

Nghiên cứu gốc

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH BỆNH UNG THƯ TẠI KHOA NỘI A1, BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT GIAI ĐOẠN 2019 – 2023

Lê Thị Mai Hương^{1*}, Lâm Thị Hiền¹, Trương Văn Trị¹, Lưu Thanh Bình¹

1. Khoa Điều trị Cán bộ cao cấp, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: Lê Thị Mai Hương ✉ maihuong681982@gmail.com

TÓM TẮT: Khảo sát tỷ lệ các loại ung thư, giai đoạn bệnh, và phương pháp điều trị tại Khoa Nội A1, Bệnh viện Thống Nhất trong giai đoạn 2019-2023; đánh giá kết quả điều trị ban đầu bệnh ung thư. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 192 BN ung thư nhập viện điều trị nội trú và ngoại trú tại Khoa Nội A1 từ tháng 1/2019 đến 12/2023. Ung thư tiền liệt tuyến (29,2%) và đại trực tràng (22,4%) là hai loại phổ biến nhất. Trong điều trị, 68,2% BN được áp dụng từ hai phương pháp trở lên, với phẫu thuật và hóa trị là các phương pháp phổ biến nhất. Tỷ lệ BN điều trị muộn (giai đoạn III-IV) thấp (11,5%), với 52,6% BN ổn định sau điều trị và tỷ lệ tử vong 20,8%. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc cao nhất ở ung thư tiền liệt tuyến và đại trực tràng. Điều trị đa mô thức góp phần quan trọng trong ổn định bệnh, với tỷ lệ điều trị muộn thấp và kết quả điều trị khả quan.

Từ khóa: Ung thư, điều trị đa mô thức, điều trị muộn.

SURVEY ON THE SITUATION OF CANCER AT INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT A1, THONG NHAT HOSPITAL IN THE PERIOD OF 2019 – 2023

Le Thi Mai Huong, Lam Thi Hien, Truong Van Tri, Luu Thanh Binh

ABSTRACTS: To survey the prevalence of cancer types, disease stages, and treatment methods in Department A1, Thong Nhat Hospital, from 2019 to 2023, and to evaluate initial cancer treatment outcomes. A cross-sectional descriptive study was conducted on 192 cancer patients admitted for inpatient and outpatient treatment in Department A1 from January 2019 to December 2023. Prostate cancer (29.2%) and colorectal cancer (22.4%) were the most common types. In terms of treatment, 68.2% of patients received two or more treatment modalities, with surgery and chemotherapy being the most frequently applied methods. The proportion of patients receiving late treatment (stage III-IV) was low (11.5%), with 52.6% of patients stable after treatment and a mortality rate of 20.8%. The study highlights the highest prevalence in prostate and colorectal cancer. Multimodal treatment plays a crucial role in stabilizing patients, with a low rate of late treatment and positive treatment outcomes.

Keywords: Cancer, multimodal treatment, late-stage treatment

1. 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, lợi ích của việc áp dụng những tiến bộ của y học trong phát hiện sớm giúp người bệnh ung thư tránh được tử vong, kéo dài thời gian sống còn.

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 BN ung thư khám và điều trị khi bệnh đã ở giai đoạn muộn [1, 3].

Khoa Nội A1 bệnh viện Thống Nhất là khoa nội tổng hợp gồm phòng khám A1 và khoa Điều trị nội trú (ĐTCBCC), đối tượng chủ yếu là nam giới cao tuổi đa bệnh lý nguy cơ cao, hàng năm tiếp nhận điều trị BN ung thư tương đối nhiều. Việc tầm soát, phát hiện ung thư sớm trong nhiều năm qua giúp phát hiện, kiểm soát và chữa khỏi cho rất nhiều trường hợp. Việc đi sâu nghiên cứu đánh giá tỉ lệ mắc bệnh ung thư tại khoa nội A1 giúp có cái nhìn tổng quan về mô hình bệnh tật để có cơ sở xây dựng kế hoạch tầm soát ung thư sớm cho tất cả đối tượng BN khoa A1, là cơ sở khoa học cho Khoa có kế hoạch xây dựng cơ sở vật chất, kỹ thuật, chế độ cho nhân viên y tế (NVYT) trong công tác điều trị chăm sóc đối tượng ung thư tại khoa nội A1 nhằm giúp nâng cao chất lượng điều trị và giảm thiểu các nguy cơ rủi ro cho NVYT.

Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

- + Khảo sát tỷ lệ các loại ung thư, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị tại khoa Nội A1 trong giai đoạn năm 2019 -2023
- + Khảo sát kết quả điều trị ban đầu bệnh ung thư tại khoa.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

BN ung thư được nhập viện điều trị nội

trú/ngoại trú tại Khoa Nội A1, Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023

* Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN được chẩn đoán xác định ung thư đang được điều trị nội trú/ ngoại trú tại Khoa Nội A1, Bệnh viện Thống Nhất. 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

* Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án của BN thiếu thông tin quan trọng như loại ung thư, giai đoạn ung thư, phương pháp điều trị, thời gian điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu nghiên cứu là toàn bộ BN ung thư điều trị nội trú tại Khoa Nội A1, Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2023

- Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ BN nhập viện điều trị nội trú/ ngoại trú trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính,

- Tiền sử: tiền sử hút thuốc lá, tiền sử uống rượu, tiền sử bệnh mạn tính khác

- Đặc điểm bệnh ung thư:

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

+ Giai đoạn ung thư: phân giai đoạn theo TNM của AJCC [5].

- Điều trị muộn ung thư: Là trường hợp BN điều trị lần đầu khi ung thư giai đoạn III-IV

- 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.
- Kết quả điều trị:
 - + Đang điều trị
 - + Đã điều trị ổn định
 - + Tái phát
 - + Chuyển viện
 - + Bỏ trị
 - + Tử vong

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu thu thập sẽ được tổng hợp bằng phần mềm Excel. Sau đó, số liệu được kiểm tra, mã hóa và làm sạch dữ liệu trên phần mềm Stata 16.0

3. KẾT QUẢ

Qua thời gian thống kê từ 1/2019 – 12/2023 tại phòng khám A1, chúng tôi thống kê 192 BN cao tuổi đến khám và ghi nhận tỷ lệ như sau:

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	60 – 69	32	16,7
	70 – 79	70	36,5
	≥ 80	90	46,9
	X ± SD	78,46 ± 8,50	
Giới	Nam	183	95,3
	Nữ	9	4,7

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 8,46 ± 8,50 tuổi, trong đó nhóm tuổi ≥ 80 chiếm tỷ lệ cao nhất 46,9%, tiếp theo là từ 70 – 79 tuổi với tỷ lệ 36,5%. Nam chiếm đa số với tỷ lệ 95,3%.

3.2. Phân loại ung thư, giai đoạn ung thư

Bảng 2. Tỷ lệ các loại ung thư

Loại ung thư	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đại trực tràng	43	22,4
Vú	2	1,0
Phổi	33	17,2
Gan	13	6,8
Tuyến giáp	12	6,3
Dạ dày	8	4,2
Tiền liệt tuyến	56	29,2
Đường mật	2	1,0
Thực quản	5	2,6
Thận	4	2,1
Tụy	6	3,1
Bàng quang	4	2,1
Da	1	0,5
Đại tràng + Tiền liệt tuyến	1	0,5

Ung thư tiền liệt tuyến và ung thư đại trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (29,2% và 22,4%). Các loại ung thư khác chiếm tỷ lệ rất thấp. Có 1 BN (0,5%) mắc 2 loại ung thư là đại trực tràng và tiền liệt tuyến.

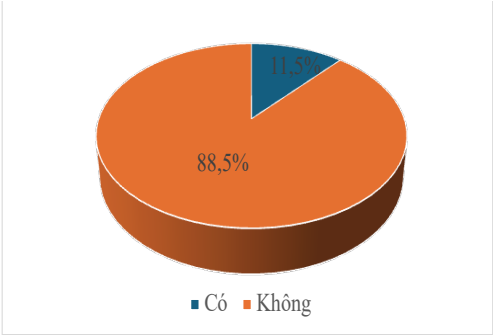
3.3. Phương pháp điều trị ung thư

Bảng 3. Phương pháp điều trị ung thư

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số phương pháp	Không điều trị	30	15,6
	1 phương pháp	31	16,1
	2 phương pháp	72	37,5
	3 phương pháp	33	17,2
	4 phương pháp	19	9,9
	≥ 5 phương pháp	7	3,6

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp	Hóa trị	86	44,8
	Nội tiết	38	19,8
	Phẫu thuật	127	66,1
	Xạ trị	35	18,2
	Điều trị đích	34	17,7
	Chăm sóc giảm nhẹ	44	22,9
	Đa mô thức	162	84,4

BN điều trị từ 2 phương pháp trở lên chiếm tỷ lệ cao 68,2%. BN điều trị bằng 1 phương pháp chiếm tỷ lệ thấp 16,1%. Có tới 15,6% BN không điều trị gì. Trong các phương pháp điều trị thì phẫu thuật và hóa trị là hai phương pháp được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 66,1% và 44,8.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ BN điều trị muộn

BN điều trị muộn ung thư chiếm tỷ lệ thấp 11,5%.

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 5. Kết quả điều trị ung thư		
Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đang điều trị	27	14,1
Ổn định	101	52,6
Tái phát	20	10,4
Chuyển viện	0	0
Bỏ điều trị	4	2,1
Tử vong	40	20,8

Đánh giá kết quả điều trị, có tới 52,6% BN ổn định tại thời điểm nghiên cứu . Tiếp theo là BN tử vong với tỷ lệ 20,8%. BN tái phát và đang điều trị chiếm tỷ lệ thấp hơn 14,1% và 10,4%. Bn bỏ điều trị chiếm tỷ lệ rất thấp 2,1%.

4. BÀN LUẬN

Phân tích dữ liệu từ 192 BN điều trị tại Khoa Nội A1 từ năm 2019 đến 2023 cho thấy tỷ lệ mắc các loại ung thư cụ thể và phương pháp điều trị đa dạng. Kết quả thống kê ghi nhận hai loại ung thư phổ biến nhất là ung thư tiền liệt tuyến (29,2%) và ung thư đại trực tràng (22,4%). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác về mô hình bệnh tật ung thư ở người cao tuổi, ung thư tiền liệt tuyến và đại trực tràng là hai bệnh ung thư phổ biến ở nam giới lớn tuổi, đặc biệt ở các nước phát triển. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc hai loại ung thư này ngày càng tăng, đặc biệt ở nhóm tuổi cao, do dân số già hóa và gia tăng các yếu tố nguy cơ như thói quen ăn uống, lối sống ít vận động, và tiền sử gia đình [6].

Phân tích cho thấy có sự đa dạng trong số lượng phương pháp điều trị được áp dụng cho BN ung thư tại Khoa Nội A1. Kết quả nghiên cứu ghi nhận rằng đa phần BN (68,2%) được điều trị từ hai phương pháp trở lên, với nhóm điều trị từ ba phương pháp chiếm tỷ lệ 17,2% và từ bốn phương pháp trở lên chiếm 9,9%. Việc áp dụng đa mô thức trong điều trị ung thư, đặc biệt đối với các trường hợp phát hiện ở giai đoạn muộn, đã được chứng minh là có khả năng nâng cao tỷ lệ sống sót và kiểm soát tốt hơn đối với BN. Theo một nghiên cứu trên *Lancet Oncology*, áp dụng điều trị đa mô thức (phẫu thuật kết hợp với hóa trị, xạ trị hoặc điều trị đích) có tác dụng tích cực, giúp kéo dài thời gian sống sót và giảm thiểu nguy cơ tái phát ở nhiều loại ung thư. Đặc biệt, đối với các BN cao tuổi, đa mô thức giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị mà vẫn đảm bảo an toàn, giảm thiểu tác dụng phụ không mong muốn[7]. Trong nghiên cứu này, phẫu thuật là phương pháp điều trị phổ biến nhất, chiếm 66,1% các trường hợp, tiếp theo là hóa trị với tỷ lệ 44,8%. Xạ trị và điều trị nội tiết cũng chiếm tỷ lệ tương đối cao, lần lượt là 18,2% và 19,8. Việc lựa chọn phẫu thuật là phương pháp chính trong điều trị là hợp lý, đặc biệt khi BN ung thư ở giai đoạn khu trú và có thể can thiệp để loại bỏ khối u chính. Theo các tài liệu, phẫu thuật là phương pháp điều trị được ưu tiên trong các trường hợp ung

thư giai đoạn sớm ở nhiều loại ung thư, bao gồm cả ung thư đại trực tràng và tiền liệt tuyến[8]. Nghiên cứu khác trên CA: *A Cancer Journal for Clinicians* cũng cho thấy rằng hóa trị và điều trị đích có vai trò quan trọng trong kiểm soát ung thư giai đoạn tiến triển hoặc di căn. Hóa trị giúp tiêu diệt các tế bào ung thư còn sót lại sau phẫu thuật và ngăn ngừa nguy cơ tái phát, trong khi điều trị đích có thể nhắm vào các tế bào ung thư một cách cụ thể hơn, giảm thiểu tác động lên các mô lành[9, 10].

Một vấn đề quan trọng khác được đề cập trong nghiên cứu là tỷ lệ BN điều trị muộn (giai đoạn III-IV), chiếm 11,5%. Điều trị muộn làm giảm đáng kể hiệu quả điều trị và là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tỷ lệ tử vong cao. Đối với ung thư, phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm có thể cải thiện đáng kể tỷ lệ sống sót, do b BN có nhiều lựa chọn điều trị và cơ hội loại bỏ hoàn toàn khối u cao hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ điều trị muộn tại Khoa Nội A1 vẫn còn thấp hơn so với một số nghiên cứu quốc tế, điều này cho thấy sự tiến bộ trong việc phát hiện sớm và can thiệp kịp thời trong bối cảnh chăm sóc y tế tại Việt Nam. Nghiên cứu của Min Y. và cộng sự (2022) chỉ ra rằng điều trị muộn ở các BN ung thư, đặc biệt là các BN lớn tuổi hoặc những người có bệnh lý nền, dẫn đến giảm tỷ lệ sống sót do khối u đã lan rộng và khó kiểm soát. Để giảm tỷ lệ điều trị muộn, các chương trình tầm soát định kỳ cần được thực hiện thường xuyên, đặc biệt là cho các đối tượng có nguy cơ cao[11].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ BN đạt trạng thái ổn định sau điều trị chiếm 52,6%, phản ánh một kết quả điều trị tích cực cho BN ung thư trong điều kiện hiện tại của bệnh viện. Các yếu tố góp phần vào kết quả này bao gồm phương pháp điều trị đa mô thức (84,4% BN sử dụng hai phương pháp trở lên) và việc áp dụng các phác đồ điều trị hiện đại, hiệu quả. Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu chiếm 10,4%, cho thấy một thách thức lớn trong việc điều trị triệt để ung thư ở giai đoạn muộn. Việc điều trị đa mô thức giúp giảm thiểu nguy cơ tái phát nhưng không thể loại bỏ hoàn toàn. Các yếu tố liên quan đến tái phát có thể bao gồm giai đoạn bệnh khi điều trị ban đầu, sự tuân thủ điều trị của BN, và tình trạng bệnh lý nền.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc cao nhất ở ung thư tiền liệt tuyến và đại trực tràng.

Điều trị đa mô thức góp phần quan trọng trong ổn định bệnh, với tỷ lệ điều trị muộn thấp và kết quả điều trị khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y t. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu. Quyết định số1514/QĐ-BYT. 2020.
- [2] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(3):209-49. Epub 2021/02/05. doi: 10.3322/caac.21660. PubMed PMID: 33538338.
- [3] Tô Minh N, Châu Tấn Đ, Lâm Thanh H, Võ Huỳnh N. 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 t. 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 thứ10 (ICD-10), tập 1. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2015.
- [5] American Joint Committee on C. Cancer Staging Systems. 2022.
- [6] Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(1):7-33. Epub 2021/01/13. doi: 10.3322/caac.21654. PubMed PMID: 33433946.
- [7] Fokas E, Glynne-Jones R, Appelt A, Beets-Tan R, Beets G, Haustermans K, et al. Outcome measures in multimodal rectal cancer trials. *The Lancet Oncology*. 2020;21(5):e252-e64. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30024-3.
- [8] Wilkinson N, Zuckerman R. Surgical Oncology for the General Surgeon. *The Surgical clinics of North America*. 2020;100(3):xv-xvi. Epub 2020/05/14. doi: 10.1016/j.suc.2020.04.001. PubMed PMID: 32402310.
- [9] Tsimberidou AM. Targeted therapy in cancer. *Cancer chemotherapy and pharmacology*. 2015;76(6):1113-32. Epub 2015/09/24. doi: 10.1007/s00280-015-2861-1. PubMed PMID: 26391154; PubMed Central PMCID: PMC4998041.
- [10] Rajagopal PS, Nipp RD, Selvaggi KJ. Chemotherapy for advanced cancers. *Annals of Palliative Medicine*. 2014;3(3):203-28.
- [11] Min Y, Liu Z, Huang R, Li R, Jin J, Wei Z, et al. Survival outcomes following treatment delays among patients with early-stage female cancers: a nationwide study. *Journal of translational medicine*. 2022;20(1):560. Epub 2022/12/04. doi: 10.1186/s12967-022-03719-7. PubMed PMID: 36463201; PubMed Central PMCID: PMC9719121.