
Giới tính nam	1,65 (1,28-2,13)	<0,001	1,89 (1,42-2,50)	<0,001
Học vấn ≤THPT	2,08 (1,03 - 4,66)	0,034	1,40 (1,24-3,07)	0,008
Thu nhập <5 triệu đồng/tháng	1,52 (1,16 - 2,02)	0,002	1,16 (0,70-1,32)	0,816
Có lo lắng, sợ hãi	2,77 (2,10 - 3,65)	<0,001	2,54 (1,90-3,40)	<0,001
Quan niệm đúng về ung thư	0,25 (0,18 - 0,33)	<0,001	0,30 (0,22-0,41)	<0,001
Có kiến thức đúng về ung thư	0,28 (0,15 - 0,51)	<0,001	0,27 (0,13-0,58)	<0,001
Trì hoãn điều trị của bệnh nhân	11,91 (5,06 - 32,27)	<0,001	11,38 (4,18-30,92)	<0,001
Chẩn đoán muộn của cơ sở y tế	6,64 (2,19 - 23,92)	<0,001	6,17 (1,94-23,23)	<0,001
Trì hoãn điều trị của cơ sở y tế	4,03 (1,15 - 15,73)	0,009	1,77 (0,40-7,85)	0,449

Nhận xét: Kết quả phân tích đa biến cho thấy, 7 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến điều trị muộn ung thư. Các yếu tố làm giảm nguy cơ điều trị muộn ung thư gồm có: quan niệm đúng về bệnh ung thư (OR=0,30; CI 95%: 0,22 - 0,41; p<0,001); Có kiến thức về bệnh ung thư (OR=0,27; 0,13 - 0,58; p<0,001).

Các yếu tố làm tăng nguy cơ điều trị muộn ung thư gồm có: giới tính nam (OR=1,89; CI 95%: 1,42 - 2,50; p <0,001); Học vấn ≤THPT (OR=1,40; CI 95%: 1,24 - 3,07; p =0,008 <0,01); Lo lắng, sợ hãi (OR=2,54; CI 95%: 1,90 - 3,40; p<0,001); Trì hoãn điều trị của bệnh nhân (OR=11,38; CI 95%: 4,18 - 30,92; p<0,001); Chẩn đoán muộn của cơ sở y tế (OR=6,17; CI 95%: 1,94 - 23,23; p<0,001). Trong đó, yếu tố trì hoãn điều trị của bệnh nhân và chẩn đoán muộn của cơ sở y tế là 2 yếu tố ảnh hưởng lớn nhất đến điều trị muộn ung thư.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu là bệnh nhân ≥40 (chiếm 94,00%) với tuổi trung bình là 61,22±13,14. Nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là 60 -<70 tuổi, chiếm 31,31%. Kết quả này phù hợp với của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hà và cộng sự khi nghiên cứu tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội giai đoạn 2017-2019 ghi nhận tuổi ≥40 chiếm 85% [6]. Tuổi càng cao, nguy cơ mắc ung thư càng tăng [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nữ nhiều hơn không đáng kể so với nam

(tỷ lệ nữ là 51,09%). Kết quả này có sự khác biệt so với một số nghiên cứu trước. Nguyễn Thị Ngọc Hà và cộng sự ghi nhận tỷ lệ nữ là 61,4% [6]; Nguyễn Văn Quy nghiên cứu tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ giai đoạn 2014-2016 cho kết quả bệnh nhân nữ 60,3% [8], tác giả Bùi Diệu và cộng sự tại bệnh viện K cho thấy tỉ lệ nữ là 60,3% [9]. Lý giải điều này là do các các giả trên nghiên cứu tại các bệnh viện tuyến trung ương, các bệnh lý ung thư giáp, ung thư vú chiếm tỷ lệ cao nhất, nên nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới.

4.2. Phân loại ung thư, giai đoạn ung thư

Theo GLOBOCAN 2020, tỷ lệ các loại ung thư phổ biến nhất ở hai giới lần lượt là ung thư gan 14,5%, ung thư phổi 14,4%, ung thư vú 11,8%, ung thư dạ dày 9,8%, ung thư đại trực tràng 9%; đối với nam, ung thư phổ biến nhất lần lượt là ung thư gan, phổi, dạ dày, đại trực tràng, tiền liệt tuyến; đối với nữ, ung thư phổ biến là ung thư vú, phổi, đại trực tràng, dạ dày, gan [2].

Kết quả của chúng tôi cho thấy, tính chung cả hai giới, 5 loại bệnh ung thư phổ biến đứng đầu là ung thư đại trực tràng, ung thư vú, ung thư phổi, ung thư gan, ung thư tuyến giáp, ung thư dạ dày. 5 loại ung thư phổ biến ở nam giới là đại trực tràng (24,88%); gan (14,10%); phổi (12,77%); dạ dày (9,12%); tiền liệt tuyến (7,30%). Loại ung thư phổ biến ở nữ giới là vú (37,78%); đại trực tràng (15,56%); tuyến giáp (13,02%); phổi (6,98%); cổ tử cung (6,03%). Tỷ lệ các loại ung thư phụ khoa (buồng trứng, nội mạc tử cung) trong nghiên cứu của chúng tôi không phổ biến do đa phần bệnh nhân khám ở Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau, sau đó chuyển thẳng lên tuyến trên.

So sánh với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam thấy rằng tỷ lệ mắc các loại ung thư đã có sự khác biệt. Nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Tuấn và cộng sự năm 2013-2014 tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên, năm loại ung thư phổ biến ở nam là ung thư phổi (8,54%), ung thư gan (8,54%), ung thư đại tràng (7,95%), ung thư dạ dày (6,89%), ung thư hầu mũi (5,7%) và ở nữ giới ung thư vú là phổ biến nhất (21,49%), ung thư đại tràng (9,57%), ung thư phổi (7,16%), ung thư hạch lympho (5,74%), ung thư dạ dày (4,96%) [10]. Nguyễn Thị Ngọc Hà ghi nhận ung thư phổ biến nhất cho cả hai giới là ung thư giáp, ung thư phế quản phổi, ung thư vú, ung thư gan và đường mật trong gan, ung thư dạ dày. 5 loại ung thư phổ biến ở nam giới gồm ung thư phổi (22,3%), ung thư gan, đường mật (12,1%), ung thư thực quản (11,4%), ung thư dạ dày (9,2%), ung thư giáp (6,4%). Ở nữ giới, ung thư giáp là bệnh phổ biến nhất (46%), thứ hai là ung thư vú (17,8%), thứ ba là ung thư phổi (5,4%), tiếp theo là ung thư cổ tử cung (4,8%), thứ năm là ung thư dạ dày (4,3%). [6]. Phạm Xuân Dũng và cộng sự (2019) nghiên cứu tình hình bệnh nhân ung thư các tỉnh đến khám và điều trị tại TP HCM trong 20 năm từ 1996-2015 ghi nhận 5 loại ung thư phổ biến nhất ở cả 2 giới là ung thư gan, phổi, vú, cổ tử cung và tuyến giáp; ở nam giới là phổi, gan, đại trực tràng, dạ dày và vòm hầu; ở nữ giới là vú, cổ tử cung, tuyến giáp, phổi và buồng trứng. Ở nam giới ung thư phổi luôn đứng hàng đầu, nhưng ung thư gan đang có xu hướng giảm. Ở nữ giới, ung thư cổ tử cung có xu hướng giảm và ung thư vú có xu hướng tăng [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất 43,15%. Tỷ lệ ung thư giai đoạn muộn (giai đoạn III, IV) là 69,83%. Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Trần Văn Thuận khi khảo sát giai đoạn bệnh ở người bệnh ung thư đến khám và điều trị thấy rằng tỉ lệ bệnh nhân ung thư được xếp giai đoạn III-IV là 65,5% [12]. Khác biệt với kết quả của chúng tôi, Nguyễn Thị Ngọc Hà ghi nhận tỷ lệ ung thư giai đoạn I là cao nhất (38,9%), ung thư muộn (giai đoạn III-IV) là 42,5% [6]. Sự khác biệt này có thể là

do tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hà nghiên cứu trên cả đối tượng đến khám sàng lọc, trong khi bệnh nhân của chúng tôi bao gồm cả bệnh nhân đã phát hiện ung thư từ trước, nhưng bệnh tiến triển, nay nhập viện điều trị tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa Cà Mau.

4.3. Phương pháp điều trị ung thư

Là phương thức điều trị ung thư đầu tiên, các quy trình phẫu thuật đòi hỏi phải cung cấp nguồn nhân lực chuyên môn sâu. Phương pháp điều trị này đã được sử dụng để giảm nguy cơ tái phát, tăng tỷ lệ sống sót của bệnh nhân ung thư, giảm các triệu chứng cấp tính và ngăn chặn sự tiến triển nhanh chóng của bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đơn trị liệu chiếm đa số với 57,91% bệnh nhân ung thư chủ yếu là chăm sóc giảm nhẹ (37,31%) tiếp theo là hóa trị (7,22%), phẫu thuật (4,95%). Điều trị đa mô thức chiếm 42,09%.

Kết quả này phù hợp với tỷ lệ lớn bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn trong nghiên cứu của chúng tôi, cần chăm sóc giảm nhẹ khi bệnh tiến triển đe dọa đến tính mạng. Ngô Thị Tính (2017), nghiên cứu cơ cấu bệnh nhân đến khám và điều trị tại trung tâm ung bướu Thái Nguyên 5 năm, giai đoạn 2012 - 2016. Phương pháp điều trị chủ yếu là phối hợp đa mô thức 41,4%. Số bệnh nhân điều trị chăm sóc giảm nhẹ chiếm tỷ lệ 26,1% [13], thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình phải đối mặt với những hạn chế nghiêm trọng trong việc cung cấp dịch vụ xạ trị cho bệnh nhân bởi vì chi phí đầu tư ban đầu vào các đơn vị xạ trị rất tốn kém và đòi hỏi đội ngũ kỹ thuật viên có chuyên môn cao nên việc cung cấp xạ trị thường được coi là cực kỳ tốn kém. Tuy nhiên, do năng suất cao của thiết bị và tuổi thọ lâu dài của nó, bệnh nhân có thể điều trị ngoại trú, xạ trị là một trong những phương thức tiêu chuẩn, hiệu quả trong điều trị ung thư. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp xạ trị được sử dụng còn ít (đơn trị liệu: 2,60%). Tỷ lệ điều trị xạ trị thấp trong nghiên cứu của chúng tôi liên quan đến hiện trạng cơ sở vật chất, Bệnh viện Đa khoa Cà Mau mới bắt đầu đưa vào vận hành máy xạ trị kể từ đầu tháng 1/2023.

4.4. Điều trị muộn ung thư và các yếu tố liên quan

Tỷ lệ điều trị muộn ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi là 28,79%. Theo hiểu biết của chúng tôi, các nghiên cứu về mô hình ung thư tại bệnh viện ở Việt Nam trước đây chưa có nghiên cứu nào đề cập đến tỷ lệ điều trị muộn ung thư.

Có nhiều nguyên nhân gây chậm trễ trong điều trị ung thư, dẫn đến điều trị muộn. Trong một nghiên cứu về lý do chậm trễ trong điều trị ung thư ở nông thôn Ấn Độ, có đến 11,25% tin tưởng các phương pháp điều trị của các thầy lang, dẫn đến trì hoãn việc tìm kiếm phương pháp điều trị tại cơ sở y tế [14]. Afaya và cộng sự (2022) trong báo cáo góp các rào cản của hệ thống y tế ảnh hưởng đến việc chẩn đoán và điều trị ung thư vú kịp thời ở phụ nữ ở các nước châu Á có thu nhập thấp và trung bình đã kết luận rằng các yếu tố của hệ thống y tế như khả năng tiếp cận điều trị theo khu vực địa lý, chẩn đoán sai và thời gian chờ đợi lâu tại các cơ sở y tế là những rào cản lớn trong chẩn đoán và điều trị sớm ung thư [15]. Unger-Saldana và cộng sự đã chỉ ra rằng 41% phụ nữ được chẩn đoán ung thư giai đoạn cuối, được phát hiện là lành tính trong lần tư vấn y tế đầu tiên của họ, điều này có thể dẫn đến sự thiếu tin tưởng của bệnh nhân đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe [16]. Sang và cộng sự khi nghiên cứu về ung thư ở bệnh nhân nữ tại Việt Nam nhận thấy, có đến 2/3 bệnh nhân mất thời gian trung bình khoảng 2,0 tháng được điều trị ung thư kể từ khi được chẩn đoán bệnh. Nguyên nhân là hệ thống y tế bị quá tải ở các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh. Các trung tâm điều trị ung thư và bệnh viện tuyến cuối quá đông đúc và quá chật chội [17].

Kết quả của chúng tôi cho thấy có 7 yếu tố dự báo độc lập điều trị muộn ung thư. Các yếu tố làm giảm nguy cơ điều trị muộn ung thư gồm: quan niệm đúng về bệnh ung thư; Có kiến thức về bệnh ung thư. Các yếu tố làm tăng nguy cơ điều trị muộn ung thư gồm: giới tính nam; Học vấn \leq THPT; Lo lắng, sợ hãi; Trì hoãn điều trị của bệnh nhân; Chẩn đoán muộn của cơ sở y tế. Trong đó, yếu tố trì hoãn điều trị của bệnh nhân và chẩn đoán muộn của cơ sở y tế là 2 yếu tố ảnh hưởng lớn nhất đến điều trị muộn ung thư.

V. KẾT LUẬN

Tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau, năm loại bệnh ung thư phổ biến nhất là ung thư đại trực tràng, ung thư vú, ung thư phổi, ung thư gan, ung thư tuyến giáp, ung thư dạ dày. Bệnh nhân ung thư muộn (giai III - IV) chiếm tỷ lệ cao. Điều trị chủ yếu bằng phương pháp chăm sóc giảm nhẹ. Tỷ lệ điều trị ung thư giai đoạn muộn khá cao. Có 7 yếu tố liên quan đến điều trị muộn ung thư, trong đó, yếu tố trì hoãn điều trị của bệnh nhân và yếu tố chẩn đoán muộn của cơ sở y tế có ảnh hưởng lớn nhất đến điều trị muộn ung thư. Bệnh viện cần tiếp tục xây dựng kế hoạch triển khai các hoạt động đồng bộ, trong công tác phòng chống bệnh ung thư, đầu tư trang thiết bị, phát triển nguồn nhân lực chất lượng cao nhằm đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu ban hành kèm theo Quyết định số 1514/QĐ-BYT ngày 01 tháng 04 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2020.
2. The International Agency for Research on Cancer. Globocan 2020. 2021.
3. Tô Minh Nghị, Châu Tấn Đạt, Lâm Thanh Hoa, Võ Huỳnh Như. Kết quả ghi nhận ung thư quần thể tại Cà Mau giai đoạn 2010 - 2013. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp tỉnh. 2016.
4. Bộ Y tế. Hướng dẫn sử dụng Bảng phân loại thống kê Quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan phiên bản lần thứ 10 (ICD-10), Tập 1. Nhà xuất bản Y học. 2015. 37.
5. American Joint Committee on Cancer. Cancer Staging Systems. 2022. <https://www.facs.org/quality-programs/cancer-programs/american-joint-committee-on-cancer/cancer-staging-systems/>.
6. Nguyễn Thị Ngọc Hà, Bùi Vinh Quang, Nguyễn Công Bình, cộng sự. Mô hình bệnh ung thư của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội giai đoạn 2017-2019. *Tạp chí y học Việt Nam*. 519, 242-250.
7. Tabaczynski A., Strom D.A., Wong J.N., et al. Demographic, medical, social-cognitive, and environmental correlates of meeting independent and combined physical activity guidelines in kidney cancer survivors. *Support Care Cancer*. 28, 43-54, <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04752-x>.
8. Nguyễn Văn Quy. Thực trạng bệnh nhân ung thư điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ giai đoạn 2014-2016. *Tạp chí ung thư học Việt Nam*. 2018, 3, 17-23.
9. Bùi Diệu Nguyễn Thị Hoài Nga, Phạm Quang Huy,. Nhận xét cơ cấu bệnh nhân điều trị tại bệnh viện K giai đoạn 2009-2013. *Tạp chí ung thư học Việt Nam*. 2015. 1, 14-28.
10. Nguyễn Mạnh Tuấn và cộng sự. Thực trạng bệnh nhân ung thư đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa Trung Ương Thái Nguyên năm 2013- 2014. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 2016, 5, 86- 90.
11. Phạm Xuân Dũng Đặng Huy Quốc Thịnh, Bùi Đức Tùng. Tình hình bệnh nhân ung thư các tỉnh đến khám và điều trị tại Thành phố Hồ Chí Minh trong 20 năm từ 1996-2015. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 2019. 5, 15-22.
12. Trần Văn Thuận và cộng sự. Khảo sát giai đoạn bệnh ở người bệnh ung thư đến khám và điều trị tại một số cơ sở chuyên khoa ung bướu năm 2014. *Tạp chí ung thư học Việt Nam*. 2018. 5, 174-178.

13. Ngô Thị Tính và cộng sự. Cơ cấu bệnh nhân đến khám và điều trị tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên 5 năm, giai đoạn 2012 - 2016. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 2017. 4, 41-45.
14. Muthu J., Muthanandam S. Exploring the reasons behind delayed presentation of oral cancers: Preliminary means to increase the chances of survival. *Cancer Res Stat Treat*. 2022. 5, 366-367, https://doi.org/10.4103/crst.crst_148_22.
15. Afaya A., Ramazanu S., Bolarinwa O.A., et al. Health system barriers influencing timely breast cancer diagnosis and treatment among women in low and middle-income Asian countries: evidence from a mixed-methods systematic review. *BMC Health Services Research*. 2022. 22, 1601-1617. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08927-x>.
16. Unger-Saldana K., Ventosa-Santaularia D., Miranda A., et al. Barriers and explanatory mechanisms of delays in the patient and diagnosis intervals of care for breast cancer in Mexico. *Oncologist*. 2018, 23(4), 440-453, <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0431>.
17. Sang M. Nguyen, Quang T. Nguyen, Lan M. Nguyen, et al. Delay in the diagnosis and treatment of breast cancer in Vietnam. *Cancer Medicine*. 2021. 10, 7683-7691, <https://doi.org/10.1002/cam4.4244>.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH NHIỄM TOXOCARA TRÊN BỆNH NHÂN MÀY ĐAY MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021

*Lương Thị Lý**, *Nguyễn Thị Mỹ Linh*, *Thị Kim Tâm*, *Nguyễn Thị Khánh Linh*,
Nguyễn Phương Bảo, *Lạc Thị Kim Ngân*, *Huỳnh Văn Bá*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: luongthily1999@gmail.com*

Ngày nhận bài: 28/7/2023

Ngày phản biện: 05/11/2023

Ngày duyệt đăng: 25/12/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc tìm ra nguyên nhân và các yếu tố liên quan gây bệnh cũng như có phương pháp điều trị đặc hiệu có thể góp phần giải quyết được tình trạng mày đay mạn tính qua đó nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ nhiễm *Toxocara* và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân mày đay mạn tính tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân bị mày đay mạn tính đến khám bệnh, có kết quả huyết thanh chẩn đoán *Toxocara* và phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** 60 bệnh nhân mày đay mạn tính, đối tượng nghiên cứu có tuổi thấp nhất là 16, cao nhất là 63 tuổi, tỷ lệ nữ chiếm 69,7%, tỷ lệ nông thôn chiếm 59,1%, tỷ lệ nhóm nông dân, làm vườn chiếm cao nhất 27,3%, tỷ lệ nhiễm *Toxocara* trên bệnh nhân mày đay mạn tính là 19,7%, tỷ lệ tăng BACT của đối tượng nhiễm *Toxocara* là 15,4%. Có 34,3% người có thói quen ăn rau sống. 27,3% người có thói quen ăn thịt tái, lòng (gà, vịt, heo, ...). 38,5% người có nuôi chó, mèo. 40% người không thường xuyên rửa tay trước khi ăn, sau khi tiếp xúc với đất, bông bẻ chó, mèo. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm *Toxocara* trong số 66 bệnh nhân mày đay mạn tính được ghi nhận trong nghiên cứu có 19,7%, trong đó yếu tố liên quan nhất là những người tiếp xúc với đất tăng tỷ lệ nhiễm *Toxocara* lên 9,7 lần.

Từ khóa: Mày đay mạn tính, *Toxocara*, *Toxocariasis*.