

Mối liên quan giữa đau và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi

Nguyễn Thị Yến Nhi^{*}, Trần Thiện Trung²

(1) Bộ môn Điều dưỡng, Khoa ĐD-KTYH, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

(2) Bộ môn Ngoại, Khoa Y, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Chất lượng cuộc sống luôn là chủ đề ưu tiên hàng đầu đối với người bệnh ung thư; và đau là triệu chứng chính có ảnh hưởng đến tất cả các khía cạnh của chất lượng cuộc sống, đồng thời làm trầm trọng thêm các triệu chứng khác của bệnh. Trong công tác điều trị, chăm sóc người bệnh, người điều dưỡng có vai trò quan trọng trong đánh giá, hỗ trợ và giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư. **Mục tiêu:** Xác định mối liên quan giữa mức độ đau và điểm trung bình các khía cạnh chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 102 người bệnh ung thư phổi mọi giai đoạn đang điều trị tại Khoa Nội phụ khoa-Phổi, bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 3 - 6/2022. Chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 và EORTC QLQ-LC13, tình trạng đau được ghi nhận bằng bộ câu hỏi tự đánh giá BPI-sf. **Kết quả:** Tỷ lệ đau ở người bệnh ung thư phổi là 52%; trong đó đau ít 41,5%, đau vừa 49,1% và đau nhiều 9,1%. Điểm trung bình sức khỏe tổng quát đạt 64,9 điểm, các mặt chức năng có điểm trung bình từ 56,5 - 89,7 điểm. Những triệu chứng nổi bật là mệt mỏi, chán ăn và mất ngủ. Có mối liên quan giữa mức độ đau (BPI-sf) với điểm trung bình sức khỏe tổng quát, chức năng xã hội, hoạt động, thể chất, và các triệu chứng mệt mỏi, nôn/buồn nôn, đau, khó thở, mất ngủ, chán ăn, táo bón, ho ra máu, nuốt khó (EORTC QLQ-C30 và EORTC QLQ-LC13). **Kết luận:** Sức khỏe tổng quát và khả năng thực hiện các chức năng xã hội, thể chất, hoạt động giảm dần khi mức độ đau tăng. Ngược lại, các triệu chứng khác của bệnh càng trầm trọng hơn khi đau tăng lên.

Từ khóa: ung thư phổi, chất lượng cuộc sống, đau.

Relationship between pain and quality of life in lung cancer patients

Nguyen Thi Yen Nhi^{*}, Tran Thien Trung²

(1) Nursing Department, Faculty of Nursing and Medical Technology,
University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

(2) Surgery Department, Faculty of Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

Abstrat

Background: The interest of quality of life remains a high priority subject on cancer patients. Pain has been recognized as a key symptom in various types of cancer; pain affects all aspects of quality of life and aggravates other symptoms. In the treatment and care of patients, nurses play an important role in assessing, supporting and helping to improve the quality of life of cancer patients. **Objective:** To survey the relationship between pain severity and average score of quality of life in lung cancer patients. **Material and method:** Descriptive cross-sectional study was conducted on 102 lung patients at all stages treated at Gynecology and Lung Department of Ho Chi Minh City Oncology Hospital from 3 - 6/2022. EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-LC13 questionnaires were used to investigate quality of life, pain severity was assessed by the BPI-sf self-assessment questionnaire. **Results:** Pain prevalence was 52% in lung cancer patients at all stages; among them, mild pain was 41.5%, moderate pain was 49.1% and severe pain was 9.1%. The average score of global health status scored was 64.9 points. Functional aspects had average scores from 56.5 - 89.7 points. The most prominent symptoms are fatigue, appetite loss and insomnia. There was a correlation between pain severity (BPI-sf) and the average score of global health status, social, physical, role functioning and symptoms of fatigue, nausea/vomiting, pain, dyspnea, insomnia, appetite loss, constipation, haemoptysis, dysphagia (EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-LC13). **Conclusion:** Global health status and the ability of performing social, physical and role functioning decreased with increased pain. Conversely, other symptoms worsened on the increase in pain severity.

Key words: lung cancer, quality of life, pain.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vẫn luôn là mối quan tâm trên toàn cầu [1]; gánh nặng ung thư tiếp tục gia tăng gây căng thẳng to lớn về thể chất, tinh thần và tài chính đối với cá nhân, gia đình, cộng đồng và hệ thống y tế. Đối với người bệnh (NB) ung thư, chất lượng cuộc sống (CLCS) được xem là vấn đề ưu tiên hàng đầu.

Ung thư và các liệu pháp điều trị ung thư có thể gây ra những khó khăn trong việc hoàn thành các vai trò trong gia đình, xã hội như khả năng làm việc hoặc tham gia các hoạt động xã hội [2]. CLCS của NB ung thư phổi thấp hơn so với những người khỏe mạnh và NB mắc các khối u ác tính khác, do bị tác động bởi số lượng và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng đặc trưng. Nghiên cứu của Braun và cộng sự [3] đã chứng minh rằng đánh giá ban đầu về CLCS cùng với đánh giá tình trạng thể chất là nguồn thông tin tiên lượng quan trọng ở NB ung thư phổi.

Trong số các triệu chứng ung thư, đau là triệu chứng chính ở khoảng 30% NB. Hơn 51% NB ung thư phổi mọi giai đoạn phần nào về đau [4]. Đau ở NB ung thư có liên quan đáng kể với CLCS; đau ảnh hưởng đến tất cả các khía cạnh của CLCS bao gồm thể chất, hoạt động, các đặc tính xã hội và nhận thức, đồng thời làm trầm trọng thêm các triệu chứng mệt mỏi, khó thở, buồn nôn, mất ngủ, táo bón, tiêu chảy, chán ăn [5]. NB ung thư bị đau có mức độ hoạt động thấp hơn đáng kể nhưng lại có mức độ giận dữ, mệt mỏi, trầm cảm, lú lẫn và hôn mê cao hơn so với những NB ung thư không bị đau, ngay cả khi đã suy xét đến giai đoạn bệnh [6]. Khi mức độ đau tăng lên các hoạt động thông thường, tinh thần, giấc ngủ và dinh dưỡng bị ảnh hưởng tiêu cực, do đó CLCS cũng giảm sút [7].

Trong chăm sóc điều dưỡng đối với NB ung thư, CLCS được xem là một vấn đề quan trọng. Người điều dưỡng cần đánh giá được CLCS của NB cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS: văn hóa, tuổi, chẩn đoán, môi trường, vấn đề cá nhân hoặc xã hội và các yếu tố khác: mệt mỏi, đau, mất ngủ [8]...

Do đó, người điều dưỡng có vai trò quan trọng trong đánh giá, hỗ trợ và giúp cải thiện CLCS ở NB ung thư. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài *"Mối liên quan giữa đau và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi"* với mục tiêu:

1. *Tìm hiểu tỷ lệ đau ở người bệnh ung thư phổi; và điểm trung bình chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh.*

2. *Xác định mối liên quan giữa mức độ đau và điểm trung bình các khía cạnh chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

NB được chẩn đoán ung thư phổi đang điều trị tại khoa Nội Phụ khoa-Pổi, Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh.

- **Tiêu chuẩn đưa vào:** NB từ 18 tuổi trở lên, không mắc các khối u ác tính khác, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại ra:** NB đang trong tình trạng nặng: lơ mơ, hôn mê; NB có các rối loạn về tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** $n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 (1-p)p}{d^2}$

n = cỡ mẫu tối thiểu

$Z(1-\alpha/2)$: hệ số tin cậy với α là xác suất sai lầm loại I, chọn trị số α là 0,05 ở mức tin cậy 95%, $Z(1-\alpha/2) = 1,96$

$d = 0,1$ sai số cho phép

$p = 0,51$ tỷ lệ đau ở NB ung thư phổi mọi giai đoạn [4].

$\rightarrow n = 96$

- **Công cụ:** a) EORTC QLQ-C30 và EORTC QLQ-LC13 phiên bản Tiếng Việt (Quality of life questionnaire of European Organisation for Research and Treatment of Cancer = Bộ câu hỏi về CLCS của Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung thư Châu Âu) để đánh giá CLCS.

+ EORTC QLQ-C30 được sử dụng ở mọi loại ung thư, bao gồm 30 câu hỏi. Trong đó có 5 thang đo về các chức năng, 1 thang đo về sức khỏe tổng quát, 3 thang đo về triệu chứng và 6 câu hỏi đơn lẻ [9].

+ EORTC QLQ-LC13 là bộ câu hỏi bổ sung, được sử dụng cùng EORTC QLQ-C30 dành cho NB ung thư phổi. Bao gồm một thang đo về khó thở và các câu hỏi đơn lẻ [10].

+ Mỗi câu hỏi được đánh giá theo thang điểm Likert từ 1 đến 4 hoặc 1 đến 7. Sau đó điểm số sẽ được quy đổi thành thang điểm từ 0 đến 100, điểm số cao hơn thể hiện mức độ chức năng tốt hơn và ngược lại mức độ triệu chứng nặng nề hơn [9].

b) BPI-sf (Brief Pain Inventory-short form = Bộ câu hỏi đánh giá đau vắn tắt) để đánh giá mức độ đau ở những NB có đau trong 24 giờ qua.

+ Những NB có đau trong 24 giờ qua được đánh giá sâu về mức độ đau tại 4 thời điểm: lúc đau nhiều nhất, lúc đau ít nhất, lúc đau vừa, và hiện tại. Mỗi thời điểm được đánh giá theo thang điểm tăng dần từ 0 đến 10 với 0 là "không đau", 10 là "đau không chịu nổi". Điểm trung bình 4 mục trên thể hiện mức độ đau trong 24 giờ của NB.

+ Mức độ đau được chia làm 4 bậc: không đau (không có cơn đau nào trong 24 giờ qua), đau ít (1-3

điểm), đau vừa (4 - 6 điểm), đau nhiều (7 - 10 điểm).

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 3 - 6/2022 tại Khoa Nội Phụ khoa-Phổi, Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh.

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

+ Tất cả NB tham gia nghiên cứu sẽ được phỏng vấn theo bộ câu hỏi có sẵn để đánh giá CLCS và tìm ra số NB có đau trong 24 giờ.

+ Đối với những NB có đau trong 24 giờ qua sẽ được phỏng vấn sâu hơn về mức độ đau bằng bộ câu hỏi BPI-sf.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** dữ liệu được xử lý và

phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

+ Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

+ Thống kê mô tả được áp dụng cho các biến số về dân số học, bệnh sử, điểm trung bình CLCS, mức độ đau. Khảo sát mối liên quan bằng kiểm định Kruskal Wallis (phân phối không chuẩn).

- **Đạo đức nghiên cứu:** nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (số 600/HĐĐD-ĐHYD) và Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh (số 92/BVUB-HĐĐD).

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 3 - 6/2022 tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh đã có 102 NB được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm dân số học và bệnh sử

Bảng1 Phân bố dân số nghiên cứu theo đặc điểm dân số học và bệnh sử

Đặc điểm		n = 102 (%)
Tuổi, trung vị [khoảng tứ phân vị]		57 [50-67]
Giới	Nam	72 (70,4)
	Nữ	30 (29,6)
Hút thuốc lá	Có	55 (53,9)
	Không	47 (46,1)
Giai đoạn	I	0
	II	6 (5,9)
	III	25 (24,5)
	IV	71 (69,6)
Mô bệnh học	Không tế bào nhỏ	91 (89,2)
	Tế bào nhỏ	11 (11,8)
Điều trị	Hóa trị	82 (80,4)
	Xạ trị	15 (14,7)
	Phẫu trị	8 (7,8)

Tuổi NB tham gia nghiên cứu không tuân theo phân phối chuẩn với tuổi trung vị là 57 tuổi, phân bố từ 29 đến 78 tuổi, khoảng tứ phân vị 25% và 75% lần lượt là 50 và 67 tuổi. Trong dân số nghiên cứu, nam chiếm 70,4% cao hơn nữ 29,6%.

Tình trạng hút thuốc lá: gần 54% NB có hút thuốc lá ở hiện tại/quá khứ, cao hơn so với người chưa từng hút 46%.

Xét về giai đoạn bệnh, đa số NB ở giai đoạn III và IV 94,1%, giai đoạn II chiếm 5,9% và không có NB nào ở giai đoạn I.

Phần lớn NB thuộc nhóm ung thư phổi không tế bào nhỏ 89,2%. Đối với các phương pháp điều trị ung thư đã và đang thực hiện cho thấy hóa trị là liệu pháp được thực hiện nhiều nhất 80,4%, trong khi đó tỷ lệ phẫu trị được thực hiện khá thấp chỉ 7,8%.

3.2. Tình trạng đau của dân số nghiên cứu

Bảng 2 Mức độ đau của dân số nghiên cứu

Mức độ đau	n = 102 (%)
Không đau	49 (48)
Đau	53 (52)
Ít	22 (41,5)
Vừa	26 (49,1)
Nhiều	5 (9,4)

Trong tổng số 102 NB tham gia nghiên cứu, 52% NB có triệu chứng đau.

Trong đó, đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 49,1%, tiếp theo là đau ít 41,5% và chỉ 9,4% NB có mức độ đau nhiều.

3.3. Chất lượng cuộc sống của dân số nghiên cứu

Bảng 4. Mối liên quan giữa đau với sức khỏe tổng quát và các mặt chức năng

Thang đo	Điểm trung bình					p (Krusal Wallis)
	Chung	Không đau	Đau ít	Đau vừa	Đau nhiều	
Sức khỏe tổng quát	64,9	79,3	56,8	50,0	36,7	< 0,001
Các mặt chức năng						
Xã hội	62,3	71,8	59,8	51,3	36,7	0,013
Hoạt động	56,5	72,8	49,2	39,1	20,0	< 0,001
Thể chất	65,4	79,2	57,0	51,0	41,3	< 0,001
Nhận thức	89,7	89,5	93,2	87,2	90,0	0,683
Cảm xúc	86,5	89,1	84,8	83,3	85,0	0,13

Điểm trung bình sức khỏe tổng quát của 102 NB tham gia nghiên cứu là 64,9 điểm.

Điểm trung bình sức khỏe tổng quát, chức năng xã hội, thể chất và hoạt động có xu hướng giảm dần khi tình trạng đau tăng lên (từ 71,8 đến 79,3 điểm ở nhóm không đau giảm còn 20 - 41,3 điểm ở nhóm đau nhiều) và sự khác biệt này có ý nghĩa ($p < 0,05$).

Chức năng nhận thức và cảm xúc được duy trì tốt ở cả 4 nhóm NB với điểm trung bình từ 83,3 đến 93,2 điểm.

Bảng 5. Mối liên quan giữa đau và các triệu chứng/vấn đề theo EORTC QLQ-C30

Triệu chứng	Điểm trung bình					p (Krusal Wallis)
	Chung	Không đau	Đau ít	Đau vừa	Đau nhiều	
Mệt mỏi	42,0	24,0	53,5	59,4	77,8	< 0,001
Nôn/buồn nôn	10,9	4,8	11,9	19,2	23,3	0,011
Đau	28,4	2,4	32,6	61,5	93,3	< 0,001
Khó thở	26,1	13,6	33,3	39,7	46,7	0,001
Mất ngủ	36,6	19,7	45,5	53,8	73,3	< 0,001
Chán ăn	33,3	20,4	36,4	48,7	66,7	0,002
Tiêu chảy	7,2	5,4	12,1	6,4	6,7	0,684
Táo bón	14,7	6,1	12,1	24,4	60	< 0,001
Khó khăn tài chính	38,2	35,4	37,9	38,5	66,7	0,331

Điểm trung bình các triệu chứng từ 7,2 - 42 điểm. NB ít phản nản các triệu chứng về đường tiêu hóa: nôn/buồn nôn, tiêu chảy và táo bón với điểm trung bình từ 7,2 - 14,7 điểm.

Các triệu chứng: mệt mỏi, nôn/buồn nôn, đau, khó thở, mất ngủ, chán ăn và táo bón ở NB đau nhiều trầm trọng hơn so với NB đau vừa, đau ít và không đau ($p < 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa đau và các triệu chứng/vấn đề theo EORTC QLQ-LC13

Triệu chứng	Điểm trung bình					p (Krusal Wallis)
	Chung	Không đau	Đau nhẹ	Đau vừa	Đau nhiều	
Ho	29,7	24,5	37,9	30,8	40	0,355
Ho ra máu	5,6	0	7,6	11,6	20	< 0,001
Khó thở	31	18,5	39,4	44	52,8	0,003
Viêm, loét miệng/lưỡi	6,9	5,4	10,6	3,8	20	0,268
Nuốt khó	17,3	14,3	15,2	19,2	46,7	0,013

Bệnh thần kinh ngoại biên	16,0	12,9	13,6	25,6	6,7	0,393
Rụng tóc	14,7	12,9	6,1	22	33,3	0,197
Đau ngực	20,9	2,7	24,2	44,9	60	< 0,001
Đau vai/cánh tay	15,4	1,4	18,2	30,8	60	< 0,001
Đau ở những vị trí khác	11,8	0	12,1	26,9	46,7	< 0,001

Điểm trung bình các triệu chứng từ 5,6 - 29,7 điểm. Các triệu chứng nổi bật nhất là khó thở, ho, đau ngực và nuốt khó.

Điểm trung bình các triệu chứng ho ra máu, khó thở, nuốt khó, đau ngực, đau vai/cánh tay và đau ở những vị trí khác tăng dần khi mức độ đau tăng ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số học và bệnh sử

Kết quả nghiên cứu cho thấy nam giới chiếm 70,4% cao hơn nữ, điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học trong bệnh ung thư phổi do liên quan đến thói quen hút thuốc lá. Tuổi trung bình của NB là 56 ± 11 và không tuân theo phân phối chuẩn với trung vị là 57 tuổi. Tương đồng với kết quả của Phạm Cẩm Phương [11] tuổi trung bình của NB là $55,08 \pm 15,13$. Gần 54% NB trong nghiên cứu của chúng tôi có hút thuốc lá, thấp hơn so với kết quả của Phạm Vĩnh Hùng và cộng sự [12] với 80%.

Hầu hết NB trong nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn IV 69,6%, giai đoạn III 24,5%. Nghiên cứu của Phạm Vĩnh Hùng [12] giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất 44,5%, tỷ lệ giai đoạn I và II tương đương nhau lần lượt là 24,4% và 20,0%. Ung thư phổi tiến triển âm thầm, khi NB có triệu chứng thường ở giai đoạn muộn, đồng thời ở nước ta chưa có chương trình tầm soát ung thư quốc gia do đó khi BN phát hiện bệnh đa số ở giai đoạn muộn.

Về mô bệnh học, phần lớn NB thuộc nhóm không tế bào nhỏ 89,2%, tương đồng với kết quả của Myriam Koch [13] 82,5% NB thuộc nhóm trên. Kết quả này phù hợp với đặc điểm bệnh học của bệnh. Đối với điều trị ung thư, hóa trị là liệu pháp chiếm tỷ lệ cao nhất với 80,4% NB đã/đang thực hiện và chỉ có 7,8% NB được phẫu thuật. Điều này có thể do phần lớn NB trong nghiên cứu ở giai đoạn III, IV của bệnh và phẫu thuật không phải là liệu pháp điều trị được khuyến cáo cho NB giai đoạn này.

4.2. Tình trạng đau của dân số nghiên cứu

Trong số 102 NB tham gia nghiên cứu, tỷ lệ NB có đau là 52% tương đồng với nghiên cứu của Kristi D. Graves [14] năm 2007 được tiến hành tại Mỹ với 51,4% NB có đau. Từ các kết quả trên thấy rằng đau là một trong những triệu chứng nổi bật ở ung thư phổi và hơn 50% NB có phản nản về đau.

Trong đó, đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,1%, đau ít 41,5% và đau nhiều 9,4%. Một nghiên cứu

khác tại Hàn Quốc, tỷ lệ NB đau vừa và nhiều chiếm 58,6% ($VAS \geq 4$ điểm), đau ít 41,4% [15].

4.3. Chất lượng cuộc sống của dân số nghiên cứu

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm trung bình sức khỏe tổng quát ở 4 nhóm NB không đau, đau ít, đau vừa và đau nhiều có sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$). Trong đó, điểm trung bình sức khỏe tổng quát giảm dần khi tình trạng đau tăng lên; nghĩa là NB đau nhiều có mức sức khỏe tổng quát kém hơn NB đau vừa, đau ít và không đau. Điểm trung bình theo tình trạng đau tăng dần lần lượt là 79,3 điểm, 56,8 điểm, 50 và 36,7 điểm. Tác giả Nguyễn Thành Lam và Vũ Văn Vũ cũng cho kết quả tương tự về sự khác biệt này giữa các nhóm. Theo báo cáo của Nguyễn Thành Lam [16] điểm trung bình ở nhóm đau ít là $56,3 \pm 15,1$ điểm, đau vừa là $45,9 \pm 23,4$ điểm và đau nhiều là $34,6 \pm 25,9$ điểm. Vũ Văn Vũ [17] cũng tương đồng với $55,6 \pm 24,3$ điểm ở nhóm đau ít, $43,4 \pm 21,0$ điểm cho nhóm đau vừa và $34,8 \pm 24,3$ điểm ở nhóm đau nhiều.

Chức năng xã hội, hoạt động và thể chất cũng có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 4 nhóm NB trên. Trong đó, điểm trung bình các chức năng giảm dần theo tình trạng đau tăng; có nghĩa rằng NB càng đau, khả năng thực hiện các chức năng này càng kém. Nhóm NB đau nhiều có điểm trung bình 3 chức năng trên lần lượt là 36,7 điểm, 20 và 41,3 điểm, trong khi đó nhóm không đau là 71,8 điểm, 72,8 và 79,2 điểm.

Tất cả các triệu chứng theo EORTC QLQ-C30 đều có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 4 nhóm NB trên ngoại trừ tiêu chảy; đồng thời, ho ra máu, khó thở, nuốt khó, đau ngực, đau vai/cánh tay và đau ở những vị trí khác (EORTC QLQ-LC13) cũng có sự khác biệt này. Trong đó, điểm trung bình các triệu chứng tăng dần lên khi tình trạng đau tăng.

5. KẾT LUẬN

52% NB ung thư phổi có triệu chứng đau. Sức khỏe tổng quát và khả năng thực hiện các chức năng xã hội, hoạt động, thể chất giảm dần khi mức độ đau tăng.

Các triệu chứng: mệt mỏi, nôn/buồn nôn, đau, khó thở, mất ngủ, chán ăn, táo bón (EORTC QLQ-C30) trầm trọng hơn khi mức độ đau tăng. Đồng thời, NB đau nhiều cũng có các triệu chứng ho ra máu, khó

thở, nuốt khó, đau ngực, đau vai/cánh tay và đau ở những vị trí khác (EORTC QLQ-LC13) trầm trọng hơn NB đau vừa, đau ít và không đau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế Việt Nam. Tình hình ung thư tại Việt Nam. [Online]. 2021 [ngày truy cập 22/4/2021];[10 màn hình]. Nguồn từ URL: https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-dia-phuong/-/asset_publisher/gHbla8vOQDuS/content/tinh-hinh-ung-thu-tai-viet-nam.
2. Lavdaniti M Definitions and conceptual models of quality of life in cancer patients. Health Science Journal. 2015. 9(2):1-5.
3. Polanski J, Polanska BJ, Rosinczuk J, Chabowski M, Chabowska AS. Quality of life of patients with lung cancer. OncoTargets and Therapy. 2016. (9):1023–1028.
4. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage. 2016. 51(6):1070-1090.
5. Ferrell BR, Wisdom C, Wenzl C. Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. Cancer. 1989. 63(11):2321–2327.
6. Lin CC, Lai YL, Ward SE. Effect of cancer pain on performance status, mood states, and level of hope among Taiwanese cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2003. 25(1):29–37.
7. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Serçe S, Tuna D, Pirbudak Çöçelli L, Sevinç A. Pain and quality of life in Turkish cancer patients. Nursing and Health Science. 2013. 15(4):437-43.
8. Lavdaniti M. Quality of Life in Cancer Patients- A Nursing Perspective. Journal of Nursing and Care. 2015. 4(2).
9. Fayers P, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2001.
10. Bergman B, Aaronson NK, Ahmedzai S, Kaasa S, Sullivan M. The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. EORTC Study Group on Quality of Life. Eur J Cancer. 1994;30A(5):635-42. doi: 10.1016/0959-8049(94)90535-5. PMID: 8080679.
11. Phạm Cẩm Phương, Mai Trọng Hoa. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị thuốc ức chế Tyrosine Kinase tại bệnh viện Bạch Mai”, Tạp chí Y-Dược học Quân sự. 2016. (1):133-140.
12. Phạm Vĩnh Hùng, Nguyễn Văn Hiếu. Đánh giá thời gian sống thêm trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ điều trị bằng phương pháp đốt sóng cao tần Tạp chí nghiên cứu Y học. 2021. 137(1):118-124.
13. Koch M, Hjermstad MJ, Tomaszewski K, Tomaszewska I, Hornslien K, Harle A, et al. Gender effects on quality of life and symptom burden in patients with lung cancer: results from a prospective, cross-cultural, multi-center study. J Thorac Dis. 2020. 12(8):4253-4261.
14. Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. Lung Cancer. 2007. 55(2):215-224.
15. Oh SY, Shin SW, Koh SJ, Bae SB, Chang H, Kim JH, et al Multicenter, cross-sectional observational study of the impact of neuropathic pain on quality of life in cancer patients. Supportive care in cancer. 2017. 25(12): 3759–3767.
16. Nguyễn Thành Lam, Hà Mạnh Phương Vi, Trần Doanh, Nguyễn Thị Thu Hà, Vũ Bích Huyền. Tình trạng đau và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư điều trị tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên từ tháng 1 – 6 năm 2019. Hội Thần kinh học Việt Nam. 2019.
17. Vũ Văn Vũ, Võ Thị Xuân Hạnh, Phạm Thị Thanh Giang, Thân Trọng Huy Hoàng. Khảo sát tình trạng đau và chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến xa tại bệnh viện Ung bướu Tp.Hồ Chí Minh 7/2009 - 7/2010. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. 2010. 14(4):811-821.