

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**



BÙI THẾ ANH

**ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA
NGƯỜI BỆNH UNG THƯ THANH QUẢN
TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT**

Chuyên ngành: Tai Mũi Họng

Mã số: 62.72.01.55

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2019

Công trình được hoàn thành tại:
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Người hướng dẫn khoa học:
PGS.TS. PHẠM TUẤN CẢNH

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội Đồng chấm luận án cấp Trường
tại: Trường Đại học Y Hà Nội

Vào lúc: giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc Gia
- Thư viện Đại học Y Hà Nội

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khái niệm "chất lượng cuộc sống" (*quality of life*) trước kia thường chỉ được nhắc đến trong lĩnh vực triết học, văn học và xã hội học. Gần đây, "chất lượng cuộc sống" được đề cập ngày càng phổ biến trong nhiều lĩnh vực. Trong y học, khái niệm này được cụ thể hóa thành "chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe". Tổ chức y tế thế giới 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 cuộc sống của cá nhân đó. Như vậy sức khỏe không chỉ được xem xét dưới góc độ y khoa thuần túy mà còn dưới góc độ tâm lý, xã hội và kinh tế. Ngày nay, để đo lường kết quả điều trị người ta sử dụng khái niệm "kết cục" (*outcome*) trong đó chất lượng cuộc sống (CLCS) cũng là một kết cục của điều trị, đặc biệt trong các bệnh ung thư vì điều trị ung thư mặc dù có thể loại bỏ khối u nhưng đều ít nhiều gây ảnh hưởng lên CLCS của bệnh nhân (BN). Nghiên cứu về CLCS cung cấp cho BN thêm thông tin về quá trình diễn tiến của bệnh cũng như tình trạng sức khỏe sau điều trị, qua đó giúp họ cân nhắc giữa các phương pháp điều trị khác nhau, đồng thời giúp BN cải thiện khả năng thích nghi và hòa nhập với cuộc sống sau điều trị.

Ung thư thanh quản (UTTQ) là u ác tính xuất phát từ các tế bào thuộc cấu trúc thanh quản. Điều trị UTTQ kinh điển chủ yếu là phẫu thuật, xạ trị và hóa trị có thể được sử dụng hỗ trợ, bổ sung cho phẫu thuật. Các tiến bộ về phương pháp điều trị giúp tăng tỷ lệ sống thêm cho BN, hiện nay tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm của UTTQ đạt khoảng 60%. Tuy nhiên sau phẫu thuật cấu trúc thanh quản của BN bị biến đổi ở nhiều mức độ khác nhau, từ đó chức năng của thanh quản cũng bị ảnh hưởng. Phẫu thuật UTTQ cũng có thể gây biến đổi về bề ngoài của BN, từ đó gây ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ. Những biến đổi về cấu trúc giải phẫu, về chức năng cũng như về thẩm mỹ có thể ảnh hưởng đến CLCS của BN UTTQ trong thời gian sống thêm sau điều trị ở các khía cạnh thể lực, tâm lý cảm

xúc và tương tác xã hội như: rối loạn giọng nói, giảm khả năng giao tiếp bằng lời nói, rối loạn nuốt, giảm khả năng ăn uống, giảm khả năng cảm nhận khứu giác - vị giác, khó thở, ho, giảm khả năng hòa nhập xã hội, mất việc làm hoặc phải thay đổi công việc, dễ bị sang chấn tâm lý, tăng nguy cơ trầm cảm. Những thông tin về CLCS sau điều trị này rất quan trọng và là một trong các căn cứ để BN ra quyết định lựa chọn phương pháp điều trị, đồng thời cũng giúp nhân viên y tế lập kế hoạch tư vấn tâm lý và phục hồi chức năng cho BN sau điều trị. Tuy nhiên ở Việt Nam cho đến nay chưa có nghiên cứu nào được công bố về thực trạng CLCS của BN UTTQ trước và sau phẫu thuật. Vì vậy nghiên cứu **“Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư thanh quản trước và sau phẫu thuật”** được tiến hành nhằm ba mục tiêu sau:

1. *Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư thanh quản trước phẫu thuật.*
2. *Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư thanh quản sau phẫu thuật.*
3. *Đối chiếu CLCS của BN UTTQ trước và sau phẫu thuật để xác định những thông tin cần thiết trong thực hiện chăm sóc và tư vấn cho bệnh nhân.*

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

- ✓ Lần đầu tiên áp dụng phương pháp đánh giá CLCS dựa trên phương tiện nghiên cứu hiện đại là hai bộ câu hỏi EORTC-C30 và EORTC-H&N35 cho đối tượng BN UTTQ người Việt Nam trước và sau phẫu thuật.
- ✓ Đưa ra được bộ số liệu đánh giá CLCS của BN UTTQ điều trị theo một trong ba phương pháp phẫu thuật (vi phẫu thuật qua đường miệng sử dụng laser, cắt thanh quản bán phần và cắt thanh quản toàn phần) tại các thời điểm trước điều trị, sau điều trị phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. CLCS của BN cả 3 nhóm đều bị suy giảm cả về khía cạnh chức năng và khía cạnh triệu chứng sau phẫu thuật, trong đó nhóm BN cắt

thanh quản toàn phần bị suy giảm nhiều mặt nhất và sự suy giảm này duy trì kéo dài sau phẫu thuật.

BỘ CỤC LUẬN ÁN

Luận án gồm 116 trang: Đặt vấn đề 2 trang; Tổng quan 31 trang; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 12 trang; Kết quả 36 trang; Bàn luận 31 trang; Kết luận 2 trang; Kiến nghị và những đóng góp mới của luận án 2 trang. Có 3 hình, 28 bảng, 9 biểu đồ. Có 155 tài liệu tham khảo gồm: 11 tiếng Việt, 143 tiếng Anh và 1 tiếng Pháp.

Chương 1 TỔNG QUAN

1.3.Sinh lý thanh quản.

Thanh quản ở loài người có các chức năng chính sau:

- Chức năng bảo vệ: ngăn không cho các vật lạ, thức ăn, nước bọt xâm nhập vào đường hô hấp dưới (khí quản, phế quản và phổi).
- Chức năng nói: luồng hơi đi từ phổi phế quản lên qua thanh môn làm rung niêm mạc dây thanh sẽ phát ra âm.
- Chức năng điều hòa hô hấp: kiểm soát dòng khí lưu thông giữa phổi và môi trường ngoài; kiểm soát dừng hoạt động thở trong động tác nuốt.
- Chức năng đóng kín thanh môn và tạo áp lực dương ở hạ thanh môn: giúp thực hiện động tác ho, rặn hoặc nâng vật nặng.

1.5.Điều trị ung thư thanh quản.

UTTQ được điều trị bằng ba phương pháp: phẫu thuật, xạ trị và hóa trị (áp dụng đơn mô thức hoặc đa mô thức). Tại Việt Nam hiện nay phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu. UTTQ giai đoạn sớm sẽ được phẫu thuật bảo tồn (vi phẫu thuật qua đường miệng có sử dụng laser, mở sụn giáp cắt dây thanh hoặc cắt

TQBP). UTTQ giai đoạn tiến xa tại chỗ nhưng còn khả năng phẫu thuật: cắt TQTP + nạo vét hạch cổ và xạ trị bổ trợ sau. Nếu UTTQ giai đoạn tiến xa và không còn khả năng phẫu thuật: hóa xạ trị đồng thời hoặc điều trị hỗ trợ triệu chứng.

1.5.1. Phẫu thuật

Ở Việt Nam hiện nay, các kỹ thuật sau đang được sử dụng phổ biến: Vi phẫu thuật thanh quản qua đường miệng có sử dụng laser; cắt TQBP (mở sụn giáp cắt dây thanh hoặc cắt TQBP ngang trên nhân); cắt TQTP.

*Vi phẫu thuật qua đường miệng có sử dụng laser (TLM): cắt bỏ khối ung thư cùng với một phần hoặc toàn bộ dây thanh, có thể cắt cả máu thanh bên bệnh, mép trước, một phần dây thanh bên đối diện, băng thanh thất, một phần niêm mạc hạ thanh môn. Sau TLM, giải phẫu của dây thanh và thanh môn bị biến đổi, thanh môn khép không kín khi phát âm gây rối loạn giọng nói (nói khàn, giọng thờ, nói chóng mệt) hoặc có thể có sẹo dính làm hẹp thanh môn và gây khó thở thanh quản.

*Mở sụn giáp cắt dây thanh: sụn giáp được bỏ đôi theo đường dọc giữa vào thanh quản, cắt toàn bộ khối u và dây thanh bên bệnh đến sát máu thanh. Sau phẫu thuật, giải phẫu của dây thanh và thanh môn cũng bị biến đổi gây rối loạn giọng nói (nói khàn, giọng thờ, nói chóng mệt, thanh môn khép không kín) hoặc có thể có sẹo dính làm hẹp thanh môn gây khó thở thanh quản.

*Cắt TQBP trên nhân có tạo hình nhân móng thượng thiệt: Phẫu thuật này lấy bỏ toàn bộ khối u cùng với một phần sụn giáp, hai dây thanh, hai băng thanh thất, phần cuống thượng thiệt dính vào mép trước; giữ lại phần trên thượng thiệt, xương móng, sụn nhân và ít nhất một sụn phễu. Sau phẫu thuật: chức năng nói bị ảnh

hưởng nhiều vì không còn dây thanh, chức năng bảo vệ đường thở và động tác nuốt cũng bị ảnh hưởng vì mất 2 trong số 4 hàng rào bảo vệ (dây thanh và băng thanh thất) làm tăng triệu chứng ho sặc và viêm phổi do hít vào.

*Cắt TQTP: Phẫu thuật lấy bỏ khối u cùng toàn bộ cấu trúc thanh quản, xương móng, hai vòng sụn khí quản trên cùng, các cơ dưới móng. Sau phẫu thuật: BN mất toàn bộ thanh quản. Giải phẫu đường ăn và đường thở bị thay đổi: đường thở mới đi trực tiếp từ khí quản ra ngoài qua một lỗ thở ở vùng cổ trước. Do không còn thanh quản nên chức năng nói bị ảnh hưởng nghiêm trọng, BN mất đi giọng nói tự nhiên. Các chức năng bảo vệ đường thở dưới và điều hòa hô hấp cũng bị ảnh hưởng rõ rệt.

1.6. Khái niệm về "CLCS" và "CLCS liên quan đến sức khỏe".

“Chất lượng cuộc sống” được định nghĩa 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 cuộc sống của cá nhân đó. CLCS có những đặc điểm sau: do BN tự đánh giá, mang tính chất chủ quan, đa chiều và thay đổi theo thời gian. Nó có thể được đánh giá một cách tổng quát hoặc theo từng cấu phần, trong đó những cấu phần quan trọng nhất là: hoạt động thể chất, trạng thái tâm lý và tương tác xã hội. Trong y học nói chung và trong chuyên ngành Ung thư học nói riêng, nghiên cứu CLCS đóng vai trò ngày càng quan trọng. Cụ thể: CLCS được coi là một chỉ số để đánh giá kết quả điều trị (bên cạnh các chỉ số kinh điển như thời gian sống thêm, tỷ lệ sống sau 5 năm...). Nghiên cứu CLCS cung cấp những thông tin đa chiều về tình trạng của BN, những tác dụng không mong muốn có thể gặp phải trong và sau điều trị, nhờ đó giúp nhân viên y tế lập kế hoạch khắc phục các tác dụng không mong muốn đó và

phục hồi chức năng cho BN tốt hơn. Nghiên cứu về CLCS cũng giúp các nhà lâm sàng cung cấp cho BN những thông tin đầy đủ và chất lượng hơn về tiến triển và tiên lượng bệnh (ngoài các chỉ số kinh điển như tỷ lệ tái phát bệnh, tỷ lệ sống sau 5 năm...). Các thông tin này góp phần hỗ trợ BN lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất với hoàn cảnh cá nhân của họ. Nghiên cứu về CLCS còn giúp so sánh các phương pháp điều trị hiện hành và đánh giá các phương pháp điều trị mới.

1.7.Các công cụ đánh giá CLCS của BN UTTQ.

Việc đo lường CLCS thường sử dụng những phương pháp chủ quan, cụ thể là các bộ câu hỏi cho BN tự trả lời. Chúng tôi đã lựa chọn hai bộ câu hỏi EORTC-C30 và EORTC-H&N35 (do Tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư châu Âu phát triển) làm phương tiện đánh giá CLCS của BN UTTQ trong nghiên cứu này.

1.8.CLCS của BN UTTQ sau điều trị phẫu thuật.

Quá trình điều trị ung thư vùng đầu mặt cổ (bao gồm cả UTTQ) thường để lại nhiều di chứng, ví dụ: rối loạn giọng nói, rối loạn nuốt, khó thở, ho, khô miệng, giảm khứu giác - vị giác, tổn thương răng, đau miệng, há miệng hạn chế, biến dạng vùng cổ. Các di chứng này có thể gây ảnh hưởng đến CLCS của BN ở nhiều khía cạnh. Trong y văn thế giới đã có nhiều nghiên cứu về CLCS của BN UTTQ sau phẫu thuật (cắt dây thanh laser, cắt TQBP hoặc cắt TQTP). Tuy nhiên đa số các nghiên cứu đó đều sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu hoặc mô tả cắt ngang, trong đó các BN có tiền sử phẫu thuật UTTQ được chọn vào mẫu nghiên cứu sau đó mới được phân nhóm và đánh giá CLCS tại thời điểm nghiên cứu, hệ quả là thời gian từ thời điểm phẫu thuật đến thời điểm đánh giá CLCS sẽ khác nhau giữa các BN. Điều này làm giảm độ chính xác

của các kết quả đánh giá CLCS (vì một trong những đặc điểm của CLCS là có thể thay đổi theo thời gian). Một số nghiên cứu đã khắc phục nhược điểm này bằng cách áp dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu: lựa chọn BN vào mẫu nghiên cứu, sau đó mới tiến hành phẫu thuật và CLCS sẽ được đánh giá ở từng thời điểm cụ thể sau phẫu thuật. Theo các nghiên cứu dọc này, CLCS của BN UTTQ sau phẫu thuật thường chỉ biến đổi nhiều nhất trong 12 tháng đầu sau phẫu thuật, sau đó đi vào ổn định. Chính vì vậy nghiên cứu của chúng tôi đã lựa chọn đánh giá CLCS của BN tại các thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. Tuy nhiên những nghiên cứu dọc đã công bố cũng thường có hạn chế là chỉ đánh giá CLCS sau một loại phẫu thuật nhất định (TLM, cắt TQBP hoặc cắt TQTP) nên không so sánh được CLCS của các nhóm phẫu thuật khác nhau trong cùng điều kiện kinh tế - văn hóa - xã hội.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu là các BN UTTQ được điều trị phẫu thuật với mục đích loại bỏ u. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ung bướu Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương (78 Giải Phóng – Đống Đa – Hà Nội).

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

BN đã được chẩn đoán xác định là UTTQ, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, chưa được điều trị gì; Được chỉ định điều trị phẫu thuật với mục đích loại bỏ u; Đồng ý tham gia nghiên cứu; Được theo

đổi ít nhất 12 tháng sau phẫu thuật, trả lời đầy đủ các bộ câu hỏi đánh giá CLCS ở các thời điểm: trước điều trị, sau điều trị phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. Chúng tôi lựa chọn ba nhóm BN để đánh giá CLCS trước và sau phẫu thuật (**nhóm 1**: BN được chỉ định TLM; **nhóm 2**: BN được chỉ định phẫu thuật cắt TQBP, không kèm xạ trị hoặc hóa trị bổ trợ; **nhóm 3**: BN được chỉ định phẫu thuật cắt TQTP kèm xạ trị bổ trợ sau).

Tiêu chuẩn loại trừ.

BN UTTQ mà tại thời điểm phát hiện bệnh đã có di căn xa hoặc có đồng thời khối ung thư nguyên phát thứ hai; BN có tiền sử bị ung thư (bao gồm cả UTTQ); BN không đồng ý tham gia nghiên cứu; BN quá mệt mỏi suy kiệt, không đủ khả năng hiểu và tự trả lời các câu hỏi trong bộ câu hỏi; BN UTTQ không đủ thời gian theo dõi 12 tháng; BN UTTQ được điều trị phẫu thuật với mục đích loại bỏ u, nhưng trong thời gian theo dõi 12 tháng lại có tái phát UTTQ hoặc xuất hiện ung thư thứ hai ở vùng đầu mặt cổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, thống kê mô tả từng ca, phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trong nghiên cứu không sử dụng mẫu chứng.

2.3. Phương tiện nghiên cứu.

Để đánh giá CLCS của BN UTTQ, hai bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 và EORTC QLQ-H&N35 đã được sử dụng, trong đó C30 là bộ câu hỏi lõi dùng chung cho tất cả các BN ung thư, còn H&N35 là bộ câu hỏi dành riêng cho ung thư đầu cổ (bao gồm cả UTTQ), được thiết kế để sử dụng kết hợp với bộ C30. Hai bộ câu hỏi này do Tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư châu Âu (EORTC) xây dựng và phát triển theo một quy trình được chuẩn hóa nghiêm ngặt. Bộ câu hỏi EORTC-C30 gồm 30 câu hỏi đánh giá CLCS của BN ung thư nói chung, bao gồm các khía cạnh về hoạt

động thể lực, khả năng nhận thức, khía cạnh cảm xúc, hòa nhập xã hội, và các triệu chứng toàn thân do bệnh hoặc do quá trình điều trị ung thư gây ra. Bộ câu hỏi EORTC-H&N35 gồm 35 câu hỏi, đánh giá CLCS của BN ở các triệu chứng đặc trưng cho ung thư vùng đầu mặt cổ. Tổng hợp cả hai bộ C30 và H&N35 có 65 câu hỏi. Với mỗi câu hỏi từ 1 đến 28 và từ 31 đến 60, BN chọn một trong bốn phương án trả lời, được đánh số theo kiểu thang Likert từ 1 đến 4 tùy theo mức độ ảnh hưởng của triệu chứng hoặc khía cạnh đó đến CLCS của BN (1: không ảnh hưởng; 2: ảnh hưởng ít; 3: ảnh hưởng nhiều; 4: ảnh hưởng rất nhiều). Riêng các câu hỏi 29 và 30 (đánh giá CLCS chung): BN chọn một trong bảy phương án trả lời (được đánh số từ 1 đến 7, tương ứng với bảy mức độ về CLCS chung). Với mỗi câu hỏi từ 61 đến 65, BN chọn một trong hai phương án trả lời (có hoặc không). Các câu trả lời được quy đổi thành điểm (theo thang điểm 100).

2.5. CÁC CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU.

CLCS của BN UTTQ được lượng hóa và đánh giá dựa trên các chỉ số cụ thể (được liệt kê trong bảng 2.3). Với mỗi chỉ số về mặt chức năng (đánh số thứ tự từ 1 đến 5 trong bảng 2.3), điểm càng cao chứng tỏ chức năng của BN càng ít bị ảnh hưởng (đồng nghĩa với CLCS tốt hơn). Với mỗi chỉ số về mặt triệu chứng (đánh số thứ tự từ 6 đến 27 trong bảng 2.3), điểm càng cao chứng tỏ biểu hiện của khía cạnh / triệu chứng càng trầm trọng và CLCS càng bị ảnh hưởng nhiều hơn. Với chỉ số "*CLCS chung*" (số thứ tự 28 trong bảng 2.3): điểm càng cao tương ứng với CLCS càng tốt.

Bảng 2.3: Các chỉ số để đánh giá CLCS

Số thứ tự	Chỉ số	Phân loại
1.	<i>Hoạt động thể lực</i>	các khía cạnh chức năng chung
2.	<i>Khả năng nhận thức</i>	
3.	<i>Tâm lý - cảm xúc</i>	
4.	<i>Vai trò xã hội</i>	
5.	<i>Hòa nhập xã hội</i>	
6.	<i>Đau</i>	11 khía cạnh/ triệu chứng do bệnh và/hoặc do quá trình điều trị bệnh ung thư gây ra
7.	<i>Khó thở</i>	
8.	<i>Chán ăn</i>	
9.	<i>Nôn - buồn nôn</i>	
10.	<i>Táo bón</i>	
11.	<i>Tiêu chảy</i>	
12.	<i>Mất ngủ</i>	
13.	<i>Mệt mỏi</i>	
14.	<i>Cảm giác bị ốm</i>	
15.	<i>Suy giảm tình dục</i>	
16.	<i>Khó khăn tài chính</i>	
17.	<i>Đau vùng miệng - họng</i>	11 khía cạnh / triệu chứng đặc trưng cho ung thư vùng đầu mặt cổ
18.	<i>Tình trạng răng</i>	
19.	<i>Rối loạn nuốt</i>	
20.	<i>Khó há miệng</i>	
21.	<i>Khô miệng</i>	
22.	<i>Nước bọt quá nhiều</i>	
23.	<i>Giảm khứu giác - vị giác</i>	
24.	<i>Khả năng ăn uống</i>	
25.	<i>Rối loạn giọng nói</i>	
26.	<i>Ho</i>	
27.	<i>Khả năng giao tiếp</i>	
28.	<i>Chất lượng cuộc sống nói chung</i>	

Chương 3 KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu.

125 BN chia thành ba nhóm: **nhóm 1** (nhóm **laser**) có 38 BN; **nhóm 2** (nhóm **TQBP**) có 50 BN; **nhóm 3** (nhóm **TQTP**) có 37 BN. Tuổi trung bình của BN UTTQ trong nhóm nghiên cứu là $56,7 \pm 7,8$. Trong mẫu nghiên cứu có 4 BN nữ (tỷ lệ nam/nữ là 30:1). Về trình độ học vấn, đa số BN có trình độ học vấn đến bậc trung học (chiếm 78,4%). Về nghề nghiệp: nhóm TQBP và TQTP có số BN làm nghề lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất, trái lại ở nhóm laser số BN nghỉ hưu chiếm tỷ lệ cao nhất. Về phân bố giai đoạn T: nhóm laser chỉ gồm các BN giai đoạn T1 (bao gồm cả T1a: 34/38 BN; và T1b: 4/38 BN). Nhóm TQBP gồm các BN giai đoạn T1 (bao gồm cả T1 ở tầng thượng thanh môn và T1 ở tầng thanh môn nhưng không có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt u bằng laser) và giai đoạn T2. Nhóm TQTP đa số gồm các BN giai đoạn T3 và T4. Nhóm laser và nhóm TQBP có 100% BN ở giai đoạn hạch N0, nhóm TQTP đa số BN cũng ở giai đoạn N0 (83,8%). 100% BN cả 3 nhóm đều ở giai đoạn M0. Nhóm laser: 100% BN chỉ phẫu thuật lấy u tại chỗ, không nạo vét hạch cổ. Nhóm TQBP: 54% BN không nạo vét hạch cổ; 42% BN được nạo vét hạch cổ 1 bên, chỉ 4% BN được nạo vét hạch cổ 2 bên (chủ yếu là những BN có u tại chỗ lan cả hai dây thanh và lan tới thượng thanh môn hoặc hạ thanh môn). Nhóm TQTP: 100% BN có nạo vét hạch cổ, chủ yếu là nạo vét hạch cổ 2 bên. 100% BN ở 2 nhóm laser và TQBP không phải xạ trị bổ trợ. Nhóm TQTP 100% BN có xạ trị bổ trợ.

3.2. CLCS của BN UTTQ trước và sau phẫu thuật.

Điểm trung bình các chỉ số CLCS của từng nhóm BN (laser, TQBP và TQTP) tại các thời điểm: trước điều trị, sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng được nêu trong các bảng từ 3.16 đến 3.21:

Bảng 3.16: Điểm CLCS (các khía cạnh triệu chứng) nhóm LASER trước và sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật			
		1 tháng \bar{X}	3 tháng \bar{X}	6 tháng \bar{X}	12 tháng \bar{X}
<i>Chán ăn</i>	8,8	16,7*	30,7**	20,2*	16,7*
<i>Nước bọt quánh</i>	4,4	17,5**	30,7**	22,8**	18,4**
<i>Giảm khứu giác - vị giác</i>	6,1	9,7	22,4**	16,7**	11,8*
<i>Khó há miệng</i>	0,9	7,0*	8,8**	5,3*	6,1
<i>Khả năng ăn uống</i>	3,9	11,8*	28,3**	11,6**	8,8
<i>Mệt mỏi</i>	11,1	18,7*	28,9**	27,5*	17,2
<i>Khô miệng</i>	14,1	21,1	35,1**	24,4*	19,3
<i>Rối loạn nuốt</i>	7,0	11,4	23,1**	12,9**	11,5
<i>Rối loạn giọng nói</i>	40,9	52,3*	65,5**	48,8	43,9
<i>Khó khăn tài chính</i>	14,9	32,5**	26,3*	17,5	13,2
<i>Cảm giác đau</i>	8,8	9,7	16,2*	7,9	6,1
<i>Cảm giác đau (vùng miệng - họng)</i>	5,3	11,4	22,6**	7,9	7,0
<i>Tình trạng răng</i>	24,6	17,5	28,9	30,7	33,3*
<i>Ho</i>	22,8	29,8	48,3**	28,1	26,3
<i>Khó thở</i>	13,2	13,2	29,8**	14,9	13,2
<i>Khả năng giao tiếp</i>	13,5	18,3	24,2**	15,3	13,9
<i>Mất ngủ</i>	31,6	34,2	57,0**	41,2	35,9
<i>Táo bón</i>	15,8	14,9	20,2	14,9	23,7*
<i>Cảm giác bị ốm</i>	8,8	16,7	28,9**	14,9	10,5
<i>Nôn - buồn nôn</i>	3,9	6,1	6,1	2,2	1,3
<i>Tiêu chảy</i>	0	2,6	2,4	1,8	1,5
<i>Suy giảm tình dục</i>	35,9	33,5	47,4	41,7	39,0

Chú thích: (*): $p < 0,05$; (**): $p < 0,01$ (so với trước phẫu thuật)
 Các giá trị trên 20 được in đậm (có ảnh hưởng đến CLCS)

Bảng 3.17: Điểm CLCS chung và 5 khía cạnh chức năng nhóm LASER trước và sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật			
		1 tháng \bar{X}	3 tháng \bar{X}	6 tháng \bar{X}	12 tháng \bar{X}
<i>CLCS chung</i>	74,8	62,2*	60,1**	70,0	74,3
<i>Hoạt động thể lực</i>	95,3	90,2*	79,7**	84,0**	85,9**
<i>Vai trò xã hội</i>	92,9	86,4*	62,3**	70,2**	73,3**
<i>Tâm lý - cảm xúc</i>	87,1	78,5*	70,4**	88,2	89,9
<i>Khả năng nhận thức</i>	92,9	89,5	75,9**	85,5*	87,7
<i>Hòa nhập xã hội</i>	95,6	79,4**	66,7**	78,5**	79,4**

Bảng 3.18: Điểm CLCS chung và 5 khía cạnh chức năng nhóm TQBP trước và sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật			
		1 tháng \bar{X}	3 tháng \bar{X}	6 tháng \bar{X}	12 tháng \bar{X}
<i>CLCS chung</i>	77,8	55,2**	65,8**	70,3**	75,3
<i>Hoạt động thể lực</i>	94,7	77,9**	86,5**	91,5*	93,9
<i>Vai trò xã hội</i>	98,7	53,0**	65,7**	72,7**	77,0**
<i>Tâm lý - cảm xúc</i>	74,5	77,3	90,8**	95,0**	95,8**
<i>Khả năng nhận thức</i>	94,7	86,0**	94,3	94,0	94,7
<i>Hòa nhập xã hội</i>	92,7	58,0**	72,1**	75,3**	79,9**

Chú thích: (*): $p < 0,05$; (**): $p < 0,01$ (so với trước phẫu thuật).
 Các giá trị dưới 80 được in đậm (có ảnh hưởng đến CLCS)

Bảng 3.19: Điểm CLCS (các khía cạnh triệu chứng) nhóm TQBP trước và sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật			
		1 tháng \bar{X}	3 tháng \bar{X}	6 tháng \bar{X}	12 tháng \bar{X}
<i>Rối loạn giọng nói</i>	31,8	68,9**	55,1**	48,9**	47,3**
<i>Khả năng giao tiếp</i>	3,3	33,5**	13,2**	9,1**	8,3*
<i>Ho</i>	7,3	58,1**	36,7**	28,7*	27,3**
<i>Rối loạn nuốt</i>	4,7	29,7**	15,1**	13,7**	10,7**
<i>Khô miệng</i>	10,0	31,3**	18,1*	18,0*	23,4*
<i>Giảm khứu giác - vị giác</i>	2,0	17,1**	9,1**	9,3**	7,7*
<i>Khả năng ăn uống</i>	1,0	35,5**	20,3**	15,3**	13,7**
<i>Suy giảm tình dục</i>	22,3	61,3**	40,1**	35,1**	31,7*
<i>Mệt mỏi</i>	4,9	30,7**	14,9**	10,9*	8,0
<i>Chán ăn</i>	11,3	39,2**	24,7**	18,7*	10,7
<i>Nước bọt quánh</i>	8,0	32,1**	16,7*	14,1	14,0*
<i>Cảm giác đau</i>	2,1	22,0**	8,7*	3,7	4,1
<i>Cảm giác đau (vùng miệng - họng)</i>	4,0	27,0**	11,2**	6,8	4,5
<i>Khó thở</i>	14,1	39,3**	28,0*	18,7	15,3
<i>Mất ngủ</i>	30,1	54,7**	40,0*	35,3	28,0
<i>Cảm giác bị óm</i>	4,7	37,3**	15,3**	9,3	4,7
<i>Khó há miệng</i>	3,3	15,3**	8,2	5,3	4,7
<i>Nôn - buồn nôn</i>	3,7	17,3**	5,0	2,1	1,3
<i>Táo bón</i>	18,7	10,7*	12,0	19,3	24,1
<i>Khó khăn tài chính</i>	8,7	23,3*	20,7	13,3	12,7
<i>Tình trạng răng</i>	18,7	20,7	18,1	24,7	23,3
<i>Tiêu chảy</i>	2,1	12,7	5,3	4,7	3,3

Chú thích: (*): $p < 0,05$; (**): $p < 0,01$ (so với trước phẫu thuật).
Các giá trị trên 20 được in đậm (có ảnh hưởng đến CLCS)

Bảng 3.20: Điểm CLCS (các khía cạnh triệu chứng) nhóm TQTP trước và sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật			
		1 tháng \bar{X}	3 tháng \bar{X}	6 tháng \bar{X}	12 tháng \bar{X}
<i>Rối loạn giọng nói</i>	36,6	92,5**	87,4**	82,3**	79,9**
<i>Khả năng giao tiếp</i>	1,9	53,2**	42,2**	34,9**	22,9**
<i>Ho</i>	9,0	72,9**	45,9**	34,2**	44,1**
<i>Khó há miệng</i>	0,9	9,9**	7,2*	7,3*	7,2*
<i>Khô miệng</i>	4,5	35,1**	35,2**	30,6**	31,5**
<i>Nước bọt quánh</i>	1,8	36,9**	37,8**	26,1**	28,8**
<i>Giảm khứu giác - vị giác</i>	0,5	41,0**	47,3**	48,7**	45,9**
<i>Khả năng ăn uống</i>	2,3	52,5**	29,5**	22,1**	20,5**
<i>Chán ăn</i>	9,9	55,9**	34,2**	23,4**	22,5**
<i>Mệt mỏi</i>	2,7	43,5**	24,0**	14,7**	11,1**
<i>Suy giảm tình dục</i>	13,9	82,4**	65,8**	54,9**	42,8**
<i>Cảm giác bị ốm</i>	3,6	61,3**	36,9**	26,1**	15,3**
<i>Khó khăn tài chính</i>	9,0	39,6**	38,7**	30,6**	22,5**
<i>Khó thở</i>	13,5	43,2**	30,6**	22,5**	18,9
<i>Mất ngủ</i>	35,1	68,5**	46,9*	42,3	36,9
<i>Táo bón</i>	11,7	3,6*	11,7	5,4	25,2**
<i>Tiêu chảy</i>	0	0	10,8**	16,2**	0,9
<i>Cảm giác đau</i>	3,2	31,9**	12,6**	3,2	0,9
<i>Cảm giác đau (vùng miệng - họng)</i>	4,1	40,8**	17,8**	5,2	2,7
<i>Rối loạn nuốt</i>	8,1	42,8**	19,6**	14,9	11,9
<i>Nôn - buồn nôn</i>	4,9	30,6**	8,1	2,3	1,8
<i>Tình trạng răng</i>	17,1	23,4	20,7	27,0*	24,3

Chú thích: (*): $p < 0,05$; (**): $p < 0,01$ (so với trước phẫu thuật).

Các giá trị trên 20 được in đậm (có ảnh hưởng đến CLCS)

Bảng 3.21: Điểm CLCS chung và 5 khía cạnh chức năng nhóm TQTP trước và sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật			
		1 tháng \bar{X}	3 tháng \bar{X}	6 tháng \bar{X}	12 tháng \bar{X}
<i>CLCS chung</i>	77,9	38,7**	50,7**	59,6**	68,0**
<i>Hoạt động thể lực</i>	94,6	69,9**	85,2**	90,1*	92,4
<i>Vai trò xã hội</i>	98,2	44,1**	54,1**	61,3**	64,4**
<i>Tâm lý - cảm xúc</i>	73,9	68,5	85,6**	90,8**	94,6**
<i>Khả năng nhận thức</i>	98,2	82,9**	94,1*	93,2*	96,9
<i>Hòa nhập xã hội</i>	96,4	38,7**	48,2**	62,2**	65,3**

Chú thích: (*): $p < 0,05$; (**): $p < 0,01$ (so với trước phẫu thuật).

Các giá trị dưới 80 được in đậm (có ảnh hưởng đến CLCS)

Chương 4 BÀN LUẬN

4.2. CLCS của BN UTTQ trước điều trị.

CLCS của BN UTTQ thời điểm trước điều trị bị ảnh hưởng "CLCS chung", khía cạnh "tâm lý - cảm xúc" và các triệu chứng "rối loạn giọng nói", "mất ngủ", "suy giảm tình dục". Kết quả này tương tự nghiên cứu của Johansson và được giải thích do trong UTTQ "rối loạn giọng nói" luôn là triệu chứng chủ yếu và nổi bật

nhất, xuất hiện ngay từ sớm và tồn tại kéo dài nên gây ảnh hưởng nhiều lên CLCS của BN. Ngoài ra ở thời điểm trước điều trị, BN UTTQ thường lo lắng về bệnh tật, luôn suy nghĩ về bệnh và quá trình điều trị sắp tới nên thường bị triệu chứng "*mất ngủ*" và ảnh hưởng tiêu cực đến "*tâm lý - cảm xúc*". Tất cả các ảnh hưởng về khía cạnh triệu chứng và chức năng đó đều được phản ánh vào sự suy giảm của chỉ số "*CLCS chung*".

4.3. CLCS của BN UTTQ sau điều trị phẫu thuật.

4.3.1. Nhóm laser.

Nhiều chỉ số CLCS của nhóm BN laser bị ảnh hưởng sau phẫu thuật, bao gồm cả "*CLCS chung*", các chỉ số chức năng và một số chỉ số triệu chứng ("*rối loạn giọng nói*", "*khả năng ăn uống*", "*ho*", "*nước bọt quá nhiều*" và "*mất ngủ*"). Các chỉ số này có ảnh hưởng đến CLCS của BN ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật, và ảnh hưởng rõ rệt nhất ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, 100% các chỉ số CLCS về triệu chứng đều hồi phục. Kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Minovi và Stoeckli. Chỉ số "*CLCS chung*" và toàn bộ năm chỉ số chức năng "*hoạt động thể lực*", "*tâm lý - cảm xúc*", "*khả năng nhận thức*", "*vai trò xã hội*", "*hòa nhập xã hội*" cũng giảm rõ rệt ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Các chỉ số này cải thiện dần từ thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật: hai chỉ số "*CLCS chung*" và "*tâm lý - cảm xúc*" trở về tương đương thời điểm trước điều trị, bốn chỉ số chức năng còn lại ("*hoạt động thể lực*", "*khả năng nhận thức*", "*vai trò xã hội*" và "*hòa nhập xã hội*") vẫn thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước điều trị, trong đó 2 chỉ số "*vai trò xã hội*" và "*hòa nhập xã hội*" có ảnh hưởng đến CLCS của BN. Nghiên cứu của Minovi và cs cũng thấy sự giảm sút của hai chỉ số trên ở thời điểm sau điều trị.

4.3.2. Nhóm cắt thanh quản bán phần.

*Các chỉ số triệu chứng.

Sau phẫu thuật cắt TQBP, nhiều chỉ số CLCS của BN bị biến đổi, các chỉ số bị biến đổi nhiều nhất so với thời điểm trước điều trị là: "*rối loạn nuốt*", "*khả năng ăn uống*", "*rối loạn giọng nói*", "*khả năng giao tiếp*", "*ho*", "*cảm giác bị ốm*" và "*suy giảm tình dục*". Biến đổi lớn nhất ở các chỉ số này đều quan sát thấy ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật (khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước điều trị; $p < 0,01$). Tất cả các chỉ số triệu chứng đều có xu hướng cải thiện kể từ thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, tiếp tục cải thiện ở các thời điểm 6 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật. Tại thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật, bốn chỉ số "*rối loạn giọng nói*", "*ho*", "*suy giảm tình dục*" và "*khô miệng*" vẫn có ảnh hưởng rõ lên CLCS của BN. Rối loạn giọng nói sau phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh được giải thích do thiếu năng thanh môn, cụ thể là khe thanh môn khép không kín khi phát âm, làm giảm thời gian phát âm tối đa, âm sắc trở nên cao và biến đổi, phổ cường độ giọng bị giới hạn. Sau cắt TQBP ngang trên nhẫn, BN bị mất đi phần lớn cấu trúc phát âm chính nên giọng nói bị thay đổi đáng kể với tần số cơ bản F0 giảm thấp, phổ cường độ giọng bị thu hẹp, giọng khàn kiểu giọng thở (breathy voice), dễ hụt hơi khi phát âm kéo dài, nói chóng mệt. Ho cũng là triệu chứng thường gặp ở BN sau cắt TQBP, triệu chứng này có liên quan chặt chẽ đến hiện tượng thức ăn đi nhầm vào đường thở (do giảm khả năng bảo vệ đường thở của thanh quản sau phẫu thuật). Sau cắt TQBP thức ăn và nước bọt thường ứ đọng nhiều ở hạ họng, một phần dịch và thức ăn đó đi lạc vào thanh quản và đường thở, BN thường xuyên phải ho khạc và háng giọng trong và sau khi nuốt để có thể làm sạch lượng dịch và

thức ăn này. Về "*rối loạn nuốt*": Lips và cs nghiên cứu hệ thống các BN sau cắt TQBP thấy rối loạn nuốt gặp phổ biến trong thời gian 3 tháng đầu sau phẫu thuật ở nhiều mức độ khác nhau. Đến khoảng tháng thứ 6 sau phẫu thuật, đa phần các BN có thể ăn trở lại bằng miệng bình thường. Kết quả trên cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi: chỉ số "*rối loạn nuốt*" biểu hiện trầm trọng nhất ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật rồi cải thiện dần. Về khía cạnh "*suy giảm tình dục*": Singer thấy sau cắt TQBP 53% BN thừa nhận đời sống tình dục bị giảm sút, 42% BN nam có rối loạn cương dương, chỉ số "*suy giảm tình dục*" (đánh giá bằng bộ câu hỏi EORTC-H&N35) là 27.8 và ảnh hưởng đến CLCS của BN. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Theo Singer, các nguyên nhân gây suy giảm tình dục sau phẫu thuật cắt TQBP bao gồm: suy giảm về thể lực, tiếng thở to ồn ào và tăng xuất tiết đờm ở vùng mũi họng.

*CLCS chung và các chỉ số chức năng.

Tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật: có sự suy giảm ở các chỉ số "*hoạt động thể lực*", "*vai trò xã hội*", "*hòa nhập xã hội*" và chỉ số "*CLCS chung*". Các chỉ số này cải thiện dần theo thời gian. Tại thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật, hai chỉ số "*hoạt động thể lực*" và "*CLCS chung*" đã trở về tương đương mức điểm trước phẫu thuật; chỉ số "*tâm lý - cảm xúc*" thậm chí còn tốt hơn so với thời điểm trước phẫu thuật; tuy nhiên hai chỉ số "*vai trò xã hội*" và "*hòa nhập xã hội*" vẫn kém hơn mức trước phẫu thuật (khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$), và gây ảnh hưởng đến CLCS của BN. Nghiên cứu của Braz và của Batioglu-Karaaltin đánh giá CLCS của BN sau cắt TQBP cũng thấy các chỉ số "*hoạt động thể lực*", "*khả năng nhận thức*" và "*tâm lý - cảm xúc*" có giá trị tương đương kết

quả nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy, với các thông tin về CLCS sau phẫu thuật cắt TQBP, các nhân viên y tế có thể chủ động lên kế hoạch phục hồi chức năng cho BN sau phẫu thuật. Cụ thể, ngay từ thời điểm tháng đầu sau phẫu thuật khi BN có rối loạn nuốt và giảm khả năng ăn uống, cần hướng dẫn BN các bài tập nuốt để hạn chế hiện tượng thức ăn đi lạc vào đường thở và giảm được triệu chứng ho, hướng dẫn BN thay đổi tư thế đầu khi nuốt và thay đổi dạng thức ăn phù hợp. Đồng thời cần lập kế hoạch và tư vấn bổ sung dinh dưỡng cho BN để đảm bảo quá trình liền vết thương và phục hồi sau phẫu thuật. Các bài tập phục hồi chức năng nói (luyện giọng, tập thở) cũng cần được chỉ định ngay từ thời điểm những tháng đầu sau phẫu thuật để chất lượng giọng nói của BN được cải thiện sớm và duy trì lâu dài, nhờ đó các chức năng "*vai trò xã hội*" và "*hòa nhập xã hội*" có thể cải thiện theo và giảm bớt ảnh hưởng lên CLCS.

4.3.3. Nhóm cắt thanh quản toàn phần.

*Các chỉ số triệu chứng.

Các chỉ số triệu chứng bị biến đổi nhiều nhất sau cắt TQTP là: "*rối loạn giọng nói*", "*khả năng giao tiếp*", "*ho*", "*cảm giác bị óm*" và "*suy giảm tình dục*". Sự suy giảm này xảy ra rõ nhất ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật (khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước điều trị; $p < 0,01$). Tất cả các chỉ số đều có xu hướng cải thiện dần theo thời gian. Tại thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật, những chỉ số triệu chứng "*rối loạn giọng nói*", "*ho*", "*khô miệng*", "*suy giảm tình dục*", "*giảm khứu giác - vị giác*" và "*mất ngủ*" ảnh hưởng rõ rệt lên CLCS của BN. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Baczyk, Batioglu-Karaaltin, Boscolo-Rizzo và Singer. Theo Birdford: khi bị mất đi giọng nói tự nhiên, BN cảm

thấy như mất một phần đặc điểm và cá tính riêng, họ sẽ giảm thời lượng đối thoại, chỉ gật đầu, lắc đầu hoặc dùng cử chỉ, dần dần giảm hoạt động xã hội và dẫn đến tự cô lập. Theo Carr và cs, BN sau cắt TQTP bị ảnh hưởng nhiều về giọng nói và khả năng giao tiếp nên có xu hướng giảm hoặc từ bỏ các hoạt động như: nói trong môi trường ồn, hát, gọi điện thoại, hội họp, đi ăn ở ngoài, đi thăm bạn bè. Như vậy "*rối loạn giọng nói*" là chỉ số có ảnh hưởng rõ rệt đến CLCS chung của BN sau cắt TQTP. Chỉ số "*ho*" tăng cao ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật, sau đó giảm ở thời điểm 3 tháng, dần ổn định kể từ thời điểm 6 và 12 tháng sau phẫu thuật tuy nhiên vẫn không trở về được mức bình thường như thời điểm trước phẫu thuật. Tương tự, chỉ số "*khó thở*" cũng tăng cao ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật, sau đó giảm ở thời điểm 3 tháng, dần ổn định kể từ thời điểm 6 và 12 tháng sau phẫu thuật. Tăng tiết đàm và ho nhiều cũng góp phần gây ra những thay đổi tiêu cực về mặt tâm lý của BN: lo lắng, trầm cảm, dễ cáu gắt. Chỉ số "*giảm khứu giác - vị giác*" của nhóm BN cắt TQTP tăng cao ngay từ thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật, rối loạn này tiếp tục duy trì qua các thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng sau phẫu thuật và ảnh hưởng rõ rệt đến CLCS của BN. Mumovic thấy sau cắt TQTP 51% BN bị giảm ngửi (trong đó 30 % mất ngửi), 50% BN cảm thấy phiền toái vì triệu chứng giảm ngửi, 26% BN bị giảm cảm giác vị giác, trong đó 21% BN cảm thấy phiền toái vì giảm cảm giác vị giác. Khả năng ngửi bị giảm sút có thể ảnh hưởng đến CLCS của BN ở các khía cạnh: ăn uống, đảm bảo vệ sinh cá nhân và cả khía cạnh an toàn trong cuộc sống (BN sẽ khó phát hiện những tình huống nguy hiểm như mùi khói của hỏa hoạn, mùi khí gas bị rò rỉ, mùi thức ăn bị ôi thiu...). Về khía cạnh tình dục, Ozturk thấy 47,4% BN sau cắt TQTP bị suy

giảm tình dục, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Yilmaz là 51%. Singer và cs sử dụng bộ câu hỏi EORTC-H&N35 đánh giá CLCS của 88 BN sau cắt TQTP thấy 53% bị suy giảm tình dục. Các kết quả này không khác biệt so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

*CLCS chung và các chỉ số chức năng.

Thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng: chỉ số "*CLCS chung*" và ba chỉ số chức năng "*hoạt động thể lực*", "*vai trò xã hội*" và "*hòa nhập xã hội*" suy giảm rõ rệt. Các chỉ số chức năng cũng như chỉ số "*CLCS chung*" đều cải thiện dần theo thời gian. Tại thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật, chỉ số "*hoạt động thể lực*" và "*CLCS chung*" đã về tương đương mức trước phẫu thuật; chỉ số "*tâm lý - cảm xúc*" thậm chí còn tốt hơn so với thời điểm trước phẫu thuật; tuy nhiên hai chỉ số "*vai trò xã hội*" và "*hòa nhập xã hội*" vẫn chưa hồi phục được về mức trước phẫu thuật (khác biệt có ý nghĩa thống kê; $p < 0,01$), và vẫn gây ảnh hưởng đến CLCS của BN. Theo Bussian: 22,2% BN sau cắt TQTP gặp các rối nhiễu tâm lý (trầm cảm, nghiện rượu...). Noonan thấy ảnh hưởng "*tâm lý - cảm xúc*" sau cắt TQTP biểu hiện ở các khía cạnh: dễ thay đổi tâm trạng, tăng cảm giác cô đơn, hay lo lắng, dễ cáu gắt, tăng tỷ lệ trầm cảm. Ozturk và cs đánh giá BN trong 12 tháng đầu sau mổ cắt TQTP cũng thấy CLCS bị ảnh hưởng rõ ở khía cạnh "*tâm lý - cảm xúc*", cụ thể là: "khó khăn khi phải bộc lộ cảm xúc", "dễ cáu giận", "lo lắng sợ tái phát bệnh" và "khó khăn khi hòa nhập xã hội, sợ bị kỳ thị và cô lập". Olthoff và cs cũng thấy sau phẫu thuật cắt TQTP CLCS của BN giảm ở hai chỉ số "*tâm lý - cảm xúc*" và "*mệt mỏi*". Sự sụt giảm CLCS này xuất hiện từ tháng thứ 2 sau phẫu thuật, kéo dài qua tháng thứ 6 và vẫn tồn tại ở thời điểm tháng thứ 14 sau phẫu thuật. Sự biến đổi hai chỉ số "*rối loạn giọng nói*" và "*khả năng giao tiếp*"

có liên quan chặt chẽ với hai chỉ số "*vai trò xã hội*" và "*hòa nhập xã hội*". Khi giọng nói và khả năng giao tiếp bị rối loạn sẽ cản trở BN thực hiện các vai trò của mình trong gia đình và ngoài xã hội, do đó ảnh hưởng rõ rệt đến CLCS của BN sau cắt TQTP ở hai khía cạnh "*vai trò xã hội*" và "*hòa nhập xã hội*". Kết quả này của chúng tôi khẳng định lại kết quả nghiên cứu của Jayasuriya và Ramirez. Có thể thấy sau cắt TQTP, CLCS của BN bị giảm sút cả về CLCS nói chung cũng như ở nhiều khía cạnh và triệu chứng quan trọng, sự suy giảm này xảy ra sớm ngay từ tháng đầu tiên sau phẫu thuật và kéo dài trong cả 12 tháng đầu sau phẫu thuật. Điều này cần được mô tả rõ cho BN trước khi họ quyết định chọn điều trị bằng phẫu thuật cắt TQTP. Bên cạnh đó, nhân viên y tế cần lập kế hoạch tư vấn và chỉ định sớm các hoạt động phục hồi chức năng cho BN (nhất là các chức năng chính như nói, nuốt, thở). Khi các chức năng thiết yếu được phục hồi tốt thì BN cũng đỡ bị ảnh hưởng về các khía cạnh "*vai trò xã hội*" và "*hòa nhập xã hội*" sau điều trị.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tiền cứu thông kê mô tả từng ca đánh giá CLCS của 125 BN UTTQ được điều trị phẫu thuật (vi phẫu thuật qua đường miệng sử dụng laser, cắt TQBP hoặc cắt TQTP, có thể kèm theo nạo vét hạch cổ), chúng tôi đã rút ra một số kết luận sau:

1. CLCS của BN UTTQ trước điều trị phẫu thuật.

Trước điều trị phẫu thuật, CLCS của BN UTTQ bị ảnh hưởng ở các khía cạnh "*tâm lý - cảm xúc*", "*rối loạn giọng nói*", "*mất ngủ*" và "*suy giảm tình dục*". CLCS chung của BN bị ảnh hưởng ở mức độ nhẹ.

2. CLCS của BN UTTQ sau điều trị phẫu thuật.

- Nhóm vi phẫu thuật qua đường miệng cắt UTTQ sử dụng laser: CLCS giảm ở thời điểm 1 tháng, giảm sâu nhất ở thời điểm 3 tháng, bắt đầu hồi phục ở thời điểm 6 tháng và tiếp tục hồi phục ở thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật.

- Thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật: CLCS vẫn bị ảnh hưởng ở hai khía cạnh "*vai trò xã hội*" và "*hòa nhập xã hội*" (với điểm số tương ứng là 73,3 và 79,4).

b) Nhóm phẫu thuật cắt TQBP:

- CLCS giảm thấp nhất ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật rồi hồi phục dần theo thời gian.

- Thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật: CLCS của BN bị ảnh hưởng ở "*CLCS chung*", hai khía cạnh chức năng "*vai trò xã hội*", "*hòa nhập xã hội*" và ba triệu chứng "*rối loạn giọng nói*", "*ho*", "*suy giảm tình dục*" (với điểm số tương ứng là 47,3; 27,3 và 31,7).

c) Nhóm phẫu thuật cắt TQTP:

- CLCS giảm thấp nhất ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật rồi hồi phục dần theo thời gian.

- Thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật: CLCS bị ảnh hưởng ở "*CLCS chung*", 2 khía cạnh chức năng "*vai trò xã hội*", "*hòa nhập xã hội*" (với điểm số tương ứng là 68,0; 64,4 và 65,3) và 5 triệu chứng "*rối loạn giọng nói*", "*ho*", "*khô miệng*", "*giảm khứu giác - vị giác*", "*suy giảm tình dục*" (với điểm số tương ứng là 79,9; 42,8; 44,1; 31,5 và 45,9).

3. Thông tin cần cung cấp cho BN về biến đổi CLCS trước và sau phẫu thuật.

- Nhóm laser có các chỉ số biến đổi nhiều nhất so với trước

điều trị là: "ho", "rối loạn giọng nói", "khả năng ăn uống", "nước bọt quá nhiều" và "mất ngủ".

- Nhóm cắt TQBP có các chỉ số biến đổi nhiều nhất so với trước điều trị là: "rối loạn giọng nói", "khả năng giao tiếp", "khả năng ăn uống", "cảm giác bị ốm", "ho" và "suy giảm tình dục". Riêng khía cạnh "tâm lý - cảm xúc" thời điểm sau phẫu thuật cải thiện tốt hơn so với thời điểm trước điều trị.

- Nhóm cắt QTQP có các chỉ số biến đổi nhiều nhất so với trước điều trị là: "rối loạn giọng nói", "khả năng giao tiếp", "ho", "cảm giác bị ốm" và "suy giảm tình dục". Riêng khía cạnh "tâm lý - cảm xúc" thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật cải thiện tốt hơn thời điểm trước điều trị.

KIẾN NGHỊ

- ✓ Nên thực hiện đánh giá CLCS của BN UTTQ một cách thường quy song song với các thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng để xác định các vấn đề về chức năng cũng như về triệu chứng mà BN gặp phải tại thời điểm trước điều trị cũng như trong và sau điều trị, từ đó có thể xây dựng kế hoạch tư vấn và phục hồi chức năng phù hợp với từng BN ở từng thời điểm cụ thể.
- ✓ Nên cung cấp những thông tin về CLCS sau điều trị cho cả những BN mới được chẩn đoán xác định là UTTQ và đang trong quá trình cân nhắc lựa chọn phương án điều trị để BN có thêm thông tin trước khi quyết định phương án điều trị phù hợp nhất với bản thân họ.
- ✓ Nên triển khai tiếp các nghiên cứu đánh giá những yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của từng nhóm BN UTTQ được điều trị theo một phương pháp cụ thể, dựa vào đó sẽ xác định các biện pháp cải thiện CLCS của BN UTTQ sau điều trị.

DANH MỤC CÁC BÀI BÁO KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN

1. Bùi Thế Anh, Phạm Tuấn Cảnh (2014). Chuyển ngữ bản câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống H&N35 của EORTC sang tiếng Việt và kiểm định giá trị của Bảng câu hỏi tiếng Việt trên bệnh nhân ung thư thanh quản. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 1,117-123.
2. Bùi Thế Anh, Phạm Tuấn Cảnh (2015). Health-related quality of life and treatment of laryngeal cancer. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*,6(12),5-9.
3. Bùi Thế Anh, Phạm Tuấn Cảnh (2018). Nghiên cứu chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư thanh quản sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*,1(3),5-17.
4. Anh The Bui, Keven Seung Yong Ji, Canh Tuan Pham et al (2018). Longitudinal evaluation of quality of life in laryngeal cancer patients treated with surgery. *Int J Surg* 58(65-70).