ĐẶC ĐIỂM TRIỆU CHỨNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Nguyễn Thanh Hương[1]
Nguyễn Thị Khánh[2]
Hoàng Lan Vân[3]
Hoàng Thị Xuân Hương[3]
Lê Tuấn Anh[1]
Trần Thị Thu[1]
Lê Thị Minh[1]

[1] Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

[2] Trường Điều dưỡng Nethersole, Đại học Trung Văn Hồng Công

[3] Khoa Điều dưỡng - Trường Y Dược Phenikaa, Đại học Phenikaa

Tác giả chịu trách nhiệm
Nguyễn Thị Khánh
Trường Điều dưỡng Nethersole, Đại học Trung Văn Hồng Công
Email: khanhnguyen@cuhk.edu.hk

Ngày nhận bài: 27/08/2026
Ngày phản biện: 04/10/2026
Ngày đồng ý đăng: 16/10/2026

DOI: 10.52322/jocmbmh.155.0204

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm triệu chứng, chất lượng cuộc sống (CLCS) và xác định một số yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh ung thư đại trực tràng (UTĐTT) điều trị hóa chất.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 120 người bệnh được chẩn đoán xác định UTĐTT đang điều trị hóa chất tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ tháng 5 đến tháng 6 năm 2026. Triệu chứng được đo bằng thang MDASI-GI, chất lượng cuộc sống được đo bằng bộ công cụ EORTC QLQ-C30 và mô-đun QLQ-CR29. Mối liên quan giữa triệu chứng và CLCS được phân tích bằng hệ số tương quan Pearson và mô hình hồi quy tuyến tính đa biến.

Kết quả: Tuổi trung bình 64,2 ± 11,7; nam giới chiếm 53,3%; 73 người bệnh (60,8%) ở giai đoạn IV và 40 người bệnh (33,3%) có hậu môn nhân tạo (HMNT). Điểm sức khỏe/CLCS tổng quát ở mức trung bình (52,0 ± 14,3). Chức năng xã hội (52,9 ± 23,1) và chức năng hoạt động (59,0 ± 23,0) bị suy giảm nhiều nhất; chức năng nhận thức cao nhất (88,3 ± 17,0). Mục khó khăn tài chính có điểm cao nhất (64,2 ± 28,1). Các triệu chứng phổ biến nhất là lo lắng về sức khỏe tương lai (82,5%), tê/ngứa ran đầu chi (75,8%), yếu sức (74,2%), mệt mỏi và khô miệng (đều 70,0%). So sánh giữa các nhóm cho thấy điểm CLCS tổng quát khác biệt có ý nghĩa thống kê theo nhóm BMI ($p = 0,018$) và phác đồ điều trị ($p = 0,048$). Mức độ nặng và mức độ ảnh hưởng của triệu chứng (MDASI-GI) tương quan nghịch có ý nghĩa với CLCS chung và các lĩnh vực chức năng (r từ −0,29 đến −0,65; $p < 0,05$). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy mức độ ảnh hưởng của triệu chứng ($\beta = -0,41$), giai đoạn IV, trình độ học vấn và phác đồ điều trị là các yếu tố liên quan độc lập với CLCS chung ($p < 0,05$).

Kết luận: CLCS của người bệnh UTĐTT điều trị hóa chất ở mức trung bình. Gánh nặng triệu chứng – đặc biệt tê/ngứa ran đầu chi, mệt mỏi, mất ngủ và chán ăn – liên quan có ý nghĩa với suy giảm CLCS; lo lắng về sức khỏe tương lai và khó khăn

tài chính là những vấn đề nổi bật. Cần tăng cường sàng lọc, quản lý triệu chứng và hỗ trợ tâm lý – xã hội bằng thang đo chuẩn hóa trong chăm sóc điều dưỡng.

Từ khóa: *ung thư đại trực tràng, chất lượng cuộc sống, triệu chứng, hóa trị, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29, MDASI-GI*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những loại ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên toàn thế giới. Theo GLOBOCAN 2024, mỗi năm có hơn 2 triệu ca mắc mới (khoảng 9,9% tổng số ca ung thư). Tại Việt Nam, UTĐTT đứng thứ ba trong mười loại ung thư phổ biến nhất ở cả hai giới, với số ca mắc mới khoảng 22.542 ca/năm và số tử vong ngày càng gia tăng, bệnh đang trẻ hóa nhanh chóng [1].

Nhờ tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, thời gian sống thêm của người bệnh UTĐTT được kéo dài, kéo theo sự gia tăng nhóm người bệnh phải sống chung với bệnh và các tác dụng không mong muốn của điều trị. Hóa trị là phương pháp điều trị hệ thống quan trọng, nhưng đồng thời gây ra nhiều triệu chứng thực thể và tâm lý như mệt mỏi, buồn nôn, chán ăn, tê bì đầu chi, rối loạn giấc ngủ và lo lắng, tác động tiêu cực lên chất lượng cuộc sống (CLCS).

CLCS liên quan đến sức khỏe được Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa là những ảnh hưởng của bệnh tật và điều trị lên sự thoải mái về thể chất, tâm lý và xã hội của người bệnh. Đánh giá CLCS và gánh nặng triệu chứng là thành phần thiết yếu trong quản lý người bệnh ung thư, giúp nhân viên y tế xây dựng chiến lược chăm sóc phù hợp và cải thiện kết cục điều trị. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu mô tả đồng thời đặc điểm triệu chứng bằng thang MDASI-GI và CLCS bằng bộ công cụ chuyên biệt EORTC QLQ-C30/CR29 trên người bệnh UTĐTT điều trị hóa chất còn hạn chế.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu: ***(1) Mô tả đặc điểm triệu chứng và CLCS của người bệnh UTĐTT điều trị hóa chất; (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến CLCS của nhóm người bệnh này.***

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán xác định UTĐTT bằng mô bệnh học và đang điều trị hóa chất tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ tháng 5 đến tháng 6 năm 2026, đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán xác định UTĐTT, đang điều trị hóa chất ít nhất 1 chu kỳ, đủ sức khỏe và tỉnh táo để trả lời phỏng vấn, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh quá yếu hoặc có rối loạn nhận thức không thể hoàn thành bộ câu hỏi; người bệnh không hợp tác.

2.2. Thiết kế và cỡ mẫu

Nghiên cứu cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu tối thiểu cho mục tiêu phân tích được ước tính theo công thức cho hệ số tương quan: để phát hiện mối tương quan

mức trung bình (r = 0,3) với lực mẫu 80% và mức ý nghĩa hai phía α = 0,05, cần tối thiểu khoảng 84 người bệnh. Trong thời gian nghiên cứu, 120 người bệnh đủ tiêu chuẩn được mời tham gia, tất cả đồng ý và hoàn thành bộ câu hỏi.

2.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ EORTC QLQ-C30: gồm 30 câu hỏi đo lường 5 lĩnh vực chức năng (thể chất, hoạt động, cảm xúc, nhận thức, xã hội), thang sức khỏe/CLCS tổng quát, các thang triệu chứng và một số mục đơn (trong đó có mục khó khăn tài chính).

Mô-đun EORTC QLQ-CR29: gồm 29 câu hỏi đặc thù cho UTĐTT, đánh giá các triệu chứng tiết niệu, tiêu hóa, hình ảnh cơ thể, chức năng tình dục và các vấn đề liên quan đến hậu môn nhân tạo (HMNT). Điểm thô của QLQ-C30/CR29 được quy đổi tuyến tính về thang 0–100 theo sổ tay hướng dẫn tính điểm của EORTC. Với thang chức năng và sức khỏe/CLCS tổng quát, điểm càng cao thể hiện chức năng/CLCS càng tốt; với thang triệu chứng và các mục vấn đề, điểm càng cao thể hiện mức độ càng trầm trọng.

Thang đánh giá triệu chứng MDASI-GI (MD Anderson Symptom Inventory – Gastrointestinal): phiên bản tiếng Việt gồm 13 mục triệu chứng cốt lõi và 5 mục triệu chứng đặc thù đường tiêu hóa, cùng 6 mục đánh giá mức độ ảnh hưởng của triệu chứng đến sinh hoạt; mỗi mục chấm điểm từ 0 (không có) đến 10 (nặng nhất/ảnh hưởng nhiều nhất), điểm càng cao thể hiện triệu chứng càng nặng. Các bộ công cụ EORTC được sử dụng theo phiên bản tiếng Việt chính thức được EORTC cấp phép; MDASI-GI sử dụng phiên bản tiếng Việt đã được dịch và thích ứng ngôn ngữ. Độ tin cậy tính trên mẫu nghiên cứu đạt Cronbach's α = 0,842 cho nhóm mục triệu chứng và 0,859 cho nhóm mục ảnh hưởng. Người bệnh được phỏng vấn trực tiếp một lần trong thời gian điều trị nội trú của chu kỳ hóa chất.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê PSPP. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn (Mean ± SD). Tỷ lệ hiện mắc triệu chứng được xác định theo tỷ lệ người bệnh có điểm dương tính trên từng mục. Phân phối của biến định lượng được kiểm tra bằng biểu đồ và kiểm định Shapiro-Wilk. So sánh điểm CLCS giữa hai nhóm bằng kiểm định t độc lập (hoặc Mann-Whitney khi phân phối không chuẩn), giữa nhiều nhóm bằng phân tích phương sai một yếu tố ANOVA (hoặc Kruskal-Wallis). Biến phụ thuộc chính là điểm sức khỏe/CLCS tổng quát (QLQ-C30, thang 0–100, liên tục). Phác đồ điều trị được phân thành hai nhóm: hóa chất đơn thuần và hóa chất kết hợp thuốc đích/miễn dịch. Mối liên quan giữa mức độ triệu chứng (MDASI-GI) và các lĩnh vực CLCS được đánh giá bằng hệ số tương quan Pearson (r). Các yếu tố liên quan độc lập với điểm CLCS tổng quát được xác định bằng mô hình hồi quy tuyến tính đa biến (đưa vào đồng thời các biến nhân khẩu học, lâm sàng, điều trị và điểm triệu chứng), báo cáo hệ số B, khoảng tin cậy 95% (95%CI), hệ số chuẩn hóa β và giá trị p; đa cộng tuyến được kiểm tra bằng hệ số phóng đại phương sai (VIF). Dữ liệu thiếu được xử lý theo nguyên tắc phân tích trên các trường hợp có đủ thông tin. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội thông qua theo Quyết định số 85/CN-HĐĐĐ ngày 20 tháng 5 năm 2026.

Nhóm nghiên cứu giải thích rõ mục đích khảo sát; nghiên cứu chỉ tiến hành khi người bệnh tự nguyện đồng ý. Thông tin cá nhân được giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 64,2 ± 11,7 tuổi; nhóm > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%), nhóm 41–60 tuổi chiếm 23,3%. Nam giới chiếm ưu thế nhẹ (53,3%). Chỉ số khối cơ thể (BMI) chủ yếu ở mức bình thường (70,8%). Ung thư đại tràng chiếm 60,0% và trực tràng 40,0%. Có 40 người bệnh (33,3%) mang HMNT, trong đó HMNT vĩnh viễn chiếm 25,8% tổng số người bệnh. Phần lớn người bệnh ở giai đoạn IV (60,8%), giai đoạn II–III chiếm 39,2%. Về số chu kỳ hóa chất, nhóm 1–4 chu kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất (44,2%), tiếp theo là nhóm 5–8 chu kỳ (30,8%). Về phác đồ, 74 người bệnh (61,7%) điều trị hóa chất đơn thuần và 46 người bệnh (38,3%) điều trị phác đồ kết hợp thuốc đích/miễn dịch.

3.2. Đặc điểm triệu chứng theo thang điểm MDASI-GI

Điểm trung bình mức độ nặng của triệu chứng (MDASI-GI) là 1,39 ± 1,11 và điểm mức độ ảnh hưởng của triệu chứng là 2,27 ± 1,72 (thang 0–10).

Bảng 1. Mức độ nặng và tỷ lệ hiện mắc các triệu chứng theo thang MDASI-GI (n = 120)

Triệu chứng	Điểm TB ± ĐLC	Tỷ lệ hiện mắc (%)	Mức độ TB–nặng (%)
Tê/ngứa ran đầu chi	3,24 ± 2,39	75,8	28,3
Mất ngủ	3,17 ± 2,98	63,3	39,2
Mệt mỏi	2,74 ± 2,38	70,0	23,3
Khô miệng	2,52 ± 2,05	70,0	15,8
Chán ăn	2,42 ± 2,66	57,5	17,5
Buồn bã	1,62 ± 1,86	65,8	10,8
Buồn ngủ	1,14 ± 1,68	41,7	5,0
Đau	1,13 ± 2,08	25,8	10,0
Đầy hơi	1,12 ± 1,83	37,5	2,5
Bực bội/khó chịu	0,99 ± 1,49	40,0	2,5
Thay đổi khẩu vị	0,89 ± 1,66	30,0	4,2
Buồn nôn	0,83 ± 2,16	17,5	6,7
Khó ghi nhớ	0,81 ± 1,46	28,3	5,0
Táo bón	0,68 ± 1,50	21,7	5,0
Nôn mửa	0,53 ± 1,86	10,0	6,7
Khó nuốt	0,52 ± 1,54	14,2	4,2
Tiêu chảy	0,45 ± 1,21	15,0	1,7
Khó thở	0,17 ± 0,81	5,8	1,7

Ghi chú: Tỷ lệ hiện mắc = tỷ lệ người bệnh có điểm > 0; Mức độ trung bình – nặng = tỷ lệ người bệnh có điểm ≥ 5.

Năm triệu chứng trầm trọng nhất theo MDASI-GI là tê/ngứa ran đầu chi (3,24 ± 2,39),

mất ngủ (3,17 ± 2,98), mệt mỏi (2,74 ± 2,38), khô miệng (2,52 ± 2,05) và chán ăn (2,42 ± 2,66). Tê/ngứa ran đầu chi là triệu chứng phổ biến nhất (75,8%; 28,3% ở mức trung bình – nặng); mất ngủ có tỷ lệ mức độ trung bình – nặng cao nhất (39,2%).

Bảng 2. Mức độ ảnh hưởng của triệu chứng đến sinh hoạt (MDASI-GI, n = 120)

Khía cạnh bị ảnh hưởng	Điểm TB ± ĐLC (0–10)
Tận hưởng cuộc sống	4,35 ± 2,48
Sinh hoạt hàng ngày	2,34 ± 2,02
Công việc	2,15 ± 2,29
Tâm trạng	2,06 ± 2,01
Đi lại	1,52 ± 1,87
Quan hệ với mọi người	1,20 ± 1,79

Triệu chứng ảnh hưởng nhiều nhất đến khía cạnh "tận hưởng cuộc sống" (4,35 ± 2,48), tiếp theo là sinh hoạt hàng ngày (2,34 ± 2,02) và công việc (2,15 ± 2,29).

3.3. Tỷ lệ hiện mắc một số triệu chứng nổi bật

Bảng 3. Tỷ lệ hiện mắc và mức độ của một số triệu chứng (n = 120)

Bộ công cụ	Triệu chứng	Có triệu chứng (%)	Mức độ nhiều/nặng (%)
QLQ-CR29	Lo lắng sức khỏe tương lai	82,5	51,7
	Khô miệng	55,8	10,0
	Rụng tóc	50,0	10,0
MDASI-GI	Tê/ngứa ran đầu chi	75,8	28,3
	Mệt mỏi	70,0	23,3
	Khô miệng	70,0	15,8
	Chán ăn	57,5	17,5
	Mất ngủ	63,3	39,2
QLQ-C30	Yếu sức	74,2	25,0
	Mất ngủ	40,8	19,2
	Mệt mỏi	40,8	12,5
	Chán ăn	31,7	10,0

Ghi chú: MDASI-GI và QLQ-C30 có cách hỏi và chấm điểm khác nhau (MDASI-GI đánh giá mức độ triệu chứng trong 24 giờ qua theo thang 0–10; QLQ-C30 đánh giá trong tuần qua theo thang 4 mức), nên tỷ lệ hiện mắc của cùng một triệu chứng (ví dụ mất ngủ: 63,3% theo MDASI-GI so với 40,8% theo QLQ-C30) không thể thay thế cho nhau mà chỉ mang tính tham khảo bổ sung.

Lo lắng về sức khỏe tương lai là triệu chứng phổ biến nhất (82,5%; 51,7% ở mức nhiều/nặng). Các triệu chứng liên quan độc tính hóa chất cũng thường gặp: tê/ngứa ran đầu chi (75,8%), yếu sức (74,2%), mệt mỏi và khô miệng (đều 70,0% theo MDASI-GI), rụng tóc (50,0%). Xét về

mức độ, mất ngủ (39,2% mức trung bình – nặng) và tê/ngứa ran đầu chi (28,3%) là hai triệu chứng có tỷ lệ nặng cao nhất theo MDASI-GI.

3.4. Chất lượng cuộc sống theo bộ công cụ EORTC QLQ-C30, QLQ-CR29

Bảng 4. Điểm các lĩnh vực chất lượng cuộc sống theo QLQ-C30, QLQ-CR29 (thang 0–100, n = 120)

Lĩnh vực	Điểm TB ± ĐLC
Lĩnh vực chức năng và sức khỏe tổng quát (điểm cao = tốt hơn)	
Sức khỏe/CLCS tổng quát	52,0 ± 14,3
Chức năng thể chất	75,1 ± 18,1
Chức năng hoạt động	59,0 ± 23,0
Chức năng cảm xúc	80,3 ± 19,3
Chức năng nhận thức	88,3 ± 17,0
Chức năng xã hội	52,9 ± 23,1
Thang triệu chứng và các mục vấn đề (điểm cao = nặng/nhiều hơn)	
Mệt mỏi	28,1 ± 24,9
Buồn nôn/nôn	4,3 ± 15,7
Đau	14,0 ± 22,5
Khó thở	1,7 ± 10,5
Mất ngủ	20,8 ± 28,4
Chán ăn	14,2 ± 23,1
Táo bón	7,2 ± 18,9
Tiêu chảy	4,7 ± 13,9
Khó khăn tài chính (mục vấn đề tài chính)	64,2 ± 28,1
Rối loạn tiểu tiện (tần suất)	28,9 ± 26,5
Rò nước tiểu	3,1 ± 12,2
Đau khi tiểu	3,9 ± 12,4
Đau bụng	5,8 ± 16,0
Đau mông/hậu môn	10,0 ± 20,5
Bụng phình	4,2 ± 11,9
Máu trong phân	0,3 ± 3,0
Nhày trong phân	5,8 ± 12,7
Khô miệng	21,9 ± 21,8
Rụng tóc do điều trị	20,6 ± 23,7
Vấn đề vị giác	10,6 ± 21,6
Lo lắng sức khỏe tương lai	47,2 ± 28,9
Lo lắng cân nặng	14,4 ± 21,1
Hình ảnh cơ thể (chức năng)	89,5 ± 17,7

Lĩnh vực	Điểm TB ± ĐLC
Vấn đề chăm sóc HMNT (nhóm có HMNT)	32,7 ± 15,6
Vấn đề đại tiện (nhóm không HMNT)	17,4 ± 11,6

Ghi chú: khó khăn tài chính là một mục vấn đề tài chính của QLQ-C30, không phải triệu chứng thực thể. Hình ảnh cơ thể là thang chức năng của QLQ-CR29 (điểm cao = tốt hơn).

Điểm sức khỏe/CLCS tổng quát ở mức trung bình (52,0 ± 14,3). Chức năng nhận thức đạt điểm cao nhất (88,3 ± 17,0) và chức năng cảm xúc khá cao (80,3 ± 19,3); ngược lại, chức năng xã hội (52,9 ± 23,1) và chức năng hoạt động (59,0 ± 23,0) bị suy giảm nhiều nhất. Trong các thang triệu chứng và mục vấn đề, mục khó khăn tài chính có điểm cao nhất (64,2 ± 28,1); tiếp theo là mệt mỏi (28,1 ± 24,9) và mất ngủ (20,8 ± 28,4). Theo QLQ-CR29, hình ảnh cơ thể có điểm cao (89,5 ± 17,7); lo lắng về sức khỏe tương lai (47,2 ± 28,9) và rối loạn tiểu tiện (28,9 ± 26,5) là nổi bật nhất.

3.5. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống

Bảng 5. So sánh điểm CLCS và triệu chứng theo tình trạng hậu môn nhân tạo

Điểm CLCS / triệu chứng	Có HMNT (n = 40)	Không HMNT (n = 80)	p
QoL tổng quát	51,2 ± 16,1	52,4 ± 13,4	0,699
CN Thể chất	73,8 ± 18,0	75,8 ± 18,3	0,586
CN Hoạt động	57,1 ± 19,6	60,0 ± 24,5	0,482
CN Cảm xúc	82,7 ± 16,9	79,1 ± 20,4	0,303
CN Xã hội	50,8 ± 20,0	54,0 ± 24,6	0,457
TC Mệt mỏi	24,7 ± 19,1	29,9 ± 27,3	0,233
MDASI mức độ nặng	1,4 ± 0,8	1,4 ± 1,2	0,942
MDASI mức độ ảnh hưởng	2,3 ± 1,4	2,3 ± 1,9	0,919

CN: chức năng; TC: triệu chứng (QLQ-C30); QoL tổng quát: điểm sức khỏe/CLCS tổng quát (QLQ-C30); MDASI: điểm trung bình MDASI-GI (thang 0–10).

Bảng 6. So sánh điểm CLCS và triệu chứng theo giai đoạn bệnh

Điểm CLCS / triệu chứng	Giai đoạn II–III (n = 47)	Giai đoạn IV (n = 73)	p
QoL tổng quát	54,1 ± 16,5	50,7 ± 12,6	0,233
CN Thể chất	76,7 ± 15,5	74,1 ± 19,7	0,409
CN Hoạt động	63,1 ± 25,0	56,4 ± 21,3	0,132
CN Cảm xúc	76,6 ± 20,2	82,6 ± 18,5	0,101
CN Xã hội	52,8 ± 22,1	53,0 ± 24,0	0,976
TC Mệt mỏi	28,4 ± 26,4	28,0 ± 24,0	0,940
MDASI mức độ nặng	1,3 ± 1,0	1,5 ± 1,2	0,377
MDASI mức độ ảnh hưởng	2,0 ± 1,7	2,4 ± 1,7	0,199

CN: chức năng; TC: triệu chứng (QLQ-C30); QoL tổng quát: điểm sức khỏe/CLCS tổng quát (QLQ-C30); MDASI: điểm trung bình MDASI-GI (thang 0–10).

Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê về CLCS giữa nhóm có và không có HMNT, giữa các giai đoạn bệnh và theo vị trí u (p > 0,05).

Bảng 7. So sánh điểm sức khỏe/CLCS chung theo một số đặc điểm của người bệnh

Đặc điểm	Phân nhóm	n	CLCS chung (TB ± ĐLC)	p
Nhóm tuổi	≤ 60	32	49,2 ± 13,8	0,191
	> 60	88	53,0 ± 14,4	
Giới	Nam	64	54,2 ± 14,5	0,077
	Nữ	56	49,6 ± 13,8	
Học vấn	≤ THPT	98	50,9 ± 14,0	0,101
	≥ Trung cấp	22	56,8 ± 14,9	
Nơi cư trú	Nông thôn	47	49,3 ± 15,6	0,107
	Thành thị	73	53,8 ± 13,2	
BMI	Gầy (< 18,5)	16	42,7 ± 14,9	0,018
	Bình thường	85	53,3 ± 13,5	
	Thừa cân/béo	19	53,9 ± 15,1	
Số chu kỳ hóa chất	1–4 chu kỳ	53	51,3 ± 13,0	0,876
	5–8 chu kỳ	37	52,7 ± 16,6	
	≥ 9 chu kỳ	30	52,5 ± 13,9	
Phác đồ	Hóa chất đơn thuần	74	49,9 ± 13,0	0,048
	Kết hợp đích/miễn dịch	46	55,4 ± 15,7	
Vị trí u	Đại tràng	72	51,0 ± 11,5	0,403
	Trực tràng	48	53,5 ± 17,7	

Kiểm định t độc lập (2 nhóm) hoặc ANOVA (≥ 3 nhóm) với điểm CLCS chung.

Chỉ BMI (p = 0,018) và phác đồ điều trị (p = 0,048) khác biệt có ý nghĩa về CLCS chung: người bệnh nhẹ cân có CLCS thấp hơn, người dùng phác đồ kết hợp thuốc đích/miễn dịch có CLCS cao hơn. Các đặc điểm còn lại – gồm cả số chu kỳ hóa chất – không khác biệt (p > 0,05).

Bảng 8. Tương quan giữa mức độ triệu chứng (MDASI-GI) và các lĩnh vực CLCS (hệ số Pearson r, n = 120)

Triệu chứng	CLCS chung	CN thể chất	CN hoạt động	CN cảm xúc	CN nhận thức	CN xã hội
MDASI mức độ nặng	–0,44***	–0,65***	–0,40***	–0,47***	–0,35***	–0,29**
MDASI mức độ ảnh hưởng	–0,46***	–0,65***	–0,64***	–0,59***	–0,41***	–0,54***
Mệt mỏi	–0,44***	–0,57***	–0,41***	–0,38***	–0,28**	–0,37***
Chán ăn	–0,37***	–0,49***	–0,30***	–0,28**	–0,17	–0,22*
Mất ngủ	–0,35***	–0,30***	–0,18*	–0,19*	–0,21*	–0,24**
Buồn bã	–0,34***	–0,38***	–0,30***	–0,50***	–0,27**	–0,26**
Tê/ngứa ran đầu chi	–0,34***	–0,46***	–0,34***	–0,27**	–0,24**	–0,30***

** p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001. Triệu chứng đơn lẻ theo thang MDASI-GI (0–10). CN: chức năng.*

Mức độ nặng và mức độ ảnh hưởng của triệu chứng tương quan nghịch có ý nghĩa với điểm CLCS chung và tất cả các lĩnh vực chức năng (r từ −0,29 đến −0,65; p < 0,05). Tương quan mạnh nhất là giữa mức độ ảnh hưởng của triệu chứng với chức năng thể chất (r = −0,65), chức năng hoạt động (r = −0,64) và chức năng cảm xúc (r = −0,59). Trong các triệu chứng đơn lẻ, mệt mỏi có tương quan mạnh nhất với CLCS chung (r = −0,44).

Bảng 9. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến các yếu tố liên quan đến điểm sức khỏe/CLCS chung (n = 120)

Biến độc lập	B	95%CI của B	β	p
Mức độ ảnh hưởng của triệu chứng (+1 điểm)	−3,42	−4,91 đến −1,93	−0,41	< 0,001
Giai đoạn IV (so với II–III)	−5,00	−9,92 đến −0,08	−0,17	0,047
Học vấn ≥ trung cấp	6,47	0,28 đến 12,65	0,18	0,041
Phác đồ kết hợp đích/miễn dịch	5,70	0,82 đến 10,58	0,19	0,023
Nữ (so với nam)	−3,07	−7,82 đến 1,68	−0,11	0,203
Sống ở thành thị	3,24	−1,65 đến 8,13	0,11	0,192
BMI < 18,5	−3,31	−10,06 đến 3,45	−0,08	0,334
Có HMNT	−0,59	−5,31 đến 4,12	−0,02	0,803
Tuổi (+1 năm)	0,02	−0,19 đến 0,23	0,01	0,873
Lo lắng sức khỏe tương lai (+1 điểm)	−0,05	−0,14 đến 0,04	−0,10	0,255

R^2 = 0,368; R^2 hiệu chỉnh = 0,310; p (mô hình) < 0,001; VIF các biến đều < 1,5.

Mô hình gồm 10 biến giải thích được 36,8% sự biến thiên của điểm CLCS chung (p < 0,001). Mức độ ảnh hưởng của triệu chứng là yếu tố liên quan độc lập mạnh nhất (β = −0,41; p < 0,001). Sau khi hiệu chỉnh, giai đoạn IV liên quan với CLCS thấp hơn (p = 0,047), trong khi học vấn từ trung cấp trở lên (p = 0,041) và phác đồ kết hợp thuốc đích/miễn dịch (p = 0,023) liên quan với CLCS cao hơn. Các yếu tố còn lại không còn liên quan sau hiệu chỉnh (p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 120 người bệnh UTĐTT điều trị hóa chất ghi nhận tuổi trung bình 64,2 ± 11,7 (73,3% trên 60 tuổi), phù hợp đặc điểm dịch tễ và tương đồng với Nguyễn Tô Quỳnh Châu (65,3) [2], Đặng Quốc Sỹ [3], Tabesh [4] và Russell [5]. Một đặc điểm nổi bật là tỷ lệ bệnh giai đoạn muộn cao (60,8% giai đoạn IV), phản ánh gánh nặng điều trị lớn của quần thể nghiên cứu.

Điểm sức khỏe/CLCS tổng quát ở mức trung bình (52,0 ± 14,3), tương đồng với Nguyễn Tô Quỳnh Châu (51,96) [2] và Tabesh (54,61; hơn 50% ở mức kém) [4], thấp hơn nghiên cứu dùng SF-36 của Phạm Hồng Nam (73,0) [6]; chênh lệch chủ yếu do khác biệt công cụ đo và giai đoạn bệnh. Chức năng xã hội (52,9) và hoạt động (59,0) suy giảm nhiều nhất, tương đồng với Nguyễn Tô Quỳnh Châu [2]; Russell cũng ghi nhận chức năng vai trò, nhận thức và xã hội suy giảm có ý nghĩa so với dân số chung, liên quan gánh nặng triệu chứng thực thể [5].

Khó khăn tài chính (một mục vấn đề tài chính của QLQ-C30, không phải triệu chứng thực thể) có điểm cao nhất (64,2), phù hợp Nguyễn Tô Quỳnh Châu [2] và Russell [5]. Bối

cảnh nhiều người bệnh giai đoạn muộn, điều trị kéo dài và chi phí lớn khiến gánh nặng này nổi bật, cần được quan tâm khi xây dựng chính sách hỗ trợ chi trả.

Về triệu chứng, lo lắng về sức khỏe tương lai phổ biến nhất (82,5%). Tê/ngứa ran đầu chi vừa phổ biến vừa nặng nhất theo MDASI-GI (3,24; 75,8%), có thể liên quan đến độc tính thần kinh ngoại vi của các phác đồ chứa oxaliplatin (FOLFOX, XELOX) vốn thường kéo dài và khó hồi phục; nghiên cứu này chưa phân tích riêng theo thành phần phác đồ hóa chất. Tỷ lệ mệt mỏi và chán ăn cao phù hợp với Mello (mệt mỏi 47,41%, chán ăn 44,83%) [7] và Nguyễn Tô Quỳnh Châu [2]. Triệu chứng ảnh hưởng nhiều nhất đến việc "tận hưởng cuộc sống" (4,35), cho thấy gánh nặng triệu chứng tác động sâu đến trải nghiệm sống, không chỉ thể chất.

Phân tích tương quan cho thấy mức độ nặng và mức độ ảnh hưởng của triệu chứng tương quan nghịch có ý nghĩa với tất cả các lĩnh vực CLCS (r từ −0,29 đến −0,65), trong đó mệt mỏi là triệu chứng đơn lẻ liên quan mạnh nhất (r = −0,44). Kết quả này phù hợp với Johansson (mệt mỏi và tiêu chảy là yếu tố dự báo làm giảm CLCS) [8] và Russell (triệu chứng tâm lý tương quan nghịch với cả năm lĩnh vực chức năng) [5].

Trong mô hình hồi quy đa biến, mức độ ảnh hưởng của triệu chứng là yếu tố liên quan độc lập mạnh nhất với CLCS chung (β = −0,41). Giai đoạn IV liên quan với CLCS thấp hơn sau hiệu chỉnh (p = 0,047) dù so sánh đơn biến chưa có ý nghĩa; điều này có thể do phác đồ kết hợp thuốc đích/miễn dịch – vốn liên quan CLCS cao hơn – tập trung chủ yếu ở giai đoạn IV (37/46 người bệnh), làm lu mờ ảnh hưởng của giai đoạn trong phân tích đơn biến. Xu hướng CLCS giảm theo giai đoạn phù hợp với Phạm Hồng Nam [6], Tabesh [4] và Đặng Quốc Sỹ [3]. Học vấn cao và phác đồ thuốc đích liên quan CLCS tốt hơn, có thể phản ánh vai trò của điều kiện kinh tế – xã hội; đây là giả thuyết cần được kiểm chứng thêm. Người bệnh nhẹ cân có CLCS thấp nhất trong so sánh đơn biến (Bảng 7), nhưng khác biệt không còn ý nghĩa sau hiệu chỉnh (Bảng 9: p = 0,334); dù vậy, kết quả này có thể gợi ý cần sàng lọc và can thiệp dinh dưỡng sớm. Do thiết kế cắt ngang, các mối liên quan này không cho phép suy luận quan hệ nhân quả hay chiều tác động.

Không ghi nhận khác biệt CLCS theo tình trạng HMNT; nhóm có HMNT thậm chí có điểm cảm xúc cao hơn. Kết quả này khác với Tabesh, trong đó người bệnh có HMNT có điểm CLCS chung thấp hơn rõ so với người không có HMNT (49,7 ± 13,8 so với 67,6 ± 14,5; p < 0,001) [4]; khác biệt có thể liên quan đến thời điểm khảo sát (nghiên cứu của Tabesh khảo sát người bệnh trong hệ thống ghi nhận ung thư, còn nghiên cứu này khảo sát người bệnh đang hóa trị) và cỡ nhóm có HMNT còn nhỏ (n = 40). Tuy vậy, vấn đề chăm sóc HMNT vẫn hiện diện (32,7 điểm) nên cần tư vấn chuyên biệt. So sánh theo số chu kỳ hóa chất không khác biệt, có thể do mức độ triệu chứng còn phụ thuộc thời điểm đánh giá so với thời điểm truyền thuốc – một yếu tố chưa được chuẩn hóa trong nghiên cứu này.

Kết quả trên cho thấy vai trò của điều dưỡng gồm: sàng lọc triệu chứng định kỳ bằng thang đo chuẩn hóa (đặc biệt độc tính thần kinh ngoại vi, mất ngủ, mệt mỏi, chán ăn) ngay từ những chu kỳ hóa chất đầu, hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh nhẹ cân, chăm sóc và tư vấn HMNT, hỗ trợ tâm lý cho nỗi lo về sức khỏe tương lai, hỗ trợ xã hội và tư vấn giảm nhẹ gánh nặng tài chính và chuyển khám chuyên khoa khi triệu chứng vượt ngưỡng kiểm soát.

Hạn chế: thiết kế cắt ngang không cho phép xác định quan hệ nhân quả hay theo dõi diễn biến theo thời gian (như nghiên cứu dọc

MIRANDA [9]); cỡ mẫu còn hạn chế (n = 120) và chọn mẫu thuận tiện tại một cơ sở; số phép so sánh lớn làm tăng khả năng có kết quả ý nghĩa ngẫu nhiên, một số phân nhóm nhỏ và một số liên quan trong mô hình đa biến ở sát ngưỡng ý nghĩa nên cần thận trọng; thời điểm đánh giá triệu chứng so với chu kỳ truyền thuốc chưa được chuẩn hóa. Cần các nghiên cứu dọc, đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định các yếu tố liên quan.

5. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người bệnh UTĐTT điều trị hóa chất ở mức trung bình (52,0 ± 14,3), với chức năng xã hội và chức năng hoạt động bị suy giảm nhiều nhất, còn khó khăn tài chính là vấn đề nổi bật nhất. Các triệu chứng phổ biến nhất là lo lắng về sức khỏe tương lai (82,5%), tê/ngứa ran đầu chi (75,8%), yếu sức (74,2%), mệt mỏi và khô miệng (70,0%).

Gánh nặng triệu chứng tương quan nghịch có ý nghĩa với CLCS (r từ −0,29 đến −0,65); mệt mỏi là triệu chứng đơn lẻ liên quan nhiều nhất. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy mức độ ảnh hưởng của triệu chứng, giai đoạn IV, trình độ học vấn và phác đồ điều trị là các yếu tố liên quan độc lập với CLCS chung.

Để nâng cao CLCS cho người bệnh UTĐTT điều trị hóa chất, nhân viên y tế cần tăng cường sàng lọc và quản lý triệu chứng bằng thang đo chuẩn hóa (đặc biệt độc tính thần kinh ngoại vi, rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi và chán ăn), đồng thời chú trọng hỗ trợ dinh dưỡng, tâm lý và tư vấn giảm nhẹ gánh nặng tài chính trong suốt quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Filho AM, Laversanne M, et al. Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. *CA Cancer J Clin*. 2026;76(4):e70090. doi:10.3322/caac.70090
2. Nguyễn Tô Quỳnh Châu, Nguyễn Mạnh Tuấn, Nguyễn Thanh Nhài, Nguyễn Thị Ngân, Trần Bảo Ngọc. Quality of life among colorectal cancer patients at Thai Nguyen Oncology Center. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2021;62(4):97-104. doi:10.52163/yhcd.v62i4.116
3. Đặng Quốc Sỹ, Nguyễn Phục Hưng. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đại trực tràng điều trị nội trú tại hệ thống Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á năm 2022-2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023;(66):61-67. doi:10.58490/ctump.2023i66.1322
4. Tabesh E, Baninajarian S, Rahimi F, Ravankhah Z, Rezaeisadrabadi M, Soheilipour M. Investigating the quality of life and its associated factors in patients with colorectal cancer. *Adv Biomed Res*. 2025;14:140. doi:10.4103/abr.abr_648_24
5. Russell L, Gough K, Drosdowsky A, et al. Psychological distress, quality of life, symptoms and unmet needs of colorectal cancer survivors near the end of treatment. *J Cancer Surviv*. 2015;9(3):462-470. doi:10.1007/s11764-014-0422-y
6. Phạm Hồng Nam, Đặng Trần Ngọc Thanh. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;526(1A):207-211. doi:10.51298/vmj.v526i1A.5328
7. Mello MRSP, Moura SF, Muzi CD, Guimarães RM. Clinical evaluation and pattern of symptoms in colorectal cancer patients. *Arq Gastroenterol*. 2020;57(2):131-136. doi:10.1590/S0004-2803.202000000-24

8. Johansson AC, Axelsson M, Grankvist G, Berndtsson I, Brink E. Symptoms, illness perceptions, self-efficacy and health-related quality of life following colorectal cancer treatment. *Open J Nurs*. 2018;8(9):591-604. doi:10.4236/ojn.2018.89044

9. Vlaski T, Slavic M, Caspari R, et al. From a clustering of adverse symptoms after colorectal cancer therapy to chronic fatigue and low ability to work: a cohort study analysis with 3 months of follow-up. *Cancers (Basel)*. 2024;16(1):202. doi:10.3390/cancers16010202

ABSTRACT

SYMPTOM CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE AMONG COLORECTAL CANCER PATIENTS TREATED WITH CHEMOTHERAPY AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Objectives: To describe symptom characteristics, quality of life (QoL) and to identify factors associated with QoL among colorectal cancer (CRC) patients undergoing chemotherapy.

Subjects and methods: A cross-sectional study was conducted on 120 patients with a confirmed diagnosis of CRC receiving chemotherapy at Hanoi Oncology Hospital from May to June 2026. Symptoms were measured using the MDASI-GI; QoL was measured using the EORTC QLQ-C30 and the QLQ-CR29 module. Associations between symptoms and QoL were analyzed using Pearson correlation and multivariable linear regression.

Results: The mean age was 64.2 ± 11.7 years; males accounted for 53.3%; 73 (60.8%) patients were at stage IV and 40 (33.3%) had a stoma. The global health status/QoL score was moderate (52.0 ± 14.3). Social functioning (52.9 ± 23.1) and role functioning (59.0 ± 23.0) were the most impaired, while cognitive functioning was the highest (88.3 ± 17.0). Financial difficulties had the highest mean score (64.2 ± 28.1). The most common symptoms were worries about future health (82.5%), tingling/numbness in the extremities (75.8%), weakness (74.2%), fatigue and dry mouth (both 70.0%). Between-group comparisons showed statistically significant differences in global QoL scores across BMI categories ($p = 0.018$) and between treatment regimens ($p = 0.048$). Symptom severity and interference (MDASI-GI) were significantly and inversely correlated with global QoL and functional scales (r from −0.29 to −0.65; $p < 0.05$). In multivariable regression, symptom interference ($\beta = -0.41$), stage IV, educational level and treatment regimen were independently associated with global QoL ($p < 0.05$).

Conclusion: QoL of CRC patients undergoing chemotherapy was moderate. Symptom burden – particularly tingling/numbness, fatigue, insomnia and appetite loss – was significantly associated with reduced QoL; worries about future health and financial difficulties were prominent problems. Strengthening symptom screening, management and psychosocial support using standardized scales in nursing care is needed.

Keywords: *colorectal cancer, quality of life, symptoms, chemotherapy, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29, MDASI-GI*