

**CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI  
TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 NĂM 2021**

Phạm Thị Thu Hương<sup>1</sup>, Vũ Huy Bôn<sup>2</sup>, Trịnh Hùng Mạnh<sup>3</sup>, Nguyễn Bá Tâm<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Phenikaa; <sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103;

<sup>3</sup>Bệnh viện K Tân Triều

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau điều trị ung thư phổi tại Bệnh viện quân Y 103, năm 2021. **Đối tượng và Phương pháp:** Phỏng vấn trực tiếp 192 người bệnh tại 02 thời điểm trước và sau điều trị 1 tháng bằng bộ công cụ EORTC QLQ – C30. Quy định về đáp ứng về chất lượng cuộc sống như sau: Với  $\Delta$  = điểm sau điều trị – điểm trước điều trị. Các chức năng và sức khỏe toàn diện: Cải thiện nếu  $\Delta \geq 10$ , ổn định nếu:  $-10 < \Delta < 10$ , xấu đi nếu:  $\Delta \leq -10$ . Các triệu chứng và tải chính: Cải thiện nếu  $\Delta \leq -10$ , Ổn định nếu:  $-10 < \Delta < 10$ , xấu đi nếu  $\Delta \geq 10$ . **Kết quả:** Điểm trung bình chất lượng cuộc sống tổng quát của người bệnh là  $60,2 \pm 12,7$  trước điều trị và  $71,9 \pm 9,8$  sau điều trị. Trong đó trước và sau theo các nhóm chức năng thể chất là  $45,7 \pm 9,7$  và  $50,9 \pm 10,6$ , chức năng hoạt động là  $48,2 \pm 14,6$  và  $58,2 \pm 15,3$ , chức năng nhận thức là  $79,0 \pm 18,7$  và  $91,2 \pm 11,5$ , chức năng cảm xúc là  $65,1 \pm 17,9$  và  $78,9 \pm 19,6$ , chức năng xã hội là  $39,3 \pm 21,1$  và  $63,6 \pm 22,0$ , sức khỏe toàn diện là  $38,6 \pm 10,0$  và  $48,7 \pm 9,0$ , tác động tải chính là  $54,4 \pm 36,8$  và  $44,4 \pm 25,2$ . Điểm trung bình của các triệu chứng hay gặp là: đau (58,1 và 65,3 điểm), khó thở (41,1 và 55,9 điểm). **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của người bệnh ở mức trung bình, sau điều trị 1 tháng có sự thay đổi nhưng chưa nhiều cần có những can thiệp vào các yếu tố như đau, lo lắng, ảnh hưởng của kinh tế để nâng cao chất lượng của người bệnh.

**Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, ung thư phổi

**QUALITY OF LIFE OF PATIENTS TREATMENT LUNG CANCER AT  
MILITARY HOSPITAL 103 IN 2021**

Phạm Thị Thu Hương<sup>1</sup>, Vũ Huy Bôn<sup>2</sup>, Trịnh Hùng Mạnh<sup>3</sup>, Nguyễn Bá Tâm<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Phenikaa University; <sup>2</sup>Military Hospital 103;

<sup>3</sup>K Hospital - Tan Trieu

**ABSTRACT**

**Objectives:** Describe the quality of life of patients before and after lung cancer treatment at Military Hospital 103, in 2021. **Methods:** face-to-face interviews with 192 patients at 02 time points before and after treatment 1 month using the EORTC QLQ – C30 toolkit. Regulations on response on quality of life are as follows: With  $\Delta$  = score after treatment – score before treatment. Overall health and function: Improves if  $\Delta \geq 10$ , stable if:  $-10 < \Delta <$

Tác giả: Phạm Thị Thu Hương

Địa chỉ: Trường Đại học Phenikaa

Email: huong.phamthithu@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 14/11/2022

Ngày hoàn thiện: 30/3/2023

Ngày đăng bài: 31/3/2023

10, worsens if:  $\Delta \leq -10$ . Symptoms and finances: Improves if  $\Delta \leq -10$ , Stable if:  $-10 < \Delta < 10$ , worsens if  $\Delta \geq 10$ . **Result:** The patient's mean overall CLCS score is  $60.2 \pm 12.7$  before treatment and  $71.9 \pm 9.8$  after treatment. In which before and after according to physical function groups are  $45.7 \pm 9.7$  and  $50.9 \pm 10.6$ , functional function is  $48.2 \pm 14.6$  and  $58.2 \pm 15.3$ , respectively. cognitive function is  $79.0 \pm 18.7$  and  $91.2 \pm 11.5$ , emotional function is  $65.1 \pm 17.9$  and  $78.9 \pm 19.6$ , social function is  $39.3 \pm 21.1$  and  $63.6 \pm 22.0$ , overall health is  $38.6 \pm 10.0$  and  $48.7 \pm 9.0$ , financial impact is  $54.4 \pm 36.8$  and  $44.4 \pm 25.2$ . The average scores of common symptoms were: pain (58.1 and 65.3 points), shortness of breath (41.1 and 55.9 points). **Conclusion:** The patient's quality of life is average, after 1 month of treatment, there is a change but not much, it is necessary to intervene in factors such as pain, anxiety, economic influence to improve the quality of life. quality of the patient.

**Keywords:** Quality of life, lung cancer

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính tại phổi, khá phổ biến và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các loại bệnh ung thư trên thế giới [1], [2]. Ung thư phổi đã và đang trở thành mối lo ngại đe dọa sức khỏe, sự phát triển của toàn cầu. Theo Globocan năm 2020 có khoảng 2,2 triệu người mắc ung thư phổi mới, đứng thứ hai trong số các bệnh ung thư thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các loại ung thư khoảng 1,8 triệu ca tử vong, chiếm 18,4% [3]. Tại Mỹ, dự báo năm 2022, 1.918.030 ca ung thư mới và 609.360 ca tử vong, bao gồm khoảng 350 ca tử vong mỗi ngày do ung thư phổi, nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư [3]. Tại Việt Nam, năm 2018 ước tính có 164,671 ca mắc, tỷ lệ mắc ung thư phổi đứng thứ hai sau ung thư gan, chiếm 14,4% với 23667 ca, tử vong vì ung thư phổi là 20710 người chiếm 18% trong tổng số các ca tử vong vì bệnh ung thư [2]. Một trong những nguyên nhân gây tử vong là do là bệnh cấp tính và thường được phát hiện ở giai đoạn muộn nên tiên lượng thấp.

Ngày nay, trong điều trị UTP đã có nhiều tiến bộ với các phương pháp điều trị đạt nhiều hiệu quả. Tuy nhiên các phương pháp điều trị đề có những tác dụng phụ, biến

chứng làm ảnh hưởng xấu tới chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh [4]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị bệnh tuy nhiên tỷ lệ sống thêm sau 5 năm khoảng 33,4/100.000 người bệnh. Vì vậy việc phát hiện, chẩn đoán, điều trị sớm và cải thiện chất lượng cuộc sống là rất quan trọng [2], [5], [6].

Theo WHO: Chăm sóc giảm nhẹ là hoạt động nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình người bệnh, những người đang đối mặt với những vấn đề liên quan tới sự ốm đau đe dọa đến tính mạng, thông qua sự ngăn ngừa và làm giảm gánh nặng họ chịu đựng bằng cách nhận biết sớm, đánh giá toàn diện và điều trị đau và các vấn đề khác, thể lực, tâm lý xã hội và tâm linh [2]. Vì vậy chăm sóc giảm nhẹ, chất lượng cuộc sống của người bệnh giai đoạn cuối cần được chăm sóc một cách tốt nhất [7], [8].

Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu đánh giá CLCS của NB UTP tuy nhiên chưa có nhiều cải thiện, theo kết quả của một số tác giả thì CLCS vẫn ở mức trung bình và thấp, đặc biệt với người bệnh trước và ngay sau điều trị. Số lượng người bệnh UTP điều trị hàng năm tại Bệnh viện Quân y 103 là rất lớn, trong đó UTP chiếm một số lượng

không nhỏ, và tiên lượng sau điều trị là khá tốt. Để có cái nhìn tổng thể về cuộc sống của người bệnh ung thư nói chung và ung thư phổi nói riêng, từ đó nâng cao được những can thiệp, hỗ trợ từ xã hội, cộng đồng, gia đình, nghiên cứu: “*Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh sau điều trị ung thư phổi tại Bệnh viện quân Y 103, năm 2021*” được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau điều trị ung thư phổi tại Bệnh viện quân Y 103, năm 2021.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là người bệnh UTP được điều trị tại trung tâm ung bướu, Bệnh viện quân Y 103 thời gian từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán là UTP, đọc hiểu và nghe hiểu để trả lời được bộ câu hỏi phỏng vấn, bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp

#### 2.2.1. Cơ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tổng số đã có 192 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

#### 2.2.2. Công cụ

- Chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng bộ câu hỏi EORTC QLQ – C30, bộ câu hỏi này được đánh giá lại độ tin cậy thông qua hệ số cronback alpha = 0,82. Tỷ lệ đáp ứng về CLCS (cải thiện, ổn định và xấu đi các chức năng và triệu chứng) theo bộ câu hỏi EORTC QLQ – C30. Bộ công cụ này đã được Việt hóa và sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu ở Việt Nam [9], [10], [11],

[12]. Cách tính thang điểm này theo hướng dẫn của nhóm nghiên cứu về CLCS của tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư Châu Âu (nhóm tác giả của bộ câu hỏi EORTC QLQ – C30) [12].

- *Điểm thô: Trung bình điểm các câu hỏi trong cùng vấn đề*

Điểm thô: Raw Score (RS) =  $(I_1 + I_2 + \dots + I_n)/n$

Trong đó:  $I_1$ : điểm số câu hỏi 1

$I_2$ : điểm số câu hỏi 2

$I_n$ : điểm số câu hỏi n

(giả sử ở đây câu hỏi 1, 2 và n cùng trong 1 vấn đề)

- *Điểm chuẩn hóa: điểm thô được tính trên tỷ lệ 100 (theo công thức)*

Điểm lĩnh vực chức năng:

$$score = \left(1 - \frac{RS - 1}{3}\right) \times 100$$

Điểm lĩnh vực triệu chứng, tài chính :

$$score = \left(\frac{RS - 1}{3}\right) \times 100$$

Điểm lĩnh vực sức khỏe toàn diện:

$$score = \left(\frac{RS - 1}{6}\right) \times 100$$

- Cách tính điểm chất lượng cuộc sống trong bộ câu hỏi EORTC QLQ – LC13.

- Cách tính điểm cho bộ câu hỏi EORTC QLQ – LC13 về nguyên tắc giống như bộ câu hỏi EORTC QLQ – C30 cho lĩnh vực triệu chứng. Tuy nhiên, bộ câu hỏi EORTC QLQ – LC13 chủ yếu các vấn đề là đơn mục trừ vấn đề khó thở là đa mục (3 câu hỏi) do đó việc tính điểm chuẩn hóa ở mỗi mục đơn tương tự như cách tính điểm cho bảng câu hỏi EORTC QLQ – C30 ở lĩnh vực triệu chứng.

Quy định về đáp ứng về chất lượng cuộc sống như sau:

Với  $\Delta$  = điểm sau điều trị – điểm trước điều trị.

+ Các chức năng và sức khỏe toàn diện: Cải thiện nếu  $\Delta \geq 10$ , ổn định nếu:  $-10 < \Delta < 10$ , xấu đi nếu:  $\Delta \leq -10$ .

+ Các triệu chứng và tác dụng: Cải thiện nếu  $\Delta \leq -10$ , Ổn định nếu:  $-10 < \Delta < 10$ , xấu đi nếu  $\Delta \geq 10$ .

### 2.2.3. Phương pháp thu thập thông tin, số liệu

- Thu thập các thông tin về hành chính, tiền sử đặc điểm các chỉ số liên quan tới được thu thập dựa trên bệnh án của người bệnh theo mẫu thu thập thông tin nghiên cứu.

- Thông tin về CLCS được thu thập qua phiếu câu hỏi phỏng vấn EORTC QLQ – C30, EORTC QLQ – LC13.

- Thời điểm thu thập số liệu: Đối tượng tham gia nghiên cứu được phỏng vấn theo bảng câu hỏi trước và sau điều trị 01 tháng.

**2.2.4. Thống kê và xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Phân tích mô tả được sử dụng để mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Sử dụng kiểm định Paired-Samples t test khi so sánh giá trị trước và sau điều trị của cùng một nhóm CLCS. Sự khác biệt giữa hai hoặc nhiều giá trị trung bình được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu và chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những người bệnh thỏa mãn đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích chi tiết về nghiên cứu, những người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được yêu cầu ký tên

vào phiếu tình nguyện tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin liên quan đến người bệnh đều được giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ điều trị người bệnh và nghiên cứu này. Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức trong nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định trước khi thực hiện thu thập số liệu.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung của ĐTNC

Tỷ lệ Nam nhiều hơn nữ với 80,2% là Nam và 19,8% nữ. Độ tuổi trung bình của người bệnh là  $62,9 \pm 9,15$ , trong đó chủ yếu trong độ tuổi 60 - 69 tuổi chiếm 42%. Nghề nghiệp chủ yếu của đối tượng tham gia nghiên cứu là Nội trợ (28,13% và hưu trí (26,13%). Thấp nhất là người làm công việc Văn phòng/cán bộ/công chức viên chức (13,02%). Trình độ học vấn có 45,31% là Trung cấp/Cao đẳng. Hầu hết ĐTNC là đã kết hôn và đang sống cùng gia đình với 83,33%. Thời gian bị bệnh của đối tượng chủ yếu dưới 12 tháng chiếm 58,33%; Tiền sử gia đình ở mức cao khi có tới 51,04% ĐTNC đã từng có người thân bị ung thư, đây cũng là nhóm bị ảnh hưởng, trải nghiệm về bệnh nhiều nên có nhiều hiểu biết về bệnh hơn.

### 3.2. Chất lượng cuộc sống của người bệnh

**Bảng 1. Điểm CLCS trước và sau điều trị**

Bộ công cụ	Trước điều trị	Sau điều trị	P
QLQ-C30	60,2±12,7	71,9±9,8	p<0,05

CLCS của người bệnh trước và sau điều trị có thay đổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tuy nhiên sau 1 tháng vẫn ở mức chưa cao chỉ đạt 71,9/100 điểm.

**Bảng 2. Điểm CLCS ở nhóm đặc điểm**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Trước điều trị</b>	<b>Sau điều trị</b>	<b>p</b>
Thể chất	45,7 ± 9,7	50,9 ± 10,6	0,051
Hoạt động	48,2 ± 14,6	58,2 ± 15,3	0,038
Nhận thức	79,0 ± 18,7	91,2 ± 11,5	0,025
Cảm xúc	65,1 ± 17,9	78,9 ± 19,6	< 0,01
Xã hội	39,3 ± 21,1	63,6 ± 22,0	< 0,001
Sức khỏe toàn diện	38,6 ± 10,0	48,7 ± 9,0	0,035
Tác động tài chính	54,4 ± 36,8	44,4 ± 25,2	0,036

CLCS của người bệnh theo các nhóm đặc điểm có sự khác nhau, trong đó cao nhất là chức năng Nhận thức xã hội với trước điều trị là 79,0/100 sau điều trị đạt 91,2/100 điểm. Tuy nhiên hầu hết ở mức trung bình với thấp nhất là ảnh hưởng của bệnh tới tài chính với trước điều trị đạt 54,4/100, sau điều trị chỉ đạt 44,4/100, điều này cho thấy ảnh hưởng của chi phí điều trị đối với người bệnh là khá lớn.

**Bảng 3. Điểm CLCS ở các lĩnh vực triệu chứng**

<b>Triệu chứng</b>	<b>Trước điều trị</b>	<b>Sau điều trị</b>	<b>p</b>
Khó thở	41,1 ± 29,5	55,0 ± 16,6	< 0,01
Đau	58,1 ± 26,6	65,3 ± 17,1	0,01
Mệt mỏi cần nghỉ ngơi	60,4 ± 20,3	63,9 ± 21,9	0,11
Khó ngủ	80,6 ± 17,6	77,3 ± 18,6	0,10
Buồn nôn	41,3 ± 22,4	64,7 ± 22,9	< 0,001
Chán ăn	88,3 ± 18,2	75,5 ± 24,4	< 0,01
Táo bón	93,4 ± 14,4	89,5 ± 15,3	0,10
Tiêu chảy	93,1 ± 11,3	90,3 ± 11,7	0,13

Sau một tháng điều trị, các đa số các triệu chứng giảm có ý nghĩa thống kê, do đó CLCS ở lĩnh vực triệu chứng có cải thiện sau điều trị, nhưng vẫn chưa cao. Cao nhất là triệu chứng đau và khó thở có giảm với trước can thiệp là 41,1/100 điểm và sau điều trị là 55,0/100 với khó thở và 58/100 - 63,9/100 liên quan đến đau. Tuy nhiên các triệu chứng khác là xấu đi, trong đó giảm nhiều nhất là Chán ăn với trước can thiệp là 88,3/100, sau can thiệp chỉ còn 75,5/100 điểm. Một số triệu chứng có thay đổi nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 4. Đánh giá điểm CLCS theo bộ câu hỏi QLQ –LC13**

Lĩnh vực	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Khó thở	27,1 ± 17,1	21,7 ± 16,6	0,04
Ho	35,7 ± 20,5	21,3 ± 16,2	< 0,001
Ho ra máu	5,0 ± 13,4	1,6 ± 7,3	0.03
Đau ngực	25,4 ± 21,3	18,4 ± 15,6	< 0,01
Đau cánh tay/vai	15,4 ± 21,1	17,4 ± 21,8	0,35
Đau vị trí khác	10,4 ± 11,2	11,2 ± 14,6	0,50
Viêm miệng lưỡi	12,4 ± 16,2	13,2 ± 20,6	0,52
Khó nuốt	4,1 ± 8,0	12,4 ± 16,1	< 0,01
Ngứa tay, bàn chân	3,6 ± 16,0	2,6 ± 18,8	0,48
Rụng tóc	17,4 ± 26,2	26,5 ± 22,3	< 0,01

Một số triệu chứng của bệnh như khó thở, ho, ho ra máu, đau ngực cải thiện sau điều trị với  $p < 0,05$ . Triệu chứng không cải thiện sau điều trị như: đau, viêm miệng lưỡi, ngứa tay, chân với  $p > 0,05$ .

#### 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn bộ câu hỏi EORTC QLQ C30. Kết quả CLCS của người bệnh trước và sau điều trị có thay đổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tuy nhiên sau 1 tháng vẫn ở mức chưa cao chỉ đạt 71,9/100 điểm với bộ công cụ QLQ - C30. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Nga khi cho thấy điểm trung bình ở các lĩnh vực ở mức trung bình [13]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hồng, điểm QLQ - C30 của các nhóm lĩnh vực cũng ở mức trung bình từ 21,83 - 67,03 trước điều trị và giao động từ 31,34 - 76,0 sau điều trị 1 tháng [14]. Nhóm người bệnh được lựa chọn vào nghiên cứu mắc UTP KTBN giai đoạn III B và giai đoạn IV, là giai đoạn tiến xa của bệnh ung thư do đó có sự phức tạp về mặt triệu chứng và các chức năng của người bệnh do đó có sự ảnh hưởng lớn đến CLCS của người bệnh, sau một tháng điều trị vẫn còn một số triệu

chứng hoặc các tác dụng phụ trong quá trình điều trị.

Chức năng thể chất được đánh giá thông qua 5 câu hỏi liên quan đến việc vận động như làm việc gắng sức, đi bộ, leo cầu thang, phải nằm nghỉ và khả năng vận động để thực hiện các công việc cá nhân gồm ăn, uống, vệ sinh cá nhân. Điểm số cao hơn phản ánh chức năng thể chất tốt hơn. Điểm chức năng thể chất của người bệnh trước điều trị ở mức trung bình với 45,7 điểm trước điều trị và sau điều trị là 50,9, sự thay đổi về thể chất không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hồng với 21,83 điểm trước điều trị và 42,66 sau điều trị [14], nghiên cứu của Vũ Thị Nga với 31,7 trước và 31,2 sau điều trị [13]. Thấp hơn nghiên cứu của Zuliveira tại Brazil là 72,4 [15]. Có thể thấy điểm chức năng thể chất ở mức thấp có thể do ảnh hưởng nặng nề của UTP, khi người bệnh vận động sẽ gặp triệu chứng khó thở do thiếu oxy máu,

sau 1 tháng người bệnh chưa thể phục hồi lại được như bình thường, đặc biệt những người bệnh có phẫu thuật.

Người bệnh UTP có tác động lớn đến các hoạt động làm việc hay vận động hàng ngày. Chức năng hoạt động được đánh giá qua hai câu hỏi về khả năng thực hiện các công việc của bản thân hay các hoạt động giải trí và sở thích của người bệnh. Điểm số cao hơn đại diện cho mức độ tốt hơn của chức năng hoạt động. Kết quả nghiên cứu cho thấy chức năng hoạt động trước điều trị là 48,2 và sau điều trị là 58,2 phản ánh khả năng hoạt động ở mức trung bình theo cảm nhận của người bệnh. Điểm số chức năng hoạt động trong nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn các nghiên cứu khác như điểm số của nhóm sử dụng erlotinib trong thử nghiệm TORCH (71,0), [16], nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Mai là 71,8 [3]. Trên thế giới đã có các thử nghiệm lâm sàng và một số nghiên cứu so sánh về cải thiện chức năng hoạt động sau điều trị tuy nhiên kết quả thu được thì khác nhau: Nghiên cứu của Xin-Lin Mu, Long-Yun Li thấy sự cải thiện chức năng hoạt động sau ba tháng điều trị UTP với gefitinib [18]; Nghiên cứu của Priscila Isolani de Zuliveira tại Brazil chỉ ra không có sự khác biệt về chức năng hoạt động giữa trước và sau điều trị [19]; một số thử nghiệm lâm sàng tại Nhật Bản cũng chỉ ra rằng nhóm người bệnh dùng thuốc điều trị cải thiện chức năng hoạt động tốt hơn nhóm hóa trị với phác đồ paclitaxel – carboplatin hoặc docetaxel [17], [20]. Tuy nhiên, thử nghiệm OPTIMAL chỉ ra không có sự khác biệt về sự cải thiện chức năng hoạt động giữa hai nhóm người bệnh hóa trị [21]. Theo nghiên cứu của Vũ Thị Thu Nga cho thấy không có thay đổi về mặt hoạt động với trước và sau điều trị lần lượt là 31,7 và 31,2 [13].

Chức năng nhận thức được đánh giá

thông qua hai câu hỏi về khả năng tập trung và ghi nhớ của người bệnh. Điểm số cao hơn tương ứng với mức độ tốt hơn về chức năng nhận thức. Khả năng nhận thức của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao là 79,0 trước và 91,2 sau điều trị. Kết quả này cao hơn so với nhiều nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Mai ở nhóm điều trị đích là 84,6 [17], nghiên cứu của TORCH ở nhóm sử dụng erlotinib là 88,3 [22], nghiên cứu Vũ Thị Thu Nga là 77,2 sau điều trị [13], của Nguyễn Thị Thúy Hồng là 76,0% [14]. Sau điều trị, khả năng nhận thức ở người bệnh thấp hơn trước điều trị. Điều đó chứng tỏ chức năng nhận thức của người bệnh sau can thiệp không được cải thiện mà chức năng nhận thức của người bệnh còn bị giảm đi. Kết quả này có thể là do sau khi phát hiện bệnh và điều trị người bệnh ít tham gia các hoạt động cuộc sống xung quanh và cảm giác lo lắng nhiều về bệnh tật cũng như tiên lượng bệnh của mình. Do vậy trong quá trình điều trị rất cần sự động viên, chăm sóc của người nhà cũng như sự giúp đỡ của cộng đồng.

Chức năng xã hội được đánh giá thông qua hai câu hỏi về tác động của việc điều trị hoặc thể chất của người bệnh tới cuộc sống của gia đình và các hoạt động xã hội của bản thân, người bệnh có điểm số cao hơn sẽ có chức năng xã hội tốt hơn. Trước điều trị, chức năng xã hội ở người bệnh là 39,3 và sau điều trị là 63,6. Kết quả này thấp hơn so với các kết quả của Nguyễn Thị Thúy Hồng ở nhóm thuốc điều trị đích có điểm 68,86 [14] và của Vũ Thị Thu Nga là 69,0 trước và 71,8 sau điều trị [13]. Sau 1 tháng điều trị cho thấy sự cải thiện chức năng xã hội ở nhóm người bệnh này đã tăng đáng kể. Có thể sau điều trị người bệnh cảm thấy tự tin hơn vào sức khỏe, triệu chứng giảm nên người bệnh tự tin giao tiếp với xã hội.

Theo bộ câu hỏi EORTC QLQ C30 sức khỏe toàn diện được đánh giá thông qua hai câu hỏi về tình trạng thể chất tổng thể và CLCS tổng thể của người bệnh. Điểm số cao hơn phản ánh mức độ tốt hơn của sức khỏe toàn diện. Trung bình lĩnh vực sức khỏe toàn diện trước điều trị là 38,6, sau điều trị là 48,7. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Mai là 52,0 [17] của Zuliveira là 53,8 [19]. Sau điều trị, sức khỏe toàn diện không thay đổi ( $p = 0,317$ ). Tác giả Zuliveira báo cáo trong nghiên cứu của mình là không có sự cải thiện sức khỏe toàn diện ở người bệnh sau điều trị. Theo của Vũ Thị Thu Nga là 45,9 và 46,2 với tự đánh giá về sức khỏe chung của mình và 54,0 trước và sau điều trị với tự đánh giá về CLCS nói chung [13]. Mức độ sức khỏe toàn diện người bệnh tự đánh giá có thể thấy là hầu hết các tác giả đều ở mức trung bình và chưa có sự thay đổi rõ rệt trước và sau điều trị. Kết quả này có thể liên quan đến giai đoạn bệnh ở giai đoạn nặng, có nhiều ảnh hưởng đến các hoạt động cũng như triệu chứng khác, làm người bệnh cảm nhận cuộc sống chưa thể hồi phục ngay được sau 1 tháng.

**Hạn chế của nghiên cứu:** Nghiên cứu này được thực hiện chủ yếu trong thời gian dịch bệnh, nhà nghiên cứu tăng cường cho các đơn vị chống dịch nên bị ảnh hưởng không nhỏ trong việc lấy số liệu trên lâm sàng. Cỡ mẫu thu được còn chưa lớn. Do hạn chế về thời gian nên nghiên cứu chưa đủ lâu, chỉ đánh giá CLCS của người bệnh trước và sau thời gian điều trị 01 tháng, lúc này chưa có nhiều những hồi phục tích cực, cần có nhiều lần đánh giá cũng như theo dõi quá trình hồi phục, xấu đi của người bệnh.

## 5. KẾT LUẬN

Điểm trung bình CLCS tổng quát của người bệnh là  $60,2 \pm 12,7$  trước điều trị và  $71,9 \pm 9,8$  sau điều trị. Trong đó trước và

sau theo các nhóm chức năng thể chất là  $45,7 \pm 9,7$  và  $50,9 \pm 10,6$ , chức năng hoạt động là  $48,2 \pm 14,6$  và  $58,2 \pm 15,3$ , chức năng nhận thức là  $79,0 \pm 18,7$  và  $91,2 \pm 11,5$ , chức năng cảm xúc là  $65,1 \pm 17,9$  và  $78,9 \pm 19,6$ , chức năng xã hội là  $39,3 \pm 21,1$  và  $63,6 \pm 22,0$ , sức khỏe toàn diện là  $38,6 \pm 10,0$  và  $48,7 \pm 9,0$ , tác động tài chính là  $54,4 \pm 36,8$  và  $44,4 \pm 25,2$ . Điểm trung bình của các triệu chứng hay gặp là: đau (58,1 và 65,3 điểm), khó thở (41,1 và 55,9 điểm).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kovacevic T, Zaric B và Bokan D (2018), Survivorship of Advanced Lung Cancer Patients with Psychiatric Disorders and Malnutrition Risk, *Journal of Thoracic Oncology*. 13(10). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2018.08.1455>
2. World Health Organization (2020), Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, *CA Cancer J Clin*.
3. R. L. Siegel và các cộng sự. (2022), Cancer statistics, 2022, *CA Cancer J Clin*. 72(1), tr. 7-33. <https://doi.org/10.3322/caac.21708>
4. Pillai R. N và Owonikoko T. K (2014), Small cell lung cancer: therapies and targets, *Semin Oncol*. 41(1), tr. 133-42. doi: 10.1053/j.seminoncol.2013.12.015
5. Bộ Y tế (2022), Quyết định số 183/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ, chủ biên, Bộ Y tế, Hà Nội.
6. Tomi Kovacevic và các cộng sự. (2017), Importance of Assessment of Malnutrition Risk in Lung Cancer Patients, *Journal of Thoracic Oncology*. 12(1). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2016.11.2173>

7. Aldige Carolyn và các cộng sự. (2015), Improving the Quality of Life for Lung Cancer Patients, *CancerCare*.
8. Gupta N và các cộng sự. (2000), Psychometric properties of quality of life (qls) scale : a brief report, *Indian J Psychiatry*. 42(4), tr. 415-20.
9. Nguyễn Thái Bảo, Nguyễn Đình Tùng và Nguyễn Vũ Quốc Huy (2011), Nghiên cứu chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư vú bằng các bộ công cụ FACT-G, SF-36 và QLQ-C30, *Tạp chí Y dược học, trường đại học Y Dược Huế* 4, tr. 98-125.
10. Phạm Thanh Vân (2017), *Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị bằng Tarceva tại Bệnh viện Bạch Mai*, Đại học Điều dưỡng Nam Định, Nam Định.
11. Vũ Văn Vũ, Trần Đình Thanh và Chu Thị Hà (2008), Khảo sát chất lượng cuộc sống bệnh nhân hóa trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2(4), tr. 228 – 236.
12. Jacek Polanski và các cộng sự. (2016), Quality of life of patients with lung cancer, *OncoTargets and Therapy*. 9, tr. 1023—1028. doi: 10.2147/OTT.S100685
13. Vũ Thị Thu Nga (2022), Khảo sát chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ trước và sau xạ trị tại khoa xạ lồng ngực, Bệnh viện K, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 509(2).
14. Nguyễn Thị Thúy Hồng và các cộng sự. (2021), Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi di căn não được điều trị xạ phẫu GAMMA Knife tại bệnh viện K, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 505(1).
15. Hirsh V và các cộng sự. (2013), Symptom and quality of life benefit of afatinib in advanced non-small-cell lung cancer patients previously treated with erlotinib or gefitinib: results of a randomized phase IIb/III trial (LUX-Lung 1), *J Thorac Oncol*. 8(2), tr. 229-37. DOI:10.1097/JTO.0b013e3182773fce
16. Mu X. L và các cộng sự. (2004), Evaluation of safety and efficacy of gefitinib ('iressa', zd1839) as monotherapy in a series of Chinese patients with advanced non-small-cell lung cancer: experience from a compassionate-use programme, *BMC Cancer*. 4, tr. 51. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-4-51>
17. Nguyễn Thị Thanh Mai (2015), *Phân tích tình hình sử dụng thuốc và chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại trung tâm y học hạt nhân và ung bướu. Bệnh viện Bạch mai*, Dược, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
18. Di Maio M và các cộng sự. (2012), Quality of life analysis of TORCH, a randomized trial testing first-line erlotinib followed by second-line cisplatin/gemcitabine chemotherapy in advanced non-small-cell lung cancer, *J Thorac Oncol*. 7(12), tr. 1830-44. doi: 10.1097/JTO.0b013e318275b327
19. Zuliveira P. I và các cộng sự. (2013), Comparison of the quality of life among persons with lung cancer, before and after the chemotherapy treatment, *Rev Lat Am Enfermagem*. 21(3), tr. 787-94. doi: 10.1590/S0104-11692013000300019.
20. Sekine I và các cộng sự. (2009), Quality of life and disease-related symptoms in previously treated Japanese patients with non-small-cell lung cancer: results of a randomized phase III study (V-15-32) of gefitinib versus docetaxel, *Ann Oncol*. 20(9), tr. 1483-8. DOI:10.1093/annonc/mdp03.

21. Chen G và các cộng sự. (2013), Quality of life (QoL) analyses from OPTIMAL (CTONG-0802), a phase III, randomised, open-label study of first-line erlotinib versus chemotherapy in patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (NSCLC), *Ann Oncol.* 24(6), tr. 1615-22. doi: 10.1093/annonc/mdt012.

22. Matsuda A, Yamaoka K và Tango T (2012), Quality of life in advanced non-small cell lung cancer patients receiving palliative chemotherapy: A meta-analysis of randomized controlled trials, *Exp Ther Med.* 3(1), tr. 134-140. doi: 10.3892/etm.2011.368.