

DOI: 10.58490/ctjump.2026i97.4512

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN II, III DƯỚI 50 TUỔI

Nguyễn Trần Khánh Vân*, Lê Thanh Vũ, Tăng Kim Sơn

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: drntkvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/02/2026

Ngày phản biện: 22/4/2026

Ngày duyệt đăng: 25/4/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại tràng hiện gia tăng ở nhóm <50 tuổi do phát hiện muộn vì thiếu tầm soát. Tỷ lệ bệnh nhân trẻ nhập viện với tình trạng cấp cứu và phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn cao hơn so với nhóm ≥ 50 tuổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ung thư đại tràng giai đoạn II, III ở bệnh nhân <50 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 69 bệnh nhân <50 tuổi được chẩn đoán ung thư đại tràng giai đoạn II, III tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 7/2024 – tháng 1/2026. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ≥ 40 - <50 tuổi (66,7%). Tỷ lệ nam/nữ = 1,02. Tiền sử bệnh lý nội khoa có liên quan đến các tổn thương tiền ung thư (OR = 6,18; KTC 95%: 1,21–31,6; $p = 0,036$). Tiền sử gia đình có người thân mắc ung thư đại trực tràng ở nhóm dưới 40 tuổi (47,8%) cao hơn so với nhóm ≥ 40 - <50 tuổi (19,6%) (OR = 3,77; KTC 95%: 1,26–11,24; $p = 0,015$). Đa số phát hiện bệnh khi có triệu chứng (97,1%). Nhóm giai đoạn III có tỷ lệ thời gian chẩn đoán bệnh ≥ 3 tháng và tăng CEA máu cao hơn so với nhóm giai đoạn II (48,3% so với 22,5% và 69% so với 37,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tiền sử gia đình và bệnh lý nội khoa là các yếu tố nguy cơ đối với ung thư đại tràng ở bệnh nhân trẻ. Trì hoãn chẩn đoán và gánh nặng khối u sinh học (CEA máu) liên quan với mức độ tiến triển bệnh ở thời điểm chẩn đoán.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, trẻ tuổi, giai đoạn II-III.

ABSTRACT

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS YOUNGER THAN 50 YEARS WITH STAGE II, III COLON CANCER

Nguyen Tran Khanh Van*, Le Thanh Vu, Tang Kim Son

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: The incidence of colon cancer is increasing individuals under 50, largely due to delayed detection in the absence of screening. Young patients are more likely to present with emergency conditions and be diagnosed at more advanced stages compared to those aged ≥ 50 years. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and identify factors associated with stage II and III colon cancer in patients younger than 50 years. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 69 under 50 years old who were diagnosed with stage II or III colon cancer at Can Tho Oncology Hospital and Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from July 2024 to January 2026. **Results:** Most patients were in the 40-49 (66.7%). The male-to-female ratio was 1.02. The history of medical comorbidities was significantly associated with premalignant lesions (OR = 6.18; 95% CI: 1.21 – 31.6; $p = 0.036$). The family history of colorectal cancer was more prevalent in patients <40 (47.8%) compared to those aged

40-49 (19.6%) ($OR = 3.77$; 95% CI : 1.26–11.24; $p = 0.015$). Most cases (97.1%) were detected after the onset of symptoms. Patients with stage III disease had a significantly higher proportion of diagnostic delay (≥ 3 months) and elevated serum carcinoembryonic antigen (CEA) levels compared to those with stage II disease (48.3% vs. 22.5% and 69% vs. 37.5%, respectively, $p < 0.05$). **Conclusions:** Family history and medical comorbidities are significant risk factors for colon cancer in young patients. Diagnostic delay and tumor biological burden, reflected by serum CEA levels, are associated with disease stage at the time of diagnosis.

Keywords: Colon cancer, young patients, stage II-III.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là ung thư có tỷ lệ mắc mới xếp thứ ba và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng hàng thứ hai trên thế giới, là ung thư thường gặp xếp thứ tư tại Việt Nam [1]. Các thống kê gần đây cho thấy, trong khi tỷ lệ mắc mới ở nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi có xu hướng giảm nhờ các chương trình tầm soát, thì tỷ lệ ung thư đại trực tràng khởi phát ở bệnh nhân dưới 50 tuổi lại gia tăng trong ba thập niên gần đây. Nhiều phân tích dịch tễ học cho thấy ước tính đến năm 2030, nếu không có những biện pháp can thiệp kịp thời, tỷ lệ ung thư đại tràng sẽ tăng 90% ở người từ 20 đến 34 tuổi và 27% ở người từ 35 đến 49 tuổi [2]. Mặc dù gánh nặng bệnh tật gia tăng, việc chẩn đoán ung thư đại tràng ở bệnh nhân dưới 50 tuổi vẫn gặp nhiều thách thức do sự chủ quan của cả bệnh nhân và thầy thuốc vì thiếu các chương trình tầm soát. Chính vì thế, tỷ lệ bệnh nhân ung thư đại tràng <50 tuổi thường nhập viện với các tình trạng cấp cứu và phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn hơn so với nhóm ≥ 50 tuổi, chủ yếu giai đoạn II, III, IV [2]. Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II–III dưới 50 tuổi còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ung thư đại tràng giai đoạn II–III ở bệnh nhân dưới 50 tuổi” được thực hiện với các mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư đại tràng giai đoạn II, III ở bệnh nhân dưới 50 tuổi; 2) Khảo sát một số yếu tố liên quan ung thư đại tràng ở bệnh nhân dưới 50 tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân dưới 50 tuổi được chẩn đoán xác định ung thư đại tràng giai đoạn II, III tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 7/2024 – tháng 1/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân có kết quả sinh thiết mô bệnh học u đại tràng là ung thư biểu mô tuyến. Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn II, III theo AJCC 2018. Chỉ số toàn trạng ECOG 0 – 2. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có chống chỉ định với Capecitabine hoặc Oxaliplatin. Bệnh nhân mắc thêm ung thư khác. Bệnh nhân không tuân thủ liệu trình điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Với $\alpha = 0,05$ nên $Z (1-\alpha/2) = 1,96$; chọn $p = 0,91$ (Trong nghiên cứu chúng tôi chọn tỷ lệ bệnh nhân hoàn thành điều trị hỗ trợ theo nghiên cứu của Hoàng Đình Kính và cộng sự (2023) [1]. Tỷ lệ này là 91% nên chọn $p = 0,91$), áp dụng công thức ta có số mẫu tối thiểu là 64 bệnh nhân. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 69 đối tượng phù hợp.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, tiền sử bệnh nội khoa, tiền sử gia đình mắc ung thư đại trực tràng, tiền sử mắc tổn thương tiền ung thư.

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Thời gian mắc bệnh, lý do phát hiện bệnh, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, chỉ số toàn trạng, nồng độ CEA trước khi điều trị, vị trí u qua nội soi và hình ảnh học, giai đoạn bệnh theo giải phẫu bệnh sau mổ.

- Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm thống kê y học SPSS 26.0.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua với phiếu chấp thuận số 24.089.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là $41 \pm 6,641$ tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất ghi nhận là 16 tuổi và tuổi lớn nhất là 49 tuổi. Đa số bệnh nhân $\geq 40 - < 50$ tuổi (66,7%), gấp 2 lần bệnh nhân dưới 40 tuổi. Tỷ lệ nam nữ tương đương nhau với tỷ lệ nam/nữ = 1,02.

Bảng 1. Đặc điểm tiền sử đối tượng nghiên cứu

Tiền sử		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử bệnh lý nội khoa	Không có	54	78,3
	Tăng huyết áp	9	13
	Đái tháo đường	1	1,4
	Khác	5	7,2
Tiền sử gia đình mắc ung thư đại trực tràng	Không có	49	71
	Có (1 thế hệ)	4	5,8
	Có (≥ 2 thế hệ)	16	23,2
Tiền sử mắc tổn thương tiền ung thư	Không có	62	89,9
	Polyp đại trực tràng	7	10,1

Nhận xét: Bệnh nhân ghi nhận có tiền sử bệnh nội khoa chiếm 21,7%, trong đó tăng huyết áp thường gặp nhất. Tiền sử gia đình có người thân mắc ung thư đại trực tràng chiếm 29%, đa số là người thân ≥ 2 thế hệ. Tổn thương tiền ung thư ghi nhận nhiều nhất là polyp với 10,1%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đa số bệnh nhân phát hiện bệnh khi có triệu chứng (97,1%), chỉ ghi nhận 2 trường hợp phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ. Thời gian chẩn đoán bệnh phần lớn < 3 tháng (66,7%). Triệu chứng cơ năng đau bụng được ghi nhận ở hầu hết bệnh nhân (97,1%). Các triệu chứng cơ năng khác cũng được ghi nhận như rối loạn đi tiêu (79,7%), tiêu máu (72,5%), tiêu chảy (68,1%), táo bón (44,9%). Về triệu chứng thực thể, hầu hết đều ấn đau tại một điểm đau tùy vị trí u (97,1%). Triệu chứng thành bụng chiếm 25% trong đó đề kháng khu trú chiếm tỷ lệ cao nhất với 20,8%, cảm ứng phúc mạc 4,2% trường hợp. Bụng chướng được phát hiện qua quan sát kết hợp gõ vang chiếm 39,1%, chỉ ghi nhận 2 trường hợp sờ chạm được u qua thành bụng (2,9%). Bệnh nhân đa số có chỉ số toàn trạng ECOG 0-1 (92,8%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
CEA máu		Không tăng (≤ 5 ng/ml)	34	49,3
		Tăng (> 5 ng/ml)	35	50,7
Vị trí u	Đại tràng (P)	Manh tràng	7	10,1
		Đại tràng lên	7	10,1
		Đại tràng góc gan	15	21,7
		Đại tràng ngang 2/3 bên phải	6	8,7
		Đại tràng ngang 1/3 bên trái	2	2,9
	Đại tràng (T)	Đại tràng góc lách	4	5,8
		Đại tràng xuống	4	5,8
		Đại tràng Sigma	24	34,8

Nhận xét: Nồng độ CEA máu tăng lúc chẩn đoán chiếm 50,7%. Vị trí u khung đại tràng (P) và (T) tương đương nhau lần lượt là 50,7% và 49,3%, trong đó u đại tràng Sigma ghi nhận nhiều nhất với 34,8%.

Bảng 3. Biến chứng cấp do u

Biến chứng cấp do u	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không có	44	63,8
Viêm phúc mạc do thủng ruột	6	8,7
Tắc ruột	19	27,5

Nhận xét: Bệnh nhân nhập viện với biến chứng cấp do u chiếm 36,2%, trong đó biến chứng tắc ruột ghi nhận nhiều nhất với 27,5%; viêm phúc mạc do thủng ruột chiếm 8,7%.

Bảng 4. Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ

Giải phẫu bệnh sau mổ		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ xâm lấn u	T3	49	71
	T4	20	29
Mức độ di căn hạch	N0	40	58
	N1	19	27,5
	N2	10	14,5
Đánh giá giai đoạn	Giai đoạn II	40	58
	Giai đoạn III	29	42
Độ mô học	Vừa	54	78,5
	Kém	15	21,7

Nhận xét: Giai đoạn khối u T3 (71%) cao gấp 2,45 lần T4 (29%), không ghi nhận các giai đoạn T1, T2 trong nghiên cứu chúng tôi. Tỷ lệ bệnh nhân ghi nhận tình trạng di căn hạch chiếm 42%, trong đó giai đoạn N1 chiếm đa số với 27,5%. Bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn II cao hơn giai đoạn III (58% so với 42%). Độ mô học khối u biệt hóa vừa (78,5%) gấp 3,6 lần biệt hóa kém (21,7%).

3.3. Một số yếu tố liên quan yếu tố nguy cơ và giai đoạn bệnh

Bảng 5. Mối liên quan giữa độ tuổi chẩn đoán bệnh với tiền sử gia đình có người thân mắc ung thư đại trực tràng

Tiền sử gia đình mắc UTĐTT	< 40 tuổi	≥ 40 - < 50 tuổi	Tổng	OR (KTC 95%)	p
Có	11 (47,8%)	9 (19,6%)	20 (29%)	3,77 (1,26 – 11,24)	0,015
Không	12 (52,2%)	37 (80,4%)	49 (71%)		

Nhận xét: Tỷ lệ có tiền sử gia đình ung thư đại trực tràng ở nhóm dưới 40 tuổi 47,8%, cao hơn so với nhóm từ 40 đến dưới 50 tuổi 19,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 3,77; KTC 95%: 1,26–11,24; p = 0,015).

Bảng 6. Mối liên quan bệnh nội khoa với tổn thương tiền ung thư

Tổn thương tiền ung thư	Có bệnh nội khoa	Không bệnh nội khoa	Tổng	OR KTC95%	p
Có	4 (26,7%)	3 (5,6%)	7 (10,1%)	6,18	0,036*
Không	11 (73,3%)	51 (94,4%)	62 (89,9%)	1,21 - 31,6	

*Fisher's Exact Test

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương tiền ung thư ở nhóm có tiền sử bệnh nội khoa 26,7% cao hơn so với nhóm không có bệnh nội khoa 5,6%. Do có ô có tần số kỳ vọng nhỏ, kiểm định Fisher được thực hiện và cho kết quả có ý nghĩa (OR = 6,18; KTC 95%: 1,21–31,6; p = 0,036).

Bảng 7. Một số yếu tố liên quan đến giai đoạn bệnh

Đặc điểm		Giai đoạn III	Giai đoạn II	Tổng	OR (KTC 95%)	p
Thời gian chẩn đoán	≥ 3 tháng	14 (48,3%)	9 (22,5%)	23 (33,3%)	3,22	0,025
	< 3 tháng	15 (51,7%)	31 (77,5%)	46 (66,7%)	(1,13 – 9,09)	
Tăng CEA	Có	20 (69%)	15 (37,5%)	35 (50,7%)	3,7	0,010
	Không	9 (31%)	25 (62,5%)	34 (49,3%)	(1,34 – 10,21)	
Biến chứng cấp	Có	13 (44,8%)	12 (30%)	25 (36,2%)	1,896	0,206
	Không	16 (55,2%)	28 (70%)	44 (63,8%)	(0,7 – 5,13)	

Nhận xét: Tỷ lệ thời chẩn đoán bệnh ≥ 3 tháng và tăng CEA máu trong nhóm giai đoạn III cao hơn so với nhóm giai đoạn II, lần lượt là 48,3% so với 22,5% và 69% so với 37,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05), nhóm giai đoạn III có tỷ lệ biến chứng cấp 44,8% cao hơn so với nhóm giai đoạn II 30%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $41 \pm 6,641$ tuổi; tỷ lệ bệnh nhân ≥ 40 - <50 tuổi gấp 2 lần bệnh nhân <40 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Đình Kính và cộng sự (2023), trong đó độ tuổi trung bình là 43 tuổi và tỷ lệ bệnh nhân ≥ 40 - <50 tuổi chiếm 70,4% [3]. Phân bố dịch tễ này phù hợp với các báo cáo từ Hiệp hội Ung Thư Hoa Kỳ cho thấy gánh nặng ung thư đại tràng đang dịch chuyển dần sang nhóm <50 tuổi, trong đó nhóm 45–49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất [4].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ bằng nhau (1,02), tương đồng với nghiên cứu tổng quan của Kyrochristou và cộng sự trên 29 bài báo khoa học ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng <50 tuổi cũng ghi nhận tỷ lệ giới tính gần như bằng nhau (nam giới là 52,69% và nữ giới là 47,31%) [5]. Kết quả này củng cố thêm cơ sở cho khuyến cáo hạ độ tuổi tầm soát xuống 45 tuổi cho cả hai giới, thay vì chỉ tập trung vào nam giới hoặc bắt đầu tầm soát từ 50 tuổi như các hướng dẫn trước đây.

Về tiền sử bệnh, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu không có bệnh lý nội khoa đi kèm; nhóm có tiền sử bệnh nội khoa chiếm 21,7%, trong đó tăng huyết áp là bệnh lý thường gặp nhất. Tiền sử gia đình có người thân mắc ung thư đại trực tràng chiếm 29%, đa số ghi nhận ở ≥ 2 thế hệ kết quả này tương đồng với báo cáo từ sáng kiến Delphi về các nghiên cứu tổng quan ghi nhận khoảng 28% bệnh nhân trẻ tuổi có tiền sử gia đình mắc bệnh ung

thu đại trực tràng [7]. Tiền sử tổn thương tiền ung thư chủ yếu là polyp đại trực tràng với tỷ lệ 10,1%. Các đặc điểm này cho thấy ở nhóm bệnh nhân dưới 50 tuổi, khai thác tiền sử cá nhân và tiền sử gia đình vẫn cần được thực hiện có hệ thống vì đây là cơ sở định hướng nguy cơ và chỉ định tầm soát sớm.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Về lâm sàng, đa số bệnh nhân được chẩn đoán khi đã có triệu chứng (97,1%), trong khi chỉ có 2 trường hợp được phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ; thời gian chẩn đoán phần lớn <3 tháng (66,7%). Các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau bụng (97,1%), rối loạn đi tiêu (79,7%) và tiêu máu (72,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Đình Kính ghi nhận 98,7% bệnh nhân được chẩn đoán khi đã có triệu chứng lâm sàng, trong đó đau bụng là triệu chứng nhập viện thường gặp nhất [3].

Triệu chứng thực thể thường gặp là bụng chướng ghi nhận qua quan sát kết hợp gõ vang (39,1%), phù hợp với tỷ lệ biến chứng cấp do u ghi nhận đến 36,2%, chủ yếu là tắc ruột (27,5%). Mặc dù đa số bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG 0–1 (92,8%), tuy nhiên tỷ lệ biến chứng cấp do u chiếm hơn 1/3. Điều này gợi ý rằng bệnh nhân trẻ có thể thể trạng tương đối tốt dù bệnh đã có các biểu hiện triệu chứng rõ rệt, điều này dẫn đến bệnh nhân trẻ thường có tâm lý chủ quan và làm tăng tỷ lệ biến chứng cấp do u.

Về cận lâm sàng, 50,7% bệnh nhân có CEA tăng tại thời điểm chẩn đoán. Phân bố vị trí u tương đối đồng đều giữa đại tràng phải và đại tràng trái, lần lượt là 50,7% và 49,3%; trong đó đại tràng sigma chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Siegel ghi nhận vị trí u ở bệnh nhân <50 tuổi phổ biến nhất ở đại tràng sigma và trực tràng, đồng thời tỷ lệ ung thư đại tràng phải cũng có xu hướng tăng hơn so với trước đây [4].

Giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy đa số trường hợp đã xâm lấn tại chỗ, tại vùng với giai đoạn u T3 chiếm 71% và 42% có di căn hạch. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn II cao hơn giai đoạn III (58% so với 42%). Độ mô học chủ yếu là biệt hóa vừa (78,5%), tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Đình Kính ghi nhận độ biệt hóa vừa chiếm 61,5% [3]. Kết quả này cho thấy mặc dù nhiều bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn tiến triển tại chỗ - tại vùng, đặc điểm mô học biệt hóa vừa vẫn chiếm ưu thế, tạo cơ sở cho việc điều trị đa mô thức nhằm cải thiện tiên lượng.

4.3. Một số yếu tố liên quan yếu tố nguy cơ và giai đoạn bệnh.

Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử bệnh nội khoa và sự hiện diện của tổn thương tiền ung thư, chủ yếu là polyp đại trực tràng. Bệnh nhân dưới 50 tuổi có bệnh lý nội khoa có nguy cơ ghi nhận tổn thương tiền ung thư cao gấp 6,18 lần so với nhóm không có bệnh lý nội khoa (OR = 6,18; KTC 95%: 1,21–31,6; p = 0,036). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu gần đây nhấn mạnh vai trò của hội chứng chuyển hóa, bao gồm béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu, đối với sự hình thành u tuyến ở người trẻ thông qua cơ chế viêm mạn tính, tăng insulin máu và rối loạn tín hiệu IGF-1 [6].

Về tiền sử gia đình, nghiên cứu ghi nhận 29% bệnh nhân có người thân mắc ung thư đại trực tràng, tương đồng với báo cáo từ sáng kiến Delphi trên các nghiên cứu tổng quan, trong đó khoảng 28% bệnh nhân ung thư đại trực tràng trẻ tuổi có tiền sử gia đình mắc bệnh [7]. Phân tích theo nhóm tuổi cho thấy tỷ lệ có tiền sử gia đình mắc ung thư đại trực tràng ở nhóm <40 tuổi là 47,8%, cao hơn nhóm ≥40 - <50 tuổi là 19,6% (OR = 3,77; p = 0,015). Kết quả này phù hợp với nhận định rằng tỷ lệ đột biến di truyền tăng khi tuổi chẩn đoán càng trẻ, nhất là trong các hội chứng di truyền như hội chứng Lynch và các đột biến dòng mầm. Các khuyến cáo gần đây đề xuất xem xét tư vấn và xét nghiệm di truyền cho tất cả

bệnh nhân ung thư đại trực tràng <50 tuổi [7]. Hiện nghiên cứu của chúng tôi còn nhiều hạn chế do cỡ mẫu nhỏ và thiếu điều kiện tầm soát các nguy cơ di truyền từ đầu cho bệnh nhân.

Thời gian chẩn đoán bệnh ≥ 3 tháng có liên quan với giai đoạn III, với OR = 3,22 (KTC 95%: 1,13–9,09; p = 0,025). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tổng quan của Xiaoying (2025), ghi nhận trung vị thời gian chẩn đoán ở bệnh nhân <50 tuổi là 128 ngày, cao hơn nhóm ≥ 50 tuổi là 79 ngày; đồng thời tỷ lệ bệnh nhân <50 tuổi được phát hiện ở giai đoạn III–IV là 63%, cao hơn nhóm ≥ 50 tuổi là 52% [2]. Sự chậm trễ chẩn đoán ở bệnh nhân trẻ có thể liên quan đến tâm lý chủ quan của người bệnh, biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu và việc chưa phổ biến các chương trình tầm soát thường quy cho nhóm tuổi này.

Tăng CEA máu cũng liên quan có ý nghĩa với giai đoạn III (OR = 3,7; KTC 95%: 1,34–10,21; p = 0,010), phù hợp với bằng chứng cho thấy CEA là chỉ dấu phản ánh gánh nặng khối u và tình trạng di căn hạch. Điều này có thể giải thích do ở giai đoạn III, tế bào ung thư đã xâm lấn vào hệ bạch huyết và hạch vùng, làm gia tăng tổng lượng tế bào ác tính phóng thích CEA vào hệ tuần hoàn [8]. Biểu chứng cấp có tỷ lệ cao hơn ở nhóm giai đoạn III so với giai đoạn II (44,8% so với 30%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,206), có thể liên quan đến cỡ mẫu còn hạn chế và phân bố số trường hợp biến chứng chưa đủ lớn để chứng minh khác biệt.

V. KẾT LUẬN

Ung thư đại tràng ở bệnh nhân < 50 tuổi phần lớn tập trung ở độ tuổi ≥ 40 - <50, có mối liên quan với tiền sử gia đình. Phần lớn bệnh nhân phát hiện bệnh khi đã có triệu chứng rõ rệt làm gia tăng các biến chứng cấp do u và giai đoạn bệnh. Thời gian chẩn đoán bệnh muộn và tăng CEA máu có mối liên quan với giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Laversanne M., Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024. 1-35. DOI: 10.3322/caac.21834.
2. Mi X., Zheng P., Wu X. Differential analysis of early-onset and late-onset colorectal cancer based on multidimensional evidence integration: a review. *Cancer Control.* 2025. (32), 1–12, DOI:10.1177/10732748251363337.
3. Hoàng Đình Kính, Lâm Phương Nam, Trần Vĩnh Thọ, Trần Thị Ngọc Mai, Nguyễn Thị Diệu Thúy. Ung thư đại trực tràng ở người trẻ: Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023. (525), 353–358.
4. Siegel R.L., Wagle N.S., Cercek A., Smith R.A., Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin.* 2023. 73(3), 233–254, DOI:10.3322/caac.21772.
5. Kyrochristou I.D., Lianos G.D., Kyrochristou G.D., Georvasili V., Tatsis V., *et al.* Early-onset colorectal cancer in patients younger than 50 years: a systematic review of the literature. *Ann Gastroenterol.* 2025. 38(4), 364–379, DOI:10.20524/aog.2025.0977.
6. Danial D., Youssef E.D., Mokhtari B.M., Abureesh M., Mokhtari B.M., *et al.* Risk factors of young-onset colorectal cancer: analysis of a large population-based registry. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2022. 2022:3582443, <https://doi.org/10.1155/2022/3582443>.
7. Cavestro G.M., Mannucci A., Balaguer F., Hampel H., Kupfer S.S., *et al.* Delphi Initiative for Early-Onset Colorectal Cancer (DIRECT) International Management Guidelines. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023. 21(3), 581–603.e33. DOI:10.1016/j.cgh.2022.12.006.
8. Kılıç Ö., Gültekin Y., Biri İ., Yılmaz A.U. The prognostic factors on survival rates for patients with stage II–III colon cancer. *Turk J Colorectal Dis.* 2021. 31, 122–128. Doi:10.4274/tjcd.galenos.2020.2020-3-3.