

giá trị thang điểm Khorana. Tuy nhiên, cũng tồn tại một số hạn chế: cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu đơn trung tâm, thời gian theo dõi ngắn (6 tháng), chưa đánh giá tử vong và biến cố chảy máu, cũng như chưa so sánh trực tiếp với các thang điểm khác (Vienna, ONKOTEV, COMPASS-CAT).

V. KẾT LUẬN

Thang điểm Khorana có khả năng phân tầng nguy cơ HKTMSD ở bệnh nhân ung thư được hóa trị lần đầu tại Việt Nam, với độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy còn hạn chế. Thang điểm hữu ích trong việc loại trừ nhóm bệnh nhân nguy cơ thấp, song chưa đủ mạnh để sàng lọc và phát hiện toàn diện nhóm nguy cơ cao. Tuổi ≥ 60 và các phác đồ chứa thuốc ức chế topoisomerase hoặc ức chế phân chia tế bào là những yếu tố nguy cơ độc lập. Cần các nghiên cứu đa trung tâm, quy mô lớn hơn để xác định ngưỡng cắt tối ưu và xây dựng mô hình tiên lượng phù hợp cho thực tiễn Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khorana AA, Rubens D, Francis CW. Screening high-risk cancer patients for VTE: A prospective observational study. *Thromb Res*. 2014;134(6):1205-1207. doi:10.1016/j.thromres.2014.09.016
2. JNCCN. Accessed September 27, 2025. <https://jnccn.org/>
3. Akasaka-Kihara F, Sueta D, Ishii M, et al. Validation of the Khorana Venous Thromboembolism Risk Score in Japanese Cancer Patients. *JACC Asia*. 2021;1(2):259-270. doi:10.1016/j.jacasi.2021.07.006
4. Ha H, Ko YH, Kim K, et al. Application of the Khorana score for cancer-associated thrombosis prediction in patients of East Asian ethnicity undergoing ambulatory chemotherapy. *Thromb J*. 2023;21(1):63. doi:10.1186/s12959-023-00505-3
5. Multivariable clinical-genetic risk model for predicting venous thromboembolic events in patients with cancer | *British Journal of Cancer*. Accessed September 27, 2025. <https://www.nature.com/articles/s41416-018-0027-8>
6. Khorana AA, Soff GA, Kakkar AK, et al. Rivaroxaban for Thromboprophylaxis in High-Risk Ambulatory Patients with Cancer. *N Engl J Med*. Published online February 21, 2019. doi:10.1056/NEJMoa1814630
7. Carrier M, Abou-Nassar K, Mallick R, et al. Apixaban to Prevent Venous Thromboembolism in Patients with Cancer. *N Engl J Med*. 2019;380(8):711-719. doi:10.1056/NEJMoa1814468
8. Abdel-Razeq H, Mansour A, Abdullelah H, et al. Thromboembolic events in cancer patients on active treatment with cisplatin-based chemotherapy: another look! *Thromb J*. 2018;16(1):2. doi:10.1186/s12959-018-0161-9
9. Lyman GH, Bohlik K, Khorana AA, et al. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: american society of clinical oncology clinical practice guideline update 2014. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2015;33(6):654-656. doi:10.1200/JCO.2014.59.7351

KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐIỀU TRỊ GIẢM NHẸ TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP – BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Huy Toàn¹, Hồ Duy Tuấn Anh¹, Phạm Quốc Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân ung thư được điều trị giảm nhẹ tại Khoa Ngoại Tổng hợp và xác định một số yếu tố liên quan đến CLCS. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 bệnh nhân ung thư điều trị giảm nhẹ (10/2024–05/2025). CLCS đo bằng EORTC QLQ-C30 (v3). Phân tích đơn biến (t-test/ANOVA/chi-square) và mô hình hồi quy tuyến tính tổng quát Gamma-log để xác định yếu tố liên quan độc lập. **Kết quả:** Tuổi trung bình 68,0 $\pm$ 12,4; nam ~74%. 80% giai đoạn III–IV; PS2

chiếm 45,7%. Điểm trung bình: lĩnh vực triệu chứng 35,3 $\pm$ 15,1; chức năng 51,8 $\pm$ 25,1; tài chính 54,3 $\pm$ 31,6; tổng quát 40,2 $\pm$ 23,4; CLCS chung 46,6 $\pm$ 9,4. Phân tích đa biến cho thấy: đang kết hôn (+20,2% CLCS; $p<0,001$), thời gian mắc <6 tháng (+9,4%; $p=0,032$) và 6–12 tháng (+20,8%; $p=0,005$), PS ≤ 2 (+19,8%; $p<0,001$) liên quan độc lập với CLCS cao hơn; điều trị đặc hiệu hiện tại/liền tiếp liên quan giảm CLCS (–7,8%; $p=0,011$). **Kết luận:** CLCS của bệnh nhân ung thư điều trị giảm nhẹ ở mức thấp, đặc biệt ở khía cạnh thể chất/hoạt động. Hỗ trợ xã hội (hôn nhân), thể trạng tốt và thời gian mắc ngắn liên quan CLCS tốt hơn. Cần tích hợp chăm sóc giảm nhẹ sớm, hỗ trợ gia đình – xã hội và tối ưu kiểm soát triệu chứng.

Từ khóa: EORTC QLQ-C30; chăm sóc giảm nhẹ; chất lượng cuộc sống; ung thư giai đoạn muộn.

SUMMARY

SURVEY OF QUALITY OF LIFE AND

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
 Chịu trách nhiệm chính: Hồ Duy Tuấn Anh
 Email: hotuananh725@gmail.com
 Ngày nhận bài: 18.9.2025
 Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025
 Ngày duyệt bài: 27.11.2025

ASSOCIATED FACTORS IN CANCER PATIENTS RECEIVING PALLIATIVE CARE AT THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT – NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate health-related quality of life (HRQoL) among palliative oncology patients and identify associated factors. **Materials and Methods:** Cross-sectional study of 105 patients (Oct 2024–May 2025). HRQoL assessed by EORTC QLQ-C30 (v3). Univariate tests and Gamma-log GLM for independent associations. **Results:** Mean age 68.0; ~74% male; 80% stage III–IV; PS2 45.7%. Mean scores: symptom 35.3; functioning 51.8; financial 54.3; global health 40.2; summary 46.6. Independent correlates of higher HRQoL: marriage (+20.2%), time since diagnosis <6 months (+9.4%) and 6–12 months (+20.8%), PS ≤2 (+19.8%); ongoing/any anti-cancer therapy associated with lower HRQoL (–7.8%); **Conclusion:** HRQoL was poor overall, particularly physical/role domains. Social support, good performance status, and shorter time since diagnosis were favorable. Early palliative integration and family support are recommended. **Keywords:** EORTC QLQ-C30; palliative care; quality of life; advanced cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là gánh nặng lớn toàn cầu. Ở giai đoạn muộn, điều trị chủ yếu tập trung vào giảm triệu chứng và nâng cao CLCS. Chất lượng cuộc sống (CLCS) của đối tượng người bệnh nói chung và người bệnh ung thư nói riêng ngày càng được quan tâm. Những người mắc bệnh ung thư phải đối mặt với nhiều vấn đề liên quan đến thể chất và tinh thần khiến cho chất lượng cuộc sống của họ chịu ảnh hưởng: mệt mỏi, giảm sức khỏe thể chất; suy giảm khả năng tình dục, tăng nguy cơ trầm cảm và các rối loạn tâm thần khác.¹ Mong muốn cải thiện được chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư là một phần quan trọng trong chiến lược điều trị ung thư. Một phân tích toàn cầu đa trung tâm của tác giả Quinten và cs (2014) thực hiện trên khảo sát 7417 bệnh nhân bằng bảng câu hỏi EORTC QLQ-C30 đã kết luận rằng, chất lượng cuộc sống được đo lường một cách định lượng là yếu tố tiên lượng độc lập đến sống thêm ở bệnh nhân ung thư, bên cạnh các yếu tố khác như: giai đoạn ung thư, đáp ứng điều trị, điểm thể trạng (PS)...² Ở nhóm đối tượng bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn, đặc biệt là những bệnh nhân được chăm sóc giảm nhẹ, việc có thêm thông tin nhằm tiên lượng thời gian sống thêm có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Bên cạnh đó, đánh giá một cách hệ thống và chính xác đối với chất lượng cuộc sống hiện tại của người bệnh sẽ giúp cho nhà lâm sàng phát hiện được những nhu cầu có thể đáp ứng được nhưng đang bị bỏ sót, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị và hài lòng người

bệnh. Vì những lý do này, nhóm nghiên cứu quyết định thực hiện đề tài này với mục tiêu khảo sát chất lượng sống của bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn và một số yếu tố ảnh hưởng độc lập.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 105 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư và điều trị tại khoa Ngoại Tổng hợp 1- bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 10/2024- tháng 5/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư (mô bệnh học và/hoặc các tiêu chuẩn sinh hóa/chẩn đoán hình ảnh được Bộ Y tế quy định tùy theo từng loại ung thư).

- Bệnh nhân có tỉnh táo (Glasgow ≥14 điểm), có đủ nhận thức để hoàn thành bảng kiểm.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân và gia đình không cung cấp đủ thông tin.

- Bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính giai đoạn cuối ảnh hưởng độc lập đến chất lượng cuộc sống của người bệnh (suy thận mạn chạy thận chu kỳ, suy tim mất bù...)

- Đã tham gia nghiên cứu trước đó (tái nhập viện trong thời gian tuyển bệnh).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu không ngẫu nhiên.

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu xác định 1 tỉ lệ:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

p là tỷ lệ bệnh nhân có mức QOL thấp, theo Malathi G Nayak et al. là 82,3%.³

Áp dụng mức sai số chấp nhận được là 0,08

→ Tính ra cỡ mẫu n dự kiến tối thiểu khoảng 88 bệnh nhân. Tuy nhiên để tăng độ tin cậy chúng tôi tiến hành thu thập số liệu, nghiên cứu trên 105 bệnh nhân.

- **Nội dung:** Chúng tôi thu thập biến số qua phỏng vấn trực tiếp và trích lục hồ sơ bệnh án. Các biến số ghi nhận gồm: đặc điểm chung (tuổi, giới, BMI...); đặc điểm liên quan bệnh (giai đoạn, thời gian chẩn đoán, thể trạng...); Tính điểm trung bình (quy đổi) của từng chỉ số, và tính điểm CLCS chung; Phân tích yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống.

*Cách thu thập điểm số thô (RS) của 30 câu hỏi, chuyển sang điểm quy đổi với công thức:

+ Nhóm chỉ số chức năng (các câu 1-5,6,7,21-24,20,25,26,27): $S = [1 - (RS - 1)/range] \times 100$.

+ Nhóm chỉ số triệu chứng (8,9,10, 11,12, 13,14,15,16,17,18,19,28): $[(RS - 1)/range] \times 100$

+ Chỉ số tổng quát: $S = [(RS - 1)/range] \times 100$
(Range được tính bằng hiệu số chênh lệch giữa giá trị tối đa có thể có của RS và giá trị tối thiểu có thể có của RS)

- **Thu thập và xử lý số liệu:** Bảng phần mềm SPSS 20.0. Biến số định tính được thể hiện bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Biến số định lượng phân phối chuẩn được thể hiện bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Đánh giá đơn biến với kiểm định t-test (2 nhóm độc lập) hoặc ANOVA (3 nhóm độc lập trở lên) giữa các dưới nhóm độc lập phân chia bởi các biến số liên quan (như nhóm tuổi, giới...). Hồi quy tuyến tính tổng quát đa biến GLM đánh giá khả năng ảnh hưởng độc lập của các biến liên quan.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu được thực hiện hoàn toàn vì mục đích khoa học, được Hội đồng khoa học và Ban giám đốc Bệnh viện HNĐK Nghệ An thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

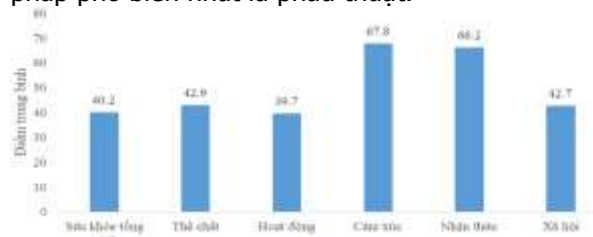
Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<60	22	21,0
	≥60	83	79,0
	Trung bình Lớn nhất-nhỏ nhất	68,0 ± 12,4 34 - 93	
Giới	Nam	78	74,3
	Nữ	27	25,7
BMI	Gầy	39	37,1
	Trung bình	57	54,3
	Thừa cân/béo phì	9	8,6
Địa dư	Thành thị	30	28,6
	Nông thôn	73	69,5
	Khác	2	1,9
Thu nhập	Nghèo/cận nghèo	27	25,7
	Trung bình trở lên	78	74,3
Hôn nhân	Đang kết hôn	84	80,0
	Góa/độc thân/ly hôn	21	20,0
Sống cùng	Gia đình	84	80,0
	Một mình	21	20,0
	Tổng	105	100,0

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 68,0; 74,3% nam giới. BMI trung bình là 19,4; 37,1% thuộc nhóm gầy. Đa số là lao động trung bình, sinh sống tại nông thôn. 80% sống cùng gia đình

Bảng 2. Đặc điểm liên quan bệnh lý ung thư

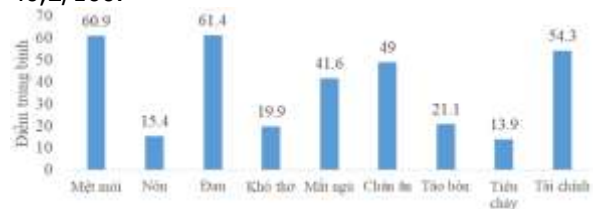
Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian chẩn đoán (n=105)	<6 tháng	76	72,4
	6 tháng-1 năm	8	7,6
	>1 năm	21	20,0
Giai đoạn hiện tại (n=105)	1	2	1,9
	2	18	17,1
	3	25	22,9
	4	60	57,1
PS (n=105)	1	31	29,5
	2	48	45,7
	3	26	24,8
Điều trị đặc hiệu (n=105)	Đã/đang điều trị	55	52,4
	Không điều trị	50	47,6
Các phương pháp điều trị đặc hiệu (n=55)	Phẫu thuật triệt căn	24	22,9
	Hóa chất	10	9,5
	Xạ trị	2	1,9
	Hóa xạ trị	9	8,6
	Khác (hormon, đích, miễn dịch...)	10	9,5

Nhận xét: 72,4% chẩn đoán dưới 6 tháng, 80% ở giai đoạn 3,4 và 45,7% PS2. Khoảng 1/2 nhóm nghiên cứu có điều trị đặc hiệu; phương pháp phổ biến nhất là phẫu thuật.



Biểu đồ 3. Điểm trung bình các lĩnh vực chức năng và CLCS tổng quát

Nhận xét: Các lĩnh vực thể chất, hoạt động và xã hội ở mức dưới trung bình, trong khi đó các lĩnh vực cảm xúc và nhận thức ở mức trung bình khá. Xét về sức khỏe tổng quát, nhóm nghiên cứu tự đánh giá ở mức điểm trung bình 40,2/100.



Biểu đồ 4. Điểm trung bình CLCS lĩnh vực triệu chứng

Nhận xét: Về các lĩnh vực triệu chứng, nôn/buồn nôn; khó thở, táo bón, tiêu chảy là các lĩnh vực có điểm CLCS thấp nhất, ảnh hưởng rất nhiều đến đa số người bệnh. Trong khi đó các lĩnh vực như mệt mỏi/đau ở mức trung bình khá

cho thấy sự kiểm soát đau khá tốt cũng như tần suất đau của nhóm nghiên cứu không nhiều trong bối cảnh chăm sóc giảm nhẹ so với các triệu chứng khác.

Bảng 5. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan CLCS

Đặc điểm	Phân loại	Điểm CLCS	p
Tuổi	<60	47,1 ± 2,3	0,246
	≥60	46,5 ± 9,2	
Giới	Nam	47,2 ± 9,0	0,392
	Nữ	44,8 ± 10,7	
BMI	Gầy	46,6 ± 9,6	0,016*
	Trung bình	45,5 ± 9,6	
	Béo	53,3 ± 4,8	
Hôn nhân	Đang kết hôn	48,4 ± 9,1	<0,001
	Góa/độc thân/ly hôn	39,2 ± 7,2	
Thời gian chẩn đoán	<6 tháng	48,2 ± 9,2	0,002*
	6 tháng-1 năm	49,2 ± 12,7	
	>1 năm	40,1 ± 6,0	
Điều trị đặc hiệu	Có	43,9 ± 9,9	0,002
	Không	49,6 ± 8,0	
PS	≤2	48,8 ± 8,9	<0,001
	>2	40,3 ± 8,1	

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy, BMI gầy, đang đơn thân, thời gian chẩn đoán >1 năm, có điều trị đặc hiệu và PS >2 có liên quan đến chất lượng cuộc sống kém hơn.

Bảng 6. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng độc lập đến chất lượng cuộc sống

Đặc điểm	TR (Exp(B))	95% CI	p
BMI			
<18 với >23 (Ref)	1,001	0,887-1,129	0,990
18-23 với >23 (Ref)	0,919	0,821-1,028	0,141
Hôn nhân			
Đang hôn nhân với khác (Ref)	1,202	1,109-1,303	<0,001
Thời gian mắc			
<6 tháng so với >1 năm	1,094	1,008-1,188	0,032
6 tháng-1 năm với >1 năm	1,208	1,058-1,380	0,005
Điều trị đặc hiệu			
Có so với không	0,922	0,866-0,981	0,011
PS			
≤2 với >2	1,198	1,112-1,290	<0,001

Nhận xét:

- Sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính tổng quát (GLM) Gamma-log phân tích các yếu tố tiên lượng độc lập đến chất lượng cuộc sống. Các biến ban đầu được xác định trước theo cơ sở lâm sàng và p đơn biến <0,25 bao gồm: tuổi, giới, BMI, tình trạng hôn nhân, thời gian mắc, điều trị

đặc hiệu, PS. Tất cả các biến được kiểm tra đa cộng tuyến bằng chỉ số VIF và không có hiện tượng đa cộng tuyến nghi ngờ (tất cả VIF <5).

- So sánh AIC giữa mô hình đầy đủ và các mô hình tối giản cho thấy ΔAIC thay đổi >5 cho mỗi bước bỏ đi các biến tuổi, giới. Do đó, chúng tôi chọn mô hình cuối cùng gồm: BMI, tình trạng hôn nhân, thời gian mắc, điều trị đặc hiệu, PS.

- Ở mô hình cuối, tình trạng đang hôn nhân làm tăng 20,2% CLCS so với tình trạng độc thân; thời gian mắc 6 tháng và 6 tháng-1 năm làm tăng CLCS thêm lần lượt 9,4% và 20,8% so với thời gian mắc >1 năm; Có điều trị đặc hiệu làm giảm CLCS đi 7,8% so với không điều trị, PS ≤2 làm tăng CLCS thêm 19,8% so với PS>2.

IV. BÀN LUẬN

Trong mẫu 105 bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn, chất lượng cuộc sống (CLCS) nhìn chung ở mức thấp: điểm Global health/QoL trung bình ~40/100; điểm CLCS chung ~46-47/100. Các lĩnh vực chức năng suy giảm chủ yếu ở thể chất/hoạt động/xã hội, trong khi cảm xúc/nhận thức tương đối bảo tồn. Ở nhóm triệu chứng, nôn/buồn nôn, khó thở, táo bón, tiêu chảy là gánh nặng nổi bật; kiểm soát đau/mệt nhìn chung tạm ổn cho thấy khả năng đáp ứng khá đầy đủ của chăm sóc giảm nhẹ trong việc xoa dịu các triệu chứng thường gặp ở ung thư giai đoạn muộn; khó khăn tài chính ở mức trung bình. Những đặc điểm này phản ánh đúng bối cảnh chăm sóc giảm nhẹ tại cơ sở, khi ưu tiên kiểm soát đau và nâng đỡ thể trạng có thể giúp giảm đau/mệt nhưng còn "khoảng trống" với triệu chứng hô hấp-tiêu hoá và gánh nặng chi phí.

Các yếu tố liên quan độc lập với CLCS trong mô hình GLM Gamma-log gồm: đang kết hôn (+~20%), thời gian mắc <6 tháng (+~9%) và 6-12 tháng (+~21%), PS ≤2 (+~20%) làm tăng CLCS; ngược lại đang/đã điều trị đặc hiệu liên quan giảm CLCS (~-8%). Ý nghĩa lâm sàng rõ ràng: (i) thể trạng là "nút cổ chai" của QoL—điều đã được chứng minh nhất quán: CLCS giảm song hành PS xấu và phản ứng viêm hệ thống tăng cao.^{2,4}(ii) hỗ trợ gia đình-xã hội (đại diện bởi tình trạng hôn nhân) cải thiện QoL—kết quả phù hợp với dữ liệu quan sát lớn cho thấy hôn nhân liên quan QoL tốt hơn và kết cục sống còn thuận lợi hơn.⁵ (iii) thời gian sống chung với bệnh >1 năm đi kèm tích lũy độc tính/triệu chứng và suy mòn, khiến QoL giảm dần theo thời gian—quy luật đã được mô tả trên các đoàn hệ chăm sóc giảm nhẹ.⁴

Phát hiện "điều trị đặc hiệu liên quan QoL thấp hơn" là hợp lý trong bối cảnh giai đoạn

muộn: độc tính hóa-xạ trị, nhập viện lặp lại làm xấu QoL ngắn hạn, đặc biệt gần cuối đời. Bằng chứng đoàn hệ đa trung tâm cho thấy hóa trị cuối đời không cải thiện và thậm chí làm xấu QoL tuần cuối (nhất là ở bệnh nhân PS tốt).⁶ Ngược lại, tích hợp chăm sóc giảm nhẹ sớm ngay khi bắt đầu điều trị có thể cải thiện QoL, giảm trầm cảm và kéo dài sống còn (RCT NEJM).⁷

Về diễn giải điểm số QLQ-C30, kết quả của chúng tôi theo đúng hướng dẫn chuẩn (điểm chức năng cao = tốt hơn; điểm triệu chứng/khó khăn tài chính cao = nặng hơn; thang Global health 2 mục 7 mức). Điều này giúp so sánh đối chiếu với chuẩn dân số/chuẩn bệnh lý trong y văn và củng cố giá trị ngoại hiện của kết quả

Lợi ích trong thực hành: (1) Sàng lọc định kỳ QoL (QLQ-C30) để phát hiện sớm triệu chứng khó thở & rối loạn tiêu hoá—những “điểm mù” còn tồn tại—và can thiệp chủ động (thuốc chống nôn theo bậc, nhuận tràng chuẩn hoá, phác đồ khó thở gồm opioid liều thấp, thở khí lưu lượng phù hợp). (2) Ưu tiên duy trì PS ≤ 2 bằng gói giảm nhẹ + dinh dưỡng + phục hồi chức năng. (3) Chủ động huy động hỗ trợ gia đình-xã hội, đặc biệt cho người độc thân/goá/ly hôn. (4) Cần nhắc lại chỉ định điều trị đặc hiệu ở ca PS kém/độc tính tích lũy; nếu lợi ích biên nhỏ, nên đặt mục tiêu QoL và chuyển trọng tâm sang CSGN; ngược lại, khi điều trị đặc hiệu còn hợp lý, tích hợp sớm CSGN để hạn chế tổn hại QoL.

V. KẾT LUẬN

CLCS của bệnh nhân ung thư điều trị giảm nhẹ ở mức thấp, đặc biệt ở khía cạnh thể chất/hoạt động. Hỗ trợ xã hội (hôn nhân), thể trạng tốt và

thời gian mắc ngắn liên quan CLCS tốt hơn. Cần tích hợp chăm sóc giảm nhẹ sớm, hỗ trợ gia đình – xã hội và tối ưu kiểm soát triệu chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schwartz RM, Ornstein KA, Liu B, Alpert N, Bevilacqua KG, Taioli E. Change in Quality of Life after a Cancer Diagnosis among a Nationally Representative Cohort of Older Adults in the US. *Cancer Invest.* 2019;37(7):299-310. doi:10.1080/07357907.2019.1645160
2. Quinten C, Martinelli F, Coens C, et al. A global analysis of multitrial data investigating quality of life and symptoms as prognostic factors for survival in different tumor sites. *Cancer.* 2014;120(2):302-311. doi:10.1002/cncr.28382
3. Nayak M, George A, Vidyasagar M, et al. Quality of life among cancer patients. *Indian J Palliat Care.* 2017;23(4):445. doi:10.4103/IJPC.IJPC_82_17
4. Laird BJA, Fallon M, Hjermsstad MJ, et al. Quality of Life in Patients With Advanced Cancer: Differential Association With Performance Status and Systemic Inflammatory Response. *J Clin Oncol.* 2016;34(23):2769-2775. doi:10.1200/JCO.2015.65.7742
5. Jatoti A, Novotny P, Cassivi S, et al. Does Marital Status Impact Survival and Quality of Life in Patients with Non-Small Cell Lung Cancer? Observations from the Mayo Clinic Lung Cancer Cohort. *Oncologist.* 2007;12(12):1456-1463. doi:10.1634/theoncologist.12-12-1456
6. Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, et al. Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life. *JAMA Oncol.* 2015;1(6): 778-784. doi:10.1001/jamaoncol.2015.2378
7. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine.* 2010;363(8):733-742. doi:10.1056/NEJMoa1000678

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ VITAMIN B12 HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CAO TUỔI CÓ SỬ DỤNG METFORMIN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Vũ Ngọc Bích¹, Vũ Bích Nga², Nguyễn Thị Thanh Thủy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Metformin là thuốc uống hạ đường máu phổ biến, và là liệu pháp nền tảng cho những người bệnh được chẩn đoán đái tháo đường típ 2. Tuy nhiên, việc sử dụng metformin kéo dài dẫn đến tình

trạng giảm vitamin B12 trong máu [1]. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm khảo sát và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nồng độ vitamin B12 máu trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 cao tuổi có sử dụng metformin tại bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh nhóm chứng. **Kết quả:** Có 202 bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 điều trị bằng metformin (nhóm bệnh) và có 51 người cao tuổi không mắc bệnh đái tháo đường (nhóm chứng). Kết quả cho thấy nồng độ vitamin B12 huyết tương trung bình nhóm bệnh ($550,7 \pm 271,9$ pmol/L) thấp hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($551,81 \pm 238,6$ pmol/L). Tỷ lệ bổ sung chế phẩm chứa

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Bích

Email: vungocbich.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025