

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN HOẶC NGHI NGỜ UNG THƯ MỚI NHẬP VIỆN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Lê Đại Minh^{1,✉}, Dương Ngọc Lê Mai¹, Nguyễn Tiến Đạt¹
Kim Bảo Giang¹, Bùi Vinh Quang²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả chất lượng cuộc sống theo các đặc trưng dân số, kinh tế xã hội và nhóm bệnh của người bệnh ung thư mới nhập viện. Mẫu nghiên cứu gồm 262 bệnh nhân ung thư nội trú vào viện lần đầu tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội. Công cụ sử dụng là Bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống của Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung thư Châu Âu (EORTC QLQ-C30). Chất lượng cuộc sống bao gồm 5 nhóm chức năng chính và các triệu chứng bệnh. Kết quả cho thấy, trung vị của điểm chất lượng cuộc sống chung 75 (Khoảng tứ phân vị: 66,7 - 83,3). Đối với các chức năng, trung vị điểm chức năng thể chất là 100 (86,7 - 100), chức năng hoạt động là 100 (83,3 - 100), chức năng cảm xúc là 83,3 (66,7 - 100), chức năng nhận thức là 100 (83,3 - 100) và chức năng xã hội là 100 (83,3-100). Đối tượng nghiên cứu có điểm khó khăn tài chính là 33,3 (0 - 33,3). Nghiên cứu nhận thấy ở giai đoạn mới nhập viện, chất lượng cuộc sống thấp hơn ở nhóm người bệnh có gánh nặng tài chính và khác nhau giữa các nhóm bệnh.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, ung thư, EORTC QLQ-C30

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng cuộc sống là “Nhận thức mà cá nhân có được trong đời sống của mình, trong bối cảnh văn hóa và hệ thống giá trị mà cá nhân sống, trong mối tương tác với những mục tiêu, những mong muốn, những chuẩn mực, và những mối quan tâm”.¹

Đối với bệnh nhân ung thư, việc theo dõi chất lượng cuộc sống trong suốt quá trình chăm sóc là rất quan trọng và đã được đưa vào hướng dẫn bởi các hiệp hội chuyên môn về ung thư. Ở Anh, hiệp hội chuyên môn đã xây dựng

hướng dẫn chính thức liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân ung thư đầu - cổ ở Anh. Nó xác định bằng chứng cỡ sở hiện tại và vai trò của đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) đối với nhóm bệnh nhân này. Tài liệu này khuyến nghị rằng: CLCS là không thể thiếu trong kế hoạch điều trị, tinh chỉnh các phác đồ điều trị và hỗ trợ theo dõi cá nhân hóa hơn; chất lượng cuộc sống và mối quan tâm của bệnh nhân liên quan đến sức khỏe nên được đánh giá thường xuyên trong quá trình chăm sóc bệnh nhân; đánh giá chất lượng cuộc sống và mối quan tâm của bệnh nhân theo các đặc điểm của người bệnh có thể sẽ hữu ích trong hỗ trợ và can thiệp đa ngành.² Có nghiên cứu đã cho thấy việc phục hồi tâm lý ở bệnh nhân ung thư có liên quan tích cực đến chất lượng cuộc sống.³ Hiện có

Tác giả liên hệ: Lê Đại Minh,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: ledaiminh7499@gmail.com

Ngày nhận: 15/12/2019

Ngày được chấp nhận: 20/02/2020

hơn 1000 bộ công cụ được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống.⁴ Nghiên cứu CLCS trên người bệnh ung thư lại có nhiều công cụ nghiên cứu với những đặc điểm riêng. Công cụ QLQ-C30 và QLQ-H&N35 của Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung bướu Châu Âu (EORTC) là công cụ được sử dụng ở nhiều nước, đã được chuẩn hoá cho tiếng Việt, giúp cho việc so sánh tình trạng người bệnh mắc các bệnh khác nhau.⁵ Đã có nhiều nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư với các nhóm bệnh khác nhau sử dụng các công cụ này như: các nghiên cứu của Bjordal trên các bệnh nhân ung thư đầu cổ với điểm trung bình chất lượng cuộc sống lần lượt là 63, 61 và 69.^{6,7} Tại Việt Nam, đã có nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà trên bệnh nhân ung thư vú sử dụng bộ công cụ EORTC QLQ-C30 cho ra trung bình chất lượng cuộc sống là 58,6.⁸ Hiện tại, ở Việt Nam chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào về chất lượng cuộc sống trên đối tượng người bệnh ung thư mới nhập viện. Nghiên cứu nhằm mô tả CLCS theo đặc trưng dân số, kinh tế xã hội và nhóm bệnh của người bệnh ung thư mới nhập viện và đánh giá một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên toàn bộ bệnh nhân ung thư hoặc nghi ngờ ung thư từ 18 tuổi trở lên được nhập viện lần đầu tiên tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội trong thời gian từ ngày 1 tháng 7 đến ngày 15 tháng 8 năm 2019. Nghiên cứu loại trừ những người bệnh có điểm số ECOG > 2 (từ hầu như không có khả năng tự chăm sóc, phải nằm giường hoặc ngồi xe lăn hơn 50% thời gian tỉnh cho tới mất ý thức theo phân loại của Nhóm Hợp tác Ung thư Phương Đông – Eastern Cooperative Oncology Group).⁹

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt

ngang.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu người bệnh nhập viện được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ước tính trung bình với điểm trung bình CLCS chung là 75, mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$, độ lệch chuẩn là 20 và độ chênh với điểm số trung bình thực tế là 5 điểm. Mẫu được tăng thêm 50% để hạn chế sai số thiết kế, cỡ mẫu cần thiết là 253. Để đạt được cỡ mẫu này, nhóm nghiên cứu thu thập thông tin trên tất cả người lớn từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán hoặc nghi ngờ mắc ung thư, nhập viện lần đầu tại bệnh viện ung bướu Hà Nội từ thứ 2 đến thứ 6 trong giai đoạn từ ngày 1 tháng 7 năm 2019 đến ngày 15 tháng 8 năm 2019 và cỡ mẫu nghiên cứu đạt được là 262.

Công cụ thu thập: CLCS được đo lường bằng: Bộ câu hỏi CLCS của Tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư Châu Âu (EORTC -The European Organization for Research and Treatment of Cancer). EORTC-QLQC30. Bộ câu hỏi gồm 30 câu. Bộ câu hỏi nghiên cứu gồm các phần (1) Thông tin chung của người bệnh; (2) CLCS, được sử dụng để phỏng vấn người bệnh mới nhập viện theo hình thức phỏng vấn trực tiếp. Bộ câu hỏi đã được chuẩn hoá theo tiếng Việt và được tổ chức điều trị ung thư châu Âu khuyến cáo sử dụng. Bộ câu hỏi gồm có phần chức năng thể chất, chức năng cảm xúc, chức năng nhận thức và chức năng xã hội. Ngoài ra còn các câu hỏi về các triệu chứng và khó khăn về tài chính. Điểm số CLCS được tính theo hướng dẫn của tổ chức EORTC với thang điểm từ 1-100. Đối với CLCS và các chức năng, điểm số càng cao thì CLCS càng tốt; trong khi đối với các triệu chứng và khó khăn tài chính, điểm số càng cao thì CLCS càng kém.

Phương pháp thu thập số liệu: Quy trình nghiên cứu bao gồm các bước sau: 1) Hàng ngày bệnh viện sẽ trích xuất dữ liệu người bệnh được chẩn đoán ung thư nhập viện lần đầu;

2) Nhóm nghiên cứu nhận danh sách và phân công điều tra viên đến tiếp xúc với người bệnh tại các khoa điều trị của bệnh viện cùng ngày hoặc muộn nhất 1 tuần sau khi nhập viện. Quá trình thu thập số liệu dừng lại khi đạt cỡ mẫu dự kiến.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập vào máy bằng phần mềm Epidata 4.0, xử lý và làm sạch bằng phần mềm STATA 15.1. Điểm CLCS được tính theo hướng dẫn của Tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư Châu Âu với tổ hợp các câu hỏi theo từng chức năng đã xác định. Thống kê mô tả trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, khoảng tứ phân vị, tứ phân vị thứ nhất và thứ ba của điểm CLCS. Điểm

CLCS được so sánh giữa các nhóm bệnh nhân theo các đặc điểm: nhóm tuổi, giới, khu vực sinh sống, nghề nghiệp, học vấn, tình trạng hôn nhân, người sống cùng, gánh nặng tài chính của điều trị bệnh, nhóm bệnh sử dụng thống kê so sánh trung vị do chỉ số này có phân bố không chuẩn. Giá trị $p < 0,05$ được cho là có ý nghĩa thống kê.

4. Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh được mời tham gia nghiên cứu được giải thích về ý nghĩa của nghiên cứu và quyền được từ chối tham gia nghiên cứu tại bất cứ thời điểm nào. Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức của Bệnh Viện Ung Bướu Hà Nội. Mã số quyết định: 32/CN-HĐĐĐ. Thời gian chấp thuận là 28/03/2019.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí	Nam (n, %)	Nữ (n, %)	Tổng (n, %)
Tổng	81 (30,9)	181 (69,1)	262 (100,0)
Nhóm tuổi			
Từ 16-34 tuổi	6 (7,4)	29 (16,0)	35 (13,4)
Từ 35-44 tuổi	8 (9,9)	49 (27,1)	57 (21,8)
Từ 45-59 tuổi	43 (53,1)	71 (39,2)	114 (43,5)
Từ 60-70 tuổi	24 (29,6)	32 (17,7)	56 (21,4)
Tỉnh/thành phố sinh sống			
Hà Nội	73 (90,1)	148 (81,8)	221 (84,4)
Khác	8 (9,9)	33 (18,2)	41 (15,6)
Địa điểm sống			
Thành thị	21 (25,9)	52 (28,7)	73 (27,9)
Nông thôn	60 (74,1)	129 (71,3)	189 (72,1)
Trình độ học vấn			
Dưới Tiểu học	4 (4,9)	11 (6,1)	15 (5,7)
Tốt nghiệp tiểu học	17 (21,0)	20 (11,0)	37 (14,1)

Tiêu chí	Nam (n, %)	Nữ (n, %)	Tổng (n, %)
Trình độ học vấn			
Tốt nghiệp THCS	44 (54,3)	68 (37,6)	112 (42,7)
Tốt nghiệp THPT	10 (12,3)	46 (25,4)	56 (21,4)
Trên THPT	6 (7,4)	36 (19,9)	42 (16,0)
Nghề nghiệp			
Nhân viên văn phòng	3 (3,7)	25 (13,8)	28 (10,7)
Buôn bán nhỏ/Doanh nghiệp riêng/ Dịch vụ xã hội	9 (11,1)	21 (11,6)	30 (11,5)
Nông dân	39 (48,1)	77 (42,5)	116 (44,3)
Lao động tự do	19 (23,5)	45 (24,9)	64 (24,4)
Khác	11 (13,6)	13 (7,2)	24 (9,2)
Tình trạng hôn nhân			
Kết hôn	77 (95,1)	155 (85,6)	232 (88,5)
Khác	4 (4,9)	26 (14,4)	30 (11,5)
Sống với ai			
Với người thân	80 (98,8)	173 (96,1)	253 (96,9)
Khác	1 (1,2)	7 (3,9)	8 (3,1)

Trong số 262 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 30,9% là nam và 69,1% là nữ. Tuổi thọ trung bình là 49,4 năm trong khoảng từ 19-70 tuổi. Các bệnh nhân chủ yếu đến từ Hà Nội (84,4%) nhưng phần lớn lại sinh sống ở vùng nông thôn (72,1%). Phần lớn đối tượng có trình độ trung học cơ sở (42,7%); ngoài ra, trình độ trung học phổ thông, đại học và sau đại học lần lượt chiếm 21,4% và 16,0%. 88,5% bệnh nhân đang trong hôn nhân và 9,9% sống cùng với người thân.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh của đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí	Nam (n, %)	Nữ (n, %)	Tổng (n, %)
Chẩn đoán/nghi ngờ			
Nghi ngờ	29 (35,8)	78 (43,1)	107 (40,8)
Chẩn đoán	52 (64,2)	103 (56,9)	155 (59,2)
Nhóm bệnh			
Tuyến Giáp	12 (14,8)	133 (73,5)	145 (55,3)
Dạ Dày/Thực Quản	24 (29,6)	5 (2,8)	29 (11,1)
Đại Tr tràng/Trực Tràng	7 (8,6)	3 (1,7)	10 (3,8)
Hầu/Họng,	11 (13,6)	0 (0,0)	11 (4,2)
Gan/Đường Mật	9 (11,1)	0 (0,0)	9 (3,4)

Tiêu chí	Nam (n, %)	Nữ (n, %)	Tổng (n, %)
Phổi	10 (12,3)	5 (2,8)	15 (5,7)
Tử cung/Buồng Trứng	0 (0,0)	8 (4,4)	8 (3,1)
Vú	0 (0,0)	25 (13,8)	25 (9,5)
Khác	8 (9,9)	2 (1,1)	10 (3,8)

Số người bệnh đã được chẩn đoán xác định chiếm 59,2%, phần còn lại được các bác sỹ nghi ngờ mắc ung thư. Ung thư nhóm tuyến giáp là gặp nhiều nhất chiếm 55,3%.

2. Chất lượng cuộc sống

Bảng 3. Điểm chất lượng cuộc sống theo công cụ EORTC-QLQC30

Chỉ tiêu	Trung bình	Trung vị	p25	p75
Chất lượng cuộc sống chung	73,1	75,0	66,7	83,3
Khó khăn tài chính	26,5	33,3	0,0	33,3
Các chức năng				
Chức năng thể chất	90,6	100,0	86,7	100,0
Chức năng hoạt động	91,7	100,0	83,3	100,0
Chức năng cảm xúc	80,2	83,3	66,7	100,0
Chức năng nhận thức	90,5	100,0	83,3	100,0
Chức năng xã hội	90,6	100,0	83,3	100,0
Các triệu chứng				
Mệt mỏi	17,9	11,1	0,0	33,3
Nôn và buồn nôn	5,2	0,0	0,0	0,0
Đau	15,9	0,0	0,0	33,3
Khó thở	8,5	0,0	0,0	0,0
Rối loạn giấc ngủ	35,1	33,3	0,0	66,7
Ăn mất ngon	17,8	0,0	0,0	33,3
Táo bón	8,0	0,0	0,0	0,0
Tiêu chảy	4,2	0,0	0,0	0,0

Các chỉ số CLCS của đối tượng nghiên cứu có phân bố không chuẩn, được biểu diễn bằng trung vị và tứ phân vị thứ nhất và thứ ba (Bảng 2). Trong đó điểm CLCS chung có trung vị là 75 (66,7 - 83,3). Đối với các chức năng, điểm số chức năng thể chất là 100 (86,7 - 100), chức năng hoạt động là 100 (83,3 - 100), chức năng cảm xúc là 83,3 (66,7 - 100), chức năng nhận thức là 100 (83,3 - 100) và chức năng xã hội là 100 (83,3 - 100). Đối tượng nghiên cứu có điểm khó khăn tài chính là 33,3 (0 - 33,3). Dựa vào câu hỏi trong bộ công cụ, 42,8% bệnh nhân trả lời có cảm thấy đau, trong đó 11,8% là đau nhiều hoặc rất nhiều. Trên 40% bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi (45,8%), căng thẳng (46,6%), buồn chán (51,15%) và lo lắng (58,0%). Trong nghiên cứu, các bệnh nhân có xuất hiện mất

ngủ chiếm phần hơn (56,9%), trong đó 33,97% là mất ngủ nhiều.

3. So sánh chất lượng cuộc sống giữa các nhóm bệnh nhân

Bảng 4. Điểm chất lượng cuộc sống theo đặc điểm người bệnh

Đặc điểm	Trung bình	Trung vị	p25	p75	p-value
Giới tính					
Nam	72,9	75,0	58,3	83,3	0,835
Nữ	73,2	75,0	66,7	83,3	
Nhóm tuổi					
Từ 16-34 tuổi	74,8	83,3	66,7	83,3	0,100
Từ 35-44 tuổi	75,1	75,0	58,3	83,3	
Từ 45-59 tuổi	73,8	75,0	66,7	83,3	
Từ 60-70 tuổi	68,5	66,7	54,2	83,3	
Tỉnh/thành phố					
Hà Nội	73,0	75,0	66,7	83,3	0,671
Khác	73,6	75,0	66,7	91,7	
Nơi sống					
Thành thị	75,8	83,3	66,7	83,3	0,128
Nông thôn	72,0	75,0	58,3	83,3	
Học vấn					
Dưới Tiểu học	66,7	66,7	50,0	83,3	0,471
Tốt nghiệp tiểu học	74,3	66,7	66,7	91,7	
Tốt nghiệp THCS	74,6	75,0	66,7	83,3	
Tốt nghiệp THPT	70,8	66,7	58,3	83,3	
Trên THPT	73,4	83,3	58,3	83,3	
Nghề nghiệp					
Nhân viên văn phòng	75,9	83,3	70,8	83,3	0,355
Doanh nghiệp/Dịch vụ	76,9	83,3	66,7	83,3	
Nông dân	71,3	70,8	58,3	83,3	
Lao động tự do	74,0	75,0	66,7	83,3	
Khác	71,5	66,7	62,5	83,3	
Tình trạng hôn nhân					
Kết hôn	73,0	75,0	58,3	83,3	0,648
Khác	74,2	79,2	66,7	83,3	

Gánh nặng tài chính do điều trị

Không có	78,1	83,3	66,7	83,3	
Ít	71,8	70,8	62,5	83,3	0,008
Nhiều	64,5	66,7	50,0	75,0	

Kết quả so sánh trung vị cho thấy không có sự khác biệt về điểm CLCS nói chung giữa các hai giới nam và nữ, cũng như giữa các nhóm tuổi. Các đặc điểm về nhân khẩu học khác như nơi sống, nghề nghiệp, học vấn và tình trạng hôn nhân cũng như người chung sống cũng không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số CLCS giữa các bệnh nhân. Giữa hai nhóm bệnh nhân theo dõi và đã chẩn đoán mắc ung thư, kết quả so sánh trung vị cũng không cho thấy ý nghĩa thống kê.

Đối với yếu tố gánh nặng tài chính do điều trị, kết quả so sánh trung bình cho thấy sự khác biệt lớn trong điểm số CLCS giữa các nhóm bệnh nhân ($p < 0,01$). Số liệu cho thấy CLCS của bệnh nhân ở các nhóm theo phân loại này khác nhau đôi một và bệnh nhân càng có ít gánh nặng tài chính, CLCS càng cao.

Bảng 5. Chất lượng cuộc sống theo đặc điểm bệnh

Đặc điểm	Trung bình	Trung vị	p25	p75	p-value
Chẩn đoán ung thư					
Nghi ngờ	73,9	75,0	66,7	83,3	0,434
Chẩn đoán	72,5	75,0	58,3	83,3	
Nhóm bệnh					
Tuyến Giáp ¹	74,6	75,0	66,7	83,3	0,001
Dạ Dày/Thực Quản ²	66,4	66,7	58,3	75,0	
Đại Tr tràng/Trực Tr tràng ³	73,3	70,8	66,7	83,3	
Hầu/Họng ⁴	80,3	75,0	66,7	100,0	
Gan/Đường Mật ⁵	79,6	83,3	83,3	83,3	
Phổi ⁶	62,8	66,7	50,0	83,3	
Tử cung/Buồng Trứng ⁷	62,5	54,2	50,0	87,5	
Vú ⁹	74,7	83,3	66,7	83,3	
Khác ¹⁰	76,7	83,3	66,7	83,3	

Giá trị p theo trắc nghiệm Kruskal Wallis cho từng cặp: p-value của (1) so với (2), (1) so với (6), (2) so với (4), (2) so với (5), (2) so với (9), (2) so với (10), (4) so với (6), (4) so với (7), (5) so với (6), (5) so với (7) (6) so với (9), (6) so với (10) $< 0,05$.

Kết quả so sánh cũng cho thấy sự khác biệt lớn về CLCS giữa các bệnh nhân mới vào viện thuộc nhóm bệnh khác nhau ($p < 0,001$). Trong đó, nhóm ung thư dạ dày/thực quản và nhóm ung thư phổi có CLCS thấp hơn nhóm ung thư tuyến giáp, ung thư hầu/họng, ung thư gan/đường mật, ung thư vú và nhóm ung thư khác ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân ung thư tử cung/buồng trứng có CLCS thấp hơn nhóm bệnh nhân mắc ung thư hầu/họng hay ung thư gan/đường mật ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng công cụ EORTC QLQ-C30, là bộ công cụ được sử dụng phổ biến hiện nay và đã được khẳng định tính giá trị và độ tin cậy trên nhiều quốc gia.¹⁰ So sánh với giá trị tham chiếu của tổ chức EORTC (EORTC QLQ-C30 Reference Values) đối với bệnh nhân ung thư giai đoạn I-II, trung vị chỉ số CLCS chung và các chỉ số chức năng của bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi đều có xu hướng bằng hoặc cao hơn.¹¹ Các chỉ số về triệu chứng cũng tương đối giống như giá trị tham chiếu. Một nghiên cứu của Bjordal và cộng sự trên 622 bệnh nhân ung thư đầu cổ, trong đó có 204 bệnh nhân mới được chẩn đoán đã sử dụng công cụ QLQC30 để đánh giá CLCS và cho thấy các chỉ số lượng cuộc sống của bệnh nhân mới được chẩn đoán ung thư đầu cổ là $63 \pm 23,9$; chức năng thể chất là $84 \pm 21,4$, chức năng vận động là $81 \pm 30,2$, chức năng cảm xúc là $72 \pm 25,2$, chức năng nhận thức là $83 \pm 21,5$ và chức năng xã hội là $85 \pm 21,5$; khó khăn tài chính là $12 \pm 22,6$. Các chỉ số về triệu chứng mệt mỏi, nôn/buồn nôn, đau, khó thở, mất ngủ, ăn mất ngon, táo bón, tiêu chảy lần lượt là: $26 \pm 24,7$, $5 \pm 12,0$, $20 \pm 24,9$, $20 \pm 27,8$, $28 \pm 31,6$, $15 \pm 28,1$, $13 \pm 25,1$, $5 \pm 15,6$.⁷ Tại một nghiên cứu khác của Bjordal cũng trên bệnh nhân ung thư đầu cổ sau khi xạ trị bằng hai phương pháp xạ trị thông thường và xạ trị liều cao ngăn ngày, chỉ số trung bình về CLCS lần lượt là 61 và 69; các chỉ số chức năng: thể chất 74 và 79, vận động 72 và 83, xã hội 73 và 83, cảm xúc 77 và 84, nhận thức 80 và 83; chỉ số tài chính: 19 và 11.⁶ So với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Bjordal có chỉ số CLCS và các chỉ số đánh giá chức năng có xu hướng thấp hơn. Điều này có thể được giải thích do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân mới vào viện, một phần bệnh nhân mới chỉ nghi ngờ ung thư và có

lẽ ảnh hưởng của bệnh tới CLCS còn chưa lớn. Nghiên cứu của chúng tôi có mức gánh nặng tài chính lớn hơn nghiên cứu của Bjordal. Sự khác biệt về hệ thống chăm sóc sức khỏe, bao phủ tài chính y tế giữa các quốc gia có thể giải thích phần nào cho sự khác biệt này. Tại Việt Nam, nghiên cứu trên 376 bệnh nhân ung thư vú của Nguyễn Thu Hà cũng sử dụng công cụ EORTC-QLQC30 cho thấy điểm CLCS thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (điểm CLCS trung bình là 58,6; chỉ số chức năng: vận động là 85,8, nhận thức là 78,6, chức năng hoạt động là 71,7, cảm xúc là 70,6 và xã hội là 67,1),⁸ lý do cho sự khác biệt có lẽ cũng là vì đối tượng nghiên cứu khác nhau. Tương tự với một nghiên cứu trước đây, yếu tố tài chính cũng là một yếu tố có ý nghĩa thống kê liên quan tới CLCS của người bệnh ung thư.^{12,13}

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy CLCS của các bệnh nhân ung thư hoặc nghi ngờ ung thư mới nhập viện có các chỉ số CLCS chung và chức năng cao hơn so với một số nghiên cứu đã thực hiện tại Việt Nam và trên thế giới. Các triệu chứng về thể chất cũng tương đối giống với mô tả của giá trị tham chiếu. Tuy nhiên, tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng như mất ngủ, đau và các thay đổi tiêu cực về tâm lý có tỷ lệ lưu hành tương đối cao trong các bệnh nhân ung thư mới nhập viện. Ngoài ra, nghiên cứu còn tìm thấy mối liên quan giữa khó khăn tài chính tới sự khác nhau về CLCS giữa bệnh nhân thuộc các nhóm bệnh ung thư khác nhau. Do đó, các vấn đề này cần được quan tâm và can thiệp sớm, từ khi mới nhập viện để có thể nâng cao CLCS của bệnh nhân ung thư xuyên suốt quá trình điều trị.

LỜI CẢM ƠN

Xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Ung bướu Hà Nội đã tạo điều kiện giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography. Vol WHO/MNH/PSF/94.1. Geneva; 1994.
2. Rogers SN, et al. Quality of life considerations in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol* 130(S2): p S49-S52. 2016.
3. Ye ZJ, Qiu HZ, Li PF, et al. Predicting changes in quality of life and emotional distress in Chinese patients with lung, gastric, and colon-rectal cancer diagnoses: the role of psychological resilience: Predicting changes in emotional distress and quality of life. *Psycho-Oncology*. 2017;26(6):829-835. doi:10.1002/pon.4237
4. Theofilou P. Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 2013;9(1): p. 150-162.
5. Carrillo J. F., et al. The impact of treatment on quality of life of patients with head and neck cancer and its association with prognosis. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 42(10): p 1614–1621. 2016. doi:doi:10.1016/j.ejso.2016.05.037
6. Bjordal, K., Kaasa, S., & Mastekaasa, A. Bjordal, K., Kaasa, S., & Mastekaasa, A. (1994). Quality of life in patients treated for head and neck cancer: A follow-up study 7 to 11 years after radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 28(4), 847–856. doi:10.1016/0360-3016(94)90104-x.
7. K. Bjordal et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. *European Journal of Cancer* 36 (2000) 1796–1807.
8. Nguyễn Thu Hà, Tạ Thị Thanh Bình, Nguyễn Quỳnh Anh. Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vú sử dụng thang đo QLQ-C30 và một số yếu tố liên quan tại một số bệnh viện Ung bướu tại Việt Nam. *TẠP CHÍ Y HỌC DỰ PHÒNG*. Tập 27, số 5 2017:102.
9. ECOG Performance Status. ECOG-ACRIN. <https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>. Accessed February 26, 2020.
10. Fayers, P., & Bottomley, A. Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer* Volume 38, Supplement 4, Pages 125-133.
11. EORTC Groups. EORTC QLQ-C30 Reference Values.; 2008.
12. Roick, J., Danker, H., Kersting, A. et al. The association of socioeconomic status with quality of life in cancer patients over a 6-month period using individual growth models. - PubMed - NCBI. *Support Care Cancer* 27, 3347–3355 (2019).
13. Jacob J, Palat G, Verghese N, et al. Health-related quality of life and its socioeconomic and cultural predictors among advanced cancer patients: evidence from the APPROACH cross-sectional survey in Hyderabad-India. *BMC Palliative Care*. 2019;18(1):94. doi:10.1186/s12904-019-0465-y

Summary
**QUALITY OF LIFE OF NEWLY ADMITTED PATIENTS
DIAGNOSED OR SUSPECTED OF CANCER
AND ASSOCIATED FACTORS**

Quality of life using EORTC QLQ-C30 of newly admitted patients at Hanoi Oncology Hospital and associated factors. The study aims to describe the quality of life of newly admitted cancer patients by some socio-demographic factors and disease types. The sample included 262 cancer patients admitted to the hospital for the first time at Hanoi Oncology Hospital. The questionnaire developed by the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) was used. Quality of life covered five main functions and disease symptoms. Each function has a maximum score of 100. The results showed that the median of global health function (quality of life) is 75 (Interquartile range: 66.7 - 83.3), the physical function score is 100 (86.7 - 100), the role function is 100 (83.3 - 100), the emotional function is 83.3 (66.7 - 100), the cognitive function is 100 (83.3 - 100) and the social function is 100 (83.3 - 100). The study subject has a financial difficulty score of 33.3 (0 - 33.3). we found that among newly admitted cancer patients, quality of life was significantly lower in.

Key words: Quality of life, cancer patient, EORTC QLQ-C30