

SOME EPIDEMIOLOGICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LUNG CANCER IN HANOI IN 2015-2019

Nguyen Thi Nga¹, Le Thi Vu Huyen², Nguyen Thi Thu Thuy², Tran Thi Thanh Huong²,
Pham Tuong Van^{2,*}

¹Vietstar Company - 109 To Hieu, Nguyen Trai, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 26/01/2023

Revised 24/02/2023; Accepted 01/04/2023

ABSTRACT

Objective: The study aimed to describe some epidemiological and histopathological characteristics of lung cancer in Hanoi from 2015 to 2019. **Methods:** Retrospective study. Data were recorded from 30 hospitals in Hanoi according to the principles of organization of population cancer registration recommended by the International Agency for Research on Cancer (IARC) from January 1, 2015 to December 31, 2019. The total number of disease stages (n=966) and histopathology (n=1351) were recorded.

Results: The disease was mainly detected at the late stage (71.2% were stage IV and 20.3% were stage III). The rate of stage IV lung cancer was highest in both urban and suburban areas. However, the urban area (74.9 %) was higher than the suburban area (69.0%). From stage 0 to III, the suburbs were higher than the urban area. According to histopathology results, adenocarcinoma had the highest rate (60.5%) and was higher in females than in males (79.4% vs. 53.7%). Small and squamous cell lung cancer was more common among males (11.6% and 14.5%) than in females (1.1% and 5.4%).

Conclusions: Lung cancer was found late, so the mortality rate was high. Therefore, it was necessary to strengthen screening and early detection of lung cancer in people at risk to help choose appropriate interventions to inhibit cellular activities and improve the patient's quality of life.

Keywords: Histopathology, epidemiology, lung cancer, Hanoi.

*Corresponding author

Email address: phamtuongvan@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 915 252 869

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i3.646>

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ PHỔI TẠI HÀ NỘI NĂM 2015 - 2019

Nguyễn Thị Nga¹, Lê Thị Vũ Huyền², Nguyễn Thị Thu Thủy², Trần Thị Thanh Hương²,
Phạm Tường Vân^{2,*}

¹Công ty Vietstar - 109 Tô Hiệu, Đường Nguyễn Trãi, quận Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

²Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 26 tháng 01 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 24 tháng 02 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 01 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm về dịch tễ và mô bệnh học bệnh ung thư phổi tại Hà Nội năm 2015 – 2019.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu. Số liệu ghi nhận từ 30 bệnh viện tại Hà Nội theo các nguyên tắc tổ chức Ghi nhận ung thư quần thể do Viện Nghiên cứu Ung thư quốc tế (IARC) khuyến cáo 01/01/2015 đến 31/12/2019. Tổng số ghi nhận giai đoạn bệnh (n=966) và mô bệnh học (n=1351)

Kết quả: Bệnh phát hiện chủ yếu ở giai đoạn muộn (71,2% giai đoạn IV và 20,3% là giai đoạn III). Tỷ lệ mắc ung thư phổi giai đoạn IV cao nhất cả khu vực nội thành và ngoại thành, tuy nhiên khu vực nội thành (74,9 %) cao hơn ngoại thành (69,0%). Từ giai đoạn 0 đến III khu vực ngoại thành cao hơn nội thành. Theo kết quả giải phẫu mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến có tỷ lệ cao nhất (60,5%) và ở nữ cao hơn nam (79,4% với 53,7%). Ung thư phổi loại tế bào nhỏ và biểu mô vảy chủ yếu ở nam giới (11,6% và 14,5%) cao hơn so với nữ giới (1,1% và 5,4%).

Kết luận: Ung thư phổi được phát hiện vào giai đoạn muộn nên tỷ lệ tử vong cao, do vậy cần tăng cường tầm soát, phát hiện sớm ung thư phổi trên đối tượng người có nguy cơ sẽ giúp lựa chọn biện pháp can thiệp phù hợp nhằm ức chế hoạt động tế bào và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Mô bệnh học, dịch tễ học, ung thư phổi, Hà Nội.

*Tác giả liên hệ

Email: phamtuongvan@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 915 252 869

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i3.646>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo GLOBOCAN 2020, toàn thế giới số ca mắc mới ung thư phổi (UTP) đã tăng lên 2,2 triệu ca và 1,8 triệu ca tử vong [1]. Ung thư phổi là bệnh tiến triển nhanh, tiên lượng kém, và thường được phát hiện muộn [2]. Về biểu mô học, ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm tới 85% trong tổng số ca ung thư phổi [3]. Ở nhiều nước phát triển, số ca mắc mới ung thư phổi đang có xu hướng chững lại hoặc giảm dần, chủ yếu là kết quả của các chính sách kiểm soát thuốc lá [4]. Ở Việt Nam, từ năm 2000 trở đi đã có nhiều chính sách, chiến lược phòng chống thuốc lá được áp dụng, tuy nhiên các kết quả đạt được lại rất hạn chế [2]. Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm của Việt Nam giai đoạn 2015 – 2025 đã đưa ra mục tiêu là “Nâng cao năng lực và hiệu quả trong dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường... và các bệnh không lây nhiễm khác”. Để xây dựng các chính sách và phân bổ các nguồn lực một cách hợp lý trong phòng chống bệnh tật, các số liệu về dịch tễ và mô bệnh học có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Nhằm cung cấp dữ liệu quan trọng trong việc xây dựng các chiến lược phòng chống ung thư phổi một cách hiệu quả, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: 1) Mô tả một số đặc điểm mô bệnh học của người bệnh ung thư phổi tại Hà Nội trong giai đoạn 2015-2019 và 2) Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học của người bệnh ung thư phổi tại Hà Nội trong giai đoạn 2015-2019.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2021 đến tháng 6/2022

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng bộ dữ liệu từ đơn vị ghi nhận ung thư Hà Nội, đặt tại Viện Ung thư Quốc gia, Bệnh viện K.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế theo phương pháp nghiên cứu hồi cứu. Số liệu ghi nhận từ 30 bệnh viện công và tư tại thành phố Hà Nội, theo các nguyên tắc tổ chức Ghi nhận ung thư quần thể do Viện Nghiên cứu Ung thư quốc tế (IARC) khuyến cáo, bao gồm: Xác định rõ ranh giới địa lý của quần thể sẽ tiến hành ghi nhận, dựa theo phân chia địa

lý quốc gia tại thời điểm 01/01/2015 đến 31/12/2019 và các địa phương được tiến hành ghi nhận phải có số liệu chi tiết về dân số mới.

Ghi nhận ung thư là việc thu thập, ghi nhận các ca mắc, hoặc các ca tử vong và thông tin có liên quan một cách có hệ thống liên tục, rồi tiến hành lưu trữ, phân tích, phiên giải dữ liệu, phổ biến và phản hồi lại kết quả [5]. Công cụ thu thập số liệu là mẫu phiếu nghiên cứu được xây dựng dựa trên mẫu phiếu ghi nhận ung thư Hà Nội của Viện Ung thư Quốc gia, Bệnh viện K.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định lần đầu là ung thư phổi trong khoảng thời gian từ 01/01/2015 đến 31/12/2019.

- Địa chỉ thường trú tại Hà Nội.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp còn nghi ngờ về chẩn đoán: u chưa rõ bản chất, ranh giới giữa u lành và u ác.

- Ung thư phổi là thứ phát

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Tất cả đối tượng phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đều được tiếp cận và tuyển chọn. Tổng số ghi nhận giai đoạn bệnh (n=966) và mô bệnh học (n=1351).

Chọn mẫu

Để đảm bảo ghi nhận tối đa các trường hợp mắc ung thư phổi theo tiêu chuẩn nghiên cứu, hồ sơ bệnh án của bệnh nhân ung thư phổi tại tất cả các cơ sở y tế công lập và tư nhân trên địa bàn Hà Nội có khám và điều trị ung thư phổi đều được rà soát và thu thập thông tin.

2.5. Công cụ thu thập số liệu và các chỉ số đánh giá

- Công cụ thu thập số liệu là mẫu phiếu nghiên cứu được xây dựng dựa trên mẫu phiếu ghi nhận ung thư Hà Nội của Viện Ung thư Quốc gia, Bệnh viện K.

- Đặc điểm tế bào học: theo ICD-O 3rd edition [6]

- Tỷ suất mắc mới ung thư phổi chuẩn hóa theo tuổi theo phương pháp chuẩn hóa trực tiếp

(Phân bố dân số Hà Nội từ năm 2015 đến 2019 được tính toán dựa vào dân số Hà Nội và tham chiếu với phân bố chuẩn thế giới).

Công thức tính:

$$ASR = \frac{\sum_{i=1}^A aiwi}{\sum_{i=1}^A wi}$$

Trong đó:

a_i là tỉ suất mắc đặc trưng (AspR) ở lớp tuổi i

$$(AspR = \frac{\text{Số người mắc ung thư phổi ở lớp tuổi } i}{\text{Tổng số người ở lớp tuổi } i})$$

w_i là dân số chuẩn trong lớp tuổi i

A số nhóm tuổi

2.6. Phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, xử lý và phân tích trên phần mềm Stata 15.0 và MS Excel. Sử dụng các thuật toán thống kê thông thường để tính giá trị trung bình và tỷ lệ %. Sự khác nhau trong tỷ lệ giúp đưa ra nhận định về xu hướng hoặc đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Phân tích các kết quả sàng lọc phát hiện sớm làm cải thiện chất lượng điều trị.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân ung thư phổi tại Hà Nội 2015 - 2019

Bảng 1. Phân bố tỷ lệ ung thư phổi theo giai đoạn bệnh tại Hà Nội năm 2015 - 2019 (n=966)

Giai đoạn bệnh	Số BN	Tỉ lệ %
Giai đoạn 0	6	0,6
Giai đoạn I	20	2,1
Giai đoạn II	56	5,8
Giai đoạn III	196	20,3
Giai đoạn IV	688	71,2
Tổng	966	100

Nhận xét:

Trong 966 ca ung thư phổi ghi nhận được giai đoạn

bệnh, chủ yếu bệnh phát hiện ở giai đoạn muộn (71,2% giai đoạn IV và 20,3% là giai đoạn III). Giai đoạn 0 có tỷ lệ thấp nhất (0,6%) và giai đoạn I (2,1%).

Bảng 2. Phân bố tỉ lệ ung thư phổi theo giai đoạn mắc và khu vực tại Hà Nội năm 2015- 2019 (n=966)

Giai đoạn	Nội thành		Ngoại thành	
	Số ca mắc	Tỉ lệ (%)	Số ca mắc	Tỉ lệ (%)
0	2	0,6	4	0,7
I	4	1,1	16	2,7
II	19	5,2	37	6,1
III	66	18,2	130	21,6
IV	272	74,9	416	69,0
Tổng	363	100	603	100

Nhận xét:

Bảng 2 cho thấy tỉ lệ mắc ung thư phổi giai đoạn IV cao nhất cả khu vực nội thành và ngoại thành, tuy nhiên khu

vực nội thành (74,9 %) cao hơn khu vực ngoại thành (69,0%). Giai đoạn 0 và I là thấp nhất cho cả hai khu vực (dưới 3 %). Từ giai đoạn 0 đến III nhìn chung ngoại thành cao hơn nội thành.

3.2. Một số đặc điểm mô bệnh học bệnh nhân ung thư phổi tại Hà Nội năm 2015 - 2019

Bảng 3. Phân bố ung thư phổi theo đặc điểm mô bệnh học tại Hà Nội năm 2015 - 2019

Đặc điểm mô bệnh học		Nam		Nữ		Chung	
		n	%	n	%	n	%
Ung thư biểu mô tế bào nhỏ		116	11,6	4	1,1	120	8,9
Ung thư biểu mô không tế bào nhỏ	Ung thư biểu mô tế bào lớn	7	0,7	1	0,3	8	0,6
	Ung thư biểu mô vảy	144	14,5	19	5,4	163	12,1
	Ung thư biểu mô tuyến	535	53,7	282	79,4	817	60,5
	Ung thư biểu mô tuyến-vảy	81	8,1	14	3,9	95	7,0
Một số mô bệnh học hiếm gặp khác		113	11,3	35	9,9	148	11,0
Tổng		996	100,0	355	100,0	1351	100,0

Nhận xét:

Trong tổng số 1351 ca ung thư phổi có kết quả giải phẫu mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến có tỉ lệ cao nhất (60,5%) và ở nữ cao hơn nam (79,4% với 53,7%). Ung thư phổi loại tế bào nhỏ và biểu mô vảy chủ yếu ở nam giới (11,6% và 14,5%) cao hơn so với nữ giới (1,1% và 5,4%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân ung thư phổi tại Hà Nội năm 2015 - 2019

Phân bố ung thư phổi theo giai đoạn bệnh:

Nghiên cứu này ghi nhận được các bệnh nhân ung thư phổi tại Hà Nội giai đoạn 2015 – 2019 khi được chẩn đoán chủ yếu là giai đoạn muộn, với tỉ lệ giai đoạn mắc giai đoạn 3 và giai đoạn 4 lần lượt là 20,3% và 71,2%. Theo nghiên cứu tại 5 bệnh viện ung thư lớn nhất tại Việt Nam, tỉ lệ ung thư phổi giai đoạn I, II, III, IV và chưa rõ lần lượt là 1%, 4%, 19%, 55% và 21% [2]. Nghiên cứu của Lê Tuấn Anh và CS ở Trung tâm Ung bướu Chợ Rẫy chỉ ra rằng phần lớn bệnh nhân được phát hiện tập trung ở giai đoạn III và IV với tỉ lệ tương ứng là 38,8% và 50,3% [7]. Các bệnh nhân ung thư phổi được chẩn đoán phần lớn ở giai đoạn muộn, nguyên nhân là do ung thư phổi khó chẩn đoán sớm và bệnh tiến triển nhanh. Việc chẩn đoán bệnh ở giai đoạn muộn không những giảm tỉ lệ chữa khỏi bệnh, giảm thời gian sống thêm mà còn gây tổn kém rất lớn về mặt kinh tế, bởi khi bệnh ở giai đoạn tiến triển/di căn sẽ cần phối hợp nhiều phương

pháp điều trị hơn, và chi phí cho các phương pháp điều trị đó đều còn quá cao so với thu nhập bình quân của người dân Việt Nam. Tại Việt Nam hiện vẫn chưa có các hướng dẫn hay chương trình sàng lọc ung thư phổi. Việc áp dụng chụp cắt lớp vi tính liều thấp cho sàng lọc ung thư phổi hiện vẫn chưa thể làm được do thiếu thiết bị, cơ sở hạ tầng, chuyên gia, khó khăn trong vận chuyển, và tài chính. Sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp chỉ được thực hiện ở một số bệnh viện tư hoặc bệnh viện hạng I [8].

Phân bố ung thư phổi theo khu vực: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc ung thư phổi giai đoạn IV cao nhất cả khu vực nội thành và ngoại thành, tuy nhiên khu vực nội thành (74,9 %) cao hơn khu vực ngoại thành (69,0%). Từ giai đoạn 0 đến III nhìn chung ngoại thành cao hơn nội thành. Tuy nhiên dữ liệu ghi nhận còn một số giá trị chưa thống kê được cho nên việc khẳng định khả năng tiếp cận dịch vụ y tế trong chẩn đoán, phát hiện bệnh ở hai khu vực còn khó khăn. Tại Trung tâm Ung bướu Chợ Rẫy nghiên cứu cho thấy khi phát hiện bệnh, có khoảng 40% bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ đã có di căn và không còn khả năng phẫu thuật hoặc hóa xạ trị đồng thời [7]

4.2 Mô tả một số đặc điểm mô bệnh học bệnh nhân ung thư phổi tại Hà Nội 2015 - 2019

Nghiên cứu cho thấy tại Hà Nội theo giải phẫu mô bệnh học hay gặp nhất là ung thư phổi loại không tế bào nhỏ biểu mô tuyến (60,5%) và biểu mô tuyến vảy (7%). Theo số liệu từ 5 bệnh viện ung thư lớn nhất Việt Nam, khoảng hơn 80% ca ung thư phổi là loại không

tế bào nhỏ, trong đó xấp xỉ 70% là ung thư biểu mô tuyến [2]. Như vậy phân bố ung thư phổi theo mô bệnh học tại Hà Nội cũng tương tự cả nước. Khi so sánh về giới tính, nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ ung thư biểu mô tuyến ở nữ cao hơn nam (79,4% với 53,7%), và ung thư phổi tế bào nhỏ và ung thư phổi biểu mô vảy chủ yếu xuất hiện ở nam. Trên thế giới, ung thư phổi biểu mô tuyến là loại thường gặp nhất ở cả nam và nữ. Trước những năm 90, ung thư biểu mô vảy là loại thường gặp nhất, đặc biệt là ở nam giới. Sau đó, tỉ lệ ung thư biểu mô tuyến tăng lên cao hơn ung thư biểu mô vảy ở Mỹ, Canada, nhiều nước châu Âu và Nhật Bản, đặc biệt ở nữ giới. Tại Mỹ, ung thư phổi biểu mô vảy phổ biến đứng thứ 2 [4]. Một nghiên cứu ở Nhật Bản năm 1988 cho thấy tỉ lệ những người hiện tại có hút thuốc đều cao ở loại ung thư biểu mô vảy và ung thư tế bào nhỏ, và thấp ở ung thư biểu mô tuyến nhưng khi so sánh tỉ suất chênh (OR) thấy có sự khác biệt ý nghĩa thống kê ở ung thư biểu mô tuyến, giữa nam và nữ, không có ý nghĩa thống kê ở các loại ung thư biểu mô vảy, loại tế bào nhỏ và tế bào lớn [9]. Lí giải tại sao ung thư biểu mô tuyến xuất hiện tăng lên, có rất nhiều giả thuyết và nghiên cứu đã được tiến hành. Sự ra mắt của đầu lọc thuốc lá có thể làm cho các chất sinh ung thư kích thước nhỏ theo vào đường thở sâu hơn, gây ra những thay đổi trong tủy mô bệnh học và vị trí giải phẫu ung thư phổi, mà tại đó gây ra ung thư biểu mô tuyến nơi mà thường gặp ở ngoại vi. Thay đổi trong thành phần thuốc lá, với ít hắc ín và nicotin hơn nhưng tăng đậm độ nitrosamin, cũng có thể góp phần làm tăng tỉ lệ này [10]. Mối liên quan giữa phơi nhiễm khói thuốc lá thụ động và ung thư phổi biểu mô tuyến với HR 2,03 (95% CI 1,07-3,86) [11].

5. KẾT LUẬN

Đặc điểm dịch tễ học ung thư phổi tại Hà Nội giai đoạn 2015 - 2019: Hơn 90% người bệnh ung thư phổi được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, trong đó 20,3% là giai đoạn III và 71,2% là giai đoạn IV. Tỉ lệ mắc ung thư phổi giai đoạn IV cao nhất cả khu vực nội thành và ngoại thành, khu vực nội thành (74,9 %) cao hơn khu vực ngoại thành (69,0%)

Đặc điểm mô bệnh học ung thư phổi tại Hà Nội giai đoạn 2015 - 2019: Ung thư biểu mô tuyến có tỉ lệ cao nhất (60,5%) và ở nữ cao hơn nam (79,4% với 53,7%). Ung thư phổi loại tế bào nhỏ và biểu mô vảy chủ yếu ở nam giới (11,6% và 14,5%) cao hơn so với nữ giới (1,1% và 5,4%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al., “Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries”, *CA Cancer J Clin.* 71(3), pp. 209-249, 2021.
- [2] de Groot PM, Wu CC, Carter BW et al., “The epidemiology of lung cancer”, *Transl Lung Cancer Res.* 7(3), pp. 220-233, 2018.
- [3] Molina JR, Yang P, Cassivi SD, Schild SE et al., “Non-small cell lung cancer: epidemiology, risk factors, treatment, and survivorship”, *Mayo Clin Proc.* 83(5), pp. 584-594, 2008.
- [4] Barta JA, Powell CA, Wisnivesky JP, “Global Epidemiology of Lung Cancer”, *Ann Glob Health.* 85(1), p. 8, 2019.
- [5] Bộ môn Dịch tễ học- Đại học Y Hà Nội, Giáo trình dịch tễ học một số bệnh phổ biến. Hà Nội: NXB Y học, 2019.
- [6] World Health Organization, International classification of diseases for oncology (ICD-O), 3rd ed., 1st revision. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/96612>, 2013
- [7] 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.* 878(8), pp. 20-22, 2013.
- [8] Tran HTT, Nguyen S, Nguyen KK et al., “Lung Cancer in Vietnam”, *Thoracic Oncology.* 16(9), p. 1443, 2021.
- [9] Sobue T, Suzuki T, Horai T et al., “Relationship between cigarette smoking and histologic type of lung cancer, with special reference to sex difference”, *Jpn J Clin Oncol.* 18(1), pp. 3-13, 1988.
- [10] Rusmaully J, Tvardik N, Martin D et al., “Risk of lung cancer among women in relation to lifetime history of tobacco smoking: a population-based case-control study in France (the WELCA study)”, *BMC Cancer.* 21(1), p. 711, 2021.
- [11] Kurahashi N, Inoue M, Liu Y et al., “Passive smoking and lung cancer in Japanese non-smoking women: a prospective study”, *Int J Cancer.* 122(3), pp. 653-657, 2008.

