

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG SỐNG CỦA BỆNH NHÂN HÓA TRỊ TRIỆU CHỨNG UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN MUỘN

Phùng Phương
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Giới thiệu: Ung thư phổi là loại ung thư có tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong đứng đầu ở nam giới ở Việt Nam. Đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, do đó hóa trị triệu chứng là điều trị tiêu chuẩn để kéo dài thời gian sống thêm và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. **Mục đích:** Đánh giá mức độ cải thiện chất lượng sống bệnh nhân ung thư phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn muộn trước và sau các chu kỳ hóa trị. Xác định các yếu tố ảnh hưởng lên chất lượng sống bệnh nhân sau hóa trị. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 65 bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn được điều trị hóa trị triệu chứng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 1/2014-6/2016. **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả. Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân theo bảng EORTC QLQ-C30 và bảng chuyên biệt cho ung thư phổi EORTC QLQ-LC13. So sánh điểm chất lượng sống giữa 2 lần đánh giá bằng phép kiểm t Để xác định mối tương quan giữa 2 yếu tố dùng phép kiểm t, ANOVA, Mann Whitney, Kruskal Wallis. Hệ số Pearson và Spearman được sử dụng để xác định độ mạnh của mối tương quan. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $54,4 \pm 11,3$. Thang điểm sức khỏe tổng quát trước hóa trị là $47,3 \pm 23,6$, chức năng cũng như các triệu chứng liên quan đến bệnh cải thiện rõ rệt sau 2 chu kỳ hóa trị là $64,8 \pm 16,0$ và tương đối ổn định khi quan chu kỳ 4 là $62,2 \pm 19,3$. Trong khi, các độc tính rụng tóc và bệnh thần kinh ngoại vi tăng lên dần theo chu kỳ hóa trị. Các yếu tố tuổi, nghề nghiệp, dân tộc, tôn giáo, giảm cân, PS, giải phẫu bệnh, giai đoạn, phác đồ, bệnh tiến triển, các triệu chứng liên quan đến bệnh, các độc tính điều trị ảnh hưởng lên chất lượng sống bệnh nhân sau hóa trị. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy chất lượng sống cải thiện sau hóa trị. Các yếu tố dịch tễ, lâm sàng, điều trị tác động lên chất lượng sống bệnh nhân sau hóa trị

Từ khóa: Ung thư phổi, chất lượng sống, hóa trị triệu chứng

Abstract

QUALITY OF LIFE OF LATE STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS

Phung Phuong
Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: Lung cancer is the most common malignancies and remains the leading cause of cancer-related deaths in Viet Nam. Majority of cases present initially at late stage. Palliative chemotherapy is the standard treatment for these situations to prolong survival and improve quality of life for the patient. **Purpose:** To appreciate quality of life in patients in late stage non-small cell lung cancer pre-post, during palliative chemotherapy and to determine the factors affecting on post-chemotherapy quality of life. **Patients and Methods:** A prospective, descriptive study, eligible patients included 65 late stage non-small cell lung cancer patients from Hue University Hospital from 1/2014 to 6/2016. The EORTC QLQ-C30 and Lung cancer Questionnaire EORTC QLQ-LC13 were used to assess quality of life. T-test was used to compare quality of life score at two assessed times. T-test, ANOVA, Mann Whitney, Kruskal Wallis were used to determine the correlation between 2 factors. Pearson and Spearman Coefficient were used to measure the strength of relationship between the factors. **Results:** The most effected age group was 54.4 ± 11.3 . The global health scale before treatment was 47.3 ± 23.6 , the functional scales as well as disease-related symptom scales improved clearly after the 2nd cycle (64.8 ± 16.0) and were relatively stable at the 4th cycle of chemotherapy (62.2 ± 19.3). Meanwhile, the toxicities including hair loss and peripheral neuropathy rose gradually after chemotherapy cycles. Age, occupation, nationality, religion, weight loss, PS, pathology, stage of disease, chemotherapy regimen, progressive disease, disease-related symptoms and treatment-related toxicities associated post-chemotherapy quality of life. **Conclusions:** This study showed that there were an improvement of quality of life after chemotherapy. Epidemiologic, clinical, treatment factors had effects on post-chemotherapy quality of life.

Key words: Lung cancer, quality of life, palliative chemotherapy

- Địa chỉ liên hệ: Phùng Phương, email: phungphuonghan@gmail.com

- Ngày nhận bài: 5/8/2016; Ngày đồng ý đăng: 12/9/2016; Ngày xuất bản: 20/9/2016

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2012, trên thế giới ung thư phổi là loại bệnh lý ác tính phổ biến nhất. Ở Việt Nam, đây cũng là ung thư đứng hàng đầu ở nam giới và đứng thứ ba ở nữ giới. Hơn 50% bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) được chẩn đoán ở giai đoạn muộn.

Bệnh nhân ở giai đoạn tiến xa biểu hiện nhiều triệu chứng như đau, khó thở, ho... làm giảm chất lượng sống (CLS) của người bệnh. Hóa trị triệu chứng có thể cải thiện CLS và kéo dài thời gian sống còn cho bệnh nhân [5], [16]. Tuy nhiên, những độc tính liên quan đến điều trị thường làm suy giảm CLS. Trước đây, các thử nghiệm lâm sàng trên những bệnh nhân này tập trung vào những mục tiêu như sống còn toàn bộ, sống còn không bệnh hoặc kiểm soát tại chỗ, chưa có đánh giá cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân sau hóa trị. CLS đang ngày càng được xem là một mục tiêu chính trong điều trị hóa trị triệu chứng nhưng chưa được phổ biến nghiên cứu ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

- *Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân sau hóa trị triệu chứng ung thư phổi.*

- *Xác định các yếu tố ảnh hưởng lên chất lượng sống bệnh nhân sau hóa trị.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 65 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn muộn (IIIb, IV), được điều trị hóa trị triệu chứng tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 1/2014 - 6/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả.

Chúng tôi thu thập điểm CLS bằng bảng câu hỏi EORTC QLQ-C30 và EORTC QLQ-LC13 phiên bản

tiếng Việt được cung cấp bởi tổ chức EORTC. Quá trình gồm 3 lần phỏng vấn: trước chu kỳ 1, chu kỳ 3 và chu kỳ 5 của hóa trị.

Tình điểm cho các bảng câu hỏi: Từ kết quả trả lời các bảng câu hỏi, chúng tôi tính điểm trên các lĩnh vực sức khỏe theo hướng dẫn của tổ chức EORTC.

Ý nghĩa của các điểm số [7]: Điểm sức khỏe tổng quát và chức năng càng cao, CLS càng tốt; điểm triệu chứng càng cao, CLS càng xấu.

Đánh giá sự thay đổi CLS của các thang điểm tại 2 thời điểm theo Osoba D[11]. bao gồm: không thay đổi: 0-5 điểm; thay đổi nhỏ: 5-10 điểm; thay đổi trung bình: 10-20 điểm; thay đổi rất nhiều: > 20 điểm.

2.3. Xử lý số liệu

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Để so sánh 2 số trung bình, chúng tôi dùng phép kiểm paired-samples t test và two-related sample test. Để xác định mối liên hệ giữa 2 yếu tố là biến định lượng, chúng tôi dùng phân tích tương quan 2 biến xác định hệ số tương quan Pearson và Spearman. Để xác định mối liên hệ giữa các yếu tố và CLS chúng tôi dùng các phép kiểm two-independent-samples, Mann-Whitney, kiểm định ANOVA, Kruskal Wallis. Tất cả các phép kiểm đều xem xét dưới dạng hai đuôi. Phép kiểm có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

65 bệnh nhân thỏa các tiêu chí đề ra. Sau chu kỳ 2 có 59 (88%) bệnh nhân hoàn tất bảng câu hỏi (2 bệnh nhân tử vong, 6 bệnh nhân bỏ điều trị). Sau 4 chu kỳ có 57 (86,1%) bệnh nhân hoàn tất bảng câu hỏi (2 bệnh nhân chuyển qua dùng kháng tyrosine kinase).

Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình là $55,7 \pm 11,7$.

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

	Đặc điểm	Số ca	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	46	70,7
	Nữ	19	29,3
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	14	21,5
	Lao động chân tay	29	44,6
	Khác	22	33,8
Cân nặng sau điều trị	Giảm cân	14	21,5
	Không giảm cân	51	78,5
PS	PS=0	14	21,5
	PS=1	46	70,8
	PS=2	5	7,7

Giai đoạn	IIIB	26	41,0
	IV	36	55,4
	Tái phát	3	4,6
Giải phẫu bệnh lý	Carcinôm tuyến	39	60,0
	Carcinôm tế bào vảy	21	32,3
	Carcinôm kém biệt hóa	3	4,6
	Khác	2	3,1
Phác đồ (kết hợp platinum)	Gemcitabin	7	10,8
	Paclitaxel	25	38,5
	Docetaxel	31	47,7
	Pemetrexed	1	1,5
	Docetaxel đơn hóa trị	1	1,5
Liều	≥85%	26	40,0
	<85%	39	60,0
Bệnh tiến triển sau 2 chu kỳ	Có	6	9,2
	Không	59	90,8
Thiếu máu	Không	53	81,5
	Độ 1	7	10,8
	Độ 2	5	7,7
	Độ 3	0	0
	Độ 4	0	0

So sánh CLS trước, sau và theo chu kỳ hóa trị

So sánh sức khỏe tổng quát trước, sau và theo chu kỳ hóa trị

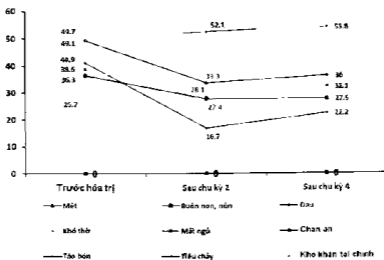
Bảng 2. So sánh sức khỏe tổng quát trước, sau và theo chu kỳ hóa trị

Thang điểm	Trước hóa trị	Sau chu kỳ 2	Sau chu kỳ 4	p_1	p_2
Sức khỏe tổng quát	47,3 ± 23,6	64,8 ± 16,0	62,2 ± 19,3	<0,05	0,06

p_1 : giữa trước hóa trị và sau chu kỳ 2, p_2 : giữa chu kỳ 2 và chu kỳ 4

Điểm sức khỏe tổng quát bình thường sau 2 chu kỳ hóa trị với mức độ tăng trung bình (15,4 điểm) có ý nghĩa thống kê. Sau 4 chu kỳ có giảm nhẹ 2,3 điểm, không có ý nghĩa thống kê.

So sánh điểm số triệu chứng trong bảng C30 trước, sau và theo chu kỳ hóa trị

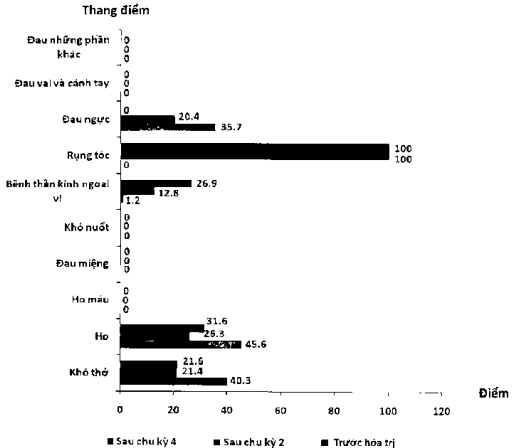


Biểu đồ 2. So sánh điểm số triệu chứng bảng C30 trước, sau và theo chu kỳ hóa trị

Các triệu chứng nổi bật nhất của bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa là mệt, ho, khó thở, mất ngủ, và đau. Đây cũng là các triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân trong nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng cải thiện đáng kể sau hóa trị 2 chu kỳ. Đáng chú ý là sự sụt giảm của thang điểm khó thở (25,7 điểm), đau (24,2 điểm) ở mức độ rất nhiều, tiếp theo là mệt (15,8 điểm),

mất ngủ (10,5 điểm) ở mức độ trung bình. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê. Sự sụt giảm điểm số các triệu chứng trong nghiên cứu chúng tôi cũng phù hợp với các kết quả của Arrieta O., Avelino C. U.. Các tác giả cũng cho thấy một sự cải thiện có ý nghĩa các triệu chứng trên sau hóa trị. Đến chu kỳ 4, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng có dấu hiệu tăng nhẹ so với chu kỳ 2 nhưng đều không có ý nghĩa thống kê.

So sánh điểm số triệu chứng trong bảng câu hỏi EORTC QLQ-LC13 trước, sau và theo chu kỳ hóa trị



Biểu đồ 3. So sánh điểm số triệu chứng bằng LC13 trước, sau và theo chu kỳ hóa trị

Các triệu chứng khó thở, ho, đau ngực, đau vai và cánh tay giảm sau chu kỳ 2 và điều này có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của Avelino C. U. và Park S.. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng ho có xu hướng cải thiện qua quá trình hóa trị [3], [12]. Đến chu kỳ 4, các triệu chứng khó thở, đau ngực, đau vai và cánh tay ổn định không thay đổi so với chu kỳ 2.

Các triệu chứng rụng tóc, bệnh thần kinh ngoại vi tăng lên dần sau hóa trị chu kỳ 2 và chu kỳ 4 và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê.

Bệnh thần kinh ngoại vi là một độc tính gây khó chịu và ảnh hưởng rất lớn đến sinh hoạt cho người

bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm này thấp. Trước hóa trị điểm trung bình của bệnh thần kinh ngoại vi là 1,2 ± 6,2 điểm, sau hóa trị 2 chu kỳ là 12,8 ± 19,7 điểm, sau hóa trị 4 chu kỳ là 26,9 ± 27,1 điểm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chứng tỏ độc tính này chưa có biểu hiện đáng chú ý sau 2 và 4 chu kỳ.

Rụng tóc là một tác dụng phụ phổ biến của thuốc chống ung thư. Trong nghiên cứu chúng tôi, rụng tóc là thang điểm triệu chứng có điểm số cao nhất sau hóa trị chu kỳ 2 và chu kỳ 4 với trung vị tương ứng là 100 [0;100] và 100 [66,7;100]. Theo Avelino C. U. rụng tóc xảy ra và tăng lên sau chu kỳ 1, kết quả cho thấy CLS thấp [3].

Theo phân tích gộp Mannion E., nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả của hóa trị đạt được sau 3-4 chu kỳ, nhiều chu kỳ thêm vào chỉ làm tăng độc tính và giảm CLS của bệnh nhân [10].

Các yếu tố ảnh hưởng lên CLS bệnh nhân sau hóa trị

Ảnh hưởng của yếu tố dịch tễ lên CLS sau hóa trị

- Tuổi tương quan thuận với chức năng thể chất, vai trò, cảm xúc, xã hội và tương quan nghịch với đau những phần khác. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Larsson M., Hensing T. A. khi đưa ra nhận định rằng tuổi càng cao thì CLS càng tốt [8], [9].

- Nghề nghiệp

Nhóm nghề nghiệp nội trợ và hưu trí có điểm chức năng cảm xúc cao hơn, điểm đau ở những phần khác thấp hơn nhóm lao động trí óc và nhóm lao động chân tay. Điều trị hóa chất chia làm nhiều đợt nên ảnh hưởng đến thời gian làm việc của bệnh nhân thuộc đối tượng lao động tạo nên áp lực về công việc. Bên cạnh đó, công việc phải tiếp xúc với nhiều người sẽ làm cho họ thêm một gánh nặng về tâm lý mặc cảm về bệnh tật. Không chỉ thế, sự hiểu biết về ung thư trong cộng đồng tương đối thấp. Nhiều người quan niệm rằng ung thư có thể lây qua tiếp xúc nên đã tạo ra một khoảng cách với người bệnh. Do đó điểm cảm xúc của 2 nhóm này tương đối thấp. Hơn nữa, giữa các đợt điều trị bệnh nhân trở lại làm việc, do đó ảnh hưởng đến thang điểm đau những phần khác.

- Nơi cư ngụ

Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân ở nông thôn có điểm triệu chứng đau cao hơn 2 nhóm bệnh nhân ở thành phố. Các bệnh nhân ở nông thôn đa số không có đủ điều kiện để tiếp cận sớm với chẩn đoán và điều trị chuyên khoa đồng thời đối tượng này thường phải làm những công việc mang tích chất lao động nặng.

- Dân tộc

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm dân tộc kinh có điểm chức năng cảm xúc cao hơn, điểm triệu chứng đau thấp hơn và điểm khó khăn tài chính cao hơn nhóm dân tộc khác. Sự khác biệt về cảm xúc có thể do sự khác biệt trong phong tục tập quán, văn hóa của các dân tộc. Đối với điểm khó khăn tài chính, sự khác biệt do chính sách hỗ trợ viện phí và các chi phí sinh hoạt khác trong quá trình điều trị của nhà nước ta đối với dân tộc thiểu số đã làm giảm gánh nặng về tài chính cho đối tượng này.

- Tôn giáo

Tôn giáo và thần thánh là những nhân tố trung tâm của bệnh nhân và thường là nguồn gốc để xử trí các di chứng về tâm thần cho những bệnh nhân ung thư. Chỉ có rất ít các nghiên cứu cho thấy tôn

giáo ảnh hưởng tích cực lên tâm thần bệnh nhân. Trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi lại cho thấy tôn giáo ảnh hưởng xấu lên chức năng nhận thức và mất ngủ. Nhóm có tôn giáo có điểm chức năng nhận thức thấp hơn, điểm triệu chứng mất ngủ cao hơn nhóm không có tôn giáo.

Ảnh hưởng của yếu tố lâm sàng lên CLS

- Cân nặng

Thay đổi cân nặng sau hóa trị ảnh hưởng đến tất cả các thang điểm chức năng và nhiều thang điểm triệu chứng. Nhóm bệnh không giảm cân có điểm chức năng xã hội, nhận thức, cảm xúc, vai trò, thể chất và điểm sức khỏe tổng quát cao hơn nhóm giảm cân. Kết quả này trùng hợp với nghiên cứu của Larsson M., tác giả cũng chứng minh rằng bệnh nhân giảm cân >5% có thang điểm thể chất thấp hơn [9]. Không chỉ thế, cân nặng còn ảnh hưởng đến thang điểm triệu chứng mệt, chán ăn, khó khăn tài chính, khó thở và ho. Bệnh nhân giảm cân có điểm số các thang điểm này cao hơn. Do đó kết quả nghiên cứu này cho thấy giảm cân ảnh hưởng xấu đến CLS của bệnh nhân trên nhiều mặt không chỉ chức năng và còn cả triệu chứng

- PS

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận các thang điểm chức năng thể chất, vai trò, nhận thức giảm dần theo chiều PS 0, 1, 2. Trong khi đó các thang điểm triệu chứng mệt, chán ăn, khó thở, khó nuốt tăng lên dần theo chiều PS 0, 1, 2. Kết quả này chỉ ra rằng PS càng cao thì có CLS càng thấp. Theo nghiên cứu của Larsson M. mệt, đau, khó thở, chán ăn gia tăng khi bệnh nhân có PS 2 so với bệnh nhân có PS 0, 1 [9]. Arrieta O. nhận định bệnh nhân có PS càng thấp có điểm chức năng cao hơn [2].

- Giai đoạn

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giai đoạn ảnh hưởng đến thang điểm triệu chứng mất ngủ và khó nuốt. Bệnh nhân giai đoạn IV có điểm mất ngủ, khó nuốt cao hơn bệnh nhân giai đoạn IIIB

- Giải phẫu bệnh lý

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy giải phẫu bệnh lý không tác động lên các thang điểm chức năng và hầu hết các thang điểm triệu chứng ngoại trừ đau vai và cánh tay. Kết quả cho thấy nhóm carcinôm tế bào gai có điểm đau vai và cánh tay thấp nhất, tiếp theo là nhóm khác, tuyến và kém biệt hóa

Ảnh hưởng của yếu tố điều trị lên CLS

- Liệu thuốc

Mục tiêu của hóa trị triệu chứng là cải thiện CLS, xoa dịu triệu chứng cho bệnh nhân. Sự già tăng sống còn toàn bộ không phải là mục tiêu chính của điều trị và do đó những điều trị nhiều độc tính là hoàn toàn không thích hợp. Trong trường hợp này, việc

duy trì cường độ liều là không quan trọng và sự giảm liều được thực hiện để bảo đảm rằng bệnh nhân dung nạp hoàn toàn với điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng bệnh nhân dùng liều trên hay dưới 85% so với liều lý thuyết đều có CLS như nhau. Một phân tích gộp của Mannion E. cũng cho thấy không có sự khác biệt trên CLS khi dùng phác đồ paclitaxel/cisplatin ở 2 mức liều khác nhau [10].

- Phác đồ điều trị

Phác đồ phối hợp 2 thuốc gồm platinum với một thuốc thế hệ 3 được khuyến cáo dùng bước 1 cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa. Không có một thuốc nào chứng minh có ưu thế vượt trội hơn thuốc nào.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định này. Chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan phác đồ lên CLS bệnh nhân về sức khỏe tổng quát, chức năng (trừ nhận thức), và các thang điểm triệu chứng liên quan đến bệnh. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phác đồ tác động lên chức năng nhận thức, nhóm dùng gemcitabine có điểm nhận thức tốt nhất. Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy phác đồ có ảnh hưởng lên điểm triệu chứng liên quan đến độc tính của hóa trị là rụng tóc. Điểm rụng tóc cao ở các nhóm dùng paclitaxel đến docetaxel, thấp ở nhóm dùng gemcitabin và thấp nhất là metrexed.

- Thiếu máu

Bệnh nhân thiếu máu ảnh hưởng lên chức năng thể chất, các triệu chứng mệt, khó thở, chán ăn và ho. Bệnh nhân có độc tính thiếu máu ở độ càng cao càng có điểm thể chất thấp hơn và các điểm triệu chứng cao hơn. Bremberg E. R. khi nghiên cứu ảnh hưởng của thiếu máu lên CLS ở bệnh nhân ung thư, cho thấy thiếu máu làm gia tăng các triệu chứng mệt, khó thở. Hóa trị ở những bệnh nhân có thiếu máu sẽ làm giảm thang điểm thể chất và các chức năng. Nhận định này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [4].

- Bệnh tiến triển sau 2 chu kỳ

Nhóm bệnh nhân tiến triển được thay phác đồ sau 2 chu kỳ có các điểm sức khỏe tổng quát, các điểm chức năng thể chất, vai trò, cảm xúc, nhận thức và các điểm triệu chứng mệt, đau, khó thở, mất ngủ, đau vai và cánh tay xấu hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tiếp tục hóa trị bước 1. Theo tác giả Vũ Văn Vũ, đáp ứng với hóa trị bước 1 rất quan trọng, vì nó thể hiện đặc tính sinh học của tổn thương. Khi không đáp ứng với phối hợp đầu tiên, cơ may đáp ứng với các phối hợp tiếp theo là rất thấp vì khả năng đã có các dòng tế bào kháng thuốc tự nhiên [11]. Có thể vì lý do này mà nhóm bệnh nhân

phải thay phác đồ sau 2 chu kỳ có điểm CLS xấu hơn cả về thang điểm chức năng lẫn triệu chứng.

- Độc tính tiêu hóa

Với bệnh nhân bắt đầu hóa trị, buồn nôn-nôn do hóa trị được liệt kê là nỗi sợ lớn nhất của họ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độc tính tiêu hóa ảnh hưởng xấu lên thang điểm đau miệng, khó nuốt của bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, độc tính tiêu hóa xuất hiện không phổ biến (<40%) và hầu hết là độ 1, 2. Do đó điểm số đau miệng và khó nuốt cũng rất thấp sau hóa trị. Với kết quả này, thuốc chống nôn cần được chỉ định đều đặn cho bệnh nhân để cải thiện CLS.

Ảnh hưởng của thang điểm triệu chứng lên sức khỏe tổng quát và thang năng sau điều trị

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy các thang điểm triệu chứng mệt, đau, mất ngủ, chán ăn, khó khăn tài chính, khó thở tương quan nghịch với điểm sức khỏe tổng quát và tất cả các thang điểm chức năng. Điều đó cho thấy các triệu chứng liên quan đến bệnh ảnh hưởng xấu đến và hầu như là tất cả các khía cạnh của thang điểm chức năng và sức khỏe tổng quát.

Bên cạnh đó độc tính bệnh thần kinh ngoại vi tác động tiêu cực lên chức năng thể chất, vai trò, nhận thức, xã hội. Dawn L. cho rằng bệnh thần kinh ngoại vi do hóa trị là độc tính phổ biến và ảnh hưởng tiêu cực lên CLS bệnh nhân [6]. Theo Smit E. F. khoảng 20-40% bệnh nhân ung thư được điều trị hóa chất có độc tính thần kinh (như taxanes, platinum, vinca alkaloids, bortezomib) sẽ xuất hiện đau do bệnh thần kinh ngoại vi. Triệu chứng này có thể dai dẳng qua tháng, năm và có ảnh hưởng tiêu cực lên CLS bệnh nhân trên các thang điểm chức năng [15]. Những nhận định này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rung tác không ảnh hưởng lên các thang điểm CLS.

4. KẾT LUẬN

- Chất lượng sống bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa tăng lên rõ rệt sau 2 chu kỳ hóa trị và tương đối ổn định khi qua chu kỳ 4. Thang điểm sức khỏe tổng quát trước hóa trị là 47,3 ± 23,6, chức năng cũng như các triệu chứng liên quan đến bệnh cải thiện rõ rệt sau 2 chu kỳ hóa trị là 64,8 ± 16,0 và tương đối ổn định khi qua chu kỳ 4 là 62,2 ± 19,3.

- Các yếu tố dịch tễ gồm tuổi, nghề nghiệp, dân tộc, tôn giáo; các yếu tố lâm sàng gồm cân nặng sau hóa trị, PS, giải phẫu bệnh lý, giai đoạn, các triệu chứng liên quan đến bệnh; các yếu tố liên quan điều trị gồm phác đồ, bệnh tiến triển sau 2 chu kỳ, các độc tính liên quan đến điều trị ảnh hưởng lên chất lượng sống bệnh nhân sau hóa trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Vũ và cộng sự (2004), "Các yếu tố tiên lượng trong hóa trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa tại Bệnh viện Ung Bướu TPHCM 2001-2002", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 8(4), tr. 237-248.
2. Arrieta Ó et al (2012), "Health-related quality of life in patients with lung cancer: validation of the Mexican-Spanish version and association with prognosis of the EORTC QLQ-LC13 questionnaire", *Lung Cancer*, 77(1), pp. 205-211.
3. Avelino C. U., Cardoso R. M., de Aquiar S. S., da Silva M. J. (2015), "Assessment of quality of life in patients with advanced non-small cell lung carcinoma treated with a combination of carboplatin and paclitaxel", *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 43(2), pp. 133-142.
4. Bremberg E. R., Brandberg Y, Hising C, Friesland S, Eksborg S. (2007), "Anemia and quality of life including anemia-related symptoms in patients with solid tumors in clinical practice". *Medical Oncology*, 24(1), pp. 95-102.
5. Camps C. et al (2009), "Importance of quality of life in patients with non-small-cell lung cancer", *Clinical Lung Cancer*, 10(2), pp. 83-90.
6. Dawn L. (2014), "Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers : American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline", *Journal of Clinical Oncology*, 32(18), pp 1941-1967.
7. Fayers P. M. et al (2001), *EORTC QLQ-C30 scoring manual*, European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Group, Brussels, 3rd edition.
8. Hensing T. A. et al. (2003), "The impact of age on toxicity, response rate, quality of life, and survival in patients with advanced, Stage IIIB or IV non small cell lung carcinoma treated with carboplatin and paclitaxel", *American Cancer Society*, 98(4), pp 779-788.
9. Larsson M., Lung L., Johansson B. B. K. (2012), "Health-related quality of life in advanced non-small cell lung cancer: correlates and comparisons to normative data", *European Journal of Cancer Care*, 21, pp. 642-649.
10. Mannion E. et al (2014), "Effect of chemotherapy on quality of life in patients with non-small cell lung cancer", *Supportive care in cancer*, 22(5), pp. 1417-1428.
11. Osoba D. et al. (1998), "Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores", *Journal of Clinical Oncology*, 16(1), pp. 139-144.
12. Park S. (2013), "Prospective analysis of quality of life in elderly patients treated with adjuvant chemotherapy for non-small-cell lung cancer", *Annual Oncology*, 24(6), pp. 1630-1639
13. Sakpal T. V. (2010), "Sample Size Estimation in Clinical Trial", *Perspectives in clinical research*, 1(2), pp. 67-69
14. Scott N. W. et al. (2008), *EORTC QLQ-C30 Reference Values*, European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Group, Brussels, pp. 157-187.
15. Smith E. M. (2013), "Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy a randomized clinical trial", *The Journal of The American Medical Association*, 309(13), pp. 1359-1367.
16. Wintner et al (2013), "Quality of life during chemotherapy in lung cancer patients: results across different treatment lines", *British Journal of Cancer*, 109, pp. 2301-2308.