

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

LÊ VĂN TÂM

KẾT QUẢ SÀNG LỌC UNG THƯ ĐẠI TRỰC
TRÀNG VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP
CAN THIỆP DỰ PHÒNG UNG THƯ ĐẠI TRỰC
TRÀNG Ở NGƯỜI KHMER TỈNH TRÀ VINH

CHUYÊN NGÀNH: Y HỌC DỰ PHÒNG

MÃ SỐ: 9 72 01 63

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2024

**CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH
TẠI VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. TS. Nguyễn Thanh Bình*
- 2. TS. Nguyễn Thành Chung*

Phản biện 1: **GS.TS. Nguyễn Văn Tập**
 - Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Phản biện 2: **GS.TS. Nguyễn Văn Ba**
 - Học viện Quân y

Phản biện 3: **PGS.TS. Trần Thị Thanh Hương**
 - Trường Đại học Y Hà Nội

Luận án được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp Viện họp tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

Vào hồigiờ, ngàythángnăm 2024.

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

DANH MỤC CÁC BÀI BÁO ĐÃ XUẤT BẢN LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Lê Văn Tâm, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Thành Chung, Nguyễn Thúy Quỳnh, Lê Hồng Nga, Lại Thị Minh, Lê Thị Diễm Trinh, Nguyễn Mạnh Tuân, Phạm Minh Khoa (2023), “Ung Thư đại trực tràng sàng lọc bằng xét nghiệm máu ẩn Trong phân ở đồng bào Khmer Nam Bộ tỉnh Trà Vinh Và một số yếu tố Liên Quan năm 2020”, *Tạp Chí Y học Dự phòng, tập 33 (số 3 Phụ bản): tr. 179-86.*

2. Lê Văn Tâm, Nguyễn Thanh Bình, và Nguyễn Thành Chung (2023), “Hiệu Quả Can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe giảm hành Vi Nguy Cơ Trong phòng ngừa Ung Thư đại trực tràng tại cộng đồng người Khmer, tỉnh Trà Vinh”, *Tạp Chí Y học Dự phòng, tập 33 (số 5): tr. 17-27.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là ung thư phổ biến hàng thứ 5 tại Việt Nam sau ung thư gan, phổi, dạ dày, vú. Trong năm 2020, ghi nhận có 6448 ca mắc mới và có 3445 trường hợp tử vong. Số hiện mắc trung bình của 5 năm gần nhất ghi nhận là 14292 trường hợp, tương ứng 14,68 trường hợp/100.000 dân. Điều đáng nói, ung thư đại trực tràng thường khó nhận biết và dễ bị nhầm lẫn với các triệu chứng tiêu hoá thông thường khác, nhiều người chủ quan hoặc không quan tâm. Mặc dù đã có những tiến bộ đáng kể trong điều trị ung thư trong hai thập kỷ qua, tuy nhiên, ung thư nói chung và ung thư đại trực tràng nói riêng vẫn còn nhiều khó khăn, đặc biệt là những trường hợp được chẩn đoán muộn. Điều đó càng cho thấy cần chú trọng hơn trong việc phòng ngừa và tầm soát căn bệnh này.

Các yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng đã được biết đến qua rất nhiều nghiên cứu. Trong đó, nguyên nhân quan trọng nhất gây ra ung thư đại trực tràng là yếu tố hành vi có thể thay đổi được bao gồm chế độ dinh dưỡng không phù hợp, các hành vi hút thuốc lá, uống rượu bia, tình trạng thừa cân béo phì và hạn chế vận động thể lực. Để phòng chống ung thư đại trực tràng, bên cạnh thay đổi lối sống, việc sàng lọc phát hiện sớm được xem là biện pháp có hiệu quả và ít tốn kém.

Trà Vinh là một tỉnh thuộc khu vực Tây Nam Bộ chủ yếu là địa bàn người Khmer sinh sống. Theo tổng điều tra dân số nhà ở năm 2019, dân số tỉnh Trà Vinh khoảng 1.009.168 người, trong đó tỉ lệ đồng bào Khmer là 30,3%. Đồng bào dân tộc Khmer ở đây đa phần có đời sống kinh tế xã hội còn gặp nhiều khó khăn, hạn chế trong tiếp cận các dịch vụ y tế, đây cũng là một cộng đồng có các thói quen sinh hoạt, ăn uống và một số phong tục tập quán tiềm ẩn những yếu tố nguy cơ gây ra ung thư đại trực tràng. Đồng thời sự hiểu biết về các bệnh lý tiêu hóa đại trực tràng của người Khmer còn hạn chế. Do vậy, việc nghiên cứu tìm ra các yếu tố nguy cơ đối với bệnh UTĐTT ở người Khmer tỉnh Trà Vinh là rất quan trọng nhằm đưa ra các giải pháp can thiệp cộng đồng có hiệu quả trong việc phòng ngừa UTĐTT cho người dân. Vì vậy, chúng tôi triển khai nghiên cứu ***“Kết quả sàng lọc ung thư đại trực tràng và hiệu quả một số biện pháp can thiệp dự phòng ung thư đại trực tràng ở người Khmer tỉnh Trà Vinh”*** với các mục tiêu như sau:

1. Mô tả kết quả sàng lọc nguy cơ Ung thư đại trực tràng bằng phát hiện máu ẩn trong phân (FOBT) ở người Khmer, tỉnh Trà Vinh năm 2020-2021.

2. Đánh giá hiệu quả biện pháp can thiệp dự phòng ung thư đại trực tràng ở người Khmer tại 4 xã, tỉnh Trà Vinh năm 2021 - 2022.

Những điểm mới về khoa học và giá trị thực tiễn của đề tài

Đây là nghiên cứu đầu tiên về sàng lọc UTĐTT trong cộng đồng đối với người dân Khmer tại Việt Nam nói chung, ngoài ra cũng là nghiên cứu đầu tiên thực hiện và đề xuất giải pháp can thiệp nhằm dự phòng UTĐTT trên cộng đồng này.

Nghiên cứu xác định được tỉ lệ dương tính với xét nghiệm sàng lọc UTĐTT ở đồng bào dân tộc Khmer ≥ 40 tuổi, tỉnh Trà Vinh, xác định được các yếu tố nguy cơ UTĐTT ở đồng bào dân tộc Khmer. Đánh giá hiệu quả can thiệp dự phòng UTĐTT ở đồng bào dân tộc Khmer bằng phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe cộng đồng kết hợp sàng lọc UTĐTT bằng phương pháp xét nghiệm máu ẩn trong phân.

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ máu ẩn trong phân dương tính là cao, nhu cầu chăm sóc sức khỏe người bệnh càng cao, cần có những biện pháp quản lý và hỗ trợ thích hợp. Quy trình nghiên cứu được tuân thủ từ việc xác định những yếu tố liên quan UTĐTT ở đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh, sau đó phân tích và đưa ra các biện pháp can thiệp chính. Kết quả cho thấy các biện pháp can thiệp đơn giản và dễ thực hiện. Hiệu quả can thiệp thể hiện trong việc nâng cao kiến thức nhằm thay đổi nhận thức và thói quen cuộc sống là yếu tố nguy cơ UTĐTT trong cộng đồng đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 122 trang không kể tài liệu tham khảo và phụ lục, có 37 bảng, 12 hình. Đặt vấn đề 03 trang. Tổng quan 32 trang; đối tượng và phương pháp nghiên cứu 31 trang; kết quả nghiên cứu 28 trang; bàn luận 26 trang; kết luận 01 trang và kiến nghị 01 trang.

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN Y VẤN

1.1. Thực trạng mắc ung thư đại trực tràng

Trên toàn thế giới, theo GLOBOCAN năm 2012, tần suất mới mắc của ung thư đại trực tràng (UTĐTT) đứng hàng thứ ba ở nam (746.000 ca, 10% tổng số các bệnh lý ung thư và hàng thứ hai ở nữ (614.000 ca, 9,2% tổng số các bệnh lý ung thư. Tại Hoa Kỳ, năm 2013 ước tính có 96.830 bệnh nhân UTĐTT và 50.310 bệnh nhân chết do UTĐTT tính chung, chiếm gần 10% tử vong do ung thư tại Hoa Kỳ.

Theo dữ liệu GLOBOCAN 2018, ung thư đại tràng là loại ung thư có tỉ lệ mắc nhiều thứ tư trên thế giới, trong khi ung thư trực tràng là loại có tỉ lệ mắc nhiều thứ tám. Cùng với nhau, UTĐTT là dạng ung thư được chẩn đoán phổ biến thứ ba trên toàn cầu, chiếm 11% tổng số ca chẩn đoán ung thư. Ước tính có khoảng 1.096.000 trường hợp ung thư đại tràng mới được chẩn đoán trong năm 2018, trong khi dự kiến có khoảng 704.000 trường hợp ung thư trực tràng mới. Cùng với nhau, những trường hợp này bao gồm 1,8 triệu trường hợp UTĐTT mới.

Tại Việt Nam, theo ghi nhận ung thư Hà Nội, UTĐTT đứng hàng thứ tư ở nam và thứ hai ở nữ, tỉ suất chuẩn hoá mắc ung thư theo tuổi đối với nam và nữ là 16,9 và 15,6/100.000 dân. Tại Thành phố Hồ Chí Minh, UTĐTT đứng hàng thứ ba ở cả nam và nữ; tỉ suất chuẩn hoá mắc ung thư đối với nam và nữ là 18,4 và

11,3/100.000 dân. Tại Cần Thơ, UTĐTT đứng hàng thứ hai ở nam và thứ ba ở nữ; tỉ suất chuẩn hoá mắc ung thư đối với nam và nữ là 16,3 và 12,2/100.000 dân.

UTĐTT thường gặp ở những người trên 50 tuổi, tuy nhiên tỉ lệ mắc UTĐTT trong nhiều năm gần đây tăng nhanh ở giới trẻ. Theo số liệu TCYTTG 2018, UTĐTT là ung thư phổ biến hàng thứ 5 tại Việt Nam sau ung thư gan, phổi, dạ dày, vú. Mỗi năm ghi nhận gần 15.000 ca mắc mới, tỉ lệ 13,4/100.000 dân, và khoảng hơn 7000 ca tử vong.

1.2. Các yếu tố nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng

Các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy chỉ có dưới 10% ung thư phát sinh do các rối loạn từ bên trong cơ thể như: tổn thương có tính di truyền, rối loạn nội tiết. Có trên 80% ung thư phát sinh có liên quan đến môi trường sống bao gồm: lối sống thiếu khoa học, các thói quen và tật xấu như: hút thuốc, uống rượu, chế độ dinh dưỡng không hợp lý và không an toàn; các yếu tố liên quan đến môi trường ô nhiễm và liên quan đến nghề nghiệp, vệ sinh an toàn thực phẩm. Ngày nay, người ta biết rõ ung thư không phải do một tác nhân gây ra. Một tác nhân sinh ung thư có thể gây ra một số loại ung thư và ngược lại một loại ung thư có thể do một số tác nhân khác nhau gây ra.

Đối với UTĐTT, một số yếu tố nguy cơ quan trọng được biết đến như sau:

Các yếu tố không tác động được

- Giới tính
- Tuổi
- Tiền sử gia đình
- Tiền sử bản thân
- Yếu tố di truyền
- Yếu tố chủng tộc

Các yếu tố nguy cơ có thể tác động được

- Thừa cân - béo phì
- Chế độ vận động thể lực
- Chế độ ăn
- Hút thuốc lá
- Thức uống có cồn
- Bệnh tiểu đường và đề kháng insullin

Các bệnh lý đại trực tràng liên quan

- Polyp đại trực tràng
- Viêm loét đại trực tràng

1.3. Một số giải pháp phòng chống ung thư đại trực tràng

Một số biện pháp phòng chống ung thư đại trực tràng

- Không hút thuốc lá

- Duy trì cân nặng lý tưởng
- Thực hành chế độ dinh dưỡng hợp lý
- Tăng cường hoạt động thể lực
- Sàng lọc UTĐTT

Giới thiệu sàng lọc ung thư đại trực tràng bằng phương pháp tìm máu ẩn trong phân

Định nghĩa

Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân là xét nghiệm tìm máu người dạng vi thể trong phân không bị dương tính giả với máu động vật khác. Hiện nay người ta hay sử dụng phương pháp xét nghiệm miễn dịch sắc ký cho sàng lọc máu ẩn trong phân.

Xét nghiệm tìm máu trong phân còn được gọi là FOBT – là một thử nghiệm trong phòng thí nghiệm được sử dụng để kiểm tra mẫu phân nhằm tìm kiếm máu ẩn trong phân. Máu trong phân có thể cho thấy UTĐTT hoặc polyp đại trực tràng, mặc dù không phải tất cả các loại ung thư hoặc khối u chảy máu. Nếu máu được phát hiện thông qua xét nghiệm tìm máu trong phân, người bệnh có thể cần làm thêm các xét nghiệm bổ sung khác để xác định nguồn gốc chảy máu.

Chỉ định

Để sàng lọc, phát hiện sớm người bệnh bị polyp, ung thư đại trực tràng, viêm loét đại trực tràng: Những người tuổi trên 50, không có tiền sử bị bệnh polyp đại trực tràng, UTĐTT, viêm đại tràng mạn tính, không có tiền sử gia đình bị bệnh UTĐTT. Những người bị rối loạn tiêu hóa, đau bụng chưa rõ nguyên nhân.

Độ nhạy, độ đặc hiệu

Tùy các nhà sản xuất bộ công cụ xét nghiệm soi phân khác nhau mà độ nhạy và độ đặc hiệu có sự khác nhau. Độ nhạy giao động từ 94,1% - 99,1%. Độ đặc hiệu dao động từ 95,2% - 98,8%. Với mục đích là để sàng lọc trên cộng đồng cho nên ưu tiên chọn bộ công cụ xét nghiệm có độ nhạy cao.

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu có 2 mục tiêu, tương ứng với mỗi mục tiêu nghiên cứu có thiết kế nghiên cứu riêng biệt;

- **Mục tiêu 1:** Mô tả kết quả sàng lọc nguy cơ Ung thư đại trực tràng bằng phát hiện máu ẩn trong phân (FOBT) ở người Khmer, tỉnh Trà Vinh năm 2020-2021. Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang mô tả để khảo sát các yếu tố nguy cơ mắc UTĐTT và các yếu tố liên quan trong cộng đồng người Khmer tại tỉnh Trà Vinh;
- **Mục tiêu 2:** Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp dự phòng UTĐTT ở người Khmer tại 4 xã ở tỉnh Trà Vinh năm 2021 - 2022. Thiết

kế nghiên cứu nhằm đáp ứng mục tiêu này là nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm đối chứng.

2.2. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người Khmer đang cư trú tại tỉnh Trà Vinh.

- Tiêu chí chọn mẫu:
 - + Tuổi: Từ đủ 40 tuổi trở lên. Theo các hiệp hội ung thư, khuyến nghị sàng lọc UTĐTT cho tất cả người trưởng thành từ 50 đến 79 tuổi. Theo hướng dẫn mới của Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ, người trưởng thành có nguy cơ mắc UTĐTT ở mức trung bình, được khuyến cáo sàng lọc bắt đầu từ tuổi 45, sớm hơn năm năm so với trước đây. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy rằng tỉ lệ mắc UTĐTT bắt đầu tăng từ tuổi 40 và gia tốc sau 50 tuổi. Tại Việt Nam, Ở Hà Nội cũng đã triển khai chương trình tầm soát UTĐTT cho người dân từ 11/2017, người dân từ 40 tuổi trở lên thường trú tại Hà Nội và có bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Hà Nội cấp sẽ được khám sàng lọc để phát hiện sớm UTĐTT. Do đó, trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng lựa chọn đối tượng nghiên cứu từ 40 tuổi trở lên.
 - + Có thời gian cư trú trên địa bàn tỉnh Trà Vinh từ 1 năm trở lên.
 - + Xác định đối tượng là đồng bào Khmer dựa vào giấy khai sinh, giấy chứng minh nhân dân, thẻ căn cước hoặc hộ khẩu.
 - + Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.
 - + Có khả năng trả lời các câu hỏi.
- Tiêu chí loại trừ:
 - + Không có khả năng trả lời phỏng vấn.
 - + Không có năng lực hành vi dân sự.
 - + Tiền sử mắc bệnh trĩ, các bệnh lý chảy máu như xuất huyết tiêu hóa,...
 - + Người có bị UTĐTT.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại 30 xã/phường của tỉnh Trà Vinh.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu

Thời gian thực hiện từ ngày 01/10/2020 đến ngày 30/6/2022. Nghiên cứu được tiến hành qua 2 giai đoạn:

- Giai đoạn cắt ngang: từ ngày 01/10/2020 đến ngày 30/12/2020.
- Giai đoạn can thiệp: từ ngày 01/7/2021 đến ngày 30/6/2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp nghiên cứu mô tả

2.3.1.1. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức chọn mẫu ước lượng 1 tỉ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p \times (1 - p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với độ tin cậy 95%.

- $p = 0,0542$ (Tỉ lệ xét nghiệm sàng lọc máu ẩn trong phân dương tính theo báo cáo của Sở Y tế Hà Nội trong Điểm tin Y tế ngày 5/4/2019 của Bộ Y tế, tỉ lệ dương tính xét nghiệm máu ẩn trong phân là 5,42%)
- $d = 0,02$: là sai số lựa chọn. Hệ số thiết kế $DE = 3$.
- Cỡ mẫu tối thiểu là $n = 1479$ người.
- Dự trừ mất mẫu 15%. Vậy cỡ mẫu cần nghiên cứu là 1740 người dân.
→ Nghiên cứu đã khảo sát 1843 đối tượng.

Chọn mẫu: Kỹ thuật chọn mẫu cụm

2.3.2. Phương pháp nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm đối chứng

2.3.2.1. *Đối tượng can thiệp*: Đồng bào Khmer từ 40 tuổi trở lên tại địa bàn tỉnh Trà Vinh.

2.3.2.2. *Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu can thiệp tại cộng đồng*
Cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp

Với thiết kế nghiên cứu là can thiệp cộng đồng có nhóm đối chứng, do đó, cỡ mẫu tại mỗi xã chứng và xã can thiệp được ước tính theo công thức:

$$n_1=n_2=\frac{\left\{z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}\right\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

- n_1, n_2 : Cỡ mẫu tối thiểu của mỗi nhóm can thiệp và nhóm chứng
- p_1 : Sự thay đổi kết cuộc mong đợi ở nhóm can thiệp
- p_2 : Sự thay đổi kết cuộc mong đợi ở nhóm đối chứng
- $p = (p_1 + p_2)/2$
- $z_{1-\alpha/2}$: Hệ số z tương ứng với độ tin cậy mong muốn, ứng với độ tin cậy 95% thì $z_{1-\alpha/2} = 1,96$.
- $z_{1-\beta}$: Hệ số z tương ứng với lực mẫu mong muốn, ứng với lực mẫu là 90% thì $z_{1-\beta} = 1,282$.

Dựa trên nghiên cứu của Rakhshanderou S và cộng sự (2020) về kết quả can thiệp dự phòng ung thư đại trực tràng dựa trên mô hình niềm tin sức khỏe ghi nhận, cỡ mẫu mỗi nhóm cần khảo sát là 223 người dân Khmer.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Chuẩn bị và nhập liệu: Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.01 và phân tích bằng phần mềm Stata phiên bản 14.0.

Mô tả dữ liệu:

- Sử dụng tần số và tỉ lệ phần trăm (%) đối với các biến số định tính như nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn
- Sử dụng trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị, khoảng tứ phân vị dựa trên phân bố của dữ liệu định lượng cho các biến số: điểm số kiến thức, điểm số thực hành.

Phân tích trong nghiên cứu can thiệp: sử dụng phương pháp phân tích DID để đánh giá hiệu quả can thiệp, so sánh giữa các nhóm can thiệp và nhóm chứng ở trước và sau can thiệp. Kết quả phân tích cho biết hiệu quả can thiệp của các biện pháp đã áp dụng trong nghiên cứu đối với cải thiện kiến thức và hành vi phòng chống UTĐTT của đối tượng nghiên cứu.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương Giấy chấp thuận số IRB-VN01057/IORG 0008555; No: HĐĐĐ - 02/2021, ngày 29 tháng 01 năm 2021.

Được Sở Y tế tỉnh Trà Vinh và Hội đồng đạo đức của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương thông qua. Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo vệ theo đúng quy định của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

Đối tượng nghiên cứu sẽ được giải thích cụ thể để tự nguyện tham gia và hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Sau khi tham gia cung cấp đầy đủ thông tin, đối tượng được chi trả kinh phí để bù đắp mất mát về thời gian và công sức.

Có quyền từ chối tham gia hoặc có thể chấm dứt nghiên cứu bất cứ lúc nào.

Thông tin đối tượng giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Khi phát hiện đối tượng bệnh, tư vấn, giới thiệu đến cơ sở y tế phù hợp.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả xét nghiệm sàng lọc bệnh lý đại trực tràng

3.1.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=1843)

Đặc điểm giới tính và nhóm tuổi	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi		
Từ 40 đến 49 tuổi	411	22,3
Từ 50 đến 59 tuổi	668	36,3
Từ 60 tuổi trở lên	764	41,4

Giới tính

Nam	727	39,5
Nữ	1116	60,5
Trình độ học vấn		
Dưới THPT	1752	95,1
Từ THPT trở lên	91	4,9
Nghề nghiệp hiện tại		
Làm thuê, công nhân, nông dân	409	22,2
Tự làm chủ	590	32,0
Nội trợ	570	30,9
Khác	274	14,9
Mức thu nhập bình quân gia đình		
Nghèo/Cận nghèo	433	23,5
Không nghèo	1410	76,5

Nghiên cứu ghi nhận đối tượng từ 60 tuổi trở lên là 41,4%, từ 50 đến 59 tuổi là 36,3% và từ 40 đến 49 tuổi là 22,3%. Trong đó, giới tính nữ chiếm đa số với 60,5%.

Bảng 3.5. Đặc điểm trình độ học vấn, nghề nghiệp và thu nhập bình quân gia đình của đối tượng nghiên cứu (n=1843)

Đặc điểm về học vấn, nghề nghiệp, thu nhập	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Trình độ học vấn		
Dưới THPT	1752	95,1
Từ THPT trở lên	91	4,9
Nghề nghiệp hiện tại		
Làm thuê, công nhân, nông dân	409	22,2
Tự làm chủ	590	32,0
Nội trợ	570	30,9
Khác	274	14,9

Nghiên cứu ghi nhận có 95,1% mẫu nghiên cứu có trình độ học vấn dưới Trung học phổ thông. Về đặc điểm nghề nghiệp, ghi nhận có 22,2% mẫu nghiên cứu làm thuê, công nhân, nông dân, 32,0% là tự làm chủ với chủ yếu là tiểu thương, buôn bán nhỏ. Có 76,5% mẫu nghiên cứu tự đánh giá mức thu nhập bình quân của gia đình thuộc diện không nghèo.

Bảng 3.10. Tiền sử chẩn đoán về bệnh lý đại trực tràng (n=1843)

Tiền sử chẩn đoán về bệnh lý ĐTT	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đã từng được chẩn đoán bệnh lý ĐTT		
Đã từng	109	5,9
Chưa từng	1734	94,1

Các bệnh lý đã từng được chẩn đoán (n=109)

Viêm loét đại trực tràng	78	71,6
Hội chứng ruột kích thích	8	7,3
Bệnh trĩ	5	4,6
Ung thư đại trực tràng	2	1,8
Polyp đại trực tràng	2	1,8
Bệnh khác	16	14,7

Nghiên cứu ghi nhận có 5,9% mẫu nghiên cứu đã từng được chẩn đoán bệnh lý về đại trực tràng. Trong đó, bệnh viêm loét đại trực tràng chiếm đa số với 71,6%.

Bảng 3.11. Tiền sử gia đình có người mắc ung thư (n=1843)

Tiền sử gia đình	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tiền sử gia đình có người mắc UT		
Có	48	2,6
Không	1795	97,4

Nghiên cứu ghi nhận có 2,6% mẫu nghiên cứu có tiền sử gia đình có người bị mắc ung thư, trong đó Cha hoặc mẹ chiếm 25%.

3.1.1.4. Đặc điểm kiến thức và hành vi phòng chống ung thư đại trực tràng của người dân

Kiến thức về phòng chống ung thư đại trực tràng

Bảng 3.12. Đặc điểm tiếp cận thông tin về ung thư đại trực tràng (n=1843)

Đặc điểm tiếp cận thông tin về ung thư	Số lượng	Tỉ lệ (%)
ĐTT		
Tiếp cận thông tin về ung thư đại trực tràng		
Có	453	24,6
Không	1390	75,4

Có 24,6% mẫu nghiên cứu có tiếp cận các thông tin về bệnh lý đại trực tràng. Trong đó, chủ yếu là từ nhân viên y tế với 45,7%, từ đài truyền hình với 36,2%, qua bạn bè, thân nhân là 30,9% và thấp nhất là 2,4% tiếp cận thông qua Internet.

Bảng 3.15. Điểm số kiến thức về phòng chống UTĐTT của từng lĩnh vực khảo sát (n=1843)

Kiến thức chung	TB ± DLC	TV [KTPV]	Cao nhất	Thấp nhất	Tỉ lệ đạt (%)
Điểm kiến thức về các bệnh lý đại trực tràng thường gặp	0,41 ± 0,96	0 [0 - 0]	6	0	6,9 ± 16,0
Điểm kiến thức về dấu hiệu cảnh báo sớm ung thư đại trực tràng	0,56 ± 1,32	0 [0 - 0]	6	0	9,3 ± 22,0

Kiến thức chung	TB ± ĐLC	TV [KTPV]	Cao nhất	Thấp nhất	Tỉ lệ đạt (%)
Điểm kiến thức về các yếu tố nguy cơ	0,58 ± 1,59	0 [0 - 0]	10	0	5,8 ± 15,9
Điểm kiến thức về các biện pháp phòng chống ung thư đại trực tràng	0,61 ± 1,65	0 [0 - 0]	8	0	7,7 ± 20,6
Điểm kiến thức về các loại xét nghiệm sàng lọc	0,18 ± 0,49	0 [0 - 0]	3	0	6,0 ± 16,2
Điểm kiến thức chung về phòng chống UTĐTT	2,34 ± 5,77	0 [0 - 1]	33	0	7,1 ± 17,5

TB: Trung bình; ĐLC: Độ lệch chuẩn; TV: Trung vị; KTPV: Khoảng tứ phân vị

Nghiên cứu ghi nhận điểm số trung bình kiến thức chung là $2,34 \pm 5,77$ điểm.

Thực hành về phòng chống bệnh lý đại trực tràng

Bảng 3.20. Điểm số thực hành hành vi nguy cơ về UTĐTT (n=1843)

Thực hành chung	TB ± ĐLC	Trung vị [KTPV]	Cao nhất	Thấp nhất	Tỉ lệ đạt (%)
Điểm số thực hành về hành vi nguy cơ	0,72 ± 0,68	1 [0 - 1]	3	0	23,9 ± 22,7
Điểm số thực hành về chế độ ăn	1,17 ± 0,72	1 [1 - 1]	4	0	29,3 ± 18,0
Điểm số thực hành chung	1,89 ± 1,01	2 [1 - 2]	6	0	27,0 ± 14,4

TB: Trung bình; ĐLC: Độ lệch chuẩn; TV: Trung vị; KTPV: Khoảng tứ phân vị

Điểm số thực hành chung về bệnh lý đại trực tràng là $1,89 \pm 1,01$ điểm.

3.1.2. Kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân

Bảng 3.22. Kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân (n=1843)

Kết quả xét nghiệm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Dương tính	200	10,9
Âm tính	1643	89,1

Tỉ lệ kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính chiếm tỷ lệ là 10,9%. Tỷ lệ âm tính 89,1%

3.1.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả máu ẩn trong phân, sàng lọc bệnh lý đại trực tràng

Bảng 3.23. Mối liên quan giữa KQ XN máu ẩn trong phân và đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=1843)

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	KQ máu ẩn trong phân		OR (KTC 95%)	p
	Dương tính (+)	Âm tính (-)		
Nhóm tuổi				
Từ 60 tuổi trở lên	104 (13,6)	660 (86,4)	2,33 (1,49 - 3,65)	<0,001
Từ 50 đến 59 tuổi	70 (10,5)	598 (89,5)	1,73 (1,09 - 2,77)	0,021
Từ 40 đến 49 tuổi	26 (6,3)	385 (93,7)	1	
Giới tính				
Nam	74 (10,2)	653 (89,8)	0,89 (0,66 - 1,21)	0,454
Nữ	126 (11,3)	990 (88,7)	1	
Trình độ học vấn				
Từ THPT trở lên	12 (13,2)	79 (86,8)	1,26 (0,68 - 2,36)	0,464
Dưới THPT	188 (10,7)	1564 (89,3)	1	
Nghề nghiệp hiện tại				
Làm thuê, CN, ND	50 (12,2)	359 (87,8)	1,02 (0,64 - 1,63)	0,943
Tự làm chủ	62 (10,5)	528 (89,5)	0,86 (0,55 - 1,34)	0,502
Nội trợ	55 (9,7)	515 (90,3)	0,78 (0,49 - 1,23)	0,287
Khác	33 (12,0)	241 (88,0)	1	
Mức thu nhập bình quân gia đình				
Nghèo/Cận nghèo	50 (11,6)	383 (88,4)	1,10 (0,78 - 1,54)	0,595
Không	150 (10,6)	1260 (89,4)	1	

Phép kiểm χ^2

Nghiên cứu ghi nhận không có mối liên quan giữa kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân theo giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp hiện tại và mức thu nhập bình quân gia đình. Tỷ lệ kết quả dương tính bệnh lý đại trực tràng tăng dần theo độ tuổi (từ 60 tuổi), sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê.

Bảng 3.25. Mối liên quan giữa KQ XN máu ẩn trong phân và tiền sử bản thân, gia đình (n=1843)

Tiền sử bản thân, gia đình	KQ máu ẩn trong phân		OR KTC 95%	p
	Dương tính (+)	Âm tính (-)		
Đã từng được chẩn đoán bệnh lý ĐTT				
Đã từng	12 (11,0)	97 (89,0)	1,02 (0,55 - 1,89)	0,957

Tiền sử bản thân, gia đình	KQ máu ẩn trong phân		OR KTC 95%	p
	Dương tính (+)	Âm tính (-)		
Chưa từng	188 (10,8)	1546 (89,2)	1	
Tiền sử gia đình có người mắc UT				
Có	7 (14,6)	41 (85,4)	1,42 (0,63 - 3,20)	0,402
Không	193 (10,8)	1602 (89,2)	1	

Phép kiểm χ^2

Kết quả chưa ghi nhận có mối liên quan giữa kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân với yếu tố bản thân từng được chẩn đoán về bệnh lý đại tràng, tiền sử gia đình có người mắc ung thư và phân loại BMI của bản thân.

Bảng 3.30. Mô hình hồi quy đa biến

Các yếu tố	KQ XN bệnh lý ĐTT (+)		
	OR	KTC 95%	p
Nhóm tuổi			
Từ 60 tuổi trở lên	2,35	1,48 – 3,71	<0,001
Từ 50 đến 59 tuổi	1,75	1,09 – 2,82	0,020
Giới tính (Nam)	0,85	0,62 – 1,15	0,288
Trình độ học vấn (Từ THPT trở lên)	1,60	0,84 – 3,07	0,154
Thu nhập (Nghèo - Cận nghèo)	1,05	0,74 – 1,49	0,767
BMI			
Thiếu cân	1,00	0,59 – 1,70	0,995
Thừa cân	1,20	0,80 – 1,80	0,376
Béo phì	1,08	0,75 – 1,55	0,690
Đã từng được chẩn đoán về BLĐTT (Đã từng)	1,21	0,64 – 2,28	0,564
Tiền sử gia đình có người UT (Có)	1,41	0,61 – 3,27	0,425
Điểm kiến thức chung	0,96	0,93 – 0,99	0,030
Điểm thực hành chung	1,37	1,19 – 1,57	<0,001

Trong nghiên cứu đang tiến hành, mặc dù các biến số về giới tính, trình độ học vấn, thu nhập, BMI, tiền sử bản thân đã từng được chẩn đoán về bệnh lý đại trực tràng và tiền sử gia đình có người mắc ung thư không ghi nhận có mối liên quan với kết quả xét nghiệm sàng lọc bệnh lý đại trực tràng trong phân tích đơn biến. Tuy nhiên, các biến số này được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đó về sự tác động lên bệnh lý đại trực tràng. Do đó, chúng tôi đưa các biến số này cùng với biến số nhóm tuổi, kiến thức chung và thực hành chung.

Kết quả phân tích đa biến ghi nhận, các biến số liên quan đến kết quả xét nghiệm sàng lọc bệnh lý đại trực tràng bao gồm độ tuổi, kiến thức chung và thực hành chung

3.2. Hiệu quả biện pháp can thiệp dự phòng ung thư đại trực tràng ở người Khmer tại 4 xã tỉnh Trà Vinh năm 2021-2022

Đối với kiến thức

Bảng 3.34: Phân tích DID đơn biến về điểm kiến thức dự phòng ung thư đại trực tràng ở cộng đồng người Khmer tại tỉnh Trà Vinh (n=941)

Nhóm chứng	Trước			Sau			p
	Nhóm CT	Diff (CT-C)	Nhóm chứng	Nhóm CT	Diff (CT-C)	Diff-in-Diff	
Tổng điểm kiến thức chung							
	3,32 (6,28)	2,44 (6,18)	-0,88	2,76 (5,33)	5,06 (5,67)	2,29	3,18 <0,001
Kiến thức về bệnh lý đại trực tràng							
	0,49 (0,86)	0,46 (1,10)	-0,03	0,39 (0,94)	0,63 (0,96)	0,23	0,26 0,038
Kiến thức về dấu hiệu cảnh báo sớm ung thư đại trực tràng							
	0,86 (1,56)	0,59 (1,34)	-0,28	0,61 (1,31)	0,87 (1,30)	0,26	0,54 0,003
Kiến thức về các yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng							
	0,79 (1,60)	0,61 (1,80)	-0,18	0,73 (1,65)	1,73 (3,07)	1,00	1,18 <0,001
Kiến thức về phòng chống ung thư đại trực tràng							
	0,97 (1,95)	0,58 (1,62)	-0,39	0,78 (1,84)	1,32 (2,22)	0,54	0,93 <0,001
Kiến thức về xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng							
	0,21 (0,44)	0,21 (0,58)	-0,002	0,25 (0,61)	0,51 (0,81)	0,26	0,26 0,001

Kết quả phân tích DID đơn biến, trong đó sự thay đổi kiến thức chung ở nhóm can thiệp khác với nhóm chứng trung bình là 3,18 điểm. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Khảo sát từng lĩnh vực kiến thức, các lĩnh vực khảo sát đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê, trong đó kiến thức về các yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng cải thiện điểm cao nhất là 1,18 điểm, thấp nhất là kiến thức về bệnh lý đại trực tràng và xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng với 0,26 điểm.

Bảng 3.35. Hiệu quả can thiệp kiến thức về dự phòng ung thư đại trực tràng ở cộng đồng người Khmer tại tỉnh Trà Vinh (n = 941)

Đặc điểm	Tỉ lệ (%) điểm KT (DID) ^a	KTC 95%	p
Tổng điểm kiến thức chung	11,0	3,5 - 18,5	0,019
Kiến thức về bệnh lý đại trực tràng	5,8	4,0 - 7,5	0,002
Kiến thức về dấu hiệu cảnh báo sớm ung thư đại trực tràng	11,3	3,4 - 19,1	0,020
Kiến thức về các yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng	13,0	5,6 - 20,4	0,011
Kiến thức về phòng chống ung thư đại trực tràng	12,9	-7,21 - 32,9	0,134
Kiến thức về xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng	9,6	-1,48 - 20,7	0,070

^a Tỉ lệ % điểm DID khác biệt giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Kết quả được hiệu chỉnh cho các đặc điểm mẫu (giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, thu nhập gia đình, chỉ số BMI, tiền sử bản thân và tiền sử gia đình về bệnh lý đại trực tràng)

Hiệu quả can thiệp hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu, kết quả cho thấy can thiệp làm tăng 11,0% điểm kiến thức chung, tăng 5,8% điểm kiến thức về bệnh lý đại trực tràng, tăng 11,3% kiến thức về dấu hiệu cảnh báo sớm ung thư đại trực tràng và tăng 13,0% kiến thức về yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng. Sự cải thiện điểm số có ý nghĩa về mặt thống kê.

Đối với kiến thức về phòng chống ung thư đại trực tràng và xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng, can thiệp cải thiện 12,9% và 9,6% tương ứng với từng lĩnh vực, tuy nhiên, sự cải thiện kiến thức về 02 lĩnh vực này chưa có ý nghĩa về mặt thống kê.

Đối với thực hành

Bảng 3.36: Phân tích DID đơn biến về điểm thực hành hành vi nguy cơ đối với ung thư đại trực tràng ở cộng đồng người Khmer tại tỉnh Trà Vinh (n=941)

Nhóm chứng	Trước		Sau			Diff- in-Diff	p	
	Nhóm CT	Diff (CT-C)	Nhóm chứng	Nhóm CT	Diff (CT-C)			
Tổng điểm số nguy cơ thực hành chung								
	1,93 (1,08)	1,83 (0,93)	-0,10	1,97 (1,05)	1,45 (0,86)	-0,52	-0,42	0,001
Điểm số về hành vi nguy cơ								
	0,70 (0,74)	0,72 (0,66)	0,02	0,80 (0,65)	0,61 (0,60)	-0,19	-0,21	0,015
Điểm số về chế độ ăn								
	1,23 (0,68)	1,11 (0,64)	-0,12	1,17 (0,79)	0,84 (0,61)	-0,33	-0,21	0,019

Kết quả phân tích DID đơn biến, trong đó sự thay đổi kiến thức chung ở nhóm can thiệp khác với nhóm chứng trung bình là giảm 0,42 điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi đánh giá chi tiết về các lĩnh vực khảo sát, ghi nhận có sự giảm hành vi nguy cơ và giảm chế độ ăn không lành mạnh sau can thiệp so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p=0,015$ và $p=0,019$ tương ứng).

Bảng 3.37. Hiệu quả can thiệp thực hành hành vi nguy cơ đối với ung thư đại trực tràng ở cộng đồng người Khmer tại tỉnh Trà Vinh (n = 941)

Đặc điểm	Tỉ lệ (%) điểm KT (DID) ^a	KTC 95%	p
Tổng điểm số nguy cơ thực hành chung	-6,3	-9,1 – (-3,6)	0,005
Điểm số về hành vi nguy cơ	-8,4	-14,8 – (-2,0)	0,025
Điểm số về chế độ ăn	-4,8	(-8,0) – (-1,5)	0,018

^a Tỉ lệ % điểm DID khác biệt giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Kết quả được hiệu chỉnh cho các đặc điểm mẫu (giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, thu nhập gia đình, chỉ số BMI, tiền sử bản thân và tiền sử gia đình về bệnh lý đại trực tràng)

Kết quả phân tích ghi nhận hiệu quả can thiệp cải thiện thực hành chung thông qua việc giảm hành vi nguy cơ và chế độ ăn không lành mạnh, sự cải thiện có ý nghĩa về mặt thống kê.

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân

Xét nghiệm máu ẩn trong phân (FOBT - Fecal Occult Blood Test) là một phương pháp sàng lọc để phát hiện máu không rõ nguồn gốc trong phân. Xét nghiệm máu ẩn trong phân được sử dụng để tìm kiếm dấu hiệu sự tồn tại của máu có thể xuất phát từ bất kỳ vị trí nào trong hệ tiêu hóa, bao gồm cả ung thư đại trực tràng. Phương pháp này đơn giản, không xâm lấn và dễ thực hiện.

Ngoài xét nghiệm máu ẩn trong phân, có một số xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng khác như xét nghiệm sàng lọc mỡ trong phân (FIT). Kỹ thuật này là một phương pháp sàng lọc ung thư đại trực tràng tương tự như xét nghiệm máu ẩn trong phân. Về chuyên môn, kỹ thuật sàng lọc mỡ trong phân cũng dùng để phát hiện máu ẩn trong phân, nhưng sử dụng kháng nguyên mỡ trong máu, thay vì kháng nguyên sắt. Kỹ thuật FIT có độ nhạy và đặc hiệu tương đương hoặc tốt hơn FOBT. Tuy nhiên, chi phí lại đắt hơn, việc ứng dụng trong cộng đồng là khó khăn. Một kỹ thuật khác là xét nghiệm sàng lọc DNA phân tử (MT-DNA), một kỹ thuật dựa trên việc phân tích các biến thể genetic tại DNA có mặt trong phân. Kỹ thuật này có khả năng phát hiện các biến thể liên quan đến ung thư đại trực tràng. Xét nghiệm sàng lọc DNA phân tử có độ nhạy cao và có thể phát hiện được các khối u sớm hơn so với xét nghiệm máu ẩn trong phân. Tuy nhiên so với cả xét nghiệm mỡ trong phân, chi phí cho sàng lọc DNA phân tử cao hơn đáng kể. Ngoài các kỹ thuật xét nghiệm, một kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh cũng thường được ứng dụng trong sàng lọc ung thư đại trực tràng là nội soi đại trực tràng. Nội soi đại trực tràng (colonoscopy) là một phương pháp chẩn đoán trực tiếp và xem kỹ hơn để phát hiện ung thư đại trực tràng và các khối u tiền ung thư. Kỹ thuật này giúp loại bỏ các polyp trực tiếp và lấy mẫu tế bào để kiểm tra. Nội soi đại trực tràng có độ nhạy và đặc hiệu cao nhất trong các phương pháp sàng lọc, nhưng đòi hỏi quá trình chuẩn bị và thực hiện phức tạp hơn và có rủi ro nhất định.

Mỗi phương pháp sàng lọc ung thư đại trực tràng có những ưu điểm và hạn chế riêng. Xét nghiệm máu ẩn trong phân là một phương pháp đơn giản, giá rẻ và phổ biến. Tuy nhiên, nó có độ nhạy và đặc hiệu không cao bằng các phương pháp khác như sàng lọc mỡ trong phân và nội soi đại trực tràng. Tuy nhiên, về chi phí của sàng lọc mỡ trong phân và nội soi đại trực tràng là cao hơn đáng kể. Ngoài ra, nội soi đại trực tràng là phương pháp chẩn đoán trực tiếp và có độ nhạy và đặc hiệu cao nhất, nhưng đòi hỏi quá trình chuẩn bị và thực hiện phức tạp hơn. Việc chọn phương pháp sàng lọc phụ thuộc vào nhiều yếu tố như độ nhạy, đặc hiệu, chi phí, tiện lợi, sự chấp nhận của bệnh nhân và tài nguyên y tế có sẵn. Điều quan trọng là lựa chọn phương pháp nào mang lại kết quả tốt nhất trong việc phát hiện sớm ung thư đại trực tràng và giảm tỉ lệ tử vong do bệnh này. Dựa trên các phân tích và so

sánh giữa lợi ích, chi phí, hiệu quả giữa các kỹ thuật xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh. Xét nghiệm máu ẩn trong phân là phương pháp phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội cộng đồng Khmer tại tỉnh Trà Vinh, vì thế đây là phương pháp được chúng tôi áp dụng trong nghiên cứu nhằm sàng lọc các bệnh lý ĐTT và ung thư đại trực tràng. Ngoài ra, xét nghiệm máu ẩn trong phân là phù hợp nhất để có thể duy trì được sau khi triển khai thử nghiệm giải pháp can thiệp phòng chống UTĐTT trong cộng đồng này.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính là 10,9%. Tỉ lệ này được ghi nhận là cao so với các nghiên cứu, báo cáo thực hiện trước đó. Cụ thể, kết quả khám sàng lọc ung thư đại trực tràng với tỉ lệ xét nghiệm máu ẩn trong phân tại 26 quận, huyện, thị xã của Hà Nội trong 2 năm 2017 và 2018 cho thấy có 21.451/415.186 người dương tính là 5,42%. Trong một báo cáo khác của Bệnh viện Vinmec Times City, chương trình sàng lọc của Bệnh viện này trong năm 2019 đã có 32.556 người dân được làm xét nghiệm máu ẩn trong phân, trong đó 1.972 người có kết quả dương tính, tỉ lệ dương tính là 6,00%. Có thể thấy rằng, tỉ lệ xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn đáng kể. Có nhiều yếu tố có thể lý giải cho sự khác biệt về tỉ lệ xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính giữa các nghiên cứu. Đầu tiên, có thể kể đến phạm vi nghiên cứu và đặc điểm của đối tượng khảo sát là khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào người dân Khmer từ 40 tuổi trở lên với cỡ mẫu có sự hạn chế và đại diện cho dân số người Khmer tại đây. Trong khi đó, chương trình sàng lọc của Sở Y tế Hà Nội được thực hiện ở nhóm dân số rộng hơn, với nhiều đặc trưng văn hóa, xã hội và các đặc điểm nhân khẩu học đa dạng. Mặc dù, chương trình sàng lọc của Sở Y tế Hà Nội hay Bệnh viện Vinmec Times City sử dụng cùng phương pháp xét nghiệm máu ẩn trong phân, độ nhạy, độ đặc hiệu và ngưỡng dương tính gần như tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, giúp loại trừ được những hạn chế khi so sánh giữa kết quả nghiên cứu này với các báo cáo trước. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỉ lệ xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính trong nghiên cứu này (cao hơn) chủ yếu đến từ sự khác biệt của đặc điểm dân số nghiên cứu.

Đối với các vùng miền khác trong nước, không có nhiều thông tin về tình hình sàng lọc UTĐTT qua xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân trong cộng đồng, hoạt động sàng lọc UTĐTT chủ yếu gắn liền với cơ sở y tế bao gồm nội soi và làm các xét nghiệm lâm sàng,... Trên cơ sở đó, có một số yếu tố có thể được xem xét, cân nhắc khi so sánh giữa các dân số, nghiên cứu với nhau. Các yếu tố này bao gồm sự đa dạng trong phương thức tiếp cận và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân trong một cộng đồng bất kì. Cụ thể, đối với các khu vực miền núi, vùng sâu vùng xa, khả năng tiếp cận và thụ hưởng các dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe, dự

phòng là thấp hơn và khó khăn hơn so với khu vực đồng bằng và các Thành phố lớn. Ngoài ra, sự khác biệt về văn hóa, phong tục tại cùng một địa phương cũng là một rào cản lớn đối với việc tiếp cận các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh. Để đảm bảo các hoạt động dự phòng ung thư đại trực tràng hay bất kỳ các vấn đề sức khỏe nào khác, cần thiết phải đảm bảo đủ nguồn lực cũng như đảm bảo nâng cao nhận thức của người dân. Việc nâng cao nhận thức cộng đồng về tác động của UTĐTT và lợi ích của sàng lọc có thể là một yếu tố quan trọng trong việc thúc đẩy sự tham gia và tăng cường kết quả sàng lọc. Do đó, kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với các nghiên cứu trước đó cũng có thể do tác động của yếu tố về văn hóa, nhận thức của người dân tại đây.

So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính được tóm tắt trong bảng sau:

Bảng 4.38. So sánh tỉ lệ xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân giữa các nghiên cứu

Tác giả	Năm		Địa điểm	Loại XN	Cỡ mẫu	Đối tượng	Tỉ lệ (+)
Ransohoff DF	1997		Đa quốc gia	FIT và FOBT	(nghiên cứu tổng quan)	Mọi lứa tuổi	1-16%
Australian Government Department of Health Ageing	2002-2004		Úc	FOBT	25.688	55-74 tuổi	9,0%
Jack S Mandel	1999		Minnesota	FOBT	46.551	50-80 tuổi	<2%
Logan RF	2006-2009		Anh	FOBT	1,08 triệu	60-69 tuổi	1,9%
Steele RJ	2009		Scotlen	gFOBT		50-69 tuổi	1,16-2,07%
Tsung-Hsien Chiang	2007-2009		Đài Loan	FOBT		>18 tuổi	14,2%
Toes-Zoutendijk E.	2014		Hà Lan	FIT	529.056	Dân số chung	6,7-10,6%
Ribbing Wilén H	2019		Thụy Điển	FIT	12.383	≥ 60 tuổi	9,5%

Tác giả	Năm	Địa điểm	Loại XN	Cỡ mẫu	Đối tượng	Tỉ lệ (+)
Bărbulescu, L. N.	2020-2023	Rumani	FOBT	47 mẫu 40 mẫu 21 mẫu	> 18 tuổi	12,76% 19,04% 9,52%
Nghiên cứu	2020-2022	Người Khmer, tỉnh Trà Vinh, Việt Nam	FOBT	1.843 người	≥ 40 tuổi	10,9%

Có thể thấy rằng khi so sánh kết quả nghiên cứu tìm máu ẩn trong phân trong nghiên cứu hiện tại với các nghiên cứu trên thế giới, có sự tương đồng về tỉ lệ với một số nghiên cứu nhưng cũng có khác biệt đáng kể với nhiều nghiên cứu khác. Cụ thể, kết quả nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn đáng kể so với một số nghiên cứu trong cộng đồng (các chương trình sàng lọc quốc gia) trên một cỡ mẫu lớn, ví dụ như Anh, Úc, Hà Lan (những nước châu Âu) trong khi đối tượng nghiên cứu này lại nhỏ tuổi hơn các báo cáo tại các nước trên. Mặc dù kết quả xét nghiệm có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như: ngưỡng dương tính, độ nhạy, độ đặc hiệu và tiêu chuẩn y tế của từng quốc gia hoặc tổ chức, hay quy trình tổ chức lấy mẫu và xét nghiệm phân. Mặc dù vậy, có thể thấy rằng tỉ lệ xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính trong nghiên cứu là cao hơn nhiều so với với các báo cáo, nghiên cứu tại Việt Nam với đặc thù của y tế và đời sống của người dân Việt Nam. Điều này cho thấy, tình trạng sức khỏe hệ tiêu hóa của người dân Khmer tỉnh Trà Vinh có nhiều vấn đề cần được quan tâm nhằm đảm bảo sức khỏe chung của cộng đồng. Việc thực hiện sớm các biện pháp dự phòng kịp thời sẽ giảm giảm tỉ lệ mắc, giúp chẩn đoán sớm và hỗ trợ kịp thời cho những người có nguy cơ cao.

4.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp cộng đồng phòng chống ung thư đại trực tràng

4.2.1 Đánh giá công tác tổ chức quản lý thực hiện can thiệp

Qua điều tra cắt ngang trước can thiệp, cho thấy tỉ lệ cao người dân Khmer tỉnh Trà Vinh có kết quả dương tính máu ẩn trong phân là 10,9%. Các phân tích kết quả cho thấy rằng kiến thức và thực hành trong phòng chống UTĐTT của người dân Khmer là rất hạn chế như đã bàn luận ở trên. Có nhiều yếu tố nguy cơ trên cộng đồng này, vì thế nghiên cứu đưa ra biện pháp hoạt động can thiệp nhằm phát huy tiềm lực vốn có của tuyến y tế cơ sở trong phòng chống UTĐTT trong cộng đồng có nhiều nét đặc thù như đồng bào dân tộc Khmer. Nghiên cứu đã xây dựng mạng lưới hoạt động can thiệp tại tuyến y tế cơ sở. Thành lập Ban chỉ đạo Chương trình

can thiệp phòng, chống UTĐTT tại 02 xã can thiệp. Tổ chức tập huấn cho các thành viên tham gia chương trình can thiệp.

Kết quả các hoạt động hầu như đã thực hiện đầy đủ theo kế hoạch đề ra, khi tỉ lệ 100% cộng tác viên thực hiện hoạt động trong chương trình can thiệp đạt chỉ tiêu. Trong đó, số lượt vãng gia thăm nhà người bệnh đạt 100%. Có 7.969 tờ rơi trong số ước tính 10.000 được đưa tới người dân. 100% số tờ rơi được chuyên gia cung cấp cho người dân vào các buổi nói chuyện. 100% số pano được đặt tại các trục đường chính. 100% các bài phát thanh trong chương trình can thiệp được phổ biến trên loa phóng thanh tại các ấp trong xã, mỗi tuần 1 lần. 100% các bài nói chuyện chuyên đề về bệnh UTĐTT được thực hiện tại chùa/Trạm y tế vào mỗi tháng. Sau can thiệp, tỉ lệ người dân tham gia vào mỗi buổi nói chuyện chuyên đề đạt 150% so với chỉ tiêu. Về thực hiện hoạt động sàng lọc UTĐTT trong cộng đồng tại xã can thiệp, nhóm nghiên cứu đã tiến hành triển khai 2 đợt sàng lọc trong thời gian can thiệp đạt 100% so với chỉ tiêu đề ra, tuy nhiên tỉ lệ người dân tham gia vào sàng lọc chỉ là 65 người trong 2 đợt (đợt 1 là 31 người và đợt 2 là 34 người), chỉ đạt 54,2% so với chỉ tiêu đề ra.

4.2.2. Hiệu quả can thiệp về kiến thức và thực hành dự phòng ung thư đại trực tràng

Để đảm bảo kiểm soát về khả năng gây nhiễu của các biến số giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, thu nhập gia đình, BMI, tiền sử bản thân và gia đình, giữa các nhóm chứng và nhóm can thiệp và giữa trước can thiệp và sau can thiệp, chúng tôi tiến hành lấy mẫu đại diện và đảm bảo tương đồng giữa các nhóm. Bên cạnh đó, chúng tôi ứng dụng kỹ thuật phân tích DID (Different-in-Different) nhằm mô hình hóa và kiểm soát đồng thời các tác động của các biến số có khả năng gây nhiễu đã đề cập.

Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về dự phòng UTĐTT

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các giải pháp can thiệp như truyền thông và giáo dục sức khỏe đã có tác động tích cực đến kiến thức của người tham gia về biện pháp phòng chống ung thư đại trực tràng. Tổng điểm kiến thức chung về dự phòng UTĐTT có sự khác biệt ở từng nhóm và theo thời gian. Cụ thể, ở nhóm chứng điểm số giảm từ $3,32 \pm 6,28$ điểm xuống còn $2,76 \pm 5,33$ điểm. Trong khi đó điểm số ở nhóm can thiệp tăng từ $2,44 \pm 6,18$ lên $5,06 \pm 5,67$ điểm. Điểm trung bình khác biệt giữa nhóm chứng và can thiệp sau phân tích DID là $3,18 \pm 0,77$ điểm, $p < 0,001$. Khi đánh giá về từng lĩnh vực kiến thức, kết quả ghi nhận có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về điểm số kiến thức trung bình ở tất cả các lĩnh vực. Để có thể tìm hiểu chính xác việc cải thiện, tăng điểm số kiến thức chung và theo từng lĩnh vực là do can thiệp đem lại hay do sự ảnh hưởng, tác động của yếu tố nào khác. Nghiên cứu áp dụng mô hình DID để kiểm soát và đánh giá sự ảnh

hưởng của các yếu tố như giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, mức thu nhập gia đình, chỉ số BMI, tiền sử bản thân, tiền sử gia đình lên kết quả can thiệp truyền thông nâng cao kiến thức và giảm hành vi nguy cơ về dự phòng ung thư đại trực tràng. Các yếu tố được đưa vào mô hình dựa trên bằng chứng từ y văn và thực tế qua quá trình nghiên cứu ghi nhận được.

Đối với cải thiện kiến thức chung, nghiên cứu ghi nhận kết quả tăng điểm số trung bình chủ yếu là do can thiệp đem lại, chưa ghi nhận có sự ảnh hưởng của các yếu tố cùng đưa vào kiểm soát. Kết quả tương tự khi đánh giá ở các lĩnh vực biết về các bệnh lý đại trực tràng và xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng. Đối với các lĩnh vực kiến thức này hầu hết là các kiến thức chung, cơ bản, nên sự tác động của các yếu tố đang được kiểm soát là không đáng kể. Tuy nhiên, việc đánh giá kỹ nhu cầu về nâng cao kiến thức theo từng độ tuổi, giới tính hay từng nhóm đối tượng riêng biệt sẽ giúp các chương trình truyền thông đạt hiệu quả cao hơn.

Đối với kiến thức về dấu hiệu cảnh báo sớm, nghiên cứu ghi nhận có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê sau can thiệp. Trong khi đánh giá lĩnh vực kiến thức này, theo các nghiên cứu trước đó ghi nhận có sự tác động bởi yếu tố giới tính. Cụ thể, giới tính nữ sẽ có xu hướng cải thiện kiến thức nhiều hơn so với nam giới. Xét về mặt tâm lý, nữ giới sẽ có xu hướng chăm lo sức khỏe của bản thân và gia đình hơn so với nam giới. Xuất phát từ lý do này, nữ giới thường sẽ để ý những chi tiết thay đổi nhỏ về sức khỏe của bản thân và gia đình, hỗ trợ phát hiện và điều trị sớm bệnh. Bên cạnh đó, nữ giới cũng thường xuyên tìm kiếm về thông tin sức khỏe hơn so với nam giới. Các lý do trên góp phần lý giải sự tác động của giới tính lên bất kỳ hoạt động can thiệp truyền thông kiến thức nào, cụ thể nữ giới sẽ có xu hướng cải thiện điểm số hơn so với nam giới. Điều này gợi ý rằng cần chú ý trong đánh giá đối với yếu tố giới tính và sự tác động của yếu tố này lên kết quả can thiệp.

Đối với lĩnh vực kiến thức về các yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng, nghiên cứu ghi nhận tác động của can thiệp có hiệu quả trong việc cải thiện kiến thức, có ý nghĩa về mặt thống kê. Theo đánh giá từ thực tế, sự cải thiện điểm số về kiến thức của lĩnh vực này có thể bị tác động bởi yếu tố tiền sử bản thân đã từng được chẩn đoán bệnh lý đại trực tràng. Điều này là hoàn toàn phù hợp với thực tế, vì những người đã từng có chẩn đoán về bệnh lý đại trực tràng đã tiếp xúc rất nhiều với nhân viên y tế, được thăm khám và hỗ trợ thông tin điều trị dùng thuốc, không dùng thuốc. Đặc biệt, nhân viên y tế cũng rất chú trọng đánh giá các hành vi nguy cơ, các yếu tố nguy hại khác làm gia tăng tiến triển các bệnh lý đại trực tràng. Điều này sẽ giúp cho đối tượng hiểu rõ hơn và nhận thức đúng đắn hơn về các yếu tố nguy cơ trong ung thư đại trực tràng.

Đối với lĩnh vực kiến thức về phòng chống ung thư đại trực tràng và xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng, nghiên cứu ghi nhận có sự cải thiện về kiến

thức tuy nhiên chưa có ý nghĩa về mặt thống kê. Đối với nội dung này, xét dưới góc độ cộng đồng thì chưa được người dân thực sự quan tâm so với các yếu tố về dấu hiệu hay các yếu tố nguy cơ. Các nghiên cứu trong tương lai cần chú trọng nhiều hơn đối với nhóm kiến thức này để đạt hiệu quả phòng ngừa cao hơn.

Sự cải thiện về kiến thức có thể được xem là một thành tựu quan trọng trong việc nâng cao nhận thức của người dân về UTĐTT và tăng khả năng nhận biết các yếu tố nguy cơ, dấu hiệu, triệu chứng và biện pháp phòng chống bệnh. Điều này có thể giúp cung cấp cho họ những thông tin cần thiết để thực hiện các biện pháp sàng lọc, quản lý sức khỏe và giảm nguy cơ mắc UTĐTT. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng việc tăng kiến thức chưa đảm bảo sẽ dẫn đến hành vi thay đổi và tuân thủ các biện pháp sàng lọc. Để đạt được hiệu quả tối đa, cần phải kết hợp với các hoạt động khác như tư vấn cá nhân, hỗ trợ tâm lý và tạo điều kiện thuận lợi để người dân có thể áp dụng những kiến thức đã học vào thực tế hàng ngày.

Hiệu quả can thiệp về hành vi phòng chống UTĐTT:

Kết quả nghiên cứu ghi nhận có sự thay đổi đáng kể về điểm số thực hành hành vi nguy cơ đối với ung thư đại trực tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm số thực hành hành vi nguy cơ càng cao, đối tượng càng đang tồn tại nhiều hành vi làm gia tăng mắc ung thư đại trực tràng. Do đó, mục tiêu của chương trình can thiệp bên cạnh việc nâng cao kiến thức, còn phải giảm về các hành vi nguy cơ hiện có của người dân Khmer nhằm đạt hiệu quả cao nhất của truyền thông can thiệp giáo dục sức khỏe. Vì việc gia tăng kiến thức nhưng không làm thay đổi hành vi thì kết quả chung của can thiệp chưa thật sự đem lại lợi ích cho cộng đồng đang được nghiên cứu.

Đối với hành vi nguy cơ, chúng tôi tập trung vào các hành vi trong sinh hoạt hằng ngày và chế độ ăn của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu ghi nhận, có sự giảm đáng kể các hành vi nguy cơ trong sinh hoạt hằng ngày và chế độ ăn, từ đó giảm về điểm số trung bình đánh giá thực hành chung hành vi nguy cơ đối với dự phòng ung thư đại trực tràng. Cụ thể, điểm số trung bình của thực hành chung của nhóm chứng là $1,93 \pm 1,08$ điểm trước can thiệp, và ở mức $1,97 \pm 1,05$ sau can thiệp, hầu như không cải thiện. Trong khi đó, ở nhóm can thiệp điểm trung bình giảm từ $1,83 \pm 0,93$ điểm xuống còn $1,45 \pm 0,86$ điểm sau can thiệp. Đánh giá sự khác biệt dựa trên phân tích DID, nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt là có ý nghĩa về mặt thống kê với $p < 0,001$.

Khi đánh giá chi tiết sự thay đổi về hành vi nguy cơ bằng mô hình DID, kiểm soát nhiễu, tác động của các yếu tố bên ngoài đến hiệu quả can thiệp. Nghiên cứu ghi nhận can thiệp đem lại hiệu quả thay đổi hành vi đối với nhóm các hành vi trong chế độ ăn và hành vi chung. Kết quả trên có thể một phần được lý giải can thiệp truyền thông đã đem lại một số hiệu quả nhất định khi đã giúp thay đổi giảm

các hành vi nguy cơ đối với nhóm đối tượng nghiên cứu. Theo đánh giá, việc thay đổi kiến thức là một trong những yếu tố cơ bản dẫn đến thay đổi trong thực hành. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối với kiến thức đã có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê trong lĩnh vực dấu hiệu nhận biết và hành vi nguy cơ. Đây có thể giải thích được sự thay đổi hành vi khi đối tượng nghiên cứu đã nhận thức được vấn đề sức khỏe đang tồn tại ảnh hưởng đến bản thân họ để tự điều chỉnh hành vi. Nói cách khác, can thiệp truyền thông trong nghiên cứu của chúng tôi có tác động đáng kể làm giảm hành vi nguy cơ.

KẾT LUẬN

1. Kết quả sàng lọc UTĐTT và một số yếu tố nguy cơ UTĐTT ở đồng bào Khmer, tỉnh Trà Vinh

Tỉ lệ xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính ghi nhận 10,9%.

Các yếu tố liên quan đến xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính gồm: độ tuổi, ăn ít rau quả, thường xuyên ăn thịt đỏ, thường xuyên ăn thức ăn chiên/xào, thường xuyên ăn thịt nướng, kiến thức về dự phòng UTĐTT và thực hành hành vi nguy cơ của UTĐTT.

2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp dự phòng UTĐTT ở người Khmer, tỉnh Trà Vinh

Hiệu quả can thiệp về kiến thức và thực hành dự phòng UTĐTT:

- Điểm số kiến thức trung bình chung về dự phòng UTĐTT do can thiệp đem lại thông qua phân tích DID tăng $3,18 \pm 0,77$ điểm, có ý nghĩa thống kê. Sau khi hiệu chỉnh cho các đặc điểm mẫu nghiên cứu, tổng điểm kiến thức chung tăng 11,0%, về bệnh lý đại trực tràng là 5,8%, về dấu hiệu cảnh báo sớm là 11,3% và về yếu tố nguy cơ là 13,0%, các kết quả này có ý nghĩa về mặt thống kê. Trong khi đó, đối với kiến thức về phòng chống và xét nghiệm ung thư đại trực tràng có cải thiện về điểm số (tăng 13,0% và 12,9% tương ứng), nhưng chưa ghi nhận có ý nghĩa về thống kê.

- Điểm số thực hành hành vi nguy cơ của UTĐTT do can thiệp đem lại thông qua phân tích DID giảm $0,42 \pm 0,13$ điểm, có ý nghĩa thống kê. Sau khi hiệu chỉnh cho các đặc điểm mẫu nghiên cứu, tổng điểm thực hành chung giảm 6,3% (có giảm về các hành vi nguy cơ), giảm về hành vi nguy cơ là 8,4% và về chế độ ăn là 4,8%, các kết quả có ý nghĩa về mặt thống kê.

KIẾN NGHỊ

Tăng cường truyền thông, giáo dục sức khỏe: Vì kiến thức chung và thực hành về phòng chống UTĐTT, các biện pháp sàng lọc vẫn còn hạn chế, đặc biệt là với người dân Khmer trong tỉnh Trà Vinh, do đó cần tăng cường hoạt động giáo dục sức khỏe, nên tập trung vào việc tăng cường nhận thức về UTĐTT, nhận biết triệu chứng sớm, lợi ích của sàng lọc và cách thực hiện, duy trì các hành vi có lợi. Các biện pháp truyền thông có thể áp dụng từ nghiên cứu này như sử dụng hệ thống phát thanh với 2 thứ tiếng, lắp đặt các tài liệu truyền thông như pano, áp phích và tờ gấp phòng chống UTĐTT, thực hiện các buổi nói chuyện chuyên đề về phòng chống UTĐTT lồng ghép trong các chương trình y tế, có sự tham gia của các chức sắc tôn giáo, ngoài ra cũng cần tăng cường vai trò của cán bộ y tế thôn ấp trong việc vắng gia và tư vấn cho người dân.

Tăng cường quản lý và theo dõi: với tỉ lệ FOBT dương tính tương đối cao, cần tăng cường quản lý kết quả xét nghiệm FOBT và theo dõi những người có kết quả dương tính. Điều này bao gồm việc cung cấp thông tin và hướng dẫn cho những người có kết quả dương tính, giúp họ tiếp tục quá trình chẩn đoán, điều trị và theo dõi theo hướng dẫn của chuyên gia y tế.

Đối với ngành y tế tuyến tỉnh, trung ương và ban ngành khác, đề triển khai sàng lọc UTĐTT một cách hiệu quả, cần tăng cường hỗ trợ tài chính và cải thiện hạ tầng y tế. Điều này bao gồm đầu tư vào cơ sở hạ tầng y tế, đảm bảo tiếp cận dễ dàng đến các trung tâm y tế, và cung cấp nguồn lực tài chính đủ để thực hiện và duy trì các chương trình sàng lọc UTĐTT.

Các giải pháp can thiệp cần được nghiên cứu và đánh giá tiếp tục để kiểm tra hiệu quả, phát hiện và giải quyết những vấn đề gặp phải. Các nghiên cứu tiếp theo có thể tập trung vào việc đánh giá sự thay đổi kiến thức và hành vi của cộng đồng sau can thiệp và tác động của các biện pháp can thiệp đến tỉ lệ FOBT dương tính.