

Khả năng sống sót và những yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong của ung thư trực tràng ở thành phố Huế

Nguyễn Hoàng Lan¹, Trần Thị Quỳnh Trâm²

Tóm tắt:

Nghiên cứu nhằm ước tính tỷ lệ sống 5 năm sau chẩn đoán của bệnh nhân ung thư trực tràng (UTTT) tại thành phố Huế và tìm hiểu các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong của người bệnh. Số liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTTT tiên phát cư trú ở Thành phố Huế đã nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2008 đến tháng 4/2013 được phân tích bằng phương pháp Kaplan Meier để ước tính tỷ lệ sống sót 5 năm sau chẩn đoán và mô hình hồi quy Cox đa biến được áp dụng để xác định các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong của bệnh nhân UTTT. Tỷ lệ sống sót 5 năm sau chẩn đoán của những bệnh nhân UTTT là 61,3%. Những yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong là thời gian trì hoãn điều trị ($HR=14,51$; $p=0,033$); thăm trực tràng không sờ thấy khối u ($HR=35,26$; $p=0,014$); u ở vị trí trung gian ($HR=66,69$; $p=0,002$), biệt hoá kém ($HR=26,78$; $p=0,004$), bệnh ở giai đoạn muộn (giai đoạn III: $HR=19,17$; $p=0,040$; giai đoạn IV: $HR=13,69$; $p=0,031$); không có xạ trị bổ trợ ($HR=6,10$; $p=0,023$) và không tập thể dục ($HR=11,36$; $p=0,006$). Tỷ lệ sống sót 5 năm sau khi được chẩn đoán của các bệnh nhân UTTT ở thành phố Huế thấp hơn các nghiên cứu trước đây ở trong nước, chẩn đoán và điều trị sớm là một giải pháp hiệu quả cải thiện thời gian sống của nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: ung thư trực tràng, thời gian sống, yếu tố tiên lượng, thành phố Huế

Survival probability and prognostic factors for rectal cancer mortality in Hue city

Nguyen Hoang Lan¹, Tran Thi Quynh Tram²

Abstract:

The study aimed to estimate survival probability at 5 years following diagnosis and determine prognostic factors for rectal cancer mortality in Hue city. Retrospective data from medical reports of patients with rectal cancer who were confirmedly diagnosed and treated in Hue central hospital from January 2008 to April 2013 was analysed. Using the Kaplan-Meier method, the survival probability of patients with rectal cancer was estimated at 5 years following diagnosis. The prognostic factors for mortality were studied using Cox proportion hazards models. Overall survival rate at 5 years following diagnosis was 61.3%. Prognostic factors for mortality were time

of treatment delayed (HR=14.51; $p=0.033$); the tumor was not detected on rectum examination (HR= 35.26; $p=0.014$); tumour in mediate location (HR=66.69; $p= 0.002$), poor differentiation (HR=26.78; $p=0.004$), late stage at diagnosis (stage III: HR= 19.17; $p=0.040$; stage IV: HR= 13.69; $p=0.031$); without radiotherapy (HR=6.10; $p=0.023$) and without doing exercise (HR=11.36; $p=0.006$). 5- year survival rate following diagnosis of patients with rectal cancer in Hue city was lower than those in previous studies in the country. Early diagnosis and treatment are effective solutions to improve their survival time.

Key words: rectal cancer, survival time, prognostic factors, Hue city.

Tác giả:

1. Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế
2. Bệnh viện đa khoa Vĩnh Đức, Quảng Nam

1. Đặt vấn đề

Ung thư đại tràng và ung thư trực tràng thường được gọi chung là ung thư đại trực tràng (UT ĐTT) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh và tử vong trên thế giới [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tử vong do UTĐTT đứng hàng thứ ba trong các nguyên nhân gây chết do ung thư với 774.000 ca tử vong vào năm 2015 [18]. Trong những năm gần đây, tỷ lệ mắc mới và tử vong do UT ĐTT đang gia tăng ở các quốc gia đang phát triển [14]. Tại Việt Nam, UTĐTT đứng trong top 5 bệnh ung thư thường gặp, đứng hàng thứ hai trong các bệnh lý ác tính đường tiêu hoá và là vấn đề lớn đối với sức khoẻ cộng đồng [2]. Một thống kê ở Mỹ cho thấy ung thư trực tràng (UTTT) chiếm 29% tỷ lệ mắc UTĐTT nói chung. Trước đây do có nhiều đặc điểm lâm sàng tương tự nhau, hai loại ung thư này thường được gộp chung trong nhiều nghiên cứu. Tuy nhiên gần đây nhiều bằng chứng cho thấy có nhiều điểm khác nhau về yếu tố sinh bệnh cũng như tiên lượng sống giữa ung thư đại tràng và

ung thư trực tràng [13,17]. Ở Việt Nam, thời gian sống 5 năm sau phẫu thuật của người bệnh UTTT thay đổi từ 66% đến 80,8%, các yếu tố tiên lượng sống chỉ tập trung vào các đặc điểm lâm sàng và phương pháp điều trị đã thực hiện [7,10,11]. Để giúp các thầy thuốc lâm sàng có thêm bằng chứng tiên lượng khả năng sống của người bệnh ung thư trực tràng (UTTT), đặc biệt là các yếu tố về chế độ ăn uống và sinh hoạt của người bệnh sau phẫu thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Khả năng sống sót và những yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong của ung thư trực tràng ở Thành phố Huế” với các mục tiêu sau đây: 1) Ước tính tỷ lệ sống 5 năm sau chẩn đoán của bệnh nhân ung thư trực tràng tại thành phố Huế; 2) Tìm hiểu các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong của người bệnh.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng số liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán xác định

UTTT tiên phát bằng xét nghiệm mô bệnh học, cư trú ở Thành phố Huế đã nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2008 đến tháng 4/2013. Những hồ sơ được chọn được yêu cầu có đầy đủ thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng và phác đồ điều trị của người bệnh trong quá trình nằm viện. Nghiên cứu không bao gồm những trường hợp UTTT tái phát và UTTT do di căn từ các cơ quan khác đến trực tràng. Sau đó dựa vào những thông tin cá nhân của người bệnh tại hồ sơ, nhóm nghiên cứu đã tìm và phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân hoặc người thân tại hộ gia đình (trường hợp người bệnh đã chết).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 7/2017 đến 4/2018 tại thành phố Huế

2.3. Cỡ mẫu

Trong tổng số 51 trường hợp UTTT có hồ sơ đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu, dựa vào địa chỉ ghi ở hồ sơ bệnh án nhóm nghiên cứu tìm ra được 43 bệnh nhân hoặc người nhà đồng ý nhận phỏng vấn. Tám trường hợp còn lại người bệnh và gia đình của họ đã rời khỏi nơi cư trú khai ở bệnh án, do đó nhóm nghiên cứu đã không thể có thông tin theo dõi của họ.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

- Thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm về UTTT: vị trí u, giai đoạn bệnh, chẩn đoán mô bệnh học, phương pháp điều trị và bệnh kèm theo được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án.

- Thông tin về sự tuân thủ điều trị sau khi ra viện; thói quen sinh hoạt, ăn uống; tình trạng sức khỏe hiện tại: còn sống hay đã chết, nếu chết thì tìm hiểu nguyên nhân chết, thời gian chết. Những thông tin này được thu thập tại thời điểm nghiên cứu bằng phỏng vấn trực tiếp người bệnh hoặc người thân (trường hợp người bệnh đã chết) dựa

vào bộ câu hỏi có cấu trúc.

2.5. Phân tích thống kê

Sử dụng phương pháp Kaplan Meier để ước tính tỷ lệ sống sót 5 năm của bệnh nhân UTTT tại thành phố Huế và so sánh sự khác biệt về tỷ lệ sống 5 năm giữa các nhóm bệnh nhân theo các đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm bệnh tật bằng Log Rank Test với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Mô hình hồi quy Cox đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố tiên lượng thời gian sống của bệnh nhân UTTT.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm người bệnh

Trong số 43 bệnh nhân UTTT có 27 nam và 16 nữ. Tuổi trung bình cả hai giới tại thời điểm mắc bệnh là 61,2 (SD 13,3), tuổi thấp nhất là 26 tuổi và cao nhất là 88 tuổi. Đa số bệnh nhân là hưu trí hoặc nội trợ chiếm tỷ lệ 72,1%. Chỉ có 3 bệnh nhân chiếm 7% có tiền sử bệnh lý liên quan đến đại trực tràng, trong đó có 1 trường hợp là polyp đại tràng và 2 trường hợp viêm đại tràng mãn tính. 16 bệnh nhân được phát hiện bệnh ở giai đoạn III, chiếm 37,2% và 8 bệnh nhân ở giai đoạn IV, chiếm 18,6%.

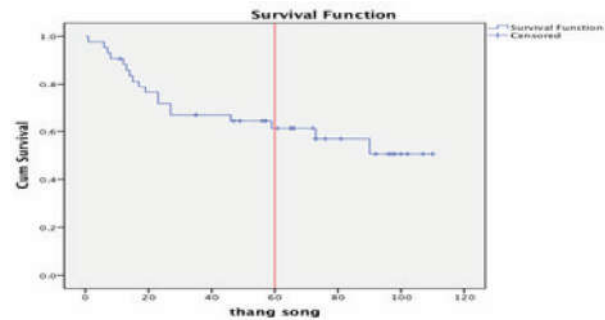
Về điều trị, có 40 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 93% được phẫu thuật sau khi được chẩn đoán UTTT, tỷ lệ mổ nội soi cao hơn mổ hở, 22 bệnh nhân so với 18 người. Trong đó, 37 bệnh nhân phẫu thuật triệt căn chiếm 86% và 3 bệnh nhân phẫu thuật tạm thời chiếm 7%. Tỷ lệ bệnh nhân nhận phác đồ đơn hóa trị liệu/ đa hóa trị liệu xấp xỉ 3,5/5. Hầu hết bệnh nhân được xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật, chỉ có 1 trường hợp được xạ trị trước phẫu thuật. Có 4 bệnh nhân được hóa xạ trị kết hợp chiếm tỷ lệ 9,3%.

| TỔNG QUAN & NGHIÊN CỨU |

Có 35 bệnh nhân, chiếm 81,4% số bệnh nhân được yêu cầu điều trị sau khi ra viện, trong số đó chỉ có 58,1% tuân thủ điều trị tuyệt đối và có 1 người bệnh, chiếm 2,3% hoàn toàn không theo hướng dẫn của bệnh viện sau khi ra viện. Sau khi ra viện 29 người bệnh có tập thể dục ở mức độ thường xuyên và thỉnh thoảng chiếm 41,9% và 25,6%, theo thứ tự. Đa số họ không hút thuốc lá 30 người, chiếm 69,8%, chỉ có 1 người bệnh báo cáo thường xuyên uống rượu bia. Có 39 người bệnh không ăn hoặc thỉnh thoảng có ăn thịt đỏ lần lượt chiếm 79,1% và 7%. Sáu người bệnh cho biết còn thường xuyên ăn dầu mỡ, chiếm tỷ

lệ 14%, trong khi có đến 37 người bệnh ghi nhận ăn hoa quả thường xuyên chiếm 86%.

3.2. Tỷ lệ sống sót 5 năm của bệnh nhân ung thư trực tràng



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống thêm 5 năm sau khi được chẩn đoán ung thư trực tràng

Thời gian sống thêm trung bình của toàn bộ bệnh nhân sau khi được chẩn đoán là 72,53±6,82 tháng. Tỷ lệ sống thêm 5 năm là 61,3%.

Bảng 1. Tỷ lệ sống thêm 5 năm theo đặc điểm người bệnh tại thời điểm nhập viện

Đặc điểm		N	Thời gian sống thêm trung bình (tháng) (TB ± SD)	Tỷ lệ sống thêm 5 năm (%)	p
Giới	Nam	27	75,94±8,62	64,5	0,526
	Nữ	16	65,61±10,61	56,3	
Tuổi	≤ 60	21	76,25±9,01	66,7	0,662
	>60	22	66,13±9,25	56,1	
BMI	Gầy	17	31,88± 23,74	33,3	0,023
	Bình thường	23	68,39± 31,68	78,3	
	Thừa cân	2	77,00 ± 5,66	50,0	
	Béo phì	1	23,00 ± 0,00	0,0	
Giai đoạn bệnh	I	10	92,58±10,20	90%	0,140
	II	9	80,22±14,09	66,7%;	
	III	16	57,87±9,68	45,9%	
	IV	8	43,50±11,89	50,0%.	

Những bệnh nhân có chỉ số BMI bình thường có tỷ lệ sống thêm 5 năm sau chẩn đoán cao hơn các nhóm còn lại ($p < 0,05$). Những người bệnh gầy và béo phì có tỷ lệ sống thấp nhất. Không có

sự khác nhau về tỷ lệ sống 5 năm của bệnh nhân ung thư trực tràng theo giới, nhóm tuổi và giai đoạn bệnh ($p > 0,05$).

Bảng 2. Tỷ lệ sống thêm 5 năm theo đặc điểm điều trị

Đặc điểm		N	Thời gian sống thêm trung bình (tháng) (TB ± SD)	Tỷ lệ sống thêm 5 năm (%)	p
Tính chất phẫu thuật	Triệt căn	37	75,09±7,16	66,7	0,044
	Tạm thời	3	49,67±9,25	64,2	
	Không phẫu thuật	3	13,50±1,50	0,0	
Hậu môn nhân tạo	Có	20	77,33±8,41	75,0	0,169
	Không	23	63,90±9,57	49,9	
Hóa trị	Có	22	77,48±8,76	67,1	0,501
	Không	21	62,97±9,33	54,8	
Xạ trị	Có	19	87,23±7,96	77,7	0,073
	Không	24	56,71±8,84	47,8	
Hóa-Xạ kết hợp	Có	4	73,25±16,24	75,0	0,477
	Không	39	70,96±7,19	59,7	

Tỷ lệ sống sót 5 năm cao hơn ở những bệnh nhân UTTT được phẫu thuật triệt căn (66,7%). Bệnh nhân không được phẫu thuật đều không sống sót đến 5 năm ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sống sót đến 5

năm của bệnh nhân nhận các loại điều trị hỗ trợ khác nhau ($p > 0,05$)

3.3. Các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân ung thư trực tràng

Bảng 3. Mô hình Cox bao gồm các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ung thư trực tràng

Đặc điểm	N	HR	p	CI 95%
Thời gian từ khi phát hiện triệu chứng đến khi nhập viện				
0-3 tháng	20	1		
3-6 tháng	12	7,12	0,143	0,51-98,41
7-12 tháng	5	14,51	0,033	1,25-168,54
>12 tháng	6	0,001	0,777	0,00- 46,69E+11

Đặc điểm	N	HR	p	CI 95%
Thăm trực tràng				
Sờ thấy u	27	1		
Không sờ thấy u	16	35,26	0,014	2,04-608,65
Vị trí khối u				
Vị trí thấp (<6cm)	22	1		
Trung gian và cao (≥ 6 cm)	21	66,69	0,002	4,82-922,69
Độ biệt hóa				
Biệt hoá tốt	29	1		
Biệt hóa vừa	12	9,57	0,023	1,37-66,72
Biệt hóa kém	2	26,78	0,004	2,94-256,65
Giai đoạn TMN				
Giai đoạn I	10	1		
Giai đoạn II	9	3,75	0,386	0,19-74,19
Giai đoạn III	16	19,17	0,040	1,15-318,99
Giai đoạn IV	8	13,69	0,031	1,26-148,30

Bảng 3 chỉ trình bày các yếu tố tiên lượng có ý nghĩa thống kê đến nguy cơ tử vong của nhóm bệnh nhân nghiên cứu ($p < 0,05$). Những bệnh nhân trì hoãn nhận điều trị khi phát hiện bệnh từ 7-12 tháng có nguy cơ tử vong cao gấp 14,51 lần những người mới phát hiện dưới 3 tháng. Những người không sờ thấy khối u khi thăm khám trực tràng có nguy cơ tử vong cao gấp hơn 35 lần những người sờ được khối u. Vị trí khối u trung gian có

tiên lượng sống kém hơn vị trí thấp (HR=66,69). Những khối u có độ biệt hoá càng kém nguy cơ tử vong càng cao hơn những khối u có biệt hoá tốt. Giai đoạn bệnh càng muộn, nguy cơ tử vong càng cao hơn. Những bệnh nhân giai đoạn III và IV có nguy cơ tử vong cao gấp 19,17 và 13,69 lần những người ở giai đoạn I. Những yếu tố lâm sàng khác không tìm thấy có tiên lượng nguy cơ tử vong ở nhóm nghiên cứu này ($p > 0,05$).

Bảng 4. Mô hình Cox gồm các đặc điểm điều trị và hành vi sinh hoạt ăn uống sau khi ra viện

Đặc điểm	N	HR	p	CI 95%
Xạ trị				
Có	19	1		
Không	24	6,10	0,023	1,28-29,09
Tập thể dục				
Thường xuyên	18	1		
Thỉnh thoảng	11	1,49	0,657	0,26-8,51
Không	14	11,36	0,006	1,98-65,21

Bảng 4 chỉ trình bày những yếu tố tiên lượng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Những bệnh nhân không nhận xạ trị có nguy cơ tử vong cao hơn 6 lần những người được điều trị xạ trị. Những bệnh nhân không tập thể dục có nguy cơ tử vong cao gấp 11 lần những người có tập thể dục thường xuyên. Những đặc điểm khác về điều trị như tính chất phẫu thuật, hậu môn nhân tạo, các loại điều trị hỗ trợ và các hành vi ăn uống sinh hoạt khác như tuân thủ điều trị, uống rượu bia, hút thuốc lá, ăn dầu mỡ, thịt đỏ và rau củ quả không tìm thấy có tiên lượng đến thời gian sống của nhóm bệnh nhân được khảo sát ($p > 0,05$).

4. Bàn luận

4.1. Tỷ lệ sống sót 5 năm sau chẩn đoán của bệnh nhân ung thư trực tràng

Trong 43 bệnh nhân nghiên cứu, có 20 bệnh nhân đã chết, trong đó tử vong do UTTT là 18 người bệnh được xác định do tái phát hoặc di căn đến các cơ quan khác. Thời gian sống trung bình của cả nhóm là $72,53 \pm 6,82$ tháng. Kết quả này cao hơn các tác giả Mai Đình Điều là 67,8 tháng [4], Trương Vĩnh Quý là $52,7 \pm 3,9$ tháng [9], Mai Đức Hùng là 54 tháng [6]. Tuy nhiên tỷ lệ thời gian sống sót 5 năm của nhóm bệnh nhân chúng tôi là 61,3%, tương tự báo cáo của Park Y.J ở Hàn Quốc là 62,1% [13] nhưng thấp hơn nghiên cứu trong nước trước đây, đều trên 80% [4], [7]. Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ bệnh nhân của chúng tôi nhập viện ở giai đoạn muộn nhiều hơn các nghiên cứu trên.

Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng những bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể bình thường có thời gian sống sót sau 5 năm cao nhất (78,3%), những người bệnh thiếu cân có tỷ lệ sống 5 năm 33,3% và bệnh nhân thừa cân, béo phì không ghi nhận

trường hợp nào sống đến 5 năm ($p < 0,05$). Kết quả này không phù hợp với nghiên cứu của Gebauer B và cộng sự, trong đó tỷ lệ sống 5 năm của bệnh nhân thiếu cân là 36,9% và tỷ lệ này tăng lên 61,3% ở những bệnh nhân thừa cân, béo phì [15]. Sự khác nhau này có thể những bệnh nhân béo phì ở nghiên cứu chúng tôi có kèm theo những bệnh mãn tính khác, là điều kiện làm dễ ung thư trực tràng tái phát và tiến triển.

Về giai đoạn bệnh, kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian sống thêm trung bình giảm dần theo giai đoạn bệnh phù hợp với các nghiên cứu khác ở Việt Nam và trên thế giới [5], [7]. Tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này có thể do cỡ mẫu nhỏ của nghiên cứu.

Về phương pháp điều trị, bảng 2 cho thấy phẫu thuật triệt căn giúp cải thiện thời gian sống trung bình của bệnh nhân UTTT cụ thể là $75,09 \pm 7,16$ tháng, phẫu thuật tạm thời là $49,67 \pm 9,25$ tháng và không phẫu thuật là $13,50 \pm 1,50$ tháng ($p < 0,05$). Kết quả này của chúng tôi cao hơn kết quả của Đoàn Hữu Nghị với tỷ lệ sống 5 năm sau phẫu thuật triệt căn là 35,4% và nhóm phẫu thuật tạm thời là 12,5% [8]. Lý do có thể là do nghiên cứu của tác giả trên được thực hiện vào giai đoạn 1975-1992, thời gian đó điều kiện thực hiện và các phương pháp phẫu thuật UTTT chưa hiện đại và đầy đủ như hiện tại, thêm vào đó nghiên cứu của tác giả này có đến 40,1% số bệnh nhân mất thông tin sau khi ra viện do vậy kết quả trên có thể chưa phản ánh chính xác hiệu quả của điều trị.

4.2. Các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân ung thư trực tràng

Ba mô hình hồi quy đa biến Cox được xây dựng

để tìm hiểu các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong của bệnh nhân ung thư trực tràng ở nghiên cứu.

Về các đặc điểm lâm sàng, kết quả phân tích cho thấy các yếu tố có giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong ở nhóm bệnh nhân chúng tôi là thời gian từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện, phát hiện khối u khi thăm trực tràng, vị trí khối u khi thăm trực tràng, độ biệt hoá và giai đoạn bệnh ($p < 0,05$). Trì hoãn nhập viện từ khi phát hiện triệu chứng từ 7 đến 12 tháng tăng nguy cơ tử vong lên gần gấp 15 lần so với bệnh nhân phát hiện bệnh dưới 3 tháng, vị trí u càng cao, nguy cơ tử vong càng lớn, u ở vị trí trung gian có nguy cơ tử vong cao gần gấp 67 lần, không sờ thấy u khi thăm trực tràng nguy cơ tử vong cao gấp 35 lần nhóm sờ thấy u. Kết quả này tương tự với kết quả của các tác giả trong nước và trên thế giới [8] [12]. Theo giai đoạn bệnh, giai đoạn III và IV có nguy cơ tử vong cao hơn 19 lần và gần 14 lần so với giai đoạn I. Nghiên cứu của Đoàn Hữu Nghị, Nguyễn Bá Trung và Tô Quang Huy, Fernando cũng báo cáo kết quả tương tự [7][8] [11][12]. Phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm có giá trị kéo dài đời sống của bệnh nhân UTĐT, do đó cần khuyến cáo cộng đồng quan tâm đến khám sàng lọc loại ung thư này. U có độ biệt hóa vừa tăng nguy cơ tử vong gần 10 lần, con số này tăng lên gần 27 lần ở u có độ biệt hóa kém so với u biệt hoá tốt. Các tế bào UTĐT có độ biệt hóa khác nhau cho nên tính chất ác tính cũng khác nhau, trong đó ung thư không biệt hóa là loại ác tính nhất bởi vì tốc độ di căn của chúng rất nhanh và rất sớm.

Trong các đặc điểm điều trị, nghiên cứu cho thấy bệnh nhân không xạ trị nguy cơ tử vong cao gấp hơn 6 lần nhóm có xạ trị, tương tự kết quả Phạm Văn Bình [3].

Về thói quen sinh hoạt, ăn uống sau khi ra viện của người bệnh của được trình bày ở bảng 4 cho thấy yếu tố có giá trị tiên lượng đến tử vong do UTĐT là tập thể dục ($p < 0,05$). Những bệnh nhân không tập thể dục nguy cơ tử vong tăng gấp hơn 11 lần những bệnh nhân tập thể dục thường xuyên. Những đặc điểm khác liên quan đến sinh hoạt và thói quen ăn uống của người bệnh như hút thuốc lá, uống rượu bia, ăn thịt đỏ, ăn ít rau củ không là yếu tố nguy cơ tử vong ở nhóm bệnh nhân UTĐT ở nghiên cứu này ($p > 0,05$). Cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ cũng là lý do cho vấn đề này. Một bằng chứng mới đây, tiêu thụ nước uống có hàm lượng đường cao có thể ảnh hưởng tiêu cực đến tiên lượng sống còn. Ngược lại, chế độ ăn nhiều thịt đỏ, tiêu thụ rượu không liên quan đến nguy cơ tử vong sau khi được chẩn đoán. Tuy nhiên, những dữ liệu liên quan đến chế độ ăn uống và sinh hoạt sau UTĐT nói chung và UTĐT nói riêng còn khá khan hiếm [16].

Một số hạn chế nên được xem xét khi giải thích kết quả nghiên cứu này. Thời điểm thu thập thông tin (2008-2013) không phản ánh những phương tiện điều trị tiên bộ được áp dụng ở Bệnh viện Trung ương Huế hiện nay. Hạn chế này sẽ làm giảm cơ hội tìm thấy khả năng sống lâu hơn của bệnh nhân UTĐT ở Thành phố Huế. Cỡ mẫu nhỏ, sai số do hồi cứu cũng có thể xảy ra khi thu thập một số thông tin về tuân thủ điều trị, thói quen sinh hoạt, ăn uống đặc biệt là với những bệnh nhân không còn sống. Mặc dù có nhiều hạn chế và chỉ tập trung nghiên cứu ở Thành phố Huế nhưng nghiên cứu cũng đã phần nào xác định được một số yếu tố tiên lượng lên nguy cơ tử vong của bệnh nhân UTĐT.

5. Kết luận

Tỷ lệ sống sót 5 năm sau khi được chẩn đoán của những bệnh nhân UTTT ở thành phố Huế thấp hơn các tác giả trước đây ở trong nước. Trì hoãn điều trị, vị trí khối u càng cao, không sờ được khối u trên lâm sàng, giai đoạn bệnh càng muộn, biệt hoá kém, không nhận điều trị hỗ trợ bằng xạ trị và không tập thể dục là những yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Chẩn đoán và điều trị sớm là những giải pháp hiệu quả để cải thiện thời gian sống của những bệnh nhân này.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Minh An và cộng sự (2012), “Nghiên cứu chỉ định điều trị ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện trung ương quân đội 108,” Y học thực hành, tập 815(4), tr. 26-30.
2. Báo tin tức (2018), Ung thư đại trực tràng đứng top 5 bệnh ung thư thường gặp tại Việt Nam, website <https://baotintuc.vn/suc-khoe/ung-thu-dai-truc-trang-dung-top-5-benh-ung-thu-thuong-gap-tai-viet-nam-20180118162526460.htm>. Download ngày 15/6/2018
3. Phạm Văn Bình (2013), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng tầng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp, Luận án Tiến sỹ Y học - Học viện Quân y, Hà Nội.
4. Mai Đình Điều (2015), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng, Luận án Tiến sỹ y học-Đại học Y Dược Huế.
5. Nguyễn Văn Hiếu (2004), “Kết quả điều trị phẫu thuật 205 bệnh nhân ung thư trực tràng tại Bệnh viện K từ 1994-2000,” Tạp chí nghiên cứu Y học, phụ bản 32(6), tr 232-239.
6. Mai Đức Hùng(2012), Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trước thấp nối máy trong điều trị ung thư trực tràng, Luận án Tiến sỹ Y học - Học viện Quân y, Hà Nội
7. Tô Quang Huy, Nguyễn Đại Bình, Bùi Diệu (2010), “Kết quả sống thêm 5 năm sau điều trị triệt căn 158 ung thư biểu mô đại trực tràng xếp loại Dukes B và Dukes C,” Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 14(4), tr. 264-270.
8. Đoàn Hữu Nghị (1994), Góp phần nghiên cứu xây dựng phác đồ điều trị ung thư trực tràng, nhận xét 529 bệnh nhân tại bệnh viện K qua hai giai đoạn 1975-1983 và 1984-1992, Luận án Phó Tiến sỹ khoa học y dược – Đại học Y Hà Nội
9. Trương Vĩnh Quý (2018), Đánh giá điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt, Luận án Tiến sỹ Y học-Đại học Y dược Huế.
10. Nguyễn Duy Sinh, Cung Thị Tuyết Anh, Phạm Lương Giang và CS (2003), “Xạ trị sau mổ ung thư trực tràng,” Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 7(4), tr.178-184.
11. Nguyễn Bá Trung và cộng sự(2006), “Đánh giá sống còn 5 năm trong điều trị Carcinoma trực tràng,” Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 10(4), tr.238.
12. Agüero F, Murta N.C, et al (2012), “Colorectal cancer survival: results from a hospital-based cancer registry,” Rev Esp Enferm Dig J, vol.104(11), pp.572-577.
13. Bijan M.D, Azadeh S (2012), “An overview of colorectal cancer survival rates and prognosis in Asia,” World J Gastrointest Oncol, vol. 4(4), pp. 71-75.

14. Gandomani HS, Majid yousefi S, Aghajani M, Hafshejani AM, Abed Asgari Tarazoj AA, et al (2017). Review “Colorectal cancer in the world: Incidence, mortality and risk factors”, *Biomed Res Ther*, 4(10): 1656-1675
15. Gebauer B, Mayer F, et al (2017), “Impact of Body Mass Index on Early Postoperative and Long-Term Outcome after Rectal Cancer Surgery,” *Visc Med*, vol.33(5), pp.373-382.
16. Moniek V.Z, Ellen K, et al (2017), “Lifestyle after Colorectal Cancer Diagnosis in Relation to Survival and Recurrence: A Review of the Literature,” *Current Colorectal Cancer Reports*, vol.15(5), pp.370-401.
17. van der Sijp MPL, Bastiaannet E, Mesker WE, van der Geest LGM, Breugom AJ, et al., (2016), Differences between colon and rectal cancer in complications, short-term survival and recurrences, *Int J Colorectal Dis*, 31:1683–1691 DOI 10.1007/s00384-016-2633-3
18. WHO (2018), Cancer, key fact. Website: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Download 20/6/2018