

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG ĐANG ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Bích Linh^{1,2} và Nguyễn Thị Sơn^{2,3,✉}

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng và nhận xét một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng đang điều trị hóa chất tại Bệnh viện E. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tháng 9/2024 đến tháng 9/2025, chọn mẫu thuận tiện 102 người bệnh ung thư đại trực tràng tham gia nghiên cứu. Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng ở mức trung bình là $56,87 \pm 15,04$ điểm. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chất lượng cuộc sống theo thang điểm QLQ-C30. Trong đó, điểm chức năng (Funcional scales) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với trình độ học vấn, điểm chức năng tăng dần theo trình độ học vấn ảnh hưởng tích cực đến CLCS; Điểm triệu chứng (Symptom scales) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm tuổi, nhóm người trên 65 tuổi điểm triệu chứng cao hơn gây ảnh hưởng tiêu cực đến CLCS; Điểm trung bình (Global health status) chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm tuổi, giới, chỉ số BMI, nghề nghiệp, trình độ học vấn, giai đoạn bệnh và số chu kỳ điều trị hóa chất. Cần tăng cường can thiệp nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng đang điều trị hóa chất.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, ung thư đại trực tràng, thang điểm EORTC QLQ C-30, thang điểm QLQ-CR29.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN, năm 2022 ước tính trên toàn thế giới có khoảng gần 20 triệu ca ung thư mới với khoảng 9,7 triệu ca tử vong do ung thư. Ung thư đại trực tràng đứng thứ ba về tỉ lệ mắc mới khoảng gần 2 triệu ca chiếm 9,6% và đứng thứ hai chiếm 9,3% về tỉ lệ tử vong tương đương với 903 859 ca.¹ Tỉ lệ mắc mới ung thư ngày càng gia tăng ở Việt Nam, trong năm 2022 có 180 480 ca mắc ung thư mới và có tới 120 184 ca tử vong do ung thư. Trong đó ung thư đại trực tràng đứng thứ tư với 16 835 ca mắc chiếm 9,3%.²

Tùy vào từng giai đoạn của bệnh sẽ có những phương pháp điều trị khác nhau, trong đó điều trị hóa chất là phương pháp rất phổ biến và đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh ung thư đại trực tràng.³ Điều trị hóa chất là phương pháp sử dụng các thuốc gây độc tế bào nhằm tiêu diệt các tế bào ác tính trong cơ thể người bệnh ung thư. Hầu hết các phác đồ điều trị hóa chất đều có tác dụng không mong muốn như: nôn, buồn nôn, giảm bạch cầu hạt, giảm tiểu cầu hoặc giảm hồng cầu do ức chế tủy xương, suy giảm miễn dịch, rối loạn đông máu, gây độc với hệ thần kinh hay hệ hô hấp.⁴ Chính vì vậy, người bệnh ung thư đại trực tràng đang điều trị hóa chất không chỉ phải đương đầu với các khó khăn liên quan đến bệnh như chăm sóc và sống chung với hậu môn nhân

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Sơn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: ntson@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 03/10/2025

Ngày được chấp nhận: 06/11/2025

tạo, đại tiểu tiện bất thường... mà còn phải đối mặt với các tác dụng phụ của điều trị hóa chất.

Thông tư 31/2021/TT-BYT nêu rõ: chăm sóc điều dưỡng là việc nhận định, can thiệp chăm sóc, theo dõi nhằm đáp ứng 14 nhu cầu cơ bản của cá nhân mỗi người bệnh bao gồm các vấn đề về sức khỏe thể chất, tinh thần, giao tiếp, sinh hoạt...⁵ Vì vậy, nghiên cứu về đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng đang điều trị hóa chất là rất cần thiết. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp cho nhân viên y tế có cái nhìn đa chiều về tình trạng sức khỏe và cuộc sống của người bệnh. Từ đó, điều dưỡng viên có thêm nhiều thông tin để lập kế hoạch chăm sóc cho cá nhân mỗi người bệnh một cách cụ thể và hiệu quả hơn.

Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư nói chung nhưng còn ít nghiên cứu về chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh mắc ung thư đại trực tràng và các yếu tố liên quan. Tại trung tâm Ung bướu, Bệnh viện E đã và đang điều trị lượng người bệnh mắc ung thư đại trực tràng tương đối lớn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Chất lượng cuộc sống và một vài yếu tố liên quan của người bệnh ung thư đại trực tràng đang điều trị hóa chất tại Bệnh viện E.”** nhằm hai mục tiêu:

Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng đang điều trị hóa chất tại Bệnh viện E.

Nhận xét một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của nhóm đối tượng nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh ung thư đại trực tràng đang điều trị hóa chất tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện E.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên.
- Người bệnh được chẩn đoán mắc bệnh ung thư đại trực tràng (UTĐTT) đang điều trị hóa chất từ chu kỳ thứ hai trở lên. Người bệnh tham gia phỏng vấn trước khi truyền hóa chất.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không có khả năng hiểu và tự trả lời bộ câu hỏi.
- Người bệnh mổ cấp cứu ≤ 01 tháng.
- Người bệnh đang xạ trị.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, có 102 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 9/2024 đến tháng 9/2025.
- Số liệu trong nghiên cứu được thu thập từ tháng 1/2025 đến tháng 9/2025. Tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện E, tại 87-89 Trần Cung, Nghĩa Đô, Hà Nội.

Công cụ và phương pháp nghiên cứu

Bộ câu hỏi nghiên cứu bao gồm 2 phần:

- Thông tin chung của đối tượng bao gồm: nhân khẩu học và tình trạng bệnh của đối tượng.

- Thang khảo sát:

Phỏng vấn trực tiếp người bệnh (NB) bằng bảng hỏi QLQ-C30 về chất lượng cuộc sống chung của NB ung thư và bảng hỏi QLQ-CR29 về CLCS của người bệnh ung thư đại trực tràng.^{6,7} Phần này có 59 câu hỏi, trong bộ QLQ-C30 có 30 câu gồm: chức năng thể chất (câu 1 - 5); chức năng hoạt động (câu 6, 7);

chức năng cảm xúc (câu 21 - 24); chức năng nhận thức (câu 20, 25); chức năng xã hội (câu 26, 27), sức khỏe tổng quát (câu 29, 30) và 13 câu về triệu chứng đơn. Bộ QLQ-CR29 có 29 câu hỏi: 4 thang đo (số lần đi tiểu, máu/chất nhầy trong phân, số lượng phân, hình ảnh cơ thể) và 19 mục đơn. Dữ liệu của QLQ - C30 và QLQ - CR29 được thể hiện là con số từ 1 - 100, áp dụng theo công thức của EORTC QLQ - C30 Scoring Manual (3rd edition) 2001.⁸ Đối với tình trạng sức khỏe tổng quát và 5 thước đo chức năng với điểm số tốt nhất là 100, các thước đo triệu chứng ung thư điểm số tốt nhất là 0.

- Điểm thô:

$$\text{Raw scores} = \text{RS} = (I1 + I2 + I3 + \dots + In)/n$$

- Điểm chức năng:

$$\text{Functional scales/itemsz: } S = [1 - (\text{RS} - 1) / \text{range}] \times 100$$

- Điểm triệu chứng:

$$\text{Symptom scales/items: } S = [(\text{RS} - 1) / \text{range}] \times 100$$

- Điểm tình trạng sức khỏe tổng quát:

$$\text{Global Health Status: } S = [(\text{RS} - 1) / \text{range}] \times 100$$

Phân tích và xử lý số liệu

Kiểm tra tính đầy đủ, logic và hợp lệ của các phiếu điều tra trước khi nhập.

Mã hóa các biến số và nhập liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

Làm sạch số liệu: kiểm tra lại các giá trị missing và các giá trị bất thường.

Các test thống kê mô tả như tần số, tỉ lệ %, điểm trung bình, độ lệch chuẩn được áp dụng để mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng.

Phân tích Mann-Whitney U và Kruskal-Wallis H được áp dụng để tìm mối liên quan đến chất lượng cuộc sống.

Các phân tích được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu tham gia được cung cấp đầy đủ thông tin, tham gia tự nguyện.

Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội (4031 /QĐ-ĐHYHN) và được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện E, lãnh đạo Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện E.

Hạn chế của nghiên cứu

Với cỡ mẫu tương đối nhỏ ($n = 102$) và chỉ tập trung tại một trung tâm của Bệnh viện E nên còn bị hạn chế khi ngoại suy cho toàn bộ người bệnh ung thư đại trực tràng. Vì vậy, rất cần thêm các nghiên cứu khác để giúp nhân viên y tế nói chung cũng như điều dưỡng nói riêng có cái nhìn tổng quát hơn.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng tham gia nghiên cứu ($n = 102$)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 65	37	36,3
	≥ 65	65	63,7
Trung bình: 65,36 tuổi Độ lệch chuẩn (SD): 10,0			

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
BMI	Nhẹ cân	18
	Bình thường	81
	Thừa cân	3
Giới	Nam	64
	Nữ	38
Nghề nghiệp	Công nhân, nông dân	24
	Cán bộ, nhân viên	16
	Nghỉ hưu	62
Trình độ học vấn	Tiểu học	5
	THCS	16
	THPT	52
	Trên THPT	29
Mức chi trả bảo hiểm y tế	≤ 80%	49
	> 90%	53
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn II	4
	Giai đoạn III	35
	Giai đoạn IV	63
Số chu kỳ điều trị hóa chất	Dưới 3 chu kỳ	30
	Từ 3 đến 6 chu kỳ	36
	Từ 7 đến 9 chu kỳ	20
	Trên 9 chu kỳ	16

Độ tuổi trung bình của đối tượng là 65,36 ($\pm 10,0$) tuổi. Trong đó, đại đa số từ 65 tuổi trở lên chiếm 63,7%. Đa số người bệnh có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường (79,41%). Nam giới chiếm đa số ($n = 64$; 62,9%). Phần nhiều người bệnh đã nghỉ hưu chiếm tỉ lệ là 60,8% tương đương 62 người; Phần lớn người bệnh có trình

độ THPT (51,0%). Tất cả người bệnh đều được bảo hiểm y tế chi trả đa số chi trả ở mức trên 90%. Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu được chẩn đoán ở giai đoạn IV chiếm khoảng 60% và thấp nhất là giai đoạn II (3,9%). Đa phần người bệnh điều trị hóa chất từ 3 đến 6 chu kỳ.

Bảng 2. Bảng điểm chuẩn hóa chất lượng cuộc sống theo thang đo EORTC QLQ-C30 (n = 102)

Chất lượng cuộc sống	Mean $\pm$ SD	Median	Min	Max
Sức khỏe tổng quát	56,87 $\pm$ 15,04	50,0	33,33	91,67
Chức năng				
Nhận thức	82,52 $\pm$ 14,15	83,33	33,33	100
Cảm xúc	75,66 $\pm$ 17,93	75,00	25,00	100
Thể chất	65,23 $\pm$ 15,63	66,67	6,67	100
Hoạt động	64,54 $\pm$ 17,34	66,67	16,67	100
Xã hội	62,54 $\pm$ 22,29	66,67	0	100
Triệu chứng				
Mệt mỏi	48,58 $\pm$ 16,61	44,44	11,11	100
Chán ăn	43,12 $\pm$ 23,73	33,33	0	77,78
Mất ngủ	42,81 $\pm$ 24,54	33,33	0	100
Đau	24,02 $\pm$ 19,84	33,33	0	100
Tiêu chảy	23,53 $\pm$ 23,26	33,33	0	66,67
Khó khăn về kinh tế	22,22 $\pm$ 22,66	33,33	0	66,67
Buồn nôn/nôn	21,90 $\pm$ 21,62	16,67	0	77,78
Khó thở	17,64 $\pm$ 18,59	16,67	0	66,67
Táo bón	13,07 $\pm$ 23,26	0	0	100

Điểm sức khỏe tổng quát ở mức trung bình > 50 điểm (trung bình: 56,87 $\pm$ 15,04).

+Trong lĩnh vực chức năng: Chức năng nhận thức là cao điểm nhất (82,52 $\pm$ 14,15) và thấp nhất là chức năng xã hội (62,54 $\pm$ 22,29).

+Trong lĩnh vực triệu chứng: triệu chứng khó thở là thấp điểm nhất (17,64 $\pm$ 18,59) và triệu chứng mệt mỏi là cao điểm nhất (48,58 $\pm$ 16,61).

Bảng 3. Điểm chuẩn hóa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thang đo EORTC QLQ-CR29 (n = 102)

Đặc điểm triệu chứng	Mean $\pm$ SD	Median	Min	Max
Lo lắng về vấn đề sức khỏe tương lai	40,19 $\pm$ 26,67	33,33	0,0	100
Tần suất tiểu tiện	37,42 $\pm$ 15,81	33,33	0,0	83,83

Đặc điểm triệu chứng	Mean $\pm$ SD	Median	Min	Max
Hình ảnh cơ thể	32,67 $\pm$ 11,47	33,33	11,11	77,78
Cảm giác khô miệng	30,06 $\pm$ 23,69	33,33	0,0	83,83
Vấn đề về vị giác	22,23 $\pm$ 20,62	33,33	0,0	77,78
Lo lắng về cân nặng	19,60 $\pm$ 21,68	16,67	0,0	66,67
Bị đau bụng	15,50 $\pm$ 20,31	16,67	0,0	66,67
Cảm giác đau bụng, đầy bụng	14,37 $\pm$ 19,63	16,67	0,0	77,78
Đau quanh vùng hậu môn	14,05 $\pm$ 20,68	16,67	0,0	66,67
Són nước tiểu	9,47 $\pm$ 16,50	8,34	0,0	66,67
Bị rụng tóc	8,91 $\pm$ 17,57	0	0,0	66,67
Bị đau khi đi tiểu	6,21 $\pm$ 13,86	0	0,0	66,67
Thấy máu/chất nhầy trong phân	5,78 $\pm$ 11,89	0	0,0	66,67
Nhóm có hậu môn nhân tạo (n = 14)				
Khó khăn khi chăm sóc HMNT	73,80 $\pm$ 26,72	66,67	0,0	100
Cảm giác mặc cảm	66,67 $\pm$ 22,65	66,67	33,33	100
Ra phân ở HMNT	61,90 $\pm$ 31,64	66,67	33,33	100
Hơi thoát ra không tự chủ	59,52 $\pm$ 26,73	66,67	33,33	100
Tần suất thay túi HMNT	47,62 $\pm$ 18,32	50,0	0,0	83,33
Viêm da quanh hậu môn	45,23 $\pm$ 28,06	50,0	0,0	66,76
Nhóm không có HMNT (n = 88)				
Trung tiện không tự chủ	31,83 $\pm$ 22,42	33,33	0,0	66,67
Tần suất đại tiện	29,03 $\pm$ 15,99	33,33	0,0	66,67
Cảm giác mặc cảm	10,86 $\pm$ 17,96	0	0,0	66,67
Són phân	9,36 $\pm$ 16,66	0	0,0	66,67
Viêm da quanh hậu môn	8,99 $\pm$ 15,70	0	0,0	33,33

Điểm số triệu chứng thấy máu/chất nhầy trong phân là thấp nhất (5,78 $\pm$ 11,89), và điểm số triệu chứng lo lắng về vấn đề sức khỏe tương lai là cao nhất (40,19 $\pm$ 26,67).

Nhóm có HMNT: triệu chứng khó khăn khi chăm sóc HMNT có số điểm cao nhất (73,80

$\pm$ 26,72), và điểm số thấp nhất là triệu chứng viêm da quanh HMNT (45,23 $\pm$ 28,06). Trong khi đó, nhóm không có HMNT: triệu chứng trung tiện không tự chủ có điểm số cao nhất (31,83 $\pm$ 22,42); và triệu chứng viêm da quanh hậu môn có điểm số thấp nhất (8,99 $\pm$ 15,70).

Bảng 4. Mối liên quan của một số yếu tố đến chất lượng cuộc sống (N = 102)

Một số yếu tố liên quan		Điểm số chất lượng cuộc sống theo EORTC QLQ-C30					
		Điểm chức năng (Funcional scales)		Điểm triệu chứng (Symptom scales)		Điểm sức khỏe chung (Global health status)	
		Mean Rank	p	Mean Rank	p	Mean Rank	p
Nhóm tuổi	< 65 tuổi	48,84	0,492*	47,08	0,0045*	51,95	0,905*
	≥ 65 tuổi	53,02		59,26		51,25	
Giới	Nam	50,68	0,832*	50,71	0,716*	51,96	0,726*
	Nữ	52,88		52,83		50,72	
BMI	Nhẹ cân	50,64	0,903**	50,75	0,772**	51,08	0,314**
	Bình thường	51,95		51,22		52,50	
	Thừa cân	44,50		63,50		27,00	
Nghề nghiệp	Công nhân, nông dân	60,63	0,085**	49,27	0,651**	59,35	0,266**
	Cán bộ, nhân viên	39,56		57,59		52,38	
	Nghĩ hưu	51,05		50,79		48,23	
Trình độ học vấn	Tiểu học	35,10	0,042**	57,60	0,258**	37,50	0,720**
	THCS	40,95		38,31		50,50	
	THPT	55,93		52,78		52,45	
	Trên THPT	61,34		55,43		52,63	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn II	77,60	0,098**	36,00	0,362**	70,80	0,246**
	Giai đoạn III	49,48		47,85		49,73	
	Giai đoạn IV	48,30		53,08		48,88	
Số chu kỳ điều trị hóa chất	<3 chu kỳ	50,63	0,692**	52,47	0,347**	50,03	0,943**
	3-6 chu kỳ	53,88		44,89		50,88	
	7-9 chu kỳ	52,23		52,70		49,65	
	>9 chu kỳ	43,20		60,47		55,03	

*: Mann-Whitney Test

**: Kruskal-Wallis Test

Điểm chức năng (Funcional scales) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với trình độ học vấn (với $p < 0,05$, Kruskal-Wallis Test). Trong đó điểm chức năng tăng dần từ trình độ tiểu học đến THCS, THPT và trên THPT. Chưa thấy sự khác biệt ở nhóm tuổi, giới, chỉ số BMI, nghề nghiệp, giai đoạn bệnh và số chu kỳ điều trị hóa chất.

+ Điểm triệu chứng (Symptom scales) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm tuổi ($p < 0,05$, Mann-Whitney Test). Ta thấy nhóm tuổi trên 65 tuổi có điểm triệu chứng cao hơn so với nhóm tuổi dưới 65 tuổi. Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở giới, chỉ số BMI, nghề nghiệp, trình độ học vấn, giai đoạn bệnh và chu kỳ điều trị hóa chất.

+ Điểm trung bình (Global health status) chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm tuổi, giới, chỉ số BMI, nghề nghiệp, trình độ học vấn, giai đoạn bệnh và số chu kỳ điều trị hóa chất.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện E. Đối tượng tham gia nghiên cứu đa số là người lớn tuổi với độ tuổi trung bình là $65,36 \pm 10,0$ tuổi. Độ tuổi này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác tại Việt Nam. Nghiên cứu của Nguyễn Tô Quỳnh Châu và cộng sự độ tuổi trung bình là $65,31 \pm 10,91$.⁹

Với chỉ số BMI của đối tượng tham gia nghiên cứu ta thấy đa số người bệnh ở tình trạng cơ thể bình thường. Tuy nhiên, tình trạng nhẹ cân tương đối cao chiếm khoảng 20%. Tình trạng suy dinh dưỡng có xu hướng tăng đối với người bệnh UTĐTT đang điều trị hóa chất.¹⁰ Do vậy, rất cần sự phối hợp của nhiều chuyên ngành trong quá trình chăm sóc và điều trị người bệnh. Để làm giảm tỉ lệ nhẹ cân cũng như nguy cơ suy dinh dưỡng thì người điều dưỡng cần lập kế hoạch chăm sóc NB hợp lý như: Sàng lọc và đánh giá dinh dưỡng cho NB;

Theo dõi và quản lý các tác dụng phụ (chán ăn, nôn/buồn nôn...) của hóa trị; Tư vấn giáo dục sức khỏe cho NB; Phối hợp đa ngành; Động viên, nâng đỡ và khuyến khích NB...

Tỉ lệ đối tượng nam là 62,9%, tỉ lệ đối tượng nữ là 37,3%. Tỉ lệ nam giới cao hơn nữ giới 1,69 lần, tương đồng với các nghiên cứu trong nước và ngoài nước.⁹ Trong nghiên cứu của Nguyễn Tô Quỳnh Châu tỉ lệ nam/nữ là 1,34. Nghiên cứu của Mandy Ho và cộng sự tỉ lệ nam/nữ là 1,72.¹¹

Về nghề nghiệp, hơn 60% người bệnh là đối tượng nghỉ hưu. Điều này cũng phù hợp vì độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 65,36 tuổi, nằm trong độ tuổi nghỉ hưu tại Việt Nam. Về trình độ học vấn có khoảng hơn 50% người bệnh có trình độ THPT. Tất cả người bệnh đều có BHYT. Điều này một lần nữa nói lên vai trò quan trọng của BHYT đối với người bệnh ung thư. Họ đều nhận định rằng BHYT giúp họ giảm bớt phần lớn gánh nặng về kinh tế trong suốt quá trình điều trị. Theo một nghiên cứu tại Malayxia, một quốc gia có thu nhập ở mức trung bình, năm 2023 cho thấy nhóm người bệnh ung thư rất cần BHYT để chi trả chi phí điều trị bệnh.¹² Người bệnh có nguồn thu nhập ổn định hàng tháng giúp họ chi trả các chi phí, giảm lo lắng và cải thiện cuộc sống.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, điểm sức khỏe tổng quát theo thang điểm QLQ-C30 của nhóm đối tượng trong nghiên cứu này đạt điểm trung bình là $56,87 \pm 15,04$ điểm. Trong đó, ở lĩnh vực chức năng khá cao (trên 60 điểm): Chức năng nhận thức là cao điểm nhất $82,52 \pm 14,15$ điểm và thấp nhất là chức năng xã hội $62,54 \pm 22,29$ điểm. Trong lĩnh vực triệu chứng: triệu chứng khó thở là thấp điểm nhất $17,64 \pm 18,59$ điểm và triệu chứng mệt mỏi là cao điểm nhất $48,58 \pm 16,61$ điểm. Trong nghiên cứu của Nguyễn Tô Quỳnh Châu và cộng sự (2021), điểm sức khỏe tổng quát trung bình theo thang

điểm QLQ-C30 là 51,96 điểm ($\pm 18,78$) tương đồng với kết quả của nghiên cứu của chúng tôi. Điểm trung bình khía cạnh chức năng: Thể chất, hoạt động, cảm xúc tương đồng với kết quả của chúng tôi. Điểm chức năng nhân thức và xã hội thấp hơn ở nghiên cứu của chúng tôi. Điểm ở lĩnh vực triệu chứng bao gồm: mệt mỏi, buồn nôn/nôn, đau, khó thở, mất ngủ, chán ăn tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.⁹ Trong nghiên cứu của Bùi Việt Hùng và cộng sự (2022), điểm sức khỏe tổng quát trung bình theo thang điểm QLQ-C30 là 61,36 điểm ($\pm 21,9$) và điểm trung bình khía cạnh chức năng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả của điểm trung bình khía cạnh triệu chứng mệt mỏi, buồn nôn-nôn, đau, mất ngủ, chán ăn, tiêu chảy ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Bùi Việt Hùng và cộng sự.¹³ Sự khác biệt này có thể là do đối tượng nghiên cứu khác nhau ở hai nghiên cứu, ở nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh ung thư đại trực tràng đang điều trị hóa chất. Đối tượng nghiên cứu của tác giả Bùi Việt Hùng là người bệnh UTĐTT đã có di căn xa trong đó có tới hơn 25% đối tượng tham gia nghiên cứu chưa điều trị hóa chất.¹³ Do vậy, các tác dụng không mong muốn của điều trị hóa chất bao gồm các triệu chứng mệt mỏi, buồn nôn-nôn, đau, mất ngủ, chán ăn, tiêu chảy được ghi nhận tại đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong đa số các lĩnh vực về triệu chứng trong thang đo EORTC QLQ-CR29 có kết quả gần tương đương với tác giả Nguyễn Tô Quỳnh Châu⁹. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Vũ Ngọc Sơn¹⁴ có điểm số về triệu chứng cao hơn các tác giả khác như: tần suất tiểu tiện, són nước tiểu, bị đau khi đi tiểu, bị đau bụng, bị đau quanh vùng hậu môn, cảm giác đau bụng/đầy bụng, lo lắng về sức khỏe tương lai, hình ảnh cơ thể, lo lắng về cân nặng, mặc cảm vì đại tiện nhiều lần. Đối tượng nghiên cứu của tác giả

Vũ Ngọc Sơn là người bệnh ung thư trực tràng được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật. Do vậy điểm số của các triệu chứng cao hơn các nghiên cứu khác. Trong nhóm NB có hậu môn nhân tạo (HMNT) điểm của triệu chứng cảm giác mặc cảm và ra phân ở HMNT trên 60 điểm cao hơn hẳn điểm của triệu chứng cảm giác mặc cảm và són phân ở nhóm không có HMNT chỉ khoảng 10 điểm. Qua đó thấy được sự bất tiện khi người bệnh sống chung với HMNT cũng như sự khó khăn khi chăm sóc HMNT lên tới hơn 70 điểm ảnh hưởng tiêu cực đến CLCS của người bệnh. Tương đồng nghiên cứu của tác giả Tong G và cộng sự (2020) và nghiên cứu của Marchewczyk P và cộng sự năm (2025) cho thấy chức năng đại tiện và chất lượng cuộc sống kém hơn ở nhóm NB UTĐTT có HMNT.^{15,16} Điều này có thể là do khi NB có HMNT gây ra những bất tiện cho NB trong sinh hoạt: chăm sóc túi, mùi, kiểm soát phân, chế độ ăn; Về tâm lý của NB: lo lắng, ngại giao tiếp, thiếu tự tin, sợ bị xa lánh khi có sự hiện diện của HMNT; Biến chứng có thể xảy ra: viêm da quanh hậu môn, thoát vị cạnh HMNT, tắc ruột, rò rỉ phân do túi gắn không khít hoặc do thay đổi chế độ ăn, nhiễm trùng, tụt hoặc sa HMNT...

Điểm CLCS theo thang điểm QLQ-C30 tìm thấy mối liên quan giữa điểm chức năng (Funcional scales) với trình độ học vấn điều này cũng được làm rõ trong nghiên cứu của tác giả Ramasubbu SK và cộng sự (năm 2021).¹⁷ Giải thích cho mối liên quan này có thể là do giáo dục là một trong những yếu tố quan trọng giúp thúc đẩy CLCS, giáo dục giúp cung cấp kiến thức, nâng cao nhận thức và hiểu biết về sức khỏe bao gồm kiến thức, động lực và năng lực của mọi người để tiếp cận, hiểu, đánh giá và áp dụng thông tin sức khỏe nhằm đưa ra phán đoán và đưa ra quyết định trong cuộc sống hàng ngày liên quan đến chăm sóc sức khỏe, phòng ngừa bệnh tật và nâng cao sức khỏe để duy trì hoặc cải thiện CLCS trong suốt cuộc đời.

Tìm thấy mối liên quan giữa điểm triệu chứng (Symptom scales) trong thang điểm QLQ-C30 với nhóm tuổi. Điều này cũng được làm rõ trong nghiên cứu của tác giả Juan Ignacio Arraas và cộng sự (năm 2021).¹⁸ Lý do giải thích cho mối liên quan này có thể là do người cao tuổi cơ thể của họ bị lão hóa tự nhiên dẫn đến suy giảm chức năng, sức khỏe yếu dần, dễ mắc bệnh mạn tính, suy nhược cơ thể và hội chứng dễ bị tổn thương. Các nguy cơ cụ thể bao gồm: bệnh lý tim mạch, xương khớp, hô hấp, tiểu đường, ung thư, suy giảm trí nhớ, và các tai biến như té ngã, trầm cảm, rối loạn tiêu hóa. Do đó các triệu chứng của họ có thể nặng nề hơn.

Điểm trung bình (Global health status) chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm tuổi, giới, chỉ số BMI, nghề nghiệp, trình độ học vấn, giai đoạn bệnh và số chu kỳ điều trị hóa chất. Tương đồng với kết quả của tác giả Flórez JES và cộng sự năm 2024 không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của người bệnh UTĐTT ở nhóm tuổi trưởng thành và nhóm tuổi già.¹⁹ Nghiên cứu của tác giả Akhondi-Meybodi M và cộng sự năm 2016 cũng thu được kết quả tương đồng khi cho thấy chưa cho thấy mối liên quan giữa CLCS và giai đoạn bệnh.²⁰ Tương đồng với kết quả của Bùi Việt Hùng và cộng sự (2022) cho thấy chất lượng cuộc sống chung và các khía cạnh chức năng không khác biệt giữa các nhóm NB chưa điều trị, điều trị từ 1 - 4 đợt, từ 5 - 8 đợt, từ 9 - 12 hay trên 12 đợt.¹³ Sadighi Sanambar (2017) đánh giá chất lượng sống ở 100 NB ung thư đại trực tràng điều trị hóa chất hỗ trợ, so sánh giữa trước điều trị và sau 4 chu kỳ hóa chất bằng bảng câu hỏi QLQ-CR-29, thấy các khía cạnh chức năng khác biệt không có ý nghĩa thống kê.²¹ Lý do có thể diễn giải là vì tất cả NB UTĐTT khi đến đợt điều trị hóa chất cũng như khám định kỳ không phân biệt tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, giai

đoạn bệnh hay số chu kỳ điều trị hóa chất... đều được khám và làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết giúp loại trừ các nguy cơ để NB có thể trạng tốt nhất tiếp tục hóa trị.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng ở mức trung bình là $56,87 \pm 15,04$ điểm. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chất lượng cuộc sống theo thang điểm QLQ-C30. Điểm chức năng (Funcional scales) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với trình độ học vấn, nhóm trên THPT có điểm chức năng cao nhất ảnh hưởng tích cực đến CLCS; Điểm triệu chứng (Symptom scales) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm tuổi, nhóm người trên 65 tuổi điểm triệu chứng cao hơn gây ảnh hưởng tiêu cực đến CLCS; Điểm trung bình (Global health status) chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm tuổi, giới, chỉ số BMI, nghề nghiệp, trình độ học vấn, giai đoạn bệnh và số chu kỳ điều trị hóa chất.

KHUYẾN NGHỊ

- Cho nhân viên y tế (điều dưỡng viên):
 - + Tăng cường giáo dục sức khỏe và hỗ trợ người bệnh đặc biệt là những người bệnh lớn tuổi.
 - + Cá nhân hóa trong giáo dục tư vấn sức khỏe, khuyến khích người bệnh tham gia trao đổi.
 - + Phối hợp đa ngành trong chăm sóc người bệnh: dinh dưỡng, tâm lý, phục hồi chức năng...
- Cho người bệnh/người nhà:
 - + Duy trì lối sống lành mạnh cho người bệnh.
 - + Tích cực tìm hiểu thông tin về bệnh từ những nguồn đáng tin cậy.
 - + Quản lý triệu chứng hiệu quả: trao đổi cởi mở, tham gia vào các chương trình hỗ trợ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024; 74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834.
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [17/08/2024].
3. Bộ Y tế. Quyết định 2549/QĐ-BYT, quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại - trực tràng.
4. Chemotherapy. nhs.uk. February 14, 2025. Accessed October 3, 2025. <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/chemotherapy/>.
5. Bộ Y tế. Thông tư 31/2021/TT-BYT, “Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện.”
6. Cocks K, Wells JR, Johnson C, et al. Content validity of the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30 for use in cancer. *Eur J Cancer.* 2023; 178: 128-138. doi:10.1016/j.ejca.2022.10.026.
7. Abebe LG, Wondimagegnehu A, Woldemariam AA, Gelaye B, Kantelhardt EJ, Addissie A. Validity and Reliability of the Amharic Version of EORTC-QLQ-CR29 Among Colorectal Cancer Patients in Ethiopia. *Cancer Manag Res.* 2021; 13: 9287-9295. Published 2021 Dec 21. doi:10.2147/CMAR.S343127.
8. Fayers P, Bottomley A. Quality of life research within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer.* 2002; 38: 125-133. doi:https://doi.org/10.1016/S0959-8049(01)00448-8.
9. Nguyễn Tô Quỳnh Châu, Nguyễn Mạnh Tuấn, Nguyễn Thanh Nhài, Nguyễn Thị Ngân, Trần Bảo Ngọc. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đại trực tràng điều trị tại trung tâm ung bướu Thái Nguyên. *Tạp Chí Học Cộng Đồng.* 2021; 62(4). doi:https://doi.org/10.52163/yhc.v62i4%20(2021).116.
10. Arifin H, Chu YH, Chen R, et al. Global prevalence and moderating factors of malnutrition in colorectal cancer survivors: A meta-analysis. *J Cancer Surviv.* Published online January 29, 2025. doi:10.1007/s11764-025-01747-y.
11. Ho M, Ho JWC, Fong DYT, et al. Effects of dietary and physical activity interventions on generic and cancer-specific health-related quality of life, anxiety, and depression in colorectal cancer survivors: a randomized controlled trial. *J Cancer Surviv.* 2020; 14(4): 424-433. doi:10.1007/s11764-020-00864-0.
12. Sharifa Ezat WP, Yang Rashidi A, Azimatun Noor A. Factors associated with the usage of health insurance among cancer patients in public hospitals in a middle-income country. *Med J Malaysia.* 2023; 78(3): 318-328.
13. Bùi Việt Hùng, Nguyễn Mạnh Hưng, Trần Ánh Vân, La Văn Trường. Đánh giá chất lượng cuộc sống của 66 bệnh nhân ung thư đại trực tràng đã có di căn xa bằng bộ câu hỏi QoL-C30. *Tạp Chí Học Quân Sự.* 2022; (361): 30-36.
14. Vũ Ngọc Sơn, Triệu Triều Dương, Phạm Văn Thương. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt trực tràng trước thắp và cắt cụt trực tràng đường bụng - tầng sinh môn điều trị ung thư trực tràng. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2022; 518(2). doi:10.51298/vmj.v518i2.3405.
15. Tong G, Zhang G, Liu J, et al. When do defecation function and quality of life recover for patients with non-ostomy and ostomy surgery

of rectal cancer?. *BMC Surg.* 2020; 20(1): 57. Published 2020 Mar 30. doi:10.1186/s12893-020-00719-6.

16. Marchewczyk P, Costeira B, da Silva FB, et al. Quality of life outcomes in colorectal cancer survivors: insights from an observational study at a tertiary cancer center. *Qual Life Res.* 2025; 34(5): 1501-1514. doi:10.1007/s11136-025-03918-x.

17. Ramasubbu SK, Pasricha RK, Nath UK, Rawat VS, Das B. Quality of life and factors affecting it in adult cancer patients undergoing cancer chemotherapy in a tertiary care hospital. *Cancer Rep (Hoboken).* 2021; 4(2): e1312. doi:10.1002/cnr2.1312.

18. Arraras JL, Nolte S, Liegl G, et al. General Spanish population normative data analysis for the EORTC QLQ-C30 by sex, age, and health

condition. *Health Qual Life Outcomes.* 2021; 19(1): 208. Published 2021 Aug 30. doi:10.1186/s12955-021-01820-x.

19. Flórez JES, Zapata JL, Duarte MCP, et al. Factors Associated With Quality of Life Among Colorectal Cancer Patients: Cross-Sectional Study. *Cancer Control.* 2024; 31: 10732748241302915. doi:10.1177/10732748241302915.

20. Akhondi-Meybodi M, Akhondi-Meybodi S, Vakili M, Javaheri Z. Quality of life in patients with colorectal cancer in Iran. *Arab J Gastroenterol.* 2016; 17(3): 127-130. doi:10.1016/j.ajg.2016.06.001.

21. Sadighi Sanambar. "Properties of the Iranian version of colorectal cancer specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-CR29)." *Ann Oncol.* 2017; Volume 28 (Supplement 3).

Summary

QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS OF COLORECTAL CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY AT E HOSPITAL

A cross-sectional descriptive study was conducted from September 2024 to September 2025 to describe the quality of life and to assess factors related to the quality of life of colorectal cancer patients undergoing chemotherapy at E Hospital. The quality of life of colorectal cancer patients is at an average level of 56.87 ± 15.04 points. The study shows a statistically significant difference in quality of life according to the QLQ-C30 scale. In which, the functional scale score has a statistically significant difference with the level of education; the higher the level of education, the higher the functional score, which positively affects the quality of life. The symptom scale score has a statistically significant difference with the age group; people over 65 years old has a higher symptom score, which negatively affects the quality of life. The mean score (Global Health Status) did not show statistically significant differences among age groups, gender, BMI, occupation, education level, disease stage, and number of chemotherapy cycles. We recommend to increase interventions to improve the quality of life of colorectal cancer patients undergoing chemotherapy.

Keywords: Quality of life, colorectal cancer, EORTC QLQ C-30 score, QLQ-CR29 score.