

quy và tử vong, theo tứ phân vị nồng độ NT-proBNP ở các nghiên cứu đó nồng độ NT-proBNP tăng cao ở nhóm có biến cố đột quy và thuyên tắc mạch hệ thống so với nhóm không có biến cố[10].

Trong số những bệnh nhân có biến cố tim mạch chung sau 6 tháng (n = 77), phân tích ROC của NT-proBNP lúc mới nhập viện để dự đoán tỷ lệ biến cố tim mạch chung sau 6 tháng có diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,848 với p= 0,000; điểm cắt 311 pmol/L. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm tính, giá trị tiên đoán âm tính lần lượt là: 70%; 91%; 83%; 83%. Hiện nay các nghiên cứu đã chỉ ra giá trị tiên đoán trong tử vong, suy tim, đột quy nhưng chưa thấy nghiên cứu nào chỉ ra giá trị tiên đoán biến cố tim mạch chung như nghiên cứu của chúng tôi. Đây là điểm đóng góp mới của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

NT-proBNP là một yếu tố tiên lượng độc lập biến cố tim mạch ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim với NT-proBNP tăng 100pmol/L OR = 2,513; KTC 1,561 - 2,821; p = 0,000. Với điểm cắt 311 pmol/L, AUC 0.848, diện tích dưới đường cong AUC là 0,848 với p= 0,000 (KTC 0,790- 0,905), độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm tính, giá trị tiên đoán âm tính lần lượt là: 70%; 91%; 83%; 83%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Go A.S., Hylek E.M., Phillips K.A. et al.** Prevalence of Diagnosed Atrial Fibrillation in Adults: National Implications for Rhythm Management and Stroke Prevention: the Anticoagulation and Risk Factors In Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA

- 2001, 285(18), 2370–2375.
2. **Wolf P A, Abbott R D, và Kannel W B** (1991). Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991; 22(8), 983–988.
3. **Lake F.R., Cullen K.J., Klerk N.H. et al.** Atrial Fibrillation and Mortality in an Elderly Population. Australian and New Zealand Journal of Medicine, 1989; 19(4), 321–326.
4. **Kirchhof P., Schmalowsky J., Pittrow D et al.** (2014). Management of Patients With Atrial Fibrillation by Primary-Care Physicians in Germany: 1-Year Results of the ATRIUM Registry. Clinical Cardiology 2014; 37(5), 277–284.
5. **Patton K.K., Ellinor P.T., Heckbert S.R. et al.** N-terminal pro-B-type Natriuretic Peptide is a Major Predictor of the Development of Atrial Fibrillation: The Cardiovascular Health Study. Circulation 2009; 120(18), 1768–1774.
6. **Amin A.N., Jhaveri M., và Lin J.** Hospital Readmissions in US Atrial Fibrillation Patients: Occurrence and Costs. American Journal of Therapeutics 2013; Vol 8.
7. **Bettencour P. et al.** NT-proBNP and BNP: biomarkers for heart failure management. Eur J Heart Fail. 2004; Mar 15;6(3):359-63.
8. **Luchner A, Behren G. et al.** Long-term pattern of brain natriuretic peptide and N-terminal pro brain natriuretic peptide and its determinants in the general population: contribution of age, gender, and cardiac and extra-cardiac factors. Eur J Heart Fail. 2014; 15 (8): 859-867
9. **Januzzi JL, Kimenade R., et al.** NT-proBNP testing for diagnosis and short-term prognosis in acute destabilized heart failure: An international pooled analysis of 1256 patients: The International Collaborative of NT-proBNP Study. European Heart Journal 2006 27(3):330-337
10. **Masson S. và Latini R.** (2008). Amino-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptides and Prognosis in Chronic Heart Failure. The American Journal of Cardiology, 101(3, Supplement), S56–S60.

KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ THANH QUẢN SAU CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN

Võ Thị Thùy Linh¹, Nguyễn Hữu Dũng², Lý Xuân Quang³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các phương pháp bảo tồn thanh quản trong phẫu thuật cắt thanh quản bán phần điều trị ung thư thanh quản hiện đang được sử dụng rộng

rãi trên lâm sàng. Kết quả điều trị cũng cho thấy rằng thành công của phẫu thuật cắt thanh quản bán phần không chỉ có ý nghĩa trong việc giải quyết bệnh mà còn bảo tồn chức năng thanh quản và nâng cao chất lượng cuộc sống. **Mục tiêu:** Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư thanh quản sau cắt thanh quản bán phần và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 38 bệnh nhân cắt thanh quản bán phần tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM. Chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống EORTC-C30 và EORTC-H&N35. **Kết quả:** Chất lượng cuộc sống chung của bệnh nhân sau cắt thanh quản bán phần bị suy giảm mức độ nhẹ với

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thùy Linh

Email: thuylinhyak36@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023

điểm trung bình là $74,3 \pm 24,9$. Khả năng chức năng chỉ có vai trò xã hội bị suy giảm mức độ nhẹ. Chỉ số triệu chứng mất ngủ, rối loạn giọng nói, khả năng giao tiếp, suy giảm tình dục, ho và cảm giác bị ốm đều bị ảnh hưởng. Nhóm phẫu thuật mở có điểm trung bình của rối loạn giọng nói ($52,9 \pm 32,5$) cao hơn hẳn nhóm vi phẫu laser ($4,4 \pm 6,1$) với $p < 0,005$. Yếu tố tuổi > 60 làm tăng triệu chứng mất ngủ ở bệnh nhân này với $p < 0,05$. Nhóm có điều trị bổ túc bị ảnh hưởng về vai trò xã hội, hòa nhập xã hội và khó khăn tài chính nhiều hơn so với nhóm không điều trị với $p < 0,05$. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống chung của bệnh nhân sau cắt thanh quản bán phần bị suy giảm mức độ nhẹ. **Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, cắt thanh quản bán phần, ung thư thanh quản.

SUMMARY

SURVEY ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER AFTER PARTIAL LARYNGECTOMY

Background: The methods of laryngectomy in partial laryngectomy for laryngeal cancer treatment have now been widely used in clinical practice. Treatment results also show that the success of partial laryngectomy is not only significant in the resolution of the disease, but also in preserving laryngeal function and improving quality of life. **Objectives:** To survey the quality of life of patients with laryngeal cancer after partial laryngectomy and to find out some factors related to the quality of life of the patients. **Method:** Retrospective study on 38 patients with partial laryngectomy at University Medical center HCMC. Quality of life was assessed by the quality of life questionnaire EORTC-C30 and EORTC-H&N35. **Result:** The overall quality of life of patients after partial laryngectomy was slightly impaired with a mean score of 74.3 ± 24.9 . In the functional aspect, there was only a slight decline in the social role. The symptom index of insomnia, voice disturbances, communication skills, sexual impairment, cough and feeling sick were all affected. The open surgery group had a mean score of voice disorders (52.9 ± 32.5) significantly higher than the laser microsurgery group (4.4 ± 6.1) with $p < 0.005$. Age factor > 60 increases symptoms of insomnia in this patient with $p < 0.05$. The group with adjuvant treatment was more affected in terms of social role, social integration and financial difficulties than the group without treatment with $p < 0.05$. **Conclusion:** The overall quality of life of patients after partial laryngectomy was slightly impaired. **Keywords:** Quality of life, partial laryngectomy, laryngeal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản (UTTQ) là một loại ung thư đầu cổ thường gặp. Đây là loại ung thư đứng thứ 19 về tỷ lệ tử vong trong các ung thư ác tính hay gặp nhất và đứng hàng thứ 2 trong các khối u ác tính vùng đầu mặt cổ. Năm 2020, trên toàn thế giới có 184.615 người được chẩn đoán mắc mới và 99.840 người tử vong do UTTQ. Tại Hoa Kỳ, ước tính năm 2022 có 3.820 ca tử vong

(3.070 nam giới và 750 phụ nữ).⁽¹⁾ Ở Việt Nam, số liệu thống kê năm 2020 có 2.021 trường hợp mắc mới và 1.109 trường hợp tử vong vì căn bệnh này.⁽²⁾

Điều trị UTTQ kinh điển chủ yếu là phẫu thuật, còn xạ trị và hoá trị có thể được sử dụng hỗ trợ, bổ sung cho phẫu thuật. Tùy vị trí kích thước, hình dạng, phạm vi, mức độ xâm lấn và biệt hoá của khối u, thầy thuốc sẽ lựa chọn cắt bỏ thanh quản toàn bộ hay một phần. Phẫu thuật cắt thanh quản toàn bộ có ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân do phải đặt ống kéo dài và mất khả năng nói.^(3,4,5,6) Do đó, các phương pháp bảo tồn thanh quản trong phẫu thuật cắt thanh quản bán phần (TQBP) hiện đang được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng. Kết quả điều trị cũng cho thấy rằng thành công của phẫu thuật cắt thanh quản bán phần không chỉ có ý nghĩa trong việc giải quyết bệnh mà còn bảo tồn chức năng thanh quản và nâng cao chất lượng cuộc sống.⁽⁷⁾

Việc quan tâm đến CLCS tốt cho bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư thanh quản theo nguyên tắc ung thư học ngày càng trở nên quan trọng. Những biến đổi về cấu trúc giải phẫu, về chức năng cũng như về thẩm mỹ có thể ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân ung thư thanh quản trong thời gian sống thêm sau điều trị. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư thanh quản sau cắt thanh quản bán phần và tìm hiểu một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân UTTQ được phẫu thuật cắt TQBP tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM từ 01/01/2018 đến 30/12/2021.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu.

Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu thu được tất cả 38 bệnh nhân UTTQ được phẫu thuật cắt TQBP thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

Bộ công cụ sử dụng. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư (EORTC QLQ-C30) và ung thư đầu và cổ EORTC-H&N35.

*Biến số CLCS và khía cạnh chức năng trong bộ câu hỏi EORTC-C30:

- Đánh giá chức năng chung gồm 6 biến số: Hoạt động thể lực, vai trò xã hội, hòa nhập xã hội, tâm lý - cảm xúc, khả năng nhận thức, chất lượng cuộc sống nói chung.

- Đánh giá các triệu chứng/vấn đề do bệnh

và/hoặc do quá trình điều trị bệnh ung thư gây ra bao gồm 6 biến số: Mệt mỏi, cảm giác đau, mất ngủ, khó thở, rối loạn tiêu hóa, khó khăn tài chính.

*Biến số đánh giá CLCS của bệnh nhân ở các khía cạnh đặc trưng cho ung thư vùng đầu mặt cổ bộ câu hỏi EORTC-H&N35 có 10 biến số: cảm giác đau (vùng miệng, họng), rối loạn nuốt, tình trạng răng miệng, giảm khúu giác - vị giác, khả năng ăn uống, rối loạn giọng nói, triệu chứng ho, khả năng giao tiếp, cảm giác bị ốm, suy giảm tình dục

*Một số yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân UTTQ sau cắt TQBP: Liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính, thời gian sau phẫu thuật, xạ trị bổ túc với CLCS của bệnh nhân sau cắt TQBP.

Thu thập và xử lý số liệu

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 2: Sau khi bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được phỏng vấn trực tiếp hoặc qua điện thoại, thu thập dữ liệu trong bệnh án theo như phiếu thu thập số liệu.

Bước 3: Ghi nhận các biến số và phiếu thu thập số liệu, tổng hợp, phân tích số liệu và hoàn thành nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 38 bệnh nhân UTTQ cắt TQBP tại khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 01/01/2018 đến 30/12/2021 với tuổi trung bình của bệnh nhân UTTQ cắt TQBP trong nghiên cứu là $63,0 \pm 8,8$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 47 tuổi và cao nhất là 83 tuổi. Nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn là 60,5%. Nam giới chiếm 92,1%.

Bảng 1: Khía cạnh chức năng trong bộ câu hỏi EORTC-C30

Chi số	Chung TB ± ĐLC (n=38)	Laser TB ± ĐLC (n=5)	PT mở TB ± ĐLC (n=33)	p
CLCS chung	74,3 ± 24,9	80,0 ± 20,9	73,5 ± 25,7	> 0,05
Hoạt động thể lực	90,9 ± 16,7	88,0 ± 17,9	91,3 ± 16,7	> 0,05
Vai trò xã hội	79,4 ± 26,7	96,7 ± 7,5	76,8 ± 27,6	> 0,05
Tâm lý – cảm xúc	90,6 ± 13,4	91,7 ± 18,6	90,4 ± 12,9	> 0,05
Khả năng nhận	93,9 ±	93,3 ±	93,9 ±	>

thức	11,2	9,1	11,7	0,05
Hòa nhập xã hội	82,0 ± 26,4	93,3 ± 14,9	80,3 ± 27,5	> 0,05

Nhận xét: Điểm số CLCS chung của bệnh nhân sau cắt TQBP là $74,3 \pm 24,9$ điểm. Chỉ số hoạt động thể lực ($90,9 \pm 16,7$), tâm lý – cảm xúc ($90,6 \pm 13,4$), hòa nhập xã hội ($82,0 \pm 26,4$) và khả năng nhận thức ($93,9 \pm 11,2$) đều có điểm trung bình trên 80 điểm. Chỉ có chỉ số vai trò xã hội ($79,4 \pm 26,7$) là điểm trung bình dưới 80 điểm.

Bảng 2: Liên quan giữa nhóm tuổi với khía cạnh chức năng trong bộ câu hỏi EORTC-C30

Chi số	Nhóm tuổi (TB ± ĐLC)		p
	≤ 60 tuổi (n=15)	> 60 tuổi (n=23)	
ERTC-C30			
CLCS chung	81,7±22,5	69,6±25,8	>0,05
Hoạt động thể lực	95,6±9,6	87,8±19,6	>0,05
Vai trò xã hội	83,3±23,6	76,8±28,8	>0,05
Tâm lý – cảm xúc	92,2±11,1	89,5±14,9	>0,05
Khả năng nhận thức	96,7±9,3	92,0±12,2	>0,05
Hòa nhập xã hội	85,6±20,8	79,7±29,7	>0,05
Mệt mỏi	7,4±15,5	12,1±15,3	>0,05
Rối loạn tiêu hóa	2,7±5,5	3,5±5,6	>0,05
Cảm giác đau	5,6±17,4	4,3±14,4	>0,05
Khó thở	2,3± 8,6	13,0±29,7	>0,05
Mất ngủ	17,8±21,3	40,6±30,1	<0,05
Khó khăn tài chính	4,4±17,2	6,5 ±18,3	>0,05
ERTC-H&N35			
Cảm giác đau (vùng miệng - họng)	1,3±5,2	3,2±6,3	>0,05
Rối loạn nuốt	6,7±7,8	4,7±8,6	>0,05
Giảm khúu giác - vị giác	2,2±5,9	0,7±3,5	>0,05
Rối loạn giọng nói	47,4±28,9	45,9±38,4	>0,05
Khả năng ăn uống	1,9±3,5	2,9±3,4	>0,05
Khả năng giao tiếp	25,3±18,7	22,9±20,6	>0,05
Suy giảm tình dục	30,0±30,3	26,1±31,3	>0,05
Tình trạng răng miệng	6,7±15,2	12,3±14,8	>0,05
Ho	26,7±28,7	40,6±34,8	>0,05
Cảm giác bị ốm	17,8±21,3	26,1±26,5	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về khía cạnh chức năng giữa 2 nhóm tuổi ($p > 0,05$)

Nhóm > 60 tuổi có điểm trung bình của triệu chứng mất ngủ ($40,6 \pm 30,1$) cao hơn nhóm ≤ 60 tuổi ($17,8 \pm 21,3$) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Không có sự khác biệt về điểm trung bình giữa các khía cạnh triệu chứng trong bộ câu hỏi

EORTC-H&N35 giữa 2 nhóm ≤ 60 tuổi và > 60 tuổi.

Bảng 3: Liên quan giữa giới tính với khía cạnh chức năng trong bộ câu hỏi EORTC-C30

Chi số	Giới tính (TB ± ĐLC)		p
	Nam (n=35)	Nữ (n=3)	
ERTC-C30			
CLCS chung	74,0±25,3	77,8±25,5	>0,05
Hoạt động thể lực	90,9±17,0	91,1±15,4	>0,05
Vai trò xã hội	79,5±26,2	77,8±38,5	>0,05
Tâm lý – cảm xúc	91,0±13,3	86,1±17,3	>0,05
Khả năng nhận thức	93,8±11,5	94,4±9,6	>0,05
Hòa nhập xã hội	84,3±24,2	55,6±41,9	>0,05
Mệt mỏi	10,8±15,8	3,7±6,4	>0,05
Rối loạn tiêu hóa	3,2±5,7	2,2±3,8	>0,05
Cảm giác đau	5,2±16,0	0,0±0,0	>0,05
Khó thở	9,5±25,0	0,0±0,0	>0,05
Mất ngủ	31,4±29,1	33,3±33,3	>0,05
Khó khăn tài chính	4,2±15,8	22,2±38,4	>0,05
ERTC-H&N35			
Cảm giác đau (vùng miệng - họng)	2,7±6,1	0,0±0,0	>0,05
Rối loạn nuốt	5,5±8,3	5,6±9,6	>0,05
Giảm khứu giác-vị giác	1,4±4,7	0,0±0,0	>0,05
Rối loạn giọng nói	47,6±35,5	33,3±19,2	>0,05
Khả năng ăn uống	2,6±3,5	1,4±2,4	>0,05
Khả năng giao tiếp	23,4±20,3	28,9±10,2	>0,05
Suy giảm tình dục	27,1±31,1	33,3±28,9	>0,05
Tình trạng răng miệng	10,7±15,5	2,8±4,8	>0,05
Ho	36,2±33,7	22,2±19,2	>0,05
Cảm giác bị ốm	21,9±25,5	33,3±0,0	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về điểm trung bình giữa khía cạnh CLCS chung và các chức năng trong bộ câu hỏi EORTC-C30 giữa 2 nhóm nam và nữ với p > 0,05.

Không có sự khác biệt về điểm trung bình giữa khía cạnh triệu chứng trong bộ câu hỏi EORTC-C30 giữa 2 nhóm nam và nữ với p > 0,05.

Không có sự khác biệt về điểm trung bình giữa các khía cạnh triệu chứng trong bộ câu hỏi EORTC-H&N35 giữa 2 nhóm nam và nữ.

Bảng 4: Liên quan giữa thời gian sau phẫu thuật với khía cạnh chức năng trong bộ câu hỏi EORTC-C30

Chi số	Thời gian sau phẫu thuật (TB ± ĐLC)		p
	<2 năm	≥2 năm	

	(n=10)	(n=28)	
ERTC-C30			
CLCS chung	78,3±23,3	72,9±25,8	>0,05
Hoạt động thể lực	92,0±15,0	90,5±17,4	>0,05
Vai trò xã hội	78,3±30,5	79,8±25,8	>0,05
Tâm lý – cảm xúc	93,3±11,0	89,6±14,3	>0,05
Khả năng nhận thức	96,7±7,0	92,9±12,4	>0,05
Hòa nhập xã hội	78,3±29,4	83,3±25,7	>0,05
Mệt mỏi	10,0±15,2	10,3±15,7	>0,05
Rối loạn tiêu hóa	3,3±4,7	3,1±5,9	>0,05
Cảm giác đau	1,7±5,3	5,9±17,7	>0,05
Khó thở	3,3±10,5	10,7±27,3	>0,05
Mất ngủ	26,7±34,4	33,3±27,2	>0,05
Khó khăn tài chính	13,3±28,1	3,0±12,8	>0,05
ERTC-H&N35			
Cảm giác đau (vùng miệng - họng)	0,7±2,1	3,1±6,7	>0,05
Rối loạn nuốt	7,5±11,4	4,8±7,0	>0,05
Giảm khứu giác-vị giác	3,3±7,0	0,6±3,1	>0,05
Rối loạn giọng nói	38,9±34,4	49,2±34,8	>0,05
Khả năng ăn uống	2,9±4,4	2,4±3,1	>0,05
Khả năng giao tiếp	13,3±16,9	27,6±19,4	>0,05
Suy giảm tình dục	23,3±30,6	29,2±31,0	>0,05
Tình trạng răng miệng	9,2±13,3	10,4±15,8	>0,05
Ho	26,7±30,6	38,1±33,6	>0,05
Cảm giác bị ốm	13,3±23,3	26,2±24,6	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về điểm trung bình giữa khía cạnh CLCS chung và các chức năng trong bộ câu hỏi EORTC-C30 giữa 2 nhóm có thời gian phẫu thuật < 2 năm và ≥ 2 năm với p > 0,05.

Không có sự khác biệt về điểm trung bình giữa khía cạnh triệu chứng trong bộ câu hỏi EORTC-C30 giữa 2 nhóm có thời gian phẫu thuật < 2 năm và ≥ 2 năm với p > 0,05.

Không có sự khác biệt về điểm trung bình giữa các khía cạnh triệu chứng trong bộ câu hỏi EORTC-H&N35 giữa 2 nhóm có thời gian phẫu thuật < 2 năm và ≥ 2 năm với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng CLCS chung của bệnh nhân sau cắt TQBP bị suy giảm mức độ nhẹ với điểm trung bình là 74,3 ± 24,9. Chỉ số hoạt động thể lực (90,9 ± 16,7), tâm lý – cảm xúc (90,6 ± 13,4), hòa nhập xã hội (82,0 ± 26,4) và khả năng nhận thức (93,9 ± 11,2) đều có điểm trung bình trên 80 điểm. Chỉ có chỉ số vai trò xã hội (79,4 ± 26,7) là điểm trung bình dưới 80 điểm. Điểm của các chỉ số triệu chứng: mất ngủ (31,6 ± 28,9), rối loạn

giọng nói ($46,5 \pm 34,5$), khả năng giao tiếp ($25,9 \pm 19,9$), suy giảm tình dục ($29,3 \pm 29,8$), ho ($35,1 \pm 32,8$) và cảm giác bị ồm ($22,8 \pm 24,6$) có điểm trung bình > 20 điểm. Trong nghiên cứu của Anh The Bui và cs (2018) ⁽⁸⁾ thì CLCS của bệnh nhân UTTQ cắt TQBP bị ảnh hưởng nhiều nhất tại thời điểm 12 tháng ở ba khía cạnh triệu chứng "rối loạn giọng nói", "ho", "suy giảm tình dục" (với điểm số tương ứng là 47,3; 27,3 và 31,7).

Nhóm vi phẫu laser đều là các bệnh nhân được phẫu thuật cách thời điểm đánh giá ít nhất 1,5 năm, kết quả CLCS nhóm này về CLCS chung và các khía cạnh chức năng và triệu chứng ngoại trừ triệu chứng mất ngủ thì đều không bị ảnh hưởng. Nhóm PT mở thì CLCS chung bị suy giảm nhẹ ($73,5 \pm 25,7$) và chỉ số vai trò xã hội, mất ngủ, rối loạn giọng nói, khả năng giao tiếp, suy giảm tình dục, ho và cảm giác bị ồm là bị ảnh hưởng. Bên cạnh đó nhận thấy nhóm PT mở bị rối loạn giọng nói nhiều hơn hẳn nhóm vi phẫu laser với $p < 0,005$. Điều này có thể liên quan đến mức độ tổn thương dây thanh và thanh quản ở vi phẫu laser ít hơn so với PT mở, tuy nhiên tùy thuộc vào giai đoạn của khối u và bệnh nhân có bị hẹp hầu họng hay không thì mới lựa chọn được phương pháp phù hợp.

Nghiên cứu của Luo C và cs (2021) ⁽⁹⁾ với CLCS chung ở nhóm vi phẫu laser cao hơn ở nhóm PT mở cắt TQBP. Roh và cs ⁽¹⁰⁾ thấy tại thời điểm 1 năm sau phẫu thuật, các chỉ số "rối loạn giọng nói", "khả năng giao tiếp" và "hòa nhập xã hội" có cải thiện rõ rệt ở nhóm vi phẫu laser.

Nghiên cứu chúng tôi chỉ ra rằng: Về vai trò xã hội và hòa nhập xã hội và khó khăn tài chính của nhóm có điều trị bổ túc bị ảnh hưởng nhiều hơn so với nhóm không điều trị với $p < 0,05$. Về triệu chứng rối loạn mất ngủ thì nhóm > 60 tuổi bị ảnh hưởng nhiều hơn nhóm ≤ 60 tuổi với $p < 0,05$. Tuổi cao là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của người bệnh. Bên cạnh đó, những bệnh nhân được điều trị bổ túc sau phẫu thuật thường bị ảnh hưởng của hóa xạ trị kèm theo, vì vậy mới ảnh hưởng đến các khía cạnh CLCS của người bệnh.

Như vậy phẫu thuật cắt TQBP tuy bảo tồn được một phần cấu trúc thanh quản và bảo tồn được giọng nói nhưng vẫn có thể gây ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân các ảnh hưởng về chức năng và về CLCS chung. Và sự ảnh hưởng này cũng cải thiện theo thời gian rõ nhất là sau 1 năm.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo CLCS của 38 bệnh nhân UTTQ sau cắt TQBP tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ 2018-2021, cho thấy CLCS chung của bệnh nhân sau cắt TQBP bị suy giảm mức độ nhẹ với điểm trung bình. Về khía cạnh chức năng chỉ có vai trò xã hội bị suy giảm mức độ nhẹ. Triệu chứng mất ngủ bị ảnh hưởng mức độ nhẹ. Chỉ số rối loạn giọng nói, khả năng giao tiếp, suy giảm tình dục, ho và cảm giác bị ồm đều bị ảnh hưởng. Nhóm PT mở có mức độ rối loạn giọng nói cao hơn hẳn nhóm vi phẫu laser. Về hòa nhập xã hội nhóm có điều trị bổ túc sau phẫu thuật bị suy giảm nhiều hơn nhóm không điều trị. Về triệu chứng rối loạn mất ngủ thì nhóm > 60 tuổi bị ảnh hưởng nhiều hơn nhóm ≤ 60 tuổi. Về vai trò xã hội và hòa nhập xã hội và khó khăn tài chính của nhóm có điều trị bổ túc bị ảnh hưởng nhiều hơn so với nhóm không điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on cancer.** The Global Cancer Observatory Globocan 2020. World. 2021:1-2.
2. **International Agency for Research on cancer.** The Global Cancer Observatory Globocan 2020. Viet Nam. 2021:1-2.
3. **Souza, F.G.R., Santos, I.C., Bergmann, A. et al** (2020). Quality of life after total laryngectomy: impact of different vocal rehabilitation methods in a middle income country. *Health Qual Life Outcomes*, 18, 92.
4. **Maniaci A, Lechien JR, Caruso S, et al** (2021). Quality of Life After Total Laryngectomy: Voice-Related Quality of Life After Total Laryngectomy: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Voice*, S0892-1997(21)00298-8.
5. **Massaro N, Verro B, Greco G et al** (2021). Quality of Life with Voice Prosthesis after Total Laryngectomy. *Iran J Otorhinolaryngol*, 33 (118):301-309.
6. **Kemps GJF, Krebbers I, Pilz W. et al** (2020). Affective symptoms and swallow-specific quality of life in total laryngectomy patients. *Head Neck*, 42(11):3179-3187.
7. **Gökmen MF, Büyükkatalay ZÇ, Beton S et al** (2020). Functional and Oncological Outcomes of Open Partial Laryngectomy vs. Transoral Laser Surgery in Supraglottic Larynx Cancer. *Turk Arch Otorhinolaryngol*, 58(4):227-233.
8. **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.
9. **Luo C, Lv K, Liu Q, et al** (2021). Comparison of laser microsurgery and open partial laryngectomy for T1-2 laryngeal cancer treatment. *Ann Transl Med*, 9(6):464.
10. **Roh J.L., Kim D.H., Kim S.I et al** (2007). Quality of life and voice in patients after laser cordectomy for Tis and T1 glottic carcinomas. *Head Neck*, 29:1010-1016.