

**ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG ĐAU VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG
NGƯỜI BỆNH UNG THƯ GIAI ĐOẠN MUỘN ĐƯỢC CHĂM SÓC GIẢM NHẸ
TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU THÁI NGUYÊN**

Nông Văn Dương¹, Bùi Thị Huyền¹, Trương Thái Sơn¹, Trần Bảo Ngọc²
¹Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên, ²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng đau và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn được chăm sóc giảm nhẹ tại Trung tâm ung bướu Thái Nguyên, từ tháng 07/2016 - 9/2016. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng nghiên cứu mô tả cắt ngang, 42 bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp thông qua 2 bảng câu hỏi “tình trạng đau” và “chất lượng sống của EORTC QLQ C-30”. **Kết quả:** 29 bệnh nhân là nam giới, tỷ lệ nam/nữ là 2,1/1; tuổi trung bình 63,2; dân tộc Kinh chiếm 59,5%. 100% bệnh nhân có đau, trong đó đau vừa và nặng (từ 6-10 điểm) chiếm 54,8%. Hiệu quả giảm đau khác biệt rõ rệt có ý nghĩa sau 1 tuần điều trị. Điểm sức khỏe tổng quát đạt mức trung bình 51,8 điểm; các điểm chức năng đạt trung bình 40,5 điểm (28,9-55,2); các điểm triệu chứng đơn từ 28,6-81,7 điểm.

Sau 1 tuần điều trị các điểm số chất lượng cuộc sống đều được cải thiện có ý nghĩa thống kê; điểm số sức khỏe tổng quát tăng lên 58,5 điểm. Mức độ đau ảnh hưởng đến chất lượng sống về chức năng hoạt động, nhận thức, cảm xúc, sức khỏe chung. Có sự khác biệt về điểm số nhận thức giữa nam và nữ; dân tộc Kinh khác biệt với dân tộc thiểu số về chức năng hoạt động, cảm xúc và sức khỏe tổng quát; nhóm tuổi dưới 60 có chức năng hoạt động và sức khỏe chung tốt hơn; và vị trí ung thư cũng khiến chức năng thể chất có sự khác biệt ý nghĩa. **Kết luận:** Tình trạng đau vừa, nặng khi nhập viện khá cao; chất lượng cuộc sống mức trung bình, tuy nhiên được cải thiện có ý nghĩa khi được điều trị thuốc giảm đau theo bậc thang.

Từ khóa: Đau, chất lượng sống, ung thư giai đoạn muộn, chăm sóc giảm nhẹ.

**ASSESSING THE PAIN STATUS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS
WITH LATE-STAGE CANCER GIVEN PALLIATIVE CARE
AT THAI NGUYEN ONCOLOGY CENTER**

ABSTRACT

Objective: Surveying the pain status and quality of life of patients with late-stage cancer given palliative care at Thai Nguyen Oncology Center, from July 2016 September 2016. **Subject and Method:** Using a descriptive cross-sectional study,

there were 42 patients interviewed directly through two questionnaires on “the pain status” and “quality of life” of EORTC QLQ C-30”. **Results:** There were 29 male patients and the ratio of males to females is 2,1/1; average age 63,2 years; Kinh people accounting for 59,5%. There were 100% of patients with pain, including moderate and severe pain (from 6 to 10 points) accounting for 54,8%. The analgesic efficacy was significantly different after 1 week of treatment. Global health status, functional points and single symptom points scored

Người chịu trách nhiệm: Nông Văn Dương
Email: duonghuongubtn@gmail.com
Ngày phản biện: 26/8/2018
Ngày duyệt bài: 12/10/2018
Ngày xuất bản: 22/10/2018

at average level were 51,8 points; 40,5 points (28,9 to 55,2) and from 28,6 to 81,7; respectively. After one week of treatment, point on quality of life was improved statistical significance; general health point increased to 58,5 points. The degree of pain affects on the quality of life in terms of function, cognition, emotion and general health. When comparing quality of life and other factors, there were differences in cognitive scores between men and women; Kinh group and ethnic minorities were different from operational functions, emotion

and overall health; operational functioning and overall health of under 60 age group were better; and cancer location also makes physical function to differ significantly. **Conclusion:** Status of moderate and severe pain was relatively high when patients were hospitalized; quality of life was at average level, however patients' quality of life were significantly improved when patients were treated by analgesic ladder.

Keywords: pain, quality of life, the advanced stage cancer, palliative care.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là triệu chứng thường gặp ở các bệnh nhân (BN) ung thư giai đoạn muộn. Đau và chất lượng sống có mối liên quan mật thiết. Nhiều bệnh nhân ung thư do đau mà chất lượng sống bị giảm sút nhiều. Kiểm soát đau và cải thiện chất lượng sống là vấn đề luôn được quan tâm rất nhiều. Mặc dù gần như 70-80% bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn đang phải chịu đau đớn nhưng việc điều trị đau vẫn chưa đem lại hiệu quả như mong muốn, có đến 1/4 số BN ung thư giai đoạn muộn không kiểm soát được cơn đau [1], triệu chứng đau vẫn không được kiểm soát tốt trên toàn thế giới [2].

Tại Việt Nam hiện nay, vấn đề chăm sóc giảm nhẹ trong mô hình chăm sóc toàn diện đang ngày càng được chú trọng, chính vì thế rất cần các nghiên cứu khảo sát nhằm khái quát tổng quan về đau và chất lượng sống của BN ung thư tại nước ta. Đã có một số nghiên cứu mang tính lẻ tẻ về vấn đề này tại các cơ sở điều trị ung thư trong nước [3], [4], [5].

Để góp thêm tiếng nói với chuyên ngành, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mong muốn mô tả thực trạng và các biện pháp giảm đau bằng thuốc theo bậc thang, từ đó làm cơ sở đề xuất những kiến nghị có giá trị cho công tác điều trị và chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân ung thư, xuất phát từ yêu cầu thực tế chúng tôi tiến hành

nghiên cứu này nhằm mục tiêu “Mô tả tình trạng đau, chất lượng cuộc sống và các kết quả can thiệp ban đầu. Phân tích mối tương quan giữa tình trạng đau và chất lượng sống của người bệnh ung thư giai đoạn muộn tại Trung tâm ung bướu Thái Nguyên”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân ung thư giai đoạn III, IV (theo UICC) tại Trung tâm ung bướu Thái Nguyên trong khoảng thời gian tháng 7/2016 đến tháng 9/2016, thỏa mãn tiêu chuẩn thu nhận và tiêu chuẩn loại trừ.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các BN mới được chỉ định chăm sóc giảm nhẹ, không phân biệt tuổi tác và giới tính. BN đã được chẩn đoán ung thư giai đoạn III, IV bằng giải phẫu bệnh, không còn chỉ định điều trị triệt căn. BN đồng ý tham gia phỏng vấn và đủ khả năng nghe nói hiểu tiếng Việt, không mắc bệnh tâm thần.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn thu nhận. Những bệnh nhân quá yếu, không đủ khả năng hoàn thành bảng câu hỏi phỏng vấn. Những bệnh nhân không hợp tác, từ chối trả lời.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp 1 nhóm đánh giá trước sau

2.2.2. Cỡ mẫu

Chọn toàn bộ BN trong thời gian nghiên cứu. Tổng số có 42 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu

2.2.3. Cách thu thập số liệu

Thực hiện phỏng vấn trực tiếp các bệnh nhân trước và sau điều trị 1 tuần với các thông tin hành chính và bảng hỏi về mức độ đau và chất lượng cuộc sống.

* Công cụ

a) Bảng câu hỏi đánh giá tình trạng đau rút gọn thang điểm từ 0 đến 10, dựa theo mẫu nghiên cứu “Pain Rating Scales” của Wisconsin Cancer Pain Initiative-Madison, Wisconsin, USA. Đây là bảng câu hỏi đánh giá đau được WHO chọn sử dụng làm tài liệu đánh giá đau trên toàn thế giới được dịch ra nhiều thứ tiếng trong đó có tiếng Việt. Mức điểm: 0 là không đau; 2 là khó chịu; 4 là không thoải mái; 6 là đau vừa; 8 đau khủng khiếp và 10 là không thể chịu được.

b) Bảng câu hỏi về chất lượng cuộc sống của tổ chức nghiên cứu và điều trị Ung Thư Châu Âu (QLQ C-30 of EORTC) version 3. Đây là bảng câu hỏi chung cho tất cả các loại ung thư gồm 30 câu: 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 các triệu chứng đơn.

Mỗi câu được quy ước từ 0-4 điểm, sau đó được quy đổi ra thang điểm 100, điểm chức năng và sức khỏe tổng quát càng cao càng tốt và ngược lại với các triệu chứng đơn.

2.2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập dữ liệu và xử lý theo phần mềm SPSS 22.0, trong đó có sử dụng các thuật toán phù hợp để phân tích, so sánh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm nhóm khảo sát

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	29	69,0
Nữ	13	31,0
Tuổi trung bình	63,2 ±11,3 (44-82)	
Cán bộ hưu	10	23,8
Viên chức	3	7,1
Làm ruộng	29	69,1
Kinh	25	59,5
Dân tộc thiểu số	17	40,5
Ung thư gan	10	23,8
Ung thư phổi	10	23,8
Ung thư dạ dày	8	19,0
Ung thư khác	14	33,4

Tổng số bệnh nhân khảo sát: 42 bệnh nhân, tất cả các BN đều đau ở các mức độ khác nhau, được sử dụng thuốc giảm đau phù hợp theo hướng dẫn (sử dụng giảm đau bậc 2, bậc 3 và phối hợp lần lượt là 22; 16 và 4 BN, tương ứng). Một số đặc điểm nhóm khảo sát thể hiện ở Bảng 3.1.

Bảng 3.2. Mức độ đau trước và sau 1 tuần điều trị

		Mức độ đau sau điều trị							Tổng số
		2	3	4	5	6	7	8	
Mức độ đau trước điều trị	2	1	0	0	0	0	0	0	1
	3	1	0	0	0	0	0	0	1
	4	4	1	0	1	6	0	0	12
	5	0	1	4	0	0	0	0	5
	6	0	1	0	4	5	0	0	10
	7	0	0	1	2	3	0	0	6
	8	0	1	0	0	2	1	1	5
	9	0	0	0	0	1	0	1	2
	Tổng số		6	4	5	7	17	1	2

Về mức độ đau có 19 BN đau với điểm số dưới 5 và 23 BN đau ở mức 6-9 điểm, sau điều trị 1 tuần thấy 5 trường hợp giảm dưới 50% mức độ đau, còn 37 BN khác giảm từ 60-80%, mặc dù cỡ mẫu bé (< 5).

Bảng 3.3. Điểm chất lượng sống trước/sau điều trị

Điểm số chất lượng cuộc sống	Điểm trung bình		Độ xiên		P (T-test)
	Trước	Sau	Trước	Sau	
Chức năng thể chất	36,9	63,0	-0,43	-0,81	< 0,001
Chức năng hoạt động	28,9	53,6	0,52	-0,18	< 0,001
Chức năng nhận thức	50,8	62,7	0,13	-0,33	< 0,001
Chức năng xã hội	55,2	67,1	0,38	1,59	= 0,006
Chức năng cảm xúc	30,9	52,9	0,14	-0,10	< 0,001
Triệu chứng mệt mỏi	74,3	48,1	-0,63	0,07	< 0,001
Triệu chứng buồn nôn/nôn	31,3	21,8	0,66	0,39	< 0,001
Triệu chứng đau	68,6	23,0	-0,33	0,51	< 0,001
Triệu chứng khó thở	63,5	39,7	1,64	-0,97	< 0,001
Triệu chứng mất ngủ	81,7	51,6	-0,97	-0,19	< 0,001
Triệu chứng rụng tóc	41,3	27,8	0,24	0,12	< 0,001
Triệu chứng táo bón	41,3	26,9	-0,04	-0,09	< 0,001
Triệu chứng tiêu chảy	28,6	18,3	0,56	0,27	< 0,001
Khó khăn tài chính	30,9	25,4	0,92	0,04	> 0,05
Sức khỏe tổng quát	51,8	58,5	-0,04	-0,18	< 0,001

Qua phân tích trong SPSS, chúng tôi thấy trị số trung bình và trung vị gần bằng nhau, do đó đã tiến hành tính độ xiên và thấy trị số này đa số dao động từ -1 đến +1 (ngoại trừ chức năng xã hội và triệu chứng khó thở), vì vậy bộ câu hỏi EORTC QLQ C-30 được coi như có phân phối chuẩn. Kết quả phân tích cho thấy điểm số trung bình các chức năng đạt 40,5 điểm, sức khỏe tổng quát đạt 51,8 điểm; qua 1 tuần điều trị tất cả các điểm số chức năng và triệu chứng đơn, cũng như sức khỏe tổng quát đều được cải thiện có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) (Bảng 3.3).

Bảng 3.4. Mối tương quan giữa mức độ đau và chất lượng sống sau điều trị

Phân loại chức năng	Điểm trung bình		p
	Đau ≤ 5	Đau > 5	
Chức năng thể chất	Đau ≤ 5	65,3	= 0,363
	Đau > 5	61,2	
Chức năng hoạt động	Đau ≤ 5	62,3	< 0,001
	Đau > 5	46,4	
Chức năng nhận thức	Đau ≤ 5	71,9	< 0,001
	Đau > 5	55,1	
Chức năng xã hội	Đau ≤ 5	66,7	= 0,768
	Đau > 5	67,4	
Chức năng cảm xúc	Đau ≤ 5	65,4	< 0,001
	Đau > 5	42,8	
Sức khỏe tổng quát	Đau ≤ 5	54,8	0,045
	Đau > 5	61,6	

19 BN có điểm số đau từ 2 đến 5 và 23 BN có điểm đau từ 6 đến 9 được phân tích tương quan sau điều trị thấy chức năng thể chất và chức năng xã hội không có sự khác biệt; còn chức năng hoạt động, nhận thức, cảm xúc và sức khỏe tổng quát có sự khác biệt rõ khi so sánh với mức độ đau (Bảng 3.4).

Bảng 3.5. Mối tương quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học với chất lượng sống sau điều trị

Biến số	Thể chất	Hoạt động	Nhận thức	Xã hội	Cảm xúc	Tổng quát
Nam	61,8	52,9	59,2	67,8	52,0	58,3
Nữ	65,6	55,1	70,5	65,4	55,1	58,9
p	0,435	0,636	0,023	0,357	0,547	0,863
Kinh	63,1	57,6	64,6	66,7	57,9	55,2
Thiếu số	62,9	48,1	60,2	67,6	46,3	62,9
p	0,984	0,028	0,356	0,708	0,012	0,021
≤ 60 tuổi	69,0	52,9	64,7	67,6	50,0	63,7
Trên 60 tuổi	58,9	54,0	61,3	66,7	55,0	55,0
p	0,024	0,814	0,484	0,694	0,303	0,010
Ung thư gan	61,3	58,3	60,0	63,3	59,2	55,8
Ung thư phổi	53,3	46,7	58,3	71,7	51,7	56,7
K dạ dày	66,7	50,0	60,4	66,7	48,9	60,4
Khác	69,0	57,1	69,0	66,7	51,8	60,7
p	0,047	0,172	0,288	0,116	0,517	0,656

Với các yếu tố nhân khẩu học cho thấy khác biệt về giới với chức năng nhận thức; dân tộc Kinh có khác biệt rõ về chức năng hoạt động, cảm xúc và sức khỏe tổng quát; nhóm BN trẻ hơn (dưới 60) có chức năng thể chất và sức khỏe tổng quát tốt hơn; vị trí ung thư cũng làm cho khác biệt với chức năng thể chất (Bảng 3.5).

4. BÀN LUẬN

Đau do ung thư có nguồn gốc rất phức tạp với nhiều yếu tố, dẫn tới kiểm soát đau khó khăn trong ít nhất một phần tư bệnh nhân [1]. Đánh giá cẩn thận mức độ và nguyên nhân gây đau phải được thực hiện và sau đó được xử lý một cách toàn diện, thích ứng điều trị với từng nhu cầu cá nhân. Một số tiến bộ mới đây trong điều trị thuốc, kỹ thuật can thiệp và sự đa dạng của các phương pháp có thể là cần thiết [6], [7], [8]; có rất ít các thử nghiệm nghiêm ngặt được thực hiện và đau do ung thư còn nhiều ẩn số. Các chuyên khoa ung thư, chuyên gia chăm sóc giảm nhẹ và người sử dụng thuốc giảm đau phải làm việc cùng nhau để đạt sự kiểm soát đau tốt nhất có thể cho bệnh nhân ung thư.

Qua khảo sát 42 BN ung thư giai đoạn muộn, chúng tôi thấy tỷ lệ nam giới chiếm đa số, cũng như tuổi trung bình trên 50 tuổi, kết quả này cũng tương đồng với các nghiên

cứu trong nước [3], [9], [10]. Chúng tôi ghi nhận 100% các trường hợp đều không còn chỉ định điều trị triệt căn, cho nên các BN đều đau ở các mức độ khác nhau, không giống như các nghiên cứu khác, khi nghiên cứu toàn bộ BN ung thư [3], [4], [10]. Tuy nhiên, các trường hợp đau vừa và nặng (từ 6 điểm trở lên) khá tương đồng trong các nghiên cứu nói trên, của chúng tôi là 54,8% (23/42 trường hợp), điều này càng khẳng định vai trò quan trọng trong việc chăm sóc giảm nhẹ các BN ung thư giai đoạn muộn.

Việc sử dụng morphin giảm đau trong ung thư đã được Bộ Y tế quy định cụ thể và các cơ sở điều trị ung thư nên mạnh dạn sử dụng để giảm đau cho những tháng cuối của cuộc đời ở BN ung thư giai đoạn muộn. Như phát hiện của Gao (2014) cho biết không phải yếu tố bệnh nhân đóng vai trò quan trọng trong sử dụng opioid ở phần cuối của cuộc sống; mà là sự cần thiết phải

đào tạo và giáo dục mà đi vượt ra ngoài cách tiếp cận của WHO được công nhận cho các nghiên cứu lâm sàng [11]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã sử dụng thuốc giảm đau theo hướng dẫn 3 bậc thang của WHO cho thấy hiệu quả giảm đau rõ rệt, khi số trường hợp đau vừa và nặng đã giảm từ 23 BN còn 20 trường hợp, không còn điểm đau là 9 (với $p = 0,002$). Kết quả này tương tự với tác giả M.M. Hương (2012) khi dùng morphin uống giảm 50% các trường hợp đau nặng [9], hay của tác giả V.V. Vũ (2009) cải thiện đau với 74,9% [10].

Để đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS), chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi 30 câu của EORTC thấy rằng các câu hỏi đa số đã được phân phối chuẩn (qua điểm số độ xiên-skewness đều dao động từ -1 đến +1, ngoại trừ chức năng xã hội và triệu chứng khó thở), có thể do số BN bị ung thư phổi trong nghiên cứu khá cao. Điều này cần được bổ sung bằng các bộ câu hỏi chuyên biệt cho các vị trí ung thư, như QLQ-LC13 cho ung thư phổi [12], QLQ-H&N35 cho ung thư đầu cổ [13], QLQ-STO22 cho ung thư dạ dày... Qua kết quả phân tích chúng tôi thấy điểm số sức khỏe tổng quát đạt 51,8; điểm trung bình các chức năng đạt 40,5 (từ 28,9 đến 55,2). Kết quả này thấp hơn của tác giả B.V. Bình (2015) với điểm sức khỏe chung đạt 47,0, tuy nhiên tác giả Bình đã sử dụng bộ câu hỏi FACT-G khác hơn so với QLQ-C30 và các BN đều có chỉ định điều trị triệt căn, nên điểm số có cao hơn của chúng tôi [3]. Tác giả V.V. Vũ (2010) cho kết quả điểm số các chức năng từ 33,3 đến 66,6; cao hơn của chúng tôi vì nghiên cứu đó đã tiến hành với tất cả BN trong giai đoạn nghiên cứu, có nhiều BN không có triệu chứng đau (26%) [10].

Hiệu quả sau cắt ngang 1 tuần điều trị giảm đau với các đối tượng nghiên cứu, chúng tôi thấy tất cả các vấn đề về CLCS đều được cải thiện tốt hơn có ý nghĩa thống

kê (với $p < 0,05$), khi điểm số sức khỏe tổng quát nâng lên thành 58,5; điểm trung bình các chức năng tăng lên thành 59,9; các triệu chứng đơn cũng được cải thiện, ngoại trừ khó khăn tài chính không có sự khác biệt (Bảng 3.3). Kết quả này tương tự với hầu hết các nghiên cứu đã công bố, song đây chỉ theo dõi với thời gian ngắn cho nên để đảm bảo tính bền vững về CLCS cần có quy định chăm sóc giảm nhẹ BN ung thư giai đoạn muộn tại nhà (out-patients home care), lúc đó vai trò bác sĩ gia đình và/hoặc nhân viên trạm y tế rất quan trọng. Kết quả bảng 3.4 cho thấy mức độ đau nặng có cải thiện rõ rệt sau điều trị về chức năng hoạt động, nhận thức, cảm xúc và sức khỏe tổng quát; hai chức năng thể chất, xã hội không được cải thiện có ý nghĩa. Kết quả này khác đôi chút với nghiên cứu của V.V. Vũ (2010) khi tất cả các chức năng đều được cải thiện có ý nghĩa [10]. Sự khác biệt này có lẽ do cỡ mẫu nghiên cứu thấp, tỷ lệ dân tộc thiểu số cao, tất cả đều chỉ định điều trị triệu chứng. Khi tiến hành so sánh các yếu tố nhân khẩu học (Bảng 3.5), chúng tôi thấy giới tính; dân tộc; nhóm tuổi; vị trí ung thư có ảnh hưởng có ý nghĩa đối với từng mặt của CLCS, cao nhất với yếu tố dân tộc khi có 3/6 yếu tố có sự khác biệt. Kết quả này có phần tương đồng với V.V. Vũ (2010) khi giới tính nữ có cảm nhận đau cao hơn so với nam [10], khác kết quả của B.V. Bình (2015) khi vị trí ung thư không có sự khác biệt về CLCS [3].

Chúng tôi nhận thấy, cỡ mẫu khảo sát ít, thời gian đánh giá không đủ dài, chưa có sự so sánh giữa các vị trí ung thư, song đây cũng là kết quả tham khảo để các cơ sở điều trị ung thư mạnh dạn sử dụng thuốc giảm đau (đặc biệt opioid) để chăm sóc giảm nhẹ ung thư. Ngoài ra, kết quả cũng gợi mở việc chăm sóc tại nhà BN ung thư giai đoạn muộn, cũng như các biện pháp can thiệp khác về dinh dưỡng, chăm sóc tâm lý, tập luyện thể chất...sau điều trị triệt căn bệnh

ung thư. Đây cũng là hướng nghiên cứu trong tương lai của nhóm tác giả. Tương tự như nhận định của Poulin (2016) cho thấy rằng sự quan tâm (mindfulness) có liên quan đến điều chỉnh tốt hơn đau thần kinh mạn tính do ung thư, từ đó cải thiện CLCS [14].

5. KẾT LUẬN

29 BN là nam giới, tỷ lệ nam/nữ là 2,1/1; tuổi trung bình 63,2; dân tộc Kinh chiếm 59,5%. 100% BN có đau, trong đó đau vừa và nặng (từ 6-10 điểm) chiếm 54,8%. Hiệu quả giảm đau khác biệt rõ rệt có ý nghĩa sau 1 tuần điều trị (đau vừa và nặng còn 47,6%; $p=0,002$). Điểm sức khỏe tổng quát đạt mức trung bình 51,8 điểm; các điểm chức năng đạt trung bình 40,5 điểm (28,9-55,2); các điểm triệu chứng đơn từ 28,6-81,7 điểm.

Sau 1 tuần điều trị các điểm số chất lượng cuộc sống đều được cải thiện có ý nghĩa thống kê; điểm số sức khỏe tổng quát tăng lên 58,5 điểm. Mức độ đau ảnh hưởng đến chất lượng sống về chức năng hoạt động, nhận thức, cảm xúc, sức khỏe chung. Khi so chất lượng sống và các yếu tố khác: Có sự khác biệt về điểm số nhận thức giữa nam và nữ; dân tộc Kinh khác biệt với dân tộc thiểu số về chức năng hoạt động, cảm xúc và sức khỏe tổng quát; nhóm tuổi dưới 60 có chức năng hoạt động và sức khỏe chung tốt hơn; và vị trí ung thư cũng khiến chức năng thể chất có sự khác biệt ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Vũ Bình, Đỗ Thị Ánh, Dương Tiến Đình và cs (2015), “Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội năm 2015”, *Báo cáo Hội nghị khoa học chào mừng 65 năm truyền thống Bệnh viện quân y 103*.

2. Mã Minh Hương (2009), “Điều trị giảm đau cho bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến xa tại Khoa điều trị triệu chứng và giảm đau, Bệnh viện Chợ Rẫy”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 13 (6), tr. 797-805.

3. Lê Thị Xuân Trang, Nguyễn Ngọc Khôi, Đặng Huy Quốc Thịnh và cs (2015), “Khảo sát hiệu quả giảm đau trên bệnh nhân ung thư trong tuần đầu tiên điều trị tại khoa Chăm sóc giảm nhẹ-Bệnh viện Ung bướu TP HCM”, *Tạp chí Ung thư học*, 5, tr. 316-329.

4. Mã Minh Hương, Nguyễn Phi Hùng, Ngô Minh Thuận và cs (2012), “Đặc điểm đau và đáp ứng với thuốc giảm đau ở bệnh nhân ung thư”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 16 (Phụ bản số 2), tr. 138-144.

5. Vũ Văn Vũ, Võ Thị Xuân Hạnh, Phạm Thị Thanh Giang và cs (2010), “Khảo sát tình trạng đau và chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến xa tại Bệnh viện Ung bướu TP HCM 7/2009-7/2010”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 14 (Phụ bản số 4), tr. 811-822.

6. Phạm Cẩm Phương, Trần Bảo Ngọc và cs (2015), “Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị đích tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bạch Mai”, *Tạp chí Ung thư học*, 5, tr. 86-91.

7. Trần Bảo Ngọc, Bùi Diệu, Nguyễn Tuyết Mai (2012), “Chất lượng cuộc sống 71 bệnh nhân ung thư đầu cổ giai đoạn muộn sau hóa xạ trị tuần tự sử dụng bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 và QLQ-H&N35”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 1 (405), tr. 116-119.

8. Poulin PA, Romanow HC, Rahbari N, et al. (2016), “The relationship between mindfulness, pain intensity, pain catastrophizing, depression, and quality of life among cancer survivors living with chronic neuropathic pain”, *Support Care Cancer*, 24 (10), pp. 4167-4175.