

TỬ VONG DO UNG THƯ TẠI THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG, 2005-2007

LÊ TRẦN NGOAN - Trường Đại học Y Hà Nội
TRẦN QUỐC BẢO, PHAN TRỌNG LÂN - Cục Y tế dự phòng
TRẦN THỊ OANH - Bộ Y tế
LÊ HOÀI CHƯNG - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
VŨ THỊ NGUYỆT ÁNH - TT. Chăm sóc sức khỏe sinh sản Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tử vong do ung thư theo ICD-10 và giới trong cộng đồng TP Hải Phòng, 2005-2007. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu vận dụng phương pháp nghiên cứu mô tả. Số liệu được thu thập bằng 2 đợt điều tra lập và phân tích danh sách tử vong các năm 2005, 2006 và 2007 do các trường Trạm Y tế xã hoàn thành mẫu phiếu "Báo cáo nguyên nhân gây tử vong". Nghiên cứu được triển khai tại 232 xã/phường thuộc 14 quận/huyện của TP Hải Phòng. Tỷ lệ tử vong chuẩn hóa/100.000 được tính theo cấu trúc dân số thế giới. **Kết quả:** Ba loại ung thư phổi, gan và dạ dày là nguyên nhân gây tử vong cho 72,3% nam và 61,6% nữ ung thư. Tỷ lệ tử vong do tất cả các loại ung thư chuẩn hóa theo tuổi ở nam và nữ tương ứng là 183,1/100.000 và 94,0/100.000. Ung thư bị tử vong cao nhất là phổi (ASR 60,2/100.000 ở nam và 27,7/100.000 ở nữ); thứ nhì là gan (ASR 46,2/100.000 ở nam và 14,2/100.000 ở nữ); thứ ba là dạ dày (ASR 26,0/100.000 ở nam và 15,5/100.000 ở nữ). **Kết luận:** Ung thư là nguyên nhân tử vong quan trọng cho cả 2 giới và nam bị ung thư cao hơn 1,9 lần nữ.

Từ khóa: Tử vong do ung thư, điều tra cộng đồng, dự phòng và dịch tễ học ung thư

SUMMARY

Cancer mortality in Hai Phong City, 2005-2007

Objectives: To describe cancer mortality by ICD-10 and sex in general population of Hai Phong City, 2005-2007. **Methods:** Descriptive epidemiology was applied for the study design. Data was collected by two rounds to generate and analyse the lists of cases for year 2005, 2006 and 2007 which were developed by the head of commune health stations applying the validated form of "Mortality registration". The study was performed at 232 communes of 14 districts of Hai Phong City. Age-standardized mortality rate per 100.000 was estimated in using the World population structure. **Results:** Three cancer sites of lung, liver and stomach were responsible for 72.3% of male and 61.6% of female cancer. Age-standardized mortality rates in males and females were 183.0/100.000 and 94.0/100.000 respectively. The leading cancer was lung (ASR 60.2/100.000 in male and 27.7/100.000 in female); followed by liver (ASR 46.2/100.000 in male and 14.2/100.000 in female) and stomach (ASR 26.0/100.000 in male and 15.5/100.000 in female). **Conclusions:** Cancer mortality was a serious problem in both sexes with male to female ratio was 1.9.

Keywords: Cancer mortality, population-based survey, cancer epidemiology and prevention

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật ở nước ta hiện nay là một mô hình kép bao gồm bệnh truyền nhiễm và các bệnh không lây nhiễm như tim mạch, ung thư, đái tháo đường và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính... Đặc biệt trong những năm gần đây tỷ lệ mắc ung thư đang gia tăng nhanh chóng. Theo số liệu thống kê tại Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh và một số tỉnh khác, ước tính mỗi năm nước ta có khoảng 100.000 người mới mắc ung thư, 75.000 người chết vì ung thư và con số này có xu hướng gia tăng [1],[2]. Ung thư đã và đang trở thành vấn đề lớn của cộng đồng và y tế công cộng. Việc tìm hiểu tình hình tử vong do bệnh ung thư ở nước ta sẽ đóng góp tích cực cho việc cụ thể hóa kế hoạch, đưa ra định hướng ưu tiên cho các hoạt động phòng, chống ung thư trong hoàn cảnh thực tế của Việt Nam. TP Hải Phòng là thành phố cảng hàng trăm năm nay, ngành công nghiệp đóng tàu, xi măng, vật liệu xây dựng, hóa học và các xí nghiệp nhỏ phát triển ở cả trung tâm thành phố và các huyện. Những đặc điểm này làm cho môi trường sống thay đổi và làm gia tăng các yếu tố nguy cơ mắc ung thư. Tuy nhiên, cho tới nay, có rất ít các công trình nghiên cứu về tử vong do ung thư ở TP Hải Phòng được thực hiện. Do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Mô tả thực trạng tử vong do ung thư theo ICD-10 và giới trong cộng đồng TP Hải Phòng trong các năm 2005, 2006 và 2007.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các trường hợp tử vong do ung thư tại TP. Hải Phòng, trong giai đoạn 3 năm 2005-2007, tính theo Dương lịch từ 01/01/2005 đến 31/12/2007.

- Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán mắc ung thư và ung thư là nguyên nhân chính gây tử vong, được mã nguyên nhân theo ICD-10 là C00-C96. Bệnh nhân là người của TP. Hải Phòng theo diện thường trú, hoặc mới chuyển đến nhưng đã sinh sống trên 6 tháng ở TP. Hải Phòng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: (i) các trường hợp tử vong ở TP. Hải Phòng trong các năm 2005-2007 có nguyên nhân chính không do ung thư; (ii) các trường hợp có nguyên nhân chính là ung thư nhưng đã chuyển đi khỏi TP. Hải Phòng trên 6 tháng hoặc là người của tỉnh khác đến sinh sống tại TP. Hải Phòng dưới 6 tháng; (iii) Những trường hợp mắc ung thư nhưng nguyên nhân tử vong chính lại do tai nạn thương tích hoặc các bệnh khác.

2. Địa điểm và thời gian triển khai: Nghiên cứu được triển khai tại TP Hải Phòng trên phạm vi toàn bộ 232 xã/phường của 14 quận/huyện với tổng dân số là 1.803.400 người (Số liệu năm 2006[1]). Thời gian thu thập số liệu được thực hiện hai lần: Lần thứ nhất trong năm 2007 cho điều tra các trường hợp tử vong của hai năm 2005-2006, lần thứ 2 trong năm 2008 cho điều tra các trường hợp tử vong của năm 2007.

3. Thiết kế nghiên cứu: Vận dụng phương pháp dịch tễ học mô tả đối với tử vong do ung thư (Descriptive Epidemiology).

4. Chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu là toàn bộ các trường hợp tử vong do ung thư. Quy trình chọn mẫu như sau:

- Chọn các xã/phường (Đơn vị mẫu) có số liệu ghi nhận tử vong tốt theo các tiêu chí: (i) Tỷ lệ tử vong thô của tất cả các nguyên nhân thấp nhất là 300/100.000; (ii) Dân số không quá lớn, dưới 15.000 dân; (iii) Ghi chép được các nguyên nhân tử vong trên 60% trong danh sách điều tra được.

- Từ các xã/phường được chọn: Chọn toàn bộ các trường hợp tử vong do ung thư giai đoạn 2005-2007 đưa vào nghiên cứu.

Thời gian ghi nhận ung thư: Trong 3 năm từ 2005 đến 2007.

5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu:

Sử dụng mẫu phiếu "Báo cáo nguyên nhân tử vong" theo mẫu số A6-YTCS để thu thập thông tin, điều tra nguyên nhân tử vong và lập danh sách các trường hợp tử vong. Mẫu phiếu báo cáo nguyên nhân tử vong được trình bày trong tờ A3 cả hai mặt và có 3 phần:

- Phần thông tin hành chính: Số dân trung bình của từng xã/phường được thu thập theo từng năm từ 2005-2007, tổng số và riêng cho từng giới. Dân số trung bình ở đây là "Dân số Y tế", bởi vì số liệu này tính cho toàn bộ số dân thường trú, người tạm trú nhưng đã sống trên 6 tháng trong địa bàn nghiên cứu, người tạm vắng dưới 6 tháng vẫn tính là người thuộc địa phương tham gia nghiên cứu. Các thông tin về trạm Y tế xã/phường được thu thập để xác định địa chỉ và kiểm tra số liệu cho từng trường hợp tử vong do ung thư. Họ và tên cán bộ thống kê nguyên nhân tử vong theo mẫu số A6-YTCS, số điện thoại được thu thập để phục vụ cho công tác kiểm tra số liệu.

- Phần hướng dẫn cách thu thập số liệu: Đối với từng trường hợp tử vong do ung thư và không do ung thư (Các nguyên nhân khác) được hướng dẫn ghi nguyên nhân tử vong chính theo ICD-10. Đối với tất cả các trường hợp tử vong từ trẻ sơ sinh đến người trên 70 tuổi được ghi rõ họ và tên, tuổi lúc tử vong, theo giới nam hoặc nữ, ngày, tháng, năm tử vong và ghi rõ nguyên nhân hoặc tên bệnh trực tiếp gây tử vong. Đối với người bị tử vong do ung thư, trong cột sống số (5) phải ghi rõ ung thư gì, ví dụ: ung thư phổi - phế quản, ung thư màng phổi, ung thư gan, ung thư dạ dày, ung thư đại tràng, ung thư trực tràng, ung thư thực quản, ung thư tụy, ung thư máu, ung thư cổ tử cung, ung thư vú, ung thư buồng trứng, ung thư tiền liệt tuyến, ung thư não... Đối với người tử vong do các bệnh khác, trong cột sống số (5) phải ghi rõ tên bệnh cụ thể (Tránh ghi nguyên nhân tử vong không rõ ràng như: già yếu, chết già, bệnh, già...) theo mẫu sau:

TT (1)	Họ và tên (2)	Tuổi lúc chết (3)	Ngày, tháng, năm chết (4)	Nguyên nhân chết (Tên bệnh chi tiết) (5)
1				
2				

- Phần ghi danh sách tử vong được tạo bảng sẵn cho 5 cột này, trình bày tại trang 2-3-4 của phiếu điều

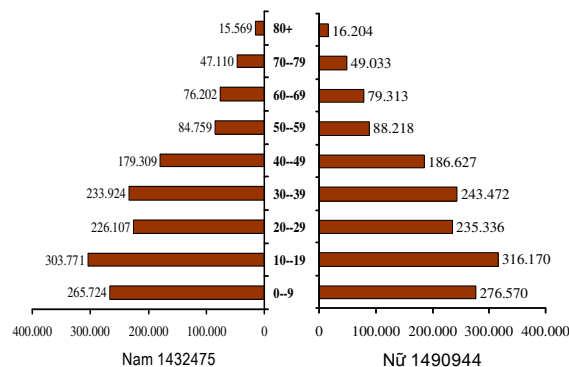
tra khổ giấy A3. Mẫu phiếu ghi được 100 trường hợp, nếu xã/phường nào có danh sách lớn hơn 100, dùng 2 tờ cho điều tra.

Mẫu phiếu báo cáo nguyên nhân tử vong được cấp cho các trạm y tế xã/phường và do cán bộ trạm y tế đã được tập huấn chịu trách nhiệm điều tra, thu thập và điền thông tin. Các mẫu phiếu sau khi hoàn thành được Sở Y tế TP Hải Phòng phối hợp với nhóm nghiên cứu tổng hợp và phân tích theo 2 đợt cho các năm 2005-2006 và 2007. Các phiếu được kiểm tra, giám sát và các trường hợp nghi ngờ hoặc không rõ sẽ được điều tra, xác minh lại.

6. Phân tích số liệu: Phần mềm thống kê Excell 2009 và STATA 10.0 được dùng cho nhập số liệu và phân tích số liệu. Ba chỉ số được tính cho nghiên cứu này là tỷ lệ% tử vong do ung thư theo mã ICD-10 so với tổng số ung thư; tỷ lệ tử vong thô/100.000 và tỷ lệ chuẩn hóa theo cấu trúc dân số thế giới (Age-standardized rate, ASR), cấu trúc tuổi cách 10 năm: từ 1-9 và cao nhất là 80+. Đối với tỷ lệ thô và ASR/100.000, mẫu số là số "Người-năm", bởi vì danh sách tử vong tích lũy trong 3 năm, số dân của từng xã/phường cũng được nhân với 3 (Năm) cho số người-năm.

KẾT QUẢ

Có 128/232 xã/phường có số liệu liên tục ba năm 2005-2007 đạt tiêu chí là đơn vị có số liệu tốt, được phân tích và trình bày kết quả cho nghiên cứu này. Số người-năm của 128 xã/phường có tổng số 1.432.475 là nam và 1.490.944 là nữ và số lượng theo nhóm tuổi và giới trình bày trong tháp dân số ở Hình 1.



Hình 1. Phân bố số người-năm theo giới và nhóm tuổi

Bảng 1. Số lượng và tỷ lệ tử vong/100.000 theo giới và nhóm ICD-10

Ung thư	ICD-10	Nam				Nữ			
		Số	Tỷ lệ thô/ 100.000	%	ASR /100.000	Số	Tỷ lệ thô/ 100.000	%	ASR /100.000
Vùng hầu họng	C00-14	23	1,6	1,0	1,7	8	0,5	0,6	0,6
Vòm họng	C11	166	11,6	7,0	13,8	42	2,8	3,2	3,0
Thực quản	C15	36	2,5	1,5	3,0	9	0,6	0,7	0,6
Dạ dày	C16	334	23,3	14,0	26,0	216	14,5	16,5	15,5
Đại - trực tràng	C18-20	95	6,6	4,0	7,2	79	5,3	6,0	5,5
Gan	C22	592	41,3	24,8	46,2	196	13,1	14,9	14,2
Tụy	C25	10	0,7	0,4	0,7	12	0,8	0,9	0,9
Mũi xoang	C30-31	3	0,2	0,1	0,3	3	0,2	0,2	0,2
Thanh quản	C32	8	0,6	0,3	0,7	1	0,1	0,1	0,1
Phổi	C33-34	798	55,7	33,5	60,2	396	26,6	30,2	27,7
Tim	C37-38	17	1,2	0,7	1,2	6	0,4	0,5	0,4
Xương	C40-41	51	3,6	2,1	4,0	26	1,7	2,0	1,9
Da	C43-44	3	0,2	0,1	0,2	7	0,5	0,5	0,4
Trung biểu mô	C45	2	0,1	0,1	0,2	3	0,2	0,2	0,2
Mô liên kết	C46-49	1	0,1	0,0	0,1				
Vú	C50	1	0,1	0,0	0,1	49	3,3	3,7	3,7
Cổ-thân tử cung	C53-55					85	5,7	6,4	6,4
Buồng trứng	C56					4	0,3	0,3	0,3
Sinh dục nam	C60-63	32	2,2	1,3	2,1				
Thận	C64-68	9	0,6	0,4	0,6	12	0,8	0,9	0,8
Bàng quang	C67	14	1,0	0,6	1,0	6	0,4	0,5	0,4
Mắt	C69-72	4	0,3	0,2	0,3	2	0,1	0,2	0,2
Não	C71	87	6,1	3,6	6,6	38	2,5	2,9	2,6
Tuyến nội tiết	C73-75	1	0,1	0,0	0,1				
Máu	C81-96	65	4,5	2,7	4,7	94	6,3	7,2	7,0
Khác		31	2,2	1,3	2,4	19	1,3	1,4	1,5
Tổng		2.383	166,4	100	183,1	1.313	88,1	100	94,0

Nhận xét: Tổng số chung cho hai giới có 3.696 trường hợp ung thư của 25 nhóm nguyên nhân theo ICD-10, trong đó số trường hợp ở nam và nữ tương ứng là 2.383 và 1.313. Ba loại ung thư phổi, gan và dạ dày là nguyên nhân gây tử vong chiếm 72,3% số tử vong do ung thư ở nam và 61,6% ở nữ. Tỷ lệ tử vong do tất cả các loại ung thư chuẩn hóa theo tuổi ở nam và nữ tương ứng là 183,1/100.000 và 94,0/100.000. Ung thư bị tử vong cao nhất là phổi (ASR 60,2/100.000 ở nam và 27,7/100.000 ở nữ); thứ nhì là gan (ASR 46,2/100.000 ở

nam và 14,2/100.000 ở nữ); thứ ba là dạ dày (ASR 26,0/100.000 ở nam và 15,4/100.000 ở nữ). Nam bị tử vong do ung thư cao hơn 1,9 lần so với nữ.

Bảng 2. Ung thư ở Hải Phòng và một số nước trong khu vực

Quần thể và thời gian	Nam		Nữ	
	Tỷ lệ thô /100.000	Tỷ lệ chuẩn (ASR/100.000)	Tỷ lệ thô /100.000	Tỷ lệ chuẩn (ASR/100.000)
Hải Phòng, 2005-07	166,4	183,1	88,1	94,0
Nhật Bản, 2002	303,5	154,3	187,4	82,2
Trung Quốc, 2002	154,0	159,8	92,5	86,7
Philippines, 2002	86,7	150,9	85,8	123,7
Singapore, 2002	166,9	161,3	128,8	108,7
Thailand, 2002	97,9	119,7	72,7	79,3

Nhận xét: Nam có tỷ lệ tử vong thô thấp hơn so với Nhật Bản, tương đương Singapore, nhưng cao hơn Trung Quốc, Philipines và Thái Lan; tỷ lệ chuẩn hóa ASR cao hơn các nước kể trên. Nữ có tỷ lệ tử vong thô thấp hơn so với Nhật Bản, Trung Quốc và Singapore, nhưng cao hơn Philipines và Thái Lan; tỷ lệ chuẩn hóa ASR thấp hơn Singapore và Philipines.

BÀN LUẬN

Bệnh nhân ung thư được ghi nhận ở toàn bộ các xã/phường trong diện nghiên cứu, trong đó có các phường thuộc vùng đô thị tại các quận nội thành và các xã vùng nông thôn của các huyện là nơi môi trường sống chưa bị tác động do công nghiệp và đô thị hóa. Sự phân bố ung thư ở các vùng địa dư như vậy gợi ý nguyên nhân và nguy cơ gây ung thư đang tồn tại trong môi trường sống có nơi không liên quan đến ô nhiễm công nghiệp hay các loại ô nhiễm khác. Hiện tượng này gợi ý cần nghiên cứu các tác nhân/yếu tố nguy cơ gây ung thư trong môi trường sống tại các gia đình, thôn xóm của các địa phương để công tác phòng bệnh có hiệu quả hơn.

Đặc điểm nổi bật là ung thư phổi, gan và dạ dày là ba loại có tỷ lệ gây tử vong cao nhất cho cả hai giới. Tổng tỷ lệ% ba loại ung thư này gây tử vong ở nam và nữ tương ứng là 72,3% và 61,6%; tỷ lệ tử vong chuẩn hóa theo tuổi ở nam: 183,1/100.000 và ở nữ: 94,0/ 100.000. Ung thư phổi là nguyên nhân phổ biến nhất ở cả hai giới, trong đó tỷ lệ ở nam cao hơn nữ 3-4 lần. Điều này có thể được giải thích là do có tới 50-73% nam giới và chỉ có 2-4% nữ giới hút thuốc trong những năm 1990-2005[3],[4]. Hiện tượng ung thư phổi phổ biến ở nữ giới có thể là do hút thuốc thụ động. Vì vậy giảm tỷ lệ hút thuốc lá, thuốc lào sẽ giảm tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư phổi. Ung thư gan và ung thư dạ dày liên quan nhiều yếu tố, trong đó có yếu tố nhiễm trùng do viêm gan B, viêm gan C và Helicobacter pylori[5],[6]. Trong tương lai, việc sử dụng vắc xin viêm gan B phổ biến hơn và điều trị loét dạ dày do nhiễm trùng Helicobacter pylori tốt hơn sẽ giảm mắc và tử vong do hai loại ung thư này ở cả hai giới. Ở TP Hải Phòng, nam mắc ung thư cao hơn 1,9 lần so với nữ, tỷ suất này nhỏ hơn 2 ở các nước khác trong khu vực: Nhật Bản 1,9, Trung Quốc 1,8, Philippines 1,2, Singapore 1,5 và Thailand 1,5 (Bảng 2). Kết quả này gợi ý khả năng phòng mới mắc ung

thư cho nam giới là khả thi khi chúng ta nghiên cứu phát hiện nguy cơ gây ung thư cho nam giới và kiểm soát các yếu tố này thành công.

Một số hạn chế của nghiên cứu: Bệnh nhân tử vong do ung thư không có số liệu về giải phẫu bệnh. Có thể có hiện tượng chưa ghi nhận hết, bỏ sót các trường hợp tử vong do ung thư do công tác ghi chép thống kê chưa tốt ở một số trạm y tế xã/phường, hoặc cán bộ chuyển công tác, hoặc mất sổ thống kê nguyên nhân tử vong A6-YTCS.

KẾT LUẬN

Ba loại ung thư phổi, gan và dạ dày là nguyên nhân gây tử vong cho 72,3% nam và 61,6% nữ ung thư. Tỷ lệ tử vong do tất cả các loại ung thư chuẩn hóa theo tuổi /100.000 ở nam và nữ tương ứng là 183,1 và 94,0. Ung thư bị tử vong cao nhất là phổi (ASR 60,2/100.000 ở nam và 27,7/100.000 ở nữ); thứ nhì là gan (ASR 46,2/100.000 ở nam và 14,2/100.000 ở nữ); thứ ba là dạ dày (ASR 26,0/100.000 ở nam và 15,4/100.000 ở nữ). Ung thư là nguyên nhân tử vong quan trọng cho cả 2 giới và nam bị ung thư cao hơn 1,9 lần nữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Niên giám thống kê Y tế 2006. Bộ Y tế. Hà Nội, in tại xường Tạp chí Tin học và Đời sống, GPXB 22-2007/CXB217-151/YH: Trang 20
2. GLOBOCAN 2002 [program available at <http://globocan.iarc.fr/>]. Lyon France: IARC, 2002.
3. Bộ Y tế - Tổng Cục Thống kê. Báo cáo kết quả điều tra Y tế Quốc gia, 2001-2002. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học, 2003: Trang 83-88
4. Jenkins CN, Dai PX, Ngoc DH, et al. Tobacco use in Vietnam. Prevalence, predictors, and the role of the transnational tobacco corporations. JAMA 1997;277(21):1726-31.
5. Cordier S, Le TB, Verger P, et al. Viral infections and chemical exposures as risk factors for hepatocellular carcinoma in Vietnam. Int J Cancer 1993;55(2):196-201.
6. Megraud F, Brassens-Rabbe MP, Denis F, Belbouri A, Hoa DQ. Seroepidemiology of Campylobacter pylori infection in various populations. J Clin Microbiol 1989; 27(8): 1870-3.