

# CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Trịnh Thị Hiểu<sup>1,✉</sup>, Đinh Văn Lượng<sup>1,2</sup>  
Nguyễn Quốc Tuấn<sup>2</sup>, Nguyễn Phương Hoa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả chất lượng cuộc sống và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2025. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 70 người bệnh ung thư phổi nguyên phát có chỉ định và được phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 5 - 9/2025. Bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống tại thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng. Độ tuổi trung bình của người bệnh là  $59,2 \pm 9,8$  tuổi, 57,1% là nữ giới. Đa số người bệnh có chỉ định phẫu thuật được chẩn đoán ung thư giai đoạn I theo TNM (72,9%). Điểm trung bình chất lượng cuộc sống là  $82,60 \pm 9,78$ . Phân tích hồi quy đa biến cho thấy tuổi cao ( $\beta = -0,289$ ), sống một mình ( $\beta = -7,144$ ) và giai đoạn ung thư II, III ( $\beta = -5,308$ ) là các yếu tố có liên quan làm giảm chất lượng cuộc sống. Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi sau 6 tháng phẫu thuật ở mức khả quan. Nhóm người bệnh lớn tuổi, sống một mình, ở giai đoạn ung thư II, III là nhóm đối tượng có nguy cơ giảm chất lượng cuộc sống.

**Từ khóa:** Ung thư phổi, chất lượng cuộc sống, sau phẫu thuật.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mắc và tử vong do ung thư trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, UTP đứng hàng thứ ba về tỷ lệ mắc mới và thứ hai về tử vong do ung thư.<sup>1</sup>

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, chất lượng cuộc sống (CLCS) là “nhận thức của cá nhân về vị trí của họ trong cuộc sống trong bối cảnh văn hóa và hệ giá trị mà họ đang sống”.<sup>2</sup> Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của mô hình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, CLCS đã trở thành một chỉ số quan trọng trong đánh giá kết quả điều trị bên cạnh các chỉ số lâm sàng truyền thống như thời gian sống

thêm hoặc tỷ lệ tái phát.

Hiện nay, điều trị UTP là một quá trình đa mô thức bao gồm nhiều phương pháp khác nhau như phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, điều trị đích và miễn dịch. Trong đó, phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn chủ yếu, giúp loại bỏ khối u, kiểm soát triệu chứng và kéo dài thời gian sống thêm.<sup>3</sup> Tuy nhiên, người bệnh sau phẫu thuật vẫn có thể phải đối mặt với nhiều hậu quả kéo dài như suy giảm chức năng hô hấp, đau mạn tính thành ngực, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, lo âu và trầm cảm.<sup>4</sup> Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy CLCS của người bệnh UTP thường giảm đáng kể trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật, đặc biệt ở các khía cạnh thể chất và vai trò. Các yếu tố như tuổi cao, giai đoạn bệnh tiến triển, bệnh đồng mắc và biến chứng sau mổ được ghi nhận có liên quan đến CLCS thấp hơn.<sup>5,6</sup>

Tại Việt Nam, mặc dù đã có một số nghiên

Tác giả liên hệ: Trịnh Thị Hiểu

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: trinththihieuhmu@gmail.com

Ngày nhận: 10/03/2026

Ngày được chấp nhận: 09/04/2026

cứu về CLCS ở người bệnh ung thư phổi, tuy nhiên các nghiên cứu tập trung vào nhóm đối tượng sau phẫu thuật trong giai đoạn hồi phục trung hạn vẫn cần được đánh giá và mở rộng hơn nữa. Việc đánh giá này không chỉ giúp phản ánh kết quả phẫu thuật mà còn là cơ sở quan trọng để xây dựng mô hình chăm sóc toàn diện, hỗ trợ phục hồi chức năng và tâm lý cho người bệnh sau khi xuất viện. Bệnh viện Phổi Trung ương là cơ sở chuyên khoa đầu ngành trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý hô hấp, mỗi năm thực hiện hàng trăm ca phẫu thuật nội soi điều trị UTP. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu đánh giá toàn diện CLCS của người bệnh sau phẫu thuật tại cơ sở này. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: (1) Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2025; và (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Người bệnh UTP nguyên phát không tế bào nhỏ được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại Trung tâm Ghép phổi, Bệnh viện Phổi Trung ương.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Người bệnh còn sống sau phẫu thuật 6 tháng.
- Người bệnh đồng ý tham gia phỏng vấn.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

Người bệnh không tham gia phỏng vấn được: người bệnh có bệnh lý tâm thần, rối loạn hành vi tâm thần, sa sút trí tuệ, có các vấn đề về thính giác hoặc giao tiếp làm ảnh hưởng đến việc trả lời phỏng vấn.

### 2. Phương pháp

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

### **Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Ghép phổi, Bệnh viện Phổi Trung ương. Thời gian thu thập số liệu từ tháng 5/2025 đến tháng 2/2026.

### **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng giá trị trung bình trong nghiên cứu cắt ngang:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{\sigma^2}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu cần thiết.

$\sigma = 15,2$ : Độ lệch chuẩn của tổng điểm CLCS sau phẫu thuật (Theo nghiên cứu của Pompili).<sup>7</sup>

d: Sai số cho phép,  $d = 4$ .

$Z_{1-\alpha/2}$ : điểm Z tương ứng với mức tin cậy ứng với giá trị  $\alpha = 0,05$  là 1,96.

Cỡ mẫu tính được là 56 người bệnh. Cộng thêm 10% dự phòng cho các trường hợp từ chối tham gia hoặc thiếu dữ liệu, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 62 người bệnh. Trên thực tế, trong nghiên cứu này, chúng tôi lấy được 70 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

### **Thu thập số liệu**

Số liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ câu hỏi cấu trúc và hỏi cứu hồ sơ bệnh án để thu thập các đặc điểm lâm sàng, phẫu thuật.

CLCS được đánh giá bằng bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30, một công cụ chuẩn hoá quốc tế được phát triển bởi Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung thư Châu Âu.<sup>8</sup> Đây là bộ câu hỏi có độ tin cậy và tính giá trị cao, đã được chuẩn hoá về mặt ngôn ngữ và văn hoá thông qua quy trình dịch thuật sang tiếng Việt và sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu lâm sàng tại Việt Nam. Cấu trúc bộ câu hỏi gồm 30 câu, đánh giá 5 thang chức năng (thể chất, vai trò, cảm xúc, nhận thức, xã hội), 3 thang triệu chứng

(mệt mỏi, đau, buồn nôn/nôn), thang sức khỏe tổng thể và 6 triệu chứng đơn lẻ. Các câu hỏi được chấm điểm theo thang Likert 4 mức (1–4) đối với các mục chức năng và triệu chứng, và thang 7 mức (1–7) đối với câu hỏi về sức khỏe tổng thể. Bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 được sử dụng rộng rãi để đánh giá CLCS trên nhiều nhóm bệnh nhân ung thư khác nhau như ung thư dạ dày, ung thư phổi, ung thư vú...

#### **Biến số và chỉ số nghiên cứu**

- *Biến phụ thuộc*: Điểm CLCS (EORTC QLQ-C30).

- *Biến độc lập*:

Đặc điểm nhân khẩu học – xã hội: Tuổi, giới, tình trạng cư trú, khu vực sống, thu nhập hộ gia đình, trình độ học vấn, nghề nghiệp.

Đặc điểm lâm sàng: Tình trạng hút thuốc, bệnh đồng mắc, chức năng hô hấp.

Đặc điểm bệnh và điều trị: Giai đoạn ung thư, phương pháp phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật, phương pháp điều trị sau phẫu thuật.

#### **Phân tích số liệu**

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm EpiData và phân tích bằng SPSS phiên bản 26.0.

Điểm số được tính theo hướng dẫn của EORTC QLQ-C30 Scoring Manual.<sup>8</sup>

Trước hết, điểm thô (Raw Score – RS) được tính bằng trung bình cộng của các câu hỏi trong

mỗi thang đo. Sau đó điểm được chuẩn hóa về thang điểm từ 0 đến 100. Đối với thang chức năng và CLCS tổng quát: điểm cao hơn biểu thị chức năng hoặc CLCS tốt hơn. Đối với thang triệu chứng: điểm cao hơn biểu thị mức độ triệu chứng nặng hơn. Điểm tổng CLCS được tính toán dựa trên giá trị trung bình của 13 trên tổng số 15 thang đo thành phần (ngoại trừ thang điểm Sức khỏe chung/CLCS và thang điểm Khó khăn tài chính).

Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày đặc điểm đối tượng nghiên cứu dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn hoặc trung vị (IQR) đối với biến liên tục, và tần số, tỷ lệ phần trăm đối với biến phân loại. So sánh giữa hai nhóm được thực hiện bằng Mann–Whitney U test đối với biến không phân phối chuẩn.

Phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến và đa biến được sử dụng để xác định một số yếu tố liên quan đến CLCS. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi  $p < 0,05$ .

### **3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu đã được Ban Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương chấp thuận. Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều được giải thích mục tiêu nghiên cứu và ký cam kết đồng ý tham gia. Thông tin của người bệnh được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## **III. KẾT QUẢ**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

	<b>Chỉ số</b>	<b>Số lượng (n = 70)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<i>Nhóm tuổi</i>	< 60 tuổi	35	50,0
	≥ 60 tuổi	35	50,0
	Trung bình tuổi ( $\bar{x} \pm SD$ )	59,2 $\pm$ 9,8	
<i>Giới</i>	Nam	30	42,9
	Nữ	40	57,1
<i>Tình trạng cư trú</i>	Sống một mình	10	14,3
	Sống với gia đình	60	85,7

	Chỉ số	Số lượng (n = 70)	Tỷ lệ (%)
<i>Tổng thu nhập hộ gia đình</i>	< 10 triệu	42	60,0
	≥ 10 triệu	28	40,0
<i>Khu vực sống</i>	Nông thôn	51	72,9
	Thành thị	19	27,1
<i>Nghề nghiệp</i>	Hưu trí	24	34,3
	Công nhân – Viên chức	13	18,6
	Khác	33	47,1
<i>Trình độ học vấn</i>	Tiểu học	5	7,2
	THCS	40	57,1
	THPT	17	24,3
	Trên THPT	8	11,4
<i>Tiền sử hút thuốc lá</i>	Có	26	37,1
	Không	44	62,9
<i>Đo chức năng hô hấp</i>	Bình thường	52	74,3
	Có rối loạn thông khí	18	25,7
<i>Giai đoạn ung thư</i>	I	51	72,9
	II, III	19	27,1

Trong tổng số 70 người bệnh tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình là  $59,2 \pm 9,8$  (nhóm  $\geq 60$  tuổi chiếm 50%). Tỷ lệ nữ giới (57,1%) cao hơn nam giới (42,9%). Đa số người bệnh sống cùng gia đình (85,7%), có thu nhập hộ gia đình dưới 10 triệu đồng/tháng (60%) và sống tại khu vực nông thôn (72,9%). Về trình độ học vấn, phần

lớn người bệnh có trình độ trung học cơ sở (57,1%). Tỷ lệ người bệnh có tiền sử hút thuốc lá chiếm 37,1%. Kết quả đo chức năng hô hấp cho thấy 74,3% người bệnh có chức năng hô hấp bình thường. Phần lớn đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán ở giai đoạn ung thư I theo phân loại TNM (72,9%).

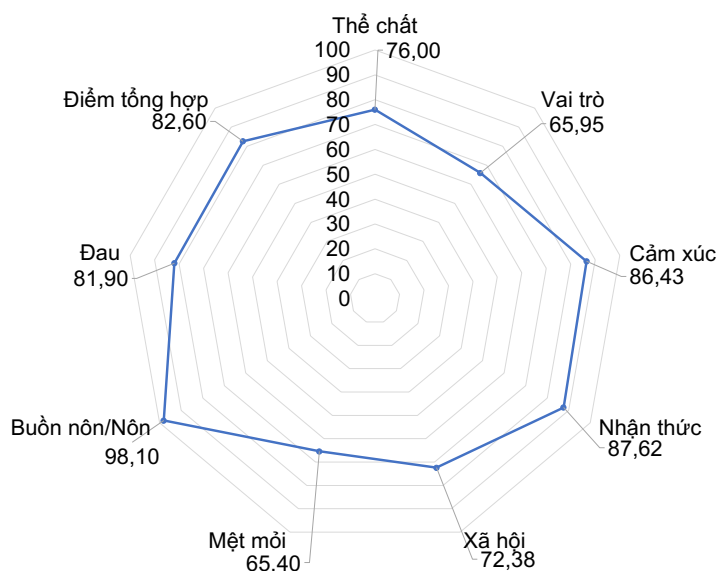
**Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu**

	Chỉ số	Số lượng (n = 70)	Tỷ lệ (%)
<i>Phương pháp phẫu thuật</i>	Cắt một thùy phổi	59	84,3
	Cắt phân thùy, cắt hình chêm	11	15,7
<i>Thời gian điều trị sau mổ</i>		$9,04 \pm 3,82$ ngày	

	Chỉ số	Số lượng (n = 70)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng sau phẫu thuật	Có	20	28,6
	Không	50	71,4
Phương pháp điều trị sau phẫu thuật	Hoá trị	56	80,0
	Hoá trị + Miễn dịch/Đích	11	15,7
	Theo dõi định kì	3	4,3

Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt thùy phổi (84,3%). Thời gian điều trị sau phẫu thuật trung bình  $9,04 \pm 3,82$  ngày. Biến chứng sau phẫu thuật được ghi nhận ở 28,6% người

bệnh. Hóa trị đơn độc là phương pháp điều trị sau phẫu thuật được áp dụng phổ biến nhất (80,0%).



**Biểu đồ 1. CLCS theo các thang đo chức năng, triệu chứng và điểm tổng hợp**

Biểu đồ 1 cho thấy CLCS khía cạnh chức năng nhận thức đạt điểm cao nhất (87,62 điểm), tiếp theo là chức năng cảm xúc (86,43 điểm) và chức năng thể chất (76,00 điểm). Chức năng xã hội đạt 72,38 điểm, trong khi chức năng vai trò có điểm thấp nhất (65,95 điểm).

Điểm CLCS ở khía cạnh triệu chứng cho thấy mệt mỏi là triệu chứng thường gặp sau phẫu thuật (65,40 điểm). Điểm triệu chứng đau đạt 81,90. Buồn nôn và nôn có điểm 98,10, hai triệu chứng này ít gặp ở nhóm đối tượng nghiên cứu. Điểm tổng CLCS ở mức khá, đạt 82,60 điểm.

**Bảng 3. Phân tích hồi quy đơn biến về một số yếu tố liên quan đến CLCS sau phẫu thuật**

	$\beta$	95%CI	p
Tuổi	-0,322	(-0,550; -0,094)	0,006
Giới	-2,720	(-7,42; 1,981)	0,252

	$\beta$	95%CI	p
Tình trạng cư trú	-7,294	(-0,818; -13,770)	0,028
Thu nhập	3,899	(-0,802; 8,599)	0,103
Khu vực sống	0,521	(-4,759; 5,802)	0,844
Hút thuốc lá	-1,800	(-6,641; 3,042)	0,461
Rối loạn thông khí	0,190	(-5,184; 5,565)	0,944
Giai đoạn ung thư (TNM)	-4,307	(-9,485; 0,871)	0,102
Loại phẫu thuật	0,628	(-5,824; 7,080)	0,847
Biến chứng sau phẫu thuật	-4,801	(-9,869; 0,267)	0,063

Kết quả phân tích hồi quy đơn biến cho thấy tuổi và tình trạng cư trú có liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm CLCS sau phẫu thuật. Tuổi càng cao thì điểm CLCS càng thấp ( $b = -0,322$ ), Người bệnh sống một mình có điểm

CLCS thấp hơn so với người sống cùng gia đình ( $\beta = -7,294$ ). Các yếu tố khác như giới, thu nhập, khu vực sống, tiền sử hút thuốc lá, rối loạn thông khí... chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm CLCS ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 4. Phân tích hồi quy đa biến về một số yếu tố liên quan đến CLCS sau phẫu thuật**

	$\beta$	95%CI	p	VIF
Tuổi	-0,289	(-0,521; -0,056)	0,016	1,157
Tình trạng cư trú	-7,144	(-0,795; -13,493)	0,028	1,113
Thu nhập	0,389	(-4,331; 5,109)	0,870	1,206
Giai đoạn ung thư (TNM)	-5,308	(-10,318; -0,298)	0,038	1,119
Biến chứng sau phẫu thuật	-3,053	(-8,037; 1,931)	0,226	1,143

\* $R^2 = 0,245$

Kết quả mô hình phân tích đa biến ở bảng 4 cho thấy tuổi cao, tình trạng cư trú: sống độc thân, giai đoạn ung thư II, III là các yếu tố có liên quan làm giảm điểm CLCS ở nhóm người bệnh sau phẫu thuật ( $p < 0,05$ ). Các yếu tố khác như thu nhập, biến chứng sau phẫu thuật chưa ghi nhận được có mối liên quan với điểm CLCS trong mô hình này ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 70 người bệnh, tuổi trung bình của người bệnh là  $59,2 \pm 9,8$ . Kết quả này thấp hơn đáng kể so với một số báo cáo tại các nước phương Tây và

Nhật Bản, nghiên cứu của Marzorati (66,7 tuổi), Kadomatsu (71,0 tuổi) và Pompili (trung vị 68,9 tuổi).<sup>5-7</sup> Sự khác biệt này phản ánh đặc điểm dịch tễ ung thư phổi tại Việt Nam, nơi người bệnh có xu hướng được chẩn đoán ở độ tuổi trẻ hơn so với các nước phương Tây. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ người bệnh nữ giới được phát hiện ung thư giai đoạn sớm còn chỉ định phẫu thuật chiếm ưu thế (57,1%) tương đối phù hợp với một số nghiên cứu gần đây.<sup>4,7</sup> Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu được chẩn đoán ở giai đoạn ung thư I sau phẫu thuật (72,9%). Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Kadomatsu (69,9%) và Jiang (67,3% - 80,6%),

phản ánh hiệu quả của công tác tầm soát, phát hiện sớm UTP và can thiệp phẫu thuật kịp thời tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

Về phương pháp điều trị, cắt thùy phổi là kỹ thuật được áp dụng chủ yếu (84,3%), vẫn là phương pháp phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị UTP không tế bào nhỏ giai đoạn sớm. Ngoài ra, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật trong nghiên cứu là 28,6%, tương đối thấp so với các nghiên cứu trước đây của Marzorati (33,5%) và Ichimura (31%).<sup>6,9</sup> Những đặc điểm này cho thấy nhóm đối tượng nghiên cứu có đặc điểm lâm sàng tương đối điển hình của người bệnh UTP được điều trị bằng phẫu thuật, tạo cơ sở phù hợp để đánh giá CLCS sau phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các chỉ số thang đo chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh sau phẫu thuật UTP phù hợp với xu hướng phục hồi được ghi nhận trong nghiên cứu khác. Điểm chức năng thể chất (76,00 điểm), nhận thức (87,62 điểm), mệt mỏi (65,40 điểm) tương tự các báo cáo của Marzorati, Ichimura và Pompili.<sup>5-7,9</sup> Đặc biệt, các triệu chứng khó chịu như buồn nôn và nôn (98,10 điểm), mức độ đau (81,9 điểm) được kiểm soát hiệu quả. Đa số người bệnh chỉ ghi nhận cảm giác đau nhẹ khi vận động mạnh hoặc thay đổi thời tiết. Tuy nhiên, sự suy giảm ở thang đo vai trò (65,95 điểm) và thang đo xã hội (72,38 điểm) so với các nghiên cứu của Kadomatsu và Pompili cho thấy người bệnh vẫn cần thêm thời gian và hỗ trợ để phục hồi hoàn toàn khả năng lao động và tham gia các hoạt động xã hội.<sup>5,7</sup> Trong bối cảnh văn hóa gia đình tại Việt Nam, phần lớn người bệnh sau phẫu thuật UTP nhận được sự chăm sóc và hỗ trợ tích cực từ các thành viên trong gia đình, giúp họ có điều kiện nghỉ ngơi và phục hồi sức khỏe trong giai đoạn hậu phẫu.

Sự cải thiện ở các thang chức năng cùng với gánh nặng triệu chứng ở mức tương đối thấp góp phần phản ánh mức điểm tổng hợp CLCS tương đối tốt của người bệnh sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm tổng hợp CLCS đạt  $82,60 \pm 9,78$  được sử dụng làm chỉ số so sánh chính, do chỉ số này phản ánh toàn diện hơn các khía cạnh chức năng và triệu chứng của người bệnh, đồng thời được cho là nhạy hơn so với thang điểm CLCS chung. Giá trị này cao hơn mức trung vị CLCS sau phẫu thuật 3 tháng trong nghiên cứu của Pompili là 76,6 (IQR 63,7 - 87,7). Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành 6 tháng sau phẫu thuật, trong khi nhóm người bệnh của Pompili có độ tuổi trung bình cao hơn (68,9 tuổi) và có tới 8,6% người bệnh phải phẫu thuật cắt toàn bộ một bên phổi do ung thư.<sup>7</sup> Trong phân tích cơ sở dữ liệu PROFILES của tác giả Doris, điểm tổng hợp CLCS dao động quanh mức 80 điểm sau phẫu thuật 3 tháng và tăng dần lên 85 điểm tại sau 1 năm.<sup>10</sup> Kết quả 82,60 điểm tại thời điểm 6 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là hoàn toàn phù hợp với biểu đồ phục hồi tuyến tính này, phản ánh xu hướng ổn định dần về cả thể chất lẫn tâm lý của người bệnh trong giai đoạn hậu phẫu trung hạn tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi xác định tuổi là một yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đối với điểm tổng hợp CLCS: khi tuổi càng cao, điểm CLCS sau phẫu thuật có xu hướng càng giảm. Phát hiện này tương đồng với nhận định của một số nghiên cứu quốc tế cho rằng người bệnh lớn tuổi thường trải qua sự sụt giảm CLCS lớn hơn trong giai đoạn hậu phẫu do sự suy giảm dự trữ cơ năng và khả năng phục hồi sinh lý chậm hơn.<sup>7</sup> Tuy nhiên, cần lưu ý rằng gánh nặng tâm lý ở người trẻ đôi khi nặng nề hơn do áp lực về tài chính và kỳ vọng trở lại làm việc trong giai đoạn hậu phẫu.<sup>6,11</sup> Tình trạng cư trú được ghi nhận là yếu tố có ảnh hưởng mạnh nhất đến CLCS của người bệnh trong nghiên cứu này. Những người bệnh sống một mình có điểm CLCS thấp hơn trung bình 7,144 điểm so với nhóm sống cùng gia đình. Kết quả này cũng có quan điểm cho rằng hỗ trợ xã hội mạnh mẽ

là nhân tố quan trọng giúp cải thiện điểm số ở tất cả các thang đo CLCS.<sup>9,12</sup> Trong văn hóa Việt Nam, gia đình không chỉ là nguồn hỗ trợ tài chính mà còn là chỗ dựa tinh thần thiết yếu, giúp người bệnh nâng cao khả năng phục hồi và duy trì niềm hy vọng. Ngược lại, việc sống một mình sau một cuộc đại phẫu như cắt thùy phổi tạo ra rào cản lớn trong việc thực hiện các chức năng vai trò và xã hội, làm tăng nguy cơ giảm CLCS.

Giai đoạn ung thư theo TNM là yếu tố dự báo quan trọng tiếp theo ảnh hưởng đến sự biến thiên của CLCS. Điều này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy người bệnh giai đoạn ung thư II, III có nguy cơ gặp phải sự sụt giảm CLCS nghiêm trọng cao gấp 2,4 lần do gánh nặng triệu chứng phức tạp và các can thiệp hỗ trợ đi kèm.<sup>10</sup> Phân tích đơn biến cũng cho thấy giai đoạn ung thư ảnh hưởng đáng kể đến CLCS tại thời điểm 3 tháng hậu phẫu, đặc biệt là các triệu chứng liên quan đến hô hấp.<sup>4</sup> Việc phát hiện sớm và can thiệp ở giai đoạn ung thư I (chiếm 72,9% trong mẫu nghiên cứu) không chỉ có ý nghĩa về mặt tiên lượng sống còn mà còn giúp bảo tồn tối đa chất lượng sống cho người bệnh sau phẫu thuật. Mô hình hồi quy đa biến bao gồm tuổi, tình trạng cư trú và giai đoạn ung thư giải thích được 24,5% sự biến thiên của điểm CLCS sau phẫu thuật. Kết quả này cho thấy việc cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật không chỉ phụ thuộc vào phác đồ điều trị đa mô thức, mà còn đòi hỏi chiến lược chăm sóc toàn diện hơn bao gồm hỗ trợ tâm lý – xã hội, môi trường sống. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một số hạn chế như: Cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ chưa thể phản ánh tổng thể về CLCS của toàn bộ quần thể người bệnh UTP sau phẫu thuật tại Việt Nam, thiết kế nghiên cứu cắt ngang chưa thể theo dõi sự biến thiên của các chỉ số CLCS, sai số nhớ lại. Mặc dù còn tồn tại những hạn chế nêu trên, nghiên cứu này vẫn cung cấp những bằng chứng thực tiễn quan trọng về thực trạng CLCS sau phẫu thuật

và xác định nhóm đối tượng có nguy cơ giảm CLCS.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy điểm trung bình CLCS của người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật 6 tháng là  $82,60 \pm 9,78$ . Một số yếu tố như tuổi cao, sống một mình, giai đoạn ung thư II, III làm giảm điểm CLCS của người bệnh sau phẫu thuật ung thư phổi. Cần triển khai các chương trình phục hồi chức năng và hỗ trợ tâm lý cá nhân hóa, trong đó ưu tiên nhóm người bệnh cao tuổi và giai đoạn ung thư II, III để hạn chế sự sụt giảm CLCS sau mổ. Đồng thời, bệnh viện và gia đình cần phối hợp chặt chẽ nhằm xây dựng mạng lưới hỗ trợ xã hội vững chắc, giúp đỡ nhóm người bệnh sống một mình sớm tái hòa nhập cộng đồng và nâng cao hiệu quả phục hồi sức khỏe.

## 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: A Cancer Journal for Clinicians*. 2024;74(3):229-263. doi:<https://doi.org/10.3322/caac.21834>
2. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 1995/11/01/1995;41(10):1403-1409. doi:[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
3. Riely GJ, Wood DE, Ettinger DS, et al. Non-Small Cell Lung Cancer, Version 4.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. May 2024;22(4):249-274. doi:10.6004/jnccn.2204.0023
4. Jiang S, Wang B, Zhang M, et al. Quality of life after lung cancer surgery: sublobar resection versus lobectomy. *BMC Surgery*. 8 2023;23(1):353. doi:10.1186/s12893-023-02259-1

5. Kadomatsu Y, Oga T, Ota A, et al. Analysis of the changes in health-related quality of life and employment status after surgery in patients with lung cancer: a single-center longitudinal study. *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2025;doi:10.1007/s11748-025-02144-z
6. Marzorati C, Mazzocco K, Monzani D, et al. One-Year Quality of Life Trends in Early-Stage Lung Cancer Patients After Lobectomy. Original Research. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:2020. doi:10.3389/fpsyg.2020.534428
7. Pompili C, Koller M, Velikova G, et al. EORTC QLQ-C30 summary score reliably detects changes in QoL three months after anatomic lung resection for Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC). *Lung Cancer*. 2018;123:149-154. doi:https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2018.07.021
8. Fayers PM, Aaronson N, Bjordal K. *EORTC QLQ-C30 scoring manual*. 2001:11.
9. Ichimura H, Kobayashi K, Gosho M, et al. Preoperative predictors of restoration in quality of life after surgery for lung cancer. *Thorac Cancer*. Mar 2021;12(6):835-844. doi:10.1111/1759-7714.13819
10. Doris C, Lafferty B, McCall P, et al. Defining the drivers of decline in quality of life after lung cancer resection: a secondary analysis of the PROFILES database. *British Journal of Anaesthesia*. 2022;128:e254-e255. doi:10.1016/j.bja.2021.12.027
11. Merlo A, Carlson R, Espey J, 3rd, et al. Postoperative Symptom Burden in Patients Undergoing Lung Cancer Surgery. *J Pain Symptom Manage*. Sep 2022;64(3):254-267. doi:10.1016/j.jpainsymman.2022.05.016
12. Février E, Yip R, Becker BJ, et al. Change in quality of life of stage IA lung cancer patients after sublobar resection and lobectomy. *Journal of Thoracic Disease*. 2020;12(7):3488-3499.

## Summary

### QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH LUNG CANCER AFTER SURGERY AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

The study was conducted to describe the quality of life (QoL) and identify several associated factors among patients with lung cancer after surgery at the National Lung Hospital in 2025. A cross-sectional descriptive study was conducted on 70 patients with primary lung cancer who underwent surgery at the National Lung Hospital from May to September 2025. The EORTC QLQ-C30 questionnaire was employed to assess QoL at 6 months post-operation. The mean age of participants was  $59.2 \pm 9.8$  years old, with the prevalence of females patients at 57.1%. The majority of surgical patients were diagnosed with TNM stage I lung cancer (72.9%). The mean EORTC QLQ-C30 Summary Score was  $82.60 \pm 9.78$ . Multiple regression analysis revealed that older age ( $\beta = -0.289$ ), living alone ( $\beta = -7.144$ ), and cancer stage II or III ( $\beta = -5.308$ ) were significant factors associated with diminished QoL. The QoL of patients with lung cancer remained relatively good six months after surgery. Older patients, patients living alone, and patients with stage II–III cancer were identified as groups at higher risk of reduced QoL.

**Keywords:** Lung cancer, quality of life, post-surgery.