

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG THEO PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP

Hồ Thị Kim Thanh, Đặng Thị Hồng Nhung và Đỗ Nguyên Vũ✉

Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm so sánh chất lượng cuộc sống và xác định một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp theo phương pháp điều trị. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 202 bệnh nhân đã phẫu thuật ≥ 6 tháng, tái khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 11/2020 đến tháng 10/2021. Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn bằng EORTC QLQ-C30; phân tích bằng so sánh nhóm và hồi quy tuyến tính đa biến. Người bệnh gồm 71 ca cắt thùy giáp, 48 ca cắt toàn bộ tuyến giáp và 83 ca cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I-131. Điểm chức năng trung bình lần lượt là $97,1 \pm 3,7$; $91,9 \pm 6,8$ và $83,7 \pm 6,8$. Điểm triệu chứng tương ứng là $3,3 \pm 3,1$; $6,1 \pm 3,2$ và $8,2 \pm 5,1$; khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Hồi quy đa biến cho thấy giới, tổn thương thần kinh thanh quản, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị, số lần điều trị I-131 và rối loạn chức năng tuyến giáp sau mổ có liên quan nghịch với điểm CLCS tổng thể.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến giáp, chất lượng cuộc sống, phương pháp điều trị, I-131.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp là một trong những ung thư nội tiết thường gặp và có xu hướng gia tăng trong nhiều năm gần đây. Nhờ sự phát triển của siêu âm tuyến giáp, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, bệnh ngày càng được phát hiện ở giai đoạn sớm hơn, đặc biệt ở nhóm ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa.¹ Khác với nhiều loại ung thư đầu cổ khác, phần lớn bệnh nhân ung thư tuyến giáp có tiên lượng tốt, tỷ lệ sống thêm cao và thời gian sống kéo dài sau điều trị.^{1,2} Chính vì vậy, bên cạnh hiệu quả kiểm soát bệnh, những vấn đề liên quan đến chức năng, thích nghi tâm lý và chất lượng cuộc sống ngày càng trở thành tiêu chí quan trọng trong đánh giá kết quả điều trị.³

Cùng với xu hướng điều trị cá thể hóa, phạm

vi phẫu thuật ung thư tuyến giáp hiện không còn áp dụng đồng nhất cho mọi người bệnh. Tùy theo kích thước khối u, tính chất mô bệnh học, tình trạng hạch, nguy cơ tái phát và đặc điểm từng bệnh nhân, bác sĩ có thể lựa chọn cắt thùy giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp điều trị iod phóng xạ I-131.¹ Mỗi chiến lược điều trị có ưu điểm và hạn chế riêng. Cắt thùy giáp giúp bảo tồn một phần nhu mô tuyến giáp, có thể giảm nhu cầu thay thế hormon và giảm nguy cơ một số biến chứng sau mổ; trong khi đó cắt toàn bộ tuyến giáp, đặc biệt khi phối hợp I-131, có lợi thế ở những trường hợp nguy cơ cao hơn nhưng lại có thể làm tăng gánh nặng điều trị và theo dõi lâu dài.^{1,4}

Trên thực tế lâm sàng, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau điều trị ung thư tuyến giáp chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Bên cạnh mức độ can thiệp phẫu thuật, người bệnh còn có thể bị tác động bởi rối loạn chức năng tuyến giáp sau mổ, nhu cầu dùng levothyroxin

Tác giả liên hệ: Đỗ Nguyên Vũ

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: donguyenvuhmu@gmail.com

Ngày nhận: 14/04/2026

Ngày được chấp nhận: 25/05/2026

kéo dài, thời gian ngừng hormon hoặc chuẩn bị trước điều trị I-131, cảm giác lo lắng về tái phát bệnh, thay đổi giọng nói, sẹo vùng cổ, rối loạn giấc ngủ và mệt mỏi kéo dài.^{2,4} Một số bệnh nhân dù được đánh giá là kiểm soát bệnh tốt vẫn than phiền về khó chịu thể chất hoặc tâm lý trong đời sống thường ngày.^{2,4} Điều đó cho thấy kết quả điều trị ung thư tuyến giáp không nên chỉ được nhìn nhận qua các chỉ số sống còn hay tái phát, mà cần được đánh giá toàn diện từ góc nhìn của chính người bệnh.³

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã ghi nhận chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp nhìn chung tốt hơn so với nhiều nhóm ung thư khác, nhưng không hoàn toàn trở về mức lý tưởng như ở dân số khỏe mạnh.^{2,4} Đáng chú ý, một số tác giả cho rằng sự khác biệt về phạm vi phẫu thuật và điều trị I-131 có thể tạo nên khác biệt có ý nghĩa về chất lượng cuộc sống, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân nguy cơ thấp hoặc trung bình, nơi lợi ích ung thư học cần được cân nhắc song song với ảnh hưởng chức năng lâu dài.^{4,6} Tại Việt Nam, dữ liệu về CLCS sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp, đặc biệt theo phương pháp điều trị, còn hạn chế. Việc đánh giá sự khác biệt CLCS giữa các nhóm điều trị có ý nghĩa thực tiễn trong tư vấn, lựa chọn chiến lược điều trị và theo dõi sau mổ. Từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: So sánh chất lượng cuộc sống theo phương pháp điều trị và xác định một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên 202 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến giáp, đã được phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp ít nhất 6 tháng, tái khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

từ tháng 11/2020 đến tháng 10/2021. Mốc ≥ 6 tháng được lựa chọn nhằm đánh giá CLCS sau khi người bệnh đã qua giai đoạn hồi phục sớm, các biến chứng tạm thời và tình trạng nội tiết sau phẫu thuật có xu hướng ổn định hơn

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến giáp; đã được phẫu thuật từ 6 tháng trở lên; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân tại thời điểm phát hiện bệnh đã có di căn xa hoặc có ung thư nguyên phát thứ hai; bệnh nhân suy kiệt hoặc không đủ khả năng hiểu và trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính nhằm mục đích ước tính điểm chất lượng cuộc sống chung của người bệnh sau điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp. Công thức tính cỡ mẫu ước tính một giá trị trung bình được sử dụng:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{S^2}{(\bar{X} \cdot \varepsilon)^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu cần có.

S: độ lệch chuẩn = 9 (lấy từ nghiên cứu của Jie Li với điểm tổng thể CLCS trung bình là 65 ± 9).⁶

$\bar{X}$: giá trị trung bình từ nghiên cứu của Jie Li.

ε : Mức sai lệch tương đối, chọn bằng 0,03.

α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn 0,05, nên $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Tính được cỡ mẫu tối thiểu là 80 bệnh nhân.

Qua quá trình thu thập số liệu từ 11/2020 đến 10/2021 chúng tôi chọn ra được 202 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn của nghiên cứu. Người bệnh được phân thành ba nhóm theo

phương pháp điều trị đã thực hiện, gồm: cắt thủy giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp điều trị I-131. Việc phân nhóm này nhằm mô tả và so sánh chất lượng cuộc sống theo phương pháp điều trị trong quần thể nghiên cứu, không phải là căn cứ ban đầu để tính cỡ mẫu. Do đó, cỡ mẫu của nghiên cứu được xác định dựa trên mục tiêu đánh giá chất lượng cuộc sống chung của bệnh nhân sau điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp.

Tất cả bệnh nhân tái khám trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia được mời vào nghiên cứu. Số liệu lâm sàng, mô bệnh học, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị, xét nghiệm và biến chứng sau mổ được thu thập từ hồ sơ bệnh án; CLCS được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp người bệnh theo bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30.

Các chỉ số dự đoán ảnh hưởng đến CLCS bao gồm: nhóm tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, khu vực sống, bệnh kèm theo, mô bệnh học, giai đoạn bệnh trước phẫu thuật, phương pháp điều trị, thời gian sau phẫu thuật, nồng độ hormon tuyến giáp, tổn thương dây thần kinh thanh quản. Tổn thương thần kinh thanh quản. Cơ năng: khàn tiếng hoặc khó thở thanh quản. Nội soi tai mũi họng: dây thanh hạn chế di động (so sánh với bên đối diện) hoặc cố định (một bên hay hai bên). Tổn thương được coi là tạm thời nếu các triệu chứng kéo dài < 6 tháng sau phẫu thuật và là vĩnh viễn nếu triệu chứng kéo dài $\geq$ 6 tháng sau phẫu thuật. I-131.

Giai đoạn bệnh được phân loại theo AJCC Cancer Staging Manual, 8th edition. Hướng chẩn đoán và điều trị ung thư tuyến giáp được tham chiếu theo hướng dẫn chuyên ngành hiện hành.¹

Đánh giá chất lượng cuộc sống

Chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 phiên bản 3.0 của

Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị ung thư châu Âu. Đây là công cụ đã được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu ung thư và có độ tin cậy tốt trong nhiều bối cảnh văn hóa khác nhau.

Bộ câu hỏi gồm 30 câu; trong đó 28 câu đầu sử dụng thang Likert 4 mức từ 1 đến 4, tương ứng “không”, “ít”, “nhiều”, “rất nhiều”; hai câu 29 và 30 đánh giá sức khỏe chung và CLCS chung sử dụng thang 7 mức từ 1 “rất kém” đến 7 “tuyệt vời”. Nếu tính điểm thô toàn bộ 30 câu, tổng điểm dao động từ 30 đến 126; tuy nhiên, theo hướng dẫn của EORTC, điểm được quy đổi riêng cho từng thang đo về thang 0–100. Bộ câu hỏi gồm 5 thang chức năng với 15 câu, 8 thang triệu chứng với 12 câu, 2 câu đánh giá CLCS chung và 1 câu về khó khăn tài chính. Điểm chức năng và CLCS chung càng cao phản ánh CLCS càng tốt; điểm triệu chứng và khó khăn tài chính càng cao phản ánh gánh nặng càng lớn. Điểm tóm tắt CLCS được tính từ 13 thang đo, không bao gồm CLCS chung và khó khăn tài chính; các thang triệu chứng được đảo chiều để thống nhất hướng diễn giải.³

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Excel 2010 và SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định tính chuẩn được thực hiện trước phân tích. So sánh giá trị trung bình giữa hai nhóm sử dụng t-test hoặc Mann-Whitney; so sánh giữa từ ba nhóm trở lên sử dụng ANOVA hoặc Kruskal-Wallis tùy theo phân phối của biến số. Phân tích hồi quy đa biến được sử dụng để đánh giá mối liên hệ của các yếu tố liên quan với sự giảm điểm CLCS. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt theo quyết định 2540/QĐ-ĐHYHN. Nghiên cứu được tiến

hành với sự chấp thuận của Ban lãnh đạo bệnh viện, Khoa Tai Mũi Họng, Khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ, Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Mọi thông tin thu thập từ bệnh nhân được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị của người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm 202 bệnh nhân, tuổi trung bình $43,65 \pm 12,09$; nhóm dưới 55 tuổi chiếm 78,7%. Nữ giới chiếm 86,1%. Mô bệnh học chủ yếu là thể nhú (95,5%). Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn I (85,6%). Về điều trị, 35,1% được cắt thủy giáp, 23,8% cắt toàn bộ tuyến giáp và 41,1% cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I-131.

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu theo phương pháp điều trị

	Đặc điểm	Cắt thủy giáp (n = 71) (%)	Cắt toàn bộ tuyến giáp (n = 48) (%)	Cắt toàn bộ tuyến giáp + I-131 (n = 83) (%)	Tổng (n = 202) (%)	Giá trị p
Tuổi	< 55	61 (85,9)	36 (75,0)	62 (74,7)	159 (78,7)	0,182
	≥ 55	10 (14,1)	12 (25,0)	21 (25,3)	43 (21,3)	
	Tuổi trung bình (năm)	$41,2 \pm 11,3$	$44,8 \pm 12,1$	$45,5 \pm 12,5$	$43,65 \pm 12,09$	0,072
Giới	Nữ	63 (88,7)	42 (87,5)	69 (83,1)	174 (86,1)	0,610
	Nam	8 (11,3)	6 (12,5)	14 (16,9)	28 (13,9)	
Mô bệnh học	Mô bệnh học thể nhú	68 (95,8)	46 (95,8)	79 (95,2)	193 (95,5)	1,000
	Mô bệnh học thể nang	3 (4,2)	2 (4,2)	4 (4,8)	9 (4,5)	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	68 (95,8)	41 (85,4)	64 (77,1)	173 (85,6)	0,008
	Giai đoạn II	3 (4,2)	7 (14,6)	16 (19,3)	26 (12,9)	
	Giai đoạn III	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (3,6)	3 (1,5)	

Nhóm cắt thủy giáp tập trung nhiều bệnh nhân giai đoạn I hơn, trong khi nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I-131 có tỷ lệ bệnh nhân lớn tuổi và giai đoạn II–III cao hơn.

Bảng 2. Đặc điểm sau điều trị của các nhóm điều trị

Đặc điểm	Cắt thủy giáp (n = 71) (%)	Cắt toàn bộ tuyến giáp (n = 48) (%)	Cắt toàn bộ tuyến giáp + I-131 (n = 83) (%)	Tổng (n = 202) (%)	Giá trị p
Tổn thương TK thanh quản					
Không	70 (98,6)	47 (97,9)	78 (94,0)	195 (96,5)	0,344
Có	1 (1,4)	1 (2,1)	5 (6,0)	7 (3,5)	
Số lần phẫu thuật					
1 lần	70 (98,6)	47 (97,9)	72 (86,7)	189 (93,6)	0,020
2 lần	1 (1,4)	1 (2,1)	9 (10,8)	11 (5,4)	
3 lần	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,4)	2 (1,0)	
Số lần điều trị I-131					
0 lần	71 (100,0)	48 (100,0)	0 (0,0)	119 (58,9)	< 0,001
1 lần	0 (0,0)	0 (0,0)	61 (73,5)	61 (30,2)	
2 lần	0 (0,0)	0 (0,0)	18 (21,7)	18 (8,9)	
3 lần	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (4,8)	4 (2,0)	
Chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật					
Bình giáp	67 (94,4)	41 (85,4)	63 (75,9)	171 (84,7)	0,003
Nhiễm độc giáp	1 (1,4)	4 (8,3)	16 (19,3)	21 (10,4)	
Suy giáp	3 (4,2)	3 (6,3)	4 (4,8)	10 (5,0)	
Thời gian sau phẫu thuật					
6 - 12 tháng	39 (54,9)	32 (66,7)	33 (39,8)	104 (51,5)	0,008
> 12 tháng	32 (45,1)	16 (33,3)	50 (60,2)	98 (48,5)	

Nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I-131 có nhiều yếu tố bất lợi sau điều trị hơn, gồm tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản, phẫu thuật lại, rối loạn chức năng tuyến giáp và gánh nặng I-131 tích lũy.

Bảng 3. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật UTTG theo phương pháp điều trị

Chỉ số	Cắt thủy giáp (n = 71)	Cắt toàn bộ tuyến giáp (n = 48)	Cắt toàn bộ tuyến giáp + I-131 (n = 83)	Chung (n = 202)	Giá trị p
Hoạt động thể lực	97,6 ± 3,8	96,4 ± 5,2	93,4 ± 7,1	95,57 ± 6,27	< 0,001

Chi số	Cắt thủy giáp (n = 71)	Cắt toàn bộ tuyến giáp (n = 48)	Cắt toàn bộ tuyến giáp + I-131 (n = 83)	Chung (n = 202)	Giá trị p
Vai trò xã hội	89,3 ± 12,4	85,3 ± 15,1	79,4 ± 18,8	84,26 ± 16,84	0,001
Tâm lý cảm xúc	92,3 ± 7,0	89,3 ± 8,6	84,1 ± 10,8	88,33 ± 9,46	< 0,001
Khả năng nhận thức	93,8 ± 8,1	91,3 ± 9,5	88,0 ± 12,0	90,80 ± 10,68	0,002
Hòa nhập xã hội	88,7 ± 12,9	83,7 ± 15,3	76,8 ± 18,9	82,67 ± 16,98	< 0,001
Mệt mỏi	19,7 ± 11,8	24,7 ± 14,2	33,8 ± 17,1	26,67 ± 15,39	< 0,001
Mất ngủ	7,8 ± 15,9	11,8 ± 19,2	17,5 ± 24,0	12,80 ± 21,07	0,013
Đau	0,6 ± 3,2	1,0 ± 5,1	2,1 ± 7,7	1,33 ± 5,83	0,262
Khó thở	0,6 ± 4,0	1,0 ± 6,1	2,1 ± 9,2	1,33 ± 7,80	0,394
Buồn nôn - nôn	0,4 ± 2,1	0,6 ± 3,0	1,0 ± 4,9	0,67 ± 3,90	0,591
Chán ăn	1,9 ± 7,6	3,1 ± 10,0	5,1 ± 13,0	3,46 ± 11,06	0,173
Tiêu chảy	0,6 ± 3,4	1,0 ± 5,0	2,1 ± 8,0	1,33 ± 6,55	0,284
Táo bón	0,6 ± 3,3	0,9 ± 4,7	1,6 ± 7,2	1,06 ± 5,89	0,516
Khó khăn tài chính	0,6 ± 4,1	1,0 ± 6,0	2,1 ± 9,0	1,33 ± 7,80	0,383
CLCS chung	76,0 ± 9,0	70,0 ± 10,3	63,9 ± 12,1	69,60 ± 11,01	< 0,001
Điểm tóm tắt CLCS	97,1 ± 3,7	91,9 ± 6,8	83,7 ± 6,8	91,76 ± 6,30	< 0,001

Nhóm cắt thủy giáp có chất lượng cuộc sống tốt nhất ở hầu hết các khía cạnh, với điểm chức năng cao hơn và điểm triệu chứng thấp hơn so với hai nhóm còn lại.

Bảng 4. Mối liên quan giữa các đặc điểm bệnh sau phẫu thuật với các chỉ số CLCS

Đặc điểm		Điểm chỉ số chức năng		Điểm chỉ số triệu chứng	
		$\bar{X} \pm SD$	p	$\bar{X} \pm SD$	p
Phương pháp điều trị	Cắt thủy giáp	97,1 ± 3,7	< 0,001	3,3 ± 3,1	< 0,001
	Cắt TBTG	91,9 ± 6,8		6,1 ± 3,2	
	Cắt TBTG+ I-131	83,7 ± 6,8		8,2 ± 5,1	
Tổn thương TK thanh quản	Không	90,6 ± 8,3	0,010	5,7 ± 4,3	0,042
	có	82,3 ± 6,2		12,6 ± 7,1	
Số lần phẫu thuật	1	91,0 ± 8,1	< 0,001	5,9 ± 4,7	0,335
	2	81,5 ± 4,9		6,7 ± 3,1	
	3	74,8 ± 4,4		10,4 ± 0,9	

Đặc điểm	Điểm chỉ số chức năng		Điểm chỉ số triệu chứng	
	$\bar{X} \pm SD$	p	$\bar{X} \pm SD$	p
Số lần điều trị I-131	0	95,6 $\pm$ 4,6	4,3 $\pm$ 3,3	< 0,001
	1	84,5 $\pm$ 6,4	7,4 $\pm$ 4,8	
	2	81,6 $\pm$ 7,8	9,2 $\pm$ 4,2	
	3	74,1 $\pm$ 4,3	15,6 $\pm$ 7,7	
Chức năng tuyến giáp	Bình giáp	92,1 $\pm$ 7,2	5,0 $\pm$ 3,5	< 0,001
	Nhiễm độc giáp hoặc suy giáp	80,3 $\pm$ 7,2	11,2 $\pm$ 6,1	
Thời gian sau phẫu thuật	6 - 12 tháng	91,1 $\pm$ 7,3	5,7 $\pm$ 4,1	0,387
	Trên 12 tháng	89,5 $\pm$ 9,3	6,2 $\pm$ 5,1	

Ngoài phương pháp điều trị, một số đặc điểm sau điều trị cũng liên quan đến chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân có tổn thương thần kinh thanh quản, phải điều trị I-131 nhiều lần hoặc còn rối loạn chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật có điểm chức năng thấp hơn và điểm triệu chứng cao hơn so với các nhóm còn lại (Bảng 3).

Dự báo các yếu tố liên quan đến điểm CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật UTTG

Các biến độc lập về đặc điểm của bệnh nhân được phân tích hồi quy đơn biến với biến phụ thuộc là điểm tổng thể CLCS cho kết quả có 7 biến: giới, tổn thương thần kinh thanh quản, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị, số lần phẫu thuật, số lần điều trị I-131, chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật có mối liên quan với điểm tổng thể CLCS. Sau đó, các biến này được đưa vào phân tích mô hình hồi quy đa biến cho kết quả như sau:

Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến điểm tổng thể CLCS

STT	Tên biến	B	Beta	p (kiểm định t)
1	Giới	-3,727	-0,225	< 0,001
2	Tổn thương thần kinh thanh quản	-4,547	-0,145	< 0,001
3	Giai đoạn bệnh	-1,108	-0,078	0,043
4	Phương pháp điều trị	-2,171	-0,330	< 0,001
5	Số lần phẫu thuật	-1,362	-0,071	0,087
6	Số lần điều trị I-131	-2,171	-0,281	< 0,001
7	Chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật	-5,505	-0,346	< 0,001

$n = 202$; $R^2 = 72,6$; hằng số = 118,6; $p = 0,000$ (kiểm định F)

Nhận xét: Trong mô hình hồi quy đa biến nhận thấy 72,6% điểm tổng thể CLCS được giải thích bởi các yếu tố trong mô hình. Đây là

một mô hình có ý nghĩa thống kê tổng thể (kiểm định F). Kết quả phân tích của mô hình cho thấy không có liên quan có ý nghĩa thống kê giữa

số lần phẫu thuật và điểm tổng thể CLCS. Sáu biến còn lại đều có sự tác động nghịch với điểm tổng thể CLCS. Trong đó sự tác động của tình trạng chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật với điểm tổng thể CLCS là mạnh nhất với hệ số hồi quy là -0,346.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy CLCS sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp khác nhau rõ theo phương pháp điều trị. Nhóm cắt thùy giáp có điểm chức năng cao nhất và điểm triệu chứng thấp nhất, nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp ở mức trung gian, còn nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I-131 có kết quả kém nhất. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây ghi nhận CLCS thấp hơn ở những bệnh nhân được điều trị với mức độ can thiệp lớn hơn, đặc biệt ở các thang chức năng và triệu chứng kéo dài.^{7,8} Khi xem xét đặc điểm nền giữa các nhóm điều trị, nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I-131 có tỷ lệ giai đoạn bệnh cao hơn, nhiều trường hợp phẫu thuật lại hơn và rối loạn chức năng tuyến giáp nhiều hơn. Điều này gợi ý rằng sự khác biệt về CLCS có thể liên quan không chỉ đến phạm vi điều trị mà còn chịu ảnh hưởng của mức độ bệnh nền và gánh nặng điều trị tích lũy. Tuy nhiên, trong mô hình hồi quy đa biến, phương pháp điều trị vẫn còn giữ ý nghĩa độc lập, cho thấy đây là yếu tố lâm sàng quan trọng ngay cả sau khi đã hiệu chỉnh một phần cho các đặc điểm khác.

Tổn thương thần kinh thanh quản là một yếu tố nổi bật liên quan đến CLCS kém hơn. Biến chứng này có thể gây khàn tiếng, giảm khả năng giao tiếp, ảnh hưởng nghề nghiệp và làm giảm vai trò xã hội của người bệnh. Nghiên cứu của Liu và cộng sự về biến chứng thần kinh thanh quản và về CLCS ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp cũng ghi nhận xu hướng tương tự.⁹

Số lần điều trị I-131 càng nhiều thì điểm

chức năng càng thấp và điểm triệu chứng càng cao. Kết quả này gợi ý rằng gánh nặng điều trị không chỉ nằm ở phẫu thuật ban đầu mà còn ở các đợt điều trị bổ sung, thời gian chuẩn bị, những khó chịu liên quan đến hormon và lo lắng kéo dài về bệnh. Các tác giả khác cũng ghi nhận I-131 và điều trị tích cực hơn có liên quan đến CLCS thấp hơn.^{10,11}

Tình trạng rối loạn chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật cũng liên quan rõ rệt đến CLCS thấp hơn. Điều này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng vì bệnh nhân sau cắt toàn bộ tuyến giáp phụ thuộc hoàn toàn vào hormon thay thế và dễ nhạy cảm với việc dùng thiếu hoặc quá liều. Các khuyến cáo của American Thyroid Association nhấn mạnh vai trò tối ưu hóa điều trị hormon trong theo dõi sau mổ.¹

Nghiên cứu vẫn có một số hạn chế. Thiết kế cắt ngang chỉ phản ánh chất lượng cuộc sống tại một thời điểm, chưa mô tả được sự thay đổi theo thời gian sau điều trị. Chọn mẫu thuận tiện tại một bệnh viện tuyến cuối có thể làm hạn chế khả năng khái quát cho toàn bộ quần thể bệnh nhân ung thư tuyến giáp. Bên cạnh đó, số lượng bệnh nhân giữa các nhóm điều trị chưa đồng đều và có thể tồn tại sai lệch chỉ định, do nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I-131 thường có giai đoạn bệnh hoặc nguy cơ cao hơn. Nghiên cứu cũng chưa đánh giá chất lượng cuộc sống trước phẫu thuật, chưa phân tích đầy đủ phân tầng nguy cơ sau mổ, tổng liều I-131 và chưa sử dụng thang đo đặc hiệu cho ung thư tuyến giáp. Các nghiên cứu tiếp theo nên có thiết kế dọc và kiểm soát tốt hơn các yếu tố nhiễu.

Từ các kết quả trên, có thể thấy việc chăm sóc bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp không nên dừng lại ở kiểm soát bệnh học sau mổ mà cần mở rộng sang quản lý triệu chứng, tối ưu hóa chức năng tuyến giáp, hỗ trợ giao tiếp - giọng nói khi cần và tư vấn tâm lý phù

hợp. Đánh giá chất lượng cuộc sống nên được xem như một thành phần của theo dõi thường quy, đặc biệt ở bệnh nhân phải cắt toàn bộ tuyến giáp hoặc điều trị I-131. Cách tiếp cận này sẽ giúp nâng cao chất lượng điều trị theo hướng lấy người bệnh làm trung tâm, phù hợp với xu hướng hiện đại trong điều trị ung thư tuyến giáp.^{3,5}

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhìn chung còn tốt, nhưng khác nhau rõ theo phương pháp điều trị. Nhóm cắt thùy giáp có chất lượng cuộc sống tốt nhất; nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I-131 có gánh nặng triệu chứng cao hơn và điểm chức năng thấp hơn. Một mối lo ngại là triệu chứng nổi bật nhất sau điều trị. Kết quả gợi ý cần cá thể hóa chiến lược điều trị và tăng cường theo dõi các triệu chứng kéo dài sau phẫu thuật. Các nghiên cứu tiếp theo nên được thiết kế theo hướng theo dõi dọc, đánh giá chất lượng cuộc sống trước và sau điều trị, kiểm soát tốt hơn nguy cơ bệnh và các yếu tố nhiễu, đồng thời cân nhắc sử dụng thêm thang đo đặc hiệu cho ung thư tuyến giáp để đánh giá toàn diện hơn chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Nghiên cứu sử dụng số liệu thu thập tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016; 26(1): 1-133. doi:10.1089/thy.2015.0020.
2. Lee JI, Kim SH, Tan AH, et al. Decreased health-related quality of life in disease-free survivors of differentiated thyroid cancer in Korea. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8(1): 101. doi:10.1186/1477-7525-8-101.
3. Fayers P, Bottomley A. Quality of life research within the EORTC - the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer*. 2002; 38(suppl 4): S125-S133. doi:10.1016/S0959-8049(01)00448-8.
4. 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.
5. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993; 85(5): 365-376. doi:10.1093/jnci/85.5.365.
6. Li J, Xue LB, Gong XY, et al. Risk Factors of Deterioration in Quality of Life Scores in Thyroid Cancer Patients After Thyroidectomy. *Cancer Manag Res*. 2019; 11: 10593-10598. doi:10.2147/CMAR.S235323.
7. Goswami S, Peipert BJ, Mongelli MN, et al. Clinical factors associated with worse quality-of-life scores in United States thyroid cancer survivors. *Surgery*. 2019; 166(1): 69-74. doi:10.1016/j.surg.2019.01.034.
8. McIntyre C, Jacques T, Palazzo F, Farnell K, Tolley N. Quality of life in differentiated thyroid cancer. *Int J Surg*. 2018; 50: 133-136. doi:10.1016/j.ijsu.2017.12.014.
9. Liu X, Zhang D, Zhang G. Laryngeal nerve morbidity in 1,273 central node dissections for thyroid cancer. *Surg Oncol*. 2018; 27(2): A21-A25. doi:10.1016/j.suronc.2018.01.003.
10. 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.

11. Ahn J, Jeon MJ, Song E. Quality of Life in

Patients with Papillary Thyroid Microcarcinoma According to Treatment: Total Thyroidectomy with or without Radioactive Iodine Ablation. *Endocrinol Metab*. 2020; 35(1): 115-121. doi:10.3803/EnM.2020.35.1.115.

Summary

QUALITY OF LIFE BY TREATMENT MODALITY IN PATIENTS AFTER SURGERY FOR THYROID CARCINOMA

This study aimed to compare quality of life and identify associated factors among patients after surgery for thyroid carcinoma according to treatment modality. A cross-sectional descriptive study was conducted on 202 patients who had undergone surgery for at least 6 months and were followed up at Hanoi Medical University Hospital from November 2020 to October 2021. Data were collected from medical records and interviews using the EORTC QLQ-C30 questionnaire; group comparisons and multivariable linear regression were performed. Patients were divided into three groups: lobectomy (71 cases), total thyroidectomy (48 cases), and total thyroidectomy combined with I-131 therapy (83 cases). The mean age was 43.65 ± 12.09 years old; females accounted for 86.1%; papillary carcinoma was the predominant histological type (95.5%) and stage I disease accounted for 85.6%. The mean functional scores were 97.1 ± 3.7 , 91.9 ± 6.8 , and 83.7 ± 6.8 , respectively. The corresponding symptom scores were 3.3 ± 3.1 , 6.1 ± 3.2 , and 8.2 ± 5.1 , with statistically significant differences ($p < 0.001$). Multivariable regression showed that gender, recurrent laryngeal nerve injury, disease stage, treatment modality, number of I-131 treatments, and postoperative thyroid dysfunction were negatively associated with the overall quality-of-life score.

Keywords: Thyroid carcinoma, quality of life, treatment modality, I-131.