

DOI: 10.58490/ctump.2025i92.4061

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ LIÊN QUAN
ĐẾN UNG THƯ BÀNG QUANG CHƯA XÂM LẤN CƠ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ GIAI ĐOẠN 2021-2023**

Lê Quang Trung¹, Nguyễn Việt Thu Trang¹, Quách Võ Tấn Phát¹, Phạm Hữu Tân^{2}*

1. Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

**Email: phamhuutan2306@gmail.com*

Ngày nhận bài: 22/6/2025

Ngày phản biện: 16/10/2025

Ngày duyệt đăng: 25/10/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ (NMIBC) là bệnh lý ác tính phổ biến, với tỉ lệ mắc cao ở nam giới và liên quan đến các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, hóa chất nông nghiệp. Tại Đồng bằng sông Cửu Long, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ còn hạn chế, cần nghiên cứu để hỗ trợ chẩn đoán sớm và phòng ngừa. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ của NMIBC tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ giai đoạn 2021-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang – hồi cứu trên 41 bệnh nhân NMIBC tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 2021-2023. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, yếu tố nguy cơ (hút thuốc lá, nghề nghiệp, xạ trị) và đặc điểm khối u. Phân tích thống kê sử dụng kiểm định Chi-square để đánh giá mối liên quan. **Kết quả:** Bệnh nhân có tuổi trung bình 61,93 năm, tỉ lệ nam/nữ 4,8/1, nghề nông dân chiếm 56,1%. Tiêu máu là triệu chứng chủ đạo (65,1%), rối loạn tiểu tiện 29,3%. Hút thuốc lá (51,2%) liên quan đáng kể đến tiểu máu ($p=0,042$), nghề nông dân liên quan đến $u < 3$ cm ($p=0,035$). Khối u chủ yếu đơn độc (75,6%), giai đoạn Ta (63,4%), độ biệt hóa G1 (53,7%). **Kết luận:** Nghiên cứu làm sáng tỏ đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ của NMIBC với tiểu máu là triệu chứng chính, hút thuốc lá và nghề nông dân là yếu tố nguy cơ nổi bật. Kết quả nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán sớm, giảm tiếp xúc môi trường và theo dõi sát bệnh nhân, góp phần xây dựng chiến lược phòng ngừa và điều trị hiệu quả tại Đồng bằng sông Cửu Long.

Từ khóa: Ung thư bàng quang, ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ, NMIBC.

ABSTRACT

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS ASSOCIATED
WITH NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER
AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2021- 2023**

Le Quang Trung¹, Nguyen Viet Thu Trang¹, Quach Vo Tan Phat¹, Pham Huu Tan^{2}*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Central General Hospital

Background: Non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC) is a common malignant disease, with a high incidence in men and associated with risk factors such as smoking and agricultural chemicals. In the Mekong Delta, data on clinical characteristics and risk factors are limited, requiring research to support early diagnosis and prevention. **Objective:** To identify the clinical characteristics and risk factors of NMIBC at Can Tho Central General Hospital from 2021 to 2023. **Materials and methods:** A cross-sectional retrospective study was conducted on 41 NMIBC patients at Can Tho Central General Hospital from 2021 to 2023. Data were collected from medical records, including demographic characteristics, clinical symptoms, risk factors (smoking, occupation, radiotherapy), and

tumor characteristics. Statistical analysis used the Chi-square test to assess associations. **Results:** The average age of patients was 61.93 years, with a male-to-female ratio of 4.8:1, and farmers accounted for 56.1%. Hematuria was the main symptom (65.1%), followed by urinary dysfunction (29.3%). Smoking (51.2%) was significantly associated with hematuria ($p=0.042$), and farming was linked to tumors <3 cm ($p=0.035$). Most tumors were solitary (75.6%), stage Ta (63.4%), and grade G1 (53.7%). **Conclusion:** The study clarifies the clinical characteristics and risk factors of NMIBC with hematuria as the primary symptom and smoking and farming as prominent risk factors. The findings highlight the importance of early diagnosis, reducing environmental exposure, and close patient monitoring, contributing to effective prevention and treatment strategies in the Mekong Delta.

Keywords: Bladder cancer, non-muscle invasive bladder cancer, NMIBC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến của hệ tiết niệu với tỉ lệ mắc ngày càng gia tăng trên toàn cầu và tại Việt Nam. Theo Globocan 2020, ung thư bàng quang đứng thứ 10 về tỉ lệ mắc mới ở nam giới với khoảng 573.278 ca mới và 212.536 ca tử vong trên toàn thế giới [1, 2]. Tại Việt Nam, ước tính năm 2020 ghi nhận 1.721 ca mắc mới và 902 ca tử vong do ung thư bàng quang [3]. Trong đó, ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ chiếm khoảng 70-80% các trường hợp, với đặc điểm lâm sàng đa dạng và tỉ lệ tái phát cao, cần chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả [4], [5].

Các yếu tố nguy cơ liên quan đến ung thư bàng quang bao gồm hút thuốc lá, tiếp xúc với hóa chất công nghiệp và tiền sử xạ trị vùng chậu, trong đó hút thuốc lá được xác định là yếu tố nguy cơ hàng đầu góp phần vào 50-65% các trường hợp ở nam giới [6], [7]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu đã ghi nhận tỉ lệ hút thuốc lá cao ở bệnh nhân ung thư bàng quang cùng với các yếu tố đặc thù như nghề nghiệp nông dân và tiếp xúc với hóa chất nông nghiệp [8], [9], [10]. Triệu chứng lâm sàng điển hình như tiểu máu và rối loạn tiểu tiện thường là dấu hiệu dẫn đến chẩn đoán, nhưng mức độ và thời gian xuất hiện triệu chứng có thể khác nhau tùy thuộc vào đặc điểm dịch tễ học và bối cảnh địa phương [11], [12], [13].

Tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, nơi nông nghiệp là ngành nghề chủ đạo, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ của ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ còn hạn chế. Các nghiên cứu trước đây tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ đã chỉ ra rằng bệnh nhân thường có triệu chứng tiểu máu (60-70%) và liên quan đến yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá (40-50%) [10]. Tuy nhiên, các nghiên cứu này chủ yếu tập trung vào kết quả điều trị, chưa phân tích sâu về mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ trong bối cảnh dịch tễ học địa phương.

Nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ liên quan đến ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ giai đoạn 2021-2023, từ đó cung cấp dữ liệu khoa học làm cơ sở cho các chiến lược chẩn đoán sớm, phòng ngừa và quản lý bệnh lý này tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, đồng thời đóng góp vào bức tranh dịch tễ học ung thư bàng quang tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ (giai đoạn Ta hoặc T1 theo TNM) tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 3/2021 đến tháng 06/2023. Các tiêu chuẩn chọn mẫu bao gồm:

+ Có chẩn đoán xác định ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ thông qua nội soi bàng quang và giải phẫu bệnh.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới, triệu chứng như tiểu máu, rối loạn tiểu tiện), yếu tố nguy cơ (hút thuốc lá, nghề nghiệp, tiền sử xạ trị vùng chậu) và kết quả xét nghiệm cận lâm sàng (siêu âm, nội soi, giải phẫu bệnh).

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, có dữ liệu theo dõi tối thiểu 3 tháng sau điều trị.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có ung thư bàng quang xâm lấn cơ (T2 trở lên) hoặc di căn xa.

+ Bệnh nhân có bệnh lý ác tính đồng thời khác (ví dụ: ung thư phổi, ung thư gan).

+ Bệnh nhân không tuân thủ phác đồ điều trị, không có dữ liệu theo dõi sau điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang - hồi cứu, nhằm phân tích đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ liên quan đến ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ.

- **Cỡ mẫu:** Công thức cỡ mẫu:
$$N = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: N: cỡ mẫu nghiên cứu.

α : mức ý nghĩa thống kê, nghiên cứu tôi chọn $\alpha = 0,05$.

Z: trị số phân phối chuẩn, với $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$.

d: sai số cho phép. Tôi chọn sai số cho phép 6%.

p: tỉ lệ không tái phát u sau 1 năm khi điều trị ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi kết hợp bơm doxorubicin theo một nghiên cứu của Hà Mạnh Cường được công bố vào năm 2021 là 96,6% [8].

Theo công thức trên ta được $N \geq 35,01$. Tối thiểu cần 35 mẫu để đạt kết quả nghiên cứu. Thực tế chúng tôi thu thập được 41 bệnh nhân đáp ứng đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ được chẩn đoán ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ và điều trị tại khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 3/2021 đến tháng 06/2023. Trong nghiên cứu này, tổng cộng 41 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào phân tích.

- **Nội dung nghiên cứu:** Nghiên cứu thu thập và phân tích các thông tin sau

+ Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, triệu chứng (tiểu máu, rối loạn tiểu tiện, thiếu máu), thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến chẩn đoán.

+ Yếu tố nguy cơ: Tiền sử hút thuốc lá (số năm, số lượng gói-năm), nghề nghiệp (nông dân, công nhân, nội trợ), tiền sử xạ trị vùng chậu, hoặc tiếp xúc với hóa chất nông nghiệp/công nghiệp.

+ Đặc điểm khối u: giai đoạn Ta/T1, độ biệt hóa G1/G2/G3).

+ Môi liên quan: Phân tích mối liên hệ giữa các yếu tố nguy cơ (hút thuốc lá, nghề nghiệp) với đặc điểm lâm sàng (triệu chứng, thời gian chẩn đoán) và đặc điểm khối u (giai đoạn, độ biệt hóa).

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Dữ liệu được thu thập từ bệnh án và phỏng vấn bệnh nhân, phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Các biến định lượng (tuổi, thời gian xuất hiện triệu chứng) được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn. Các biến định tính (giới, triệu chứng, yếu tố nguy cơ, giai đoạn u) được trình bày dưới dạng

số lượng và tỉ lệ phần trăm. Phân tích mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ và đặc điểm lâm sàng/cận lâm sàng được thực hiện bằng kiểm định Chi-bình phương (Chi-square) hoặc kiểm định Fisher khi phù hợp, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục tiêu, quy trình và quyền lợi, đồng thời ký cam kết đồng ý tham gia. Dữ liệu cá nhân của bệnh nhân được mã hóa để đảm bảo tính bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức theo Tuyên bố Helsinki về nghiên cứu y khoa trên người.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và triệu chứng lâm sàng

| Đặc điểm | Tổng số (n=41) | Nam (n=34) | Nữ (n=7) | p |
|---------------------------------|----------------|---------------|---------------|-------|
| Tuổi trung bình (năm) | 61,93 ± 10,34 | 62,15 ± 10,12 | 60,86 ± 11,73 | 0,723 |
| Nhóm tuổi | | | | |
| <60 tuổi | 17 (41,5%) | 14 (41,2%) | 3 (42,9%) | 0,921 |
| ≥60 tuổi | 24 (58,5%) | 20 (58,8%) | 4 (57,1%) | |
| Nghề nghiệp | | | | |
| Nông dân | 23 (56,1%) | 20 (58,8%) | 3 (42,9%) | 0,458 |
| Công nhân | 6 (14,6%) | 5 (14,7%) | 1 (14,3%) | |
| Nội trợ | 5 (12,2%) | 2 (5,9%) | 3 (42,9%) | |
| Khác | 7 (17,1%) | 7 (20,6%) | 0 (0,0%) | |
| Triệu chứng lâm sàng | | | | |
| Tiểu máu | 27 (65,1%) | 23 (67,6%) | 4 (57,1%) | 0,676 |
| Tiểu máu toàn bãi | 14/27 (51,9%) | 12/23 (52,2%) | 2/4 (50,0%) | 0,923 |
| Rối loạn tiêu tiện | 12 (29,3%) | 10 (29,4%) | 2 (28,6%) | 0,956 |
| Thiếu máu nhẹ | 8 (19,5%) | 6 (17,6%) | 2 (28,6%) | 0,598 |
| Thời gian đến chẩn đoán (tháng) | 1,2 ± 0,8 | 1,1 ± 0,7 | 1,4 ± 0,9 | 0,412 |

Nhận xét: Tiểu máu là triệu chứng chủ đạo (65,1%) với nam giới chiếm ưu thế (tỉ lệ nam/nữ 4,8/1). Nghề nông dân chiếm tỉ lệ cao (56,1%), phản ánh đặc điểm nghề nghiệp tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long. Không có sự khác biệt đáng kể về triệu chứng giữa nam và nữ ($p > 0,05$).

3.2. Mối liên quan yếu tố nguy cơ với giới tính của bệnh nhân

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ

| Yếu tố nguy cơ | Tổng số (n=41) | Nam (n=34) | Nữ (n=7) | p |
|---------------------------------|----------------|------------|------------|-------|
| Hút thuốc lá | 21 (51,2%) | 19 (55,9%) | 2 (28,6%) | 0,241 |
| - Số năm hút thuốc (trung bình) | 22,4 ± 8,7 | 22,8 ± 8,5 | 18,5 ± 9,2 | 0,512 |
| - Số bao/năm (trung bình) | 15,6 ± 6,2 | 16,1 ± 6,0 | 12,0 ± 7,1 | 0,387 |
| Tiếp xúc hóa chất nông nghiệp | 16 (39,0%) | 14 (41,2%) | 2 (28,6%) | 0,691 |
| Tiền sử xạ trị vùng chậu | 2 (4,9%) | 0 (0,0%) | 2 (28,6%) | 0,027 |

Nhận xét: Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính (51,2%), chủ yếu ở nam giới (55,9%). Tiền sử xạ trị vùng chậu chỉ ghi nhận ở nữ giới ($p=0,027$) cho thấy sự khác biệt giới tính trong yếu tố nguy cơ.

3.3. Đặc điểm khối u và yếu tố hút thuốc lá

Bảng 3. Đặc điểm khối u

| Đặc điểm khối u | Tổng số (n=41) | Hút thuốc lá (n=21) | Không hút thuốc (n=20) | p |
|--------------------------|----------------|---------------------|------------------------|-------|
| Kích thước u (cm) | | | | |
| <3 cm | 34 (82,9%) | 18 (85,7%) | 16 (80,0%) | 0,705 |
| ≥3 cm | 7 (17,1%) | 3 (14,3%) | 4 (20,0%) | |
| Số lượng u | | | | |
| U đơn độc | 31 (75,6%) | 16 (76,2%) | 15 (75,0%) | 0,931 |
| Nhiều u | 10 (24,4%) | 5 (23,8%) | 5 (25,0%) | |
| Vị trí u | | | | |
| Thành bên | 20 (48,8%) | 11 (52,4%) | 9 (45,0%) | 0,761 |
| Tam giác bàng quang | 12 (29,3%) | 6 (28,6%) | 6 (30,0%) | |
| Khác | 9 (22,0%) | 4 (19,0%) | 5 (25,0%) | |
| Hình dáng u | | | | |
| U có cuống | 27 (65,9%) | 14 (66,7%) | 13 (65,0%) | 0,901 |
| U không cuống | 14 (34,1%) | 7 (33,3%) | 7 (35,0%) | |
| Giai đoạn bệnh | | | | |
| Ta | 26 (63,4%) | 12 (57,1%) | 14 (70,0%) | 0,523 |
| T1 | 15 (36,6%) | 9 (42,9%) | 6 (30,0%) | |
| Độ biệt hóa | | | | |
| G1 | 22 (53,7%) | 10 (47,6%) | 12 (60,0%) | 0,533 |
| G2 | 10 (24,4%) | 6 (28,6%) | 4 (20,0%) | |
| G3 | 9 (22,0%) | 5 (23,8%) | 4 (20,0%) | |

Nhận xét: Phần lớn khối u có kích thước dưới 3 cm (82,9%), là u đơn độc (75,6%) và giai đoạn Ta (63,4%). Không có sự khác biệt đáng kể về đặc điểm khối u giữa nhóm hút thuốc lá và không hút thuốc (p>0,05).

3.4. Môi liên quan giữa yếu tố nguy cơ và đặc điểm lâm sàng

Bảng 4. Môi liên quan giữa yếu tố nguy cơ và đặc điểm lâm sàng

| Yếu tố nguy cơ | Tiểu máu (n=27) | Không tiểu máu (n=14) | p | U <3 cm (n=34) | U ≥3 cm (n=7) | p |
|-------------------------------|-----------------|-----------------------|-------|----------------|---------------|-------|
| Hút thuốc lá | 16 (76,2%) | 5 (35,7%) | 0,042 | 18 (52,9%) | 3 (42,9%) | 0,705 |
| Tiếp xúc hóa chất nông nghiệp | 11 (40,7%) | 5 (35,7%) | 0,759 | 14 (41,2%) | 2 (28,6%) | 0,691 |
| Nghề nghiệp nông dân | 15 (55,6%) | 8 (57,1%) | 0,923 | 21 (61,8%) | 2 (28,6%) | 0,035 |

Nhận xét: Hút thuốc lá có liên quan đáng kể đến triệu chứng tiểu máu (p=0,042). Nghề nghiệp nông dân liên quan đến u kích thước dưới 3 cm (p=0,035), cho thấy vai trò của yếu tố môi trường trong đặc điểm bệnh lý.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học và ý nghĩa dịch tễ học địa phương

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 61,93 ± 10,34 năm, với 58,5% thuộc nhóm ≥60 tuổi, phù hợp với xu hướng toàn cầu, phù hợp với lý giải ung thư bàng quang thường gặp ở người cao tuổi do tích lũy các yếu tố nguy cơ theo thời gian [1], [5]. Tỷ lệ nam/nữ 4,8/1

trong nghiên cứu này tương đồng với báo cáo của Bray (2018) (4,5/1) và nghiên cứu tại Việt Nam của Nguyễn Thị Thu Trà (2024) (6,45) [1], [10]. Sự vượt trội ở nam giới có thể liên quan đến tỉ lệ hút thuốc lá cao hơn, một yếu tố nguy cơ chính được ghi nhận ở 55,9% nam giới so với 28,6% nữ giới (Bảng 2). Nghề nông dân chiếm 56,1%, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Hà Mạnh Cường (2021) tại Hà Nội (38,5%) [8], phản ánh đặc thù kinh tế nông nghiệp của khu vực. Phân tích phân tầng theo nghề nghiệp cho thấy nông dân có xu hướng phát hiện u kích thước nhỏ hơn 3 cm ($p=0,035$, Bảng 4), có thể do tiếp xúc hóa chất nông nghiệp dẫn đến sự phát triển sớm của khối u nhỏ nhưng đa dạng về mô học [7]. Phát hiện này nhấn mạnh cần điều tra thêm về các hóa chất cụ thể (như thuốc trừ sâu, phân bón) để xây dựng chiến lược phòng ngừa tại các vùng nông nghiệp Việt Nam.

4.2. Triệu chứng lâm sàng và tác động đến chẩn đoán sớm

Tiểu máu là triệu chứng chủ đạo (65,1%) với 51,9% là tiểu máu toàn bãi, tương tự các nghiên cứu trong nước như Lê Đình Khánh (2012) (68,3%) và quốc tế như Colombel (2008) (60-70%) [4], [12]. Tuy nhiên, tỉ lệ rối loạn tiểu tiện (29,3%) và thiếu máu nhẹ (19,5%) thấp hơn so với Nguyễn Minh An và Ngô Trung Kiên (2022) (42,5% và 25%) [11], có thể do bệnh nhân tại khu vực nông thôn thường chỉ tìm đến cơ sở y tế khi triệu chứng rõ ràng như tiểu máu. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến chẩn đoán trung bình là $1,2 \pm 0,8$ tháng, với 85,4% trường hợp được phát hiện trong vòng 1 tháng, ngắn hơn so với Hứa Văn Đức (2015) ($1,5 \pm 1,1$ tháng) [9]. Phân tích phân tầng theo triệu chứng cho thấy bệnh nhân có tiểu máu toàn bãi được chẩn đoán sớm hơn ($0,9 \pm 0,6$ tháng) so với rối loạn tiểu tiện ($1,4 \pm 0,9$ tháng, $p=0,038$), phản ánh nhận thức cộng đồng về tiểu máu như một dấu hiệu nguy hiểm. Tuy nhiên, tỉ lệ thiếu máu nhẹ (19,5%) cho thấy một số bệnh nhân có thể bị chậm trễ trong chẩn đoán, đặc biệt ở nhóm ≥ 60 tuổi (25% so với 12,5% ở nhóm < 60 tuổi, $p=0,092$). Điều này gợi ý cần tăng cường giáo dục sức khỏe và sàng lọc định kỳ ở người cao tuổi tại khu vực để cải thiện phát hiện sớm [14].

4.3. Yếu tố nguy cơ và mối liên quan thống kê

Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính (51,2%), với liên quan có ý nghĩa thống kê đến triệu chứng tiểu máu (76,2% ở nhóm hút thuốc so với 35,7% ở nhóm không hút, $p=0,042$, Bảng 4). Kết quả này củng cố tài liệu của Freedman (2011), chỉ ra rằng hút thuốc lá làm tăng nguy cơ ung thư bàng quang gấp 2,5-4 lần do các chất gây ung thư trong khói thuốc [6]. So với nghiên cứu của Nguyễn Công Tâm (2019) (45,6%) [13], tỉ lệ hút thuốc lá trong nghiên cứu này cao hơn, có thể do thói quen hút thuốc phổ biến ở nam giới nông dân (số bao/năm trung bình $15,6 \pm 6,2$). Tiếp xúc hóa chất nông nghiệp (39,0%) là yếu tố nguy cơ quan trọng, đặc biệt ở nông dân (41,2% nam, 28,6% nữ), phù hợp với Saginala (2020), nhấn mạnh vai trò của thuốc trừ sâu và hóa chất nông nghiệp trong ung thư bàng quang [5]. Phân tích hồi quy logistic (dựa trên dữ liệu Bảng 4) cho thấy nông dân có nguy cơ u kích thước < 3 cm cao hơn 2,8 lần so với các nghề khác (OR=2,8, 95% CI: 1,1-7,2, $p=0,035$), gợi ý rằng các yếu tố môi trường nông nghiệp có thể thúc đẩy sự phát triển sớm của khối u. Tiền sử xạ trị vùng chậu chỉ ghi nhận ở 4,9% (đều là nữ, $p=0,027$), tương tự Burger et al. (2012), cho thấy xạ trị là yếu tố nguy cơ hiếm nhưng đáng chú ý ở nữ giới [7]. Không ghi nhận tiền sử gia đình mắc ung thư bàng quang, có thể do cỡ mẫu nhỏ hoặc thiếu dữ liệu di truyền, cần nghiên cứu thêm để đánh giá yếu tố này.

4.4. Đặc điểm khối u và yếu tố hút thuốc lá

Phần lớn khối u là u đơn độc (75,6%), kích thước <3 cm (82,9%), giai đoạn Ta (63,4%) và độ biệt hóa G1 (53,7%), phù hợp với đặc điểm ung thư bàng quang không xâm lấn cơ theo Mohammadian (2020) [3]. Tuy nhiên, tỉ lệ giai đoạn T1 (36,6%) và độ biệt hóa G3 (22,0%) cao hơn so với Nguyễn Thị Thu Trà (2024) (T1: 30,2%, G3: 18,5%) [10], cho thấy xu hướng phát hiện các khối u có nguy cơ tiến triển cao hơn tại khu vực. Phân tích phân tầng theo yếu tố nguy cơ cho thấy nhóm hút thuốc lá có tỉ lệ T1 cao hơn (42,9% so với 30,0% ở nhóm không hút, $p=0,523$), nhưng không đạt ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu nhỏ. Điều này khác với Colombel (2008) ghi nhận hút thuốc lá liên quan chặt chẽ với giai đoạn T1 và độ biệt hóa cao [4]. U ở thành bên (48,8%) và tam giác bàng quang (29,3%) là vị trí phổ biến tương tự nghiên cứu của Hà Mạnh Cường (2021) [8] nhưng u có cuống (65,9%) cao hơn so với Nguyễn Minh An (57%) [11] có thể ảnh hưởng đến kỹ thuật phẫu thuật nội soi. Các khối u T1 và G3 có nguy cơ tái phát cao (7,3% tái phát sau 1 năm, đều ở T1G3), nhấn mạnh yêu cầu theo dõi sát sao bằng nội soi bàng quang định kỳ và điều trị hỗ trợ như Doxorubicin. So với nghiên cứu quốc tế, tỉ lệ tái phát này thấp hơn, là 15-30% theo Sylvester (2006) nhưng cần thời gian theo dõi lâu hơn để đánh giá chính xác [15].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 2021-2023 làm sáng tỏ vai trò của tiểu máu như triệu chứng chủ đạo cùng với hút thuốc lá và nghề nông dân là các yếu tố nguy cơ nổi bật tại Đồng bằng sông Cửu Long. Kết quả nhấn mạnh tầm quan trọng của phát hiện sớm, giảm thiểu tác nhân môi trường và theo dõi sát bệnh nhân, góp phần xây dựng chiến lược phòng ngừa và điều trị hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021. 71(3), 209-249, doi: 10.3322/caac.21660.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018. 68(6), 394-424, doi: 10.3322/caac.21492.
3. Mohammadian M, Safari A, Bakeshei K.A, Bakeshei F.A, Asti A, *et al.* Recent patterns of Bladder Cancer Incidence and Mortality: A Global overview. *World Cancer Research Journal.* 2020. 7(e), 1464. Doi: 10.32113/wcrj_20201_1464.
4. Colombel, M., Soloway, M.S., Akaza, H., Böhle, A., Palou, J., Buckley, R., Lamm, D.L., Brausi, M.A., Witjes, J.A., & Persad, R. Epidemiology, Staging, Grading, and Risk Stratification of Bladder Cancer. *European Urology Supplements.* 2008. 7, 618-626. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eursup.2008.08.002>.
5. Saginala K, Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Padala SA, Barsouk A. Epidemiology of Bladder Cancer. *Med Sci (Basel).* 2020 Mar 13;8(1):15. doi: 10.3390/medsci8010015.
6. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *JAMA.* 2011. 306(7), 737-45, doi: 10.1001/jama.2011.1142.
7. Burger M, Catto JW, Dalbagni G, Grossman HB, Herr H, Karakiewicz P, Kassouf W, Kiemeny LA, La Vecchia C, Shariat S, Lotan Y. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer. *Eur Urol.* 2013. 63(2), 234-41, doi: 10.1016/j.eururo.2012.07.033.

8. Hà Mạnh Cường. Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi kết hợp bơm Doxorubicin tại bệnh viện Việt Đức, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2021.
 9. Hứa Văn Đức. Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo, Trường Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên. 2015.
 10. Nguyễn Thị Thu Trà, Nguyễn Quang Toàn, Nguyễn Xuân Hậu. Kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng bcg nội bàng quang tại bệnh viện k. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2024. 536(1), <https://doi.org/10.51298/vmj.v536i1.8631>.
 11. Nguyễn Minh An, Ngô Trung Kiên. Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và giai đoạn bệnh của bệnh nhân ung thư bàng quang được điều trị tại Bệnh viện Xanh Pôn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 521(1), 110-114. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v521i1.3957>.
 12. Lê Đình Khánh, Hoàng Văn Tùng, Đoàn Quốc Huy và cộng sự. Đánh giá kết quả sớm điều trị u bàng quang nông bằng cắt đốt nội soi kết hợp Doxorubicin một liều duy nhất sau mổ. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2012. 16(3), 283-288.
 13. Nguyễn Công Tâm. Kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo điều trị ung thư bàng quang nông tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, Trường Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên. 2019.
 14. Cappellini MD, Motta I. Anemia in Clinical Practice-Definition and Classification: Does Hemoglobin Change With Aging? *Semin Hematol*. 2015. 52(4), 261-9, doi: 10.1053/j.seminhematol.2015.07.006.
 15. Sylvester, R. J., van der Meijden, A. P. M., Oosterlinck, W., Witjes, J. A., Bouffieux, C., Denis, L., Newling, D. W. W., & Kurth, K. Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: A combined analysis of 2,596 patients from seven EORTC trials. *European Urology*. 2006. 49(3), 466-477. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2005.12.031>.
-