



Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2026

Phạm Ngọc Kiên^{1,2}, Nguyễn Thị Nguyệt³, Nguyễn Công Khanh¹

¹Trường Đại học Thăng Long; ²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Trường Đại học Y - Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật 4-6 tháng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 350 người bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-IIIa được phẫu thuật. Chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng thang QLQ-C30 và QLQ-LC13. Số liệu sau thu thập được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học dưới sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 24.0, với độ tin cậy 95%, kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. **Kết quả:** Điểm sức khỏe tổng quát đạt mức trung bình ($60,9 \pm 12,7$). Trong các thang chức năng, chức năng nhận thức được bảo tồn tốt nhất ($71,6 \pm 10,8$), chức năng hoạt động bị ảnh hưởng nhiều nhất ($59,0 \pm 17,3$). Một mối và đau là hai triệu chứng toàn thân nổi bật nhất. Khó thở khi leo cầu thang là triệu chứng đặc hiệu nghiêm trọng nhất ($46,8 \pm 25,1$). Các tác dụng phụ điều trị ở mức thấp. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật 4-6 tháng đạt mức trung bình, với suy giảm chức năng hoạt động và gánh nặng triệu chứng hô hấp là hai vấn đề chính. Khuyến nghị: Cần đưa đánh giá chất lượng cuộc sống vào quy trình theo dõi định kỳ và xây dựng chương trình phục hồi chức năng hô hấp sớm cho nhóm đối tượng này.

Từ khóa: Ung thư phổi, chất lượng cuộc sống, phẫu thuật, QLQ-C30, QLQ-LC13

Quality of life of patients with lung cancer following surgical resection at the 108 Military central Hospital in 2026

Phạm Ngọc Kiên^{1,2}, Nguyễn Thị Nguyệt³, Nguyễn Công Khanh¹

¹Thang Long University; ²108 Military Central Hospital

³University of Medicine and Pharmacy - Vietnam National University Hanoi

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life (QoL) of lung cancer patients 4-6 months after surgery at the 108 Military Central Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 350 patients with stage I-IIIa non-small cell lung cancer who underwent surgical resection. QoL was assessed using the EORTC QLQ-C30 and QLQ-LC13 questionnaires. Data were analyzed using biostatistical algorithms with the support of SPSS 24.0 software, at a 95% confidence level, with statistical significance set at $p < 0.05$. **Results:** The global health status score was at a moderate level (60.9 ± 12.7). Among the functional scales, cognitive function was best preserved (71.6 ± 10.8), while role function was the most affected (59.0 ± 17.3). Fatigue and pain were the two most prominent systemic symptoms. Dyspnea when climbing stairs was the most severe disease-specific symptom (46.8 ± 25.1). Treatment-related side effects were at low levels. **Conclusion:** Quality of life of lung cancer patients 4-6 months after surgery was at a moderate level, with impaired role function and respiratory symptom burden being the two main concerns. **Recommendation:** QoL assessment should be incorporated into routine follow-up protocols, and early pulmonary rehabilitation programs should be developed for this patient population.

Keywords: Lung cancer, quality of life, surgery, QLQ-C30, QLQ-LC13

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022, ung thư phổi đã vượt qua ung thư vú để trở thành loại ung thư có tỷ lệ mắc mới cao nhất trên toàn cầu, chiếm khoảng 12,4% tổng số ca mắc mới của tất cả các loại ung thư, đạt 2,48 triệu ca và khoảng 1,8 triệu ca tử vong mỗi năm ^{1,2}. Tại Việt Nam, ung thư phổi xếp thứ ba về tỷ lệ mắc (sau ung thư vú và ung thư gan) và đồng thời là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai do ung thư (sau ung thư gan), với 24.426 ca mắc mới và 22.597 ca tử vong được ghi nhận năm 2022 ³. Gánh nặng bệnh tật không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe cá nhân mà còn tạo áp lực lớn lên hệ thống y tế và kinh tế xã hội.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn tiêu chuẩn cho người bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm (I-IIIa), với mục tiêu loại bỏ hoàn toàn khối u nguyên phát và các hạch vùng bị xâm lấn ⁴. Tuy nhiên, mặc dù can thiệp này giúp loại bỏ khối u, hậu quả của cuộc đại phẫu lồng ngực gây ra những thay đổi sinh lý đáng kể và kéo dài. Việc cắt bỏ nhu mô phổi làm giảm đột ngột dung tích hô hấp, tổn thương thần kinh liên sườn gây đau đớn, và suy giảm chức năng thể chất, từ đó ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh trong giai đoạn phục hồi ⁵.

Chất lượng cuộc sống là một chỉ số quan trọng phản ánh trạng thái sức khỏe toàn diện, bao gồm các khía cạnh thể chất, tâm lý, xã hội và chức năng hàng ngày ⁶. Các nghiên cứu trước đây đã chứng minh rằng mức độ này trước điều trị là một yếu tố tiên lượng độc lập đối với thời gian sống thêm toàn bộ, cho thấy tầm quan trọng của việc đánh giá và theo dõi nó trong suốt quá trình chữa trị ⁷. Hơn nữa, việc hiểu rõ mức độ suy giảm các chức năng, gánh nặng triệu chứng và những yếu tố ảnh hưởng sẽ giúp

xây dựng các chiến lược can thiệp phù hợp nhằm cải thiện kết quả lâm sàng và nâng cao chất lượng sống của người bệnh. Tại Việt Nam, xu hướng đánh giá chất lượng cuộc sống ở người bệnh ung thư phổi ngày càng được chú trọng và tiếp cận một cách hệ thống thông qua việc ứng dụng các bộ công cụ chuẩn hóa quốc tế như EORTC QLQ-C30 và mô-đun đặc hiệu QLQ-LC13. Dù vậy, các nghiên cứu thực tiễn hiện nay chủ yếu tập trung vào giai đoạn điều trị nội trú hoặc trước - sau các liệu pháp toàn thân. Khảo sát tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định tập trung làm rõ gánh nặng triệu chứng và một số yếu tố liên quan trên nhóm người bệnh đang quản lý ngoại trú ⁸. Đối với nhóm người bệnh sau can thiệp ngoại khoa, nghiên cứu gần đây tại Bệnh viện Phổi Trung ương bước đầu ghi nhận điểm chất lượng cuộc sống tổng thể đạt mức khá khả quan ở mốc 6 tháng hậu phẫu, nhưng đồng thời đưa ra cảnh báo về xu hướng sụt giảm sâu ở nhóm đối tượng lớn tuổi, người sống một mình hoặc có giai đoạn bệnh tiến triển ⁹. Các nghiên cứu hậu phẫu đã công bố trong nước phần lớn được thực hiện tại một cơ sở, với mốc đánh giá đơn lẻ ở thời điểm 6 tháng và chủ yếu sử dụng thang lỗi EORTC QLQ-C30, do đó dữ liệu mô tả đồng thời cả thang lỗi và mô-đun đặc hiệu EORTC QLQ-LC13 cho khoảng thời gian từ 4 đến 6 tháng sau phẫu thuật còn hạn chế. Bên cạnh đó, số liệu công bố tại các bệnh viện thuộc hệ thống quân y hiện chưa nhiều, trong đó cơ cấu người bệnh được ghi nhận có tỷ lệ nam giới và nhóm tuổi cao chiếm ưu thế, còn phác đồ ngoại khoa và điều trị hỗ trợ được áp dụng theo cùng các hướng dẫn thực hành lâm sàng chung.

Khoa Hô hấp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là đơn vị tiếp nhận và điều trị số lượng lớn người bệnh ung thư phổi, áp dụng nhiều kỹ thuật ngoại khoa tiên tiến

như cắt thùy phổi, phẫu thuật nội soi lồng ngực kết hợp các liệu pháp hỗ trợ. Chỉ tính riêng năm 2025, khoa đã quản lý khoảng 2.474 lượt khám và điều trị, trung bình từ 200 đến 250 người bệnh mỗi tháng. Mặc dù công tác điều trị đạt nhiều tiến bộ, song thực tế lâm sàng cho thấy, chất lượng cuộc sống của người bệnh ở giai đoạn phục hồi từ 4 đến 6 tháng sau mổ vẫn chưa được đánh giá một cách toàn diện. Đây là thời điểm then chốt khi các tổn thương cấp tính đã ổn định, nhưng người bệnh lại bắt đầu đối mặt với các tác dụng phụ kéo dài của điều trị hỗ trợ và quá trình tái hòa nhập cộng đồng. Khoảng trống nghiên cứu này chính là cơ sở để tiến hành một khảo sát mô tả nhằm cung cấp dữ liệu nền tảng, từ đó tối ưu hóa các quyết định lâm sàng và xây dựng mô hình chăm sóc trung hạn hiệu quả hơn cho người bệnh.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật, đang điều trị nội trú tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh ung thư phổi ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán xác định ung thư phổi nguyên phát giai đoạn I đến IIIA tại thời điểm chẩn đoán. Người bệnh đã được phẫu thuật cắt bỏ khối u nguyên phát tại phổi, có chỉ định và đang được điều trị bằng liệu pháp hoá trị và/hoặc xạ trị và/hoặc điều trị đích sau phẫu thuật. Người bệnh đã được phẫu thuật 4-6 tháng. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có rối loạn tâm thần hoặc không thể giao tiếp. Người bệnh ung thư phổi thứ phát do di căn.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2025

đến tháng 5/2026 tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Biến đầu ra chính của nghiên cứu này là điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi dựa trên hai thang điểm là thang lồi EORTC QLQ-C30¹⁰ và modul chuyên biệt EORTC QLQ-LC13¹¹ do đó, nghiên cứu lựa chọn công thức mẫu là công thức mẫu cho ước tính trung bình quần thể, sử dụng sai số tương đối như sau¹²:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \sigma^2}{\varepsilon^2 \mu^2}$$

Trong đó:

n là số lượng người bệnh ung thư phổi tối thiểu cần cho nghiên cứu.

$Z_{1-\alpha/2}$ là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê, nghiên cứu lựa chọn mức ý nghĩa thống kê 5% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

σ là độ lệch chuẩn và μ là giá trị trung bình quần thể. Dựa trên nghiên cứu gần nhất (2025) của Vũ Văn Đầu và cộng sự tại Lào Cai¹³ sử dụng phối hợp hai thang đo là thang lồi EORTC QLQ-C30 và modul chuyên biệt cho ung thư phổi là EORTC QLQ-LC13, tương tự như nghiên cứu này, chọn điểm trung bình chất lượng sống tổng quát là $40,01 \pm 11,70$ (điểm), tương ứng σ là 11,70 và μ là 40,01.

ε là mức sai số tương đối chấp nhận, chọn $\varepsilon = 0,05$.

Thay số vào công thức mẫu, ước tính:

$$n = \frac{1,96^2 \times 11,7^2}{0,05^2 \times 40,01^2} = 131,4 \approx 135 \text{ (NB)}$$

Hiệu chỉnh cỡ mẫu theo tỷ lệ không trả lời hoặc bỏ cuộc là 30% và áp dụng hệ số thiết kế cho mẫu $DE = 2$. Thay số vào có:

$$n = (135 + 135 \times 30\%) \times 2 = 350 \text{ (NB)}$$

Vậy số người bệnh ung thư phổi cần cho nghiên cứu này là 350 người bệnh.

Chọn mẫu: Chọn thuận tiện 350 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Bộ công cụ khảo sát:

+ Thang đo EORTC QLQ-C30 (phiên bản 3.0) gồm 30 câu hỏi đánh giá 5 chức năng (thể chất, hoạt động, nhận thức, cảm xúc, xã hội), 3 triệu chứng (mệt mỏi, đau, buồn nôn/nôn), sức khỏe tổng quát và một số triệu chứng đơn lẻ, cùng với khó khăn tài chính ¹⁰.

+ Thang đo đặc hiệu EORTC QLQ-LC13 gồm 13 câu hỏi đánh giá các triệu chứng đặc hiệu của ung thư phổi và tác dụng phụ của điều trị ¹¹.

Sau khi ước tính điểm thô, tất cả các thang đo đều được chuyển đổi tuyến tính về thang điểm từ 0-100 theo công thức. Việc

tính điểm được thực hiện hoàn toàn bằng phần mềm thống kê SPSS (đối với QLQ-LC13) và thực hiện thông qua công cụ trực tuyến đối với QLQ-C30 (do phải thực hiện đảo điểm) thông qua trang web https://score.awellhealth.com/calculations/eortc_qlq_c30.

Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS. Sử dụng thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn).

Đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Thăng Long theo quyết định số 75/2025/HĐĐĐ, được sự chấp thuận của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho thu thập đối tượng nghiên cứu tại đơn vị. Người bệnh tham gia hoàn toàn tự nguyện và được bảo mật tuyệt đối thông tin cá nhân.

KẾT QUẢ

Trong thời gian diễn ra nghiên cứu, thu thập được 350 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn, tỷ lệ chấp thuận tham gia đạt 100%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh ung thư phổi trong nghiên cứu (n = 350)

	Đặc điểm	n	%
Nhóm tuổi	18 -< 40 tuổi	5	1,4
	40 -< 50 tuổi	19	5,4
	50 -< 60 tuổi	55	15,7
	60 -< 70 tuổi	157	44,9
	≥ 70 tuổi	114	32,6
Tuổi trung bình ± độ lệch chuẩn		64,7 ± 8,8 (Min-Max: 34-79 tuổi)	
Giới tính	Nam	279	79,7
	Nữ	71	20,3
Loại ung thư phổi	Ung thư phổi không tế bào nhỏ	327	93,4
	Ung thư phổi tế bào nhỏ	23	6,6
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	193	55,1
	Giai đoạn II	98	28,0
	Giai đoạn IIIA	59	16,9

Nhóm tuổi 60 -< 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (44,9%), tiếp theo là nhóm ≥ 70 tuổi (32,6%). Tuổi trung bình là $64,7 \pm 8,8$ tuổi (dao động 34-79 tuổi). Nam giới chiếm 79,7% tổng số đối tượng nghiên cứu. Có 93,4% là ung thư phổi không tế bào nhỏ. Giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,1%, tiếp theo là giai đoạn II (28,0%) và giai đoạn IIIA (16,9%); tính chung, giai đoạn I và giai đoạn II chiếm 83,1%.

Bảng 2. Đánh giá mức độ khó khăn trong các chức năng theo EORTC QLQ-C30 (n = 350)

Chỉ tiêu đánh giá		Mức độ khó khăn trong chức năng thể chất							
		Không có		Ít		Nhiều		Rất nhiều	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Chức năng thể chất	Mức độ khó khăn khi đi lại	89	25,4	165	47,1	82	23,4	14	4,0
	Mức độ khó khăn khi gắng sức	86	24,6	165	47,1	87	24,9	12	3,4
	Mức độ nằm nghỉ	111	31,7	140	40,0	89	25,4	10	2,9
	Mức độ cần giúp đỡ khi thực hiện sinh hoạt cá nhân	91	26,0	170	48,6	77	22,0	12	3,4
Chức năng hoạt động	Mức độ hạn chế trong công việc	57	16,3	172	49,1	112	32,0	9	2,6
	Mức độ hạn chế trong theo đuổi sở thích	53	15,1	173	49,4	107	30,6	17	4,9
Chức năng cảm xúc	Mức độ căng thẳng	95	27,1	162	46,3	78	22,3	15	4,3
	Mức độ buồn chán	116	33,1	151	43,1	74	21,1	9	2,6
	Mức độ lo lắng	113	32,3	161	46,0	64	18,3	12	3,4
	Mức độ cáu giận	114	32,6	168	48,0	59	16,9	9	2,6
Chức năng nhận thức	Mức độ tập trung	130	37,1	149	42,6	67	19,1	4	1,1
	Mức độ ghi nhớ	127	36,3	153	43,7	61	17,4	9	2,6
Chức năng xã hội	Vấn đề thể lực gây cản trở các hoạt động trong gia đình	83	23,7	170	48,6	87	24,9	10	2,9
	Vấn đề thể lực gây cản trở các hoạt động xã hội	77	22,0	157	44,9	106	30,3	10	2,9

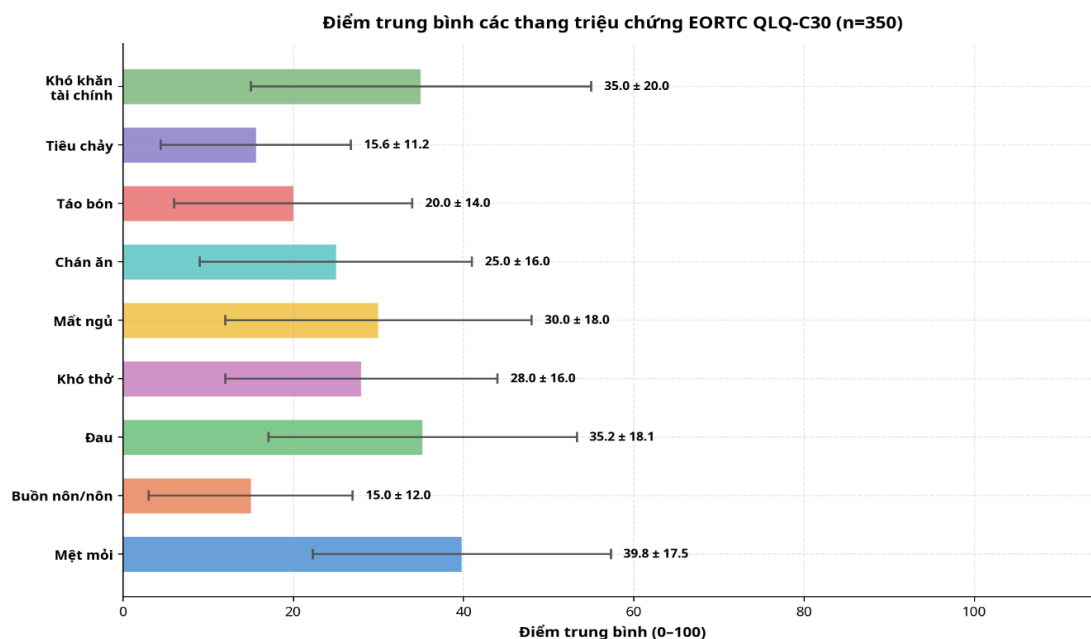
Đối với chức năng thể chất, người bệnh chủ yếu gặp khó khăn ở mức độ Ít (40,0% - 48,6%), trong khi tỷ lệ gặp khó khăn mức độ Nhiều chiếm từ 22,0% - 25,4% và mức độ Rất nhiều ở tỷ lệ rất thấp (2,9%- 4,0%). Chức năng hoạt động ghi nhận đa số người bệnh bị hạn chế mức độ Ít (49,1% - 49,4%), theo sau là mức độ Nhiều chiếm tỷ lệ khá cao (30,6% - 32,0%), trong khi mức độ Không có hạn chế chỉ chiếm từ 15,1% - 16,3%. Ở khía cạnh cảm

xúc, tỷ lệ người bệnh cảm thấy khó khăn mức độ Ít chiếm ưu thế (43,1% - 48,0%), mức độ Không có biểu hiện dao động từ 27,1% - 33,1%, còn trạng thái tâm lý mức độ Nhiều chiếm từ 16,9% - 22,3%. Chức năng nhận thức là khía cạnh ghi nhận tỷ lệ Không có khó khăn cao nhất (36,3%- 37,1%), số người bệnh gặp trở ngại chủ yếu ở mức độ Ít (42,6% - 43,7%) và tỷ lệ Rất nhiều chỉ từ 1,1% đến 2,6%. Chức năng xã hội chịu ảnh hưởng nhiều nhất ở mức độ Ít (44,9% - 48,6%), mức độ Nhiều tác động mạnh đến hoạt động xã hội (30,3%) cũng như hoạt động gia đình (24,9%) và mức độ Rất nhiều ở cả hai chỉ tiêu đều đạt 2,9%.

Bảng 3. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo thang đo EORTC QLQ-C30 (n = 350)

Lĩnh vực đánh giá	Điểm trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Min	Max
Sức khỏe tổng quát	60,9 $\pm$ 12,7	8,3	100,0
Chức năng thể chất	61,5 $\pm$ 19,8	26,7	93,3
Chức năng hoạt động	59,0 $\pm$ 17,3	0,0	100,0
Chức năng nhận thức	71,6 $\pm$ 10,8	16,7	100,0
Chức năng cảm xúc	67,1 $\pm$ 14,8	33,3	100,0
Chức năng xã hội	61,4 $\pm$ 17,9	16,7	100,0

Trong các thang đo chức năng, chức năng nhận thức đạt điểm cao nhất (71,6 $\pm$ 10,8 điểm) và chức năng hoạt động bị suy giảm nhiều nhất (59,0 $\pm$ 17,3 điểm). Điểm sức khỏe tổng quát ở mức trung bình (60,9 $\pm$ 12,7 điểm).



Biểu đồ 1. Điểm trung bình các thang triệu chứng của EORTC QLQ-C30

Mệt mỏi (39,8 $\pm$ 17,5) và đau (35,2 $\pm$ 18,1) là hai triệu chứng nghiêm trọng nhất. Tiêu chảy (15,6 $\pm$ 11,2) là triệu chứng ít gặp nhất.

Bảng 4. Điểm chất lượng cuộc sống qua bảng hỏi triệu chứng đặc hiệu LC-13

Lĩnh vực đánh giá	Điểm trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Min	Max
Ho	$38,8 \pm 26,0$	0,0	100,0
Khạc máu	$25,0 \pm 27,3$	0,0	100,0
Khó thở khi nghỉ ngơi	$40,2 \pm 25,7$	0,0	100,0
Khó thở khi đi bộ	$40,2 \pm 25,7$	0,0	100,0
Khó thở khi leo cầu thang	$46,8 \pm 25,1$	0,0	100,0
Loét miệng	$10,0 \pm 21,1$	0,0	100,0
Khó nuốt	$12,0 \pm 22,3$	0,0	100,0
Đau thần kinh ngoại biên	$17,7 \pm 24,3$	0,0	100,0
Rụng tóc	$12,0 \pm 22,8$	0,0	100,0
Đau ngực	$30,0 \pm 24,8$	0,0	100,0
Đau cánh tay/vai	$25,0 \pm 25,7$	0,0	100,0
Đau nơi khác	$20,0 \pm 26,6$	0,0	100,0
Dùng thuốc giảm đau	$15,0 \pm 24,4$	0,0	100,0

Khó thở khi leo cầu thang là triệu chứng đặc hiệu nặng nhất ($46,8 \pm 25,1$ điểm), tiếp theo là khó thở khi đi bộ và khó thở khi nghỉ ngơi (cùng $40,2 \pm 25,7$ điểm), phản ánh mức độ suy giảm chức năng hô hấp rõ rệt sau phẫu thuật. Ho cũng là triệu chứng phổ biến ($38,8 \pm 26,0$ điểm). Các triệu chứng liên quan đến tác dụng phụ điều trị như loét miệng, khó nuốt và rụng tóc ở mức thấp (10,0 - 12,0 điểm). Tất cả các triệu chứng đặc hiệu đều ghi nhận khoảng dao động điểm từ 0,0 đến 100,0, phản ánh mức phân tán rộng giữa các đối tượng nghiên cứu.

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu: Nhóm người bệnh trong nghiên cứu này có độ tuổi trung bình $64,7 \pm 8,8$ tuổi, với 77,5% người bệnh từ 60 tuổi trở lên. Kết quả này tương đồng với số liệu dịch tễ học toàn cầu, theo đó tỷ lệ mắc ung thư phổi tăng dần theo tuổi và đạt đỉnh ở nhóm 60 - 79 tuổi ¹. So sánh với nghiên cứu của Jiang và cộng sự (2023) trên 486 người bệnh phẫu thuật ung thư phổi tại Trung Quốc ghi nhận tuổi trung bình $62,3 \pm 9,1$ ⁴ nghiên cứu của Vũ Văn Đầu và cộng sự (2025) tại

Lào Cai ghi nhận tuổi trung bình $61,8 \pm 10,2$ ¹³ nhóm người bệnh trong nghiên cứu này có tuổi trung bình cao hơn. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc thù của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, nơi tiếp nhận nhiều cựu chiến binh và đối tượng chính sách thuộc nhóm tuổi cao.

Về giới tính, nam giới chiếm 79,7% (tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 4:1), cao hơn so với tỷ lệ toàn cầu (khoảng 2:1) theo GLOBOCAN 2022 ¹. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Khánh Toàn và cộng sự (2025) ghi nhận nam giới chiếm 84% trong nhóm

người bệnh ung thư phổi tại Việt Nam³. Sự chênh lệch giới tính cao hơn so với toàn cầu phù hợp với dữ liệu về tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới Việt Nam (trên 40%) so với nữ giới (dưới 2%) theo Điều tra Toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành (GATS) năm 2015¹⁴.

Phân bố giai đoạn bệnh cho thấy 55,1% được chẩn đoán ở giai đoạn I, 28,0% ở giai đoạn II và 16,9% ở giai đoạn IIIA. Tỷ lệ phát hiện giai đoạn sớm (I–II) đạt 83,1%, cao hơn đáng kể so với báo cáo của Vũ Văn Đầu và cộng sự (2025) tại Lào Cai (chỉ 9% cho giai đoạn I–II)¹³. Sự khác biệt này có thể phản ánh năng lực sàng lọc và chẩn đoán sớm tốt hơn tại bệnh viện tuyến trung ương. Cắt thùy phổi chiếm 70,0% các trường hợp, phù hợp với khuyến cáo của Hướng dẫn ERAS về phẫu thuật phổi và tương đồng với nghiên cứu của Jiang và cộng sự (2023) trong đó cắt thùy chiếm 68,5%⁴.

Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật 4-6 tháng

Chất lượng cuộc sống theo thang đo EORTC QLQ-C30: Chức năng nhận thức đạt điểm cao nhất ($71,6 \pm 10,8$) trong các thang đo chức năng, với 37,1% người bệnh không gặp khó khăn trong tập trung và 36,3% không gặp khó khăn trong ghi nhớ (Bảng 2). Kết quả này tương đồng với tổng quan hệ thống của Merlo và cộng sự (2022), trong đó chức năng nhận thức cũng được ghi nhận là lĩnh vực ít bị ảnh hưởng nhất sau phẫu thuật phổi⁵ Pompili (2015) trong bài tổng quan về CLCS sau phẫu thuật phổi cũng xác nhận rằng suy giảm nhận thức không phải là vấn đề nổi bật ở nhóm người bệnh này¹⁵.

Ngược lại, chức năng hoạt động ghi nhận điểm thấp nhất ($59,0 \pm 17,3$). Bảng 2

cho thấy 32,0% người bệnh bị hạn chế trong công việc ở mức độ nhiều và 30,6% bị hạn chế trong theo đuổi sở thích ở mức độ nhiều. Tuy nhiên, hơn 65% người bệnh không gặp khó khăn hoặc chỉ gặp khó khăn ít trong các hoạt động này. So sánh với nghiên cứu của Jiang và cộng sự (2023), nhóm người bệnh cắt thùy phổi sau 6 tháng có điểm chức năng hoạt động là $63,2 \pm 22,1$ cao hơn so với kết quả của nghiên cứu này ($59,0 \pm 17,3$)⁴. Sự khác biệt có thể liên quan đến tuổi trung bình cao hơn trong mẫu nghiên cứu hiện tại (64,7 so với 62,3 tuổi).

Chức năng thể chất đạt $61,5 \pm 19,8$, trong đó khó khăn khi gắng sức được báo cáo nhiều nhất ở mức độ nhiều hoặc rất nhiều ($24,9\% + 3,4\% = 28,3\%$), tiếp theo là khó khăn khi đi lại ($23,4\% + 4,0\% = 27,4\%$). Nhu cầu giúp đỡ khi thực hiện sinh hoạt cá nhân ở mức thấp hơn ($22,0\% + 3,4\% = 25,4\%$). Mô hình này, trong đó các hoạt động đòi hỏi gắng sức bị ảnh hưởng nhiều hơn các hoạt động tự chăm sóc cơ bản, phù hợp với báo cáo của Merlo và cộng sự (2022)⁵.

Chức năng cảm xúc đạt $67,1 \pm 14,8$. Căng thẳng ($22,3\% + 4,3\% = 26,6\%$ ở mức độ nhiều hoặc rất nhiều) và buồn chán ($21,1\% + 2,6\% = 23,7\%$) được báo cáo nhiều hơn so với lo lắng ($18,3\% + 3,4\% = 21,7\%$) và cáu giận ($16,9\% + 2,6\% = 19,5\%$). Qi và cộng sự (2009) đã ghi nhận rằng các triệu chứng tâm lý, đặc biệt là lo lắng về tiên lượng, là phổ biến ở người bệnh ung thư phổi và có ảnh hưởng đến thời gian sống thêm⁷.

Chức năng xã hội đạt $61,4 \pm 17,9$, với $30,3\% + 2,9\% = 33,2\%$ người bệnh báo cáo vấn đề thể lực gây cản trở hoạt động xã hội ở mức độ nhiều hoặc rất nhiều, và $24,9\% + 2,9\% = 27,8\%$ gây cản trở hoạt động gia đình. Điểm chức năng xã hội thấp hơn chức

năng cảm xúc (61,4 so với 67,1), cho thấy rằng hạn chế thể chất có thể ảnh hưởng đến khả năng tham gia hoạt động xã hội nhiều hơn so với tác động trực tiếp lên trạng thái tâm lý.

Sức khỏe tổng quát đạt $60,9 \pm 12,7$ (Min: 8,3 – Max: 100,0). So sánh với nghiên cứu của Jiang và cộng sự (2023) ghi nhận GHS = $65,4 \pm 18,7$ ở nhóm cắt thùy sau 6 tháng, điểm GHS trong nghiên cứu này thấp hơn khoảng 4,5 điểm⁴. Nghiên cứu của Vũ Văn Đầu và cộng sự (2025) tại Lào Cai ghi nhận GHS = $40,01 \pm 11,70$ ở nhóm người bệnh ung thư phổi giai đoạn muộn, thấp hơn đáng kể so với kết quả nghiên cứu này, phù hợp với sự khác biệt về giai đoạn bệnh giữa hai mẫu¹³.

So sánh với các cơ sở ngoài hệ thống quân y trong nước, nghiên cứu của Trịnh Thị Hiếu và cộng sự (2026) thực hiện trên 70 người bệnh sau phẫu thuật ung thư phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương ghi nhận điểm chất lượng cuộc sống trung bình $82,60 \pm 9,78$ tại thời điểm 6 tháng, cao hơn điểm sức khỏe tổng quát trong nghiên cứu này ($60,9 \pm 12,7$)⁹. Đặc điểm mẫu của hai nghiên cứu khác nhau ở một số phương diện: tuổi trung bình $59,2 \pm 9,8$ so với $64,7 \pm 8,8$ tuổi, nữ giới chiếm 57,1% so với 20,3% và tỷ lệ giai đoạn I là 72,9% so với 55,1%. Ngoài ra, tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu này giới hạn ở nhóm đang được điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật, còn mốc đánh giá là khoảng 4–6 tháng thay vì 6 tháng. Với các khác biệt về cơ cấu đối tượng, tiêu chuẩn lựa chọn và thời điểm đo lường, chênh lệch điểm số giữa hai nghiên cứu được ghi nhận ở mức mô tả.

Ở tuyến tỉnh ngoài hệ thống quân y, nghiên cứu của Đào Thị Thủy và cộng sự (2025) trên 145 người bệnh ung thư phổi đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh

Nam Định ghi nhận giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị và mức hỗ trợ xã hội có mối liên quan với chất lượng cuộc sống ($p < 0,05$), trong khi tuổi và giới tính không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)⁸. Nhóm đối tượng của nghiên cứu đó bao gồm cả người bệnh không phẫu thuật và ở giai đoạn muộn, nên các giá trị điểm số không được đặt cạnh nhau trực tiếp; điểm chung có thể ghi nhận là giai đoạn bệnh xuất hiện như một đặc điểm gắn với chất lượng cuộc sống trong cả hai bối cảnh.

Về phương diện can thiệp, phẫu thuật cắt thùy phổi và chăm sóc chu phẫu tại các cơ sở trong nước, bao gồm cả bệnh viện quân y và bệnh viện dân sự, được triển khai theo cùng hệ khuyến cáo quốc tế, trong đó Hướng dẫn phục hồi sớm sau phẫu thuật phổi của Hội Phục hồi sớm sau phẫu thuật và Hội Phẫu thuật lồng ngực châu Âu đưa ra 45 khuyến cáo áp dụng không phân biệt loại hình cơ sở¹⁶. Theo đó, khác biệt giữa các nghiên cứu được ghi nhận chủ yếu ở đặc điểm nhân khẩu học và phân bố giai đoạn bệnh của mẫu, còn dữ liệu hiện có chưa đủ để so sánh hiệu quả điều trị giữa hai nhóm cơ sở.

Các triệu chứng đặc hiệu theo thang QLQ-LC13: Khó thở khi leo cầu thang là triệu chứng được ghi nhận ở mức cao nhất ($46,8 \pm 25,1$), tiếp theo là khó thở khi đi bộ ($40,2 \pm 25,7$) và khó thở khi nghỉ ngơi ($40,2 \pm 25,7$). Khi so sánh với nghiên cứu của Jiang và cộng sự (2023), nhóm người bệnh cắt thùy phổi sau 6 tháng có điểm khó thở khi leo cầu thang là 42,1 thấy rằng kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu này ($46,8$)⁴. Sự khác biệt có thể liên quan đến tuổi trung bình cao hơn và tỷ lệ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đi kèm trong mẫu nghiên cứu hiện tại. Yi và cộng sự (2026)

trong nghiên cứu theo dõi dọc triệu chứng sau phẫu thuật ung thư phổi giai đoạn sớm cũng ghi nhận khó thở là triệu chứng kéo dài nhất, với khoảng 35–45% người bệnh vẫn còn triệu chứng ở tháng thứ 6¹⁷.

Ho ($38,8 \pm 26,0$) được ghi nhận ở mức trung bình. Merlo và cộng sự (2022) trong tổng quan hệ thống đã xác nhận rằng ho là một trong những triệu chứng phổ biến nhất sau phẫu thuật phổi, với hơn 37% người bệnh phát triển ho kéo dài⁵. Kết quả nghiên cứu này ($38,8$ điểm) phù hợp với dữ liệu đã được công bố.

Đau ngực ($30,0 \pm 24,8$) và đau cánh tay/vai ($25,0 \pm 25,7$) được ghi nhận ở mức thấp hơn so với các triệu chứng hô hấp. Hướng dẫn ERAS về phẫu thuật phổi khuyến cáo kiểm soát đau đa phương thức sau phẫu thuật lồng ngực, và kết quả này gợi ý rằng các chiến lược kiểm soát đau đang được áp dụng có hiệu quả nhất định¹⁷. Tỷ lệ sử dụng thuốc giảm đau ở mức thấp ($15,0 \pm 24,4$) cũng phù hợp với nhận định này.

Mệt mỏi ($39,8 \pm 17,5$ theo thang C30) là triệu chứng toàn thân nổi bật nhất. Merlo và cộng sự (2022) ghi nhận mệt mỏi là triệu chứng được báo cáo phổ biến nhất sau phẫu thuật phổi, ảnh hưởng đến hơn 50% người bệnh trong 6 tháng đầu⁵. Yi và cộng sự (2026) cũng xác nhận mệt mỏi thuộc nhóm triệu chứng có quỹ đạo phục hồi chậm nhất¹⁶.

Các tác dụng phụ liên quan đến điều trị hỗ trợ được ghi nhận ở mức thấp: loét miệng ($10,0 \pm 21,1$), rụng tóc ($12,0 \pm 22,8$), khó nuốt ($12,0 \pm 22,3$) và đau thần kinh ngoại biên ($17,7 \pm 24,3$). Kết quả này phù hợp với đặc điểm mẫu nghiên cứu: 83,1% người bệnh ở giai đoạn I–II, trong khi theo các hướng dẫn thực hành lâm sàng hiện hành, hóa trị hỗ trợ chủ yếu được chỉ định cho giai

đoạn II có yếu tố nguy cơ cao và giai đoạn IIIA⁴. Do đó, phần lớn người bệnh trong mẫu có thể không phải trải qua hóa trị hỗ trợ, giải thích cho mức độ thấp của các tác dụng phụ này.

KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật 4–6 tháng tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đạt mức trung bình. Chức năng nhận thức được bảo tồn tốt nhất, trong khi chức năng hoạt động bị ảnh hưởng nhiều nhất. Một mối và đau là hai triệu chứng toàn thân nổi bật, khó thở khi gắng sức là triệu chứng đặc hiệu nghiêm trọng nhất. Các tác dụng phụ liên quan đến điều trị hỗ trợ ở mức thấp.

KHUYẾN NGHỊ: Cần đưa đánh giá chất lượng cuộc sống bằng EORTC QLQ-C30 và QLQ-LC13 vào quy trình theo dõi định kỳ người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật tại khoa, đặc biệt tại mốc 4–6 tháng hậu phẫu. Xây dựng chương trình phục hồi chức năng hô hấp sớm cho người bệnh sau cắt thùy phổi nhằm cải thiện khó thở khi gắng sức và giảm mệt mỏi. Các nghiên cứu tiếp theo nên sử dụng thiết kế theo dõi dọc để đánh giá quỹ đạo thay đổi chất lượng cuộc sống từ trước phẫu thuật đến các mốc 3, 6, 12 tháng sau mổ.

HẠN CHẾ NGHIÊN CỨU: Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang nên chỉ mô tả được chất lượng cuộc sống tại một thời điểm, không đánh giá được sự thay đổi trước và sau phẫu thuật. Mẫu được chọn thuận tiện tại một bệnh viện tuyến trung ương quân đội, hạn chế khả năng ngoại suy cho toàn bộ quần thể. Ngoài ra, nghiên cứu chưa thu thập phác đồ điều trị hỗ trợ cụ thể nên chưa phân tích được ảnh hưởng riêng của từng phác đồ lên chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2024;74(3):229–263. doi: 10.3322/caac.21834.
2. Zhou J, Xu Y, Liu J, Feng L, Yu J, Chen D. Global burden of lung cancer in 2022 and projections to 2050: Incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *Cancer Epidemiol*. 2024 Dec;93:102693. doi: 10.1016/j.canep.2024.102693.
3. Nguyen KT, Pham TH, Ngo VL, et al. Lung Cancer Outcomes in Vietnam: A 6-Year Retrospective Study. *Journal of Immunotherapy and Precision Oncology*. 2025;8(4):254–262. doi: 10.36401/JIPO-25-12.
4. Jiang S, Wang B, Zhang M, et al. Quality of life after lung cancer surgery: sublobar resection versus lobectomy. *BMC Surgery*. 2023;23(1):353. doi: 10.1186/s12893-023-02259-1.
5. Merlo A, Carlson R, Espey J 3rd, et al. Postoperative Symptom Burden in Patients Undergoing Lung Cancer Surgery. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2022;64(3):254–267. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2022.05.016.
6. Teoli D, Bhardwaj A. Quality Of Life. *StatPearls*. NCBI Bookshelf. 2025.
7. Qi Y, Schild SE, Mandrekar SJ, et al. Pretreatment quality of life is an independent prognostic factor for overall survival in patients with advanced stage non-small cell lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology*. 2009;4(9):1075–1082. doi: 10.1097/JTO.0b013e3181ae27f5.
8. Đào Thị Thuỷ, Vũ Văn Đầu, Phạm Thị Bích Ngọc. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108. 2025;20(5):187-193. DOI:10.52389/ydls.v20i5.2755.
9. Trịnh Thị Hiền, Đinh Văn Lượng, Nguyễn Quốc Tuấn và cộng sự. Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung ương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2026;201(4):236-244. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v201i4.4948>
10. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85(5):365-376. doi: 10.1093/jnci/85.5.365.
11. Bergman B, Aaronson NK, Ahmedzai S, Kaasa S, Sullivan M. The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. *European Journal of Cancer*. 1994;30(5):635-642. doi: 10.1016/0959-8049(94)90535-5.
12. Trường Đại học Y tế Công cộng. Phương pháp chọn mẫu và tính toán cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học sức khỏe. Hà Nội; 2020.

13. Vũ Văn Đầu, Phạm Thị Thu Hiền, Phạm Thị Hòa. Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên ở người bệnh ung thư phổi sau phẫu thuật tại Lào Cai năm 2025. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;547(3). DOI: 10.51298/vmj.v547i3.13164.
14. Hoang Van Minh, Kim Bao Giang, Nguyen Ngoc Bich, et al. Prevalence of tobacco smoking in Vietnam: findings from the Global Adult Tobacco Survey 2015. Int J Public Health. 2017;62(Suppl 1):121-129. doi: 10.1007/s00038-017-0955-8.
15. Pompili C. Quality of life after lung resection for lung cancer. Journal of Thoracic Disease. 2015;7(Suppl 2):S138-S152. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2015.04.40.
16. Batchelor TJP, Rasburn NJ, Abdelnour-Berchtold E, et al. Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. 2019;55(1):91-115. doi: 10.1093/ejcts/ezy301.
17. Yi H, Hong Q, Wang Y, Gao Y, Sun H, Zhang G, Ma F. Postoperative symptom trajectories in early-stage lung cancer: a latent transition analysis. Surg Endosc. 2026 Mar;40(3):2600-2608. doi: 10.1007/s00464-025-12559-7.