

CHARACTERISTICS OF NEWLY DIAGNOSED CANCER PATIENTS AT CA MAU GENERAL HOSPITAL IN 2023-2024

Huynh Ngoc Linh^{1*}, Nguyen The Tan¹, Chau Tan Dat², LamThanh Hoa²

¹*Ca Mau Medical College - 146 Nguyen Trung Truc, Ly Van Lam ward, Ca Mau province, Vietnam*

²*Ca Mau General Hospital - 16 Hai Thuong Lang Ong, Tan Thanh ward, Ca Mau province, Vietnam*

Received: 05/8/2025

Revised: 13/8/2025; Accepted: 07/9/2025

ABSTRACT

Objective: To identify the types of cancer, the proportion of late-diagnosed cases, and associated factors at Ca Mau General Hospital from 2023 to 2024.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 995 patients newly diagnosed with cancer from January 2023 to December 2024. Data were collected from the hospital's management system. Univariate and multivariate analyses were performed using STATA 18.0 to identify associated factors.

Results: The most common cancer types were breast cancer (26.5%), lung cancer (21.21%), liver and biliary tract cancer (20.68%), and colorectal cancer (19.07%). The proportion of late-diagnosed cancer cases was 65.63%. Logistic regression analysis identified factors associated with increased odds of late diagnosis, including rural residence (OR = 2.46, 95% CI: 1.33-4.74), education below high school level (OR = 1.43, 95% CI: 1.15-2.74), income less than 5 million VND/month (OR = 1.61, 95% CI: 1.21-2.31), delayed time from symptom onset to medical consultation (OR = 1.42, 95% CI: 1.15-2.36), lack of regular health check-ups (OR = 1.62, 95% CI: 1.24-2.42), and delayed diagnosis by healthcare facilities (OR = 1.53, 95% CI: 1.11-2.23).

Conclusion: The most frequently diagnosed cancers at Ca Mau General Hospital were breast, bronchopulmonary, hepatobiliary, and colorectal cancers, with a high rate of late diagnosis at Ca Mau General Hospital. Key risk factors for late diagnosis included rural residence, education below high school level, low income (< 5 million VND/month), delayed consultation after symptom onset, lack of regular health check-ups, and delayed diagnosis by healthcare facilities.

Keywords: Cancer, late-diagnosed cancer, associated factors.

*Corresponding author

Email: drlinhcm78@gmail.com **Phone:** (+84) 918601231 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i5.3090**



ĐẶC ĐIỂM NGƯỜI BỆNH UNG THƯ MỚI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU NĂM 2023-2024

Huỳnh Ngọc Linh*, Nguyễn Thế Tân¹, Châu Tấn Đạt², Lâm Thanh Hoa²

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau - 146 Nguyễn Trung Trực, phường Lý Văn Lâm, tỉnh Cà Mau, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Cà Mau - 16 Hải Thượng Lãn Ông, phường Tân Thành, tỉnh Cà Mau, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/8/2025

Ngày chỉnh sửa: 13/8/2025; Ngày duyệt đăng: 07/9/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các loại ung thư, tỷ lệ ung thư được chẩn đoán muộn và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2023-2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 995 bệnh nhân mới được chẩn đoán xác định từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2024, dữ liệu được thu thập từ hệ thống quản lý bệnh viện. Phân tích đơn biến và đa biến được thực hiện bằng STATA 18.0 để xác định các yếu tố liên quan.

Kết quả: Các loại bệnh ung thư thường gặp là ung thư vú (26,5%), phế quản phổi (21,21%), gan mật (20,68%), đại trực tràng (19,07%). Tỷ lệ ung thư được chẩn đoán muộn là 65,63%. Sau khi phân tích hồi quy logistic, các yếu tố liên quan làm tăng chênh lệch chẩn đoán muộn bao gồm: người bệnh ở nông thôn (OR = 2,46, KTC95%: 1,33-4,74), trình độ dưới trung học phổ thông (OR = 1,43, KTC95%: 1,15-2,74), thu nhập dưới 5 triệu đồng/tháng (OR = 1,61, KTC95%: 1,21-2,31), thời gian phát hiện triệu chứng đến khi khám muộn (OR = 1,42, KTC95%: 1,15-2,36), không khám định kỳ (OR = 1,62, KTC95%: 1,24-2,42) và chẩn đoán muộn của cơ sở y tế (OR = 1,53, KTC95%: 1,11-2,23).

Kết luận: Các loại ung thư thường gặp là vú, phế quản phổi, gan mật, đại trực tràng; tỷ lệ chẩn đoán muộn vẫn còn khá cao tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau. Các yếu tố nguy cơ chủ yếu liên quan đến ung thư chẩn đoán muộn là người bệnh ở nông thôn, trình độ dưới trung học phổ thông, thu nhập dưới 5 triệu đồng/tháng, thời gian phát hiện triệu chứng đến khi khám muộn, không khám định kỳ, chẩn đoán muộn của cơ sở y tế.

Từ khóa: Ung thư, ung thư chẩn đoán muộn, các yếu tố liên quan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ung thư ngày càng gia tăng và điều trị muộn ung thư trở thành mối lo ngại của nhiều người. Đặc biệt, cần lưu ý đến tỷ lệ ung thư giai đoạn muộn còn cao và các yếu tố ảnh hưởng đến điều trị muộn như quan niệm sai lệch về bệnh, thiếu kiến thức, trì hoãn điều trị và chẩn đoán muộn từ cơ sở y tế. Các nghiên cứu cũng cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ mắc các loại ung thư giữa các vùng miền và giới tính. Theo GLOBOCAN (2021), các loại ung thư phổ biến nhất ở Việt Nam là ung thư gan, phổi, vú, dạ dày và đại trực tràng [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Hà và cộng sự (2017-2019) tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội ghi nhận tuổi ≥ 40 chiếm 85% [2]; và các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng tuổi càng cao, nguy cơ mắc ung thư càng tăng. Nghiên cứu của Trần Đình Phương và cộng sự (2024) tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư đại trực tràng là 61,9% [3]. Cập nhật thông tin và đánh giá tình hình mới nhất về đặc điểm người bệnh ung thư mới được chẩn đoán tại bệnh viện, từ đó có cơ sở khoa học để xây dựng kế hoạch

đầu tư cơ sở vật chất, kỹ thuật, nguồn nhân lực y tế phù hợp, góp phần nâng cao hiệu quả công tác phòng chống ung thư tại địa phương. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm cung cấp cơ sở khoa học với các mục tiêu sau: (1) Xác định tỷ lệ các loại bệnh ung thư và ung thư phát hiện muộn ở người bệnh mới được chẩn đoán tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau giai đoạn 2023-2024; (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng ung thư phát hiện muộn ở người bệnh mới được chẩn đoán tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau giai đoạn 2023-2024.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2024 tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh ung thư mới được chẩn đoán.

*Tác giả liên hệ

Email: drlinhcm78@gmail.com Điện thoại: (+84) 918601231 [Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i5.3090](https://doi.org/10.52163/yhc.v66i5.3090)

- Tiêu chí chọn mẫu: người bệnh mới được chẩn đoán ung thư tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2023-2024.
- Tiêu chí loại trừ: hồ sơ bệnh án của người bệnh ung thư thiếu thông tin cần thiết.

2.4. Cỡ mẫu

Lấy trọn mẫu trong 2 năm, từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2024.

2.5. Biến số nghiên cứu

- 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 [4]. Phân loại ung thư theo 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) [5].

Giai đoạn ung thư: phân giai đoạn theo TNM của Ủy ban Ung thư Liên hợp Hoa Kỳ (AJCC) [6].

- Đặc điểm mẫu nghiên cứu: chẩn đoán ra viện người bệnh mắc ung thư và phân giai đoạn muộn hoặc không, các biến số liên quan như nhóm tuổi, giới tính, địa chỉ, thu nhập, thời gian phát hiện, khám định kỳ, chẩn đoán muộn...

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Phương pháp chọn mẫu: từ phần mềm quản lý bệnh viện (<https://yte-camau.vnptthis.vn/>) của Bệnh viện Đa khoa Cà Mau, chúng tôi xuất dữ liệu ra Excel và chọn những người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư. Chọn mẫu toàn bộ, khảo sát tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý và phân tích số liệu: nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.02 và thống kê số liệu bằng phần mềm STATA 18.0; đo lường mối liên quan bằng chỉ số OR; phân tích đa biến bằng hồi qui logistic. Các thống kê có ý nghĩa khi giá trị $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua và được sự cho phép của Hội đồng Y đức Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau.

Thông tin của người bệnh tham gia nghiên cứu được giữ bí mật. Các đối tượng tự nguyện đồng ý tham gia vào nghiên cứu, được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n = 995)

| Đặc điểm | | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|-----------------------|--------------|-----------|
| Địa chỉ | Nông thôn | 802 | 80,60 |
| | Thành thị | 193 | 19,40 |
| Giới tính | Nam | 561 | 56,38 |
| | Nữ | 434 | 43,62 |
| Nhóm tuổi | < 40 | 37 | 3,72 |
| | 40-49 | 115 | 11,56 |
| | 50-59 | 204 | 20,50 |
| | ≥ 60 | 639 | 64,22 |
| Trình độ học vấn | < Trung học phổ thông | 798 | 80,20 |
| | ≥ Trung học phổ thông | 197 | 19,80 |
| Thu nhập | < 5 triệu đồng/tháng | 446 | 44,82 |
| | ≥ 5 triệu đồng/tháng | 549 | 55,18 |
| Thời gian bắt đầu có triệu chứng đến khi phát hiện bệnh | < 3 tháng | 316 | 31,75 |
| | 3 đến dưới 6 tháng | 287 | 28,84 |
| | 6 đến dưới 12 tháng | 298 | 29,94 |
| | ≥ 12 tháng | 94 | 9,44 |
| Tái khám định kỳ | Có | 300 | 30,24 |
| | Không | 695 | 69,76 |
| Chẩn đoán muộn do cơ sở y tế | Có | 327 | 32,86 |
| | Không | 668 | 67,14 |

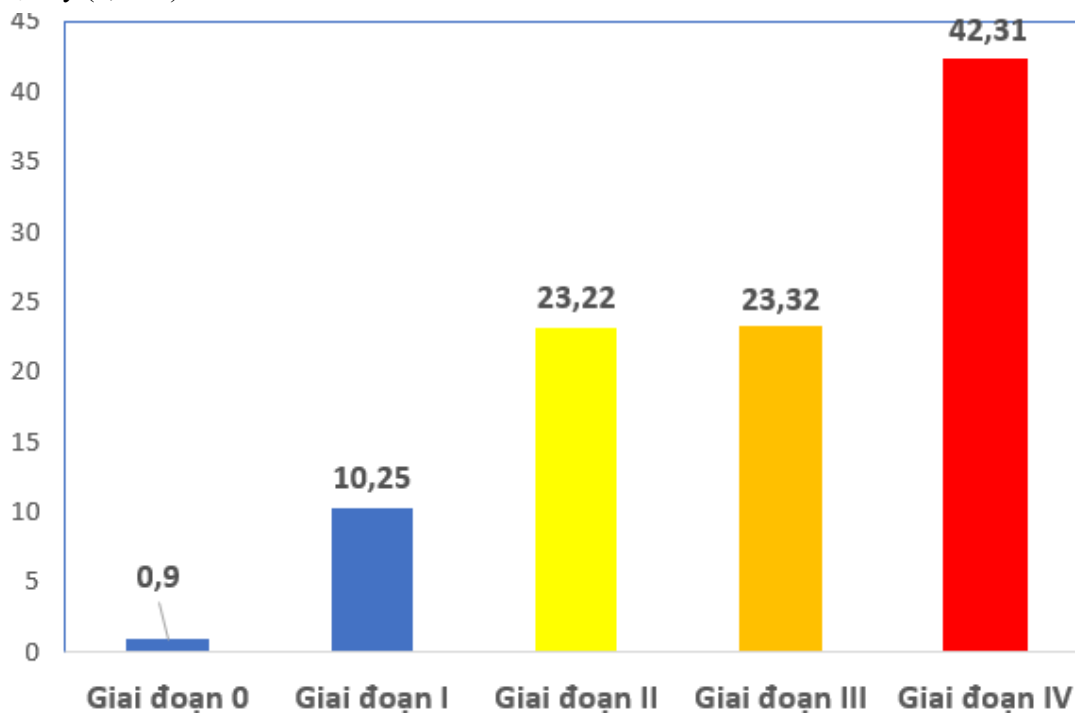
Đa số bệnh nhân (80,6%) đến từ nông thôn, là nam giới (56,38%), không tái khám định kỳ (35,79%) và chẩn đoán muộn do cơ sở y tế (16,79%).

3.2. Tỷ lệ loại ung thư, các giai đoạn ung thư và các yếu tố liên quan

Bảng 2. Tỷ lệ các loại ung thư

| Loại ung thư | Giới tính | | Chung (n = 995) |
|------------------|---------------|--------------|-----------------|
| | Nam (n = 561) | Nữ (n = 434) | |
| Tiền liệt tuyến | 42 (7,49%) | - | 42 (4,22%) |
| Phân phụ | - | 61 (14,06%) | 61 (6,13%) |
| Đại trực tràng | 107 (19,07%) | 74 (17,05%) | 181 (18,19%) |
| Gan mật | 116 (20,68%) | 33 (7,60%) | 149 (14,97%) |
| Tuyến giáp | 8 (1,43%) | 41 (9,45%) | 49 (4,92%) |
| Phế quản phổi | 119 (21,21%) | 55 (12,67%) | 174 (17,49%) |
| Tai mũi họng | 46 (8,20%) | 8 (1,84%) | 54 (5,43%) |
| Thực quản-dạ dày | 83 (14,80%) | 21 (4,79%) | 104 (10,45%) |
| Vú | 115 (26,5%) | - | 115 (26,50%) |
| Khác | 39 (6,95%) | 27 (6,22%) | 66 (6,63%) |

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%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các giai đoạn ung thư

Bảng 3. Mối liên quan giữa một số yếu tố và giai đoạn ung thư

| Đặc điểm | | Giai đoạn muộn | | OR [KTC95%] | p | OR _{HC} [KTC95%] | p* |
|-----------|---------------------|----------------|--------------|------------------|----------|---------------------------|----------|
| | | Có | Không | | | | |
| Địa chỉ | Nông thôn (n = 802) | 561 (69,95%) | 241 (30,05%) | 2,55 (1,83-3,56) | < 0,0001 | 2,46 (1,33-4,74) | < 0,0001 |
| | Thành thị (n = 193) | 92 (47,67%) | 101 (52,33%) | | | | |
| Giới tính | Nam (n = 561) | 359 (63,99%) | 202 (36,01%) | - | 0,21 | - | - |
| | Nữ (n = 434) | 294 (67,74%) | 140 (32,26%) | | | | |

| Đặc điểm | | Giai đoạn muộn | | OR [KTC95%] | P | OR _{HC} [KTC95%] | p* |
|--|-------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|-------|------------------------------|-------|
| | | Có | Không | | | | |
| Nhóm tuổi | < 40 tuổi (n = 37) | 19 (51,35%) | 18 (48,65%) | - | 0,1 | - | - |
| | 40-49 tuổi (n = 115) | 70 (60,87%) | 45 (39,13%) | | | | |
| | 50-59 tuổi (n = 204) | 130 (63,73%) | 74 (36,27%) | | | | |
| | ≥ 60 tuổi (n = 639) | 434 (67,92%) | 205 (32,08%) | | | | |
| Trình độ học vấn | < THPT (n = 798) | 543 (68,05%) | 255 (31,95%) | 1,68 (1,21-2,34) | 0,001 | 1,43 (1,15-2,74) | 0,001 |
| | ≥ THPT (n = 197) | 110 (55,84%) | 87 (44,16%) | | | | |
| Thu nhập | < 5 triệu/tháng (n = 446) | 312 (69,96%) | 134 (30,04%) | 1,42 (1,07-1,87) | 0,01 | 1,61 (1,21-2,31) | 0,01 |
| | ≥ 5 triệu/tháng (n = 549) | 341 (62,11%) | 208 (37,89%) | | | | |
| Thời gian bắt đầu có triệu chứng đến khi phát hiện bệnh | < 3 tháng (n = 316) | 182 (57,59%) | 134 (42,41%) | 1,35 (1,04-2,43) | 0,02 | 1,42 (1,15-2,36) | 0,02 |
| | 3 đến < 6 tháng (n = 287) | 185 (64,46%) | 102 (35,52%) | | | | |
| | 6 đến < 12 tháng (n = 298) | 210 (70,47%) | 88 (29,53%) | | | | |
| | ≥ 12 tháng (n = 94) | 76 (80,85%) | 18 (19,15%) | | | | |
| Khám định kỳ | Có (n = 300) | 216 (72,00%) | 84 (28,00%) | 1,51 (1,12-2,06) | 0,005 | 1,62 (1,24-2,42) | 0,005 |
| | Không (n = 695) | 437 (62,88%) | 258 (37,12%) | | | | |
| Chẩn đoán muộn của cơ sở y tế | Có (n = 327) | 231 (70,64%) | 96 (29,36%) | 1,40 (1,04-1,88) | 0,02 | 1,53 (1,11-2,23) | 0,02 |
| | Không (n = 668) | 422 (63,17%) | 246 (36,83%) | | | | |

Phát hiện ung thư giai đoạn muộn phổ biến hơn ở khu vực nông thôn (69,95%) so với thành thị (47,67%). Trình độ học vấn dưới trung học phổ thông (68,05%) và thu nhập thấp dưới 5 triệu đồng/tháng (69,96%) cũng liên quan đến phát hiện muộn. Thời gian trì hoãn chẩn đoán trên 12 tháng làm tăng tỷ lệ này lên 80,85%. Việc không tái khám định kỳ (72%) và chẩn đoán muộn từ cơ sở y tế (70,64%) đều góp phần làm tăng tỷ lệ phát hiện ung thư ở giai đoạn muộn.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân ung thư đến từ khu vực nông thôn (80,6%), điều này phản ánh sự bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế giữa khu vực nông thôn và thành thị, một vấn đề thường gặp ở các nước đang phát triển. Tỷ lệ nam giới mắc ung thư

(56,38%) cao hơn nữ giới (43,62%), phù hợp với nhiều nghiên cứu dịch tễ học về ung thư trên thế giới, có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ khác nhau giữa hai giới như hút thuốc lá, tiếp xúc với hóa chất độc hại trong công việc. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (63,9%), điều này hoàn toàn phù hợp với quy luật ung thư thường gặp ở người lớn tuổi do sự tích lũy các đột biến gen và suy giảm chức năng hệ miễn dịch theo thời gian. Trình độ học vấn dưới trung học phổ thông chiếm đa số (80,2%), điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận thông tin về phòng ngừa và điều trị ung thư, cũng như tuân thủ điều trị. Mặc dù hơn một nửa số bệnh nhân có thu nhập ≥ 5 triệu đồng/tháng (55,18%), nhưng vẫn còn một bộ phận đáng kể gặp khó khăn về tài chính, ảnh hưởng đến khả năng chi trả cho các phương pháp điều trị ung thư tốn kém. Đáng lo ngại là thời gian từ khi bắt đầu có triệu chứng đến khi phát hiện bệnh còn

kéo dài, với gần 70% bệnh nhân phát hiện bệnh sau 3 tháng, điều này cho thấy sự cần thiết của việc tăng cường tầm soát và nâng cao nhận thức về các dấu hiệu sớm của ung thư trong cộng đồng.

4.2. Tỷ lệ các loại ung thư trong nghiên cứu

Nghiên cứu này phân tích phân bố các loại ung thư theo giới tính trên 995 bệnh nhân. Các loại ung thư phổ biến nhất bao gồm phế quản phổi (17,49%), đại trực tràng (18,19%), gan mật (14,97%) và thực quản-dạ dày (10,45%). Ở nam giới, ung thư phế quản phổi chiếm ưu thế (21,21%), tiếp theo là gan mật (20,68%), đại trực tràng (19,07%). Ở nữ giới, ung thư phần phụ phổ biến nhất (14,06%), sau đó là phế quản phổi (12,67%) và đại trực tràng (17,05%). Ung thư tiền liệt tuyến chỉ gặp ở nam (7,49%), ung thư vú chỉ gặp ở nữ (26,5%). So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga (2019) [8], Nguyễn Mạnh Tuấn [9], Quách Trọng Đức [7] cho thấy sự tương đồng về tỷ lệ ung thư đại trực tràng, ung thư phổi, nhưng có sự khác biệt về ung thư gan, dạ dày [7-9]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân số, vị trí địa lý và thời gian nghiên cứu khác nhau.

4.3. Tỷ lệ ung thư chẩn đoán muộn trong nghiên cứu

Theo kết quả ở biểu đồ 1, bệnh nhân ung thư giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất (42,31%) và giai đoạn III (23,32%), tỷ lệ giai đoạn III và IV là 65,63% cho thấy phần lớn bệnh nhân đến khám và điều trị khi bệnh đã ở giai đoạn muộn. Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn II (23,22%), trong khi giai đoạn I chỉ chiếm 10,25%. Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn 0 (giai đoạn rất sớm) là rất thấp (0,9%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga (2019) tại Hà Nội về ung thư phổi cho thấy tỷ lệ ung thư phổi giai đoạn muộn (III-IV) là 91,5% (20,3% giai đoạn III và 71,2% giai đoạn IV) [8]. Nghiên cứu của Lê Tuấn Anh và cộng sự ở Trung tâm Ung bướu Chợ Rẫy cũng chỉ ra rằng phần lớn bệnh nhân ung thư phổi được phát hiện ở giai đoạn III và IV với tỷ lệ tương ứng là 38,8% và 50,3% [10]. Điều này có thể do sự khác biệt về loại ung thư, thời gian nghiên cứu, tiêu chuẩn chẩn đoán, và quần thể nghiên cứu. Việc phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn có thể làm giảm hiệu quả điều trị và tăng chi phí chăm sóc sức khỏe. Do đó, cần có các biện pháp can thiệp để nâng cao nhận thức cộng đồng về ung thư, tăng cường tầm soát và cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, nhằm phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm hơn.

4.4. Các yếu tố liên quan đến ung thư chẩn đoán muộn trong nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân đến từ nông thôn điều trị muộn là 69,95%, cao hơn so với thành thị (47,67%), với OR = 2,55 (KTC 95%: 1,83-3,56, $p < 0,0001$). Điều này có thể do sự khác biệt về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và thông tin ở khu vực nông thôn. Về giới tính, tỷ lệ nam giới điều trị muộn là 63,99%, so với nữ giới là 67,74%. Nghiên cứu của Trần Đình Phương và cộng sự (2025) cũng cho thấy tỷ lệ nam giới mắc ung thư đại trực tràng

cao hơn nữ giới, nhưng không đề cập đến giai đoạn điều trị [3]. Tỷ lệ phát hiện muộn có xu hướng tăng theo độ tuổi, từ 51,35% ở nhóm < 40 tuổi lên 67,92% ở nhóm ≥ 60 tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,1$). Tỷ lệ bệnh nhân có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông điều trị muộn là 68,05%, so với từ trung học phổ thông trở lên là 55,84%, với OR = 1,68 (KTC 95%: 1,21-2,34, $p = 0,001$). Điều này cho thấy học vấn có thể ảnh hưởng đến nhận thức và hành vi tìm kiếm điều trị sớm. Với yếu thu nhập, người bệnh có thu nhập dưới 5 triệu đồng/tháng điều trị muộn là 69,96%, so với ≥ 5 triệu đồng/tháng là 62,11%, với OR = 1,42 (KTC 95%: 1,07-1,87, $p = 0,01$).

Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phát hiện bệnh cho thấy tỷ lệ điều trị muộn tăng lên khi thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phát hiện bệnh kéo dài, từ 57,59% (dưới 3 tháng) lên 80,85% (trên 12 tháng). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy với OR = 1,42, KTC 95%: 1,15-2,36 sau mỗi 3 tháng chậm trễ phát hiện bệnh khi có triệu chứng thì tăng mức chênh lệch ung thư phát hiện muộn gấp 1,42 lần sau khi hiệu chỉnh các yếu tố. Tỷ lệ bệnh nhân không tái khám định kỳ điều trị muộn là 62,88%, so với tái khám định kỳ là 72% với OR = 1,51 (KTC 95%: 1,12-2,06, $p = 0,005$). Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tái khám định kỳ trong phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Hơn nữa, tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán muộn bởi cơ sở y tế là 70,64%, so với không chẩn đoán muộn là 63,17%, với OR = 1,40 (KTC 95%: 1,04-1,88, $p = 0,02$).

4.5. Phân tích đa biến

Sau khi điều chỉnh các yếu tố qua mô hình hồi quy logistic, nghiên cứu cho thấy nguy cơ ung thư chẩn đoán muộn tăng đáng kể ở những người bệnh ở nông thôn (OR = 2,46, KTC 95%: 1,33-4,74), trình độ dưới trung học phổ thông (OR = 1,43, KTC 95%: 1,15-2,74), thu nhập dưới 5 triệu/tháng (OR = 1,61, KTC 95%: 1,21-2,31), thời gian phát hiện triệu chứng đến khi khám muộn (OR = 1,42, KTC95: 1,15-2,36), không khám định kỳ (OR = 1,62, KTC 95%: 1,24-2,42), chẩn đoán muộn của cơ sở y tế (OR = 1,53, KTC 95%: 1,11-2,23), các giá trị p đều $< 0,01$; trong khi các yếu tố về giới tính và nhóm tuổi vẫn không có ý nghĩa thống kê sau điều chỉnh. Điều này nhấn mạnh rằng yếu tố chủ yếu ảnh hưởng đến nguy cơ ung thư chẩn đoán muộn là do người bệnh ở nông thôn, trình độ dưới trung học phổ thông, thu nhập dưới 5 triệu/tháng, thời gian phát hiện triệu chứng đến khi khám muộn, không khám định kỳ, chẩn đoán muộn của cơ sở y tế, từ đó đòi hỏi các chiến lược can thiệp sớm và phù hợp nhằm giảm thiểu giai đoạn muộn khi phát hiện bệnh.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 2 năm 2023 và 2024, tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau có 995 người bệnh ung thư mới được chẩn đoán; thường gặp ung thư vú (26,5%), phế quản

phổi (21,21%), gan mật (20,68%), đại trực tràng (19,07%). Tỷ lệ ung thư chẩn đoán muộn là 34,03% (661 ca), cho thấy phát hiện bệnh ung thư muộn vẫn còn khá cao.

Sau khi phân tích hồi quy logistic, các yếu tố liên quan đến ung thư chẩn đoán muộn gồm: người bệnh ở nông thôn (OR = 2,46, KTC 95%: 1,33-4,74), trình độ dưới trung học phổ thông (OR = 1,43, KTC 95%: 1,15-2,74), thu nhập dưới 5 triệu/tháng (OR = 1,61, KTC 95%: 1,21-2,31), thời gian phát hiện triệu chứng đến khi khám muộn (OR = 1,42, KTC95: 1,15-2,36), không khám định kỳ (OR = 1,62, KTC 95%: 1,24-2,42) và chẩn đoán muộn của cơ sở y tế (OR = 1,53, KTC 95%: 1,11-2,23).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Globocan. The International Agency for Research on Cancer 2020-2021, 2021.
- [2] Nguyễn Thị Ngọc Hà và 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, 2020, 519: 242-250.
- [3] Trần Đình Phương và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2025, 28 (1): 19-29.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] American Joint Committee on Cancer. Cancer Staging Systems, 2022. <https://www.facs.org/quality-programs/cancer-programs/american-joint-committee-oncancer/cancer-staging-systems>.
- [7] Quách Trọng Đức, Nguyễn Trường Kỳ. Đặc điểm nội soi và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng: Nghiên cứu loạt ca trên 1033 trường hợp. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2015, 19 (1): 114 -118.
- [8] Nguyễn Thị Nga và cộng sự. Một số đặc điểm dịch tễ và mô bệnh học ung thư phổi tại Hà Nội năm 2015-2019. Tạp chí Y học Cộng đồng, 2023, 64 (3): 84-89 .
- [9] 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.
- [10] Lê Tuấn Anh, Nguyễn Ngọc Bảo Hoàng. Đặc điểm lâm sàng và điều trị của 1158 bệnh nhân ung thư phổi tại Trung tâm Ung bướu Chợ Rẫy. Tạp chí Y học thực hành, 2023, 878 (8): 20-22.

