

TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN NUỐT VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đôn Hương Giang¹, Phùng Văn Thắng¹, Lê Đức Sang²
và Đặng Thị Loan^{2,✉}

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Thăng Long

Nghiên cứu nhằm mô tả tình trạng rối loạn nuốt và mối liên quan với chất lượng cuộc sống (CLCS) trên người bệnh sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp (UTTĐ) tại Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 184 người bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến giáp, sử dụng bộ công cụ Swallowing Impairment Score Index (SIS-6) đánh giá tình trạng rối loạn nuốt; EQ-5D-5L (The EuroQol 5-Dimension 5-level questionnaire) và EQ-VAS (the EQ visual analogue scale) đánh giá CLCS. Kết quả cho thấy, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $48,8 \pm 12,8$; phần lớn người bệnh là nữ giới (75%); đa số đều được phẫu thuật mổ mở (94,6%) và 76,5% phát hiện bệnh do khám định kì. Điểm trung bình rối loạn nuốt SIS-6 là $9,2 \pm 4,3$. Chất lượng cuộc sống trung bình theo thang điểm EQ-5D-5L và EQ-VAS lần lượt là $0,732 \pm 0,151$ và $70,76 \pm 12,72$. Kết quả phân tích cho thấy rối loạn nuốt có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với CLCS của người bệnh khi đánh giá bằng bộ công cụ EQ-5D-5L ($p < 0,05$). Đồng thời, mức độ rối loạn nuốt cũng liên quan chặt chẽ với tất cả các khía cạnh của thang EQ-5D-5L gồm: sự đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường ngày, đau/khó chịu và lo lắng/u sầu ($p < 0,05$). Cụ thể, điểm rối loạn nuốt càng cao thì mức độ ảnh hưởng tiêu cực lên các lĩnh vực của chất lượng cuộc sống càng lớn.

Từ khóa: Rối loạn nuốt, chất lượng cuộc sống, phẫu thuật, ung thư tuyến giáp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN năm 2022, ung thư tuyến giáp (UTTĐ) đứng hàng thứ 7 trong các bệnh ung thư phổ biến, hơn 821.000 ca, đứng thứ 5 trong các loại ung thư ở phụ nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1/3 trên toàn thế giới.¹ Cùng năm đó, ung thư tuyến giáp tại Việt Nam đứng thứ 6 trong 10 loại ung thư phổ biến, chiếm tỉ lệ 3,4%, 6.122 ca mới mắc hàng năm với 858 ca tử vong.¹ Phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo trong điều trị ung thư tuyến giáp, nhưng cũng tiềm ẩn nguy cơ gây ra nhiều biến chứng trong

và sau phẫu thuật, trong đó rối loạn nuốt là một biến chứng đáng chú ý. Năm 2022, tại Ả Rập, nghiên cứu của Elbeltagy đưa ra tỷ lệ rối loạn nuốt là 82% ở giai đoạn hậu phẫu sớm (ngày thứ 7 sau mổ) và 36% ở giai đoạn hậu phẫu muộn (ngày thứ 60 sau mổ).² Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trần Thị Mai Quỳnh tại khoa Phẫu thuật lồng ngực – Bệnh viện Bạch Mai năm 2023 đã xác định tỷ lệ nuốt vướng ở người bệnh sau phẫu thuật tuyến giáp trên một tháng là 20,9%.³

Rối loạn nuốt sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp có thể gây suy giảm CLCS của người bệnh, nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời thì tình trạng này có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như viêm phổi, thiếu

Tác giả liên hệ: Đặng Thị Loan

Trường Đại học Thăng Long

Email: loandt@thanglong.edu.vn

Ngày nhận: 22/07/2025

Ngày được chấp nhận: 13/08/2025

hụt dinh dưỡng, suy kiệt.^{4,5} Tuy nhiên, đa số biến chứng này thường mất đi sau vài tháng.⁶ Đánh giá CLCS không chỉ là một tiêu chí bổ sung mà còn là cốt lõi trong chăm sóc bệnh nhân ung thư nói chung và ung thư tuyến giáp nói riêng. Mặc dù tiên lượng bệnh tốt, nhiều người vẫn phải đối mặt với biến chứng dai dẳng về thể chất, tâm lý và xã hội. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, CLCS ở nhóm người bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến giáp giảm sút đáng kể, đặc biệt ở những người bệnh có rối loạn nuốt, có thể liên quan đến đau sau phẫu thuật, lo lắng, căng thẳng tâm lý, mệt mỏi kéo dài.^{2,4,7}

Hàng năm, bệnh viện Bạch Mai đã thực hiện một số lượng lớn các ca phẫu thuật cho nhiều người bệnh ung thư tuyến giáp, tuy nhiên còn hạn chế các nghiên cứu đánh giá tình trạng rối loạn nuốt ở nhóm đối tượng này, đặc biệt là trong thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả tình trạng rối loạn nuốt và mối liên quan với chất lượng cuộc sống ở người bệnh sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp trong tuần đầu tiên tại bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên; có khả năng giao tiếp bằng tiếng Việt; sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp từ 1 đến 7 ngày tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 12/2023 đến 5/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh có rối loạn tâm thần, suy giảm trí nhớ hoặc gặp biến chứng nặng sau phẫu thuật, người bệnh vào viện với lý do: “Khó nuốt”.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu sau:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần đạt.

α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$.

p: Tỷ lệ người bệnh rối loạn nuốt sau phẫu thuật cắt tuyến giáp theo nghiên cứu của Trần Thị Mai Quỳnh năm 2023 là: 0,209.³

d: Khoảng sai lệch tương đối ($d = 0,05$).

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần có là 130. Thực tế, có 184 người bệnh đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, phỏng vấn tất cả người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian tiến hành nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng (Phẫu thuật Lồng ngực: 92 mẫu, Tai Mũi Họng: 49 mẫu, và Trung tâm Y học Hạt nhân và Ung bướu: 43 mẫu). Người bệnh sau phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật lồng ngực và Tai Mũi Họng được ưu tiên phỏng vấn trước, trường hợp chưa kịp sẽ được thu thập tại Trung tâm Y học hạt nhân và ung bướu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Khoa phẫu thuật Lồng ngực, khoa Tai Mũi Họng tại Bệnh viện Bạch Mai. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 11/2023 đến tháng 6/2024.

Bộ câu hỏi nghiên cứu: gồm 3 phần:

Phần A: Thông tin chung và đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, nơi ở hiện tại, chỉ số khối cơ thể BMI, tần suất sử dụng thuốc lá, rượu bia, các bệnh đồng mắc, lý do vào viện, phương pháp điều trị, thời gian phẫu thuật, tình trạng sút cân, khoảng thời gian từ lúc chẩn đoán bệnh đến khi được phẫu thuật.

Phần B: Rối loạn nuốt: được đánh giá thông qua thang đo Swallowing Impairment Score Index (SIS-6). Thang đo gồm 6 câu, có 5 phương án trả lời tương ứng với 5 mức độ thể hiện tần suất trong đó 0 (Không bao giờ), 1 (Hiếm khi), 2 (Thỉnh thoảng), 3 (Thường xuyên), 4 (Luôn Luôn); điểm dao động từ 0 đến 24, điểm càng cao thì rối loạn nuốt càng nghiêm trọng.⁸ Bộ công cụ SIS-6 với giá trị Cronbach's alpha là 0,790 để đánh giá khả năng nuốt trên người bệnh phẫu thuật cắt tuyến giáp.⁹

Phần C: Chất lượng cuộc sống: đánh giá thông qua bộ câu hỏi EQ-5D-5L.¹⁰ Bộ này gồm hai phần, phần một (EQ-5D) đánh giá 5 khía cạnh: Sự đi lại, tự chăm sóc sinh hoạt thường lệ, đau/khó chịu, lo lắng/u sầu. Cách tính điểm EQ-5D dựa theo hướng dẫn trong nghiên cứu trước.¹¹ Phần hai (EQ-VAS), người bệnh được yêu cầu tự đánh giá tình trạng sức khỏe hiện tại ngày hôm nay dựa trên thang điểm từ 0 (sức khỏe xấu nhất) đến 100 (sức khỏe tốt nhất).¹⁰ Ưu điểm của bộ câu hỏi này là ngắn gọn, dễ

hiểu, sử dụng rộng rãi trên thế giới, và có thể khảo sát người bệnh ngay tại thời điểm đó nhằm đánh giá một cách khách quan tình trạng của họ.¹¹

Phương pháp xử lý số liệu

Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích số liệu. Thống kê mô tả sử dụng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tần số và tỷ lệ phần trăm. Sử dụng tương quan Spearman để phân tích tương quan giữa rối loạn nuốt và chất lượng cuộc sống.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Bạch Mai theo quyết định số 2118/BM - HĐĐĐ ngày 08/05/2024. Những thông tin cá nhân người bệnh được giữ bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Người bệnh có quyền dừng tham gia nghiên cứu bất cứ khi nào mà không ảnh hưởng đến dịch vụ mà họ đang được nhận tại bệnh viện.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 184)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi, Mean ± SD (Min - Max)		48,8 ± 12,8 (23 - 81)	
Giới	Nam	46	25
	Nữ	138	75
Nơi ở	Thành Thị	52	28,3
	Nông thôn	99	53,8
	Vùng sâu vùng xa	33	17,9
Tiền sử gia đình mắc bệnh tuyến giáp	Có mắc bệnh	38	20,7
	Chưa ai mắc bệnh	146	79,3
Hút thuốc lá	Có	17	9,2
	Không	167	90,8
Rượu bia	Có	43	23,4
	Không	141	76,6

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
BMI	Thiếu cân < 18,5	12	6,5
	Bình thường 18,5 - 22,9	90	48,9
	Thừa cân - béo phì ≥ 23	82	44,6
Sút cân	Có	84	45,7
	Không	100	54,3
Lý do vào viện	U/hạch vùng cổ	27	13,8
	Khám định kỳ	150	76,5
	Khác	19	9,7
Bệnh lý mắc kèm	Không có	64	34,8
	1 bệnh	63	34,2
	Từ 2 bệnh trở lên	57	31,0
Phương pháp điều trị trước đây	Không	151	69,9
	Phẫu thuật	27	12,5
	Hóa/Xạ/Iod/Hormone thay thế	38	17,6
Thời gian được chẩn đoán	≤ 1 tháng	145	78,8
	> 1 tháng	39	21,2
Hình thức phẫu thuật	Mổ mở	174	94,6
	Mổ nội soi	10	5,4
Thời điểm phỏng vấn sau phẫu thuật	1 ngày	27	14,7
	2 - 3 ngày	100	54,3
	> 3 ngày	57	31,0

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $48,8 \pm 12,8$ (nhỏ nhất 23 - lớn nhất 81), tỷ lệ nữ/nam là 3/1. Có đến 65,2% người bệnh mắc các bệnh lý kèm theo, gấp gần 2 lần so với nhóm còn lại. Lý do vào viện của người bệnh chủ yếu là khám định kỳ, chiếm 76,5%. Có 78,8% người

bệnh được chẩn đoán bệnh dưới 1 tháng và mổ mở vẫn là hình thức phẫu thuật phổ biến chiếm tỷ lệ lớn 94,6%. Hầu hết người bệnh được khảo sát vào ngày thứ 2-3 sau mổ chiếm hơn một nửa so với 2 nhóm còn lại.

Bảng 2. Tỷ lệ trả lời từng câu hỏi và điểm trung bình SIS-6 (n =184)

Câu hỏi		Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
C1. Cố gắng nuốt	n	27	57	77	20	3
	%	14,7	31,0	41,8	10,9	1,6
C2. Có dị vật	n	23	50	78	30	3
	%	12,5	27,2	42,4	16,3	1,6
C3. Khó chịu ở cổ họng	n	18	41	70	42	13
	%	9,8	22,3	38,0	22,8	7,1
C4. Ho khi uống thuốc	n	72	60	37	14	1
	%	39,1	32,6	20,1	7,6	0,5
C5. Mắc nghẹn ở cổ	n	26	69	61	25	3
	%	14,1	37,5	33,2	13,6	1,6
C6. Khó khăn khi nuốt	n	29	59	64	26	6
	%	15,8	32,1	34,8	14,1	3,3
Điểm trung bình SIS-6 (0-24)			Mean $\pm$ SD: 9,2 $\pm$ 4,3			

Điểm trung bình của SIS-6 là 9,2 $\pm$ 4,3. Tỷ lệ câu trả lời nhiều nhất là: Thỉnh thoảng - Cảm thấy có dị vật (42,4%), thỉnh thoảng - cố gắng nuốt (41,8%), thỉnh thoảng - khó chịu ở cổ họng (38,0%). Ở mức độ thường xuyên, triệu chứng “khó chịu ở cổ họng” chiếm tỷ lệ lớn nhất với

22,8%, rồi đến biểu hiện “cảm thấy có dị vật ở vùng cổ” chiếm 16,3%, ít nhất là “ho khi uống thuốc” (7,6%). Ở mức độ luôn luôn, biểu hiện “khó chịu ở cổ họng” chiếm tỷ lệ lớn nhất là (7,1%), ít nhất là “ho khi uống thuốc” (0,5%).

Bảng 3. Tỷ lệ trả lời từng câu hỏi và điểm trung bình chất lượng cuộc sống (n =184)

Câu hỏi		Không ảnh hưởng	Ảnh hưởng ít	Ảnh hưởng vừa	Ảnh hưởng nhiều	Rất ảnh hưởng
D1. Đi lại	n	158	21	5	0	0
	%	85,9	11,4	2,7	0	0
D2. Tự chăm sóc	n	110	62	10	2	0
	%	59,8	33,7	5,4	1,1	0
D3. Sinh hoạt thường lệ	n	102	69	12	1	0
	%	55,4	37,5	6,5	0,5	0

Câu hỏi		Không ảnh hưởng	Ảnh hưởng ít	Ảnh hưởng vừa	Ảnh hưởng nhiều	Rất ảnh hưởng
D4. Đau/Khó chịu	n	23	93	58	10	0
	%	12,5	50,5	31,5	5,4	0
D5. Lo lắng	n	19	98	54	9	4
	%	10,3	53,3	29,3	4,9	2,2
Điểm trung bình EQ-5D-5L (-0,566 – 1) Mean $\pm$ SD: 0,732 $\pm$ 0,151 Min – Max: 0,399 – 1						
Điểm trung bình EQ-VAS (0 - 100) Mean $\pm$ SD: 70,76 $\pm$ 12,72 Min – Max: 30 – 95						

Tỷ lệ trả lời cao nhất là “Đi lại - Không ảnh hưởng” (85,9%), thấp nhất ở các mục: Đi lại, Tự chăm sóc, Sinh hoạt thường lệ, Đau/Khó chịu, Lo lắng với tỷ lệ 0%. Điểm chất lượng cuộc sống trung bình theo EQ-5D-5L là 0,732 $\pm$ 0,151 và theo EQ-VAS là 70,76 $\pm$ 12,72.

Bảng 4. Mối tương quan giữa rối loạn nuốt và chất lượng cuộc sống trên người bệnh sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp (n = 184)

Các khía cạnh của CLCS						Thang đo CLCS	
	Đi lại	Tự chăm sóc	Sinh hoạt	Đau/ Khó chịu	Lo lắng/ U sầu	EQ-5D-5L	EQ-VAS
SIS-6	r = 0,219 p = 0,030	r = 0,355 p < 0,001	r = 0,310 p < 0,001	r = 0,416 p < 0,001	r = 0,175 p = 0,018	r = -0,445 p < 0,01	r = -0,437 p < 0,001

Có mối tương quan tỷ lệ nghịch giữa rối loạn nuốt và chất lượng cuộc sống theo EQ-5D-5L và EQ-VAS $p < 0,001$ và có mối liên quan tỷ lệ nghịch với các khía cạnh khác nhau của thang đo chất lượng cuộc sống với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 48,8 $\pm$ 12,8, độ tuổi dao động từ 23 đến 81 tuổi. Về giới tính, tỉ lệ nữ/nam = 3/1 (75% so với 25%), theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Sang 2019 dự báo đến năm 2025 ung thư tuyến giáp sẽ vươn lên đứng thứ 3 trong các loại ung thư hay gặp ở nữ giới tại Hà Nội.¹² Đa số người bệnh trong nghiên cứu chưa dùng phương pháp điều trị nào trước đây chiếm tỉ lệ

69,9% do mới phát hiện bệnh, có 12,5% người bệnh cần phải phẫu thuật nhiều hơn một lần bởi các lý do như là phát hiện xâm lấn và di căn nên từ cắt thủy giáp chuyển sang cắt toàn bộ tuyến giáp hoặc là phẫu thuật điều trị tái phát. Có 17,6% người bệnh đã điều trị Hóa/Xạ/lot/ Hormon thay thế, các tác dụng phụ tạm thời sau khi dùng phương pháp này hay kéo dài đều có ảnh hưởng đến CLCS, đặc biệt là khoảng thời gian ngừng hormone tuyến giáp trước khi uống lot131 dẫn đến triệu chứng khó chịu do tình trạng suy giáp.⁷ Về hình thức phẫu thuật, có 94,6% và 5,4% người bệnh ung thư tuyến giáp mổ mở và mổ nội soi. Cả hai phương pháp mổ mở và mổ nội soi đều mang lại hiệu quả trong ung thư và độ an toàn tương đương

nhau, với khả năng phục hồi tổn thương vùng cổ tương tự.¹³ Tuy nhiên, nghiên cứu của Hyun K cho thấy chỉ số suy giảm khả năng nuốt được sử dụng trong nghiên cứu này nhằm đánh giá mức độ rối loạn nuốt sau phẫu thuật. Nhóm mổ nội soi có điểm SIS-6 cao hơn đáng kể so với nhóm mổ mở.¹⁴

Tại thời điểm 7 ngày sau mổ, điểm trung bình rối loạn nuốt trong nghiên cứu này là $9,2 \pm 4,3$ thấp hơn so nghiên cứu của Lombardi với điểm số SIS-6 trong 1 tuần đầu sau mổ là: $10,3 \pm 4,9$.⁵ Sự khác biệt này có thể do thời điểm nghiên cứu khác nhau, phương tiện kỹ thuật thời nay hiện đại hơn so với những năm về trước. Tỷ lệ người bệnh có rối loạn nuốt một tuần sau phẫu thuật cao hơn đáng kể so với trước phẫu thuật, trong khi đó thấp hơn khi đánh giá dài hạn, đặc biệt mức độ rối loạn nuốt có xu hướng tăng lên sau 48 giờ đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật.^{5,8,15} Nghiên cứu của Krekeler chỉ ra rằng người bệnh lo lắng về những gì họ ăn, cách họ sẽ nhận đủ dinh dưỡng, cảm giác khó chịu khi nuốt đau và lo lắng vì bị nghẹn.² Tổng hợp từ các nghiên cứu trước cho thấy người bệnh thường phàn nàn về các biểu hiện như nuốt đau, khó chịu khi nuốt, cảm giác nghẹn, ho, sặc...^{2,4} Nguyên nhân có thể bắt nguồn từ việc đặt nội khí quản qua đường miệng, thay đổi hệ thống cấp máu, rối loạn chức năng sụn giáp hoặc tổn thương cơ nâng thanh quản trong quá trình can thiệp ngoại khoa. Tình trạng này cũng có thể liên quan đến tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược, chấn thương vùng cổ, yếu tố tâm lý sau mổ hoặc sự hình thành sẹo và thay đổi cơ học vùng cổ trước – tất cả đều góp phần làm suy giảm chức năng nuốt bình thường.¹⁶ Hình thức mổ mở hay nội soi có thể ảnh hưởng đến mức độ rối loạn nuốt sau mổ tuyến giáp. Một nghiên cứu tại Trung tâm Y tế Kangbuk Samsung, Seoul (Hàn Quốc) đã so sánh mức độ rối loạn nuốt giữa hai phương pháp phẫu thuật cắt tuyến giáp nội

soi qua nách và mổ mở thông thường. Kết quả cho thấy, nhóm người bệnh mổ mở có chỉ số suy giảm khả năng nuốt cao hơn đáng kể so với nhóm mổ nội soi, cho thấy phương pháp mổ mở ảnh hưởng nhiều hơn đến chức năng nuốt sau phẫu thuật. Mổ mở có nguy cơ gây kết dính cơ, dẫn đến rối loạn nuốt, trong khi mổ nội soi qua nách giúp hạn chế biến chứng này, góp phần cải thiện chất lượng sống sau mổ ($p < 0,027$).¹⁴ Dù cả hai phương pháp đều mang lại hiệu quả và an toàn tương đương trong điều UTTG, phẫu thuật nội soi có ưu thế hơn về thẩm mỹ, bảo tồn cơ vùng cổ và giảm khó chịu khi nuốt, từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống người bệnh ung thư tuyến giáp.¹³ Tại Bệnh viện Bạch Mai, mổ mở vẫn được ưu tiên do người bệnh thường phát hiện bệnh khi khối u đã lớn, mức độ ác tính hay tái phát cao, có thể di căn hạch cần phải nạo vét hạch cổ đồng thời loại bỏ các khối u. Bên cạnh đó, kinh nghiệm của phẫu thuật viên và ưu thế về tầm quan sát, không gian thao tác... cũng khiến mổ mở trở thành lựa chọn phù hợp hơn.

Ngoài ra, điểm CLCS của người bệnh sau mổ ung thư tuyến giáp ($0,732 \pm 0,151$) theo thang điểm EQ-5D-5L trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với người bệnh sau mổ ung thư vú ($0,55 \pm 0,33$) trong nghiên cứu trước đây.¹⁷ Một vài nguyên nhân có thể kể đến như: yếu tố thẩm mỹ, quá trình hồi phục sau mổ, phác đồ điều trị khác nhau... Bên cạnh đó, đánh giá theo thang điểm EQ-VAS, chất lượng cuộc sống của người bệnh sau mổ là $70,76 \pm 12,72$ và không có người bệnh nào tự đánh giá sức khỏe ở mức cao nhất 100 điểm. Theo nghiên cứu của Đậu Thị Hồng Nhung năm 2022, người bệnh sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp xuất hiện mệt mỏi là tác dụng phụ phổ biến nhất và gây phiền muộn cho người bệnh điều trị ung thư. Ngoài ra, nghiên cứu chỉ ra các yếu tố nguy cơ độc lập làm giảm điểm CLCS của người bệnh gồm giới tính, số lần điều trị lot131, nồng độ

hormone tuyến giáp.⁷ Lý giải yếu tố này, các tác giả cho rằng người bệnh nam có điểm CLCS cao hơn nữ do cách nhìn nhận khác nhau giữa hai giới, thường nữ lo lắng nhiều hơn về bệnh tật hoặc một phần do nam giới hoạt động thể chất nhiều hơn, khi nhắc đến việc phải uống lot phóng xạ thì phần lớn người bệnh cảm thấy lo lắng về ảnh hưởng của chúng khi chưa được giải thích rõ ràng. Hơn nữa, khoảng thời gian ngừng hormone trước khi uống lot¹³¹ gây suy giáp hay là các tác dụng phụ sau đó là mệt mỏi, thay đổi vị giác, khô mắt, các vấn đề về răng miệng đều làm người bệnh khó chịu và gây ảnh hưởng nhiều CLCS.^{18,19}

Theo kết quả nghiên cứu, rối loạn nuốt có mối liên quan đến CLCS của người bệnh ($p < 0,001$) theo chiều hướng điểm rối loạn nuốt càng cao thì CLCS càng thấp. Lý giải cho việc rối loạn nuốt ảnh hưởng đến các khía cạnh khác nhau của bộ câu hỏi EQ-5D-5L có nhiều nguyên nhân: Khó khăn trong việc nuốt khiến người bệnh mệt mỏi, yếu sức và phụ thuộc nhiều hơn vào người khác. Các triệu chứng thường gặp bao gồm: sặc khi uống chất lỏng, đau hoặc ho khi nuốt, cảm thấy khô miệng, hắng giọng, phải nuốt nhiều lần, cảm thấy thức ăn mắc lại ở miệng và cổ họng, điều này khiến người bệnh giảm hứng thú và sự hài lòng trong ăn uống dẫn đến giảm hấp thu dinh dưỡng, sút cân, mệt mỏi, và từ đó ảnh hưởng đến thể trạng chung.²⁰ Ngoài ra, thói quen hàng ngày bị gián đoạn, giấc ngủ bị rối loạn, không thoải mái khi thực hiện các sinh hoạt hàng ngày, giảm thời gian giải trí, kèm theo người bệnh còn dẫn lưu vết mổ gây nên khó khăn trong việc đi lại và vệ sinh cá nhân. Đồng thời, cảm giác ghen, khó nuốt kéo dài còn làm gia tăng lo âu, căng thẳng tâm lý và hạn chế khả năng giao tiếp, khiến người bệnh thu mình, tránh tiếp xúc xã hội – yếu tố làm suy giảm CLCS.²⁰ Một số nghiên cứu khác cũng nhận định rối loạn nuốt tác động tiêu cực đến nhiều mặt của cuộc sống, bao gồm thể

chất, tâm lý và xã hội cho thấy vai trò trung gian của yếu tố tâm lý trong mối liên quan giữa rối loạn nuốt và CLCS.^{4,20}

Tóm lại, rối loạn nuốt sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp là một biến chứng thường gặp nhưng thường bị bỏ sót, bắt nguồn từ nhiều nguyên nhân khác nhau và gây ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng sống của người bệnh, do đó cần được đánh giá, theo dõi cũng như can thiệp kịp thời ngay từ giai đoạn hậu phẫu sớm.

HẠN CHẾ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có một số hạn chế như cỡ mẫu tương đối nhỏ, thời gian theo dõi ngắn và chủ yếu dựa trên tự báo cáo của người bệnh. Ngoài ra, chưa có sự đánh giá bằng các công cụ khách quan như nội soi sợi quang đánh giá nuốt hoặc chụp X-quang đánh giá nuốt. Các nghiên cứu trong tương lai có thể tiến hành đánh giá tình trạng rối loạn nuốt của người bệnh sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại nhiều thời điểm để có những biện pháp can thiệp phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ điểm trung bình rối loạn nuốt SIS-6 của người bệnh sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp là $9,2 \pm 4,3$. Nghiên cứu cho thấy mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng rối loạn nuốt và CLCS của người bệnh sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp ($p < 0,001$). Vì vậy cần sử dụng các phương pháp đánh giá phù hợp (ví dụ thang đo SIS-6) để phát hiện sớm và từ đó có những can thiệp phù hợp với tình trạng rối loạn nuốt sau phẫu thuật ở nhóm người bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2024. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>. Accessed January 29, 2024.

2. Elbeltagy YM, Bassiouny SE, Sobhy TS, Ismail AE, Teaima AA. Swallowing Problems after Thyroidectomy. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2021; 26(3): e327-e333. Published 2021 Oct 20. doi:10.1055/s-0041-1730302.

3. Trần Thị Mai Quỳnh. Xác định tỷ lệ nuốt vướng sau phẫu thuật tuyến giáp và tìm hiểu một số yếu tố liên quan [khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa]. Trường Đại học Y Hà Nội; 2023: 39-41.

4. Krekeler BN, Wendt E, Macdonald C, et al. Patient-Reported Dysphagia After Thyroidectomy: A Qualitative Study. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018; 144(4): 342-348. doi:10.1001/jamaoto.2017.3378.

5. Lombardi CP, Raffaelli M, D'Alatri L, et al. Voice and swallowing changes after thyroidectomy in patients without inferior laryngeal nerve injuries. *Surgery*. 2006; 140(6): 1026-1034. doi:10.1016/j.surg.2006.08.008.

6. Lê Văn Quảng. Atlas Phẫu Thuật, Phẫu Thuật Mở và Phẫu Thuật Nội Soi. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2021.

7. Đậu Thị Hồng Nhung, Hồ Thị Kim Thanh. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú và thể nang sau phẫu thuật cắt tuyến giáp. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022; 151(3): 63-72. doi:10.52852/tcncyh.v151i3.604.

8. Lombardi CP, Raffaelli M, De Crea C, et al. Long-term outcome of functional post-thyroidectomy voice and swallowing symptoms. *Surgery*. 2009; 146(6): 1174-1181. doi:10.1016/j.surg.2009.09.010.

9. Xu W, Zhou Y, Fan Y, et al. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of a Chinese version of the swallowing impairment score. *Front Psychol*. 2025;16:1502327. Published 2025 Apr 9. doi:10.3389/fpsyg.2025.1502327.

10. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-

5L User Guide: Basic Information on How to Use the EQ-5D-5L Instrument. Version 3.0. 2023. Available from: <https://euroqol.org/wp-content/uploads/2023/11/EQ-5D-5LUserguide-23-07.pdf>

11. Mai VQ, Sun S, Minh HV, et al. An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. *Qual Life Res*. 2020; 29(7): 1923-1933. doi:10.1007/s11136-020-02469-7.

12. Nguyen SM, Deppen S, Nguyen GH, Pham DX, Bui TD, Tran TV. Projecting Cancer Incidence for 2025 in the 2 Largest Populated Cities in Vietnam. *Cancer Control*. 2019; 26(1): 1073274819865274. doi:10.1177/1073274819865274.

13. Lee J, Kwon IS, Bae EH, Chung WY. Comparative analysis of oncological outcomes and quality of life after robotic versus conventional open thyroidectomy with modified radical neck dissection in patients with papillary thyroid carcinoma and lateral neck node metastases. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013; 98(7): 2701-2708. doi:10.1210/jc.2013-1583.

14. Hyun K, Byon W, Park HJ, Park Y, Park C, Yun JS. Comparison of swallowing disorder following gasless transaxillary endoscopic thyroidectomy versus conventional open thyroidectomy. *Surg Endosc*. 2014; 28(6): 1914-1920. doi:10.1007/s00464-013-3413-6.

15. Hajjioannou JK, Sioka E, Stavrou G, et al. Impact of uncomplicated total thyroidectomy on voice and swallowing symptoms: a prospective clinical trial. *Indian J Surg*. 2019; 81(6): 564-571. doi:10.1007/s12262-019-01865-9.

16. Martins NMDS, Novalo-Goto ES, Diz-Leme ICM, et al. Patient Perception of Swallowing after Thyroidectomy in the Absence of Laryngeal Nerve Injury. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2020; 82(5): 274-284. doi:10.1159/000508683.

17. Vũ Minh Tuấn, Vũ Xuân Thịnh, Nguyễn

Thị Lan, et al. Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vú tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều Hà Nội. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2024; 7(03): 53-63. doi:10.54436/jns.2024.03.804.

18. Wang T, Jiang M, Ren Y, et al. Health-Related Quality of Life of Community Thyroid Cancer Survivors in Hangzhou, China. *Thyroid*. 2018; 28(8): 1013-1023. doi:10.1089/thy.2017.0213.

19. Sawka AM, Goldstein DP, Brierley JD,

et al. The impact of thyroid cancer and post-surgical radioactive iodine treatment on the lives of thyroid cancer survivors: a qualitative study. *PLoS One*. 2009; 4(1): e4191. doi:10.1371/journal.pone.0004191.

20. George RebeccaGrace, Jagtap M. Impact of Swallowing Impairment on Quality of Life of Individuals with Dysphagia. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022; 74(S3): 5473-5477. doi:10.1007/s12070-021-02798-0.

Summary

SWALLOWING IMPAIRMENT AND ITS RELATIONSHIP WITH QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER THYROID CANCER SURGERY

The study aimed to describe swallowing impairment and its association with quality of life in patients after thyroid cancer surgery at Bach Mai Hospital. A cross-sectional descriptive study was conducted on 184 patients who had undergone thyroidectomy. The Swallowing Impairment Score Index (SIS-6) was used to assess swallowing disorders, while quality of life was measured using the The EuroQol 5-Dimension 5-level questionnaire (EQ-5D-5L) and the EQ visual analogue scale (EQ-VAS). Results showed that the average age of participants was 48.8 ± 12.8 years old; the majority were female (75%), 94.6% underwent open surgery and 76.5% were diagnosed during routine health check-ups. The mean SIS-6 score was 9.2 ± 4.3 . The average quality of life score by the EQ-5D-5L and EQ-VAS was 0.732 ± 0.151 and 70.76 ± 12.72 respectively. There was a statistically significant association between swallowing impairment and quality of life assessed by EQ-VAS ($p < 0.05$), as well as between swallowing impairment and all dimensions of the EQ-5D-5L ($p < 0.05$).

Keywords: Swallowing impairment, quality of life, surgery, thyroid cancer.