

# Bệnh nhân sống hơn 5 năm sau hóa xạ trị ung thư vòm họng: Chất lượng cuộc sống và ảnh hưởng của ù tai mạn tính

## More than 5-year survivor after chemoradiation treatment of nasopharyngeal carcinoma: Quality of life and impact of chronic tinnitus

Trần Hùng\*,  
Ngô Thanh Tùng\*\*,  
Trần Thị Thanh Hương\*, \*\*\*

\**Bệnh viện K,*  
*\*\*Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội,*  
*\*\*\*Trường Đại học Y Hà Nội*

### Tóm tắt

*Mục tiêu:* Ghi nhận chất lượng cuộc sống và ù tai mạn tính trên người sống sau hóa xạ trị ung thư vòm họng có sống thêm không bệnh từ 5 năm trở lên. Phân tích mối liên quan giữa ù tai mạn tính với chất lượng cuộc sống ở nhóm trên. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả các ca ung thư vòm họng giai đoạn II-IVB (AJCC7th) được hóa xạ trị tại bệnh viện K từ năm 2010-2013 có sống thêm không bệnh từ 5 năm trở lên. Ghi nhận chất lượng cuộc sống và ù tai mạn tính (theo CTCAE v4.03). Đánh giá tác động của ù tai mạn tính với chất lượng cuộc sống bằng hệ số ảnh hưởng Cohen D. *Kết quả:* Từ 109 ca cho thấy: Điểm trung bình về chất lượng cuộc sống: Chất lượng cuộc sống toàn cầu đạt trung bình 62,9 điểm. Về điểm trung bình các chức năng, chức năng thể chất: 83,7 điểm, chức năng vai trò: 78,6 điểm; chức năng cảm xúc: 75,4 điểm; chức năng nhận thức: 78,1 điểm; chức năng xã hội: 65,4 điểm. ù tai độ 3 chiếm 8,3%. ù tai độ 3 có điểm trung bình chất lượng cuộc sống khác biệt lớn, tính theo Cohen's D, với điểm trung bình chất lượng cuộc sống ở người độ 0 trên tất cả các mục của thang đo về chất lượng cuộc sống. *Kết luận:* ù tai mạn tính độ 3 tác động lớn đến tất cả các điểm trung bình trong thang đo về chất lượng cuộc sống

*Từ khóa:* Ung thư vòm họng, chất lượng cuộc sống, ù tai mạn tính.

### Summary

*Objective:* To evaluate the quality of life and the impact of chronic tinnitus on more than 5-year chemoradiation for stage II-IVB nasopharyngeal carcinoma survivor. Analyze the association between chronic tinnitus and quality of life in the above-mentioned group. *Subject and method:* A descriptive study of stage II-IVB nasopharyngeal carcinoma (AJCC 7<sup>th</sup>) cases receiving chemoradiation at K Hospital from 2010-2013 with more than 5-year survival. Chronic tinnitus according to CTCAE v4.03 and quality of life. Assess the impact of chronic tinnitus on quality of life using the Cohen D impact factor. *Result:* From 109 cases: Average score on quality of life: Global quality of life averaged 62.9 points. Regarding the average score of functions: physical functions: 83.7 points, role functions: 78.6 points; emotional function: 75.4 points; cognitive function: 78.1 points; social function: 65.4 points. 3<sup>rd</sup> grade chronic tinnitus accounted for 8.3%. Grade 3 tinnitus had a mean quality of life score that was significantly different from the mean score of quality of life in a grade 0 person on all items of the quality of life scale,

*Ngày nhận bài:* 27/3/2023, *ngày chấp nhận đăng:* 13/4/2023

*Người phản hồi:* Trần Hùng, *Email:* thaibinh2010@outlook.com - *Bệnh viện K*

as calculated by Cohen's D. *Conclusion:* Grade 3 chronic tinnitus greatly affected all items of the mean quality of life scale.

*Keywords:* Nasopharyngeal carcinoma, quality of life, chronic tinnitus.

## 1. Đặt vấn đề

Theo ước tính trên toàn cầu năm 2020, có tổng số 133.354 trường hợp mới mắc ung thư vòm họng (chiếm 0,7% tổng số trường hợp ung thư mới mắc) và 80.008 trường hợp tử vong do ung thư vòm họng (0,8% tổng số ca tử vong do ung thư) [10]. Việt Nam là một trong năm quốc gia có tỷ lệ mắc bệnh và số trường hợp chết cao nhất thế giới [8].

Ở kỉ nguyên của điều trị hiện đại, từ dữ liệu ở Hongkong công bố năm 2018 trên 3.328 trường hợp xạ trị bằng IMRT, thời gian theo trung bình 80,2 tháng cho thấy, sống thêm 5 năm toàn bộ theo đạt 93,2%, 86,6%, 80,5%, 65,1%, 63,2% tương ứng với giai đoạn I, II, III, IV (theo giai đoạn AJCC 7<sup>th</sup>) [1].

Mặc dù tỷ lệ độc tính thấp hơn đã đạt được với các kĩ thuật xạ trị hiện đại, những người sống sau điều trị vẫn có thể bị các biến cố bất lợi mạn tính do xạ trị như trên thính lực, bệnh thần kinh sợ não và suy giảm nhận thức tiến triển và tồn tại dai dẳng nhiều năm sau [6]. Ngoài ra, tỷ lệ ù tai sau hóa trị với phác đồ có Platin và/hoặc xạ trị là 10-67% [4]. Một số bệnh nhân bị ù tai báo cáo không có triệu chứng thính giác khác và khi làm test về thính giác cho kết quả bình thường. Dữ liệu về ảnh hưởng của xạ trị đối với ù tai còn hạn chế. Điều trị thành công có thể báo trước một sự sụt giảm đáng kể về chất lượng cuộc sống của người bệnh. Các nghiên cứu nên bao gồm theo dõi dài hạn, vượt quá 5 năm là cần thiết để định lượng đầy đủ sự phát triển của độc tính muộn [6].

Các nghiên cứu hóa xạ trị ung thư vòm họng tại Bệnh viện K cho đến nay, đại đa số có thời gian theo dõi dưới 5 năm. Do đó, vẫn không giảm nhu cầu nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn 5 năm để ghi nhận được chất lượng cuộc sống của sống lâu dài sau điều trị và tác động của ù tai mạn tính. Vì vậy, đề tài này được thực hiện với mục tiêu: 1. *Đánh giá ù tai mạn tính trên thính lực và chất lượng cuộc sống trên người sống sau hóa xạ trị ung thư vòm họng có sống thêm không bệnh từ 5 năm trở lên.* 2. *Phân*

*tích mối liên quan giữa ù tai mạn tính với chất lượng cuộc sống ở nhóm trên.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Được chẩn đoán là ung thư vòm mũi họng, bệnh ở giai đoạn II-IVB (AJCC 2010).

Đã được chỉ định phác đồ hóa xạ đồng thời với cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> ngày 1,22,43 với có/không hóa trị hỗ trợ và thực hiện đủ liều xạ trị triệt căn.

Điều trị tại Khoa Xạ đầu cổ, Bệnh viện K từ 01/01/2010 đến 31/12/2013.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có tiền sử bệnh tâm thần phối hợp.

Bệnh nhân không sỏi tiếng Kinh.

#### 2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ 01/9/2016-31/9/2022.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Xạ đầu cổ- Bệnh viện K.

### 2.2. Phương pháp

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả.

#### 2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu

Tính theo công thức

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

n – Cỡ mẫu

$Z_{1-\alpha/2}$ : Mức ý nghĩa thống kê mong muốn, chọn  $\alpha=0,05$  thì  $Z = 1,96$  (khoảng tin cậy 95%).

$\sigma$  - Độ lệch chuẩn của số điểm trung bình của chất lượng cuộc sống toàn cầu. Trong nghiên cứu trên 142 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng, xạ trị bằng kĩ thuật không IMRT, có thời gian sống thêm không bệnh từ 5 năm trở lên, độ lệch chuẩn của điểm này là  $SD = 20$  [3].

$d$  - Độ chính xác tuyệt đối mong muốn. Chọn  $d = 4$ .

Áp dụng công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2} = \frac{1,96^2 \times 20^2}{4^2} = 96,04$$

Kĩ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu bằng kĩ thuật chọn mẫu thuận tiện. Lấy tất cả số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn từ thời điểm bắt đầu nghiên cứu đến khi đủ theo cỡ mẫu.

### 2.3. Biến số và các chỉ số nghiên cứu

**Bảng 1. Biến số và các chỉ số nghiên cứu**

Mục tiêu	Nhóm biến số	Chỉ số
Đặc điểm bệnh nhân	Tuổi	Tuổi trung bình, lớn nhất, nhỏ nhất
	Giới, giai đoạn T, N, TNM	Tỷ lệ %
	PS	Tỷ lệ %
	Thực hiện hóa trị khi hóa xạ đồng thời, khi hóa trị bổ trợ	Tỷ lệ %
Mục tiêu 1: ù tai mạn tính và chất lượng cuộc sống trên người có sống thêm không bệnh từ 5 năm trở lên	Ù tai mạn tính	Điểm trung bình, độ lệch, lớn nhất, nhỏ nhất
	Các biến về QOL C-30	Tỷ lệ %
Liên quan giữa ù tai mạn tính trên thính lực với chất lượng cuộc sống	Tác động của ù tai mạn tính trên thính lực với chất lượng cuộc sống	Tính theo hệ số ảnh hưởng

### 2.4. Công cụ và kĩ thuật thu thập thông tin

#### 2.4.1. Công cụ thu thập thông tin

Các ghi nhận về đặc điểm BN và điều trị theo mẫu bệnh án nghiên cứu

Các ghi nhận về theo dõi sau điều trị: Theo mẫu bệnh án nghiên cứu

Đánh giá về chất lượng cuộc sống: Theo bộ công cụ EORTC QLQ-C30 [9].

#### 2.4.2. Kĩ thuật thu thập thông tin và sơ đồ nghiên cứu

Từ bệnh án: Tuổi, giới, toàn trạng, giai đoạn T, N, M, TNM.

Mức độ độc tính (lâm sàng, cận lâm sàng khi điều trị).

Từ các lần thăm khám định kì: Tình trạng bệnh, mức độ ù tai mạn tính.

Từ các bộ công cụ QoL, do người bệnh tự đánh trả lời.

**2.4.3. Cách tính điểm chất lượng cuộc sống**

Nguyên tắc chung về điểm số:

Bộ câu hỏi cốt lõi chất lượng cuộc sống (QLQ-C30) gồm cả các mục đo lường đa yếu tố và đơn yếu tố: Gồm năm thang điểm về chức năng, ba thang điểm triệu chứng, một thang điểm về tình trạng sức khỏe chung/QoL tổng thể và sáu mục đo lường đơn yếu tố. Mỗi thang điểm về đa yếu tố gồm một tập hợp các mục khác nhau - không có mục nào bị trùng lặp.

Tổng điểm tất cả các câu trả lời sẽ có giá trị từ 0 đến 100 điểm [9]. Điểm càng cao thì càng thể hiện mức độ đáp ứng càng cao. Do đó, điểm chức năng càng cao thì thể hiện mức hoạt động cao/khỏe. Điểm tình trạng sức khỏe toàn cầu/chất lượng cuộc sống cao chứng tỏ chất lượng cuộc sống cao. Tuy nhiên, điểm số cao về thang điểm/mục triệu chứng thể hiện mức độ cao về triệu chứng/vấn đề.

Nguyên tắc tính điểm như nhau trong mọi trường hợp:

Ước tính trung bình của những mục đóng góp vào thang điểm gọi là điểm nguyên (nguồn - raw score).

Sử dụng cách biến đổi tuyến tính để chuẩn hóa các điểm nguyên (nguồn), sẽ có tổng điểm nằm trong khoảng từ 0 đến 100; Điểm cao thì chức năng cao hơn ("tốt hơn"), hoặc triệu chứng khó chịu hơn ("tồi tệ").

**2.5. Phân tích số liệu**

Sự khác nhau giữa điểm trung bình của các biến chất lượng cuộc sống ở nhóm có độc tính mạn độ 0 so với độ 1 đến độ 3 được khảo sát qua mức độ ảnh

hưởng, đo bằng hệ số Cohen D (the Cohen's D coefficient).

$$Cohen's\ d = \frac{|M_1 - M_2|}{SD_{pooled}}$$

Trong đó:  $M_1, M_2$  lần lượt là trung bình của hai nhóm.

$SD_{pooled}$  độ lệch chuẩn (SD) của hai nhóm.

Giá trị của hệ số này ở mức nhỏ khi  $d = 0,2$ ; trung bình khi  $d = 0,5$ ; và lớn khi  $d = 0,8$ .

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 21.0

**2.6. Khống chế sai số**

Người bệnh được giải đáp mọi thắc mắc trước khi nhận bộ công cụ chất lượng cuộc sống và trong thời gian trả lời.

Trong thời gian trả lời, người bệnh được hoàn toàn riêng tư.

Trong quá trình nhập số liệu, bộ số liệu sẽ được nhập lại 10% nhằm hạn chế sai sót ở khâu này.

**2.7. Đạo đức trong nghiên cứu**

Trước khi tham gia nghiên cứu, tất cả các đối tượng nghiên cứu được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu. Đối tượng được thông báo là tự nguyện quyết định tham gia vào nghiên cứu hay không và ký tên vào bản thoả thuận đồng ý tham gia nghiên cứu.

Trong bộ câu trả lời sẽ được mã hóa khi xử lý và được bảo mật hoàn toàn.

Đề tài đã được thông qua đề cương ở hội đồng khoa học Bệnh viện K và hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội.

**3. Kết quả**

**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu nghiên cứu**

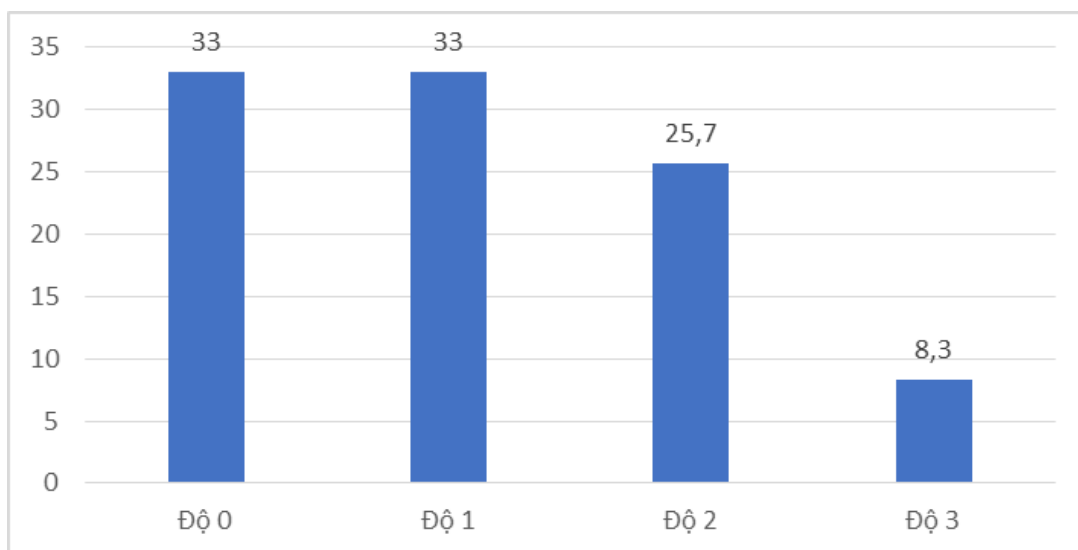
Đặc điểm		n = 109	
		n	Tỷ lệ %
Tuổi khi bắt đầu điều trị	Trung bình ± độ lệch chuẩn	44 ± 10,9	
	Khoảng tuổi	16-65	

Đặc điểm		n = 109		
		n	Tỷ lệ %	
Giới	Nam	74	67,9	
	Nữ	35	32,1	
TNM	2	39	35,8	
	3	29	26,6	
	4	41	37,6	
Thực hiện hóa trị	Hóa xạ đồng thời	1 ngày	25	22,9
		2 ngày	33	30,3
		3 ngày	51	46,8
	Hóa trị bổ trợ	Không điều trị	88	80,7
		1 chu kỳ	3	2,8
		2 chu kỳ	3	2,8
		3 chu kỳ	15	13,8
Thời gian từ khi bắt đầu điều trị đến thời điểm khảo sát (năm)	Trung bình ± độ lệch chuẩn	7 ± 1,2		

Nhận xét: Tuổi trung bình khi điều trị là 44. Nam giới chiếm 67,9%. Giai đoạn II, III, IV lần lượt là 35,8%, 26,6% và 36,6%.

**3.2. Tỷ lệ ù tai mạn tính và chất lượng cuộc sống trên nhóm người có sống thêm không bệnh ≥5 năm**

**3.2.1. Tỷ lệ ù tai mạn tính**



**Biểu đồ 1.** Tỷ lệ ù tai mạn tính (%)

Nhận xét: ù tai độ 3 chiếm 8,3%.

3.2.2. Chất lượng cuộc sống ở những người có sống thêm không bệnh ≥ 5 năm

**Bảng 3. Điểm chất lượng cuộc sống cốt lõi theo thang đo EORTC QLQ-C30**

	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
CLCS toàn cầu	0	100	62,9	25,40
Chức năng thể chất	0	100	83,7	18,02
Chức năng vai trò	0	100	78,6	26,67
Chức năng cảm xúc	0	100	75,4	23,24
Chức năng nhận thức	0	100	78,1	21,97
Chức năng xã hội	0	100	65,4	28,31
Mệt mỏi	0	100	33,7	25,01
Buồn nôn và nôn	0	83,3	6,4	14,49
Đau	0	100	24,4	25,61
Khó thở	0	100	33,9	27,19
Mất ngủ	0	100	31,2	32,78
Mất ngon miệng	0	100	37,6	33,36
Táo bón	0	100	16,2	24,25
Tiêu chảy	0	66,6	5,8	14,22
Vấn đề tài chính	0	100	33,9	27,19

CLCS: Chất lượng cuộc sống

Nhận xét: Chất lượng cuộc sống toàn cầu đạt trung bình 62,9 điểm. Về điểm trung bình các chức năng, chức năng thể chất: 83,7 điểm, chức năng vai trò: 78,6 điểm; chức năng cảm xúc: 75,4 điểm; chức năng nhận thức: 78,1 điểm; chức năng xã hội: 65,4 điểm.

**3.3. Ảnh hưởng của ù tai mạn tính đến chất lượng cuộc sống cốt lõi**

**Bảng 4. Ảnh hưởng của ù tai mạn tính đến chất lượng cuộc sống cốt lõi**

Ù tai mạn tính (độ)	0 (n = 36)		1 (n = 36)				2 (n = 28)				3 (n = 9)				p
	Mean	SD	Mean	SD	cohen	es	Mean	SD	cohen	es	Mean	SD	cohen	es	
CLCS toàn cầu	67	21,5	63	26,0	0,15	T	62	26,5	0,17	T	49	32,9	1,12	L	0,329
CN thể chất	89	13,8	86	12,4	0,23	S	78	25,3	0,56	M	68	12,8	1,98	L	0,001
CN vai trò	87	20,0	76	26,0	0,48	S	79	30,4	0,34	S	56	28,9	1,23	L	0,020
CN cảm xúc	82	18,3	71	22,0	0,53	M	78	27,3	0,16	T	57	23,3	1,39	L	0,018
CN nhận thức	85	17,7	71	21,7	0,70	M	80	25,8	0,25	S	72	18,6	1,51	L	0,043
Chức năng xã hội	75	24,4	58	23,7	0,69	M	64	33,0	0,40	S	61	37,3	0,99	L	0,080
Mệt mỏi	27	20,8	34	22,4	0,34	S	36	30,0	0,35	S	53	25,9	1,24	L	0,038
Buồn nôn và nôn	4	13,3	5	9,6	0,12	T	11	19,3	0,43	S	9	16,9	1,93	L	0,397
Đau	16	21,8	30	21,9	0,64	M	24	31,6	0,30	S	41	23,7	1,22	L	0,023
Khó thở	28	24,5	38	27,8	0,39	S	32	29,4	0,16	T	48	24,2	1,10	L	0,157

Ù tai mạn tính (độ)	0 (n = 36)		1 (n = 36)				2 (n = 28)				3 (n = 9)				p
	Mean	SD	Mean	SD	cohen	es	Mean	SD	cohen	es	Mean	SD	cohen	es	
Mất ngủ	28	29,3	30	33,6	0,06	T	31	37,3	0,10	T	52	24,2	0,95	L	0,259
Mất ngon miệng	31	31,2	41	33,9	0,31	S	33	33,9	0,09	T	67	23,6	0,90	L	0,024
Táo bón	19	29,2	16	21,8	0,11	T	14	23,0	0,16	T	15	17,6	0,98	L	0,911
Tiêu chảy	2	7,7	6	13,4	0,42	S	10	20,0	0,53	M	7	14,7	2,86	L	0,122
Vấn đề tài chính	28	24,5	38	27,8	0,39	S	32	29,4	0,16	T	48	24,2	1,10	L	0,157

*Viết tắt: Mean: trung bình; SD: standard deviation; Cohen's D được tính với độ 0; ES: effect size, mức độ ảnh hưởng theo Cohen's D; S: small (nhỏ); M: moderate (vừa); L: large (lớn); T: trivial (không đáng kể) NS: not significant, không có ý nghĩa thống kê. CLCS: chất lượng cuộc sống; CN: chức năng*

**Nhận xét:** Tính bằng hệ số ảnh hưởng Cohen's D, ù tai độ 3 có điểm trung bình chất lượng cuộc sống khác biệt lớn so với với điểm trung bình chất lượng cuộc sống ở người độ 0 trên tất cả các mục của thang đo về chất lượng cuộc sống.

#### 4. Bàn luận

Theo hiểu biết tốt nhất của chúng tôi, đây là nghiên cứu đầu tiên công bố khảo sát tác động của ù tai mạn tính đến chất lượng cuộc sống sau điều trị ung thư vòm họng trên 5 năm tại Bệnh viện K. Kết quả ở nghiên cứu này cho thấy, ù tai độ 3 chiếm 8,3%. Trong khi đó, hồi cứu sau 512 ca xạ trị IMRT và 764 ca xạ trị 2D, thời gian theo dõi trung bình 115 tháng, không thấy báo cáo về chứng ù tai [2]. Ở một nghiên cứu trên 276 ca ung thư vòm họng giai đoạn T1-2N0-3M0 được xạ trị bằng IMRT với tổng liều vào u và hạch là 66Gy, sau thời gian theo dõi trung bình 103 tháng, cũng không thấy báo cáo về chứng ù tai [7].

Theo "tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp về chức năng tâm lý của ù tai mạn tính" (2018), người từng trải ù tai, cũng gọi là nhận thức thính giác ảo, thường được mô tả là nghe thấy âm thanh ù tai, ù hoặc rít lên ở tai hoặc đầu [1]. Đây là một tình trạng được báo cáo chủ quan và không có xét nghiệm chẩn đoán, cũng như phác đồ điều trị chuẩn dù tạo ra gánh nặng kinh tế đáng kể của nó. Ở dạng mạn tính, thường được định nghĩa là > thời gian 3 tháng, ù tai là một trải nghiệm cảm giác và tâm lý phức tạp với mức độ giao động cao tùy từng cá thể. Tỷ lệ hiện mắc ù tai mạn tính thay đổi tùy theo định nghĩa được sử dụng trong các nghiên cứu dựa trên dân số,

tuy nhiên các ước tính thường gợi ý 10-15% dân số nói chung trải qua ù tai mạn tính.

Cũng theo bài báo trên, các cơ chế của ù tai mạn tính thường được hình thành liên quan đến ba ngành riêng biệt: Thính học, sinh học thần kinh và tâm lý học. Rối loạn chức năng của tai, khả năng thính giác và chức năng con đường dẫn truyền thần kinh thính giác vẫn là chủ đề chính trong cả thực hành lâm sàng và nghiên cứu, đặc biệt là liên quan đến cơ chế khởi phát hoặc tạo cảm giác ù tai. Báo cáo là kết quả phân tích từ 64 nghiên cứu nhằm xem xét các yếu tố tâm lý liên quan đến ù tai mạn tính và mức độ nghiêm trọng của nó. Phần lớn các nghiên cứu đã đánh giá sự hiện diện và tác động của chứng ù tai mạn tính liên quan đến sức khỏe cảm xúc (n = 59), với mối quan tâm đến chức năng nhận thức (n = 16). Một tập hợp con của 36 nghiên cứu đã được đưa vào các phân tích tổng hợp điều tra mối quan hệ giữa sức khỏe cảm xúc và sự hiện diện và tác động của chứng ù tai mạn tính bằng cách sử dụng các mô hình hiệu ứng ngẫu nhiên. Các tác giả đã báo cáo phát hiện sau tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp cho thấy sự hiện diện của ù tai mạn tính có thể liên quan đến giảm chức năng nhận thức, đặc biệt giảm chú ý và giảm sức khỏe cảm xúc. Các tác giả tìm thấy bằng chứng nhất quán cho thấy mức độ nghiêm trọng của chứng ù tai mạn tính có liên quan đến một loạt các đặc điểm tâm lý, chủ yếu là các triệu chứng trầm cảm và lo lắng.

Tỷ lệ ù tai sau hóa trị với phác đồ có Platin và/hoặc xạ trị là 10-67% [4]. Một số bệnh nhân bị ù tai báo cáo không có triệu chứng thính giác khác

và khi làm test về thính giác cho kết quả bình thường. Dữ liệu về ảnh hưởng của xạ trị đối với ù tai còn hạn chế.

Về hướng quản lý, bên cạnh tư vấn từ chuyên gia, phương pháp điều trị được khuyến nghị bao gồm các can thiệp trị liệu tâm lý, đặc biệt là liệu pháp hành vi nhận thức (với hệ số ảnh hưởng (effect sizes) từ 0,54 đến 0,91 để giảm đau khổ liên quan đến ù tai) và các biện pháp cải thiện thính giác [5]. Không có đủ bằng chứng về tác dụng của điều trị bằng thuốc, liệu pháp âm thanh và âm nhạc, và điều hòa thần kinh (kích thích từ tính hoặc kích thích điện).

Kết quả ở nghiên cứu này cho thấy: ù tai độ 3 ảnh hưởng lớn đến tất cả các mục với thang đo cốt lõi về chất lượng cuộc sống. Những dữ liệu này, có thể là tiền đề để các thầy thuốc lưu ý trong quá trình lập kế hoạch xạ trị: Cố gắng tiệm cận các hướng dẫn/đồng thuận quốc tế trong đánh giá, lập kế hoạch điều trị. Hơn nữa, tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe cho những người sống sau điều trị.

## 5. Kết luận

Từ 109 trường hợp ung thư vòm họng giai đoạn II-IVB, điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời với có/không hóa trị bổ trợ, sống thêm không bệnh từ 5 năm trở lên cho thấy:

Ù tai độ 3 chiếm 8,3%. Giảm thính lực độ 3 và độ 4 lần lượt là 15,6% và 3,7%. Điểm trung bình về chất lượng cuộc sống: Chất lượng cuộc sống toàn cầu đạt trung bình 62,9 điểm. Về điểm trung bình các chức năng, chức năng thể chất: 83,7 điểm, chức năng vai trò: 78,6 điểm; chức năng cảm xúc: 75,4 điểm; chức năng nhận thức: 78,1 điểm; chức năng xã hội: 65,4 điểm.

Ù tai độ 3 có điểm trung bình chất lượng cuộc sống khác biệt lớn, tính theo Cohen's D, với điểm trung bình chất lượng cuộc sống ở người độ 0 trên tất cả các mục của thang đo cốt lõi về chất lượng cuộc sống.

## Tài liệu tham khảo

1. Au K, Ngan RK, Ng AW et al (2018) *Treatment outcomes of nasopharyngeal carcinoma in modern era after intensity modulated radiotherapy (IMRT) in Hong Kong: A report of 3328 patients (HKNPCSG 1301 study)*. Oral Oncol 77: 16-21.
2. Chen L, Zhang Y, Lai SZ et al (2019) *10-year results of therapeutic ratio by intensity-modulated radiotherapy versus two-dimensional radiotherapy in patients with nasopharyngeal carcinoma*. The oncologist 24(1): 38-45.
3. Huang TL, Chien CY, Tsai WL, et al (2016) *Long-term late toxicities and quality of life for survivors of nasopharyngeal carcinoma treated with intensity-modulated radiotherapy versus non-intensity-modulated radiotherapy*. Head Neck, 38(1) 1026-1032.
4. Isaradisaiikul SK, Chowsilpa S (2020) *Ototoxicity after chemoradiotherapy for nasopharyngeal carcinoma*. Ann Nasopharynx Cancer 4 9.
5. Mazurek B, Hesse G, Dobel C et al (2022) *Chronic tinnitus: Diagnosis and treatment*. Deutsches Ärzteblatt International 119(13): 219.
6. McDowell L, Corry J, Ringash J et al (2020) *Quality of life, toxicity and unmet needs in nasopharyngeal cancer survivors*. Front Oncol 10: 930.
7. Niu X, Xue F, Liu P et al (2022) *Long-term outcomes of nasopharyngeal carcinoma patients with T1-2 stage in intensity-modulated radiotherapy era*. Int J Med Sci 19(2): 267.
8. Salehiniya H, Mohammadian M, Mohammadian-Hafshejani A et al (2018) *Nasopharyngeal cancer in the world: epidemiology, incidence, mortality and risk factors*. World cancer research journal 5(1).
9. Scott NW, Fayers P, Aaronson NK et al (2008) *EORTC QLQ-C30 reference values manual*.
10. Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al (2021) *Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA Cancer J Clin 71 (3): 209-249.
11. Trevis KJ, McLachlan NM, Wilson SJ (2018) *A systematic review and meta-analysis of psychological functioning in chronic tinnitus*. Clin Psychol Rev 60: 62-86.