

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ VÀ THỂ NANG SAU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP

Đậu Thị Hồng Nhung^{1,✉}, Hồ Thị Kim Thanh^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) và khảo sát một số yếu tố nguy cơ làm giảm điểm CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp. Nghiên cứu tiến hành trên 125 bệnh nhân chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến giáp đã được phẫu thuật cắt tuyến giáp ≥ 6 tháng tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2021 đến tháng 08/2021. Bệnh nhân hoàn thành bộ câu hỏi EORTC - C30 đánh giá CLCS tại thời điểm tái khám. Kết quả cho thấy điểm CLCS trung bình là: $91,76 \pm 6,30$ (trên thang điểm 0 - 100, 100 điểm là tốt nhất). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố giới nữ, tổn thương thần kinh thanh quản, giai đoạn bệnh, số lần điều trị I131, sự thiếu hụt hay dư thừa quá mức hócmon tuyến giáp có ảnh hưởng tới sự giảm điểm CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp với $p < 0,05$.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến giáp, chất lượng cuộc sống, sau phẫu thuật.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã định nghĩa "Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe là những ảnh hưởng do một bệnh tật hoặc một rối loạn sức khỏe của một cá nhân đến sự thoải mái và khả năng hưởng thụ của cá nhân đó".¹

Ung thư biểu mô tuyến giáp là bệnh lí ác tính xuất phát từ tế bào nang giáp, tế bào cận nang và tổ chức liên kết, tế bào miễn dịch. Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) là loại ung thư hay gặp nhất trong các tuyến nội tiết. Theo thống kê của GLOBOCAN 2018 UTTĐ chiếm 3,1% trong tất cả các loại ung thư, có hơn 40.000 ca tử vong/năm, đứng hàng thứ 5 trong các loại ung thư ở nữ giới, tỉ lệ nam/nữ là 1/3. Riêng Việt Nam có 5.418 ca mắc mới mỗi năm.²

Hiện nay có rất nhiều phương pháp để điều trị UTTĐ như: Phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, iod

phóng xạ, điều trị đích, hócmon thay thế.³ Và phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất có tính quyết định đến kết quả điều trị. Nếu được phát hiện và điều trị phù hợp thì tỉ lệ sống trên 5 năm cho các bệnh nhân là hơn 95%.⁴ Mặc dù UTTĐ được xem như là một loại ung thư "tốt" nhưng nhiều nghiên cứu hiện nay trên thế giới đã chỉ ra rằng phẫu thuật cùng với các phương pháp kết hợp điều trị UTTĐ ảnh hưởng lên CLCS của bệnh nhân trong thời gian sống thêm sau đó về cả thể chất lẫn tâm thần và kinh tế xã hội.^{5,6} Hướng dẫn mới nhất của Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) cũng nêu bật ý nghĩa của việc quan tâm đến CLCS lâu dài của bệnh nhân vào quá trình ra quyết định điều trị của bác sĩ.³ Không những thế, những thông tin về CLCS này là một trong các cơ sở để nhân viên y tế lập kế hoạch tư vấn tâm lý, phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau điều trị giúp họ cải thiện khả năng thích nghi và hòa nhập với cuộc sống. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp sau

Tác giả liên hệ: Đậu Thị Hồng Nhung

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: Nhungsmilekyusoo@gmail.com

Ngày nhận: 07/10/2021

Ngày được chấp nhận: 22/10/2021

phẫu thuật cắt tuyến giáp và một số yếu tố liên quan. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi EORTC - C30, phiên bản tiếng Việt là bảng đánh giá chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư đã được kiểm định giá trị và độ tin cậy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu tiến hành trên 125 bệnh nhân chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến giáp đã được phẫu thuật cắt bán phần/toàn bộ tuyến giáp ≥ 6 tháng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2021 đến tháng 08/2021.

Địa điểm thu thập số liệu: Phòng khám Nội tiết, Tai Mũi Họng, khoa Khám bệnh theo yêu cầu - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến giáp và được phẫu thuật cắt bán phần hoặc toàn bộ tuyến giáp ≥ 6 tháng.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân UTTG mà tại thời điểm phát hiện bệnh đã có di căn xa hoặc có đồng thời khối ung thư nguyên phát thứ hai.

Bệnh nhân suy kiệt, không đủ khả năng hiểu và tự trả lời các câu hỏi trong bộ câu hỏi.

2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Lấy mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước tính một giá trị trung bình:

$$n = Z^2 \frac{S^2}{(\bar{X}_\epsilon)^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu cần có

S: độ lệch chuẩn = 9 (lấy từ nghiên cứu của

Jie Li với điểm tóm tắt chất lượng cuộc sống trung bình là $65 \pm 9,00$)⁷

\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.

Các chỉ số nghiên cứu:

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 hoocmon 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 ≥ 6 tháng sau phẫu thuật.

Cường giáp: TSH < 0,1 μ U/ml và FT4 > 22 pmol/L (trong nghiên cứu sử dụng để chỉ tình trạng tuyến giáp trước phẫu thuật).

Nhiễm độc giáp: TSH < 0,1 μ U/ml và FT4 > 22 pmol/L (trong nghiên cứu sử dụng để chỉ sự quá liều hoocmon tuyến giáp sau điều trị).

- Suy giáp: FT3 < 3,5 pmol/L, FT4 < 12 pmol/L. TSH > 5 μ U/ml (là tiêu chuẩn bắt buộc).

- Mô bệnh học: Dựa vào kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật.

Phân loại giai đoạn ung thư tuyến giáp theo AJCC phiên bản thứ 8 (dành cho nhóm bệnh nhân nghiên cứu).

| Giai đoạn | Tuổi chẩn đoán < 55 tuổi | | |
|-----------|--------------------------|----------|----|
| I | bất kỳ T | bất kỳ N | M0 |
| II | bất kỳ T | bất kỳ N | M1 |

| Giai đoạn | Tuổi chẩn đoán ≥ 55 tuổi | | |
|-----------|-------------------------------|----------|----|
| I | T1 | N0 / NX | M0 |
| | T2 | N0 / NX | M0 |
| II | T1 | N1 | M0 |
| | T2 | N1 | M0 |
| | T3a / T3b | bất kỳ N | M0 |
| III | T4a | bất kỳ N | M0 |
| IVA | T4b | bất kỳ N | M0 |
| IVB | bất kỳ T | bất kỳ N | M1 |

Chỉ số chất lượng cuộc sống:

Sử dụng bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 phiên bản 3.0 của Tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư châu Âu gồm 30 câu hỏi đánh số từ 1 - 30 có 5 thang đo chức năng (hoạt động thể lực, vai trò xã hội, hòa nhập xã hội, tâm lý - cảm xúc, khả năng nhận thức), CLCS chung, khó khăn tài chính và 8 thang đo triệu chứng (mệt mỏi, buồn nôn và nôn, đau, khó thở, mất ngủ, mất cảm giác ngon miệng, táo bón và tiêu chảy). Mỗi bệnh nhân sẽ được tính điểm theo thang điểm 100 cho mỗi chỉ số theo quy định của EORTC.^{8,9} Điểm tóm tắt được tính toán từ 13 thang đo (không bao gồm QoL toàn cầu và khó khăn tài chính) với thang đo triệu chứng được đảo ngược (thang đo 100 triệu chứng) để có được hướng thống nhất của tất cả các thang đo (xem chi tiết phần phụ lục).

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

| | Chỉ số | N = 125 | Tỉ lệ (%) |
|-----------|----------------|---------|-----------|
| Giới tính | Nam | 18 | 14,4 |
| | Nữ | 107 | 85,6 |
| Tuổi | < 55 tuổi | 93 | 74,4 |
| | ≥ 55 tuổi | 32 | 25,6 |

3. Xử lý số liệu

Các bệnh nhân được tổng hợp số liệu chấm điểm CLCS với thang điểm cao nhất là 100 dựa vào công cụ EORTC. Xử lý số liệu bằng phần mềm Excel 2010 và SPSS 20. 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, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Mọi thông tin thu thập từ bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu không can thiệp gì lên bệnh nhân, chỉ nhằm mục đích đảm bảo sức khỏe cho bệnh nhân và cảnh báo về các yếu tố nguy cơ chứ không có mục đích nào khác.

| | Chỉ số | N = 125 | Tỉ lệ (%) |
|--------------------------------|---------------------|---------|-----------|
| Nghề nghiệp | Việc làm ổn định | 69 | 55,2 |
| | Tự do | 56 | 44,8 |
| Khu vực sống | Nông thôn | 67 | 53,6 |
| | Thành thị | 58 | 46,4 |
| Tình trạng hôn nhân | Chưa kết hôn/ly hôn | 10 | 8 |
| | Đã kết hôn | 115 | 92 |
| Trình độ học vấn | Dưới THPT | 30 | 24 |
| | Tốt nghiệp THPT | 31 | 24,8 |
| | Trên THPT | 64 | 51,2 |
| Bệnh kèm theo trước phẫu thuật | Không có | 87 | 69,6 |
| | Bướu giáp | 8 | 6,4 |
| | Cường giáp | 1 | 0,8 |
| | Suy giáp | 0 | 0 |
| | Khác | 29 | 23,2 |

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $44,47 \pm 12,79$ trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 20 tuổi và cao tuổi nhất là 70 tuổi, nhóm tuổi hay gặp là < 55 tuổi với 93 bệnh nhân chiếm 74,4%. Đa số bệnh nhân là nữ (85,6%), đã kết hôn (92%), không có bệnh kèm theo (69,6%) và trình độ học vấn trên THPT (trung học phổ thông) 51,2%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

| | Chỉ số | N = 125 | Tỉ lệ (%) |
|-----------------------------------|-----------------|---------|-----------|
| Mô bệnh học | Thể nhú | 117 | 93,6 |
| | Thể nang | 8 | 6,4 |
| Giai đoạn bệnh (trước phẫu thuật) | I | 106 | 84,8 |
| | II | 18 | 14,4 |
| | III | 1 | 0,08 |
| Phương pháp điều trị | Cắt thùy giáp | 40 | 32 |
| | Cắt TBTG | 24 | 19,2 |
| | Cắt TBTG + I131 | 61 | 48,8 |
| Thời gian sau phẫu thuật | 6 tháng | 40 | 32 |
| | 12 tháng | 68 | 54,4 |
| | Trên 1 năm | 17 | 13,6 |

| Chỉ số | | N = 125 | Tỉ lệ (%) |
|-------------------------------------|----------------|---------|-----------|
| Tổn thương dây thần kinh thanh quản | Không | 118 | 94,4 |
| | Có | 7 | 5,6 |
| Hoocmon tuyến giáp sau điều trị | Bình giáp | 101 | 80,8 |
| | Nhiễm độc giáp | 17 | 13,6 |
| | Suy giáp | 7 | 5,6 |

Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: chiếm phần lớn là ung thư tuyến giáp thể nhú (93,6%), thuộc giai đoạn I (84,8%), bình giáp (80,8%), không tổn thương thần kinh thanh quản (94,4%), cắt TBGTG (toàn bộ tuyến giáp) + điều trị 1131 (48,8%) với 40 bệnh nhân sau phẫu thuật 6 tháng, 68 bệnh nhân 12 tháng, 17 bệnh nhân trên 1 năm.

Chỉ số chất lượng cuộc sống

Bảng 3. Điểm chất lượng cuộc sống theo các chỉ số

| Chỉ số | \bar{X} | SD |
|--------------------|-----------|-------|
| Hoạt động thể lực | 95,57 | 6,27 |
| Vai trò xã hội | 84,26 | 16,84 |
| Tâm lý cảm xúc | 88,33 | 9,46 |
| Khả năng nhận thức | 90,80 | 10,68 |
| Hòa nhập xã hội | 82,67 | 16,98 |
| Mệt mỏi | 26,67 | 15,39 |
| Mất ngủ | 12,80 | 21,07 |
| Đau | 1,33 | 5,83 |
| Khó thở | 1,33 | 7,80 |
| Buồn nôn - nôn | 0,67 | 3,90 |
| Chán ăn | 3,46 | 11,06 |
| Tiêu chảy | 1,33 | 6,55 |
| Táo bón | 1,06 | 5,89 |
| Khó khăn tài chính | 1,33 | 7,80 |
| CLCS chung | 69,60 | 11,01 |
| Điểm tóm tắt CLCS | 91,76 | 6,30 |

Sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp, chỉ số triệu chứng “mệt mỏi” là cao nhất và có ảnh hưởng đến CLCS (giá trị cao trên 20), các chỉ số triệu chứng còn lại đều có giá trị dưới ngưỡng 20 và không ảnh hưởng đến CLCS. Năm chỉ số chức năng bao gồm “hoạt động thể lực”, “vai trò xã hội”, “tâm lý cảm xúc”, “khả năng nhận thức”, “hòa nhập xã hội” đều có giá trị trên ngưỡng 80/100 (tức là không gây ảnh hưởng đến CLCS). Trung bình điểm tóm tắt CLCS khá cao là: $91,76 \pm 6,30$.

Các yếu tố làm giảm điểm CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp

Bảng 4. Phân tích hồi quy đa biến về các yếu tố liên quan đến giảm điểm CLCS

| | B | Std. Error | Beta | t | p | Tolerance | VIF |
|---------------------------------|--------|------------|--------|--------|-------|-----------|-------|
| Giới | -3,859 | 0,894 | -0,216 | -4,316 | 0,000 | 0,830 | 1,205 |
| Tổn thương thần kinh thanh quản | -4,205 | 1,367 | -0,154 | -3,076 | 0,003 | 0,828 | 1,208 |
| Giai đoạn bệnh | -2,322 | 0,902 | -0,143 | -2,574 | 0,011 | 0,668 | 1,497 |
| Lần điều trị I131 | -2,283 | 0,832 | -0,259 | -2,744 | 0,007 | 0,233 | 4,290 |
| Hoocmon TG | -4,622 | 0,564 | -0,402 | -8,199 | 0,000 | 0,862 | 1,160 |

Phân tích hồi quy đa biến xác định giới tính, tổn thương thần kinh thanh quản, giai đoạn bệnh, số lần điều trị I131, nồng độ hoocmon tuyến giáp là các yếu tố nguy cơ độc lập làm giảm điểm CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp với $p < 0,05$.

Bảng 5. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân phân bố theo đặc điểm bệnh tật

| Yếu tố | Điểm tóm tắt CLCS | |
|------------------------------------|-------------------|------|
| | \bar{X} | (SD) |
| Giới | | |
| Nam | 95,41 | 3,48 |
| Nữ | 91,15 | 6,47 |
| Tổn thương thần kinh thanh quản | | |
| Không | 92,22 | 6,05 |
| Có | 84,18 | 6,07 |
| Giai đoạn | | |
| I | 92,43 | 6,28 |
| II | 88,33 | 5,18 |
| III | 83,59 | . |
| Tình trạng hoocmon TG sau điều trị | | |
| Bình giáp | 93,58 | 4,92 |
| Nhiễm độc giáp | 83,74 | 4,75 |
| Suy giáp | 85,16 | 8,29 |

| Yếu tố | Điểm tóm tắt CLCS | |
|----------------------|-------------------|------|
| | \bar{X} | (SD) |
| Số lần điều trị I131 | | |
| 0 lần | 95,46 | 4,85 |
| 1 lần | 88,66 | 5,02 |
| 2 lần | 86,17 | 6,12 |
| 3 lần | 83,37 | . |

Phân tích chi tiết hơn cho thấy các bệnh nhân nam ($95,42 \pm 3,48$) có điểm CLCS cao hơn nữ ($91,15 \pm 6,47$). Các bệnh nhân có tổn thương thần kinh thanh quản có điểm CLCS thấp hơn so với những bệnh nhân còn lại. Nhóm bệnh nhân có nồng độ hoocmon tuyến giáp thiếu hụt hoặc dư thừa quá mức cũng có CLCS thấp hơn so với nhóm bệnh nhân bình giáp. Và điểm CLCS sẽ giảm dần theo sự tăng lên của giai đoạn bệnh và số lần điều trị I131.

IV. BÀN LUẬN

Khái niệm về chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe còn khá mới nhưng ngày càng được các bác sĩ quan tâm nhiều hơn, đặc biệt là các yếu tố nguy cơ làm giảm điểm CLCS. Ung thư biểu mô tuyến giáp mặc dù được coi là có tiên lượng tuyệt vời nhưng một số nghiên cứu đã chứng minh việc suy giảm điểm CLCS của bệnh nhân sau điều trị ung thư tuyến giáp so với dân số chung.^{10,11}

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 125 bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp thì chỉ số triệu chứng “mệt mỏi” là cao nhất và có ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân (với giá trị cao trên ngưỡng 20). Nghiên cứu của Husson cũng đã chứng minh rằng những người sống sót sau điều trị ung thư tuyến giáp ngắn hạn và dài hạn báo cáo mức độ mệt mỏi cao hơn so với dân số bình thường.¹² Điều này cho thấy điểm tương đồng giữa ung thư tuyến giáp và các loại ung thư

khác rằng mệt mỏi được công nhận là tác dụng phụ phổ biến nhất và gây đau khổ cho bệnh nhân điều trị ung thư trong 2 nghiên cứu của trong nghiên cứu của Bower và Lawrence.^{12,13} Cho đến nay các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS vẫn chưa rõ ràng. Với phương pháp phân tích hồi quy đa biến trong nghiên cứu này của chúng tôi đã cho kết quả là giới tính, tổn thương thần kinh thanh quản, giai đoạn bệnh, số lần điều trị I131, nồng độ hoocmon tuyến giáp là các yếu tố nguy cơ độc lập làm giảm điểm CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp với $p < 0,05$. Các bệnh nhân nam có điểm CLCS cao hơn nữ, có thể là do cách nhìn nhận khác nhau của 2 giới, thường các bệnh nhân nữ lo lắng nhiều hơn về bệnh tật, hoặc một phần cũng có thể do nam giới hoạt động thể chất nhiều hơn được đề cập trong nghiên cứu của Wang.⁶ Tổn thương thần kinh thanh quản sau phẫu thuật chiếm 5,6%, nó làm cho bệnh nhân bị khàn tiếng, làm sụt giảm điểm chất lượng cuộc sống đặc biệt là ở các bệnh nhân làm nghề nghiệp cần giọng nói như: giáo viên, hướng dẫn viên, ca sĩ... Giai đoạn bệnh trước phẫu thuật càng cao thì điều trị sẽ phức tạp và khó khăn hơn, vì vậy dễ hiểu rằng điểm CLCS cũng giảm dần theo sự tăng lên của giai đoạn bệnh. Cả 2 yếu tố tổn thương thần kinh thanh quản và giai đoạn bệnh làm giảm điểm CLCS cũng đã được Jie Li chứng minh trong một nghiên cứu tại Trung Quốc.⁷ Khi nhắc đến việc phải uống lot phóng xạ thì phần lớn bệnh

nhân đều cảm thấy lo lắng về ảnh hưởng của chúng khi chưa được giải thích rõ ràng. Hơn nữa, khoảng thời gian ngừng hoocmon trước khi uống I131 gây suy giáp hay là các tác dụng phụ sau đó là thay đổi vị giác, khô mắt, các vấn đề về răng miệng đều làm bệnh nhân khó chịu và gây ảnh hưởng nhiều đến CLCS.¹⁴ Vì vậy có thể lí giải được rằng số lần điều trị I131 tăng lên có liên quan đến sự giảm điểm CLCS và việc can thiệp tâm lí, hành vi cho bệnh nhân trước và sau điều trị lot phóng xạ giúp cải thiện điểm CLCS.¹⁵ Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp, đặc biệt là cắt toàn bộ tuyến giáp sẽ phải bù hoocmon tuyến giáp ngoại sinh suốt đời, và sự thiếu hụt hay dư thừa quá mức đều làm bệnh nhân xuất hiện một số triệu chứng ảnh hưởng đến CLCS.⁶

Một điều đáng chú ý rằng trung bình điểm tóm tắt CLCS trong nghiên cứu của chúng tôi là : $91,76 \pm 6,30$ khá cao hơn so với các nghiên cứu khác là $84,4 \pm 12,7$ của Wing Lok Chan hay là $65,93 \pm 9,00$ trong nghiên cứu của Jie Li.^{7,16} Để giải thích cho kết quả này có thể là do các bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi đều ≥ 6 tháng, lúc này các biến chứng sau phẫu thuật tạm thời như tổn thương thần kinh thanh quản, suy cận giáp, rò dưỡng chấp đa số đã hồi phục, trong khi đó nghiên cứu của Jie Li lại lấy bệnh nhân tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Một lí do nữa là cùng với việc phát triển kĩ thuật chẩn đoán nên phần lớn bệnh nhân phát hiện ở giai đoạn sớm (giai đoạn I chiếm 84,8%). Các hướng dẫn gần đây khuyến cáo lựa chọn điều trị bảo tồn cho những bệnh ung thư tuyến giáp kích thước nhỏ nên cắt thùy tuyến giáp thay vì cắt toàn bộ tuyến giáp.³ Do đó mà trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 32% bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp, trong số đó chỉ có 3/40 bệnh nhân phải bổ sung hoocmon tuyến giáp.

Nghiên cứu này của chúng tôi có một số

điểm hạn chế là: số lượng bệnh nhân nhỏ, chỉ đánh giá CLCS của bệnh nhân tại một thời điểm. Vì vậy việc xây dựng một nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn, theo dõi, đánh giá CLCS của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật cho cái nhìn toàn diện và chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy điểm trung bình chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật là $91,76 \pm 6,30$. Các yếu tố giới nữ, tổn thương thần kinh thanh quản, giai đoạn muộn của bệnh trước phẫu thuật, số lần điều trị I131, sự thiếu hụt hay dư thừa quá mức hoocmon tuyến giáp làm giảm điểm CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp. Các nghiên cứu trong tương lai nên điều tra sâu hơn về các yếu tố này và bổ sung thêm dữ liệu cho việc điều trị và theo dõi sau điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Health promotion glossary. 1998.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R, Torre L, Jemal A. *Global cancer statistic*. 2018; GLOBOCAN.
3. 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.
4. Bộ Y tế. *Chẩn đoán và điều trị bệnh Nội tiết chuyển hóa*. In: Ung Thư Tuyến Giáp. Nhà xuất bản Y học; 2015.
5. 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;8:101.

doi: 10.1186/1477-7525-8-101.

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

7. 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.

8. Fayers P, Bottomley A, EORTC Quality of Life Group, Quality of Life Unit. Quality of life research within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *Eur J Cancer Oxf Engl 1990.* 2002;38 (4):125-133. doi: 10.1016/s0959-8049(01)00448-8.

9. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. 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.

10. Rogers SN, Mepani V, Jackson S, Lowe D. Health-related quality of life, fear of recurrence, and emotional distress in patients treated for thyroid cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2017;55(7):666-673. doi: 10.1016/j.bjoms.2016.09.001.

11. Singer S, Lincke T, Gamper E, et al. Quality of life in patients with thyroid cancer compared with the general population. *Thyroid*

Off J Am Thyroid Assoc. 2012;22(2):117-124. doi: 10.1089/thy.2011.0139.

12. Bower JE. Prevalence and Causes of Fatigue After Cancer Treatment: The Next Generation of Research. *J Clin Oncol.* 2005;23(33):8280-8282. doi: 10.1200/JCO.2005.08.008.

13. Lawrence DP, Kupelnick B, Miller K, Devine D, Lau J. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004;32:40-50. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh027.

14. 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.

15. Wu H-X, Zhong H, Xu Y-D, Xu C-P, Zhang Y, Zhang W. Psychological and behavioral intervention improves the quality of life and mental health of patients suffering from differentiated thyroid cancer treated with postoperative radioactive iodine-131. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:1055-1060. doi: 10.2147/NDT.S105460.

16. Chan W-L, Choi HC-W, Lang B, et al. Health-Related Quality of Life in Asian Differentiated Thyroid Cancer Survivors. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent.* 2021;28:10732748211029726. doi: 10.1177/10732748211029726.

Summary

QUALITY OF LIFE IN PAPILLARY AND FOLLICULAR THYROID CARCINOMA PATIENTS AFTER THYROIDECTOMY

This study aimed to assess the quality of life (QoL) and investigate the risk factors associated with decreased QoL score among thyroid carcinoma patients after thyroidectomy. Between

January 2021 and August 2021, 125 patients with confirmed diagnosis of thyroid carcinoma and who had ≥ 6 months since their thyroidectomy at Hanoi Medical University Hospital were surveyed using the questionnaire EORTC – C30 to assess QoL at the time of follow-up visit. The results showed that the mean QoL score was 91.76 ± 6.30 (on a scale from 0 to 100 with 100 points being the best possible QoL). Multivariable regression analyses indicated that being female, having laryngeal nerve damage, stage of disease, time of I131 treatments, and deficiency or excess of thyroid hormone were independent risk factors associated with decreased QoL score.

Keywords: quality of life, thyroid carcinoma, after thyroidectomy.