

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

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2024

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**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

NGÀNH: Y HỌC DỰ PHÒNG

MÃ SỐ: 9 72 01 63

Hướng dẫn khoa học:

TS.BS. Nguyễn Thanh Bình

TS.BS. Nguyễn Thành Chung

HÀ NỘI – 2024

LỜI CAM ĐOAN

Tôi cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu và kết quả trong đề tài là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình của tác giả nào khác.

Hà Nội, ngày 05 tháng 02 năm 2024

Tác giả

Lê Văn Tâm

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành chương trình học tập và luận án tốt nghiệp, với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin chân thành cảm ơn tất cả tập thể và cá nhân đã tạo điều kiện, hỗ trợ cho tôi trong suốt quá trình vừa qua.

Trước tiên, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến TS.BS. Nguyễn Thanh Bình và TS.BS. Nguyễn Thành Chung, là những người thầy đã tận tình hướng dẫn trong quá trình thực hiện và hoàn thành luận án này.

Tôi xin chân thành cảm ơn Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Ban Lãnh đạo Viện, các Phòng, Ban đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi hoàn thành chương trình học.

Tôi xin chân thành cảm ơn lãnh đạo Sở Y tế tỉnh Trà Vinh, Lãnh đạo Ủy ban nhân dân, Trạm Y tế tại địa phương nghiên cứu, các anh chị Cộng tác viên và thành viên nhóm nghiên cứu đã nhiệt tình tham gia trong quá trình thu thập số liệu điều tra thực hiện đề tài. Đặc biệt, tôi cũng xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến tất cả người dân đã đồng ý tham gia công trình nghiên cứu này.

Xin chân thành cảm ơn ./.

Hà Nội, ngày 05 tháng 02 năm 2024

Lê Văn Tâm

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN	I
LỜI CẢM ƠN	II
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT	V
DANH MỤC CÁC BẢNG	VI
DANH MỤC CÁC HÌNH	VIII
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN Y VĂN	4
1.1. Sơ lược về giải phẫu, sinh lý đại trực tràng	4
1.2. Thực trạng mắc ung thư đại trực tràng	5
1.3. Các yếu tố nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng	8
1.4. Một số giải pháp phòng chống ung thư đại trực tràng	18
1.5. Giới thiệu về địa điểm nghiên cứu	33
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	36
2.1. Thiết kế nghiên cứu	36
2.2. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu	37
2.3. Phương pháp nghiên cứu	38
2.4. Định nghĩa biến số trong nghiên cứu	59
2.5. Không chế sai số	64
2.6. Phương pháp xử lý số liệu	64
2.7. Đạo đức nghiên cứu	65
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	67
3.1. Kết quả xét nghiệm sàng lọc bệnh lý đại trực tràng	67
3.2. Hiệu quả biện pháp can thiệp dự phòng ung thư đại trực tràng ở người Khmer tại 4 xã tỉnh Trà Vinh	86
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN	95
4.1. Kết quả sàng lọc ung thư đại trực tràng và một số yếu tố liên quan ở đồng bào Khmer, tỉnh Trà Vinh	95

4.2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp cộng đồng phòng chống ung thư đại trực tràng	113
4.3. Tính khoa học, ý nghĩa và thực tiễn của đề tài	117
4.4. Hạn chế của đề tài.....	119
KẾT LUẬN	121
KIẾN NGHỊ.....	122
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC 1. Phiếu thông tin cho người bệnh và chấp thuận tham gia nghiên cứu	
PHỤ LỤC 2. Phiếu kết quả tầm soát ung thư đại trực tràng và khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả tầm soát ở đồng bào khmer tại tỉnh trà vinh	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
CEA	Carcinoma Embryonic Antigen	Kháng nguyên có ở tế bào ruột
CT - Scan	Computed Tomography	Chụp cắt lớp vi tính
CSHQ		Chỉ số hiệu quả
ĐBSCL		Đồng bằng sông Cửu Long
HQCT		Hiệu quả can thiệp
MRI	Magnetic Resonance Imaging	Chụp cộng hưởng từ
NCS		Nghiên cứu sinh
NS		Nội soi
UT		Ung thư
UTĐTT		Ung thư đại trực tràng
ĐTT		Đại trực tràng
FOBT	Faecal Occult Blood Test	Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 2.1. Số mẫu lựa chọn tại các xã/phường.....	39
Bảng 2.2. Thành phần nhân sự triển khai các hoạt động can thiệp.....	52
Bảng 2.3. Tổ chức triển khai các hoạt động can thiệp.....	55
Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=1843).....	67
Bảng 3.2. Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế của người dân (n=1843).....	68
Bảng 3.3. Nơi thường xuyên khám chữa bệnh và tần suất kcb (n=1843).....	68
Bảng 3.4. Các lý do không khám chữa bệnh tại trạm y tế xã (n=1843).....	69
Bảng 3.5. Lần gần nhất đi khám về bệnh đường tiêu hóa (n=1843).....	69
Bảng 3.6. Tiền sử chẩn đoán về bệnh lý đại trực tràng (n=1843).....	70
Bảng 3.7. Tiền sử gia đình có người mắc ung thư (n=1843).....	70
Bảng 3.8. Đặc điểm tiếp cận thông tin về ung thư đại trực tràng (n=1843).....	71
Bảng 3.9. Đặc điểm chung về các thông tin liên quan ung thư đại trực tràng (n=1843).....	71
Bảng 3.10. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu (n=1843).....	72
Bảng 3.11. Điểm số kiến thức về phòng chống utđtt của từng lĩnh vực khảo sát (n=1843).....	74
Bảng 3.12. Đặc điểm hành vi hút thuốc lá của người dân (n=1843).....	75
Bảng 3.13. Đặc điểm hành vi sử dụng rượu, bia của người dân (n=1843).....	76
Bảng 3.14. Đặc điểm chế độ vận động thể lực của người dân (n= 1843).....	77
Bảng 3.15. Đặc điểm chế độ ăn của người dân (n=1843).....	77
Bảng 3.16. Điểm số thực hành hành vi nguy cơ về utđtt (n=1843).....	78
Bảng 3.17. Tỷ lệ thừa cân béo phì, béo phì dạng nam của người dân (n=1843).....	79
Bảng 3.18. Kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân (n=1843).....	79
Bảng 3.19. Mối liên quan giữa kq xn máu ẩn trong phân và đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=1843).....	79
Bảng 3.20. Mối liên quan giữa kq xn máu ẩn trong phân và đặc điểm tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế (n=1843).....	81

Bảng 3.21. Mối liên quan giữa kq xn máu ẩn trong phân và tiền sử bản thân, gia đình (n=1843).....	81
Bảng 3.22. Mối liên quan giữa kq xn máu ẩn trong phân và đặc điểm kiến thức (n=1843).....	82
Bảng 3.23. Mối liên quan giữa kq xn máu ẩn trong phân và hút thuốc lá, uống rượu, bia (n=1843).....	83
Bảng 3.24. Mối liên quan giữa kq xn máu ẩn trong phân và vận động thể lực, thói quen ăn uống (n=1843).....	83
Bảng 3.27. Mối liên quan giữa kq xn máu ẩn trong phân và đặc điểm kiến thức (n=1843).....	84
Bảng 3.26. Mô hình hồi quy đa biến.....	85
Bảng 3.27. Các hoạt động can thiệp đã được triển khai.....	87
Bảng 3.28. Kết quả hoạt động can thiệp tại xã can thiệp.....	88
Bảng 3.29. Đặc điểm dân số xã hội trước và sau can thiệp.....	89
Bảng 3.30: 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).....	91
Bảng 3.31. 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).....	92
Bảng 3.32: 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).....	93
Bảng 3.33. 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).....	94
Bảng 4.1. So sánh tỉ lệ xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân giữa các nghiên cứu.....	107

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1.1. Đại trực tràng. Nguồn Frank H. N. [21].....	4
Hình 1.2. Bản đồ hiển thị tỉ lệ mắc bệnh chuẩn hóa theo độ tuổi ước tính (thế giới) vào năm 2018, đại trực tràng, cả hai giới, mọi lứa tuổi [63].....	6
Hình 1.3. Bản đồ hiển thị tỉ lệ tử vong ước tính theo độ tuổi (thế giới) năm 2018, đại trực tràng, cả hai giới, mọi lứa tuổi [63]	7
Hình 1.4. Biểu đồ thanh hiển thị tỉ lệ tử vong được chuẩn hóa theo độ tuổi cụ thể (thế giới) của quốc gia, UTĐTT, theo giới tính vào năm 2018 [63].....	8
Hình 1.5. Xu hướng tỉ lệ mắc UTĐTT (1975–2015) và tỉ lệ tử vong (1975–2015) theo tuổi và giới, Hoa Kỳ [93]	10
Hình 1.6. Xu hướng dài hạn của UTĐTT về tỉ lệ mắc SEER, 1975–2015 theo chủng tộc/dân tộc [93].	12
Hình 1.7. Bản đồ hành chính tỉnh Trà Vinh.....	33
Hình 1.8. Khung lý thuyết các yếu tố liên quan đến ung thư đại trực tràng	35
Hình 2.9. Thiết kế nghiên cứu.....	36
Hình 2.10. Hướng dẫn thực hiện và đọc kết quả xét nghiệm.....	46
Hình 2.11. Một số biện pháp can thiệp phòng chống UTĐTT	48
Hình 2.12. Minh họa tác động của can thiệp theo phương pháp DID	59

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại trực tràng là một bộ phận quan trọng trong cơ thể con người. Vì một số lý do mà chức năng của đại trực tràng (ĐTT) bị ảnh hưởng dẫn đến xuất hiện nhiều bệnh lý, trong đó ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là bệnh lý gây hậu quả nặng nề nhất, để lại nhiều gánh nặng bệnh tật, giảm chất lượng cuộc sống hoặc gây tử vong cho nhiều người.

Theo The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2020 (thống kê năm 2021), ung thư đại tràng là loại ung thư có tỉ lệ mắc nhiều thứ năm trên thế giới với hơn 1 triệu ca mắc mới trong năm 2020 (chiếm tỉ trọng 6,0% trong tổng số 36 mặt bệnh ung thư được thống kê). Theo ước tính năm 2020 có hơn 1,9 triệu người mới mắc ung thư đại trực tràng (bao gồm cả hậu môn), và có khoảng 935,000 người tử vong vì bệnh này, chiếm gần 10% trong số các trường hợp mắc bệnh và tử vong do ung thư. Ung thư đại trực tràng đứng ở vị trí thứ ba về số lượng người mắc bệnh nhiều nhất, nhưng lại đứng ở vị trí thứ hai về số người tử vong nhiều nhất. Tỉ lệ mắc bệnh cao gấp khoảng 4 lần ở các quốc gia đã phát triển so với các quốc gia đang phát triển [99].

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 [99]. 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 [7], [13], [31]. 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 [65], [58]. 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 [8].

Hiện nay, có nhiều phương pháp xét nghiệm nhằm phát hiện sớm các bệnh lý đại trực tràng, trong đó có ung thư đại trực tràng. Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân là biện pháp sàng lọc có hiệu quả cao với chi phí thấp, phù hợp với thực tế ở Việt Nam. Trong thời gian qua, nhiều địa phương gần đây đã triển khai chương trình sàng lọc bệnh đại trực tràng qua xét nghiệm sàng lọc phân và thu được nhiều kết quả tốt. Tại Hà Nội, kết quả khám sàng lọc ung thư đại trực tràng tại 26 quận, huyện, thị xã trong 2 năm 2017 và 2018 cho thấy trong tổng số 415.186 có 21.451 người dương tính với xét nghiệm máu ẩn trong phân, chiếm tỉ lệ 5,42% [9]. Một báo cáo chương trình sàng lọc của bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, đến ngày 10 tháng 01 năm 2019 có tổng số 32.556 người dân được làm xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân, trong đó 1.972 người có kết quả dương tính. Với 783 người này đã tham gia nội soi đại trực tràng miễn phí tại Bệnh viện Vinmec Times City thì có đến 416 trường hợp có polyps ở đại tràng, trực tràng (chiếm tỉ lệ 53%) và 34 trường hợp ung thư đại tràng, trực tràng (chiếm 4,4%) [3]. Sàng lọc ung thư đại trực tràng có nghĩa quan trọng trong phát hiện sớm nguy cơ ung thư và loại bỏ nguy cơ, chẩn đoán bệnh khi giai đoạn còn sớm giúp điều trị hiệu quả, giảm tỷ lệ tái phát và nguy cơ tử vong. Việc hạ tuổi của sàng lọc từ 50 còn 45, và trên người 40 tuổi nếu có tiền sử gia đình, người thân mắc ung thư, mang lại nhiều lợi ích cho cả những người nguy cơ trung bình và nguy cơ cao và nên được đưa vào những hướng dẫn sàng lọc để đạt được hiệu quả cao nhất trong dự phòng và điều trị ung thư đại trực tràng [66].

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 [4], [84]. Đồng thời sự hiểu biết về các bệnh lý tiêu hóa đại trực tràng của người Khmer còn hạn chế [2], [4]. 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.

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN Y VĂN

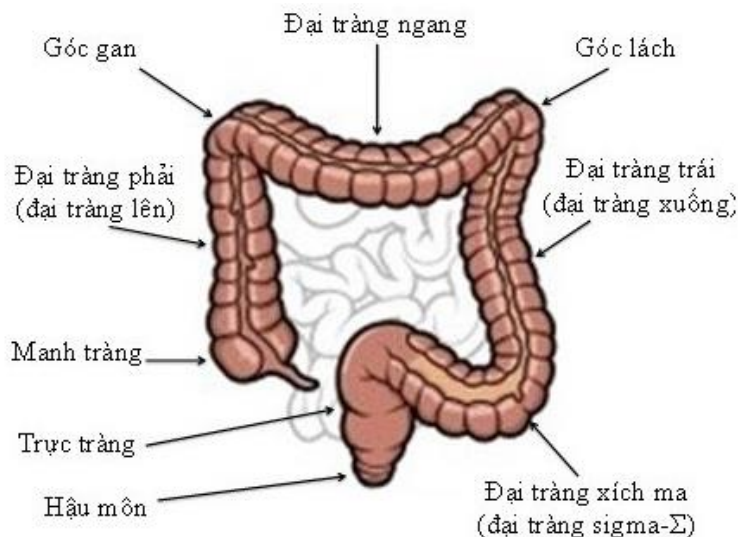
1.1. Sơ lược về giải phẫu, sinh lý đại trực tràng

1.1.1. Các mốc giải phẫu cơ bản và đặc điểm sinh lý đại tràng, trực tràng

Đại tràng: Đại tràng dài 1,2 - 1,6m tạo nên một khung hình chữ U ngược quay quanh toàn bộ ruột non, từ phải sang trái gồm có đoạn sau: manh tràng; đại tràng lên; đại tràng góc gan; đại tràng ngang; đại tràng góc lách; đại tràng xuống; đại tràng sigma [23]. Đại tràng phải bao gồm: manh tràng, đại tràng lên, góc đại tràng phải góc gan và phần phải của đại tràng ngang [23].

Trực tràng: Trực tràng có chiều dài 12 đến 15 cm. Tuy nhiên, phần giới hạn trên và dưới đang còn nhiều tranh cãi. Giới hạn trên là điểm nối giữa trực tràng và đại tràng xích-ma, được cho là ngang mức xương cùng. Giới hạn dưới là đường lược. Trực tràng được chia làm 3 phần, 1/3 trên cách rìa hậu môn khoảng từ 11-15 cm; 1/3 giữa cách rìa hậu môn khoảng từ 6-10 cm; và 1/3 dưới cách rìa hậu môn khoảng từ 0-5 cm [23].

Hậu môn trực tràng là đoạn ruột tiếp theo của kết tràng sigma đi từ đốt sống cùng 3 tới rìa hậu môn gồm hai phần: Phần trên phình ra để chứa phân gọi là bóng trực tràng dài 12-15 cm nằm trong chậu hông bé. Phần dưới hẹp đi để giữ và tháo phân, dài 2- 3 cm gọi là ống hậu môn. Trong đó rìa hậu môn, đường lược và vòng hậu môn trực tràng là 3 mốc giải phẫu cơ bản (Hình 1.1).



Hình 1.1. Đại trực tràng. Nguồn Frank H. N. [22]

1.1.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Theo Glynne-Jones R khoảng 70-75% ung thư đại trực tràng có vị trí ở trực tràng và kết tràng Sigma. Theo Crawford, trên 50% ung thư xảy ra ở trực tràng, 20% ở kết tràng Sigma, 15% ở kết tràng phải, 6-8% ở kết tràng ngang, 6-7% ở kết tràng xuống và chỉ chiếm 1% ở hậu môn [44], [65]. Về đặc điểm đại thể, thường gặp thể sùi loét: U sùi vào lòng trực tràng, phần trung tâm thường bị hoại tử tạo thành ổ loét ở giữa u. Ngoài ra còn gặp thể sùi đơn thuần, khối u sùi vào lòng trực tràng, nhiều thùy, chân rộng, nền cứng. Về đặc điểm vi thể, ở đại trực tràng ung thư biểu mô tuyến chiếm 95-98%, trong đó ung thư tuyến nhầy chiếm 10%. Loại ung thư biểu mô biệt hóa cao chiếm 15-20%, biệt hóa vừa 60-70%, loại biệt hóa kém khoảng 15- 20% [65].

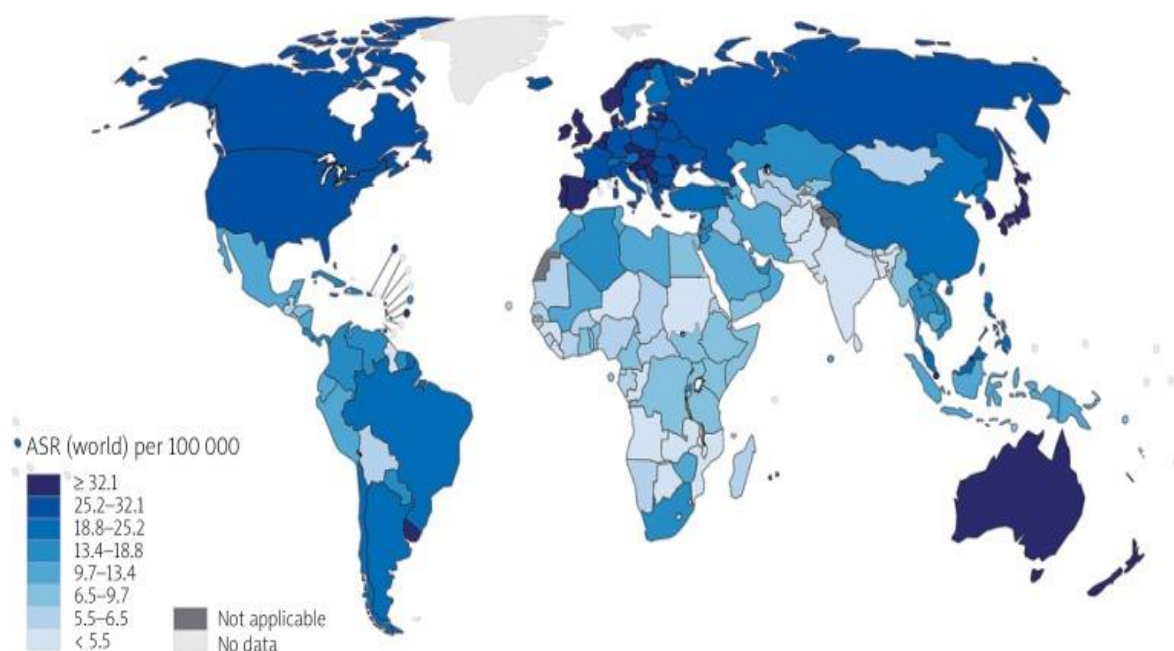
1.2. Thực trạng mắc ung thư đại trực tràng

1.2.1. Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng

1.2.1.1. Trên thế giới

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 [55]. 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 [97].

Theo dữ liệu GLOBOCAN 2018, ung thư đại tràng là loại ung thư có tỷ lệ mắc nhiều thứ tư trên thế giới, trong khi ung thư trực tràng là loại có tỷ 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 [41], [56].



Hình 1.2. Bản đồ hiển thị tỉ lệ mắc bệnh chuẩn hóa theo độ tuổi ước tính (thế giới) vào năm 2018, đại trực tràng, cả hai giới, mọi lứa tuổi [56]

1.2.1.2. Tại Việt Nam

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 [11]. 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 [18]. 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 [29].

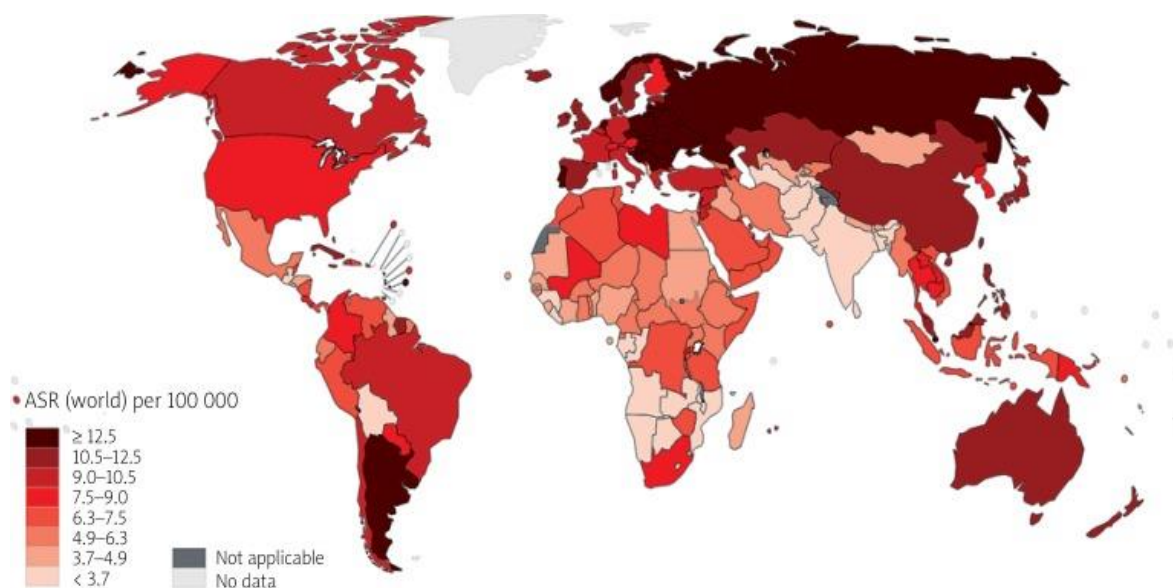
UTĐTT thường gặp ở những người trên 50 tuổi, tuy nhiên tỉ lệ mắc UTĐTT trong nhiều năm gần đây tăng nhanh ở giới trẻ. Theo số liệu TCYTTG 2018, UTĐTT là ung thư phổ biến hàng thứ 5 tại Việt Nam sau ung thư gan, phổi, dạ dày, vú. Mỗi năm ghi nhận gần 15.000 ca mắc mới, tỉ lệ 13,4/100.000 dân, và khoảng hơn 7000 ca tử vong [41].

Các khối u đại trực tràng ở bệnh nhân trẻ có tốc độ phát triển nhanh hơn những người lớn tuổi và thường được phát hiện ở giai đoạn muộn hơn. UTĐTT có thể phòng ngừa và phát hiện sớm, ở giai đoạn đầu tỉ lệ sống sau 5 năm lên tới 90%; dưới 10% bệnh nhân phát hiện ở giai đoạn muộn sống quá 5 năm.

Vì vậy, tầm soát UTĐTT là rất quan trọng nhằm tìm ra bệnh ở giai đoạn tiên ung thư hoặc phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm, khi đó chưa có triệu chứng gì cả và còn có khả năng chữa trị triệt để. Khi đã có các dấu hiệu hay triệu chứng, ví dụ như: đau bụng, thay đổi thói quen đại tiện, chảy máu, táo bón hay tiêu chảy,...thì phải cần đến các thử nghiệm khác tập trung vào các triệu chứng đó. Trong nhiều trường hợp, tầm soát còn giúp phát hiện và cắt bỏ được những polyp (còn gọi là u nhú) qua nội soi trước khi chúng phát triển thành ung thư thực sự [102].

1.2.2. Tử vong do ung thư đại trực tràng

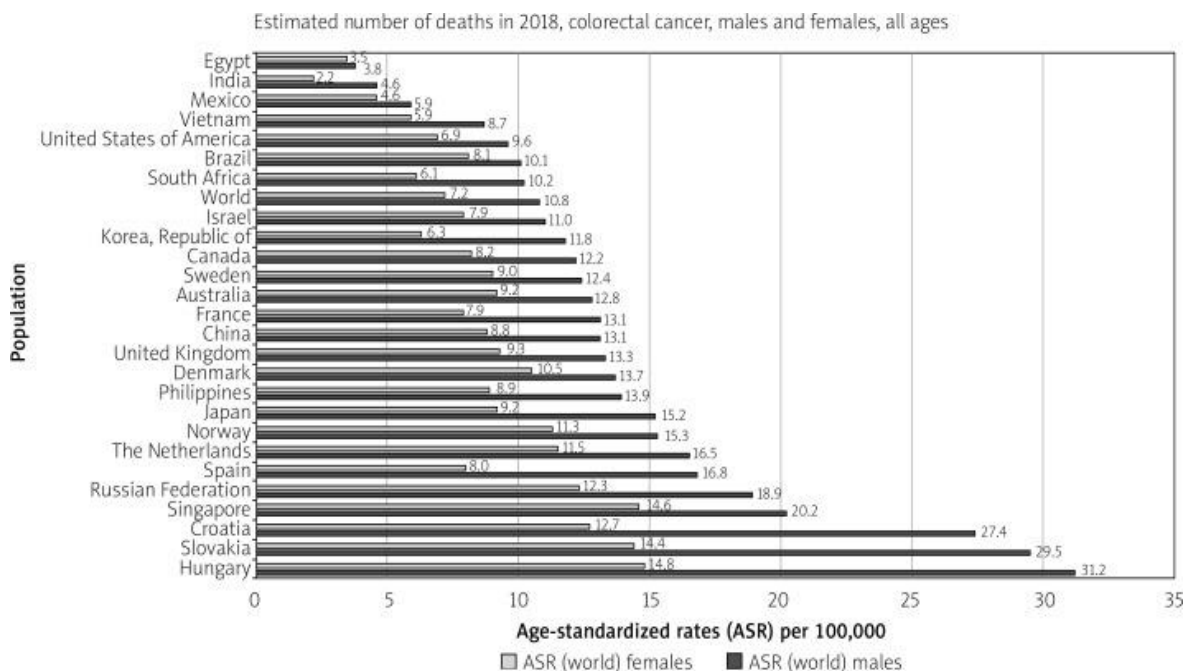
UTĐTT là căn bệnh ung thư gây tử vong cao thứ hai trên toàn thế giới, ước tính có khoảng 881.000 ca tử vong trong năm 2018. Ung thư đại tràng là căn bệnh ung thư gây tử vong cao thứ năm với 551.000 ca tử vong được dự báo trong năm 2018, chiếm 5,8% tổng số ca tử vong do ung thư. Trong khi đó, ung thư trực tràng là bệnh gây tử vong cao thứ 10, với 310.000 ca tử vong, chiếm 3,2% tổng số ca tử vong do ung thư. Nguy cơ tích lũy, ở độ tuổi từ 0 đến 74, tử vong do ung thư ruột kết là 0,66% ở nam và 0,44% ở nữ. Nguy cơ tương tự đối với ung thư trực tràng là 0,46% ở nam giới và 0,26% ở nữ giới. Tỷ lệ tử vong được chuẩn hóa theo tuổi (thế giới) trên 100.000 CRC ở cả hai giới là 8,9 [41].



Hình 1.3. Bản đồ hiển thị tỷ lệ tử vong ước tính theo độ tuổi (thế giới) năm 2018, đại trực tràng, cả hai giới, mọi lứa tuổi [56]

UTĐTT là bệnh ung thư gây tử vong cao nhất ở nam giới ở ba quốc gia và gây tử vong nhiều nhất ở nữ giới trong năm quốc gia. Ở nam giới, các quốc gia này là Ả Rập Xê Út, Oman và UAE (tất cả đều có UTĐTT là bệnh ung thư xảy ra nhiều nhất). Ở nữ, các quốc gia này là Algeria, Belarus, Nhật Bản, Tây Ban Nha và Bồ Đào Nha [41]. Quốc gia có tỉ lệ tử vong do UTĐTT trên 100,00 dân số cao nhất là Hungary (31,2) ở nam và (14,8) ở nữ.

Tỉ lệ tử vong do UTĐTT thay đổi theo tình trạng phát triển của quốc gia, nhưng ở mức độ thấp hơn tỉ lệ mắc bệnh (chênh lệch khoảng 2-3 lần giữa HDI thấp và cao). Tỉ lệ tử vong theo tuổi chuẩn hóa là 12,8/100.000 ở nam giới ở các quốc gia có HDI cao và 5,7/100.000 ở các quốc gia có HDI thấp. Tỉ lệ này tương tự là 8,5 ở nam và 3,8 ở nữ.



Hình 1.4. Biểu đồ thanh hiển thị tỉ lệ tử vong được chuẩn hóa theo độ tuổi cụ thể (thể giới) của quốc gia, UTĐTT, theo giới tính vào năm 2018 [56]

1.3. 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 ATTP. 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 [8].

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

1.3.1. Các yếu tố không tác động được

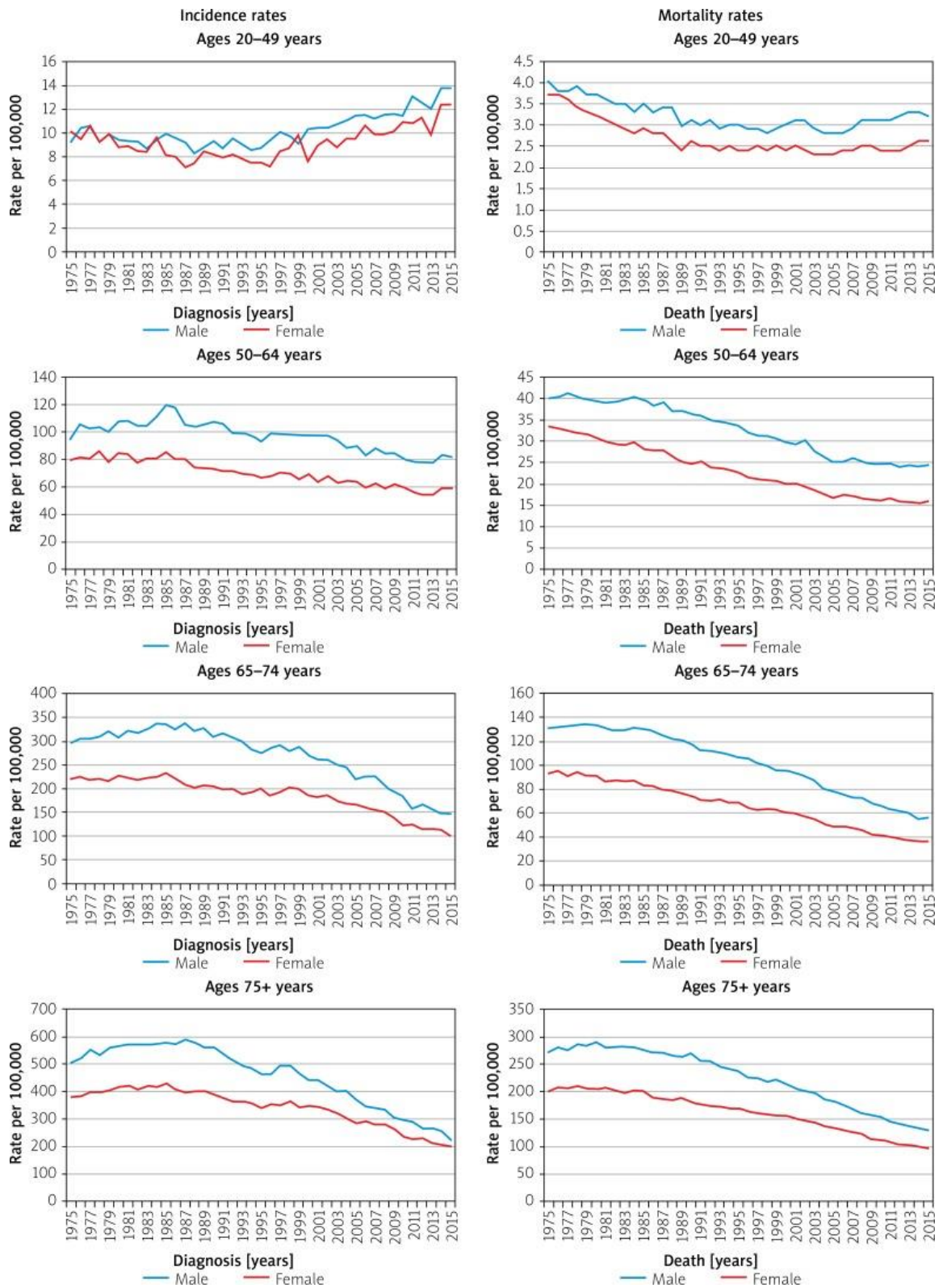
a. Giới tính

Ở mọi lứa tuổi và quốc gia, nam giới có nguy cơ mắc UTĐTT cao hơn nữ giới khoảng 1,5 lần. Trong số những người lớn tuổi ở Mỹ, sự khác biệt về giới đã giảm dần thời gian gần đây để phản ánh sự khác biệt về giới ở những người trẻ tuổi. Khi so sánh với nam giới, phụ nữ dễ bị ung thư đại tràng bên phải hơn, có liên quan đến một dạng ung thư mạnh hơn khi so sánh với ung thư ruột kết bên trái. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm của phụ nữ trên 70 tuổi thấp hơn so với nam giới [41], [56], [91], [66].

b. Tuổi

Nguy cơ mắc UTĐTT tăng càng cao khi tuổi càng lớn. Hơn 90% người được chẩn đoán mắc bệnh lớn hơn 45 tuổi và độ tuổi trung bình mắc bệnh hiện tại là 64 tuổi. Những người trên 65 tuổi có nguy cơ mắc bệnh lý ĐTT tăng gấp 6 lần so với những người trẻ hơn [66].

Người trẻ tuổi cũng có nguy cơ mắc UTĐTT, tuy nhiên tỷ lệ mắc thấp hơn so với những người lớn tuổi. Tại Mỹ, người có độ tuổi từ 50 đến 75 dù khỏe mạnh đều được khuyến khích tầm soát UTĐTT [35], [42]. Hiện nay lứa tuổi mắc UTĐTT đang có xu hướng trẻ dần. Trong đó, có nhiều người mắc trong lứa tuổi từ 20 đến 40 và vẫn có xu hướng tăng lên hàng năm. Bên cạnh đó, lứa tuổi trên 40 hoặc lớn hơn đều có xu hướng tăng chậm hơn trong những năm gần đây. Theo NCCN (National Comprehensive Cancer Network), độ tuổi nên tầm soát tối ưu là từ 45 tuổi trở lên, tuy nhiên có thể cân nhắc tầm soát sớm ở độ tuổi từ 40 trở đi nếu trong gia đình hoặc người thân có tiền sử ung thư đại trực tràng. Việc phổ quát sàng lọc ung thư đại trực tràng từ 40 tuổi trở đi ở cộng đồng nên được thực hiện, tuy nhiên phụ thuộc vào khả năng của từng quốc gia, vùng lãnh thổ [41], [79], [82].



Hình 1.5. Xu hướng tỉ lệ mắc UTĐTT (1975–2015) và tỉ lệ tử vong (1975–2015) theo tuổi và giới, Hoa Kỳ [91]

c. Tiền sử gia đình

Người thân huyết thống trực hệ như cha mẹ, anh chị em ruột, con cái hoặc những người mang huyết thống gần như cô, dì, chú, bác ruột bị UTĐTT thì người đó sẽ có nguy cơ cao mắc UTĐTT và còn cao hơn nếu những người thân đó mắc bệnh <45 tuổi. Vì vậy, khi có yếu tố nguy cơ này, cần được tầm soát UTĐTT sớm, cụ thể là trước 50 tuổi. Ngoài ra các đối tượng đó cũng được tư vấn về việc người thân mắc UTĐTT thì bản thân cũng có nguy cơ cao mắc UTĐTT [79], [82].

d. Tiền sử bản thân

Các đối tượng bị viêm đại tràng (IBD) trong nhiều năm thường có khả năng tiến triển thành các tổn thương dạng tiền ung thư và sau một thời gian có thể hóa ung thư. Những bệnh IBD thường gặp là bệnh Crohn's, viêm loét ĐTT, xuất huyết ĐTT, polyp tăng sản, polyp nghịch tạo ĐTT. UTĐTT thường xuất hiện sau 5 đến 25 năm mắc các bệnh kể trên [82].

e. Yếu tố di truyền

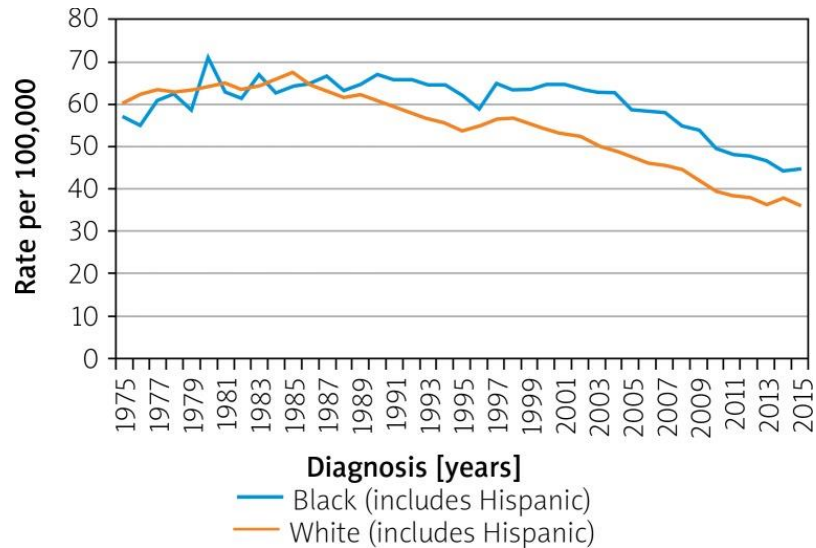
Khoảng 5-10% người mắc bệnh UTĐTT có mang gen đột biến di truyền gây nên các hội chứng ung thư có tính chất gia đình và tăng nguy cơ mắc bệnh. Thường gặp là hội chứng Lynch và bệnh FAP (đa polyp có tính chất gia đình) [69], [82].

Hội chứng Lynch chiếm 2 đến 4 % của UTĐTT. Gây ra bởi các đột biến gen MLH1 và MLH2 hoặc một số các đột biến gen khác. Bệnh FAP có khoảng 1 % trong UTĐTT, thường phát triển thành ung thư ở độ tuổi rất trẻ. Ngoài ra còn có các hội chứng khác như Turcott, hội chứng Peutz-Jeghers [69], [82].

f. Yếu tố chủng tộc

Sự khác biệt về sự tồn tại trong một quốc gia có thể phụ thuộc vào chủng tộc và sắc tộc. Tại Hoa Kỳ, người Mỹ gốc Phi và người Mỹ bản địa có tỉ lệ mắc UTĐTT cao hơn và tỉ lệ sống sót thấp hơn trong tất cả các giai đoạn của UTĐTT. Trong khi đó, người Mỹ gốc Tây Ban Nha cho thấy tỉ lệ và tỉ lệ sống sót đối với UTĐTT giống như người Mỹ da trắng. Trước giữa những năm 1980, tỉ lệ UTĐTT ở người da trắng và người da đen tương tự nhau, nhưng kể từ đó chúng đã khác nhau. Theo Chương trình SEER, tỉ lệ UTĐTT trên 100.000 năm 1975 ở người da đen là 56,9% và ở người

da trắng là 60,2%. Năm 2015, tỉ lệ này ở người da đen là 44,7% và người da trắng là 36,2%. Sự khác biệt về trình bày chủng tộc có thể liên quan nhiều hơn đến sự khác biệt về khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng, khám sàng lọc trước, thực phẩm lành mạnh, thu nhập và giáo dục hơn là một thành phần di truyền [91].



Hình 1.6. Xu hướng dài hạn của UTĐTT về tỉ lệ mắc SEER, 1975–2015 theo chủng tộc/dân tộc [91].

1.3.2. Các yếu tố nguy cơ có thể tác động được

Một vài yếu tố liên quan đến UTĐTT: thói quen sống hằng ngày như thừa cân - béo phì, chế độ vận động thể lực, hành vi hút thuốc lá hoặc hít phải khói thuốc lá từ người khác, chế độ ăn uống, uống thức uống có cồn [45], [67].

a. Thừa cân - béo phì

Đây là một yếu tố nguy cơ mang tính toàn cầu, không chỉ ở những quốc gia phát triển mà thừa cân-béo phì hiện cũng đang gia tăng nhanh chóng ở các quốc gia đang phát triển với số liệu ước tính khoảng 1 tỉ người thừa cân-béo phì. BMI là một chỉ số dùng để đo đạc và đánh giá tình trạng thừa cân hoặc béo phì được sử dụng rộng rãi hiện nay ở cả 2 giới. Tình trạng thừa cân-béo phì ở nam giới tăng tỉ lệ mắc UTĐTT liên hệ mật thiết hơn ở nữ. BMI bình thường ở một người khỏe mạnh là 18,0 – 25,0 kg/m². Chỉ số này càng cao thì càng tăng nguy cơ mắc UTĐTT [82], [108].

Không chỉ làm tăng nguy cơ mắc UTĐTT, những người thừa cân, béo phì đều có sự gia tăng về các tỉ lệ tái phát sau điều trị, tỉ lệ tử vong khi được chẩn đoán UTĐTT. Bên cạnh đó, yếu tố này còn liên quan đến các bệnh ung thư khác hoặc các bệnh không lây như tim mạch, đái tháo đường [51], [108].

b. Chế độ vận động thể lực

Những người ít hoặc không vận động thể lực có nguy cơ mắc bệnh lý ĐTT cao và ngược lại, những người có hoạt động thể lực sẽ giảm nguy cơ mắc UTĐTT 24% so với nhóm trên. Theo TCYTTG, để phòng các bệnh không lây nhiễm trong đó có bệnh lý ĐTT thì mọi người nên vận động thể lực vừa phải 150 phút/tuần và giảm một nửa thời gian nếu đó là vận động nặng [52], [85].

Vận động nhẹ là những vận động làm cho cơ thể đáp ứng tăng nhịp tim nhanh hơn so với bình thường, đổ mồ hôi, vận dụng các nhóm cơ để thực hiện các động tác hoặc một chuỗi các động tác. Tuy nhiên không có sự cố gắng quá nhiều khi thực hiện. Một số các hoạt động nhẹ như đi bộ nhanh, tập thể dục nhịp điệu, khiêng vác các vật có trọng lượng nhẹ, đạp xe đạp. Vận động nặng là những vận động làm tăng nhịp tim nhanh hơn rất nhiều, hơi thở nhanh hơn hoặc có lúc phải thở hắt ra, đòi hỏi có sự cố gắng nhiều hơn hoặc vận hết sức cơ khi thực hiện. Một số hoạt động nặng như khiêng vác các vật trọng lượng nặng, chạy bền hoặc chạy nhanh, đạp xe đạp khi lên dốc, hoặc các môn thể thao mạnh [85].

Hiện tại vẫn chưa rõ cơ chế nào về mối liên quan giữa việc có hoạt động thể lực và bệnh UTĐTT. Tuy nhiên, sau các nghiên cứu thực nghiệm có thể tổng hợp một số cơ chế như thay đổi tác động của sự vận động của đại tràng, trực tràng khi vận động, tăng cường miễn dịch của cơ thể, các cơ chế hóa học thay đổi các chất như insulin, dịch tụy, mật và ruột.

c. Chế độ ăn

Chế độ ăn nhiều thịt đỏ (các loại thịt bò, heo, cừ, dê,...) và các sản phẩm từ thịt chế biến sẵn (xúc xích, đồ hộp, xông khói) làm tăng nguy cơ mắc bệnh lý ĐTT, nguy cơ UTĐTT. Bên cạnh đó, nấu các loại thức ăn ở nhiệt độ cao cũng làm tăng nguy cơ mắc UTĐTT [38], [72]. Việc tiêu thụ các loại thịt đỏ phổ biến hơn ở các

nước phát triển tuy nhiên mức độ này cũng đang tăng dần ở các nước đang phát triển [52]. Sự tiêu thụ thịt đỏ có thể làm tăng nguy cơ mắc UTĐTT lên 20-30% so với những người tiêu thụ ít hơn và cụ thể một số nghiên cứu còn cho thấy việc tiêu thụ thịt đỏ làm tăng 1,10 lần nguy cơ ung thư đại trực tràng [54].

Cơ chế liên quan có thể liên quan đến các chất có trong thịt đỏ. Theo IARC, N-nitroso (NOCs) là chất có khả năng gây UTĐTT từ việc chất này có thể phản ứng với ADN của cơ thể. Chất này không có trong thịt đỏ, tuy nhiên sau khi tiêu thụ thịt đỏ, cơ thể có thể tổng hợp thành NOCs từ các chất có sẵn trong thịt [39]. Một số chất khác có liên quan đến việc chế biến thịt ở nhiệt độ cao là các amin dị vòng, các hydrocarbon thơm đa vòng đặc biệt là việc các cách thức chế biến trực tiếp như nướng hoặc gián tiếp như chiên trong thời gian dài [83]. Một chất nữa là sắt-heme. Có trong thịt đỏ nhưng không có trong thịt trắng. Đây là chất thúc đẩy các quá trình oxy hóa trong cơ thể gây ra tác động đến di truyền, tăng nguy cơ đột biến từ đó dẫn đến khả năng gây UTĐTT [43].

Ngoài ra, chất béo không bão hòa có trong thịt làm tăng tiết các axit mật cũng làm tăng nguy cơ bệnh lý ĐTT. Ngược lại, thực đơn hằng ngày với nhiều rau củ, trái cây, ngũ cốc, các loại chất xơ chứng minh là làm giảm nguy cơ mắc bệnh lý ĐTT [74]. Các chất như vitamin D, vitamin B6, folate trong các thực phẩm này có khả năng trung hòa hoặc tạo ra các đề kháng kháng lại các tác động xấu đến cơ chế di truyền ở đại trực tràng. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng chế độ ăn nhiều chất xơ có thể giảm 50% nguy cơ mắc UTĐTT so với nhóm người ăn ít hơn [64], [74].

d. Hút thuốc lá

Hút thuốc lá không chỉ làm gia tăng nguy cơ gây UTĐTT mà còn các bệnh ung thư khác. Hằng năm, trên thế giới, có khoảng 6 triệu người tử vong do hút thuốc lá, trong đó có 600.000 do phơi nhiễm khói thuốc. Theo TCYTTCG, tỉ lệ người hút thuốc lá ở nam cao gấp 5 lần nữ, tuy nhiên xu hướng hút thuốc lá ở nữ ngày càng tăng cao hơn. Nguy cơ mắc UTĐTT ở những người hút thuốc cao hơn 20% so với những người không hút thuốc lá [59], [106].

Bên cạnh đó, việc kéo dài thời gian hút thuốc hoặc tăng số lượng thuốc lá sử dụng cũng làm tăng nguy cơ mắc UTĐTT [59]. Cụ thể, một người hút 1 gói/ ngày trong 50 năm hoặc 2 gói/ngày trong 25 năm đều làm tỉ lệ mắc UTĐTT tăng 24%. Cơ chế dẫn đến bệnh lý ĐTT của thuốc lá có thể từ các chất tạo mùi như amin thơm, nitrosamines. Các chất này thông qua chất trung gian có thể làm sai lệch ADN và đột biến gen (KRAS, BRAF, MYC), từ đó có thể gây UTĐTT [76].

e. Thức uống có cồn

Có xấp xỉ khoảng 3,3 triệu người chết liên quan đến sử dụng thức uống có cồn theo thống kê năm 2014 của TCYTTG (chiếm khoảng 5,9% số ca tử vong toàn cầu) [106]. Nguy cơ mắc bệnh lý ĐTT có liên quan đến việc sử dụng thức uống có cồn. Tùy vào việc sử dụng với mức độ thế nào mà nguy cơ mắc UTĐTT sẽ tương ứng. Cụ thể việc sử dụng càng nhiều thức uống có cồn càng làm tăng nguy cơ bệnh lý ĐTT. Một vài nghiên cứu cho thấy, tiêu thụ 30 gram (g) ethanol (cồn) trong 1 ngày tăng nguy cơ UTĐTT lên 1,16 lần và 45g cồn trong 1 ngày là 1,41 lần so với nhóm tiêu thụ ít hơn [47]. Về sự liên quan giữa nguy cơ UTĐTT và sử dụng thức uống có cồn hiện được giải thích với một vài cơ chế sau: acetaldehyde là chất được oxy hóa trong quá trình phân giải rượu trong cơ thể có khả năng làm tăng sinh khối u ở đại trực tràng [60], [94]. Ngoài ra, thức uống có cồn còn làm giảm sự hấp thụ các vitamin, giảm thiểu một số chất điều hòa trong quá trình phân bào, từ đó đưa đến nguy cơ gây ung thư [60].

Tại Việt Nam, việc đo lường mức độ sử dụng rượu bia dựa trên đơn vị rượu mà người đó tiêu thụ. 1 đơn vị rượu tương ứng với 10g cồn nguyên chất [5]. Từ đó có thể quy đổi ra các đơn vị lon, chai hoặc ly như 3/4 chai hoặc lon 330ml hoặc 1/2 chai hoặc lon 500ml các loại bia phổ biến xấp xỉ 5% (heniken, tiger, bia Saigon,...) là khoảng 1 đơn vị cồn, hoặc 1 cốc vại bia hơi 330ml, hoặc 1 chén 40 ml rượu mạnh 30%, hoặc 100ml rượu nhẹ hơn (khoảng 12%) đều xấp xỉ 1 đơn vị cồn. Việc quy đổi như vậy tiện cho việc ước lượng các nguy cơ do thức uống có cồn gây ra. Cụ thể, lượng rượu bia trên mức khuyến cáo của TCYTTG là trên 1 đơn vị rượu/ngày đối với nữ và nam là 2 đơn vị rượu/ngày [5].

f. Bệnh tiểu đường và đề kháng insulin

Bệnh đái tháo đường được biết là có khuynh hướng dẫn đến một loạt các bệnh ung thư. Phần lớn, nguy cơ gia tăng này là do các yếu tố nguy cơ chung như béo phì và lối sống ít vận động. Bệnh nhân tiểu đường cũng có lượng đường trong máu cao bất thường, có thể thúc đẩy quá trình chuyển hóa chất gây ung thư sang đường phân (được gọi là hiệu ứng Warburg) bằng cách đẩy nhanh quá trình chuyển hóa glucose. Tuy nhiên, những người mắc bệnh tiểu đường loại 2 có nguy cơ mắc UTĐTT ngay cả sau khi điều chỉnh chỉ số khối cơ thể (BMI), hoạt động thể chất và các yếu tố chung khác. Một số nghiên cứu đã gợi ý rằng metformin, một loại thuốc làm giảm mức đường huyết ở bệnh nhân tiểu đường, cũng có thể làm giảm nguy cơ UTĐTT, mặc dù các thử nghiệm khác không tìm thấy mối liên quan nào. Tỷ lệ mắc bệnh tiểu đường và béo phì tiếp tục gia tăng ở các nước phát triển, khiến nhiều người suy đoán rằng chúng là yếu tố cơ bản đằng sau sự gia tăng tỷ lệ mắc UTĐTT. Dân số Mỹ mắc bệnh tiểu đường đã tăng hơn gấp đôi trong giai đoạn từ 1990 đến 2012. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ ước tính rằng 29 triệu người Mỹ (hay 9% dân số) mắc bệnh tiểu đường và có tới 8 triệu người trong số họ không được chẩn đoán [101].

Một phân tích tổng hợp gần đây của 29 nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu (62.924 trường hợp) ở Trung Quốc đã báo cáo nguy cơ UTĐTT liên quan đến bệnh tiểu đường cao hơn 27% [68]. Trong một nghiên cứu tiền cứu gần đây của Trung Quốc với 0,5 triệu người tham gia mắc bệnh tiểu đường, nhịp tim điều chỉnh của UTĐTT là 1,18 (KTC 95%: 1,04-1,33). Thời gian mắc bệnh tiểu đường lâu hơn có liên quan đến giảm nhịp tim [87].

1.3.3. Các bệnh lý đại trực tràng liên quan

Polyp đại trực tràng

Polyp đại trực tràng chính là một khối nhỏ các tế bào hình thành ngay trên niêm mạc đại trực tràng. Đa phần các polyp đại trực tràng là vô hại, tuy nhiên qua thời gian, một số loại polyp có thể phát triển thành ung thư đại trực tràng [48]. Polyp đại trực tràng là sự hình thành của các khối tế bào ngay tại niêm mạc cơ quan này [10], [28], [30]. Khi mới hình thành, hầu hết các polyp đại trực tràng thường không gây ra triệu

chúng. Nếu không phát hiện và cắt bỏ kịp thời thì các khối polyp có thể phát triển lớn và làm phát sinh tình trạng tắc ruột. Lúc này, người bệnh có thể bị đau quặn thắt ở vùng bụng kèm theo buồn nôn hay ói mửa [40].

Tần suất mắc polyp đại trực tràng tăng dần theo tuổi, đặc biệt là sau 50 tuổi. Sau 60 tuổi, hơn 1/3 dân số sẽ có ít nhất 1 polyp đại trực tràng. Nếu một người có một polyp thì nhiều khả năng họ sẽ có polyp ở những vị trí khác trên khung đại tràng và khả năng hình thành polyp mới theo thời gian sẽ cao hơn người không có polyp. Polyp đại trực tràng có tính di truyền trong gia đình. Thế hệ sau sẽ có nguy cơ mắc polyp ở độ tuổi sớm hơn thế hệ trước.

Có một số yếu tố được xem là nguy cơ gây ra polyp đại trực tràng:

- Chế độ ăn ít chất xơ (ít rau và trái cây), ăn nhiều thịt và mỡ động vật.
- Uống nhiều rượu bia hay hút thuốc.
- Ít vận động.
- Yếu tố di truyền: rõ ràng có sự liên quan chặt chẽ giữa yếu tố di truyền và sự xuất hiện của polyp đại trực tràng. Những người có người trong gia đình bị đa polyp có nguy cơ bị polyp gấp 2 – 3 lần so với người bình thường.

Viêm loét đại trực tràng

Viêm loét đại trực tràng là bệnh lý đặc trưng bởi sự xuất hiện của các phản ứng viêm gây tổn thương khu trú hay lan tỏa ngay tại niêm mạc đại trực tràng. Tùy vào mức độ bệnh tổn thương có thể sẽ khác nhau. Trường hợp nhẹ thì niêm mạc đại trực tràng có thể trở nên kém bền vững và dễ chảy máu. Còn trường hợp nặng thì các vết loét sẽ xuất hiện, kèm theo đó là tình trạng sung huyết, xuất huyết và ngay tại niêm mạc đại trực tràng có thể hình thành những ổ áp xe nhỏ. Đến nay, các nhà nghiên cứu vẫn chưa xác định được nguyên nhân trực tiếp dẫn đến bệnh lý này. Tuy nhiên, nhiều giả thuyết cho rằng, bệnh có liên quan đến tình trạng rối loạn miễn dịch hay mất cân bằng men vi sinh có trong đường ruột [73], [77].

Với bệnh viêm loét đại tràng, nếu không can thiệp sớm và đúng cách thì các biến chứng sẽ rất dễ phát sinh. Dễ gặp nhất là bệnh có thể gây ra viêm phúc mạc, phình giãn đại tràng, thủng ruột, nhiễm trùng huyết hay làm tăng nguy cơ mắc bệnh UTĐTT.

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

1.4.1. Một số biện pháp phòng chống ung thư đại trực tràng

UTĐTT hiện nay phổ biến, nhưng theo các nghiên cứu, có tới 2/3 số trường hợp có thể phòng tránh được bằng cách thay đổi lối sống. Các yếu tố nguy cơ có thể can thiệp được để ngăn ngừa bệnh như: thừa cân hay béo phì, ăn quá nhiều thịt đỏ - đặc biệt là thịt qua chế biến công nghiệp, hút thuốc lá, sử dụng chất có cồn, ít vận động,...

Không hút thuốc lá

Ngày 18 tháng 6 năm 2012, Quốc Hội đã ban hành Luật số 09/2012/QH13 “Phòng, chống tác hại của thuốc lá” trong đó nêu rõ để giảm nhu cầu hút thuốc lá cần có nhiều biện pháp cùng với sự phối hợp của các cấp chính quyền, đoàn thể và tổ chức xã hội [8]:

- Tăng cường chống hút thuốc ở nơi công cộng
- Loại trừ quảng cáo và sản xuất thuốc lá
- Tăng thuế đối với sản xuất và nhập khẩu thuốc lá
- Chú trọng biện pháp thông tin, giáo dục, truyền thông để nâng cao nhận thức về tác hại của thuốc lá nhằm giảm dần tỉ lệ sử dụng thuốc lá và tác hại do thuốc lá gây ra

Duy trì cân nặng lý tưởng [8]

- Thường xuyên theo dõi và đánh giá cân nặng cơ thể qua chỉ số khối cơ thể (BMI):
 - + Trọng lượng cơ thể bình thường: $18,5 \leq \text{BMI} < 25$
 - + Thừa cân: $25 \leq \text{BMI} < 30$
 - + Béo phì: $\text{BMI} \geq 30$
- Nếu đã thừa cân, béo phì: cần tích cực điều chỉnh chế độ ăn và rèn luyện thể thao. Việc giảm cân nặng cần phải hợp lý và không làm hại tới sức

khỏe. Sau đây là một số lời khuyên của các chuyên gia dinh dưỡng:

- + Nếu uống sữa nên uống sữa không đường, trẻ lớn nên uống sữa gầy (sữa bột tách bơ). Không nên uống sữa đặc có đường.
- + Chế biến thức ăn: Hạn chế các món rán, xào, nên làm các món luộc, hấp, kho.
- + Nên nhai kỹ và ăn chậm, ăn đều đặn, không bỏ bữa, nhất là bữa ăn sáng. Không để quá đói, vì nếu bị quá đói, trẻ ăn nhiều trong các bữa sau làm mỡ tích lũy nhanh hơn.
- + Nên ăn nhiều vào bữa sáng, tránh ăn các loại thực phẩm chế biến sẵn (vì thường có nhiều chất béo độc hại), giảm ăn về chiều và tối.
- + Không uống các loại nước ngọt đóng chai, nước ngọt có ga. Không ăn bánh kẹo, đường mật, kem.
- + Không nên dự trữ sẵn các loại thức ăn giàu năng lượng như: Bơ, pho mát, bánh, kẹo, chocoat, kem, nước ngọt trong nhà.
- + Nên ăn nhiều rau xanh và hoa quả ít ngọt. Giảm bớt gạo thay bằng khoai, ngô là những thức ăn cơ bản giàu chất xơ.
- + Tăng cường các hoạt động thể lực, bên cạnh điều trị bằng chế độ ăn, việc tăng cường hoạt động thể lực tỏ ra có hiệu quả hơn, giúp trẻ phát triển chiều cao và duy trì sức khỏe tốt.

Thực hành chế độ dinh dưỡng hợp lý [8]

Hạn chế sử dụng thịt đỏ: sử dụng thịt đỏ, thịt qua chế biến công nghiệp cũng làm tăng nguy cơ ung thư. Tiêu thụ mỗi 50g thịt chế biến mỗi ngày làm tăng nguy cơ UTĐTT lên tới 18%. Chế độ ăn để giúp giảm nguy cơ cần nhiều rau củ và trái cây tươi (5 phần rau, 2 phần trái cây).

Sử dụng khẩu phần ăn đầy đủ và cân đối: Viện Dinh dưỡng Quốc gia đã xây dựng hướng dẫn về dinh dưỡng cho người dân nhằm khuyến khích người dân sử dụng khẩu phần ăn đầy đủ và cân đối đồng thời thúc đẩy các hoạt động dinh dưỡng hợp lý của cộng đồng. Các hướng dẫn này cũng cung cấp cho cộng đồng những khuyến nghị dễ hiểu về khẩu phần ăn cân đối, hướng dẫn thực hành để nâng cao sức khỏe cho mỗi

người và cho các thành viên trong gia đình họ. Chiến lược Quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011-2020 đã đưa ra 10 lời khuyên dinh dưỡng hợp lý đến năm 2020.

- Hạn chế ăn thực phẩm chế biến sẵn: Không nên ăn quá nhiều các sản phẩm thịt đã được chế biến sẵn như giăm bông, thịt lợn muối, xúc xích, thịt tẩm hành, hạt tiêu, thịt hộp và lạp xường,... (vì chứa chất bảo quản). Một số thức ăn muối và ướp như cá muối, dưa muối,...
- Không sử dụng thực phẩm bị mốc, lên men: Không sử dụng gạo mốc, lạc mốc, dưa cà muối bị khú,...
- Cảnh trọng khi sử dụng thực phẩm nhuộm màu: Nên tránh những món ăn có màu sắc sặc sỡ nhưng không có nguồn gốc từ tự nhiên. Những món ăn được tẩm ướp hóa chất, phẩm màu độc hại thường có màu sắc bắt mắt, sặc sỡ, mùi lạ, khó chịu.
- Hạn chế các món rán, xào, nướng ở nhiệt độ cao.
- Ăn nhiều rau tươi, hoa quả và ngũ cốc nguyên hạt: Hành động này sẽ làm giảm nguy cơ mắc một số loại ung thư. Khi mua rau và hoa quả hãy chọn loại có lá xanh hoặc màu vàng vì có nhiều sinh tố A hơn loại có màu nhạt.
- Hạn chế sử dụng rượu, không nghiện rượu: Không dùng rượu mạnh, không nên sử dụng thường xuyên, nên chọn đồ uống không có cồn, sô đa hoặc nước hoa quả tươi.

Tăng cường hoạt động thể lực [8]

Hoạt động thể lực có thể giúp giảm nguy cơ bệnh lý ĐTT, các bệnh ung thư như vú, ruột kết, nội mạc tử cung, tuyến tiền liệt và tuyến tụy,...Nên dành ít nhất 30 phút mỗi ngày để đi bộ, chạy bộ, bơi,...Giảm tiếp xúc với các chất độc hại và ô nhiễm môi trường [8]. Chỉ dùng nguồn nước sinh hoạt không ô nhiễm.

Sàng lọc UTĐTT [8]

Việc sàng lọc phát hiện sớm UTĐTT rất có giá trị trong giảm tỉ lệ tử vong. Tại Mỹ, nhờ các biện pháp sàng lọc đã giảm được 33% tỉ lệ tử vong do UTĐTT. Theo thống kê, tỉ lệ sống trên 5 năm đạt hơn 90% đối với UTĐTT được phát hiện ở giai

đoạn sớm; chỉ có 10% sống trên 5 năm khi UTĐTT ở giai đoạn muộn. Các biện pháp sàng lọc, phát hiện sớm ung thư đại - trực tràng bao gồm:

Khám đại trực tràng định kỳ bằng tay 1 năm/1 lần: bắt đầu ở tuổi 40. Đây là động tác đơn giản, dễ thực hiện và có khả năng cao phát hiện tổn thương sớm ung thư tại vùng này.

Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân: UTĐTT có thể chảy máu, giải phóng một lượng máu trong phân. Do các mạch máu trên bề mặt các polyp hoặc khối u ác tính của đại tràng và trực tràng rất mỏng manh, dễ bị tổn thương và dễ bị chảy máu khi phân đi qua. Khi các mạch máu bị tổn thương có thể làm chảy máu với số lượng khác nhau. Khi khối u lớn, khả năng chảy máu nhiều, người bệnh sẽ quan sát thấy máu trong phân. Khi máu chảy với số lượng ít sẽ không thể thấy được bằng mắt thường. Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân có thể phát hiện lượng máu nhỏ này bằng cách xác định sự có mặt của Hemoglobin trong phân. Một số loại thuốc, thức ăn có thể làm ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm. Do vậy, cần theo hướng dẫn của thầy thuốc trước khi làm xét nghiệm. Hai ngày trước khi làm xét nghiệm, cần thực hiện một số hạn chế trong chế độ ăn để tăng độ chính xác của xét nghiệm: không ăn thịt sống, củ cải trong chế độ ăn; tránh sử dụng các loại thuốc có tác dụng kích thích niêm mạc dạ dày; không uống vitamin C; ăn thức ăn có hàm lượng xơ cao. Những người có xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính sẽ có nguy cơ cao bị ung thư đại -trực tràng, cần soi toàn bộ đại tràng. Những người từ 50 tuổi trở lên cần làm xét nghiệm máu ẩn trong phân hàng năm. Người có nguy cơ cao như tiền sử bản thân hoặc gia đình bị u tuyến, các hội chứng đa polyp hoặc ung thư đại -trực tràng, các bệnh viêm ruột nên được làm xét nghiệm máu ẩn trong phân cùng các biện pháp khác ở độ tuổi sớm hơn theo lời khuyên của thầy thuốc.

Soi toàn bộ đại tràng: Soi toàn bộ đại tràng là phương pháp tốt nhất hiện nay trong sàng lọc UTĐTT. Người ta dùng ống soi mềm có đầu soi để quan sát được toàn bộ đại tràng, cho phép phát hiện chính xác cả tổn thương ung thư và tiền ung thư. Phương pháp có ưu điểm như quan sát được toàn bộ đại tràng, trong khi soi nếu phát hiện các tổn thương nghi ngờ ung thư hoặc tiền ung thư, người ta tiến hành sinh thiết

hoặc lấy bỏ các tổn thương này để chẩn đoán và điều trị. Soi toàn bộ đại tràng cũng được bắt đầu ở độ tuổi 50, cùng với làm xét nghiệm máu ẩn trong phân. Nhược điểm của phương pháp này là phải chuẩn bị đại tràng trước khi soi (uống thuốc xổ và thụt tháo); có nguy cơ thủng ruột khi soi rất thấp chỉ khoảng 0,1-0,2% và thấp hơn nữa khi không cắt polyp; có thể bỏ sót tổn thương với những tổn thương nhỏ [8].

1.4.2. 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 [6].

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 [6].

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 [6].

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.

Các bước tiến hành soi phân

Hướng dẫn và giải thích cho người bệnh những bước tiến hành cụ thể. Dụng cụ 01 lọ xét nghiệm để tiến hành làm test.

- Bước 1: Người bệnh đi đại tiện xong, lấy một ít phân quệt vào phần đầu màu trắng có mũi tên chỉ xuống của giấy thấm.
- Bước 2: Gỡ nắp màu trắng của Test Kit, cầm que giấy thấm đã lấy phân rồi cho vào Test Kit theo chiều mũi tên chỉ xuống. Sau đó đậy nắp lại ghi họ tên lên nhãn của Test Kit.
- Bước 3: Đọc kết quả sau 10 phút. Cách đọc kết quả
 - + Xét nghiệm dương tính: có hồng cầu trong phân, khi có hai vạch màu xanh ở đầu trên và đầu dưới của que giấy thấm.
 - + Xét nghiệm âm tính: không có hồng cầu trong phân, khi có một vạch màu xanh ở đầu trên của que giấy thấm.
 - + Xét nghiệm bị hỏng: khi không có vạch màu xanh nào hoặc có một vạch màu xanh ở đầu dưới của giấy thấm [6].

1.4.3. Kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân qua một số nghiên cứu

Một số nghiên cứu trên thế giới

Nghiên cứu tổng quan của Ransohoff DF và Lang CA (1997) dựa trên cơ sở dữ liệu MEDLINE về xét nghiệm máu ẩn trong phân. Kết quả cho thấy rằng các xét nghiệm dương tính với máu trong phân từ 1% đến 16% tùy thuộc vào các yếu tố như tuổi của người được xét nghiệm, mẫu phân có được bù nước hay không,... Đối với những người được xét nghiệm dương tính có máu ở trong phân, tỉ lệ phát hiện bất kỳ một loại UTĐTT là khoảng 2-17 % và tỉ lệ UTĐTT sớm là khoảng 2% đến 14% [90].

Chương trình thí điểm sàng lọc UTĐTT ở Úc đánh giá tính khả thi, khả năng chấp nhận và hiệu quả chi phí của iFOBT ở những người từ 55 đến 74 tuổi ở cả thành thị và nông thôn. Nó chạy từ tháng 11 năm 2002 đến tháng 6 năm 2004. Tổng cộng có 56.907 người được mời tham gia và trong đó có 25.688 hoàn thành xét nghiệm FOBT, tỉ lệ dương tính là 9,0%. Giá trị tiên đoán dương tính đối với ung thư nghi ngờ và u tuyến tiền triển qua xét nghiệm là 19,2%. Có 1.833 lần nội soi tiếp theo được ghi

lại cho thí điểm, những nội soi này đã xác định được 69 bệnh ung thư và 195 u tuyến tiền liệt [36].

Nghiên cứu của Mandel JS và cộng sự trên 46.551 người tham gia từ 50-80 tuổi sàng lọc UTĐTT mỗi năm một lần với FOBT. Những người có FOBT(+) được đánh giá tiếp qua nội soi và theo dõi ung thư suốt 13 năm. Kết quả cho thấy tỉ lệ tử vong tích lũy 13 năm do UTĐTT là 5,88/1.000 ở nhóm được sàng lọc hàng năm (95%CI: 4,61-7,15), 8,33/1.000 ở nhóm được sàng lọc 2 năm một lần (95%CI: 6,82-9,84) và 8,13/1.000 trong nhóm kiểm soát (95%CI: 7,26-10,40). Các tác giả kết luận rằng xét nghiệm máu trong phân hàng năm đã làm giảm tỉ lệ tử vong tích lũy trong 13 năm do UTĐTT xuống 33% [80].

Trong nghiên cứu của Hol L và cộng sự năm 2009, các tác giả đã sử dụng xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân bằng hóa chất miễn dịch (FIT) và sàng lọc xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân (gFOBT) trên một mẫu đại diện của dân số Hà Lan (n = 10.011), ở độ tuổi 50–74, được chọn ngẫu nhiên theo tỉ lệ 1: 1 trước khi được mời tham gia sàng lọc gFOBT và FIT. Nội soi đại tràng được đề nghị cho những người được sàng lọc có gFOBT hoặc FIT dương tính (ngưỡng huyết sắc tố 50 ng/ml). Khi thay đổi mức ngưỡng giữa 50 và 200 ng ml, tỉ lệ FIT(+) dao động trong khoảng 8,1% (95%CI: 7,2–9,1%) và 3,5% (95%CI: 2,9–4,2%), tỉ lệ phát hiện khối u tiến triển dao động trong khoảng 3,2% (95%CI: 2,6–3,9%) và 2,1% (95%CI: 1,6–2,6%). Ở giá trị giới hạn là 75 ng/ml, tỉ lệ phát hiện của sàng lọc FIT và sàng lọc gFOBT là 2,5% và 1,2%). Nam giới được sàng lọc có nhiều khả năng có gFOBT(+) cao hơn so với nữ giới (3,7 so với 1,9%; OR: 1,4; CI: 1,1–1,8) hoặc FIT (6,8% so với 3,0%; OR: 2,3; 95% CI: 1,6– 3,3). Tỉ lệ gFOBT dương tính cao hơn một chút ở những người được sàng lọc ở độ tuổi 60–74 so với những người được sàng lọc ở độ tuổi 50–59, nhưng sự khác biệt này không đáng kể (3,1% so với 2,3 %; OR: 1,3; 95% CI: 0,8–2,2). Đối với FIT, tỉ lệ xét nghiệm dương tính cao hơn đáng kể ở những người được sàng lọc ở độ tuổi 60–74 so với những người được sàng lọc ở độ tuổi 50–59 (6,1% so với 3,3%; OR: 1,8; 95% CI: 1,3–2,6) [63].

Nghiên cứu đoàn hệ của Chiang T-H (2011) ở người không có triệu chứng từ 18 tuổi trở lên ở Đài Loan từ tháng 8/2007 đến tháng 7/2009. Kết quả trong số 2.796 người tham gia, có 14,2% có kết quả xét nghiệm phân dương tính. Tỷ lệ tổn thương ở đường tiêu hóa dưới cao hơn ở những người có kết quả xét nghiệm phân dương tính so với những người có kết quả âm tính (41,3% và 21,3%, $p < 0,001$). Tỷ lệ tổn thương ở đường tiêu hóa trên không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm (20,7% và 17,5%, $p = 0,12$) [46].

Chương trình thí điểm sàng lọc UTĐTT tại Anh từ 2006-2009 bằng xét nghiệm FOBT. Các đối tượng ở độ tuổi 60–69 được mời hoàn thành xét nghiệm FOBT. Trong số 1,08 triệu người có kết quả xét nghiệm, 2,5% nam giới và 1,5% phụ nữ có kết quả FOBT(+). 98% những người có FOBT(+) được nội soi trong lần điều tra đầu tiên. Tỷ lệ chung của kết quả xét nghiệm dương tính là 1,9%. Giá trị tiên đoán dương tính là 10,9% đối với ung thư và 35,0% đối với u tuyến [78].

Nghiên cứu của Steele RJ và các cộng sự (2009) đánh giá hiệu quả của ba vòng đầu tiên của chương trình thí điểm sàng lọc đại trực tràng dựa trên xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân (gFOBT) và ý nghĩa của chúng đối với chương trình dựa trên dân số quốc gia Scotlan. Những cư dân trong độ tuổi từ 50 đến 69 đã được đưa vào nghiên cứu. Kết quả ở đợt sàng lọc đầu tiên, tỷ lệ tiếp nhận là 55,0%, tỷ lệ dương tính là 2,07% và tỷ lệ phát hiện ung thư là 2,1/1000 người được sàng lọc. Ở đợt sàng lọc thứ hai, tỷ lệ này lần lượt là 53,0%, 1,90% và 1,2/1000 và ở đợt thứ ba, tỷ lệ này lần lượt là 55,3%, 1,16% và 0,7/1000. Trong đợt đầu tiên, giá trị tiên đoán dương của gFOBT là 12,0% đối với ung thư và 36,5% đối với u tuyến; các tỷ lệ này giảm xuống 7,0% và 30,3% trong đợt thứ hai và được duy trì ở mức 7,5% và 29,1% trong đợt thứ ba [98].

Nghiên cứu của Toes-Zoutendijk E và các cộng sự (2014) đã hệ thống thông tin quốc gia của chương trình sàng lọc UTĐTT theo dõi số lượng lời mời được gửi trong năm 2014, xét nghiệm sàng lọc FIT (fecal immunochemical tests) được trả lại và nội soi được thực hiện. Kết quả có 741.914 người được mời tham gia FIT; trong số này, 529.056 đã tham gia, kết quả xét nghiệm dương tính là 10,6% (95% CI, 10,5-10,8). Để giảm gánh nặng nội soi không cần thiết và giảm bớt khả năng nội soi, mức

giới hạn cho kết quả FIT dương tính đã tăng từ 15 lên 47 $\mu\text{g Hb/g}$ phân. Sự điều chỉnh này đã giảm tỉ lệ xét nghiệm dương tính xuống 6,7% (95%CI, 6,6-6,8). Tổng cộng, năm đầu tiên của chương trình sàng lọc của Hà Lan đã phát hiện được 2.483 bệnh ung thư và 12.030 u tuyến tiền triển [100].

Nghiên cứu của Ribbing Wilén H và các cộng sự (2019) thực hiện nghiên cứu thuần tập từ thử nghiệm sàng lọc UTĐTT ở nam giới và phụ nữ 60 tuổi có nguy cơ trung bình với xét nghiệm FIT tại Thụy Điển. Mức giới hạn 10-80 $\mu\text{g Hb/g}$ cho một và hai mẫu đã được đánh giá. Kết quả tổng cộng có 12.383 người tham gia và 1.182 người dương tính (tỉ lệ dương tính là 9,5%, trong đó nữ 46,6% và nam là 53,4%), những người có FIT(+) đã hoàn thành nội soi chẩn đoán và có 27 (2,3%) UTĐTT và 269 (23%) u tuyến tiền triển [93].

Nghiên cứu của Bărbulescu LN và các cộng sự (2023) nhằm điều tra tính khả thi của sàng lọc UTĐTT trong bối cảnh không có chương trình sàng lọc quốc gia bằng cách sử dụng các nguồn lực do hệ thống chăm sóc sức khỏe Rumani cung cấp. Những người tham gia nghiên cứu được tuyển chọn từ những bệnh nhân > 18 tuổi ở khu vực thành thị trong thời gian 3 năm (tháng 10 năm 2019 đến tháng 9 năm 2022). Bệnh nhân được tuyển chọn khi họ đến khám tại phòng khám bác sĩ gia đình. Nghiên cứu đã loại trừ những bệnh nhân có tiền sử bệnh ung thư đại trực tràng. Những bệnh nhân đồng ý tham gia được đề nghị làm xét nghiệm FOBT. Những người có FOBT (+) được tư vấn nội soi đại tràng. Kết quả trong năm sàng lọc đầu tiên (tháng 10 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020), trong tổng số 97 xét nghiệm FOB được đề xuất cho các bệnh nhân duy nhất, chỉ có 47 xét nghiệm trả về kết quả FOBT (48,45%). Trong số 47 kết quả FOBT được trả về, có 6 bệnh nhân có kết quả xét nghiệm FOB dương tính (12,76%). Trong năm sàng lọc thứ hai (tháng 10 năm 2020 đến tháng 9 năm 2021), trong tổng số 40 xét nghiệm FOB được đề xuất cho những bệnh nhân duy nhất, chỉ có 21 xét nghiệm trả về kết quả FOBT (52,5%). Trong số 21 kết quả FOBT được trả về, có 4 bệnh nhân FOB dương tính (19,04%). Trong năm sàng lọc thứ ba (tháng 10 năm 2021 đến tháng 9 năm 2022), trong tổng số 31 xét nghiệm FOB được đề xuất cho những bệnh nhân duy nhất, chỉ có 21 xét nghiệm trả về kết quả FOBT

(61,76%). Trong số 21 kết quả FOBT được trả về, chỉ có 2 bệnh nhân (9,52%) có kết quả dương tính [37].

Tóm lại, có ít nghiên cứu về tỉ lệ xét nghiệm dương tính với máu ẩn trong phân trên một cộng đồng, đặc biệt rất ít có nghiên cứu tại cộng đồng các dân tộc thiểu số. Ở các nghiên cứu này cho thấy rằng tỉ lệ phát hiện UTĐTT qua xét nghiệm sàng lọc phân là từ 1-20%, kết quả này ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau trong đó cơ bản nhất là về tuổi của các yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu.

Một số nghiên cứu tại Việt Nam

Tại Việt Nam, ít có nghiên cứu về thực trạng UTĐTT trong cộng đồng. Một vài báo cáo gần đây là kết quả sàng lọc UTĐTT tại cơ sở y tế, khi đó người dân lấy mẫu phân và gửi đến cơ sở xét nghiệm nếu có nhu cầu. Trên cộng đồng các dân tộc ít người, hiện nay không tìm thấy báo cáo nào.

Trong bối cảnh nói trên, với sự đầu tư kinh phí từ tập đoàn Vingroup, các nhà khoa học Vinmec cùng với các đồng nghiệp từ bệnh viện K và các đại học danh tiếng của Mỹ như Trung tâm Y khoa Đại học Vanderbilt, Trung tâm Y khoa đại học Pittsburgh đã hợp tác thực hiện nghiên cứu Ung thư và Polyps đại trực tràng lớn nhất Việt Nam với số lượng dự kiến người tham gia sàng lọc lên tới hơn 100.000 người. Mục tiêu của chương trình nghiên cứu về polyp và UTĐTT là xác định được những yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ đối với UTĐTT, góp phần xây dựng chiến lược phòng tránh ung thư hiệu quả. Để tham gia sàng lọc, người dân sẽ được phát kit lấy mẫu xét nghiệm với hướng dẫn cách lấy mẫu phân tại nhà. Sau khi lấy, mẫu được gửi đến phòng xét nghiệm để phân tích. Người tham gia có kết quả xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân (iFOBT) dương tính sẽ được mời tới Bệnh viện Vinmec Times City tiếp tục tư vấn và nội soi đại trực tràng miễn phí để chẩn đoán chính xác nguyên nhân. Những người dân được phát hiện có polyp đại trực tràng trong quá trình nội soi và không có các yếu tố chống chỉ định sẽ được cắt bỏ polyp miễn phí. Thông qua chương trình sàng lọc của Vinmec, đến ngày 10 tháng 1 năm 2019 đã có 32.556 người dân được làm xét nghiệm tìm hồng cầu ẩn trong phân, trong đó 1.972 người có kết quả dương tính. 783 người đã được nội soi đại trực tràng miễn phí tại Bệnh viện Vinmec

Times City. Qua đó, 416 trường hợp có polyps ở đại tràng, trực tràng (chiếm tỉ lệ 53%) và 34 trường hợp ung thư đại tràng, trực tràng (chiếm 4,4%) đã được phát hiện [3].

Theo Sở Y tế Hà Nội, kết quả khám sàng lọc UTĐTT 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, chiếm tỉ lệ 5,42%. Đây là kết quả của xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân mà mắt thường không nhìn thấy được. Những trường hợp cho kết quả xét nghiệm dương tính đều được tư vấn, hướng dẫn khám chuyên khoa để phát hiện bệnh sớm, điều trị kịp thời. Chương trình tầm soát UTĐTT miễn phí được UBND TP.Hà Nội và Sở Y tế Hà Nội triển khai từ tháng 3.2017, hướng tới người 40 tuổi trở lên có bảo hiểm y tế nhằm phát hiện sớm, tầm soát miễn phí UTĐTT trong cộng đồng.

Từ tháng 3 năm 2019, hai huyện Chương Mỹ và Thanh Oai đã chính thức triển khai xét nghiệm sàng lọc phát hiện sớm UTĐTT cho người dân từ 40 tuổi trở lên có thẻ bảo hiểm y tế, đây là độ tuổi được khuyến cáo nên sàng lọc phát hiện sớm UTĐTT tối thiểu 1 lần/năm. Thống kê sơ bộ của đại diện TTYT hai huyện Chương Mỹ và Thanh Oai, huyện Chương Mỹ có khoảng trên 140.000 người từ 40 tuổi trở lên và tại huyện Thanh Oai có khoảng 80.000 người. Kết quả dương tính (tức có máu ẩn trong phân) cũng không thể khẳng định ngay là có ung thư. Bởi có nhiều nguyên nhân dẫn đến máu trong phân như viêm loét đường tiêu hóa, trĩ, polyp đại tràng và UTĐTT. Đối với những mẫu xét nghiệm có kết quả dương tính, người dân đã được tư vấn, hướng dẫn khám chuyên khoa để phát hiện bệnh sớm, điều trị kịp thời [9].

1.4.4. Hiệu quả một giải pháp can thiệp phòng chống ung thư đại trực tràng trong cộng đồng

Ở trong phòng chống bệnh tật nói chung, truyền thông giáo dục sức khỏe thay đổi hành vi là một giải pháp quan trọng không thể thiếu. Đối với các bệnh mãn tính như ung thư, bên cạnh hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe việc cung cấp các biện pháp sàng lọc phát hiện sớm bệnh tật là giải pháp có hiệu quả.

Một số nghiên cứu trên thế giới

Một nghiên cứu đánh giá sự ảnh hưởng của việc giao tiếp và khuyến khích nội soi đại tràng nhằm sàng lọc ung thư cho thấy rằng việc các thành viên trong gia đình được truyền thông và khuyến khích có liên quan đến việc nội soi gần đây hơn ($p < 0,01$). Nội soi đại tràng được xem là đại diện cho tác động hành vi lâu dài của giáo dục và tư vấn di truyền kết hợp với các phép đo phù hợp. Bên cạnh đó, việc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (như bác sĩ,...) cung cấp những kiến thức nhằm cải thiện các hội chứng ung thư di truyền sẽ giúp người bệnh cải thiện kiến thức hạn chế về bệnh, cung cấp một liên kết quan trọng giữa chăm sóc đặc biệt, thực hành chung và gia đình [53].

Một nghiên cứu cho thấy việc truyền thông qua phát triển video giáo dục để cải thiện kiến thức và giao tiếp với người bệnh và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe làm tăng tỉ lệ sàng lọc tầm soát UTĐTT. Nội dung của video giáo dục bao gồm việc đánh giá mối đe dọa của UTĐTT (các yếu tố rủi ro, tỉ lệ mắc và tỉ lệ tử vong). Tiếp theo, việc đánh giá đối phó đã được tăng lên bằng cách cung cấp thông tin về tầm quan trọng của UTĐTT (chẩn đoán sớm) và hoàn thành chính xác xét nghiệm máu trong phân (FOBT) (như hướng dẫn cách hoàn thành xét nghiệm, tầm quan trọng của việc kiểm tra định kì và theo dõi thường xuyên). Tiếp đến là phần tương thuật tập trung vào việc nói chuyện với bác sĩ về sàng lọc UTĐTT bằng cách sử dụng các khái niệm có trong hệ thống truyền thông. Vào cuối video là lời chứng thực của người bệnh đã được sử dụng để củng cố tầm quan trọng của việc hoàn thành FOBT. Video giáo dục sàng lọc UTĐTT hoàn thành có thời lượng 13 phút. Việc phát triển video giáo dục còn nhằm giúp người bệnh tham gia vào trong quá trình điều trị của chính mình [71].

Một nghiên cứu khác tại Ả Rập về kiến thức, thái độ và thực hành ở người lớn trong phòng ngừa UTĐTT với 600 đối tượng trên 18 tuổi được khảo sát. Kết quả cho thấy đa số đối tượng tham gia nghiên cứu đều chưa có kiến thức đúng về phòng ngừa các yếu tố nguy cơ gây bệnh, tuy nhiên cũng có những biến số kiến thức khác mà các đối tượng trả lời đúng với tỉ lệ cao. Ngược lại các biến số thái độ trong nghiên cứu

này đều cho kết quả tỉ lệ cao thái độ đúng trong các đối tượng tham gia. Trong khi đó, thực hành về tầm soát bằng phương pháp nội soi hoặc tìm máu ẩn trong phân đều có tỉ lệ thực hành đúng rất thấp lần lượt là 5% và 7% các đối tượng [33].

Nghiên cứu tại miền nam Italia về kiến thức, thái độ, thực hành trong phòng ngừa UTĐTT ở người trưởng thành. Nghiên cứu với cỡ mẫu là 1165 người. Kết quả chỉ ra rằng chỉ có 18,5% có được kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ thay đổi được là hoạt động thể chất và chế độ ăn. Trong khi đó, đa số các yếu tố nguy cơ không thay đổi được như tiền sử gia đình, tiền sử bản thân thì các đối tượng đều có tỉ lệ kiến thức đúng. Các biến số về thái độ có kết quả tích cực hơn khi mà có 60,3% và 78,5% có thể ngăn ngừa UTĐTT và điều trị tốt hơn trong trường hợp được chẩn đoán sớm. Khi khảo sát về thực hiện tìm máu ẩn trong phân đối với các đối tượng nguy cơ thì có 19,9% thực hiện biện pháp sàng lọc này [96].

Một nghiên cứu khác tại miền tây nước Úc về kiến thức, thái độ và hành vi phòng ngừa bệnh UTĐTT vào năm 2012 cho thấy hầu hết các kiến thức về nguy cơ và triệu chứng đều được các đối tượng trả lời đúng với tỉ lệ khá cao. Tuy nhiên, thái độ về căn bệnh thì vẫn còn nhiều biến số có câu trả lời thái độ chưa tốt. Bên cạnh đó, khi khảo sát mối liên quan giữa kiến thức với các đặc tính của mẫu nghiên cứu thì có rất ít biến số có mối liên quan thật sự. Chỉ có biến số người thân mắc UTĐTT thì có mối liên quan thống kê với kiến thức đúng ($p=0,002$). Ngoài ra, nghiên cứu cũng cho kết quả có mối liên quan thống kê giữa thực hành và có kiến thức đúng trong phòng ngừa căn bệnh này ($p<0,001$) [49].

Tóm lại, lược qua một số nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi thấy rằng có ít nghiên cứu đề xuất các mô hình riêng biệt về phòng chống UTĐTT trong cộng đồng. Các nghiên cứu được báo cáo chủ yếu tập trung đánh giá hiệu quả của các giải pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe và sàng lọc phát hiện sớm bệnh. Kết quả của các nghiên cứu đều cho thấy hiệu quả cao của các giải pháp này. Đây cũng là cơ sở quan trọng để chúng tôi có các đề xuất xây dựng mô hình can thiệp trong nghiên cứu.

Một số nghiên cứu tại Việt Nam

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả của các mô hình can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe chuyên biệt với từng cộng đồng có hiệu quả trong phòng chống bệnh không lây nhiễm nói chung [4], [17],... Tuy nhiên chúng tôi ít tìm thấy các báo cáo về hiệu quả các giải pháp can thiệp phòng chống UTĐTT trong cộng đồng, đặc biệt là tại các cộng đồng dân tộc ít người. Một số báo cáo gần đây cho thấy kiến thức còn hạn chế rất nhiều và có nhiều hành vi nguy cơ cũng như chế độ dinh dưỡng không hợp lý trong phòng chống bệnh.

Một khảo sát khác thực hiện tại thị xã Lagi, tỉnh Bình Thuận với 390 đối tượng tham gia về kiến thức, thái độ, thực hành trong phòng ngừa UTĐTT. Kết quả cho thấy rằng đa phần người có kiến thức không đúng và đầy đủ về UTĐTT cũng như cách phòng chống bệnh. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng trong phòng ngừa UTĐTT là 27,9%. Trong đó, kiến thức đúng trong phòng ngừa các yếu tố nguy cơ là 36,4%, kiến thức về triệu chứng nghi ngờ của bệnh là 39,7%, kiến thức về khám và tầm soát là 83,3%. Đối với thực hành phòng được các UTĐTT kết quả cho thấy tỷ lệ thực hành phòng ngừa các yếu tố nguy cơ là 52,1% và thực hành khám, tầm soát UTĐTT là 16,7% [14].

Một khảo sát trên toàn tỉnh Quảng Bình (2015) của tác giả Đỗ Quốc Tiệp về kiến thức của người dân đối với phòng chống ung thư, các tác giả đã thực hiện khảo sát 800 người dân từ 18-60 tuổi từ tháng 5/2015 đến tháng 8/2015. Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 42,0% số đối tượng cho rằng nguyên nhân/yếu tố nguy cơ gây UTĐTT là do mắc bệnh viêm đại, trực tràng mạn tính; 34,8% đối tượng cho rằng chế độ ăn uống thừa mỡ động vật, ít rau xanh, hoa quả; yếu tố về di truyền chiếm tỷ lệ thấp hơn (20,6%). Tỷ lệ người dân biết đến các dấu hiệu báo động/biểu hiện của UTĐTT còn hạn chế, chỉ có 33,5% biết được dấu hiệu chảy máu trực tràng, phân đen, phân dính máu; 29,3% biết được dấu hiệu giảm cân; 27,4% biết được dấu hiệu rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy kéo dài hoặc táo bón; tiếp đến là mệt mỏi (27,3%). Có 12,0% số đối tượng không biết bất kỳ dấu hiệu báo động/biểu hiện nào của UTĐTT. Tỷ lệ người dân biết các biện pháp phòng ngừa UTĐTT khá thấp, chỉ có 39,6% cho rằng

có thể phòng ngừa được bằng khám và điều trị bệnh viêm đại, trực tràng; 33,0% cho rằng ăn nhiều rau xanh, hoa quả và 28,9% cho rằng cần hạn chế ăn mỡ động vật. Gần 14% không biết có thể phòng ngừa ung thư đại, trực tràng bằng cách nào [25].

Việt Nam đang phải đối mặt với gánh nặng các bệnh không lây nhiễm trong đó có ung thư. Không những số lượng người bệnh ung thư gia tăng, mà chi phí điều trị bệnh ung thư cũng liên tục tăng. Việc phát hiện và ngăn chặn sớm có liên quan chặt chẽ tới kiến thức về bệnh của người dân. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Thành và cs (2019) nhằm mục tiêu mô tả kiến thức, thái độ của người dân về bệnh ung thư và thực hành của người dân về bệnh ung thư ở thị xã Từ Sơn, tỉnh Bắc Ninh năm 2018. Các tác giả sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành phỏng vấn kiến thức, thái độ, thực hành của 380 người dân về phòng chống bệnh ung thư. Kết quả cho thấy: 76,9% chế độ ăn uống phòng chống được ung thư; 36,2% thái độ khá về phòng chống ung thư; 37,5% thực hành khá về phòng chống ung thư. Tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về phòng chống ung thư chưa cao. Cần thiết kế một chương trình truyền thông cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành cho người dân về phòng chống bệnh ung thư [26].

Nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Anh và cộng sự về kiến thức, thái độ và nhận thức về rào cản đối với việc chi trả tiền túi để thực hiện sàng lọc ung thư đại trực tràng của người dân từ 50-75 tuổi trên địa bàn quận Hoàn Kiếm, Hà Nội năm 2019. Điều tra cắt ngang trên 402 đối tượng 50-75 tuổi đến khám bệnh thông thường tại các phòng khám ngoại trú thuộc Trung tâm y tế quận Hoàn Kiếm từ tháng 1 đến tháng 3/2019. Kết quả cho thấy kiến thức và thái độ ("không nghĩ mình có bệnh" hay "thiếu hiểu biết thông tin khám sàng lọc", "không biết về phương pháp này có thể sàng lọc được" hay "chỉ khi nào có biểu hiện bệnh thì mới đi khám") là yếu tố phổ biến nhất (43,7%) mà đối tượng đưa ra trong số các rào cản được đối tượng chỉ ra trong việc chi trả tiền túi để thực hiện xét nghiệm FOBT. Rào cản phổ biến nhất đối với chi trả tiền túi đối với nội soi đại trực tràng liên quan đến sự "sợ hãi khi phát hiện ra bệnh", "sợ đến bệnh viện", "sợ gây mê", "sợ đưa dụng cụ vào cơ thể gây khó chịu" hay "sợ đau" (34,8%) [1].

1.5. Giới thiệu về địa điểm nghiên cứu

Hiện nay, tỉnh Trà Vinh là một trong những tỉnh thành ở khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, nằm về phía hạ lưu giữa sông Tiền và sông Hậu, giáp với biển Đông. Nhìn một cách tổng thể, Trà Vinh có dạng như một hình tứ giác với diện tích đất tự nhiên là 2.288.09 km² [32]. Dân số tỉnh Trà Vinh 1.009.168 người, trong đó có 305.520 người đồng bào Khmer, chiếm tỉ lệ khoảng 30,3% dân số toàn tỉnh (theo cuộc tổng điều tra dân số nhà ở năm 2019).

Địa giới hành chính của tỉnh Trà Vinh được phân chia thành 8 đơn vị bao gồm: thành phố Trà Vinh và 7 huyện (Càng Long, Cầu Kè, Tiểu Cần, Trà Cú, Cầu Ngang, Duyên Hải, Châu Thành). Tỉnh Trà Vinh là địa bàn cộng cư của 3 dân tộc chính là Kinh, Khmer, Hoa và một số ít các dân tộc khác. Người Khmer thường sống tại vùng nông thôn, vùng sâu, vùng xa; huyện Trà Cú (người Khmer chiếm 56%); huyện Càng Long (5,62%); huyện Duyên Hải (16,5%); huyện Cầu Kè (29,7%); huyện Tiểu Cần (28,07%); huyện Cầu Ngang (32,11%); huyện Châu Thành (34,3%); thành phố Trà Vinh (9,9%).



Hình 1.7. Bản đồ hành chính tỉnh Trà Vinh.

Nguồn: UBND tỉnh Trà Vinh (2020)

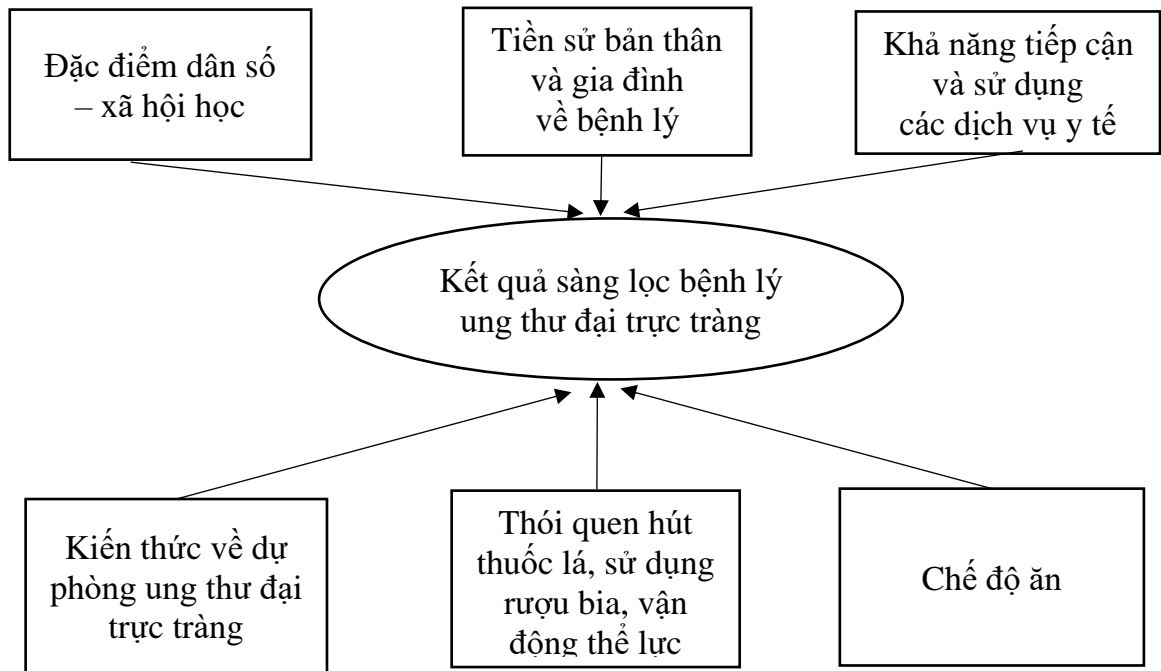
Đối với tình hình mắc bệnh lý đại trực tràng trên địa bàn nghiên cứu, đến nay chưa có báo cáo cụ thể và một cách hệ thống trên địa bàn tỉnh. Dựa vào một số số liệu báo cáo của bệnh viện tỉnh Trà Vinh.

Tổng số điều trị bệnh nhân nội trú tại bệnh viện tỉnh Trà Vinh năm 2019 là: 52.754 ca bệnh trong đó:

- UTĐTT: 306 ca; (trong đó người Khmer: 93 ca; tỉ lệ 30,3%).
- Bệnh viêm ĐTT: 709 ca (trong đó đồng bào Khmer: 189; tỉ lệ 26,6%).
- Bệnh Polyp ĐTT: có 12 ca; (trong đó có 4 đồng bào Khmer; tỉ lệ 33,3%)
- Bệnh trĩ: 228 ca; (trong đó đồng bào Khmer 49 ca, tỉ lệ 21,5%)

Bệnh lý đại trực tràng rất phổ biến, tỉ lệ bệnh UTĐTT có xu hướng tăng lên, cùng với một số bệnh lý đại trực tràng khác có liên quan mật thiết với UTĐTT như polyp ĐTT,...

Trên địa bàn tỉnh, hơn 30% người dân là đồng bào Khmer, cộng đồng Khmer tại tỉnh Trà Vinh có đời sống kinh tế xã hội còn gặp rất nhiều khó khăn, tiếp cận dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe hạn chế [4]. Mặc dù hiện nay các xét nghiệm sàng lọc UTĐTT đã được triển khai tại một số cơ sở y tế tại địa phương, tuy nhiên hầu hết người dân ít khi quan tâm hoặc không biết đến các biện pháp này. Ngoài ra, rất ít nghiên cứu dịch tễ được tiến hành để tìm hiểu các yếu tố nguy cơ và xác định tỷ lệ mắc UTĐTT ở cộng đồng này. Trả lời được những câu hỏi này là điều rất cần thiết và nên làm để cung cấp bằng chứng khoa học cho đề xuất các giải pháp, mô hình can thiệp trên cộng đồng, giúp nâng cao ý thức phòng bệnh của người dân và về dài hạn giảm tỷ lệ mắc UTĐTT. Điều này không chỉ có ý nghĩa trong phòng chống bệnh không lây nhiễm tại địa phương giúp bảo đảm nâng cao sức khỏe cộng đồng tại địa phương, mà nó còn mang ý nghĩa về chính sách công bằng hơn trong chăm sóc sức khỏe cho người dân, bởi lẽ trong giai đoạn hiện nay, vẫn còn nhiều chênh lệch trong chăm sóc sức khỏe giữa các thành thị và nông thôn, giữa dân tộc Kinh và các đồng bào dân tộc ít người. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tìm hiểu các yếu tố nguy cơ và đánh giá hiệu quả can thiệp dự phòng UTĐTT tại cộng đồng người Khmer tỉnh Trà Vinh.



Hình 1.8. Khung lý thuyết các yếu tố liên quan đến ung thư đại trực tràng

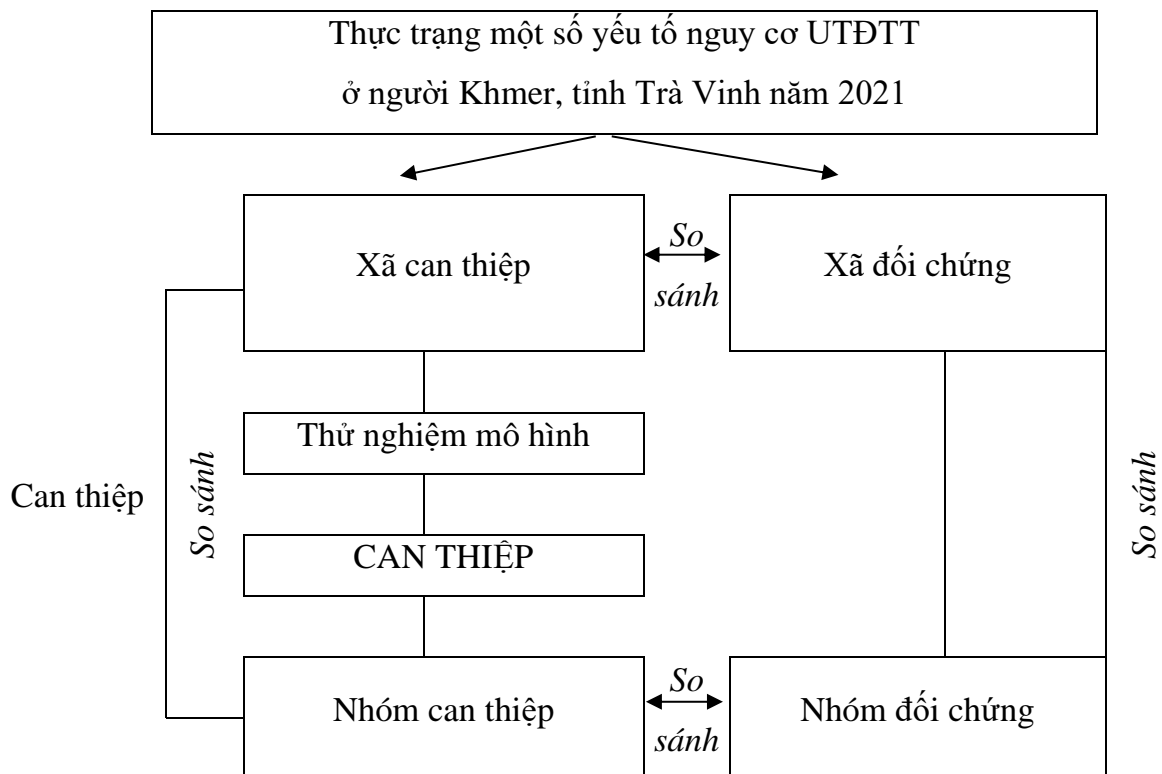
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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.

Tóm tắt thiết kế nghiên cứu như sau:



Hình 2.9. Thiết kế nghiên cứu

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 [9], [81], [82].
- + 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 và Ung thư khác.

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% [9]).
- $d = 0,02$: 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

- Bước 1: Chọn 30 cụm/(phường/xã) trong số 106 xã trên toàn tỉnh theo hình thức ngẫu nhiên hệ thống.
 - + N: Dân số chọn mẫu=106
 - + Khoảng cách mẫu $k = N/30 = 106/30 = 3,46$
 - + Số x ngẫu nhiên (thỏa điều kiện $1 \leq x \leq 4$)
 - + n là cụm được chọn ($n: 1,2,3, \dots, 30$). Các xã tiếp theo được chọn lựa theo quy tắc: Số dân số xã cộng dồn $\geq x + (n-1)k$ với $n: 0, 1, 2, \dots, 30$

- Bước 2: Chọn thuận tiện số đối tượng tại mỗi phường/xã theo tỉ lệ
 - + Thống kê dân số từ 40 tuổi trở lên tại mỗi xã/phường được lựa chọn và tổng số người từ 40 tuổi của 30 xã/phường được lựa chọn.
 - + Phối hợp với cộng tác viên địa phương, lấy mẫu thuận tiện.

Bảng 2.1. Số mẫu lựa chọn tại các xã/phường

STT	Xã được chọn	Tổng dân số Khmer từ 40 tuổi trở lên (người)	Số mẫu khảo sát (người)
1	Thanh Hòa Sơn	5598	68
2	Nhị Trường	7652	44
3	Trường Thọ	6009	45
4	Long Sơn	5541	44
5	Hiệp Hòa	4407	60
6	Hiếu Tử	7692	45
7	Tập Ngãi	3187	55
8	Tân Hùng	3844	51
9	Phong Phú	7567	52
10	Châu Điền	7960	98
11	Hòa Ân	5511	139
12	Tam Ngãi	1520	46
13	Đại An	7060	123
14	Định An	609	116
15	Phước Hưng	8356	56
16	Ngãi Xuyên	5198	46
17	Tân Sơn	4283	82
18	An Quảng Hữu	4350	98
19	Thanh Sơn	5840	66
20	Long Hiệp	5830	60
21	Ngọc Biên	6368	48

STT	Xã được chọn	Tổng dân số Khmer từ 40 tuổi trở lên (người)	Số mẫu khảo sát (người)
22	Tân Hiệp	8567	44
23	Đôn Châu	8732	61
24	Đôn Xuân	7862	51
25	Ngũ Lạc	12158	29
26	Huyền Hội	1659	40
27	Hòa Lợi	6711	50
28	Lương Hòa	5909	26
29	Lương Hòa A	6331	42
30	Phường 8	5581	58
Tổng		177892	1843

2.3.1.2. Các chỉ số đầu ra của nghiên cứu cắt ngang mô tả

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ đặc điểm giới tính và nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu.
- Tỷ lệ đặc điểm trình độ học vấn, nghề nghiệp và thu nhập bình quân.
- Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế của người đồng bào Khmer.
- Tỷ lệ khám bệnh tại cơ sở y tế trong năm qua.
- Tỷ lệ đã từng mắc bệnh lý đại trực tràng.
- Tỷ lệ tiền sử gia đình có người mắc ung thư.

Kiến thức về dự phòng UTĐTT

- Điểm số trung bình kiến thức về các bệnh lý đại trực tràng.
- Điểm số trung bình kiến thức về một số dấu hiệu/triệu chứng UTĐTT.
- Điểm số trung bình kiến thức về các yếu tố nguy cơ UTĐTT.
- Điểm số trung bình kiến thức về các biện pháp phòng ngừa mắc UTĐTT.
- Điểm số trung bình kiến thức về xét nghiệm sàng lọc UTĐTT
- Điểm số trung bình kiến thức chung về dự phòng UTĐTT

Đặc điểm thực hành dự phòng mắc UTĐTT

- Tỷ lệ hành vi hút thuốc lá của người dân
- Tỷ lệ hành vi sử dụng rượu, sử dụng bia của người dân
- Tỷ lệ đặc điểm chế độ vận động thể lực của người dân
- Tỷ lệ đặc điểm chế độ ăn của người dân
- Điểm số trung bình thực hành nguy cơ về hành vi cá nhân
- Điểm số trung bình thực hành nguy cơ về chế độ ăn uống
- Điểm số trung bình thực hành nguy cơ chung về dự phòng UTĐTT

Kết quả khám sàng lọc UTĐTT

- Tỷ lệ đặc điểm cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng hông.
- Tỷ lệ đặc điểm một số bệnh lý đại trực tràng
- Tỷ lệ kết quả xét nghiệm FOBt

Một số yếu tố liên quan đến kết quả xét nghiệm FOBt:

- Một số đặc điểm của người dân liên quan đến tỷ lệ FOBt (+).
- Kiến thức về dự phòng UTĐTT liên quan đến tỷ lệ FOBt (+).
- Thực hành hành vi nguy cơ của UTĐTT liên quan đến tỷ lệ FOBt (+).
- Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ FOBt (+) qua phân tích đa biến.

2.3.1.3. Tổ chức thực hiện thu thập số liệu

Giai đoạn chuẩn bị

Thành lập nhóm nghiên cứu: nhóm nghiên cứu bao gồm chủ nhiệm đề tài là học viên, chịu trách nhiệm về toàn bộ nghiên cứu; cố vấn chuyên môn là cán bộ hướng dẫn đề tài; 04 nhân viên y tế có nhiệm vụ tư vấn; 02 kỹ thuật viên xét nghiệm, 05 phỏng vấn viên là nhân viên y tế (được mời tại các cơ sở y tế tại thành phố Hồ Chí Minh), 02 cộng tác viên y tế tại mỗi TYT của mỗi xã/phường được lựa chọn, 02 phiên dịch viên là người Khmer của tỉnh Trà Vinh, thông thạo tiếng Khmer và tiếng phổ thông.

Liên lạc và xin ý kiến chấp thuận của địa phương (Sở Y tế tỉnh Trà Vinh, Trung tâm Y tế Huyện; Ủy ban nhân dân và TYT các xã/phường) được lựa chọn vào nghiên cứu. Chấp thuận được thể hiện qua văn bản.

- Tổ chức tập huấn cho nghiên cứu viên, cộng tác viên tham gia nghiên cứu trong 02 ngày làm việc.
- Lập danh sách người Khmer ≥ 40 tuổi tại các xã được chọn nghiên cứu và tiến hành chọn mẫu, lên danh sách mẫu được chọn.
- Liên hệ với địa phương sắp xếp thời gian và địa điểm lấy mẫu.

Nghiên cứu viên kết hợp với cộng tác viên y tế tại các xã/phường thông tin cho đối tượng nghiên cứu, xin ý kiến chấp thuận và viết và gửi thư mời hoặc đến mời trực tiếp tại nhà đến các đối tượng được chọn vào nghiên cứu.

Giai đoạn thu thập số liệu

- Tổ chức đoàn điều tra thu thập số liệu với các thành viên trong nhóm nghiên cứu.
- Thực hiện thu thập số liệu ban đầu vào các thời điểm cuối tuần (thứ 7 và chủ nhật) vào buổi sáng.
- Các trang thiết bị được vận chuyển đến từng trạm y tế các xã hoặc tại một địa điểm phù hợp tại xã, ấp nghiên cứu.
- Tổ chức theo các bước: 1. Nhập thông tin \rightarrow 2. Lấy mẫu phân xét nghiệm (từ người dân) \rightarrow 3. Cân đo \rightarrow 4. Phỏng vấn \rightarrow 5. Tư vấn \rightarrow 6. Phát quà

Lưu ý: khi các đối tượng tham gia nghiên cứu mang mẫu phân tới trạm y tế thì cán bộ nghiên cứu kiểm tra các đối tượng về tuân thủ các quy định như sử dụng thuốc, ăn uống... để tránh ảnh hưởng tới kết quả xét nghiệm, và tuân theo hướng dẫn trước khi lấy mẫu xét nghiệm. Trong trường hợp mẫu không đạt theo quy định đầu vào thì loại bỏ nhằm tránh ảnh hưởng kết quả xét nghiệm.

Sau quá trình thu thập số liệu, các nhân viên y tế trong nhóm nghiên cứu tiến hành tư vấn chế độ hành vi lối sống nhằm phòng chống các bệnh đại trực tràng và các bệnh mạn tính khác. Đối với những người được phát hiện dương tính với xét nghiệm máu phân, ngoài thực hiện các nội dung trên, họ được nhân viên y tế trong nhóm nghiên cứu tư vấn, hướng dẫn để đến các cơ sở y tế tuyến trên hoặc các cơ sở y tế chuyên khoa để xác định rõ nguyên nhân và làm các xét nghiệm phát hiện sớm UTĐTT nhằm kịp thời điều trị.

2.3.1.4. Các kỹ thuật thu thập số liệu sử dụng trong nghiên cứu

Đo các chỉ số nhân trắc

Đo chỉ số nhân trắc được thực hiện bởi các nhân viên y tế. Các chỉ số đo gồm cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng hông.

- *Đo chiều cao*: bằng thước đo có độ chính xác tới milimet. Người được đo bỏ guốc dép, đo ở tư thế đứng thẳng, quay lưng vào thước đo, hai gót chân chạm vào nhau, hai tay buông thẳng tự nhiên, mắt nhìn ngang. Năm điểm chạm, hông, lưng (vùng vai gáy), bắp chân, gót chân theo một đường thẳng, áp sát vào thước đo. Nền để phẳng không gồ ghề, vuông góc với thước đo. Thước đặt lấy kết quả chạm đỉnh đầu và vuông góc với thước đo. Chiều cao đứng được tính từ mặt đất đến điểm cao nhất trên đỉnh đầu và được ghi theo cm, lấy 1 số lẻ phần thập phân.
- *Đo cân nặng*: Sử dụng cân điện tử (độ chính xác 0,1 kg), cân đối tượng vào buổi sáng khi chưa ăn uống gì và đã đi đại tiểu tiện. Trọng lượng cơ thể được ghi theo kg với 1 số lẻ phần thập phân.
- *Đo vòng eo, vòng hông*: Đối tượng chỉ mặc quần áo mỏng, đứng thẳng tư thế thoải mái, trọng lượng đòn đều lên 2 chân. Đo bằng thước dây không co giãn, kết quả được ghi bằng đơn vị cm, lấy 1 số lẻ phần thập phân. Vòng eo đo ở vị trí tương ứng với điểm giữa bờ dưới xương sườn cuối với bờ trên mào chậu trên đường nách giữa. Vòng hông đo ở mức ngang 2 mấu chuyển xương đùi, tại vùng to nhất của hông, thước đo ở trên mặt phẳng ngang. Người đo đứng ở bên cạnh đối tượng, kéo thước dây vừa chặt.

Phỏng vấn trực tiếp

Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được xây dựng sẵn để thu thập các thói quen, đặc điểm bệnh lý, tiền sử,... lấy mẫu phân mà người đồng bào Khmer đã lấy từ nhà để làm xét nghiệm, sau khi cân đo, được mời sang bàn để phỏng vấn. Thực hiện cả quá trình trong khoảng thời gian từ 40 phút mỗi người. Một số câu hỏi về chế độ ăn uống được hình tượng hóa qua hình ảnh in sẵn để người dân ước lượng trả lời.

Đối với những người không nói được tiếng phổ thông hoặc diễn đạt không rõ bằng tiếng phổ thông, các nghiên cứu viên được sự hỗ trợ phiên dịch từ 2 cộng tác viên người Khmer.

Kỹ thuật xét nghiệm máu ẩn trong phân

Kỹ thuật lấy mẫu phân xét nghiệm [6]:

- Trước khi đối tượng nghiên cứu đến trạm y tế để khám sàng lọc, nghiên cứu viên trao đổi với đối tượng nghiên cứu về kết quả xét nghiệm rất quan trọng với họ, do đó cần phải tuân thủ từng bước theo hướng dẫn.
- Một số thực phẩm và một số loại thuốc có thể ảnh hưởng đến kết quả của xét nghiệm máu trong phân, hoặc cho kết quả dương tính giả, hoặc âm tính giả. Do đó, trước khi thực hiện việc lấy mẫu phân xét nghiệm 12 giờ, đối tượng nghiên cứu được dặn dò không được sử dụng:
 - + Một số loại thuốc chống viêm không steroid (NSAID) chẳng hạn như aspirin, ibuprofen (Advil, Motrin...)
 - + Một số trái cây và rau quả, bao gồm bông cải xanh và củ cải.
 - + Thịt đỏ: thịt bò, thịt heo.
 - + Vitamin C: cam, quýt, hàm lượng vitamin C vượt qua 250mg/ ngày.
 - + Ăn tiết canh, huyết

Ngoài việc không sử dụng các thực phẩm trên đây, đối tượng nghiên cứu cũng được căn dặn về thời gian đi vệ sinh sao cho có thể lấy mẫu phân vào buổi sáng khi họ đến trạm y tế để khám sàng lọc.

Test nhanh NanoSign FOB

NanoSign FOB là một bộ kit xét nghiệm sắc ký miễn dịch cho chẩn đoán nhanh và định tính phát hiện máu (hemoglobin) ẩn trong mẫu phân người hay phát hiện kháng nguyên FOB (Fecal occult blood).

Tính chất của test:

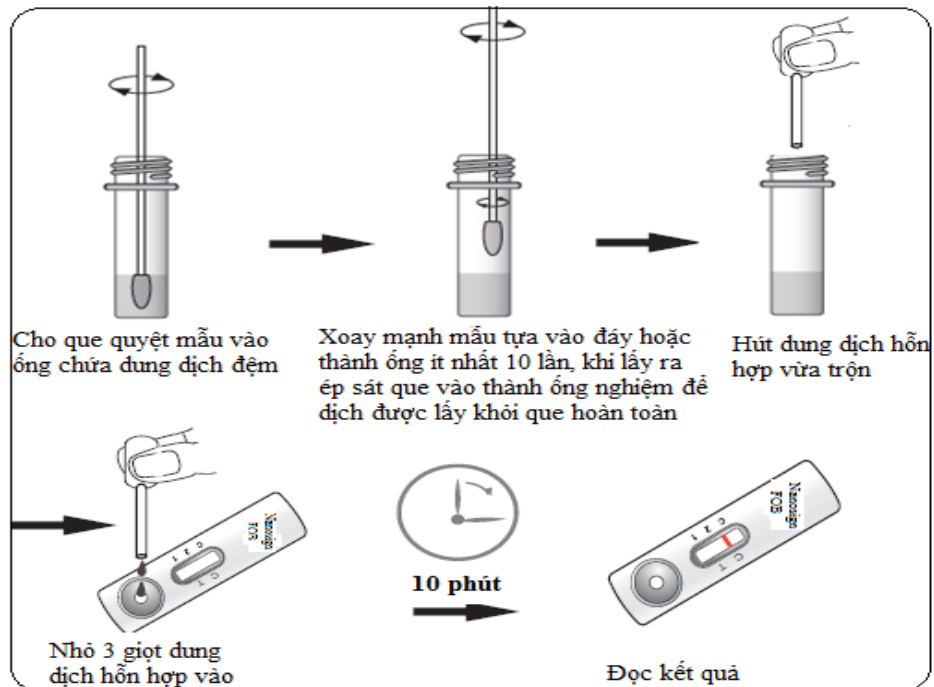
- Dạng khay (Device): 30 tests/kit.
- Test nhanh xét nghiệm bằng một bước thử nghiệm.
- Chiết máu ẩn trong phân.

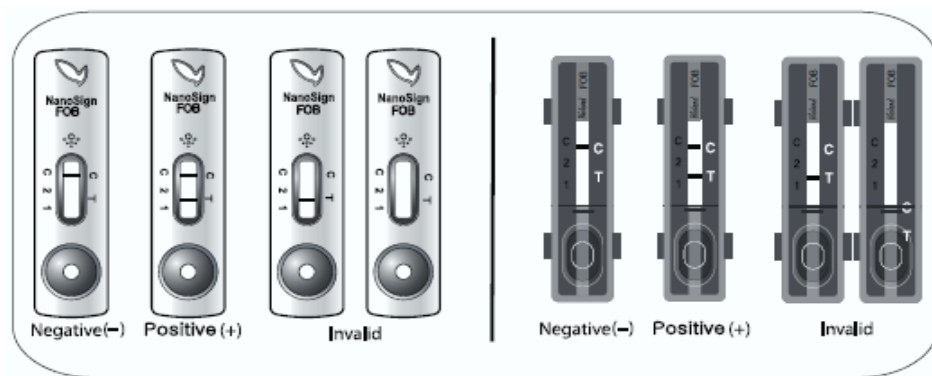
- Độ nhạy cao: 99%, độ đặc hiệu cao: > 99.5%.
- Mẫu xét nghiệm: Phân.

Thực hiện xét nghiệm

Xét nghiệm thực hiện qua hai bước, nhỏ mẫu bệnh phẩm vào giếng mẫu S và quan sát sự xuất hiện băng màu:

1. Đọc kỹ những chỉ dẫn xét nghiệm trước khi thực hiện.
2. Để mẫu, test và dung dịch xét nghiệm về nhiệt độ phòng 15 – 20 phút trước khi thực hiện xét nghiệm.
3. Chuẩn bị test, đánh dấu test, thực hiện ngay khi lấy test ra khỏi bao.
4. Lấy khoảng 1g mẫu phân vào ống nghiệm chứa 1.000 μ dung dịch đệm.
5. Trộn đều hỗn hợp, sau đó rút khoảng 100 μ l hỗn hợp nhỏ vào giếng S.
6. Đọc kết quả sau: 5-10 phút





Hình 2.10. Hướng dẫn thực hiện và đọc kết quả xét nghiệm

Giải thích kết quả

- + Âm tính: Chỉ xuất hiện băng đối chứng (C).
- + Dương tính: Xuất hiện băng xét nghiệm và đối chứng (C).
- Các nhân viên y tế tiến hành phỏng vấn, thăm hỏi và ghi nhận các thông tin về đặc điểm tiền sử bệnh, tiền sử gia đình, đặc điểm bệnh lý vào phiếu xây dựng sẵn.
- Nhân viên y tế trong nhóm nghiên cứu dựa vào các kết quả thăm khám và kết quả xét nghiệm phân tư vấn, hướng dẫn đối với những người dân qua xét nghiệm tìm thấy máu ẩn trong phân được hướng dẫn, tư vấn lên các cơ sở y tế chuyên khoa hoặc bệnh viện tuyến trên để thực hiện tiếp các xét nghiệm (nội soi, giải phẫu bệnh,...) nhằm xác định nguyên nhân hoặc phát hiện sớm UTĐTT để có biện pháp can thiệp điều trị sớm.

2.3.1.5. Công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi phỏng vấn người bệnh bao gồm các phần:

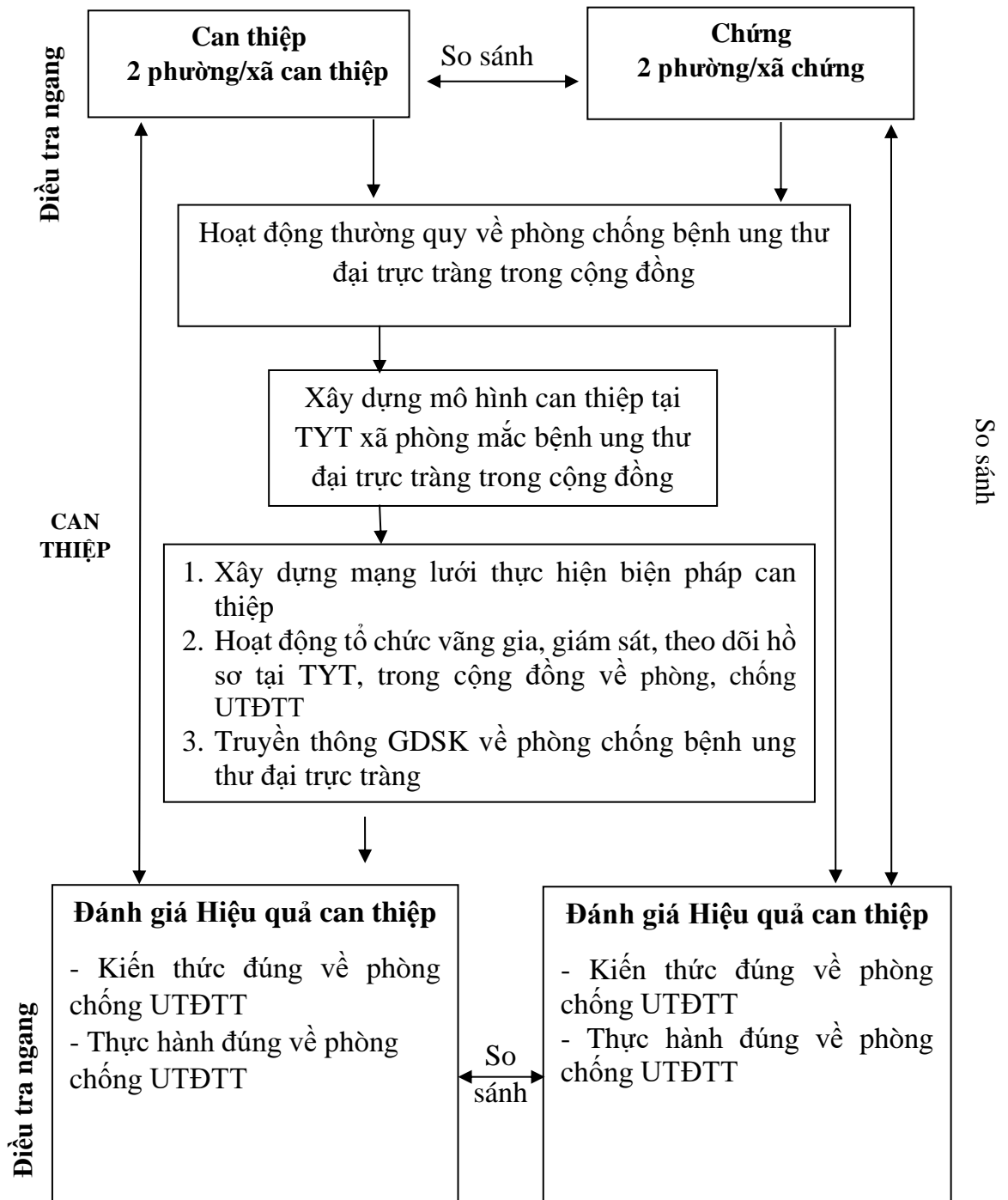
- Phần A: Thông tin về dân số học (8 câu)
- Phần B: Tiếp cận chăm sóc y tế (8 câu)
- Phần C: Tiền sử mắc bệnh lý đại trực tràng (6 câu)
- Phần D: Kiến thức dự phòng UTĐTT (11 câu)
- Phần E: Thói quen hút thuốc lá (7 câu)
- Phần F: Thói quen tiêu thụ rượu bia (6 câu)
- Phần G: Thói quen ăn uống (10 câu)
- Phần H: Thói quen vận động thể lực (9 câu)

Bộ câu hỏi do nghiên cứu viên tự xây dựng dựa trên hướng dẫn quy trình kỹ thuật, nội khoa Tiêu hóa của Bộ Y tế [6], kết hợp với các hướng dẫn đánh giá hành vi từ bộ STEPs của WHO [107]; sau đó, tham khảo ý kiến các chuyên gia về bệnh lý ung thư đại trực tràng và chuyên gia thực địa là cộng tác viên tại các địa điểm nghiên cứu, tiến hành phỏng vấn thử trên 30 mẫu (tương đương 1 mẫu/cụm) để đánh giá về việc sử dụng từ ngữ, khả năng sử dụng tại cộng đồng. Kết quả ghi nhận không có sự điều chỉnh về mặt từ ngữ hay nội dung của các câu hỏi, câu trả lời.

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. Thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm đối chứng



Hình 2.11. Một số biện pháp can thiệp phòng chống UTĐTT

2.3.2.3. 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 [89] ghi nhận:

Đối với kiến thức:

- Điểm trung bình kiến thức thay đổi ở nhóm can thiệp là $5,37 \pm 2,21$ điểm (tương đương thay đổi 26,0%)
- Điểm trung bình kiến thức thay đổi ở nhóm chứng là $-0,93 \pm 0,14$ điểm (tương đương thay đổi 5,0%)

Đối với thực hành

- Điểm trung bình thực hành thay đổi ở nhóm can thiệp là $1,04 \pm 0,34$ điểm (tương đương thay đổi 7,0%)
- Điểm trung bình thực hành thay đổi ở nhóm chứng là $-0,16 \pm 0,16$ (tương đương thay đổi 1,0%)

Thay vào công thức ước lượng cỡ mẫu sử dụng trong nghiên cứu

- Ước lượng kiến thức: với $p_1 = 0,26$, $p_2 = 0,05$, cỡ mẫu tối thiểu mỗi nhóm là 61 người dân Khmer
- Ước lượng thay đổi thực hành: với $p_1 = 0,07$, $p_2 = 0,01$, cỡ mẫu tối thiểu mỗi nhóm là 223 người dân Khmer

Vậy cỡ mẫu mỗi nhóm cần khảo sát là 223 người dân Khmer.

Thực tế nghiên cứu thu thập:

- *Trước can thiệp:*
 - + Nhóm chứng: 237
 - + Nhóm can thiệp: 239
- *Sau can thiệp*
 - + Nhóm chứng: 230
 - + Nhóm can thiệp: 235

Kỹ thuật chọn mẫu giai đoạn can thiệp

Bước 1: Trước hết chọn xã can thiệp được thực hiện theo phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên 2 trong số 30 xã được lựa chọn trong giai đoạn nghiên cứu cắt ngang. Chọn xã đối chứng là xã có đặc điểm kinh tế - văn hóa - xã hội tương đồng với xã can thiệp, có khoảng cách địa lý cách xa xã can thiệp ít nhất một huyện khác chen giữa để tránh yếu tố gây nhiễu. Xã can thiệp và đối chứng phải thỏa mãn được tiêu chuẩn rằng được sự đồng ý của chính quyền địa phương, Trung tâm Y tế của các huyện và các Trạm y tế xã.

Bước 2: Chọn ngẫu nhiên đơn đối tượng nghiên cứu dựa trên danh sách đồng bào Khmer được cung cấp bởi Ủy ban nhân dân các xã được lựa chọn, liên hệ Trung tâm Y tế và Trạm Y tế để tiếp cận đối tượng nghiên cứu. Những đối tượng nghiên cứu không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không thỏa các tiêu chuẩn lựa chọn được thay thế bằng chọn ngẫu nhiên đơn trong khung mẫu. Thực hiện chọn mẫu ở xã đối chứng được thực hiện tương tự như xã can thiệp.

2.3.2.4. Cơ sở để xây dựng biện pháp can thiệp cộng đồng

- Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh (2009).
- Căn cứ vào Quyết định số 376/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 20 tháng 3 năm 2015 về phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 – 2025.

- Các văn bản quy phạm pháp luật để chỉ đạo, việc thực hiện công tác phòng chống mắc UTĐTT.
- Tỷ lệ mắc UTĐTT ở Việt Nam cao, gây ảnh hưởng rất lớn về sức khỏe, có thể gây tử vong do mắc UTĐTT.
- Căn cứ vào các báo cáo gần đây cho thấy kiến thức và thực hành cũng như khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của cộng đồng Khmer tại tỉnh Trà Vinh nói riêng và vùng Đồng bằng sông Cửu long nói chung vẫn còn nhiều hạn chế. Nhu cầu được tiếp cận dịch vụ y tế, các biện pháp phòng, chống bệnh tật và nhu cầu được truyền thông, giáo dục sức khỏe, tư vấn về phòng chống bệnh không lây nhiễm trong cộng đồng Khmer là rất lớn.
- Căn cứ vào các kết quả điều tra cắt ngang.

2.3.2.5. Nguyên tắc thực hiện biện pháp can thiệp

- Can thiệp theo hướng dự phòng: Các hoạt động đáp ứng được nhu cầu thực tế đặc trưng của đồng bào Khmer về phòng mắc UTĐTT.
- Can thiệp phải có đủ nguồn lực tối thiểu để thực hiện các hoạt động: Truyền thông tư vấn tại Trạm y tế xã, địa bàn dân cư, có các chuyên gia về Y học dự phòng hướng dẫn tập huấn cùng tài liệu giáo trình cung cấp cho người đồng bào Khmer.
- Can thiệp phải có sự quan tâm của chính quyền, y tế, ban ngành đoàn thể địa phương về xã hội hoá công tác y tế.
- Các hoạt động của mô hình can thiệp có tính khả thi và duy trì, nhân rộng mô hình cho địa phương khác có cùng điều kiện thực hiện.

2.3.2.6. Các hoạt động can thiệp

Tổ chức biện pháp can thiệp “Trạm y tế xã phòng, chống UTĐTT ở đồng bào dân tộc Khmer”, gồm các hoạt động cụ thể sau:

1. Hoạt động Tổ chức mạng lưới can thiệp; ban hành các văn bản; các hướng dẫn và tài liệu phòng, chống UTĐTT tại xã can thiệp.
2. Hoạt động tổ chức vãng gia, giám sát, theo dõi hồ sơ tại TYT, trong cộng đồng về phòng, chống UTĐTT.

3. Hoạt động Truyền thông, giáo dục sức khỏe về phòng, chống UTĐTT.

(1) Tổ chức mạng lưới can thiệp, ban hành các văn bản, tài liệu can thiệp

Thời gian thực hiện: tháng 01/2021.

Nguồn lực: nhân sự thực hiện bao gồm các thành viên nhóm nghiên cứu, chuyên gia mời thầy hướng dẫn khoa học làm cố vấn để thực hiện các biện pháp can thiệp; trưởng ban can thiệp là đại diện các Lãnh đạo địa phương can thiệp, các thành viên thuộc mạng lưới can thiệp là nhân viên y tế tại TYT hoặc các cộng tác viên y tế tại TYT xã can thiệp.

Bảng 2.2. Thành phần nhân sự triển khai các hoạt động can thiệp

STT	Thành viên	Nhiệm vụ	Công tác	Ghi chú
1	Đại diện Lãnh đạo xã can thiệp	Trưởng ban	Chủ tịch/Phó chủ tịch UBND xã can thiệp	
2	Đại diện TYT xã can thiệp	Phó ban thường trực	Trạm Trưởng TYT xã can thiệp	
3	ThS.BS. Lê Văn Tâm	Phó ban	Sở Y tế TP.HCM	Nghiên cứu sinh
4	Thành viên 1 đến 4	Thành viên	Nhân viên TYT xã can thiệp	
5	Thành viên 5	Thành viên	Đại diện chức sắc tôn giáo tại xã can thiệp	
6	Thành viên 6-20	Thành viên	Công tác viên y tế các ấp của xã can thiệp hoặc nhân viên y tế tại TYT xã can thiệp	

Các nội dung thực hiện:

- Xin ý kiến, các công văn chỉ đạo của Sở Y tế tỉnh Trà Vinh và của chính quyền địa phương xã can thiệp.

- Biên soạn các văn bản hướng dẫn; tài liệu phục vụ cho hoạt động can thiệp tại xã can thiệp.
- Xây dựng kế hoạch triển khai các hoạt động can thiệp tại xã can thiệp.
- Phổ biến triển khai kế hoạch can thiệp tại Hội trường Ủy ban nhân dân xã can thiệp, thông qua buổi lễ ra mắt ban chỉ đạo phòng chống UTĐTT.
- Tổ chức các buổi tập huấn về thực hiện các biện pháp can thiệp cho mạng lưới can thiệp. Điểm tập huấn, tư vấn tại phòng hội trường của Ủy ban nhân dân xã hoặc của trạm y tế xã, thực hiện lồng ghép các hoạt động của các chương trình phòng bệnh không lây nhiễm khác.

Đánh giá kết quả: Đánh giá kết quả thực hiện qua các chỉ số:

- Có văn bản hướng dẫn/chỉ đạo thực hiện can thiệp.
- Có bản kế hoạch triển khai can thiệp chi tiết.
- Các tài liệu can thiệp có liên quan.
- Số lượng các phương tiện/trang thiết bị thực hiện can thiệp.
- Tỷ lệ cán bộ y tế tại TYT tham gia vào mạng lưới can thiệp.
- Tỷ lệ cộng tác viên y tế tại trạm tham gia vào mạng lưới can thiệp.
- Số lần làm việc giữa nhóm nghiên cứu và mạng lưới can thiệp.
- Số buổi tập huấn can thiệp cho mạng lưới can thiệp.

(2) Hoạt động tổ chức vãng gia, giám sát, theo dõi hồ sơ tại TYT, trong cộng đồng về phòng, chống UTĐTT

Đối tượng can thiệp: đồng bào Khmer ≥ 40 tuổi, có xét nghiệm (+) máu ẩn trong phân; được giới thiệu đến các cơ sở y tế chuyên khoa.

Nhân lực thực hiện: Phối hợp thực hiện giữa các thành viên bao gồm: thành viên nhóm nghiên cứu; nhân viên y tế tại TYT xã; cộng tác viên y tế tại trạm.

Nội dung thực hiện: Vãng gia, theo dõi việc khám định kỳ của người dân; việc theo dõi hồ sơ lưu trữ tại Trạm Y tế xã.

(3) Truyền thông, giáo dục sức khỏe về phòng chống UTĐTT

Đối tượng can thiệp: Tất cả người dân tại địa phương can thiệp.

Người thực hiện: mạng lưới can thiệp, kết hợp với TYT tại địa phương.

Nội dung can thiệp: Thực hiện truyền thông về phòng chống UTĐTT qua các hoạt động chính bao gồm: truyền thông qua hệ thống phát thanh của xã; sử dụng các áp phích truyền thông tại các nơi thường tập trung đông người; sử dụng tờ gấp về phòng chống UTĐTT cho người dân; tổ chức các buổi nói chuyện chuyên đề trong các dịp lễ hội hoặc lồng ghép với các hoạt động có tập trung đông người tại địa phương.

Các hoạt động cụ thể:

- **Hoạt động 1:** xây dựng/chuẩn bị các tài liệu, phương tiện truyền thông giáo dục sức khỏe các tài liệu này bao gồm: bài truyền thanh về phòng chống UTĐTT; các áp phích về phòng chống UTĐTT; tờ gấp truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng, chống UTĐTT; bài nói chuyện chuyên đề về phòng, chống UTĐTT và các văn bản hướng dẫn thực hiện.
- **Hoạt động 2:** Phát thanh toàn xã về phòng, chống UTĐTT. Nhóm nghiên cứu hợp đồng với đài phát thanh của xã để phát thanh trên toàn xã về phòng, chống UTĐTT vào lúc 6 giờ sáng mỗi thứ 4 hàng tuần, bằng 2 thứ tiếng (tiếng Việt và tiếng Khmer) mỗi lần phát thanh trong thời gian 5 phút.
- **Hoạt động 3:** Truyền thông bằng áp phích, băng rôn và tờ gấp
 - + Đặt 06 áp phích bằng 2 thứ tiếng tại đầu chợ xã; trước Trạm y tế xã, cổng UBND xã; các cổng chùa tại xã; mỗi áp phích được thiết kế 2 mặt, trong đó một mặt bằng tiếng Việt và một mặt bằng tiếng Khmer.
 - + Treo 5 băng băng rôn nội dung tuyên truyền phòng, chống UTĐTT tại 5 trục đường chính của xã.
 - + In 15.000 tờ gấp đặt những nơi dễ nhìn thấy tại Trạm y tế xã và tại các Chùa trong xã để cho người dân tự do được nhận miễn phí.
- **Hoạt động 4:** Tổ chức các buổi nói chuyện chuyên đề về UTĐTT.
 - + Tại Trạm y tế xã, bài nói chuyện chuyên đề về phòng, chống UTĐTT được lồng ghép trong các buổi Giáo dục sức khỏe phòng, chống bệnh không lây nhiễm khác được thực hiện tại trạm y tế xã.

- + Tại các chùa Phật giáo, mỗi tháng 1 lần vào các ngày rằm hoặc 30 hàng tháng; cộng tác viên sẽ đến chùa Khmer xin phép Sư trụ trì nói chuyện chuyên đề cho các phật tử và các nhà sư về phòng, chống UTĐTT cho đồng bào Khmer trong thời gian 5-10 phút bằng tiếng Khmer, giải đáp thắc mắc cho bà con, hướng dẫn, tư vấn cách phòng chống UTĐTT, tặng các tờ rơi bằng 2 thứ tiếng để người dân đem về nhà đọc.

Chỉ số đánh giá:

- Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về dự phòng UTĐTT.
- Tỷ lệ người dân thực hành đúng về dự phòng UTĐTT.

2.3.2.7. Tổ chức triển khai thực hiện can thiệp cộng đồng

Bảng 2.3. Tổ chức triển khai các hoạt động can thiệp

STT	Hoạt động	Người thực hiện	Phối hợp	Thời gian thực hiện
I	Tổ chức mạng lưới can thiệp, ban hành các văn bản, tài liệu can thiệp			
1	Lập kế hoạch can thiệp	Nhóm nghiên cứu	Ủy ban nhân dân xã can thiệp	Tháng 01/2021
2	Xin ý kiến, các công văn chỉ đạo về phòng chống UTĐTT	Nhóm nghiên cứu	UBND Xã can thiệp	Tháng 01-02/2021
3	Biên soạn các văn bản hướng dẫn, tài liệu phục vụ cho hoạt động can thiệp tại xã can thiệp	Nhóm nghiên cứu	Trung tâm dịch thuật TYT xã can thiệp	Tháng 01 - 02/2021
4	Phổ biến các văn bản chỉ đạo và kế hoạch can thiệp	Nhóm nghiên cứu	Ủy ban nhân dân xã can thiệp	Tháng 01 - 02/2021

STT	Hoạt động	Người thực hiện	Phối hợp	Thời gian thực hiện
5	Thành lập và tổ chức buổi ra mắt ban chỉ đạo phòng chống UTĐTT	Nhóm nghiên cứu	UBND, Trạm Y tế xã can thiệp	Tháng 02 - 03/2021
6	Tổ chức các buổi tập huấn về thực hiện các biện pháp can thiệp cho mạng lưới can thiệp	Nhóm nghiên cứu	Mạng lưới can thiệp TYT xã can thiệp	Tháng 03 - 12/2021
7	Tổ chức tập huấn lấy mẫu xét nghiệm tầm soát UTĐTT cho TYT xã	Nhóm nghiên cứu	TYT xã	1 ngày vào các thời điểm giữa tháng 6, 11/2021; 5/2022
II	Hoạt động tổ chức vãng gia, giám sát, theo dõi hồ sơ tại TYT, trong cộng đồng về phòng, chống UTĐTT			
8	Phổ biến chương trình, tổ chức vãng gia, giám sát, theo dõi hồ sơ tại TYT, trong cộng đồng về phòng, chống UTĐTT	Nhóm nghiên cứu	Cộng tác viên, nhân viên y tế	1 ngày vào các thời điểm giữa tháng giữa tháng 6, 11/2021; 5/2022
III	Truyền thông, giáo dục sức khỏe về phòng chống UTĐTT			
9	Xây dựng các tài liệu, phương tiện truyền thông giáo dục sức khỏe bằng 2 thứ tiếng	Nhóm nghiên cứu	Trung tâm dịch thuật TYT xã can thiệp	Tháng 01 - 02/2021
10	In ấn và chuẩn bị các tài liệu, phương tiện can thiệp	Nhóm nghiên cứu	Hợp đồng các công ty in ấn	Tháng 01 - 02/2021

STT	Hoạt động	Người thực hiện	Phối hợp	Thời gian thực hiện
11	Phát thanh toàn xã về phòng chống UTĐTT	Đài phát thanh xã can thiệp	Nhóm nghiên cứu UBND xã can thiệp	Thứ 4 hàng tuần từ Tháng 7/2021-6/2022
12	Truyền thông bằng áp phích và tờ gấp	Đơn vị lắp đặt phương tiện truyền thông	UBND xã can thiệp TYT xã can thiệp Nhóm nghiên cứu	Từ tháng 7/2021 đến tháng 6/2022
13	Tổ chức các buổi nói chuyện chuyên đề phòng chống UTĐTT	TYT CTV xã can thiệp	Nhóm nghiên cứu	Hàng tháng từ tháng 7/2021 đến tháng 6/2022

2.3.2.8. Tổ chức thu thập dữ liệu trước và sau can thiệp

Thu thập số liệu trước can thiệp: Tiến hành nghiên cứu tại 2 xã can thiệp và 2 xã đối chứng, nghiên cứu tiến hành khảo sát trên 240 người dân Khmer từ 40 tuổi trở lên, quy trình tiến hành khảo sát tương tự như đã trình bày ở phần nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Thu thập số liệu sau can thiệp:

- Tổ chức đoàn điều tra tại xã can thiệp và xã đối chứng sau 1 năm can thiệp.
- Tại mỗi xã chứng và can thiệp, tiến hành khảo sát 240 người dân Khmer từ 40 tuổi trở lên, quy trình tiến hành tương tự như khảo sát trước can thiệp.

2.3.2.9. Chỉ số đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp

Phân tích hiệu số thay đổi (Difference-in-Difference) giúp ước tính tác động của can thiệp làm thay đổi kết quả trong nhóm can thiệp so với thay đổi kết quả trong nhóm đối chứng trong một khoảng thời gian. Phương pháp này cho phép chúng ta có

được sự khác biệt về kết quả giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng theo thời gian, chứ không chỉ xem xét sự khác biệt tại thời điểm ban đầu và kết thúc của từng nhóm. Hiệu số thay đổi thường được sử dụng cho các nghiên cứu đánh giá tác động bán thực nghiệm (quasi-experimental study) trong lĩnh vực y tế và phát triển.

Tác động can thiệp đối với nâng cao kiến thức, thực hành về phòng chống ung thư đại trực tràng và một số yếu tố liên quan trong nghiên cứu này được ước tính dựa vào hiệu số thay đổi. Công thức để ước tính hiệu số thay đổi: $DiD = (CT2 - C2) - (CT1 - C1)$ [19].

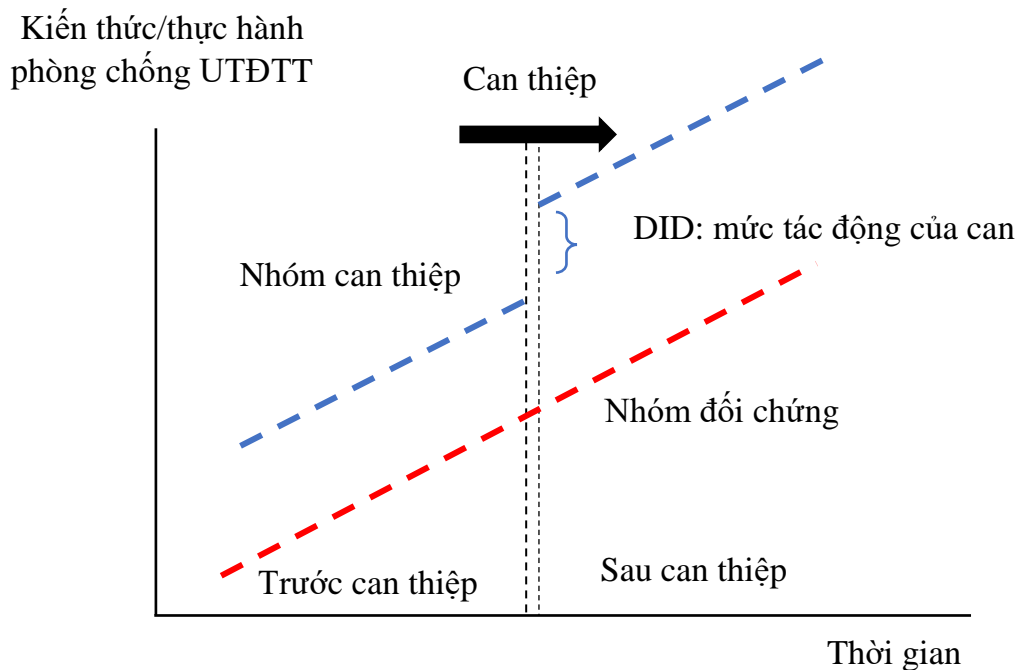
Số liệu của mục tiêu 2 được phân tích bằng cách sử dụng phương pháp khác biệt trong sự khác biệt DID (Difference in Differences) để đánh giá tác động của các can thiệp. Phương pháp này giúp so sánh các nhóm can thiệp và đối chứng dựa trên những khác biệt trong kết quả ở từng thời kỳ quan sát, thường được sử dụng trong các thiết kế bán can thiệp/phòng thực nghiệm (quasi-experimental design) trong đó các số liệu được thu thập theo chiều dọc trong nhóm can thiệp và nhóm chứng. DID thường được sử dụng để ước tính tác động của một can thiệp bằng cách so sánh những thay đổi về kết quả theo thời gian giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng (Hình 2.1). Nghiên cứu này là nghiên cứu can thiệp và nhóm can thiệp và nhóm chứng được đo lường qua 2 giai đoạn khác nhau (qua 2 nghiên cứu cắt ngang khác nhau) nên có thể áp dụng được phương pháp phân tích này.

Cách tiếp cận này loại bỏ những sai số trong so sánh ở giai đoạn sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng mà sự khác biệt giữa 2 nhóm này có thể là kết quả của sự khác biệt về bản chất giữa 2 nhóm, cũng như loại bỏ các sai lệch trong so sánh theo thời gian trong nhóm can thiệp mà các thay đổi ở nhóm can thiệp có thể là kết quả của các nguyên nhân khác (mà không phải là do can thiệp).

Với biến phụ thuộc là biến số định lượng liên tục (điểm số kiến thức và điểm số thực hành), chúng tôi sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính để tính toán các hệ số trong mô hình. Khi đó, phân tích DID được thực hiện thông qua mô hình hồi quy sau:

$$\text{Logit}(y) = \beta_0 + \beta_1 * [\text{Thời gian}] + \beta_2 * [\text{Can thiệp}] + \beta_3 * [\text{Thời gian} * \text{Can thiệp}] + \beta_4 * [\text{biến độc lập khác}] + \varepsilon$$

Minh họa ý nghĩa của các hệ số hồi quy được thể hiện ở hình sau:



Hình 2.12. Minh họa tác động của can thiệp theo phương pháp DID

Trong đó, DID là hiệu số thay đổi (tác động có được từ can thiệp, CT1 là tỉ lệ kiến thức, thực hành phòng chống UTĐTT của nhóm can thiệp ở thời điểm trước can thiệp, C1 là tỉ lệ kiến thức, thực hành phòng chống UTĐTT ở thời điểm trước can thiệp, CT2 là tỉ lệ kiến thức, thực hành phòng chống UTĐTT của nhóm can thiệp ở thời điểm sau can thiệp, C2 là tỉ lệ kiến thức, thực hành phòng chống UTĐTT của nhóm chứng ở thời điểm sau can thiệp. Nội dung đánh giá:

- So sánh trước can thiệp: Xã can thiệp - Xã chứng
- So sánh trước - sau can thiệp: Xã can thiệp
- So sánh trước - sau can thiệp: Xã chứng
- So sánh sau can thiệp: Xã can thiệp - Xã chứng

2.4. Định nghĩa biến số trong nghiên cứu

2.4.1. Biến số về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Giới tính: Là biến số nhị giá, gồm 02 giá trị là giới tính nam và giới tính nữ; được ghi nhận thông qua quan sát hoặc dựa trên giấy tờ tùy thân của đối tượng.

Nhóm tuổi: Là biến số thứ tự, đề tài nghiên cứu trên đối tượng từ 40 tuổi trở lên và chia thành 3 nhóm tuổi gồm: từ 40 đến 49 tuổi, từ 50 đến 59 tuổi, từ 60 tuổi trở lên; được tính theo năm sinh dương lịch cho đến thời điểm nghiên cứu.

Nơi sinh sống: Là biến số nhị giá, gồm 02 giá trị là thành thị và nông thôn; được ghi nhận thông qua phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu.

Trình độ học vấn: Là biến số nhị giá, gồm 02 giá trị là dưới trung học phổ thông, từ trung học phổ thông trở lên; được ghi nhận thông qua phỏng vấn đối tượng nghiên cứu.

Nghề nghiệp: Là biến số danh định, gồm 04 giá trị là làm thuê - công nhân - nông dân, tự làm chủ, nội trợ, khác; được ghi nhận thông qua phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu.

Kinh tế gia đình: Là biến số nhị giá, gồm 02 giá trị là nghèo - cận nghèo, không nghèo; xác định điều kiện kinh tế gia đình dựa vào giấy xác nhận hộ nghèo/cận nghèo của đối tượng nghiên cứu.

Tiền sử gia đình: Là biến số danh định, gồm 03 giá trị là có, không, không biết; được ghi nhận thông qua phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu.

Sử dụng BHYT: Là biến số nhị giá, gồm 02 giá trị là có, không; thể hiện việc sử dụng BHYT của đối tượng nghiên cứu, ghi nhận thông qua phỏng vấn trực tiếp.

2.4.2. Biến số kiến thức, thực hành dự phòng ung thư đại trực tràng

Đánh giá về kiến thức dự phòng ung thư đại trực tràng

Kiến thức về các bệnh lý đại trực tràng: Đối tượng phải lựa chọn “Có” biết về các bệnh lý đại trực tràng. Sau đó lựa chọn trong các câu trả lời sau: ung thư đại trực tràng, polyp đại trực tràng, viêm loét đại trực tràng, hội chứng ruột kích thích, bệnh trĩ, bệnh Crohn. Mỗi lựa chọn tương ứng 1 điểm. Điểm trung bình kiến thức về các bệnh lý đại trực tràng cao nhất là 6 điểm và thấp nhất là 0 điểm.

Kiến thức về dấu hiệu/triệu chứng của ung thư đại trực tràng: Đối tượng phải lựa chọn “Có” biết về các dấu hiệu/triệu chứng. Sau đó lựa chọn trong các câu trả lời sau: thay đổi thói quen đại tiện; thường xuyên táo bón, tiêu chảy thất thường; có máu trong phân; mệt mỏi, sụt cân không rõ lý do; thường xuyên có cảm giác muốn đi cầu

mặc dù đi cầu không có phân; thường đau bụng không rõ lý do. Mỗi lựa chọn tương ứng 1 điểm. Điểm trung bình kiến thức về các dấu hiệu/triệu chứng ung thư đại trực tràng cao nhất là 6 điểm và thấp nhất là 0 điểm.

Kiến thức đúng về yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng: Đối tượng phải lựa chọn “Có” biết về các yếu tố nguy cơ. Sau đó lựa chọn trong các câu trả lời sau: tuổi cao; di truyền; thừa cân, béo phì; hút thuốc lá; uống nhiều rượu, nhiều bia; ăn nhiều thịt đỏ (thịt bò, thịt heo); ăn ít rau củ quả; ăn nhiều thức ăn chiên, xào, nướng; sử dụng các loại thực phẩm không an toàn (không rõ nguồn gốc, thức ăn bẩn, ôi thiu, lên men,...); ít vận động thể lực. Mỗi lựa chọn tương ứng 1 điểm. Điểm trung bình kiến thức về các yếu tố nguy của ung thư đại trực tràng cao nhất là 10 điểm và thấp nhất là 0 điểm.

Kiến thức về cách phòng chống ung thư đại trực tràng: Đối tượng phải lựa chọn “Có” biết về cách phòng chống ung thư đại trực tràng. Sau đó lựa chọn trong các câu trả lời sau: xét nghiệm tầm soát sớm bệnh đại trực tràng; khám sức khỏe định kỳ; không hút thuốc lá; hạn chế rượu, bia; hạn chế ăn các loại thịt đỏ (thịt bò, thịt heo); ăn nhiều rau, củ quả, trái cây; không sử dụng các loại thực phẩm không an toàn (không rõ nguồn gốc, thức ăn bẩn, ôi thiu, thức ăn lên men,...); tăng cường vận động thể lực. Mỗi lựa chọn tương ứng 1 điểm. Điểm trung bình kiến thức về cách phòng chống ung thư đại trực tràng cao nhất là 8 điểm và thấp nhất là 0 điểm.

Kiến thức về xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng: Đối tượng phải lựa chọn “Có” biết về xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng. Sau đó lựa chọn trong các câu trả lời sau: xét nghiệm phân; nội soi; xét nghiệm tế bào. Mỗi lựa chọn tương ứng 1 điểm. Điểm trung bình kiến thức về xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng cao nhất là 3 điểm và thấp nhất là 0 điểm.

Kiến thức chung về dự phòng UTĐTT: Đánh giá kiến thức chung của người dân dựa vào tổng điểm kiến thức, là tổng điểm của tất cả các lĩnh vực khảo sát kiến thức. Như vậy, thang đo kiến thức chung về dự phòng UTĐTT có điểm tối đa là 33 điểm và thấp nhất là 0 điểm. Điểm số càng cao, kiến thức của người dân càng cao.

Đánh giá về thực hành hành vi nguy cơ, phòng chống UTĐTT

Nhóm biến số về thực hành các hành vi nguy cơ:

- *Lạm dụng rượu:* khi uống rượu bất kỳ số lượng từ 5 ly chuẩn trở lên vào bất kỳ ngày nào trong tuần đối với nam hoặc từ 4 ly chuẩn trở lên đối với nữ (một ly chuẩn/đơn vị rượu là khi uống tương đương 1 lon bia 285ml 5%, hoặc 1 cốc rượu vang 120ml nồng độ 11%, hoặc 1 ly rượu vang mạnh 60ml nồng độ 20%, hoặc 1 chén rượu mạnh 30ml nồng độ 40% [61],[86]). Là biến số nhị giá, gồm có và không.
- *Hút thuốc lá:* đang hút thuốc bất kỳ loại thuốc nào như thuốc lá, thuốc lào, xì gà hay tẩu thuốc, hoặc đã bỏ hút chưa đầy 12 tháng [7]. Là biến số nhị giá, gồm có và không.
- *Hoạt động thể lực:* cường độ nặng khi có hoạt động thể lực cường độ mạnh ≥ 75 phút/tuần. Cường độ trung bình khi có hoạt động thể lực cường độ trung bình ≥ 150 phút/tuần. Cường độ nhẹ khi không đạt các mức hoạt động trên (các hoạt động cường độ mạnh như cày quốc trên đồng ruộng, mang vác nặng hay chơi các môn thể thao như bóng đá, đấu vật,... các hoạt động cường độ trung bình như đi bộ, đi xe đạp, bơi xuống, làm các công việc nhẹ) [7]. Đáp ứng đủ khuyến nghị về vận động thể lực khi có hoạt động thể lực ở mức cường độ nặng hoặc trung bình. Là biến số nhị giá, gồm đáp ứng đủ khuyến nghị và chưa đáp ứng đủ khuyến nghị về vận động thể lực.

Nhóm biến số về thực hành về chế độ ăn:

- *Chế độ ăn đủ rau quả:* được phân loại theo khuyến nghị ăn rau quả của Tổ chức Y tế thế giới. Có khi lượng rau hoặc quả ăn trung bình mỗi ngày ≥ 5 suất. Mỗi suất rau quả tương đương với 80gam. Ước lượng theo bàn tay mỗi bữa ăn lượng rau cầm hơn 2 bàn tay [64].
- *Sử dụng thịt đỏ:* Tần suất sử dụng các loại thịt đỏ (thịt bò, thịt heo) theo thang đo Likert 5, bao gồm các mức độ rất thường xuyên (hơn 4 lần/tuần), thường xuyên (từ 2 đến 4 lần/tuần), thỉnh thoảng, hiếm khi, không bao giờ.

- *Sử dụng thực phẩm chiên/xào*: Hàm lượng aldehyde trong các loại dầu ăn loại được sản sinh ra từ các quá trình sốc nhiệt thực phẩm (180⁰C sau 10 – 20 phút, gây độc nhiều gấp 100 - 200 lần giới hạn an toàn hằng ngày theo quy định của TCYTTG, có khả năng gây ung thư như acrolein, crotonaldehyde, furfural, glycidaldehyde. Trong nghiên cứu, thức ăn chiên xào là thức ăn chế biến các loại thực phẩm ở nhiệt độ cao hơn 120⁰C như xào, chiên,... với dầu ăn (dầu thực vật) hoặc mỡ động vật. Mức độ sử dụng được quy ước theo thang đo Likert 5: rất thường xuyên (hơn 4 lần/tuần), thường xuyên (từ 2 đến 4 lần/tuần), thỉnh thoảng, hiếm khi, không bao giờ.
- *Sử dụng thịt nướng*: Tương tự như thức ăn chiên/xào, thực phẩm nướng cũng tạo ra các chất/tiền chất gây ung thư. Mức độ sử dụng được quy ước theo thang đo Likert 5: rất thường xuyên (hơn 4 lần/tuần), thường xuyên (từ 2 đến 4 lần/tuần), thỉnh thoảng, hiếm khi, không bao giờ.

Tiêu chuẩn đánh giá thực hành chung về phòng chống UTĐTT: Được chia thành hai nhóm, gồm:

- Thực hành hành vi nguy cơ: gồm có hút thuốc, có lạm dụng rượu bia và ít vận động thể lực; thang điểm cao nhất 03 điểm và thấp nhất 0 điểm.
- Thực hành chế độ ăn nguy cơ: gồm ít ăn rau củ quả, thường xuyên ăn thịt đỏ, thức ăn chiên - xào, thịt nướng; thang điểm cao nhất là 04 điểm và thấp nhất là 0 điểm.

Thực hành chung được đánh giá là tổng điểm của các hành vi nguy cơ và chế độ ăn nguy cơ, tổng điểm cao nhất là 07 điểm, thấp nhất là 0 điểm. Điểm càng cao, thực hành chưa đúng về phòng chống UTĐTT càng cao.

2.4.3. Định nghĩa biến số về chỉ số sức khỏe trung gian

Chỉ số khối cơ thể (BMI): tiêu chuẩn dành cho người Châu Á [16],[104].

$$BMI = \frac{\text{cân nặng (kg)}}{\text{chiều cao}^2(\text{m})}$$

- Nhẹ cân BMI dưới 18,5 kg/m²
- Bình thường BMI từ 18,5 đến dưới 23 kg/m²

- Thừa cân BMI từ 23 đến dưới 25 kg/m²
- Béo phì BMI từ 25 kg/m² trở lên

Béo phì dạng nam: tiêu chuẩn áp dụng cho người Châu Á [12], [105], béo phì dạng nam nếu tỉ số eo/mông (WHR) $\geq 0,90$ ở nam và $\geq 0,80$ ở nữ.

2.4.4. Biến số về kết quả sàng lọc ung thư đại trực tràng

Kết quả xét nghiệm sàng lọc UTĐTT: xét nghiệm phát hiện có máu ẩn trong phân. Sử dụng test nhanh, kết quả là biến số nhị giá, gồm: dương tính và âm tính.

2.5. Không chế sai số

- Định nghĩa rõ ràng và cụ thể các biến số
- Thiết kế bộ câu hỏi đúng mục tiêu, rõ ràng về từ ngữ, ngắn gọn, dễ hiểu.
- Tập huấn kỹ cho điều tra viên để có cùng kỹ năng phỏng vấn.
- Bộ câu hỏi được tiến hành nghiên cứu thử 30 mẫu, sau đó chỉnh sửa những sai sót và bất hợp lý trong bộ câu hỏi trước khi tiến hành nghiên cứu chính thức.
- Kiểm soát sai số do chọn mẫu. Tuân thủ theo nguyên tắc chọn mẫu ngẫu nhiên; kế hoạch; quy trình thực hiện.
- Thành lập đoàn giám sát kiểm tra thực hiện.
- Kiểm soát thông tin trên phiếu điều tra ngay sau mỗi ngày điều tra, số liệu nghi ngờ phải xác minh ngay.
- Các số liệu được phân tầng, chuẩn hóa trước khi xử lý để khử các yếu tố nhiễu như tuổi, dân tộc, giới tính.
- Đối tượng bỏ cuộc, không có mặt tại địa điểm nghiên cứu:
- Biện pháp khắc phục: tổ chức địa điểm, thời gian phù hợp; phát thư mời đồng thời giải thích nội dung, các yêu cầu nghiên cứu, vận động đối tượng tham gia nghiên cứu.

2.6. 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 cắt ngang:

- Sử dụng phép kiểm χ^2 để xác định mối liên quan giữa xét nghiệm máu ẩn trong phân (+) với các đặc điểm nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn,... Sử dụng hồi quy Logistic với số đo OR để đánh giá độ lớn mối liên quan, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95% không chứa giá trị 1.
- Sử dụng phép kiểm T-test hoặc Mann-Whitney tùy thuộc vào phân bố dữ liệu của các biến số định lượng về điểm số kiến thức và thực hành trong phân tích sự khác biệt giữa nhóm có kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân (+) so với nhóm (-).

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.

2.7. 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 3.1. 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 <50 tuổi	411	22,3
Từ 50 đến <60 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 < 60 tuổi là 36,3% và từ 40 đến <50 tuổi là 22,3%. Trong đó, giới tính nữ chiếm đa số với 60,5%.

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.

3.1.1.2. Đặc điểm tiếp cận dịch vụ y tế của người dân

Bảng 3.2. Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế của người dân (n=1843)

Đặc điểm tiếp cận dịch vụ y tế	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tham gia bảo hiểm y tế		
Có	1755	95,2
Không	88	4,8
Loại bảo hiểm y tế (n=1755)		
BHYT chế độ chính sách	1373	78,2
BHYT người nghèo	253	14,4
BHYT tự nguyện	129	7,4

Tỷ lệ có tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng nghiên cứu là 95,2%. Trong đó, chủ yếu đối tượng nghiên cứu có bảo hiểm y tế theo chế độ chính sách tương đối cao với 78,2%.

Bảng 3.3. Nơi thường xuyên khám chữa bệnh và tần suất KCB (n=1843)

Nơi khám chữa bệnh và tần suất KCB	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nơi thường khám chữa bệnh		
Bệnh viện huyện	888	48,2
Trạm y tế	855	46,4
Phòng mạch tư	269	14,6
Cơ sở đông y	16	0,9
Khác (bệnh viện tỉnh, thành phố)	226	12,3
Tần suất khám chữa bệnh tại cơ sở y tế		
Hàng ngày	17	0,9
Hàng tuần	180	9,8
Hàng tháng	391	21,2
Hàng quý	177	9,6
Thỉnh thoảng (từ 1-3 lần/năm)	727	39,4

Nơi khám chữa bệnh và tần suất KCB	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không đi khám	351	19,1

Nghiên cứu ghi nhận về nơi thường xuyên khám bệnh, chữa bệnh của đối tượng nghiên cứu, tại bệnh viện huyện là 48,2%, kể đến là trạm y tế xã với 46,4%, và ghi nhận có 12,3% đến khám bệnh tại bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố. Về tần suất khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế, 21,2% đối tượng nghiên cứu khám bệnh, chữa bệnh hàng tháng, 9,6% khám bệnh, chữa bệnh hàng quý, và 19,1% đối tượng không khám sức khỏe định kì tại các cơ sở y tế.

Bảng 3.4. Các lý do không khám chữa bệnh tại trạm y tế xã (n=1843)

Các lý do	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Chuyên môn	588	31,9
Thiếu phương tiện trang thiết bị	403	21,9
Thái độ phục vụ	54	2,9
Xa nhà	39	2,1
Khác (xét nghiệm, bảo hiểm tuyến khác,...)	362	19,6

Nghiên cứu ghi nhận có 31,9% mẫu nghiên cứu không đến khám chữa bệnh tại trạm y tế xã là do vấn đề chuyên môn, 21,9% do vấn đề thiếu phương tiện trang thiết bị tại trạm y tế, 19,6% không khám tại trạm y tế vì cần thực hiện xét nghiệm và có nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu theo bảo hiểm y tế khác.

3.1.1.3. Đặc điểm tiền sử mắc bệnh lý đại trực tràng

Bảng 3.5. Lần gần nhất đi khám về bệnh đường tiêu hóa (n=1843)

Lần gần nhất khám bệnh tiêu hóa	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Trong vòng 12 tháng	1290	70,0
1-5 năm qua	394	21,4
Hơn 5 năm qua	66	3,6
Không khám/ không nhớ	93	5,0

Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 70,0% mẫu nghiên cứu có khám bệnh về đường tiêu hóa trong vòng 12 tháng qua, 21,4% có khám bệnh trong 1-5 năm qua. Không đến khám hoặc không nhớ 5,0%.

Bảng 3.6. 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 3.7. 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
Người mắc UT trong gia đình (n=48)		
Cha/mẹ	12	25,0
Anh/chị/em ruột	11	22,9
Ông/Bà	7	14,6
Họ hàng khác	18	37,5

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

Đặc điểm tiếp cận thông tin về ung thư ĐTT	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tiếp cận thông tin về ung thư đại trực tràng		
Có	453	24,6
Không	1390	75,4
Nguồn thông tin tiếp cận (n=453)		
Nhân viên y tế	207	45,7
Truyền hình (TV)	164	36,2
Bạn bè, thân nhân	140	30,9
Truyền thanh: radio, loa phát thanh,...	54	11,9
Sách, báo	17	3,8
Internet	11	2,4

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 3.9. Đặc điểm chung về các thông tin liên quan ung thư đại trực tràng (n=1843)

Đặc điểm chung về các thông tin liên quan ung thư đại trực tràng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Biết về bệnh lý đại trực tràng		
Có	402	21,8
Không	1441	78,2
Biết về dấu hiệu gợi ý, dấu hiệu của ung thư đại trực tràng		
Có	328	17,8
Không	1515	82,2
Biết về các yếu tố nguy cơ gây ung thư đại trực tràng		
Có	260	14,1
Không	1583	85,9

Đặc điểm chung về các thông tin liên quan ung thư đại trực tràng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Biết về phòng ngừa ung thư đại trực tràng		
Có	267	14,5
Không	1576	85,5
Biết về sàng lọc/tầm soát ung thư đại trực tràng		
Có	261	14,2
Không	1582	85,8

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ đối tượng nghiên cứu phản hồi có biết về các bệnh lý đại trực tràng là 21,8%, biết về dấu hiệu gợi ý, dấu hiệu của bệnh là 17,8%, biết về các yếu tố nguy cơ của bệnh là 14,1%, biết về các cách phòng ngừa là 14,5% và biết về sàng lọc/tầm soát ung thư đại trực tràng là 14,2%.

Bảng 3.10. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu (n=1843)

Kiến thức của đối tượng nghiên cứu	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Bệnh lý ĐTT thường gặp		
Viêm loét đại trực tràng	285	15,5
Ung thư đại trực tràng	249	13,5
Bệnh trĩ	131	7,1
Hội chứng ruột kích thích	31	1,7
Polyp đại trực tràng	59	3,2
Bệnh Crohn	9	0,5
Bệnh khác	10	0,5
Dấu hiệu cảnh báo sớm ung thư đại trực tràng		
Thường đau bụng không rõ lý do	283	15,4
Thường xuyên táo bón, tiêu chảy thất thường	266	14,4
Có máu trong phân	210	11,4
Mệt mỏi, sụt cân không rõ lý do	180	9,8
Bị thay đổi thói quen đi đại tiện	49	2,7

Kiến thức của đối tượng nghiên cứu	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Thường xuyên có cảm giác muốn đi cầu mặc dù đi cầu không có phân	37	2,0
Dấu hiệu khác	9	0,5
Các yếu tố nguy cơ		
Ít ăn rau quả	210	11,4
Ăn nhiều thịt đỏ	201	10,9
Thừa cân, béo phì	165	9,0
Ít vận động thể lực	145	7,9
Uống nhiều rượu bia	81	4,4
Ăn nhiều thức ăn chiên xào/nướng	75	4,1
Sử dụng các loại thực phẩm không an toàn	42	2,3
Hút thuốc lá	38	2,1
Tuổi cao	62	3,4
Di truyền	47	2,6
Yếu tố khác	10	0,5
Các biện pháp phòng chống bệnh lý ĐTT		
Khám sức khỏe định kỳ	214	11,6
Xét nghiệm sàng lọc	199	10,8
Hạn chế ăn các loại thịt đỏ	190	10,3
Ăn nhiều rau trái cây	185	10,0
Tăng cường vận động thể lực	159	8,6
Hạn chế rượu bia	79	4,3
Không sử dụng các loại TP không an toàn	45	2,4
Không hút thuốc lá	59	3,2
Biện pháp khác	22	1,2
Các loại xét nghiệm sàng lọc		
Nội soi	215	11,7
Xét nghiệm phân	103	5,6

Kiến thức của đối tượng nghiên cứu	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Xét nghiệm tế bào	12	0,7
Biện pháp khác (xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu, đi khám bệnh, siêu âm, x-quang)	146	7,9

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ phản hồi các câu trả lời của từng lĩnh vực khảo sát ở mức thấp dưới 20% ở tất cả các lĩnh vực.

Bảng 3.11. 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
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; DLC: 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 3.12. Đặc điểm hành vi hút thuốc lá của người dân (n=1843)

Đặc điểm hành vi hút thuốc lá	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đã từng hút thuốc lá		
Có	461	25,0
Không	1382	75,0
Từng hút thuốc lá mỗi ngày trong quá khứ (n=461)		
Có	351	76,1
Không	110	23,9
Hiện có đang hút thuốc lá		
Có	320	17,4
Không	1523	82,6
Hiện có đang hút thuốc lá mỗi ngày (n=320)		
Có	301	94,1
Không	19	5,9
Tuổi bắt đầu hút thuốc (n=320)		
Dưới 18 tuổi	86	26,9
Từ 18 đến 30 tuổi	209	65,3
Từ 31 đến 45 tuổi	19	5,9
Trên 45 tuổi	5	1,6
Không biết	1	0,3
Biết về thời gian và số lượng thuốc lá sử dụng (n=320)		
Có	248	77,5
Không	72	22,5
Thời gian hút thuốc (n=248)		
1-5 năm	4	1,6

Đặc điểm hành vi hút thuốc lá	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Trên 5 năm	244	98,4
Lượng thuốc lá hút trung bình mỗi ngày (n=248)		
Dưới 5 điếu	49	19,8
5-10 điếu	137	55,2
11-20 điếu	55	22,2
Trên 20 điếu	7	2,8

Nghiên cứu ghi nhận có 17,4% mẫu nghiên cứu hiện đang hút thuốc lá. Trong số những người có biết về thời gian và lượng thuốc lá hút trung bình mỗi ngày, 98,4% hút thuốc lá trên 5 năm và ghi nhận có 2,8% mẫu nghiên cứu hút thuốc lá trên 20 điếu mỗi ngày, 22,2% hút từ 11-20 điếu, 55,2% từ 5-10 điếu, hút dưới 5 điếu 19,8%.

Bảng 3.13. Đặc điểm hành vi sử dụng rượu, bia của người dân (n=1843)

Đặc điểm hành vi sử dụng rượu, bia	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đã từng uống rượu, bia		
Có	565	30,7
Không	1278	69,3
Uống rượu/bia trong 12 tháng qua (n=565)		
Có	422	74,7
Không	143	25,3
Đã từng ngưng sử dụng rượu, bia (n=565)		
Có	177	31,3
Không	388	68,7
Tần suất sử dụng rượu bia (n=565)		
Hàng ngày	43	7,6
5-6 ngày mỗi tuần	13	2,3
3-4 ngày mỗi tuần	20	3,5
1-2 ngày mỗi tuần	37	6,6
1-3 ngày mỗi tuần	49	8,7

Đặc điểm hành vi sử dụng rượu, bia	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Ít hơn 1 lần/tháng	331	58,6
Không bao giờ	72	12,7
Uống rượu bia trong 30 ngày qua		
Có	316	17,2
Không	1527	82,8
Lạm dụng rượu bia		
Có	134	7,3
Không	1709	92,7

Nghiên cứu ghi nhận có uống rượu hàng ngày cao nhất 7,6%, uống trong vòng 12 tháng qua là 74,4%, Ghi nhận có 7,3% mẫu nghiên cứu có tình trạng lạm dụng rượu bia.

Bảng 3.14. Đặc điểm chế độ vận động thể lực của người dân (n= 1843)

Đặc điểm chế độ vận động thể lực	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Hoạt động thể lực cường độ mạnh ≥ 75 phút/tuần		
Không	1192	64,7
Có	651	35,3
Hoạt động thể lực cường độ trung bình ≥ 150 phút/tuần		
Không	1275	69,2
Có	568	30,8
Hoạt động thể lực chung		
Chưa đáp ứng nhu cầu khuyến nghị	867	47,0
Đáp ứng nhu cầu khuyến nghị	976	53,0

Nghiên cứu ghi nhận không hoạt động thể lực 64.7%, Tỉ lệ mẫu nghiên cứu có mức độ hoạt động thể lực chung chưa đáp ứng nhu cầu khuyến nghị là 47,0%.

Bảng 3.15. Đặc điểm chế độ ăn của người dân (n=1843)

Đặc điểm chế độ ăn của người dân	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Chế độ ăn rau quả		
Không đủ	1550	84,1

Đặc điểm chế độ ăn của người dân	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đủ	293	15,9
Tần suất ăn thịt đỏ		
Thường xuyên	254	13,8
Không thường xuyên	1589	86,2
Tần suất ăn thức ăn chiên/xào		
Thường xuyên	265	14,4
Không thường xuyên	1578	85,6
Tần suất ăn thịt nướng		
Thường xuyên	88	4,8
Không thường xuyên	1755	95,2

Tỉ lệ mẫu nghiên cứu ăn không đủ rau quả theo khuyến nghị là 84,1%. Tần suất ăn thịt đỏ thường xuyên là 13,8%, thức ăn chiên/xào là 14,4% và ăn thịt nướng là 4,8%.

Bảng 3.16. Điểm số thực hành hành vi nguy cơ về UTĐTT (n=1843)

Thực hành chung	TB ± DLC	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; DLC: 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.

3.1.1.5. Đặc điểm bệnh lý nền và một số chỉ số sức khỏe trung gian

Bảng 3.17. Tỷ lệ thừa cân béo phì, béo phì dạng nam của người dân (n=1843)

Tỷ lệ thừa cân béo phì, béo phì dạng nam	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm BMI		
Thiếu cân	186	10,1
Bình thường	725	39,3
Thừa cân	364	19,8
Béo phì	568	30,8
Béo phì trung tâm		
Có	1209	65,6
Không	634	34,4

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ thừa cân, béo phì là 30,8%, trong đó, tỷ lệ béo phì trung tâm là 65,6%.

3.1.2. Kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân

Bảng 3.18. Kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân (n=1843)

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

Tỷ 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 3.19. Kết quả phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng máu ẩn trong phân (n=1843)

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	KQ máu ẩn trong phân		OR (KTC 95%)	p
	Dương tính (+)	Âm tính (-)		
Nhóm tuổi				

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	KQ máu ắn trong phân		OR (KTC 95%)	p
	Dương tính (+)	Âm tính (-)		
Từ > 60 tuổi trở lên	104 (13,6)	660 (86,4)	2,33 (1,49 - 3,65)	<0,001
Từ 50 đến <60 tuổi	70 (10,5)	598 (89,5)	1,73 (1,09 - 2,77)	0,021
Từ 40 đến <50 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 ắn 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 3.20. Mối liên quan giữa KQ XN máu ỉn trong phân và đặc điểm tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế (n=1843)

Đặc điểm tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế	XN máu ỉn trong phân		OR KTC 95%	p
	Dương tính (+)	Âm tính (-)		
Tham gia bảo hiểm y tế				
Không	14 (15,9)	74 (84,1)	1,60 (0,88 - 2,88)	0,121
Có	186 (10,6)	1569 (89,4)	1	
Loại bảo hiểm y tế (n=1755)				
Chế độ chính sách	145 (10,6)	1228 (89,4)	1,15 (0,62 - 2,14)	0,655
Người nghèo	29 (11,5)	224 (88,5)	1,26 (0,62 - 2,56)	0,520
BHYT tự nguyện	12 (9,3)	117 (90,7)	1	

Phép kiểm χ^2

Nghiên cứu chưa ghi nhận có mối liên quan giữa kết quả xét nghiệm máu ỉn trong phân với việc tham gia bảo hiểm y tế hay loại bảo hiểm y tế đang sử dụng.

Bảng 3.21. Mối liên quan giữa KQ XN máu ỉn trong phân và tiền sử bản thân, gia đình (n=1843)

Tiền sử bản thân, gia đình	KQ máu ỉn 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
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	
Nhóm BMI				
Béo phì	61 (10,7)	507 (89,3)	1,03 (0,72 - 1,47)	0,882
Thừa cân	43 (11,8)	321 (88,2)	1,14 (0,77 - 1,70)	0,507

Tiền sử bản thân, gia đình	KQ máu ẩn trong phân		OR KTC 95%	p
	Dương tính (+)	Âm tính (-)		
Thiếu cân	20 (10,8)	166 (89,3)	1,03 (0,61 - 1,73)	0,915
Bình thường	76 (10,5)	649 (89,5)	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 3.22. Mối liên quan giữa KQ XN máu ẩn trong phân và đặc điểm kiến thức (n=1843)

	XN máu ẩn trong phân		p
	Dương tính	Âm tính	
Điểm kiến thức về bệnh lý đại trực tràng	0,26 ± 0,75	0,43 ± 0,98	0,005*
Điểm kiến thức về dấu hiệu cảnh báo sớm ung thư đại trực tràng	0,36 ± 1,06	0,58 ± 1,35	0,033*
Điểm kiến thức về các yếu tố nguy cơ	0,32 ± 1,13	0,61 ± 1,63	0,010*
Điểm kiến thức về các biện pháp phòng chống ung thư đại trực tràng	0,37 ± 1,30	0,64 ± 1,68	0,015*
Điểm kiến thức về các loại xét nghiệm sàng lọc	0,11 ± 0,38	0,19 ± 0,60	0,015*
Điểm kiến thức chung	1,41 ± 4,42	2,46 ± 5,91	0,008*

*Phép kiểm Mann-Whitney

Nghiên cứu ghi nhận điểm số kiến thức ở tất cả các lĩnh vực khảo sát về dự phòng ung thư đại trực tràng ở nhóm có kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có kết quả xét nghiệm âm tính.

Bảng 3.23. Mối liên quan giữa KQ XN máu ẩn trong phân và hút thuốc lá, uống rượu, bia (n=1843)

Hút thuốc lá, uống rượu, bia	XN máu ẩn trong phân		OR KTC 95%	p
	Dương tính	Âm tính		
Hiện có đang hút thuốc lá				
Có	28 (8,8)	292 (91,2)	1,33 (0,87 - 2,02)	0,185
Không	172 (11,3)	1351 (88,7)	1	
Đã từng uống rượu, bia				
Có	61 (10,8)	504 (89,2)	0,99 (0,72 - 1,36)	0,959
Không	139 (10,9)	1139 (89,1)		
Lạm dụng rượu bia				
Có	14 (10,5)	120 (89,5)	1,06 (0,51 - 2,22)	0,871
Không	18 (9,9)	164 (90,1)	1	

Phép kiểm χ^2

Nghiên cứu chưa ghi nhận có mối liên quan giữa kết quả xét nghiệm sàng lọc máu ẩn trong phân với các hành vi hiện tại như hiện có đang hút thuốc lá, đã từng uống rượu, bia và lạm dụng rượu bia.

Bảng 3.24. Mối liên quan giữa KQ XN máu ẩn trong phân và vận động thể lực, thói quen ăn uống (n=1843)

Vận động thể lực, thói quen ăn uống	XN máu ẩn trong phân		OR KTC 95%	p
	Dương tính (+)	Âm tính (-)		
Hoạt động thể lực chung				
Chưa đáp ứng nhu cầu khuyến nghị	93 (10,7)	774 (89,3)	0,98 (0,73 - 1,31)	0,871
Đáp ứng nhu cầu khuyến nghị	107 (11,0)	869 (89,0)	1	
Chế độ ăn rau quả				
Không đủ	180 (11,6)	1370 (88,4)	1,79 (1,11 - 2,90)	0,017

Vận động thể lực, thói quen ăn uống	XN máu ẩn trong phân		OR KTC 95%	p
	Dương tính (+)	Âm tính (-)		
Đủ	20 (6,8)	273 (93,2)	1	
Tần suất ăn thịt đỏ				
Thường xuyên	43 (16,9)	211 (83,1)	1,86 (1,29 - 2,68)	0,001
Không thường xuyên	157 (9,9)	1432 (90,1)	1	
Tần suất ăn thức ăn chiên/xào				
Thường xuyên	56 (21,1)	209 (78,9)	2,67 (1,90 - 3,75)	<0,001
Không thường xuyên	144 (9,1)	1434 (90,9)	1	
Tần suất ăn thịt nướng				
Thường xuyên	24 (27,3)	64 (72,7)	3,36 (2,05 - 5,52)	<0,001
Không thường xuyên	176 (10,0)	1579 (90,0)	1	

Phép kiểm χ^2

Chưa ghi nhận có mối liên quan giữa kết quả xét nghiệm sàng lọc máu ẩn trong phân với đặc điểm vận động thể lực của đối tượng trong nghiên cứu.

Về các yếu tố chế độ ăn, những người có chế độ ăn không đủ rau quả theo khuyến nghị, thường xuyên ăn các loại thịt đỏ, thức ăn chiên/xào, thịt nướng có tỉ lệ kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính cao hơn những đối tượng không có các yếu tố trên.

Bảng 3.25. Mối liên quan giữa KQ XN máu ẩn trong phân và đặc điểm kiến thức (n=1843)

	XN máu ẩn trong phân		p
	Dương tính	Âm tính	
Điểm số thực hành về có hành vi nguy cơ	0,68 ± 0,62 1 [0 - 1]	0,72 ± 0,69 1 [0 - 1]	0,559*
Điểm số thực hành về chế độ ăn không hợp lý	1,52 ± 0,81 1 [1 - 2]	1,13 ± 0,70 1 [1 - 1]	<0,001*

Điểm số thực hành chung	2,19 ± 1,11	1,85 ± 0,99	<0,001*
	2 [1 - 3]	2 [1 - 2]	

*Phép kiểm Mann-Whitney

Nghiên cứu ghi nhận điểm số thực hành về có hành vi nguy cơ ở nhóm âm tính cao hơn so với nhóm dương tính, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa về mặt thống kê. Trong khi đó, điểm số thực hành về chế độ ăn không hợp lý có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm dương tính nhiều hơn so với nhóm âm tính. Từ đó, điểm số thực hành chung ở nhóm dương tính cao hơn có ý nghĩa so với nhóm âm tính. Có nghĩa là ở nhóm có kết quả xét nghiệm dương tính có nhiều hành vi nguy cơ hơn so với nhóm kết quả xét nghiệm âm tính.

Bảng 3.26. 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 <60 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

Để tổ chức thực hiện can thiệp, nghiên cứu các hoạt động sau:

1. Hoạt động Tổ chức mạng lưới can thiệp; ban hành các văn bản; các hướng dẫn và tài liệu phòng, chống UTĐTT tại xã can thiệp.
2. Hoạt động tổ chức vãng gia, giám sát, theo dõi hồ sơ tại TYT, trong cộng đồng về phòng, chống UTĐTT.
3. Hoạt động Truyền thông, giáo dục sức khỏe về phòng, chống UTĐTT.

Xây dựng mạng lưới hoạt động với sự tham gia của Ban Chỉ đạo chăm sóc sức khỏe nhân dân, cán bộ y tế, các cộng tác viên và có sự phối hợp với các tổ chức, hội đoàn địa phương.

Trong hoạt động can thiệp đã xác định hai mục tiêu cơ bản, đó là mục tiêu dự phòng cấp một nhằm can thiệp trên những người trưởng thành trong cộng đồng, ưu tiên dành cho người từ 40 tuổi trở lên và mục tiêu dự phòng cấp hai, cấp ba là can thiệp trên người có kết quả xét nghiệm sàng lọc UTĐTT dương tính trong đợt điều tra cắt ngang trước can thiệp.

Công tác tổ chức quản lý thực hiện các biện pháp can thiệp tại các ấp trong xã can thiệp được thực hiện đúng tiến độ. Tiến hành song song các hoạt động can thiệp là công tác giám sát định kỳ để đảm bảo chất lượng và tiến độ can thiệp

3.2.1 Đánh giá kết quả công tác tổ chức quản lý thực hiện can thiệp

Bảng 3.27. Các hoạt động can thiệp đã được triển khai

STT	Nội dung hoạt động	Xã can thiệp	Xã chứng
1	Lập kế hoạch can thiệp Xin phê duyệt của Sở Y tế và ban ngành liên quan	Có	Không
2	Thành lập Ban chỉ đạo	- BCD CSSKBD chung - BCD phòng chống UTĐTT	- BCD CSSKBD chung
3	Tập huấn cộng tác viên	Có	Không
4	Cấp tờ rơi về phòng chống UTĐTT	Có	Không
5	Đặt pano về bệnh UTĐTT tại các trục đường chính, trường học, trạm y tế	Có	Không
6	Phát thanh bằng tiếng Khmer hàng tuần về phòng chống UTĐTT	Có	Không
7	Nói chuyện chuyên đề mỗi tháng	Có	Không
8	Giám sát thực hiện các hoạt động mỗi tháng	Có	Không
9	Thực hiện đánh giá sau 1 năm can thiệp	Có	Không

Xây dựng tài liệu tập huấn cho thành viên trong chương trình can thiệp. Nghiên cứu sinh cùng ban chỉ đạo tổ chức tập huấn cho toàn bộ cộng tác viên, cung cấp tài liệu hướng dẫn dự phòng UTĐTT cho thành viên tham gia. Xây dựng và sản xuất tài liệu truyền thông gồm: 6 pano, 20.000 tờ rơi, 12 bản tin, 12 bài nói chuyện chuyên đề phục vụ công tác truyền thông.

Bảng 3.28. Kết quả hoạt động can thiệp tại xã can thiệp

STT	Nội dung	Chỉ tiêu	Thực hiện	Tỉ lệ (%)
1	Số lần tập huấn nhân viên y tế xã	4 lần	4 lần	100%
2	Số lần họp CTV	8 lần	8 lần	100%
3	Số CTV tham gia họp định kỳ	11 người	11 người	100%
4	Số lượt CTV thăm người dân có kết quả xét nghiệm FOBT(+)	20 lần	20 lần	100%
5	Số tờ rơi về phòng chống UTĐTT được đưa tới người dân	10.000 tờ	7696 tờ	77%
6	Số pano được phát hành	6 cái	6 cái	100%
7	Số lần phát thanh trên loa đài	52 lần	52 lần	100%
8	Số buổi nói chuyện chuyên đề	12 lần	12 lần	100%
9	Lượng người dân TB /buổi nói chuyện chuyên đề	80 người	120 người	150%
10	Hoạt động tổ chức vãng gia, giám sát, theo dõi hồ sơ tại TYT, trong cộng đồng về phòng, chống UTĐTT	05 lần	05 lần	100%

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 Hoạt động tổ chức vãng gia, giám sát, theo dõi hồ sơ tại TYT, trong cộng đồng về phòng, chống UTĐTT đạt so với chỉ tiêu đề ra.

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

Bảng 3.29. Đặc điểm dân số xã hội trước và sau can thiệp

Đặc điểm dân số xã hội		Nhóm can thiệp (n=474)				Nhóm chứng (n=467)				1 vs 3	2 vs 4	1 vs 2	3 vs 4
		Trước CT (1) n = 239		Sau CT (3) n = 235		Trước CT (2) n = 237		Sau CT (4) n = 230					
		n	%	n	%	n	%	n	%				
Nhóm tuổi	≥ 60 tuổi	12 3	51,5	80	34,1	11 2	47,3	70	30,4	<0,001	<0,001	0,654	0,262
	50 - <60 tuổi	70	29,3	84	35,7	76	32,0	74	32,2				
	40 - <50 tuổi	46	19,2	71	30,2	49	20,7	86	37,4				
Giới tính	Nam	96	40,2	11 7	49,8	10 5	44,3	11 3	49,1	0,035	0,296	0,361	0,887
	Nữ	14 3	59,8	11 8	50,2	13 2	55,7	11 7	50,9				
Học vấn	≥ THPT	10	4,2	10	4,3	8	3,4	15	6,5	0,969	0,116	0,644	0,279
	< THPT	22 9	95,8	22 5	95,7	22 9	96,6	21 5	93,5				
Thu nhập	Nghèo - CN	60	25,1	55	23,4	58	24,5	50	21,7	0,666	0,484	0,873	0,668
	Không nghèo	17 9	74,9	18 0	76,6	17 9	75,5	18 0	78,3				

Đặc điểm dân số xã hội		Nhóm can thiệp (n=474)				Nhóm chứng (n=467)				1 vs 3	2 vs 4	1 vs 2	3 vs 4
		Trước CT (1) n = 239		Sau CT (3) n = 235		Trước CT (2) n = 237		Sau CT (4) n = 230					
		n	%	n	%	n	%	n	%				
BMI	Bình thường	104	43,5	98	41,7	89	37,5	89	38,7	0,135	0,072	<0,001	0,714
	Thiếu cân	11	4,6	24	10,2	37	15,6	19	8,2				
	Thừa cân	56	23,4	49	20,9	40	16,9	51	22,2				
	Béo phì	68	28,5	64	27,2	71	30,0	71	30,9				
Tiền sử bản thân	Có	19	8,0	12	5,1	12	5,1	11	4,8	0,211	0,889	0,202	0,872
	Không	220	92,0	223	94,9	225	94,9	219	95,2				
Tiền sử gia đình	Có	11	4,6	2	0,9	2	0,8	8	3,5	0,012	0,049	0,012	0,051
	Không	228	95,4	233	99,1	235	99,2	222	96,5				

Nghiên cứu ghi nhận có sự tương đồng về đặc điểm mẫu nghiên cứu theo các biến số trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức thu nhập gia đình, tiền sử bản thân đã từng được chẩn đoán bệnh lý đại trực tràng giữa các nhóm chứng và nhóm can thiệp, giữa các nhóm trước can thiệp và sau can thiệp.

Đối với biến số giới tính, có sự khác biệt giữa ở nhóm can thiệp về tỉ lệ phân bố giới tính trước và sau can thiệp, không có sự khác biệt giữa các nhóm còn lại, do đó sự khác biệt là có thể chấp nhận được. Trong khi đó, đối với biến số nhóm tuổi, tỉ lệ phân bố theo nhóm tuổi có sự khác biệt đáng kể ở các nhóm trước can thiệp so với các nhóm sau can thiệp. Yếu tố này được chú trọng xem xét trong các phân tích.

Đối với biến số tiền sử gia đình có người mắc ung thư, mặc dù có sự khác biệt về phân bố của biến số này theo các nhóm chứng - can thiệp và trước - sau can thiệp, tuy nhiên sự khác biệt này là không đáng kể.

Đối với kiến thức

Bảng 3.30: 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)

Trước		Sau		p			
Nhóm chứng	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 3.31. 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 3.32: 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)

Trước		Sau				p	
Nhóm chứng	Nhóm CT	Diff (CT-C)	Nhóm chứng	Nhóm CT	Diff (CT-C)		Diff-in-Diff
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 3.33. 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 sàng lọc ung thư đại trực tràng và một số yếu tố liên quan ở đồng bào Khmer, tỉnh Trà Vinh

4.1.1 Đặc điểm dân số xã hội của đồng bào dân tộc Khmer

Về độ tuổi của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi tiến hành ghi nhận ở nhóm người từ 40 tuổi trở lên. Trong đó, nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm đa số mẫu nghiên cứu (Bảng 3.4). Điều này là hoàn toàn phù hợp với đặc điểm dân số của người dân Khmer tại thời điểm khảo sát, đồng thời phù hợp với các khuyến cáo sàng lọc bệnh lý đại trực tràng. Cụ thể, theo các hiệp hội ung thư thường khuyến nghị sàng lọc UTĐTT cho tất cả người trưởng thành từ 50 đến 79 tuổi. Theo hướng dẫn mới đây của Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ vậy 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 [3]. 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 [9]. Ngoài ra, theo một nghiên cứu hệ thống của Milibari AA (2023) tiến hành phân tích trên 5 hệ thống y văn y khoa bao gồm Scopus, Google Scholar, CINAHL, Medline và Pubmed từ năm 2014 đến 2020. Nghiên cứu thấy rằng về lĩnh vực ung thư đại trực tràng, tùy thuộc vào mục đích nghiên cứu mà độ tuổi có thể đa dạng. Trong đó, nghiên cứu tổng kết và cho thấy rằng đối tượng từ 40 đến 74 tuổi là nhóm tuổi được tập trung nghiên cứu nhiều nhất vì có nhiều nguy cơ cao, đồng thời kiến thức, thái độ, thực hành có vai trò quyết định đối với việc phòng ngừa ung thư đại trực tràng [81].

Về phân bố giới tính, tỉ lệ nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nam giới (Bảng 3.4). Điều này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm tại thời điểm khảo sát và đặc điểm của văn hóa, xã hội của người đồng bào dân tộc Khmer. Cụ thể, so với nam giới, nữ giới thường có xu hướng thực hiện các công việc gần nhà, nội trợ. Ngoài ra, so với nam giới, nữ giới có sự quan tâm về sức khỏe, thói quen tìm kiếm,

chăm lo sức khỏe là nhiều hơn so với nam giới. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tổng quan của Milibari AA (2023) khi phần lớn nữ giới tham gia vào các nghiên cứu về ung thư đại trực tràng là cao hơn đáng kể so với nam giới [81]. Do đó, trong quá trình liên hệ để thực hiện nghiên cứu, đối tượng nữ giới tại các hộ gia đình được chọn vào nghiên cứu có sự hợp tác tốt hơn và có sự tham gia vào nghiên cứu là cao hơn so với nam giới.

Về học vấn, đa số người dân được khảo có trình độ dưới THPT với 95,1% (Bảng 3.4). Nghiên cứu của Cao Mỹ Phượng tại huyện Cầu Ngang, tỉnh Trà Vinh cho thấy có 24,0% đồng bào dân tộc Khmer mù chữ [20], hay nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình ghi nhận có tới 60,0% người biết đọc, biết viết, trong đó bao gồm những người không theo trường lớp và dưới tiểu học hoặc có đi học nhưng chưa tốt nghiệp tiểu học [4], hay nghiên cứu của Nguyễn Văn Lành trên đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Hậu Giang tỉ lệ này là 34,9% [17]. Các nghiên cứu đều cho thấy trình độ học vấn ở đồng bào dân tộc Khmer còn khá thấp. Theo các đánh giá từ các nghiên cứu, việc trình độ học vấn thấp một phần cũng do sự tác động của kinh tế, việc đời sống khó khăn, các hoạt động kinh tế ở cấp độ thấp, tỉ lệ bỏ học cao vì phải hỗ trợ đời sống gia đình. Các vấn đề này đã và đang là thách thức đối với các cơ quan có thẩm quyền trong giải quyết, nâng cao trình độ học vấn, văn hóa của đồng bào dân tộc Khmer tại đây.

Về 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 (Bảng 3.4). Kết quả này tương đồng với các báo cáo nội bộ của địa phương. Nhìn chung, đa số người dân Khmer tại Trà Vinh là nông dân hoặc công nhân hoặc tiểu thương. Kết quả này là tương đồng với các báo cáo tại tỉnh Trà Vinh về đặc điểm nghề nghiệp của người dân Khmer. Ngoài ra, với đặc điểm là một khu vực kinh tế hỗn hợp, đa dạng, việc làm của người dân Khmer cũng có sự chuyển biến đáng kể từ nông dân sang các ngành nghề khác như tiểu thương, buôn bán,... Tuy nhiên, do trình độ học vấn hạn chế, nên việc ngành nghề chủ yếu là lao động chân tay vẫn chiếm đa số đối với cộng đồng người Khmer tại tỉnh Trà Vinh.

Về kinh tế gia đình, tỉ lệ đối tượng thuộc hộ nghèo/cận nghèo cao với 23,5% (Bảng 3.4). Kết quả cho thấy mức sống của đồng bào dân tộc Khmer khá thấp [24]. Đặc điểm này cũng được giải thích dựa trên đặc điểm nghề nghiệp của người dân là nông nghiệp, làm thuê. Do đó, thu nhập còn mang tính mùa vụ, không ổn định và phụ thuộc và nhu cầu tuyển dụng lao động của các cơ sở sử dụng lao động tại đây. Bên cạnh đó, tại thời điểm khảo sát, do ảnh hưởng của dịch COVID-19, nhiều hoạt động kinh doanh, sản xuất bị hạn chế, dẫn đến tình trạng thất nghiệp, thu nhập giảm nhanh ở nhiều hộ gia đình tham gia nghiên cứu. Do đó, trên thực tế tỉ lệ thuộc hộ nghèo/cận nghèo có thể cao hơn so với dữ liệu được ghi nhận thông qua ghi nhận từ đối tượng nghiên cứu và dựa trên các báo cáo, phân tích của tỉnh đối với thông tin thu nhập của người dân.

4.1.2. Kiến thức và thực hành phòng chống ung thư đại trực tràng của người dân Khmer, tỉnh Trà Vinh

Kiến thức của người dân

Dựa trên kết quả nghiên cứu, kiến thức của người dân Khmer về phòng chống ung thư đại trực tràng chưa cao. Cụ thể, trên tổng điểm đánh giá kiến thức chung về dự phòng ung thư đại trực tràng là 33 điểm, mẫu nghiên cứu chỉ đạt trung bình $2,34 \pm 5,77$ điểm (tương đương tỉ lệ đạt trung bình $7,1\% \pm 17,5\%$). Điểm số trung bình trong từng lĩnh vực khảo sát ở mức thấp (Bảng 3.15), và mức dao động tối đa là 30% khi quy đổi sang tỉ lệ phần trăm đạt theo từng lĩnh vực khảo sát. Trong một số nghiên cứu trước đây đều cho kết quả tỉ lệ kiến thức đạt về phòng chống UTĐTT cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu thực hiện tại thị xã Lagi, tỉnh Bình Thuận, tỉ lệ người dân có kiến thức đúng trong phòng ngừa UTĐTT là 27,9%. Trong đó, kiến thức đúng trong phòng ngừa các yếu tố nguy cơ là 36,4%, kiến thức về triệu chứng nghi ngờ của bệnh là 39,7%, kiến thức về khám và tầm soát là 83,3% [14]. Nghiên cứu tại Quảng Bình (2015) của Đỗ Quốc Tiệp về kiến thức của người dân đối với phòng chống ung thư nói chung, kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức đạt với các thành phần dao động từ 20,6% đến 42,0% [25]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Thành và cộng sự (2019) tại thị xã Từ Sơn, tỉnh Bắc Ninh năm 2018, kết quả

cho thấy 36,2% có kiến thức đạt về phòng chống ung thư [26]. Ngược lại, một nghiên cứu khác tại Úc, lại ghi nhận kết quả kiến thức đúng về phòng chống UTĐTT rất cao với 81,5% [49]. Điều này có thể là do nghiên cứu được tiến hành trên nhóm đối tượng là người dân tộc Khmer Nam Bộ còn các nghiên cứu trước đó được tiến hành trên nhóm người Kinh là chủ yếu. So với người Kinh, nhóm người Khmer có xu hướng tiếp cận các thông tin sức khỏe hạn chế hơn và bị nhiều rào cản về văn hóa [24]. Ngoài ra, sự khác nhau về địa điểm nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu, độ tuổi nghiên cứu cũng có thể góp phần tạo ra sự khác biệt về kết quả kiến thức chung đạt.

Đối với kiến thức của người dân về dấu hiệu cảnh báo sớm của UTĐTT, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ người dân biết về triệu chứng thường đau bụng không rõ lý do cao nhất (15,4%), tiếp đến là thường táo bón/tiêu chảy thất thường (14,4%) và có máu trong phân (11,5%). Điểm số trung bình về kiến thức của người dân về dấu hiệu cảnh báo sớm của UTĐTT là $0,56 \pm 1,32$ điểm, quy đổi tỉ lệ đạt phần trăm là $9,3\% \pm 22,0\%$. Tỉ lệ kiến thức đạt về dấu hiệu cảnh báo sớm đối với ung thư đại trực tràng của người dân Khmer trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Huy tại Bình Thuận với 39,7% [14], tương tự, kiến thức về dấu hiệu, triệu chứng UTĐTT cũng rất hạn chế ở người dân Quảng Bình trong nghiên cứu của Đỗ Quốc Tiệp (dao động từ 27,3%-33,5%) [25]. Những dấu hiệu cảnh báo sớm UTĐTT thường ít rõ ràng trong giai đoạn đầu nên dễ bị người dân phớt lờ, không chú ý đến. Đây là một thực tế trong việc chẩn đoán UTĐTT và cũng là lý do tại sao việc sàng lọc và phát hiện sớm bệnh rất quan trọng. UTĐTT thường phát triển từ các biểu mô tế bào bình thường trước khi biến đổi thành ung thư. Trong giai đoạn đầu, không có nhiều triệu chứng rõ ràng và dễ nhầm lẫn với các vấn đề ruột thường gặp khác, như táo bón, tiêu chảy hoặc các rối loạn tiêu hóa. Đáng lưu ý rằng các dấu hiệu/triệu chứng này có thể xuất hiện do nhiều nguyên nhân khác nhau và không phải lúc nào cũng đồng nghĩa với sự tồn tại của bệnh ung thư đại trực tràng. Tuy nhiên, nếu có sự xuất hiện của các dấu hiệu/triệu chứng này trong thời gian dài hoặc có sự thay đổi đáng kể, nên tham khảo ý kiến của bác sĩ để được khám và đánh giá chính xác hơn.

Đối với các yếu tố nguy cơ của UTĐTT, chúng tôi thấy rằng yếu tố nguy cơ được biết nhiều nhất là ít ăn rau quả (11,4%), tiếp đến là ăn nhiều thịt đỏ (10,9%) và thừa cân, béo phì (9,0%), ít vận động thể lực (7,9%). Tuy nhiên, số lượng người nhận biết về các yếu tố nguy cơ khác như uống rượu bia, hút thuốc lá, ăn nhiều đồ chiên xào, nướng,... là rất thấp ($\leq 5,0\%$). Kết quả này cũng thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Huy (36,4%) hay Đỗ Quốc Tiệp (34,8%-42%) [14, 25]. Việc nâng cao kiến thức về nguy cơ và triệu chứng của ung thư đại trực tràng cũng rất quan trọng để tăng khả năng phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm và cải thiện kết quả điều trị.

Kiến thức về các biện pháp phòng chống UTĐTT, nghiên cứu ghi nhận đối tượng phản hồi về biện pháp phòng chống UTĐTT được biết nhiều nhất là khám sức khỏe định kỳ (11,6%), kế đến là xét nghiệm sàng lọc (10,8%), hạn chế các loại thịt đỏ (10,3%) và ăn nhiều rau trái cây (10,0%). Tỷ lệ nhận biết các biện pháp dự phòng khác như hạn chế rượu bia, không hút thuốc, không dùng các thực phẩm không an toàn,... đều rất thấp ($< 5\%$). Việc nhận thức đúng đắn về nguy cơ ung thư đại trực tràng đã được chứng minh có hiệu quả quan trọng trong thực hành hành vi phòng chống ung thư đại trực tràng. Việc cần nâng cao nhận thức người dân về yếu tố này là rất quan trọng. Đồng thời đây là tiền đề để thực hiện các chương trình sàng lọc, các biện pháp phòng ngừa tiến triển ung thư đại trực tràng.

Sàng lọc là một trong những biện pháp cơ bản, có ý nghĩa quan trọng trong việc phát hiện sớm bệnh lý và thực hiện kịp thời các biện pháp can thiệp nhằm đảm bảo ngăn ngừa kịp thời các khả năng diễn tiến, phát triển của một bệnh lý. Đối với ung thư đại trực tràng, việc thực hiện sàng lọc bao gồm thực hiện các xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân (FOBT hoặc FIT) và nội soi đại trực tràng (colonoscopy), giúp phát hiện các biểu hiện sớm của bệnh trước khi triệu chứng trở nên rõ ràng và có ý nghĩa quan trọng cho các hành động can thiệp tiếp theo. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về sàng lọc UTĐTT là chưa cao. Cụ thể, kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ người dân biết về xét nghiệm sàng lọc UTĐTT bằng phương pháp nội soi cao nhất (11,7%). Một số ít người biết đến xét nghiệm phân (5,6%) và xét nghiệm tế bào (0,7%). Ngoài ra, còn một số người (7,9%) nhắc đến các

loại xét nghiệm khác như xét nghiệm máu, nước tiểu, siêu âm, và X-quang. Trong nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Anh và cs ở người dân từ 50-75 tuổi trên địa bàn quận Hoàn Kiếm, Hà Nội năm 2019, khi được khảo sát về tính sẵn sàng chi trả khi thực hiện các xét nghiệm sàng lọc như máu ẩn trong phân để tầm soát ung thư đại trực tràng, phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu trên phản hồi rất cân nhắc khi thực hiện hoạt động trên. Các lý do được ghi nhận bao gồm: “không nghĩ mình có bệnh” hay “thiếu hiểu biết thông tin khám sàng lọc”, “không biết về phương pháp này có thể sàng lọc được” hay “chỉ khi nào có biểu hiện bệnh thì mới đi khám”. Tương tự như trên, đối với hoạt động nội soi đại trực tràng, các đối tượng sẽ không sẵn sàng chi trả để thực hiện sàng lọc ung thư đại trực tràng vì “sợ hãi khi phát hiện ra bệnh”, “sợ đến bệnh viện”, “sợ gây mê”, “sợ đưa dụng cụ vào cơ thể gây khó chịu” hay “sợ đau” (34,8%) [1]. Theo nghiên cứu của Milibari AA (2023) ghi nhận, vấn đề nhận thức là rất quan trọng đối với hoạt động sàng lọc ung thư đại trực tràng. Cụ thể, những người có nhận thức tốt về sức khỏe, không chỉ giúp bản thân có sức khỏe tốt hơn, mà còn tác động giúp cho những người xung quanh đạt mức sức khỏe cao hơn. Trong nghiên cứu tổng hợp này, tác giả đánh giá rằng trình độ học vấn hay giáo dục về sức khỏe có vai trò quan trọng trong cải thiện nhận thức của người dân cộng đồng về bệnh lý ung thư đại trực tràng [81].

Nhìn chung, từ các kết quả ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trước, kiến thức về dự phòng UTĐTT của người dân Khmer tại tỉnh Trà Vinh là rất hạn chế, do đó, cần tăng cường công tác giáo dục và tăng cường nhận thức đối với người dân ở đây. Điều này có thể được thực hiện thông qua các hoạt động giáo dục công cộng, chiến dịch tuyên truyền và chia sẻ thông tin về dấu hiệu nhận biết sớm, nguy cơ, biện pháp phòng chống và lợi ích của việc sàng lọc UTĐTT. Đặc biệt, cần sử dụng ngôn ngữ và hình thức truyền thông phù hợp để đảm bảo hiệu quả trong việc truyền tải thông tin. Cần tạo ra một môi trường hợp tác đa phương giữa các cơ quan chính quyền địa phương, tổ chức y tế, các tổ chức phi chính phủ và cộng đồng để đẩy mạnh việc tăng cường nhận thức và kiến thức về UTĐTT. Việc hợp tác

giữa các bên sẽ tạo ra sự chuyển đổi và thay đổi vững chắc trong nhận thức và hành vi của cộng đồng.

Thực hành của người dân

Cũng giống như kiến thức, nghiên cứu ghi nhận thực hành phòng chống UTĐTT ở người dân Khmer tỉnh Trà Vinh còn rất hạn chế. Cụ thể, trên tổng điểm thực hành các hành vi nguy cơ, điểm số càng cao thì càng có nhiều hành vi nguy cơ, và trên thang điểm 7, điểm trung bình ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,89 \pm 1,01$ điểm. Khi quy đổi ra tỉ lệ phần trăm trên thang điểm 7, tỉ lệ này là $27,0\% \pm 14,4\%$ đối tượng nghiên cứu hiện đang có các hành vi nguy cơ gia tăng khả năng mắc ung thư đại trực tràng (Bảng 3.20). Có thể thấy rằng, việc thực hiện các hành vi nguy cơ diễn ra tương đối cao và gợi ý nhiều cho các bệnh lý mạn tính đối với dân số Khmer tại tỉnh Trà Vinh, trong đó có ung thư đại trực tràng. Việc đánh giá, để có biện pháp thích hợp nhằm giảm thiểu tác động bất lợi của các hành vi nguy cơ trên đối với sức khỏe chung của cộng đồng người Khmer là cần thiết và quan trọng.

Yếu tố đầu tiên được đề cập là hút thuốc lá, theo ghi nhận từ nghiên cứu tỉ lệ đã từng hút thuốc là 25,0%, trong số đó, một số người đã bỏ hút thuốc, vì thế hiện có 17,4% người dân đang hút thuốc lá. Kết quả này so với nghiên cứu trước đây của Nguyễn Thanh Bình cũng chính tại cộng đồng Khmer, tỉnh Trà Vinh từ 25-64 tuổi, tỉ lệ hút thuốc là cao hơn nghiên cứu của chúng tôi với 32,0% [4]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Huy tại Bình Thuận, tỉ lệ đã từng hoặc đang hút thuốc lá cũng rất cao với 32,3% [14]. Một nghiên cứu của Lã Ngọc Quang và cộng sự tại Miền Nam Việt Nam lại cho thấy tỉ lệ hút thuốc lá thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (14,9%-16,2%) [88]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc hút thuốc lá tăng nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng. Thuốc lá chứa nhiều chất gây hại, bao gồm các chất hóa học gây ung thư như nicotine, benzen và nitrozamin. Khi hút thuốc lá, các chất gây hại này được hít vào phổi và hấp thu vào cơ thể, sau đó được chuyển qua hệ tuần hoàn và tiếp xúc với niêm mạc đại trực tràng. Các chất gây hại này có thể gây tổn thương và biến đổi di truyền trong tế bào niêm mạc đại trực tràng, góp phần vào quá trình phát triển ung thư. Nhiều nghiên cứu đã xác nhận rằng việc hút thuốc lá liên quan mật thiết đến

tăng nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng. Những người hút thuốc lá có nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng cao hơn so với những người không hút thuốc lá. Thêm vào đó, việc hút thuốc lá cũng có thể làm gia tăng nguy cơ tái phát sau khi điều trị ung thư đại trực tràng. Để giảm nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng, rất quan trọng để ngừng hút thuốc lá hoàn toàn. Ngừng hút thuốc lá không chỉ giảm nguy cơ ung thư đại trực tràng mà còn mang lại lợi ích lớn cho sức khỏe tổng thể.

Yếu tố tiếp theo cần được khảo sát là uống rượu bia, tỉ lệ người dân đã từng uống rượu/bia trong nghiên cứu là 30,7%, Trong số những người đã từng uống rượu/bia, tỉ lệ người sử dụng rượu/bia trong 12 tháng qua là 74,7%. Về tần suất sử dụng rượu/bia, tỉ lệ người dùng hàng ngày là 7,6%, tỉ lệ người dùng từ 5-6 lần mỗi tuần là 2,3%, tỉ lệ người dùng từ 3-4 lần mỗi tuần là 3,5%, tỉ lệ người dùng từ 1-2 lần mỗi tuần là 6,6%, tỉ lệ người dùng từ 1-3 lần mỗi tuần là 8,7%, tỉ lệ người dùng ít hơn 1 lần mỗi tuần là 58,6%, và tỉ lệ người dùng ít hơn 1 lần mỗi tháng là 12,7%. Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình và cộng sự, tỉ lệ uống rượu bia trong 12 tháng qua là 44,1%, nam uống rượu 84,9% nhiều hơn nữ 15,1% [4]. Tỉ lệ đồng bào dân tộc Khmer tại Trà Vinh uống rượu cao hơn so với tỉ lệ uống rượu trong nghiên cứu của Cao Mỹ Phượng trên toàn tỉnh Trà Vinh là 27,9% [21]. Đồng bào các dân tộc thiểu số nói chung và đồng bào Khmer nói riêng có nhiều nét đặc trưng tương đồng, trong đó có thể kể đến mức độ lễ hội truyền thống trong năm. Việc sử dụng rượu, bia là một trong những hoạt động phổ biến trong các lễ hội này. Trong nghiên cứu trên đồng bào dân tộc Nùng tại Thái Nguyên, già làng tại xã Văn Hán cho biết "...Tuy nhiên vẫn còn một số phong tục tập quán lạc hậu có hại cho sức khỏe như uống nhiều rượu, có rất nhiều lý do để uống rượu như vào nhà mới, đám cưới đám ma, lễ hội, tết,... sáng uống, trưa uống, tối uống, thậm chí đi cày về khát nước có người uống bát rượu,..." [27]. Ngoài ra, các đồng bào dân tộc có thêm nét văn hóa trong việc ủ rượu, nồng độ rượu được cho là cao hơn so với các loại rượu thông thường. Với nồng độ cao và số lượng tiêu thụ lớn, vấn đề sức khỏe liên quan đến sử dụng rượu, bia của người dân Khmer. Theo khảo sát, tỉ lệ lạm dụng rượu bia là 6,8%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình với 14,8% [4], có thể do đối

tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này đa số đã lớn tuổi hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình, họ bắt đầu đã có những bệnh lý của tuổi già dẫn đến giảm uống rượu bia hơn. Uống rượu bia phụ thuộc nhiều vào quan niệm xã hội, điều kiện kinh tế và đặc biệt là phong tục tập quán, lễ hội tại địa phương. Nghiên cứu tại các tỉnh miền Bắc của Phạm Gia Khải có tỉ lệ lạm dụng rượu bia chỉ 2,2% [15].

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ người đáp ứng khuyến nghị về hoạt động thể lực là 53,0%. Tỉ lệ này là cao hơn khi so sánh với các báo cáo trước đây, tỉ lệ vận động thể lực của người dân Khmer trong nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Huy tại thị xã Lagi, Bình Thuận là 37,9% [14], nghiên cứu của Lã Ngọc Quang cũng cho thấy tỉ lệ vận động thể lực ở người dân kém hơn nghiên cứu của chúng tôi [88]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm nghề nghiệp của người dân Khmer (chủ yếu làm nông nghiệp hoặc công nhân/làm thuê). Trong số các loại hình thể dục thể thao cũng cố và nâng cao sức khỏe thì đi bộ nhanh có vị trí quan trọng và có tính đại chúng cao, đặc biệt là đối với những người cao tuổi. Theo Nguyễn Văn Tập và cộng sự, phương tiện di chuyển chủ yếu của đồng bào dân tộc Khmer là xe đạp hoặc đi bộ, kết hợp với tỉ lệ cao nghề nông trong cộng đồng đồng bào dân tộc Khmer (khoảng 60,0%) [24]. Liên quan hoạt động thể lực và giới tính ($p < 0,01$) được thể hiện ở nam, tỉ lệ hoạt động các cường độ giảm dần từ nặng cho tới nhẹ và ngược lại so với nữ. Điều này thể hiện rõ ở nhiều cộng đồng khác nhau, do tính chất công việc và sức khỏe của nữ giới, họ thường tham gia các hoạt động mức độ nhẹ nhàng hơn so nam giới như may vá, đi chợ, nấu ăn.

Theo kết quả nghiên cứu, tỉ lệ người dân đáp ứng khuyến nghị về chế độ ăn rau quả là 15,9%, trong khi tỉ lệ người không đáp ứng là 84,1%. Kết quả này đã cải thiện nhiều hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình trước đây (năm 2015), khi tỉ lệ đáp ứng khuyến nghị về chế độ ăn rau quả ở đồng bào Khmer, Trà Vinh chỉ là 5%. Tuy nhiên, tỉ lệ này vẫn còn rất thấp, có thể do đồng bào Khmer sinh sống tập trung trong các phum sóc, vùng sâu vùng xa nên trình độ học vấn thấp, nhận thức kém về lợi ích của việc ăn rau quả [24]. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng ăn nhiều trái cây và rau quả có thể giảm nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng vì chúng chứa nhiều

vitamin và khoáng chất, trong đó một số loại có khả năng giúp ngăn chặn tổn thương tế bào có thể dẫn đến tạo ra tế bào ung thư [34].

Tỉ lệ người dân thường xuyên ăn thịt đỏ là 13,8%, thường xuyên ăn thức ăn chiên/xào là 14,4%, thường xuyên ăn thức ăn nướng là 4,8%. Theo điều tra của Viện Dinh dưỡng, tỉ lệ người Việt ăn thừa thịt đỏ bắt đầu tăng lên và khá cao. Cụ thể, theo kết quả các cuộc tổng điều tra về dinh dưỡng, mức tiêu thụ thịt nói chung và thịt đỏ nói riêng có sự gia tăng mạnh mẽ trong một vài thập kỷ gần đây. Nếu như mức tiêu thụ thịt (các loại) bình quân một người/ngày là 51g/ngày (năm 2000) và 84g/ngày (năm 2010) và năm 2020 thì mức tiêu thụ đạt 134,5g/ngày. Ngày càng có nhiều nghiên cứu dịch tễ học và lâm sàng tập trung vào các yếu tố chế độ ăn uống [57, 62]. Khi nấu ở nhiệt độ cao trong thời gian dài, thịt đỏ và thịt chế biến sẵn là nguồn chính chứa chất gây ung thư, bao gồm hydrocacbon thơm đa vòng, amin dị vòng và hợp chất N-nitroso, có thể đóng vai trò trong sự phát triển của UTĐTT [50, 70]. Báo cáo được cập nhật liên tục từ Quỹ Nghiên cứu Ung thư Thế giới (WCRF, dựa trên các nghiên cứu tiên cứu được xuất bản đến năm 2010) về UTĐTT đã đánh giá bằng chứng về vai trò của thịt đỏ và thịt chế biến là “thuyết phục” [110]. Có thể thấy rằng, việc tiêu thụ thịt đỏ số lượng lớn đang ngày càng gia tăng và đang là mối nguy cơ hiện hữu trong dân số Khmer. Hạn chế của nghiên cứu chúng tôi là không đo lường được lượng tiêu thụ thịt đỏ hoặc các thức ăn chiên xào, chế biến ở nhiệt độ cao khi thiết kế nghiên cứu là một khảo sát cắt ngang với bộ câu hỏi cấu trúc. Các nghiên cứu trong tương lai về ghi nhận số lượng chính xác lượng thức ăn như thịt đỏ, thức ăn chiên dầu cần được chú ý để đánh giá chính xác sự ảnh hưởng, tác động và gia tăng nguy cơ của mắc ung thư đại trực tràng.

4.1.3. 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% (Bảng 3.22). 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% [9]. 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% [3]. 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 kì 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 4.1. 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 [90]	1997	Đa quốc gia	FIT và FOBT	(nghiên cứu tổng quan)	Mọi lứa tuổi	1-16%

Tác giả	Năm	Địa điểm	Loại XN	Cỡ mẫu	Đối tượng	Tỉ lệ (+)
Australian Government Department of Health Ageing [36]	2002-2004	Úc	FOBT	25.688	55-74 tuổi	9,0%
Jack S Mandel [80]	1999	Minnesota	FOBT	46.551	50-80 tuổi	<2%
Logan RF [78]	2006-2009	Anh	FOBT	1,08 triệu	60-69 tuổi	1,9%
Steele RJ [98]	2009	Scotlen	gFOBT		50-69 tuổi	1,16-2,07%
Tsung-Hsien Chiang [46]	2007-2009	Đài Loan	FOBT		>18 tuổi	14,2%
Toes-Zoutendijk E. [100]	2014	Hà Lan	FIT	529.056	Dân số chung	6,7-10,6%
Ribbing Wilén H [93]	2019	Thụy Điển	FIT	12.383	≥ 60 tuổi	9,5%
Bărbulescu, L. N. [37]	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 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.

4.1.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân

Tuổi là yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được của rất nhiều bệnh lý cấp tính và cả mạn tính, trong đó có ung thư đại trực tràng. Kết quả phân tích của nghiên cứu cho thấy rằng tuổi càng cao, tỉ lệ xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính cũng tăng và đều có ý nghĩa thống kê ở các nhóm tuổi cao so với nhóm tuổi thấp hơn. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây. Phân tích tổng hợp của Kevin Selby và cộng sự bao gồm 46 nghiên cứu với 2,4 triệu người tham gia. Kết quả của nghiên cứu cho thấy tỉ lệ máu ẩn trong phân dương tính tăng theo độ tuổi. Người có tuổi cao hơn thường có tỉ lệ xét nghiệm dương tính cao hơn so với những người có tuổi thấp hơn. Tuy nhiên, độ mạnh của mối quan hệ này có thể thay đổi trong các nghiên cứu khác nhau [95]. Nghiên cứu này nhấn mạnh rằng tuổi là một yếu tố quan trọng trong việc đánh giá nguy cơ xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính và có thể được sử dụng như một chỉ báo cho việc tiến hành xét nghiệm sàng lọc UTĐTT.

Các nghiên cứu cho rằng, tuổi càng cao, tức đối tượng có nhiều thời gian tích lũy các yếu tố nguy cơ hơn so với những người trẻ tuổi, thời gian thực hiện các hành vi nguy cơ và phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ cũng cao đáng kể hơn. Ngoài ra, tuổi càng cao, chức năng sinh lý, hoạt động của cơ thể cũng sẽ suy giảm do sự tác động của độ tuổi, làm cho các yếu tố nguy cơ được thúc đẩy mạnh mẽ hơn. Đối với ung thư đại trực tràng hay các bệnh lý mạn tính, để có thể tiến triển bệnh cần một quá trình tích lũy yếu tố nguy cơ, điều này là hoàn toàn phù hợp với lý giải tuổi càng cao thì kết quả xét nghiệm dương tính máu ẩn trong phân sẽ càng cao.

Thừa cân, béo phì là một yếu tố nguy cơ quan trọng và đã được chứng minh có tác động làm gia tăng mắc các bệnh lý ung thư, bao gồm ung thư đại tràng trực. Các đánh giá gần đây đã chỉ ra rằng những người thừa cân và béo phì có nguy cơ mắc UTĐTT cao hơn khoảng 18% và 32% so với những người có cân nặng bình thường [75, 109]. Một phân tích tổng hợp lớn năm 2017 đã báo cáo mối liên hệ thậm chí còn mạnh mẽ hơn với u tuyến đại trực tràng, tiền thân của hầu hết UTĐTT, với nguy cơ tăng hơn 40% đối với cả thừa cân và béo phì [103]. Thông qua các xét nghiệm sàng lọc UTĐTT, tỉ lệ dương tính xét nghiệm máu ẩn trong phân của người thừa cân, béo phì cũng được ghi nhận là cao hơn so với những người có cân nặng bình thường [92]. Trong nghiên cứu hiện tại của chúng tôi, chưa ghi nhận có mối liên quan giữa thừa cân, béo phì với kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính. Việc này có thể là do sự phân bố của mẫu nghiên cứu theo các nhóm BMI chưa đồng đều. Đồng thời, ngoài ra, việc người dân có thừa cân, béo phì, nhận thức được đây không chỉ là yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng mà còn là yếu tố nguy cơ chung của nhiều bệnh mạn tính khác. Do đó, nhiều người thừa cân, béo phì hay có quan tâm đến sức khỏe bản thân nhiều hơn cùng tham gia nghiên cứu, điều này dẫn đến làm sai lệch kết quả so với bằng chứng từ các nghiên cứu, y văn trước đó. Các nghiên cứu trong tương lai cần đánh giá kỹ hơn, để hiểu rõ hơn mối liên quan và cơ chế tác động của thừa cân, béo phì lên việc gia tăng nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng.

Đối với hành vi sử dụng rượu bia, các nghiên cứu trước đó cho thấy rằng việc làm dụng rượu bia có tác động tiêu cực đến hệ tiêu hóa. Ngoài ra, khi sử dụng rượu bia kết hợp với các loại thực phẩm như thịt đỏ, đồ nướng,... sẽ tạo ra các tiền chất gây ung thư. Sử dụng trong thời gian dài, nguy cơ mắc các bệnh lý đường tiêu hóa và thậm chí tiến triển thành ung thư sẽ gia tăng. Cụ thể, các chất trong rượu bia ở nồng độ cao sẽ gây tổn thương tế bào, kết hợp sự gia tăng của các hóa chất độc hại, tiền chất ung thư do quá trình phân giải thịt đỏ, thịt nướng làm cho các chất này dễ bám vào các tổn thương, tấn công các vị trí này để tạo thành các viêm, loét và thậm chí là tế bào ung thư. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa việc gia tăng tỉ lệ xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính với việc lạm dụng rượu bia trong sàng lọc ung thư đại trực tràng chưa được ghi nhận rõ ràng. Việc ghi nhận có máu ẩn trong phân về nguyên tắc phải có máu từ các vết viêm, loét, polyp,... trong hệ thống tiêu hóa. Việc làm dụng rượu bia trong thời gian dài dẫn đến các tình trạng trên mới có thể ghi nhận, còn đối với những người mặc dù có tiêu thụ một số lượng lớn rượu bia nhưng chưa gây ra các thương tổn thì kết quả xét nghiệm sẽ không ghi nhận được. Ngoài ra, vấn đề đánh giá chính xác thói quen sử dụng rượu bia của một người thông thường qua phỏng vấn, khó có thể đánh giá chính xác hành vi này. Do đó, việc ghi nhận thông tin sử dụng rượu bia có thể không chính xác, với việc đối tượng có thể khai báo không đúng với số lượng thực tế đã tiêu thụ vì nhiều lý do khác nhau. Mặc dù chưa có bằng chứng rõ ràng về sự gia tăng khả năng xét nghiệm dương tính máu ẩn trong phân trong sàng lọc ung thư đại trực tràng, việc cần đánh giá chính xác yếu tố này cũng cần được đảm bảo vì còn là yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh lý mạn tính khác trong cộng đồng.

Đối với kiến thức về dự phòng ung thư đại trực tràng, nghiên cứu ghi nhận những người có kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính có điểm số kiến thức về dự phòng ung thư đại trực tràng thấp hơn so với những người có kết quả xét nghiệm âm tính. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cả về kiến thức chung và tất cả các lĩnh vực về kiến thức khảo sát trong nghiên cứu. Kiến thức về một bệnh lý là yếu tố cơ bản để đánh giá khả năng của một cộng đồng trong việc nhận thức, xác định, phát

hiện sớm và thực hiện dự phòng, phòng ngừa bệnh lý đó. Cụ thể, một người càng có kiến thức cao, nhận thức của họ cũng sẽ cao, từ đó, họ có thể dễ dàng nhận diện, đánh giá các vấn đề liên quan đến sức khỏe bản thân để lựa chọn hành vi và cách phòng ngừa phù hợp với tình trạng của bản thân. Nhận thức không đúng về bệnh làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh đó trong tương lai. Kết quả trong nghiên cứu đã phản ánh rõ ràng thông qua việc điểm số kiến thức có sự khác biệt giữa nhóm có kết quả dương tính so với âm tính. Việc nâng cao kiến thức có ý nghĩa quan trọng trong phòng ngừa các bệnh lý mạn tính trong cộng đồng, trong đó có ung thư đại trực tràng.

Về thực hành hành vi nguy cơ, nghiên cứu ghi nhận những người có kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính có điểm số hành vi nguy cơ cao hơn (tức có nhiều hành vi nguy cơ hơn) so với những người có kết quả xét nghiệm âm tính. Kết quả này là phù hợp với kết quả về kiến thức dự phòng ung thư đại trực tràng của đối tượng trong nghiên cứu. Cụ thể, những người có kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính có điểm số kiến thức thấp hơn và điểm số hành vi nguy cơ cao hơn so với người có xét nghiệm âm tính. Theo đánh giá từ các nghiên cứu trước đó, kiến thức có mối liên quan đến thực hành, kiến thức càng cao, hành vi thực hành đúng càng cao. Mặc dù có nhiều nghiên cứu cho rằng, mối liên quan giữa kiến thức và thực hành có hay không còn tùy thuộc vào vấn đề sức khỏe hay mức độ phổ biến của bệnh đó trong cộng đồng. Đối với các bệnh lý chưa biết, kiến thức về vấn đề đó chưa cao thì hành vi nguy cơ sẽ không được kiểm soát. Trong khi đó, đối với các bệnh lý đã biết, việc thực hiện các hành vi nguy cơ còn tùy thuộc vào ý thức của đối tượng nghiên cứu. Nhiều cá thể mặc dù đã biết về các hành vi nguy cơ, được tiếp nhận nhiều hoạt động truyền thông, phổ biến nâng cao kiến thức nhưng không thực hiện thay đổi hành vi để đảm bảo về mặt sức khỏe. Ngoài ra, vấn đề thay đổi hành vi còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác như: đặc thù dân số, thói quen, phong tục - tập quán, trình độ học vấn,... Do đó, việc can thiệp nâng cao kiến thức cũng cần được thực hiện kèm phổ biến về kiểm soát hành vi, hỗ trợ thay đổi hành vi trong bối cảnh hiện tại thì sẽ đạt hiệu quả cao hơn so với chỉ can thiệp nâng cao kiến thức đơn độc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dựa trên kết quả phân tích và rút kinh nghiệm từ các nghiên cứu can

thiệp theo y văn, chúng tôi tiến hành các hoạt động can thiệp nhằm vừa nâng cao kiến thức, vừa hỗ trợ thay đổi hành vi của đối tượng nhằm đạt hiệu quả 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 ± 0,93 điểm xuống còn 1,45 ± 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.

4.3. Tính khoa học, ý nghĩa và thực tiễn của đề tài

Tính khoa học và thực tiễn

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.

Quản lý người bệnh có kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính: Tất cả đều đã được lập danh sách quản lý tại TYT xã. Những người này đều được cán bộ y tế /cộng tác viên y tế vãng gia nhằm tư vấn và hướng dẫn đến các bệnh viện để nội soi đại trực tràng, sau khi được tư vấn, hướng dẫn, các đối tượng đã đến tầm soát tại các bệnh viện tuyến trên.

Điểm mới 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.

Tính khả thi và duy trì: Các biện pháp phòng bệnh tăng thực hành, giảm nguy cơ cần tiếp tục một thời gian dài. Tổ chức thực hiện can thiệp quản lý dựa trên nguồn lực y tế cơ sở, dễ thực hiện và duy trì. Người dân sau truyền thông giáo dục và tư vấn đã nhận thức được trách nhiệm, quan tâm về bệnh tật để khám chữa bệnh và thực hiện các biện pháp phòng bệnh, thực hành hành vi có lợi cho sức khỏe, giảm yếu tố nguy cơ cho bệnh tật nên công tác phòng chống UTĐTT sẽ có khả năng tiếp tục duy trì thực hiện tốt tại địa phương dưới sự quản lý của trạm y tế xã trong những năm sau.

Khó khăn: Trong quá trình thực hiện, tuy đã được dự báo trước và có sự chuẩn bị nhưng nghiên cứu vẫn gặp phải một số khó khăn nhất định. Kiến thức phòng bệnh của đồng bào Khmer chưa cao, sự hợp tác còn hạn chế; Cần có phiên dịch tiếng Khmer. Một số hành vi nguy cơ đã trở thành thói quen từ lâu trong cộng đồng đồng bào Khmer như chế độ ăn, uống rượu bia, do đó, để thay đổi thói quen trong cộng đồng gặp nhiều khó khăn cần tiếp tục thời gian dài.

Triển khai sàng lọc ung thư đại trực tràng (UTĐTT) trong cộng đồng có thể đối mặt với một số khó khăn và thách thức như sau:

- Thiếu nhận thức và kiến thức: Một trong những khó khăn chính là thiếu nhận thức và kiến thức về UTĐTT trong cộng đồng. Người dân có thể

không hiểu về tác động của UTĐTT và tầm quan trọng của sàng lọc. Điều này có thể dẫn đến sự chưa nhận ra và tham gia vào chương trình sàng lọc.

- Tiếp cận và hạ tầng y tế: Việc triển khai sàng lọc UTĐTT yêu cầu hạ tầng y tế phải đủ mạnh để có thể tiếp cận được người dân và thực hiện các xét nghiệm. Tuy nhiên, trong một số khu vực, hạ tầng y tế có thể hạn chế, với sự thiếu hụt các trung tâm y tế và thiết bị cần thiết cho việc xét nghiệm UTĐTT.
- Vấn đề tài chính: Triển khai sàng lọc UTĐTT đòi hỏi sự đầu tư tài chính, bao gồm các chi phí liên quan đến xét nghiệm, giáo dục và thông tin, công tác ghi nhận và theo dõi kết quả. Trong một số trường hợp, việc tài trợ có thể hạn chế hoặc không đủ để duy trì và mở rộng chương trình sàng lọc.
- Sự phản ứng và sự tham gia của người dân: Một số người có thể không muốn tham gia vào sàng lọc UTĐTT do sự e ngại, lo lắng, hoặc sự không thoải mái với quá trình xét nghiệm. Những thách thức này có thể gây ra sự chậm trễ hoặc giảm sự tham gia của người dân.
- Quản lý và theo dõi kết quả: Quản lý và theo dõi kết quả của chương trình sàng lọc UTĐTT cũng đòi hỏi sự quan tâm và cẩn trọng. Cần có hệ thống quản lý dữ liệu hiệu quả để ghi nhận và theo dõi kết quả xét nghiệm, cung cấp hỗ trợ và quản lý điều trị cho những người có kết quả dương tính.

Để vượt qua những khó khăn này, cần có sự hợp tác giữa các cơ quan y tế, chính phủ và cộng đồng để tăng cường nhận thức, nâng cao hạ tầng y tế, tạo điều kiện tài chính, và đảm bảo sự tham gia và hỗ trợ của người dân. Các chiến dịch giáo dục và thông tin cũng rất quan trọng để tăng cường hiểu biết và khuyến khích tham gia vào chương trình sàng lọc UTĐTT.

4.4. Hạn chế của đề tài

Hạn chế đầu tiên của nghiên cứu là sử dụng bộ câu hỏi tự xây dựng. Cụ thể, do ảnh hưởng của dịch Covid-19, nhóm nghiên cứu cần đảm bảo tiến độ lấy mẫu, nên khi xây dựng bộ câu hỏi thời gian hạn chế nên việc đánh giá tính tin cậy và tính giá

trị chưa thực hiện đầy đủ. Việc đánh giá tính tin cậy và tính giá trị chủ yếu dừng lại ở tính tin cậy đối mặt và tính giá trị nội dung.

Về đánh giá kết quả can thiệp, nghiên cứu không thể thực hiện theo dõi dọc, không thể thực hiện bắt cặp do không đủ nguồn lực và thời gian tiến hành. Nghiên cứu tiến hành lấy mẫu độc lập theo từng thời điểm và đảm bảo tương đồng về một số đặc tính mẫu nghiên cứu như tuổi, giới,... Do đó, nghiên cứu không thể thực hiện ghép nối dữ liệu trước can thiệp và sau can thiệp ở mức độ cá nhân vì vậy hiệu quả có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác do hai nhóm trước và sau độc lập.

Nghiên cứu chưa ghi nhận và đánh giá chính xác về việc nhận các hoạt động can thiệp, việc này một phần khó đánh giá vì các hoạt động can thiệp được thực hiện lồng ghép và tiến hành cùng một lúc. Ngoài ra việc đánh giá cũng gặp nhiều khó khăn vì không thể ghi nhận được chính xác chất lượng nhận được ở mức độ cá thể, tức có tham gia đầy đủ các hoạt động hay tại mỗi hoạt động mức độ tham gia thế nào. Các nghiên cứu trong tương lai cần chú trọng thêm về yếu tố này để làm rõ sự tác động thật sự của từng hoạt động can thiệp và khi kết hợp các hoạt động với nhau trên từng nhóm đối tượng.

Nghiên cứu chưa thực hiện thu thập các biến số thông tin về dinh dưỡng chính xác bằng cách áp dụng kỹ thuật FFQ hay khảo sát khẩu phần ăn 24 giờ vì hoạt động trên cần nhiều nguồn lực, thời gian cũng như cơ chế tác động còn nhiều sự ảnh hưởng. Do đó, nghiên cứu chỉ ước lượng cơ bản một số thông tin nhằm cung cấp kết quả khái quát về sự tác động này đối với bệnh lý ung thư đại trực tràng. Các nghiên cứu chuyên biệt, chuyên sâu về lĩnh vực dinh dưỡng cần được tiến hành nhằm giải quyết kỹ hơn về chế độ ăn, khẩu phần ăn hay thành phần dinh dưỡng chính xác lên khả năng mắc ung thư đại trực tràng.

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

Thông qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi có một số kiến nghị sau:

Đối với ngành Y tế:

Về sàng lọc ung thư đại trực tràng: tiến hành định kì việc thực hiện xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bằng xét nghiệm máu ẩn trong phân, đặc biệt là đối với các đối tượng có độ tuổi từ 40 tuổi trở lên kèm theo các thói quen ăn ít rau quả, thường xuyên ăn thịt đỏ, thường xuyên ăn thức ăn chiên/xào và thường xuyên ăn thịt nướng.

Tăng cường hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe trong cộng đồng về kiến thức và thực hành đối với dự phòng trong bệnh lý ung thư đại trực tràng. Đối với kiến thức, cần chú trọng về các nội dung nhận biết sớm bệnh lý, các dấu hiệu cảnh báo, các yếu tố nguy cơ cũng như các phương pháp sàng lọc để người dân có thể chủ động hơn trong nhận biết các vấn đề sức khỏe bản thân. Đối với thực hành, cần chú trọng vào việc hướng dẫn chế độ ăn lành mạnh, kết hợp bổ sung kiến thức, diễn giải cho người bệnh về sự nguy hiểm của các chế độ ăn không lành mạnh đến sức khỏe, nhằm hướng người dân tự thay đổi hành vi và tự quản lý sức khỏe tốt hơn.

Đối với cộng đồng, người dân:

Chủ động tham gia tìm hiểu kiến thức thông qua các chương trình, hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe do địa phương tổ chức và qua các kênh thông tin y tế chính thống.

Thực hiện khám sức khỏe định kì để có thể nhận diện rõ hơn các nguy cơ mà bản thân đang có để từ đó được nhân viên y tế tư vấn, hướng dẫn.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CÔNG BỐ

STT	Tên công trình	Tác giả	Là tác giả chính	Năm công bố	Tên tạp chí
1	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	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	Lê Văn Tâm	2023	Tạp chí Y học dự phòng Tập 33, số 3 Phụ bản - 2023
2	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	Lê Văn Tâm, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Thành Chung	Lê Văn Tâm	2023	Tạp chí Y học dự phòng, Tập 33, số 6, 2023

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Quỳnh Anh, Nguyễn Thu Hà (2021), "Kiến thức, thái độ về sàng lọc ung thư đại trực tràng của người dân từ 50-75 tuổi trên địa bàn quận Hoàn Kiếm, Hà Nội năm 2019", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 503 (số 1), tr. 121-126.
2. Trần Văn Ánh (2011), "Văn hóa phum sóc trong đời sống tinh thần của người Khmer Tây Nam Bộ", *Di sản văn hóa phi vật thể*, 3 (36), tr. 48 - 52.
3. Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City (2019), "Sàng lọc sớm ung thư đại trực tràng tại Hà Nội", *Báo cáo kết quả chương trình sàng lọc ung thư đại trực tràng, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City*,
4. Nguyễn Thanh Bình (2016), *Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp*, Luận án tiến sĩ, chuyên ngành Y tế Công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương,
5. Bộ Y tế (2013) *Hướng dẫn sàng lọc và can thiệp giảm tác hại do sử dụng rượu bia*, Hà Nội, tr. 198.
6. Bộ Y tế (2014) *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tiêu hoá*, Quyết định số 3508/QĐ-BYT ngày 25 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y Tế, <https://kcb.vn/wp-content/uploads/2015/07/Huong-dan-QTKT-Tieu-Hoa.pdf>,
7. Bộ Y tế (2015) *Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015*, Hà Nội, tr. 1-3.
8. Bộ Y tế (2015) *Truyền thông phòng chống ung thư*, Hà Nội, tr. 6-49.
9. Bộ Y tế (2019) *Điểm tin Y tế ngày 05/4/2019*, https://moh.gov.vn/home?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_type=content&_101_urlTitle=-iem-tin-y-te-ngay-15-4-2019, 10/07/2020.

10. Nguyễn Thị Chín, Nguyễn Văn Quân (2013), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng tại bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng", *Tạp chí Y học Thực hành*, 899 (số 12), tr. 31-36.
11. Nguyễn Bá Đức, Bùi Diêu, Trần Văn Thuấn (2010), "Tình hình mắc ung thư tại Việt Nam qua số liệu của 6 vùng ghi nhận giai đoạn 2004-2008", *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 1, tr. 73-80.
12. Nguyễn Văn Vy Hậu, Nguyễn Hải Thủy (2012), "Tầm soát và dự báo tiền đái tháo đường và đái tháo đường chưa được chẩn đoán ở đối tượng trên 45 tuổi qua một số thang điểm", *Tạp chí Nội tiết đái tháo đường*, 1 (6), tr. 749-758.
13. Nguyễn Văn Hiếu, Võ Văn Xuân (2008) *Ung thư đại, trực tràng và ống hậu môn, Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư*, Nhà xuất bản Y học - Hà Nội, tr. 223-235.
14. Nguyễn Vĩnh Huy (2017), *Kiến thức - thái độ - thực hành phòng ngừa ung thư đại trực tràng ở người dân tại thị xã Lagi, tỉnh Bình Thuận năm 2017*, Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Y học Dự phòng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr. 73.
15. Phạm Gia Khải (2003), "Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía bắc Việt Nam 2001-2002", *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, 33 (1), tr. 9-34.
16. Nguyễn Công Khẩn (2008) *Dinh dưỡng cộng đồng và an toàn vệ sinh thực phẩm*, Bộ Y tế, NXB Giáo dục, Hà Nội, tr. 117-120.
17. Nguyễn Văn Lành (2014), *Thực trạng bệnh đái tháo đường, tiền đái tháo đường ở người Khmer tỉnh Hậu Giang và đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp*, Luận án tiến sĩ y học, Chuyên ngành Vệ sinh Xã hội học và Tổ chức y tế Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương,
18. Lê Hoàng Minh, Phạm Xuân Dũng, Đặng Huy Quốc Thịnh (2014), "5 ung thư hàng đầu của Thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 3, tr. 18-27.
19. Hoàng Văn Minh (2019) *Phương pháp nghiên cứu can thiệp: Thiết kế và phân tích thống kê*, Nhà Xuất bản y học, Hà Nội,

20. Cao Mỹ Phượng (2012), *Nghiên cứu kết quả can thiệp cộng đồng phòng chống tiền đái tháo đường-đái tháo đường type II tại huyện Cầu Ngang, tỉnh Trà Vinh năm 2012*, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Huế,, tr. 2-10.
21. Cao Mỹ Phượng, Nguyễn Văn Lơ, Hồ Minh Xuân, và cộng sự (2013), "Nghiên cứu tỷ lệ tăng huyết áp và liên quan với một số yếu tố nguy cơ ở người 40 tuổi trở lên tại tỉnh trà Vinh năm 2012", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 65, tr. 1-7.
22. Nguyễn Quang Quyền (1997) *Atlas Giải phẫu người*, Sách dịch, tái bản lần 2, NXB Y học,
23. Nguyễn Quang Quyền (2015) *Bài giảng Giải phẫu học*, Nhà Xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 168-180.
24. Nguyễn Văn Tập, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Văn Lành, Trần Văn Hương (2017) *Đặc điểm dân số, văn hóa, xã hội và kinh tế của đồng bào Khmer*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 13-22.
25. Đỗ Quốc Tiệp, Mai Xuân Sự, Phan Tiến Hoàng, Nguyễn Kim Thành, Nguyễn Việt Phong, Đỗ Bá Tý (2015) *Nghiên cứu kiến thức của người dân về phòng chống bệnh ung thư tại Quảng Bình*, *Sở Y tế Quảng Bình*, tr. 75-82.
26. Nguyễn Xuân Thành, Nguyễn Thị Lua, Nguyễn Thị Thắm, Phạm Thanh Hải (2019), "Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống một số bệnh ung thư thường gặp của người dân thị xã Từ Sơn, Bắc Ninh năm 2018", *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 29 (số 9), tr. 144.
27. Chu Hồng Thắng, Dương Hồng Thái, Trịnh Văn Hùng (2012), "Một số nguy cơ tăng huyết áp ở người Nùng trưởng thành tại Thái Nguyên", *Tạp chí Y học thực hành*, 2 (950), tr. 67-71.
28. Nguyễn Duy Thắng (2013), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Nông nghiệp", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 17 (3), tr. 85-89.
29. Huỳnh Quyết Thắng, Hồ Long Hiển, Võ Văn Kha (2013), "Kết quả ghi nhận ung thư tại Cần Thơ 2005-2011", *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 3, pp. 50-60.

30. Nguyễn Sào Trung (2006), "Đặc điểm giải phẫu bệnh - nội soi của polyp đại trực tràng", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 10 (4), tr. 205-211.
31. Trường Đại học Y Dược Huế (2011) *Ung thư đại tràng, ung thư trực tràng*, tr. 253-265.
32. Ủy ban nhân dân tỉnh Trà Vinh (2020) *Lịch sử hình thành*, Cổng thông tin điện tử tỉnh Trà Vinh, <https://travinh.gov.vn/1426/37930/65514/lich-su-hinh-thanh>,

TIẾNG ANH

33. Al Wutayd O, Alamri F, Ali AM, Kassim KA, Ibrahim AK (2015), "Colorectal cancer risk factors: a study of knowledge, attitude, and practice among adults in Riyadh, Saudi Arabia", *Cancer Research Journal*, 3 (5), pp. 94-99.
34. Al-Dubai Sami AR, Ganasegeran K, Alabsi Aied M, Shah Shamsul A, Razali Farid MM, Arokiasamy John T (2013), "Exploration of risk taking behaviors and perceived susceptibility of colorectal cancer among Malaysian adults: a community based cross-sectional study", *BMC public health*, 13 (1), pp. 1-8.
35. Austin H, Henley SJ, King J, Richardson LC, Ehemann C (2014), "Changes in colorectal cancer incidence rates in young and older adults in the United States: what does it tell us about screening", *Cancer causes & control*, 25 (2), pp. 191-201.
36. Australian, Government Department of Health Ageing (2005) *The Australian Bowel Cancer Screening Pilot Program and Beyond: Final Evaluation Report*. Commonwealth of Australia Canberra.
37. Bărbulescu L-N, Mogoantă S-Ș, Bărbulescu L-F, Kamal C, Popa D-L, Popa R-T (2023), "A Pilot Colorectal Cancer Study Using Fecal Occult Blood Tests and Colonoscopy to Identify the Weaknesses of the Romanian Public Healthcare System before Implementing National Screening", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20 (3), pp. 2531.
38. Bich NN, Van Hieu N, Van Quyet H, Do D, Le Thi T (2009), "Cooking temperature, heat-generated-carcinogens, and the risk of stomach and

- colorectal cancers", *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 10, pp. 83-86.
39. Bingham SA, Hughes R, Cross AJ (2002), "Effect of white versus red meat on endogenous N-nitrosation in the human colon and further evidence of a dose response", *The Journal of nutrition*, 132 (11), pp. 3522S-3525S.
40. Boleij A, van Gelder MM, Swinkels DW, Tjalsma H (2011), "Clinical Importance of *Streptococcus gallolyticus* infection among colorectal cancer patients: systematic review and meta-analysis", *Clinical Infectious Diseases*, 53 (9), pp. 870-8.
41. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: a cancer journal for clinicians*, 68 (6), pp. 394-424.
42. Cameron E, Rose S, Carey M (2014), "Assessment of family history of colorectal cancer in primary care: Perceptions of first degree relatives of people with colorectal cancer", *Patient Education and Counseling*, 94 (3), pp. 427-431.
43. Corpet DE (2011), "Red meat and colon cancer: should we become vegetarians, or can we make meat safer?", *Meat science*, 89 (3), pp. 310-316.
44. Crawford JM (1994) *The Gastrointestinal tract*, Pathologic basis of disease, pp. 775-829.
45. Cristi-Montero C (2016) Considerations regarding the use of metabolic equivalents when prescribing exercise for health: preventive medicine in practice. Taylor & Francis.
46. Chiang T-H, Lee Y-C, Tu C-H, Chiu H-M, Wu M-S (2011), "Performance of the immunochemical fecal occult blood test in predicting lesions in the lower gastrointestinal tract", *Canadian Medical Association Journal*, 183 (13), pp. 1474-1481.

47. Cho E, Smith-Warner SA, Ritz J, Van Den Brandt PA, Colditz GA, Folsom AR, et al. (2004), "Alcohol intake and colorectal cancer: a pooled analysis of 8 cohort studies", *Annals of internal medicine*, 140 (8), pp. 603-613.
48. Christodoulou D, Kandel G, Tsianos EV, Marcon N (2007), "Endoscopic resection of colonic polyps-a review", *Annals of gastroenterology*,
49. Christou A, Thompson SC (2012), "Colorectal cancer screening knowledge, attitudes and behavioural intention among Indigenous Western Australians", *BMC public health*, 12 (1), pp. 528.
50. Demeyer D, Mertens B, De Smet S, Ulens M (2016), "Mechanisms linking colorectal cancer to the consumption of (processed) red meat: a review", *Critical reviews in food science and nutrition*, 56 (16), pp. 2747-2766.
51. Doleman B, Mills KT, Lim S, Zelhart MD, Gagliardi G (2016), "Body mass index and colorectal cancer prognosis: a systematic review and meta-analysis", *Techniques in coloproctology*, 20 (8), pp. 517-535.
52. Durko L, Malecka-Panas E (2014), "Lifestyle modifications and colorectal cancer", *Current colorectal cancer reports*, 10 (1), pp. 45-54.
53. Ersig AL, Williams JK, Hadley DW, Koehly LM (2009), "Communication, encouragement, and cancer screening in families with and without mutations for hereditary nonpolyposis colorectal cancer: a pilot study", *Genetics in Medicine*, 11 (10), pp. 728-734.
54. Farvid MS, Sidahmed E, Spence ND, Mante Angua K, Rosner BA, Barnett JB (2021), "Consumption of red meat and processed meat and cancer incidence: a systematic review and meta-analysis of prospective studies", *European Journal of Epidemiology*, 36 (9), pp. 937-951.
55. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. (2015), "Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012", *International journal of cancer*, 136 (5), pp. E359-E386.

56. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. (2018) Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018.
57. Gan Y, Wu J, Zhang S, Li L, Cao S, Mkandawire N, et al. (2017), "Association of coffee consumption with risk of colorectal cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies", *Oncotarget*, 8 (12), pp. 18699.
58. Gordon PH (2007), "Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus", *Third Edition*, pp. 23.
59. Gram IT, Park SY, Wilkens LR, Haiman CA, Le Marchand L (2020), "Smoking-Related Risks of Colorectal Cancer by Anatomical Subsite and Sex", *American Journal of Epidemiology*, 189 (6), pp. 543-553.
60. Haas SL, Ye W, Löhr JM (2012), "Alcohol consumption and digestive tract cancer", *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 15 (5), pp. 457-467.
61. Harvard, School of Public Health (2011) *The nutrition source alcohol: balancing risks and benefits*, Harvard School, USA
62. He X, Sun L-m (2016), "Dietary intake of flavonoid subclasses and risk of colorectal cancer: Evidence from population studies", *Oncotarget*, 7 (18), pp. 26617.
63. Hol L, Wilschut JA, van Ballegooijen M, Van Vuuren AJ, van der Valk H, Reijerink JCIY, et al. (2009), "Screening for colorectal cancer: random comparison of guaiac and immunochemical faecal occult blood testing at different cut-off levels", *British journal of cancer*, 100 (7), pp. 1103-1110.
64. Hori M, Sawada N, Kito K, Yamaji T, Iwasaki M, Inoue M, et al. (2023), "Vegetable and fruit intake and colorectal cancer risk by smoking status in adults: The Japan Public Health Center-based Prospective Study", *European Journal of Clinical Nutrition*, 77 (2), pp. 255-263.
65. International Agency of Research on Cancer (2000), "WHO Classification of Tumors", *IARC Press, Lyon*, pp. 103-145.

66. Jayasinghe M, Prathiraja O, Caldera D, Jena R, Coffie-Pierre JA, Silva MS, et al. (2023), "Colon Cancer Screening Methods: 2023 Update", *Cureus*, 15 (4), pp. e37509.
67. Jette M, Sidney K, Blümchen G (1990), "Metabolic equivalents (METS) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity", *Clinical cardiology*, 13 (8), pp. 555-565.
68. Jiang Y, Ben Q, Shen H, Lu W, Zhang Y, Zhu J (2011), "Diabetes mellitus and incidence and mortality of colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of cohort studies", *European journal of epidemiology*, 26 (11), pp. 863-876.
69. Johnson CM, Wei C, Ensor JE, Smolenski DJ, Amos CI, Levin B, et al. (2013), "Meta-analyses of colorectal cancer risk factors", *Cancer causes & control*, 24 (6), pp. 1207-1222.
70. Joshi AD, Kim A, Lewinger JP, Ulrich CM, Potter JD, Cotterchio M, et al. (2015), "Meat intake, cooking methods, dietary carcinogens, and colorectal cancer risk: findings from the Colorectal Cancer Family Registry", *Cancer Medicine*, 4 (6), pp. 936-952.
71. Katz ML, Heaner S, Reiter P, Van Putten J, Murray L, McDougale L, et al. (2009), "Development of an educational video to improve patient knowledge and communication with their healthcare providers about colorectal cancer screening", *American Journal of Health Education*, 40 (4), pp. 220-228.
72. Kushi LH, Doyle C, McCullough M, Rock CL, Demark-Wahnefried W, Bandera EV, et al. (2012), "American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity", *CA: a cancer journal for clinicians*, 62 (1), pp. 30-67.
73. Laurent C, Leblanc F, Wutrich P, Scheffler M, Rullier E (2009), "Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: long-term oncologic results", *Annals of Surgery*, 250 (1), pp. 54-61.

74. Lee J, Shin A, Oh JH, Kim J (2017), "Colors of vegetables and fruits and the risks of colorectal cancer", *World J Gastroenterol*, 23 (14), pp. 2527-2538.
75. Lei X, Song S, Li X, Geng C, Wang C (2021), "Excessive body fat at a young age increases the risk of colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis", *Nutrition and Cancer*, 73 (9), pp. 1601-1612.
76. Leufkens AM, Van Duijnhoven F JB, Siersema PD, Boshuizen HC, Vrieling A, Agudo A, et al. (2011), "Cigarette smoking and colorectal cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study", *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 9 (2), pp. 137-144.
77. Leung JSM (2019), "Streptococcus gallolyticus endocarditis-an uncommon but serious complication of constipation management", *Hong Kong Medical Journal*, 25 (3), pp. 257.
78. Logan R FA, Patnick J, Nickerson C, Coleman L, Rutter MD, von Wagner C (2012), "Outcomes of the Bowel Cancer Screening Programme (BCSP) in England after the first 1 million tests", *Gut*, 61 (10), pp. 1439-1446.
79. Macrae FA (2016), "Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors, and protective factors", *Uptodate com [ažurirano 9. lipnja 2017]*,
80. Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH (1999), "Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood", *Journal of the National Cancer Institute*, 91 (5), pp. 434-437.
81. Milibari AA (2023), "Awareness, Attitude and Knowledge of Colorectal Cancer (Crc) In Saudi Arabia: A Systematic Review Study", *Health Sci J*, 17 (7), pp. 1-5.
82. National Comprehensive Cancer Network (2021) *Colorectal cancer screening*,
83. Norat T, Bingham S, Ferrari P, Slimani N, Jenab M, Mazuir M, et al. (2005), "Meat, fish, and colorectal cancer risk: the European Prospective Investigation into cancer and nutrition", *Journal of the national cancer institute*, 97 (12), pp. 906-916.

84. Nguyen TB, Nguyen VT, TT Tran, et al (2016), "Smoking and related factors in Khmer ethnic people from 25 to 64 years old in Tra Vinh province", *Journal of Functional Ventilation and Pulmonology*, 22 (7), pp. 1-7.
85. Orange ST (2023), "What is the optimal type and dose of physical activity for colorectal cancer prevention?", *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 66, pp. 101841.
86. Oum S, Prak P, Khuon E, et al (2010) *Prevalence of non-communicable disease risk factor in Cambodia*, Cambodia pp. 66.
87. Pang Y, Kartsonaki C, Guo Y, Chen Y, Yang L, Bian Z, et al. (2018), "Diabetes, plasma glucose and incidence of colorectal cancer in Chinese adults: a prospective study of 0.5 million people", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72 (10), pp. 919-925.
88. Quang LN, Hien NQ, Quang NT, Chung NT (2019), "Active lifestyle patterns reduce the risk of colorectal cancer in the north of Vietnam: a hospital-based case–control study", *Cancer Control*, 26 (1)
89. Rakhshanderou S, Maghsoudloo M, Safari-Moradabadi A, Ghaffari M (2020), "Theoretically designed interventions for colorectal cancer prevention: a case of the health belief model", *BMC Medical Education*, 20 (1), pp. 270.
90. Ransohoff DF, Lang CA (1997), "Screening for colorectal cancer with the fecal occult blood test: a background paper. American College of Physicians", *Annals of internal medicine*, 126 (10), pp. 811-822.
91. Rawla P, Sunkara T, Barsouk A (2019), "Epidemiology of colorectal cancer: Incidence, mortality, survival, and risk factors", *Przegląd Gastroenterologiczny*, 14 (2), pp. 89.
92. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M (2008), "Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies", *The Lancet*, 371 (9612), pp. 569-578.

93. Ribbing WH, Blom J, Höijer J, Hultcrantz R (2019), "Fecal immunochemical test in colorectal cancer screening: colonoscopy findings by different cut-off levels", *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 34 (1), pp. 103-112.
94. Seitz HK, Simanowski UA, Garzon FT, Rideout JM, Peters TJ, Koch A, et al. (1990), "Possible role of acetaldehyde in ethanol-related rectal cocarcinogenesis in the rat", *Gastroenterology*, 98 (2), pp. 406-413.
95. Selby K, Levine EH, Doan C, Gies A, Brenner H, Quesenberry C, et al. (2019), "Effect of sex, age, and positivity threshold on fecal immunochemical test accuracy: a systematic review and meta-analysis", *Gastroenterology*, 157 (6), pp. 1494-1505.
96. Sessa A, Abbate R, Di Giuseppe G, Marinelli P, Angelillo IF (2008), "Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy", *BMC cancer*, 8 (1), pp. 171.
97. Siegel RL, Sahar L, Robbins A, Jemal A (2015), "Where can colorectal cancer screening interventions have the most impact?", *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 24 (8), pp. 1151-1156.
98. Steele R JC, McClements PL, Libby G, Black R, Morton C, Birrell J, et al. (2009), "Results from the first three rounds of the Scottish demonstration pilot of FOBT screening for colorectal cancer", *Gut*, 58 (4), pp. 530-535.
99. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71 (3), pp. 209-249.
100. Toes-Zoutendijk E, van Leerdam ME, Dekker E, Van Hees F, Penning C, Nagtegaal I, et al. (2017), "Real-time monitoring of results during first year of Dutch colorectal cancer screening program and optimization by altering fecal immunochemical test cut-off levels", *Gastroenterology*, 152 (4), pp. 767-775.
e2.

101. Tsilidis KK, Kasimis JC, Lopez DS, Ntzani EE, Ioannidis J PA (2015), "Type 2 diabetes and cancer: umbrella review of meta-analyses of observational studies", *BMJ*, 350, pp. g7607.
102. Wolf A MD, Fontham E TH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, et al. (2018), "Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society", *CA: a cancer journal for clinicians*, 68 (4), pp. 250-281.
103. Wong M C-s, Chan C-h, Cheung W, Fung D-h, Liang M, Huang J L-w, et al. (2018), "Association between investigator-measured body-mass index and colorectal adenoma: a systematic review and meta-analysis of 168,201 subjects", *European journal of epidemiology*, 33, pp. 15-26.
104. World Health Organization (2004), "Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies", *Lancet*, 363, pp. 157-163.
105. World Health Organization (2008) *Waist Circumference and Waist – Hip Ratio*, World Health Organization, Geneva, pp. 20-21.
106. World Health Organization (2014) *Global status report on noncommunicable diseases 2014*, World Health Organization,
107. World Health Organization (2021) *STEPwise approach to NCD risk factor surveillance (STEPS)*, <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>, accessed 15/7/2021.
108. Ye P, Xi Y, Huang Z, Xu P (2020), "Linking Obesity with Colorectal Cancer: Epidemiology and Mechanistic Insights", *Cancers (Basel)*, 12 (6)
109. Zhang C, Cheng Y, Luo D, Wang J, Liu J, Luo Y, et al. (2021), "Association between cardiovascular risk factors and colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies", *EClinicalMedicine*, 34, pp. 100794.

110. Zhao Z, Feng Q, Yin Z, Shuang J, Bai B, Yu P, et al. (2017), "Red and processed meat consumption and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis", *Oncotarget*, 8 (47), pp. 83306.

PHỤ LỤC 1

PHIẾU THÔNG TIN VÀ CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

1. ĐỐI VỚI NGƯỜI DÂN KHMER TRONG CỘNG ĐỒNG

BẢN THÔNG TIN VÀ CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

(Dành cho người tham gia nghiên cứu là người dân Khmer tại cộng đồng)

Tên 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***

Nghiên cứu viên chính: ThS.BS. Lê Văn Tâm

Đơn vị chủ trì: Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1. Mục đích

Nhằm cung cấp thông tin khoa học về thực trạng một số yếu tố nguy cơ ung thư đại trực tràng ở người Khmer, tỉnh Trà Vinh, đồng thời có bằng chứng khoa học để triển khai giải pháp can thiệp phòng chống bệnh ung thư đại trực tràng trong cộng đồng, chúng tôi mời ông/bà tham gia 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***”.

Trước khi quyết định đồng ý hay không đồng ý tham gia nghiên cứu, ông/bà nên đọc kỹ và hiểu rõ mục đích của nghiên cứu, những lợi ích, nguy cơ có thể xảy ra khi ông/bà (hoặc cho người được ông/bà bảo hộ) tham gia nghiên cứu. Phiếu cung cấp thông tin này sẽ cung cấp các thông tin chi tiết về nghiên cứu để giúp ông/bà có thể tự đưa ra quyết định tham gia nghiên cứu hay không. Ông/bà sẽ được đọc bản cung cấp thông tin này và ký vào bản chấp thuận nếu muốn tham gia (hoặc cho người được ông/bà bảo hộ tham gia) nghiên cứu. Ông/bà cũng được đặt các câu hỏi mà mình chưa rõ cho các nghiên cứu viên. Ông/bà cũng có thể thảo luận với gia đình, bạn bè, người thân của mình trước khi quyết định tham gia nghiên cứu.

2. Tiến hành nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành điều tra trên những người dân từ 40 tuổi trở lên ở các xã thuộc tỉnh Trà Vinh. Tổng số mẫu nghiên cứu: 1843 người dân.

Nếu ông/bà đồng ý tham gia vào nghiên cứu này anh chị sẽ ký xác nhận đồng ý và chúng tôi sẽ lấy mẫu phân để xét nghiệm bằng dụng cụ chuyên dụng đảm bảo theo qui trình chuẩn của Viện vệ sinh Dịch tễ Trung ương. Việc lấy mẫu phân xét

nghiệm cần có sự cộng tác của ông/bà, chúng tôi sẽ hướng dẫn cụ thể những nội dung ông/bà cần thực hiện.

Chúng tôi sẽ phỏng vấn một số thông tin về đặc điểm dân số xã hội học như tuổi, giới tính, công việc ...; thông tin về tiếp cận y tế; thông tin về một số thói quen sinh hoạt có liên quan đến bệnh ung thư đại trực tràng của ông/bà.

3. Những ai sẽ được tham gia vào nghiên cứu này

Những người thuộc đồng bào Khmer ở độ tuổi từ 40 tuổi trở lên, Có thời gian cư trú trên địa bàn tỉnh Trà Vinh ≥ 1 năm, có đủ sức khỏe để tham gia trả lời các câu hỏi phỏng vấn, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

4. Khi tham gia nghiên cứu sẽ gặp nguy cơ gì

Được sự đồng ý của ông/bà và mẫu phân xét nghiệm do ông/bà cung cấp nên sẽ không có rủi ro nào ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của ông/bà.

Thông tin về bệnh của ông/bà sẽ không ai biết ngoại trừ bác sĩ và nhóm nghiên cứu. Tên ông/bà sẽ được bảo mật bằng hình thức mã hóa và không được công bố trên bất cứ một tài liệu nào.

Để làm xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân anh/chị (ông/bà) không phải trả tiền lấy mẫu, dụng cụ lấy mẫu cũng như phân tích kết quả.

5. Những lợi ích khi tham gia nghiên cứu

Khi ông/bà tham gia vào nghiên cứu này, ông/bà sẽ được xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng miễn phí (xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân – FOBT) và được trả lời kết quả trong vòng 4 tuần tính từ thời điểm lấy mẫu. Khi biết kết quả xét nghiệm ông/bà sẽ được tư vấn điều trị hợp lý.

Ông/bà sẽ được bồi dưỡng năm mươi nghìn đồng (50.000 VNĐ) để bù lại thời gian ông bà đã dành để trả lời thông tin. Kinh phí sẽ được gửi cho ông/bà ngay sau khi hoàn thành việc cung cấp mẫu và trả lời các câu hỏi liên quan.

6. Sự tự nguyện

Ông/bà hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Nhân viên y tế không ép buộc ông/bà tham gia. Nếu ông/bà không tham gia vào nghiên cứu này ông/bà vẫn được chăm sóc y tế theo quy định của nhà nước.

7. Thông tin liên hệ

NCS Lê Văn Tâm, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

Điện thoại: 0918 023323 email:

Thư ký Hội đồng đạo đức Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương: PGS Nguyễn Thị Thùy Dương. Điện thoại: 024 39721923.

II. CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên đây, đã có cơ hội xem xét và đặt câu hỏi về thông tin liên quan đến nội dung trong nghiên cứu này. Tôi đã nói chuyện trực tiếp với nghiên cứu viên và được trả lời thỏa đáng tất cả các câu hỏi. Tôi nhận một bản sao của Bản Thông tin cho đối tượng nghiên cứu và chấp thuận tham gia nghiên cứu này. Tôi tự nguyện đồng ý tham gia.

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên _____ Chữ ký _____

Ngày tháng năm _____

Chữ ký của người làm chứng hoặc của người đại diện hợp pháp (nếu áp dụng):

Họ tên _____ Chữ ký _____

Ngày tháng năm _____

Chữ ký của Nghiên cứu viên/người lấy chấp thuận:

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng bệnh nhân/người tình nguyện tham gia nghiên cứu ký bản chấp thuận đã đọc toàn bộ bản thông tin trên đây, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho Ông/Bà và Ông/Bà đã hiểu rõ bản chất, các nguy cơ và lợi ích của việc Ông/Bà tham gia vào nghiên cứu này.

Họ tên _____ Chữ ký _____

Ngày tháng năm _____

PHỤ LỤC 2
PHIẾU SÀNG LỌC VÀ KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN
BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRẰNG Ở ĐỒNG BÀO KHMER
TẠI TỈNH TRÀ VINH

Thông tin chung:

N1: Mã số người phỏng vấn: _____

N2: Mã số người được phỏng vấn: _____

N3: Mã số địa điểm nghiên cứu: _____

PHẦN A: THÔNG TIN VỀ DÂN SỐ HỌC			Cột mã số	
A1	Phái (ghi nhận Nam/Nữ theo quan sát)	Nam	1	<input type="checkbox"/>
		Nữ	2	
A2	Năm của Ông/Bà?	Năm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
A3	Trình độ học vấn của Ông/Bà?	Không theo trường lớp	1	<input type="checkbox"/>
		Chưa xong tiểu học	2	
		Tốt nghiệp tiểu học	3	
		Tốt nghiệp THCS	4	
		Tốt nghiệp THPT	5	
		Tốt nghiệp ĐH/CĐ/THCN	6	
		Trình độ sau ĐH	7	
A4	Tình trạng công việc chính của Ông/Bà trong 12 tháng qua?	Công nhân viên nhà nước	1	<input type="checkbox"/> <i>Ghi rõ:</i>
		Làm thuê, công nhân	2	
		Tự làm chủ	3	
		Làm không công	4	
		Nội trợ	5	
		Nghỉ hưu	6	
		Thất nghiệp (có thể làm việc)	7	
		Thất nghiệp (không thể làm việc)	8	
A5	Có bao nhiêu người trên 18 tuổi sống trong nhà của Ông/Bà? (Kể cả người được phỏng vấn)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> người
A6	Tính trong năm vừa qua , Ông/Bà có thể cho biết thu nhập bình quân của gia đình Ông/Bà? (đơn vị là đồng VN)	Mỗi tuần	
		HAY mỗi tháng	
		HAY mỗi năm	
		Từ chối trả lời		<input type="checkbox"/> từ chối đến A7

A7	Nếu Ông/Bà không biết chính xác, Ông/Bà có thể ước lượng thu nhập hàng tháng của gia đình, nếu như tôi đưa ra một số chọn lựa, đó là:	<2.150.000	1	<input type="checkbox"/>
		2.150.000 - <4.300.000	2	
		4.300.000 - <6.450.000	3	
		6.450.000 - <8.600.000	4	
		>=8.600.000	5	
	Từ chối trả lời	8		
A8	Gia đình Ông/Bà thuộc nhóm nào:	Hộ nghèo	1	<input type="checkbox"/>
		Hộ cận nghèo	2	
		Hộ không nghèo	3	

PHẦN B: TIẾP CẬN CHĂM SÓC Y TẾ					
B1	Ông/Bà có nhận được thông tin về bệnh liên quan đến đại trực tràng không?	Có Không	1 2	<input type="checkbox"/>	Nếu không đến B3
B2	Ông/Bà nhận được thông tin từ những nguồn nào? (có thể chọn nhiều đáp án)	Nhân viên y tế Tivi Radio/loa phát thanh Sách, báo Bạn bè, thân nhân Internet	1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nếu có ghi số 1, không thì ghi số 2
B3	Ông/Bà có bảo hiểm y tế không?	Có không	1 2	<input type="checkbox"/>	Nếu không đến B5
B4	Nếu có, Loại BHYT gì?	Người nghèo Chế độ chính sách Tự nguyện	1 2 3	<input type="checkbox"/>	
B5	Ông/Bà và gia đình thường khám bệnh ở đâu? (có thể chọn nhiều đáp án)	Trạm y tế Bệnh viện huyện Phòng mạch tư Cơ sở đông y Khác (ghi rõ)	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nếu có ghi số 1, không thì ghi số 2 Chọn 1 đến B7 Chọn 2,3,4,5 đến B6
B6	Lý do Ông/Bà đến khám trạm y tế là? (có thể chọn nhiều đáp án)	Gần nhà Nhân viên y tế thân thiện Chuyên môn giỏi Miễn phí Khác (ghi rõ)	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nếu có ghi số 1, không thì ghi số 2

B7	Lý do Ông/Bà không đến khám trạm y tế là? (có thể chọn nhiều đáp án)	Xa nhà	1	<input type="checkbox"/>	<i>Nếu có ghi số 1, không thì ghi số 2</i>
		Thái độ phục vụ	2	<input type="checkbox"/>	
		Chuyên môn	3	<input type="checkbox"/>	
		Thiếu phương tiện trang thiết bị	4	<input type="checkbox"/>	
		Khác (ghi rõ)	5	<input type="checkbox"/>	
.....					
B8	Tần suất đi khám chữa bệnh tại cơ sở y tế trong 1 năm qua (tại các bệnh viện, phòng khám, trạm y tế hoặc trung tâm y tế)	Hàng ngày	1	<input type="checkbox"/>	
		Hàng tuần	2		
		Hàng tháng	3		
		Hàng quý	4		
		Thỉnh thoảng (từ 1-3 lần)	5		
		Không đi khám	6		

PHẦN C: TIỀN SỬ MẮC BỆNH LÝ ĐẠI TRỰC TRÀNG					
C1	Lần gần đây nhất Ông/Bà đi khám chữa bệnh là khi nào?	Trong vòng 12 tháng	1	<input type="checkbox"/>	
		1-5 năm qua	2		
		Hơn 5 năm qua	3		
		Không nhớ	4		
C2	Ông/Bà đã từng được chẩn đoán mắc UTĐTT nào chưa?	Đã từng	1	<input type="checkbox"/>	<i>Chọn 2, đến câu C5</i>
		Chưa từng	2		
C3	Nếu có, là bệnh gì?	Ung thư đại trực tràng	1	<input type="checkbox"/>	<i>Nếu có ghi số 1, không thì ghi số 2</i>
		Polyp đại trực tràng	2	<input type="checkbox"/>	
		Viêm loét đại trực tràng	3	<input type="checkbox"/>	
		Hội chứng ruột kích thích	4	<input type="checkbox"/>	
		Bệnh trĩ	5	<input type="checkbox"/>	
		Bệnh Corhn	6	<input type="checkbox"/>	
		Bệnh khác: (ghi rõ):	7	<input type="checkbox"/>	
.....					
C4	Ông/Bà có được bác sĩ hay các nhân viên y tế chỉ định các điều trị nào sau đây:				
Chỉ định chế độ ăn, uống đặc biệt.	Có	1	<input type="checkbox"/>		
	Không	2			
Lời khuyên hay điều trị để giảm cân	Có	1	<input type="checkbox"/>		
	Không	2			
Lời khuyên hay điều trị để ngưng hút thuốc lá	Có	1	<input type="checkbox"/>		
	Không	2			
Lời khuyên hay điều trị để hạn chế hoặc ngưng uống rượu bia	Có	1	<input type="checkbox"/>		
	Không	2			
Lời khuyên nên bắt đầu hoặc tăng cường tập thể dục	Có	1	<input type="checkbox"/>		
	Không	2			

	Ông/Bà có đang sử dụng bất kỳ loại thuốc nam hoặc phương pháp y học cổ truyền nào để điều trị bệnh đại trực tràng không?	Có	1	<input type="checkbox"/>	
		Không	2	<input type="checkbox"/>	
C5	Trong gia đình của Ông/Bà, có người nào đã từng mắc ung thư không?	Có	1	<input type="checkbox"/>	
		Không	2	<input type="checkbox"/>	
C6	Nếu có, là ai đã từng mắc?	Ông/Bà	1	<input type="checkbox"/>	<i>Nếu có ghi số 1, không thì ghi số 2</i>
		Cha/mẹ	2	<input type="checkbox"/>	
		Anh/chị/em ruột	3	<input type="checkbox"/>	
		Họ hàng khác (ghi rõ):	4	<input type="checkbox"/>	

PHẦN D: KIẾN THỨC PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐẠI TRỰC TRÀNG

D1	Theo Ông/Bà, đại trực tràng là phần nào của đường tiêu hóa	Phần đầu	1	<input type="checkbox"/>	
		Phần giữa	2	<input type="checkbox"/>	
		Phần cuối	3	<input type="checkbox"/>	
D2	Ông/Bà biết những bệnh nào là bệnh đại trực tràng thường gặp?	Ung thư đại trực tràng	1	<input type="checkbox"/>	<i>Nếu có ghi số 1, không thì ghi số 2</i>
		Polyp đại trực tràng	2	<input type="checkbox"/>	
		Viêm loét đại trực tràng	3	<input type="checkbox"/>	
		Hội chứng ruột kích thích	4	<input type="checkbox"/>	
		Bệnh trĩ	5	<input type="checkbox"/>	
		Bệnh Crohn	6	<input type="checkbox"/>	
		Bệnh khác: (ghi rõ):	7	<input type="checkbox"/>	
D3	Ông/Bà có biết những dấu hiệu triệu chứng gợi ý mắc ung thư đại trực tràng không?	Có	1	<input type="checkbox"/>	
		Không	2	<input type="checkbox"/>	
D4	Theo Ông/Bà, đó là những dấu hiệu nào? (Có thể chọn nhiều đáp án)	Bị thay đổi thói quen đi đại tiện	1	<input type="checkbox"/>	<i>Nếu có ghi số 1, không thì ghi số 2</i>
		Thường xuyên táo bón, tiêu chảy thất thường	2	<input type="checkbox"/>	
		Có máu trong phân	3	<input type="checkbox"/>	
		Mệt mỏi, sụt cân không rõ lý do	4	<input type="checkbox"/>	

		Thường xuyên có cảm giác muốn đi cầu mặc dù đi cầu không có phân	5	<input type="checkbox"/>	
		Thường đau bụng không rõ lý do	6	<input type="checkbox"/>	
		Dấu hiệu khác (ghi rõ):	7	<input type="checkbox"/>	
D5	Ông/Bà có biết các yếu tố nguy cơ gây ra UTĐTT không?	Có	1		
		Không	2	<input type="checkbox"/>	
		Không trả lời	3		
D6	Theo Ông/Bà, những yếu tố nào là yếu tố nguy cơ của bệnh đại trực tràng (<u>Có thể lựa chọn nhiều đáp án</u>)	Tuổi cao	1	<input type="checkbox"/>	<i>Nếu có ghi số 1, không thì ghi số 2</i>
		Di truyền	2	<input type="checkbox"/>	
		Thừa cân, béo phì	3	<input type="checkbox"/>	
		Hút thuốc lá	4	<input type="checkbox"/>	
		Uống nhiều rượu bia	5	<input type="checkbox"/>	
		Ăn nhiều thịt đỏ	6	<input type="checkbox"/>	
		Ít ăn rau quả	7	<input type="checkbox"/>	
		Ăn nhiều thức ăn chiên xào/ nướng	8	<input type="checkbox"/>	
		Sử dụng các loại thực phẩm không an toàn (không rõ nguồn gốc, thức ăn bẩn, ôi thiu ...)	9	<input type="checkbox"/>	
		Ít vận động thể lực	10	<input type="checkbox"/>	
		Yếu tố khác (ghi rõ):	11	<input type="checkbox"/>	
D7	Theo Ông/Bà, có thể phòng ngừa được bệnh đại trực tràng không?	Có	1		
		Không	2	<input type="checkbox"/>	
		Không biết	3		
D8	Theo Ông/Bà, các biện pháp nào giúp phòng ngừa bệnh đại trực tràng (<u>có thể chọn nhiều đáp án</u>)	Xét nghiệm tầm soát sớm bệnh đại trực tràng	1	<input type="checkbox"/>	<i>Nếu có ghi số 1, không thì ghi số 2</i>
		Khám sức khỏe định kỳ	2	<input type="checkbox"/>	
		Không hút thuốc lá	3	<input type="checkbox"/>	
		Hạn chế rượu bia	4	<input type="checkbox"/>	
		Hạn chế ăn các loại thịt đỏ	5	<input type="checkbox"/>	

		Ăn nhiều rau trái cây	6	<input type="checkbox"/>	
		Không sử dụng các loại thực phẩm không an toàn (không rõ nguồn gốc, thức ăn bẩn, ôi thiu ...)	7	<input type="checkbox"/>	
		Tăng cường vận động thể lực	8	<input type="checkbox"/>	
		Biện pháp khác (ghi rõ):	9	<input type="checkbox"/>	
				
		...			
D9	Ông/Bà đã từng biết về sàng lọc/tầm soát ung thư đại trực tràng không?	Có	1	<input type="checkbox"/>	
		Không	2	<input type="checkbox"/>	
D10	Ông/Bà biết biện pháp sàng lọc nào	Xét nghiệm phân	1	<input type="checkbox"/>	<i>Nếu có ghi số 1, không thì ghi số 2</i>
		Nội soi	2	<input type="checkbox"/>	
		Xét nghiệm tế bào	3	<input type="checkbox"/>	
		Biện pháp khác (ghi rõ):	4	<input type="checkbox"/>	
				
	...				
D11	Ông/Bà biết tầm soát/sàng lọc có thể thực hiện ở đâu? (Có thể lựa chọn nhiều đáp án)	Trạm Y tế	1	<input type="checkbox"/>	<i>Nếu có ghi số 1, không thì ghi số 2</i>
		Phòng khám tư nhân	2	<input type="checkbox"/>	
		Bệnh viện huyện	3	<input type="checkbox"/>	
		Bệnh viện tỉnh	4	<input type="checkbox"/>	
		Khác: (ghi rõ)	5	<input type="checkbox"/>	
				
	...				

PHẦN E: THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐẠI TRỰC TRÀNG		
SỬ DỤNG THUỐC LÁ		
Bây giờ tôi sẽ hỏi Ông/Bà một số câu hỏi về việc sử dụng thuốc lá		
Câu hỏi	Câu trả lời	mã số
Ông/Bà hiện có đang hút thuốc lá không? Chẳng hạn như thuốc điếu, xì gà, tẩu, thuốc lào? (sử dụng thẻ hình)	Có 1	E1
	Không 2 <i>Nếu KHÔNG, đến E7</i>	
Ông/Bà hiện tại có hút thuốc lá mỗi ngày không?	Có 1	E2
	Không 2	

Ông/Bà hút thuốc lần đầu tiên năm mấy tuổi?	Tuổi (Năm) Không biết 77 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nếu biết, đến E5a/E5aw	E3
Ông/Bà đã hút thuốc được bao lâu rồi? (Chỉ ghi nhận 1 trong 3) Không biết 77	Số năm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nếu biết, đến E5a/E5aw	E4a
	HOẶC Số tháng <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nếu biết, đến E5a/E5aw	E4b
	HOẶC Số tuần <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	E4c
Tính trung bình, Ông/Bà hút bao nhiêu điếu một ngày/tuần? (Nếu không phải hút mỗi ngày, ghi nhận theo tuần) (Ghi nhận từng loại, sử dụng thẻ hình) Không biết 7777	HÀNG NGÀY↓ HÀNG TUẦN↓	
	Thuốc điếu sản xuất <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	E5a/E5aw
	Thuốc vắn tay <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	E5b/E5bw
	Ống điếu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	E5c/E5cw
	Xi gà <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	E5d/E5dw
	Số lần hút shisha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	E5e/E5ew
	Khác <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>khác, đến E5, còn lại đến E6</i>	E5f/E5fw
Loại khác (ghi cụ thể) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	E5other/ E5otherw	
Trong quá khứ, Ông/Bà đã bao giờ hút thuốc lá chưa?	Có 1 Không 2 <i>Nếu KHÔNG, đến F1</i>	E6
Trong quá khứ, Ông/Bà đã từng dùng các sản phẩm từ hút thuốc lá hàng ngày không?	Có 1 Không 2	E7

Phần F. TIÊU THỤ RƯỢU/BIA		
Các câu hỏi tiếp theo sẽ hỏi về tình trạng sử dụng rượu/bia của Ông/Bà.		
Ông/Bà đã từng uống các chất dạng cồn như rượu, bia, bao giờ chưa? <i>(Sử dụng thẻ hình hoặc các ví dụ)</i>	Có 1 Không 2 <i>Nếu KHÔNG, đến G1</i>	F1
Ông/Bà đã từng uống rượu/bia trong 12 tháng vừa qua không?	Có 1 <i>Nếu Có, đến G1</i> Không 2	F2
Ông/Bà đã từng dừng uống rượu/bia do vấn đề sức khỏe, hoặc làm theo lời khuyên của bác sĩ hay nhân viên y tế?	Có 1 Không 2	F3
Trong 12 tháng vừa qua, Ông/Bà có thường xuyên uống ít nhất một ly chuẩn không? <i>(Đọc các lựa chọn, sử dụng thẻ hình)</i>	Hàng ngày 1 5-6 ngày mỗi tuần 2 3-4 ngày mỗi tuần 3 1-2 ngày mỗi tuần 4 1-3 ngày mỗi tuần 5 Ít hơn 1 tháng 6 Không bao giờ 7	F4
Ông/Bà có uống rượu/bia trong 30 ngày qua không?	Có 1 Không 2 <i>Nếu KHÔNG, đến G1</i>	F5
Trong suốt 30 ngày qua, khi Ông/Bà uống rượu/bia, trung bình Ông/Bà uống bao nhiêu ly tiêu chuẩn mỗi lần?	Số lượng Không biết 77 <input type="text"/>	F6
PHẦN G. THÓI QUEN ĂN UỐNG		
<i>Những câu hỏi tiếp theo hỏi về trái cây và rau quả mà Ông/Bà thường ăn. Tôi có những hình về dinh dưỡng ở đây cho Ông/Bà thấy một số ví dụ về trái cây và rau địa phương. Mỗi bức ảnh đại diện cho kích thước của một phục vụ. Khi Ông/Bà trả lời những câu hỏi này, hãy nghĩ đến một tuần thông thường hoặc 7 ngày vừa qua.</i>		
Trong một tuần bình thường, có bao nhiêu ngày Ông/Bà có ăn trái cây?	Số ngày <input type="text"/> <input type="text"/> Nếu Không ngày, đến G3	G1

Trong những ngày đó, Ông/Bà ước lượng đã ăn bao nhiêu trái cây trong một ngày?	Số gram Không biết 77(gram)	G2
Trong một tuần bình thường, có bao nhiêu ngày Ông/Bà ăn rau củ? (Không kể các loại khoai)	Số ngày <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nếu Không ngày, đến G5	
Trong những ngày đó, Ông/Bà ước lượng đã ăn bao nhiêu rau củ trong một ngày? (Không kể các loại khoai)	Số gram Không biết 77(gram)	
<p>Với những câu hỏi tiếp theo, chúng tôi muốn tìm hiểu thêm về thịt đỏ trong chế độ ăn uống của Ông/Bà. Thịt đỏ bao gồm thịt bò, thịt dê, thịt cừu... (xem thẻ hình). Những câu hỏi sau đây là cách thức nấu ăn trong nhà của Ông/Bà, ăn các loại thực phẩm thịt đỏ chế biến như các ví dụ cụ thể, và các câu hỏi về kiểm soát lượng thịt đỏ, các chế biến của Ông/Bà. Hãy trả lời những câu hỏi ngay cả khi Ông/Bà cho mình ăn một chế độ ăn ít thịt.</p>		
Trong một tuần thông thường, có bao nhiêu ngày Ông/Bà sử dụng thịt đỏ (gồm thịt bò, thịt dê, thịt cừu...)? (sử dụng thẻ hình)	Số ngày Không biết 77 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nếu Không ngày, đến G7	G5
Trong những ngày đó, Ông/Bà ước lượng mình đã ăn bao nhiêu thịt đỏ trong một ngày?	Số gram Không biết 77(gram)	G6
Trong một tuần thông thường, có bao nhiêu ngày Ông/Bà sử dụng thức ăn chiên/xào? (sử dụng thẻ hình)	Số ngày Không biết 77 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nếu Không ngày, đến G9	G7
Trong những ngày đó, Ông/Bà ước lượng mình đã ăn bao nhiêu thức ăn chiên/xào trong một ngày?	Số gram Không biết 77(gram)	G8
Trong một tuần thông thường, có bao nhiêu ngày Ông/Bà sử dụng thức ăn nướng? (sử dụng thẻ hình)	Số ngày Không biết 77 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nếu Không ngày, đến H1	G9
Trong những ngày đó, Ông/Bà ước lượng mình đã ăn bao nhiêu thức ăn nướng trong một ngày?	Số gram Không biết 77(gram)	G10

PHẦN H. VẬN ĐỘNG THỂ LỰC		
<p>Tiếp theo, tôi sẽ hỏi Ông/Bà về thời gian Ông/Bà dành để thực hiện các loại hoạt động thể chất khác nhau trong một tuần điển hình. Hãy trả lời những câu hỏi này ngay cả khi Ông/Bà không coi mình là một người năng động. Hãy suy nghĩ đầu tiên về thời gian Ông/Bà dành làm việc. Hãy suy nghĩ về công việc như những việc Ông/Bà phải làm như làm việc có lương hoặc không lương, học tập / làm việc nhà, thu hoạch lương thực / cây trồng, câu cá hoặc săn bắn thực phẩm, tìm việc làm. [Chèn các ví dụ khác nếu cần thiết]. Các hoạt động đòi hỏi nỗ lực thể chất vừa phải và gây ra sự gia tăng nhịp thở hoặc nhịp tim nhỏ khi trả lời các câu hỏi dưới đây là các hoạt động cường độ mạnh là các hoạt động đòi hỏi phải nỗ lực vất vả về thể chất và làm tăng nhịp tim hay nhịp tim, .</p>		
<p>Công việc của Ông/Bà có liên quan đến hoạt động mạnh gây ra sự gia tăng lớn trong hơi thở hay nhịp tim như mang nặng, đào hoặc thi công công trình trong vòng ít nhất 10 phút liên tục không? [INSERT EXAMPLES] (USE SHOWCARD)</p>	<p>Có 1</p> <p>Không 2 <i>Nếu KHÔNG, đến F4</i></p>	H1
<p>Trong một tuần thông thường, có bao nhiêu ngày Ông/Bà hoạt động thể lực mạnh như một phần của công việc?</p>	<p>Số ngày</p> <p>□</p>	H2
<p>Ông/Bà sử dụng bao nhiêu thời gian để hoạt động thể lực mạnh tại nơi làm việc trong một ngày làm việc thông thường?</p>	<p>Giờ : Phút □□ : □□</p> <p>Giờ Phút</p>	H3 (a-b)
ĐI LẠI		
<p>Di chuyển đến các nơi: Các câu hỏi tiếp theo loại trừ các hoạt động thể chất tại nơi làm việc mà Ông/Bà đã đề cập. Bây giờ tôi muốn hỏi Ông/Bà về cách thông thường Ông/Bà di chuyển đến các nơi. Ví dụ để làm việc, để mua sắm, để đi chợ, đến những nơi tín ngưỡng</p>		
<p>Ông/Bà có đi bộ hay chạy xe đạp ít nhất 10 phút liên tục để di chuyển đến các nơi không?</p>	<p>Có 1</p> <p>Không 2 <i>Nếu KHÔNG, đến H10</i></p>	H7
<p>Trong một tuần thông thường, có bao nhiêu ngày Ông/Bà đi bộ hay chạy xe đạp ít nhất 10</p>	<p>Số ngày</p> <p>□</p>	H8

phút liên tục để di chuyển đến các nơi không?		
Ông/Bà sử dụng bao nhiêu thời gian để đi bộ hoặc chạy xe đạp để di chuyển trong một ngày thông thường?	Giờ : Phút <input type="text"/> : <input type="text"/> Giờ Phút	H9 (a-b)
Hoạt động giải trí		
Các câu hỏi tiếp theo loại trừ các hoạt động làm việc và vận chuyển mà Ông/Bà đã đề cập. Bây giờ tôi muốn hỏi Ông/Bà về các hoạt động thể thao, thể dục và vui chơi giải trí.		
Ông/Bà có chơi bất cứ môn thể thao, thể dục hoặc hoạt động giải trí cường độ mạnh gây gia tăng lớn trong hơi thở hoặc nhịp tim như chạy hay bóng đá trong ít nhất 10 phút liên tục? <i>[bổ sung ví dụ] (sử dụng thẻ hình)</i>	Có 1 Không 2 <i>Nếu KHÔNG, đến H13</i>	H10
Trong một tuần thông thường, có bao nhiêu ngày Ông/Bà chơi các môn thể thao, thể dục hoặc các hoạt động giải trí cường độ mạnh?	Số ngày <input type="text"/>	H11
Ông/Bà sử dụng bao nhiêu thời gian để chơi bất cứ môn thể thao, thể dục hoặc hoạt động giải trí cường độ mạnh trong một ngày thông thường?	Giờ : Phút <input type="text"/> : <input type="text"/> Giờ Phút	H12 (a-b)

----- KẾT THÚC PHỎNG VẤN -----

CÁC PHẦN SAU DÀNH CHO NGHIÊN CỨU VIÊN

PHẦN: CÁC ĐO LƯỜNG THỰC THỂ		
M 1	Mã số kỹ thuật viên (KTV) ID	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
M 3	Chiều cao (Centimetres)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
M 4	Cân nặng (Kilograms) <i>Nếu quá lớn so với cân, mã 666.6</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
VÒNG EO, MÔNG		
M 5	Mã số của Kỹ thuật viên	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
M7	Vòng eo Centimetres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
M8	Vòng mông Centimetres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
HUYẾT ÁP		
M 9	Mã số của KTV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
M 12a	HA tâm thu mmHg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
M 12b	HA tâm trương mmHg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

KẾT QUẢ KHÁM LÂM SÀNG		
K1	Có các triệu chứng cơ năng và thực thể	<input type="checkbox"/>
K2	Đau quặn bụng	<input type="checkbox"/>
K3	Mệt mỏi	<input type="checkbox"/>
K4	Đầy bụng	<input type="checkbox"/>
K5	Chán ăn	<input type="checkbox"/>
K6	Đi ngoài nhiều lần trong ngày	<input type="checkbox"/>
K7	Táo bón không rõ nguyên nhân	<input type="checkbox"/>
K8	Tiêu chảy không rõ nguyên nhân	<input type="checkbox"/>
K9	Đi ngoài phân nhỏ	<input type="checkbox"/>
K10	Đi ngoài ra máu	<input type="checkbox"/>
K11	Phân có dịch nhầy	<input type="checkbox"/>
K12	Gầy sút	<input type="checkbox"/>
K13	Các triệu chứng khác: (ghi rõ)	<input type="checkbox"/>

PHẦN: XÉT NGHIỆM TÂM SOÁT BỆNH LÝ ĐẠI TRỰC TRÀNG				
X1	Trong 12 giờ qua, Ông/Bà có sử dụng một trong các loại thuốc hay thực phẩm sau đây hay không? Thuốc chống viêm không steroid (NSAID) chẳng hạn như aspirin, ibuprofen (Advil, Motrin...) Thịt đỏ: thịt bò, thịt cừu, gan... Vitamin C: cam, quýt, hàm lượng vitamin C vượt qua 250mg/ ngày. Tiết canh	Có Không	1 2	<input type="checkbox"/>
X2	Mã số của kỹ thuật viên xét nghiệm			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X3	Mẫu xét nghiệm đạt chuẩn	Có Không	1 2	<input type="checkbox"/>
X4	Thời gian lấy mẫu trong ngày		giờ.....phút
X5	Thời gian xét nghiệm phân và đọc kết quả		giờ.....phút
X6	KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM	Dương tính Âm tính Xét nghiệm hồng	1 2 3	<input type="checkbox"/>

----- **KẾT THÚC KHẢO SÁT** -----