

CĂNG THẲNG, LO ÂU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT TIÊU HOÁ CÓ CHƯƠNG TRÌNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Hồng Quyên¹, Nguyễn Ngọc Đan^{1,2},
Đỗ Quang Tuyền³, Trần Thị Thu Hương^{1,4}

TÓM TẮT

Căng thẳng và lo âu là phản ứng thường gặp trước phẫu thuật, có thể làm tăng nhu cầu thuốc giảm đau, kéo dài thời gian hồi phục và chi phí điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả tình trạng căng thẳng, lo âu và xác định các yếu tố liên quan ở người bệnh trước phẫu thuật tiêu hóa có chương trình tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 279 người bệnh ≥ 18 tuổi, điều trị nội trú và có chỉ định phẫu thuật tiêu hóa (01–06/2025). Căng thẳng, lo âu được đánh giá bằng DASS-21; nhận thức bệnh tật bằng BIPQ; hỗ trợ xã hội bằng MDSS. Sử dụng thống kê mô tả và kiểm định Chi-square/t-test, $p < 0,05$. **Kết quả:** Tuổi trung bình $52,9 \pm 17,2$. Tỷ lệ căng thẳng và lo âu lần lượt là 12,9% và 15,8%, đa số mức độ nhẹ – vừa. Điểm trung bình DASS-21 căng thẳng $5,16 \pm 7,47$; lo âu $3,14 \pm 4,87$. Các yếu tố liên quan gồm: giới nữ, tuổi < 50 và nhận thức bệnh tật. Hỗ trợ xã hội từ gia đình/bạn bè (MDSS) có giá trị dự đoán cao nhất (AUC 59,7%; OR 2,75; $p < 0,05$). **Kết luận:** Cần sàng lọc và can thiệp tâm lý tiền phẫu, đặc biệt cho nhóm nguy cơ cao. **Từ khóa:** căng thẳng, lo âu, phẫu thuật tiêu hóa, DASS-21, BIPQ, MDSS.

SUMMARY

STRESS, ANXIETY, AND RELATED FACTORS IN PATIENTS BEFORE SCHEDULED GASTROINTESTINAL SURGERY AT SAINT PAUL HOSPITAL

Stress and anxiety are common symptoms prior to surgery, which can increase the need for pain medication, prolong recovery, and raise treatment costs. **Objective:** To describe the status of stress and anxiety and identify related factors in patients undergoing scheduled gastrointestinal surgery at Saint Paul General Hospital in 2025. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 279 patients aged ≥ 18 years, who were hospitalized and had an indication for gastrointestinal surgery (01–06/2025). Stress and anxiety were assessed using the DASS-21; illness perception using BIPQ; and social support using MDSS. Descriptive statistics and Chi-

square/t-test were used, with a p-value of < 0.05 .

Results: The mean age was 52.9 ± 17.2 . The rates of stress and anxiety were 12.9% and 15.8%, respectively, mostly at mild-to-moderate levels. The mean DASS-21 scores were 5.16 ± 7.47 for stress and 3.14 ± 4.87 for anxiety. Related factors included: female gender, age < 50 , and illness perception. Social support from family/friends (MDSS) had the highest predictive value (AUC 59.7%; OR 2.75; $p < 0.05$).

Conclusion: Pre-operative psychological screening and intervention are needed, especially for high-risk groups. **Keywords:** stress, anxiety, gastrointestinal surgery, DASS-21, BIPQ, MDSS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng căng thẳng, lo âu trước phẫu thuật là một vấn đề phổ biến, có thể ảnh hưởng xấu đến hồi phục sau mổ, làm tăng mức tiêu thụ thuốc giảm đau, kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng chi phí điều trị [1]. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu tập trung vào nhóm bệnh nhân ngoại khoa chung, ít nghiên cứu chuyên biệt cho người bệnh phẫu thuật tiêu hóa có chương trình – nhóm bệnh nhân có đặc điểm bệnh lý, quy trình chuẩn bị và yêu cầu chăm sóc riêng [1].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về căng thẳng, lo âu tiền phẫu thuật chủ yếu tiến hành trên bệnh nhân ngoại khoa đa khoa hoặc một số chuyên khoa (thần kinh, tim mạch – lồng ngực, sản khoa) [2], [3]. Các nghiên cứu sử dụng các công cụ đo lường khác nhau, thời điểm khảo sát không đồng nhất và ít phân tích sâu các yếu tố liên quan đặc thù của nhóm bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa. Đặc biệt, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn – một trung tâm phẫu thuật tiêu hóa lớn của Hà Nội.

Nghiên cứu phân tích “Tình trạng căng thẳng, lo âu ở người bệnh trước phẫu thuật tiêu hóa có chương trình tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2025” mô tả về những ảnh hưởng của căng thẳng và lo âu trước phẫu thuật và một số yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân này. Bổ xung dữ liệu giúp đơn vị xây dựng chương trình sàng lọc, hỗ trợ tâm lý và can thiệp nhằm giảm căng thẳng, lo âu trước phẫu thuật tiêu hóa và các yếu tố tác động; là cơ sở quan trọng để cải thiện quy trình chuẩn bị người bệnh, nâng cao chất lượng chăm sóc và tối ưu hóa kết quả phẫu thuật tại các cơ sở điều trị và phát triển các

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Thăng Long

⁴Học Viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Hương

Email: tranthithuhuong0710@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

chiến lược hiệu quả hơn để giảm thiểu tác động của nó đến kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

• **Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:**

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán có chỉ định phẫu thuật tiêu hóa có chương trình.
- Bệnh nhân có khả năng giao tiếp, cung cấp thông tin đầy đủ.
- Bệnh nhân được giải thích, đồng ý tham gia nghiên cứu.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh hạn chế hoặc mất khả năng giao tiếp; hoặc đã được chẩn đoán rối loạn lo âu trước đó; hoặc phẫu thuật phối hợp với chuyên khoa khác trong cùng thời điểm

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025;
- Địa điểm tại Khoa Ngoại tiêu hoá, Trung tâm Kỹ thuật cao và Tiêu hóa Hà Nội – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

• **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

• **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Mẫu nghiên cứu là các đối tượng bệnh nhân có hồ sơ điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn được lựa chọn theo tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu ($n = 279$).

• **Biến số và công cụ thu thập số liệu:**

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, trình độ học vấn, mức hưởng bảo hiểm y tế, thu nhập trung bình, bệnh mạn tính kèm theo, chẩn đoán, thời gian chờ mổ, số lần phẫu thuật trước.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật của nhân viên y tế: Giải thích bệnh, phương pháp phẫu thuật, tai biến – biến chứng, kế hoạch điều trị; giáo dục sức khỏe (chế độ ăn, vệ sinh); chăm sóc tinh thần; thủ tục hành chính.
- Đánh giá tình trạng căng thẳng, lo âu: Sử dụng thang DASS-21[4].
- Nhận thức bệnh tật: Thang BIPQ (Brief Illness Perception Questionnaire)[5].
- Hỗ trợ xã hội: Thang MDSS (Multi-

Dimensional Support Scale)[6].

• **Quy trình thu thập số liệu:** Người bệnh được mời tham gia và phỏng vấn trực tiếp vào buổi sáng ngày phẫu thuật, thời gian 10–15 phút, bởi điều tra viên đã được tập huấn. Thông tin được ghi vào bệnh án nghiên cứu và bổ sung từ hồ sơ bệnh án.

2.4. **Phân tích số liệu.** Dữ liệu thu thập được xử lý bằng các phương pháp thống kê mô tả và phân tích suy luận. Tỷ lệ phần trăm được tính cho các biến phân loại, và sự khác biệt giữa hai nhóm được đánh giá bằng kiểm định Chi bình phương (χ^2) hoặc kiểm định Fisher. Đối với các biến định lượng có phân phối chuẩn, kết quả được trình bày dưới dạng ($TB \pm SD$) và so sánh giữa hai nhóm bằng kiểm định t độc lập (Student's t-test). Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

2.5. **Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành theo phê duyệt cho phép của Hội đồng đạo đức tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 279 người bệnh phẫu thuật tiêu hóa có chương trình. Tuổi trung bình ($52,93 \pm 17,16$), trong đó nhóm 51–70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (39,8%). Nam giới chiếm 52,3%. Về trình độ học vấn, đa số người bệnh có trình độ văn hoá trung học phổ thông trở xuống (64,2%). Người bệnh có mức hưởng BHYT từ 80% trở lên chiếm 91,4%. Tỷ lệ có bệnh đồng mắc là 45,2%, trong đó phổ biến nhất là bệnh lý tim mạch. Thời gian chờ phẫu thuật trung bình ($4,6 \pm 2,4$ ngày), và 44,8% người bệnh đã từng trải qua phẫu thuật trước đó.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng căng thẳng (12,9%) và lo âu (15,8%) trước phẫu thuật là tương đối thấp, và chủ yếu ở mức độ nhẹ đến vừa. Nghiên cứu sử dụng thang đo DASS-21 để đánh giá mức độ căng thẳng và lo âu ở người bệnh. Điểm DASS-21 về căng thẳng có giá trị trung bình là $5,16 \pm 7,47$ (điểm tối thiểu là 0, tối đa là 42). Trong khi đó, điểm DASS-21 về lo âu có giá trị trung bình thấp hơn đáng kể là $3,14 \pm 4,87$ (điểm tối thiểu là 0, tối đa là 28).

Bảng 3.1. Đặc điểm chung và yếu tố liên quan đến lo âu và căng thẳng trước phẫu thuật tiêu hóa ($n=279$)

Đặc điểm	Lo âu ($\bar{X} \pm SD$ n, %)	Không lo âu ($\bar{X} \pm SD$ n, %)	p	Căng thẳng ($\bar{X} \pm SD$ n, %)	Không căng thẳng ($\bar{X} \pm SD$; n, %)	p
Tuổi (năm)	$49,3 \pm 15,8$	$55,9 \pm 17,7$	0,003	$48,7 \pm 16,2$	$56,8 \pm 17,5$	0,004
Giới						
Nam	23 (8,2)	123 (44,1)	0,993	19 (6,8)	127 (45,5)	0,954
Nữ	21 (7,5)	112 (40,2)		17 (6,1)	116 (41,6)	

BHYT						
Có	38 (13,6)	217 (77,8)	0,201	31 (11,1)	224 (80,3)	0,232
Không	06 (2,2)	18 (6,5)		05 (1,8)	19 (6,8)	
Bệnh lý mắc kèm						
Có	24 (8,6)	102 (36,6)	0,175	17 (6,1)	109 (39,1)	0,323
Không	20 (7,2)	133 (47,7)		29 (10,4)	134 (48,0)	
Chẩn đoán bệnh						
Không biết	11 (3,9)	14 (5,0)	<0,001	10 (3,6)	15 (5,4)	<0,001
Biết lành tính	32 (11,5)	210 (75,3)		23 (8,2)	219 (78,5)	
Biết ác tính	1 (0,4)	11 (3,9)		3 (1,1)	9 (3,2)	
Tiền sử phẫu thuật						
Chưa từng	23 (8,2)	131 (47,0)	0,671	20 (7,2)	134 (48,0)	0,963
Đã từng	21 (7,5)	104 (37,3)		16 (5,7)	109 (39,1)	
Điểm BIPQ	39,52 ± 6,5	38,89 ± 6,96	0,148	40,59 ± 6,4	38,75 ± 7,08	0,644
Điểm MDSS – Gia đình/bạn bè	14,4 ± 3,0	13,5 ± 3,16	0,182	13,5 ± 3,4	13,6 ± 3,16	0,961
Điểm MDSS – Nhân viên y tế	11,4 ± 2,7	11,2 ± 2,9	0,85	10,3 ± 2,9	11,3 ± 2,8	0,889

Ghi chú: DASS-21: Depression Anxiety Stress Scale – 21 items; BIPQ: Brief Illness Perception Questionnaire; MDSS: Multi-Dimensional Support Scale; $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

Nhận xét: Dựa trên bảng, tuổi và chẩn đoán bệnh là hai yếu tố có liên quan ý nghĩa thống kê với lo âu và căng thẳng trước phẫu thuật tiêu hóa. Bệnh nhân trẻ tuổi (trung bình 49,3 tuổi) có mức độ lo âu cao hơn đáng kể so với nhóm không lo âu (trung bình 55,9 tuổi, $p = 0,003$). Tương tự, nhóm căng thẳng cũng có tuổi trung bình thấp hơn (48,7 tuổi, $p = 0,004$). Điều

này cho thấy tuổi tác là một yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu này. Chẩn đoán bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm chẩn đoán với lo âu và căng thẳng ($p < 0,001$). Cụ thể, nhóm bệnh nhân chưa biết chẩn đoán và đặc biệt là nhóm biết chẩn đoán ác tính có mức độ lo âu và căng thẳng cao hơn rõ rệt so với nhóm biết chẩn đoán lành tính. Các yếu tố khác: Giới tính, bảo hiểm y tế, bệnh lý mắc kèm, tiền sử phẫu thuật, cũng như điểm BIPQ và MDSS không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với lo âu và căng thẳng trong bảng này.

Bảng 3.2. Khả năng dự đoán nguy cơ lo âu trước phẫu thuật theo thang điểm BIPQ và MDSS

Thang đo	AUC (%)	OR (95%CI)	Điểm cắt	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	p
BIPQ	52,7	2,06 (1,06 – 4,00)	38,5	63,6	54	0,034*
MDSS - gia đình, bạn bè	59,7	2,75 (1,42 – 5,31)	14,5	59,1	65,4	0,041*
MDSS - nhân viên y tế	54,4	1,2 (0,91 – 4,53)	12,5	40,9	68,9	0,351

Ghi chú: AUC: diện tích dưới đường cong ROC; BIPQ: Brief Illness Perception Questionnaire; MDSS: Multidimensional Scale of Social Support. * $p < 0,05$: có ý nghĩa thống kê

Dựa trên bảng, khả năng dự đoán nguy cơ lo âu trước phẫu thuật của các thang đo được đánh giá qua chỉ số AUC và OR. Thang đo MDSS – gia đình/bạn bè cho thấy khả năng dự đoán tốt nhất với AUC cao nhất (59,7%) và OR cao nhất (2,75, $p < 0,05$), chứng tỏ sự hỗ trợ từ gia đình và bạn bè là yếu tố liên quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê với lo âu trước phẫu thuật. Mặc dù giá trị AUC là 59,7% không cao (được xem là khả năng dự báo kém). Thang đo BIPQ có khả năng dự đoán thấp hơn (AUC = 52,7%) nhưng vẫn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê (OR = 2,06, $p < 0,05$), cho thấy nhận thức của bệnh nhân về

bệnh tật cũng đóng vai trò trong lo âu. Tuy nhiên, MDSS – nhân viên y tế không chứng minh được mối liên quan có ý nghĩa thống kê với lo âu (OR = 1,2, $p > 0,05$), mặc dù có độ đặc hiệu cao nhất trong bảng - cho thấy sự hỗ trợ từ nhân viên y tế trong nghiên cứu này không phải là yếu tố dự đoán hiệu quả.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ căng thẳng trước phẫu thuật tiêu hóa là 12,9%. Kết quả này thấp hơn đáng kể so với một số nghiên cứu khác trên thế giới và ở Việt Nam. Nghiên cứu phân tích tổng quan của Sheb MA (2025) trên kết quả nghiên cứu của 24 các nghiên cứu khác nhau cho thấy bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa tại Jordan có tỉ lệ căng thẳng là 40,4%[1]. Nghiên cứu tại Hàn Quốc của Milisen (2020) cho thấy tỷ

lệ căng thẳng ở bệnh nhân phẫu thuật tim mạch là 31,1%[1]. Sự khác biệt này có thể đến từ tiêu chí sàng lọc và công cụ đánh giá khác nhau. Cụ thể, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang đo DASS-21, trong khi các nghiên cứu khác có thể sử dụng các công cụ khác như Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) hoặc các thang đo tâm lý khác. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa có chương trình, nghĩa là không phải phẫu thuật cấp cứu. Bệnh nhân có thời gian chuẩn bị và được tư vấn kỹ lưỡng hơn, điều này có thể góp phần làm giảm mức độ căng thẳng. Đặc biệt, chương trình chăm sóc người bệnh từ tâm "tận tâm" tại Trung tâm Kỹ thuật cao và Tiêu hóa, Hà Nội - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn hữu ích can thiệp tư vấn tiền phẫu hiệu quả, giúp bệnh nhân an tâm hơn.

Về lo âu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ lo âu là 15,8%. Con số này tương tự với tỉ lệ căng thẳng và cũng thấp hơn so với nhiều nghiên cứu [7],[8]. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Loan và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, tỉ lệ lo âu trước phẫu thuật tiêu hóa là 38,1%[7]. Một tổng quan hệ thống của Shebl MA và cộng sự năm (2025) cho thấy tỉ lệ lo âu dao động từ 15,2% đến 41% tùy thuộc vào loại phẫu thuật, độ tuổi và phương pháp đánh giá [1]. Sự khác biệt này có thể do yếu tố văn hóa: Tâm lý người Việt Nam có thể khác biệt so với các quốc gia khác, với sự hỗ trợ từ gia đình và người thân rất mạnh mẽ, giúp bệnh nhân cảm thấy vững tâm hơn.

Bàn về các yếu tố liên quan, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi của người bệnh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng căng thẳng và lo âu. Cụ thể, nhóm bệnh nhân dưới 50 tuổi có nguy cơ lo âu và căng thẳng cao hơn. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Pritchard (2009) tại Anh cho thấy người trẻ tuổi có xu hướng lo âu trước phẫu thuật cao hơn do họ có ít kinh nghiệm đối phó với các tình huống y tế [1]. Tương tự, nghiên cứu của Ebrahimi (2018) cũng chỉ ra tuổi trẻ là yếu tố nguy cơ của lo âu trước phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy ở những bệnh nhân chưa biết chẩn đoán hoặc biết chẩn đoán ác tính có nguy cơ lo âu và căng thẳng cao hơn so với những người biết chẩn đoán lành tính. Điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế và các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Nguyễn Hồng Tiếp và cộng sự (2022) trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa cho thấy lo âu của người bệnh trước phẫu thuật còn chiếm tỉ lệ cao. Có mối liên quan giữa mức độ lo âu trước phẫu

thuật và các nhóm người bệnh khác nhau ở các đặc điểm như tuổi, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, người chăm sóc lúc nằm viện, bệnh lý kèm theo [8]. Việc phải đối diện với khả năng mắc bệnh ung thư là một cú sốc tâm lý lớn, đòi hỏi các bác sĩ cần có chiến lược tư vấn tâm lý phù hợp.

Các vấn đề Hỗ trợ xã hội (MDSS) và Nhận thức bệnh tật (BIPQ), nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy mặc dù không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với lo âu và căng thẳng, nhưng kết quả phân tích hồi quy cho thấy cả thang đo MDSS-gia đình/bạn bè (OR = 2,75) và BIPQ (OR = 2,06) đều có khả năng dự báo nguy cơ lo âu trước phẫu thuật. Điều này có nghĩa là, tuy không phải là yếu tố gây ra lo âu và căng thẳng, sự hỗ trợ từ gia đình và nhận thức đúng đắn về bệnh vẫn đóng vai trò quan trọng trong việc giúp bệnh nhân đối phó với tình trạng tâm lý này. Việc thiếu sự hỗ trợ hoặc nhận thức sai lệch về bệnh tật có thể làm tăng nguy cơ lo âu [9].

Hạn chế nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu mô tả cắt ngang, vì vậy không thể thiết lập mối quan hệ nhân - quả. Dựa trên kết quả, chúng tôi mạnh dạn đề xuất các giải pháp thực tiễn như cần triển khai các buổi tư vấn chuyên sâu cho bệnh nhân trẻ tuổi và những người có nguy cơ cao, tập trung vào việc giải thích rõ ràng về bệnh tật và quy trình phẫu thuật. Bên cạnh cần có hỗ trợ gia đình, như hướng dẫn người thân cách thức giúp đỡ bệnh nhân đối phó với căng thẳng. Trong tương lai, nghiên cứu tiếp theo nên thiết kế theo dõi dọc để đánh giá tác động của các biện pháp can thiệp đến kết quả phẫu thuật và chất lượng cuộc sống sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 279 bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa có chương trình tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2025 với độ tuổi trung bình $52,9 \pm 17,2$ tuổi có tỉ lệ căng thẳng và lo âu trước phẫu thuật lần lượt là 12,9% và 15,8%. Đa số các trường hợp ở mức độ nhẹ và vừa. Điểm trung bình DASS-21 căng thẳng $5,16 \pm 7,47$; lo âu $3,14 \pm 4,87$. Các yếu tố liên quan gồm: giới nữ, tuổi dưới 50 và nhận thức bệnh tật. Hỗ trợ xã hội từ gia đình/bạn bè (MDSS) có giá trị dự đoán cao nhất (AUC 59,7%; OR 2,75; $p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc và can thiệp tâm lý tiền phẫu, đặc biệt cho nhóm nguy cơ cao.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi trân trọng cảm ơn Ban Lãnh đạo, cùng các bác sĩ và điều dưỡng Khoa Ngoại tiêu

hoá, Trung tâm Kỹ thuật cao và Tiêu hoá, Hà Nội - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shebl MA, Toraih E, Menna Shebl, et al (2025). Preoperative anxiety and its impact on surgical outcomes: A systematic review and meta-analysis. J Clin Transl Sci. Jan 17;9(1):e33.
2. Lê Hải Anh, Phan Thị Dung (2024). Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress của người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh viện Thanh Nhân năm 2024. Tạp chí Y học thẩm mỹ - Bông số 3-2024, tr74-89.
3. Huỳnh Lê Phương, Phan Thị Diễm Kiều, Lê Thị Vẹn và cộng sự (2013). "Khảo sát mức độ lo âu trước mổ người bệnh khoa Ngoại Thận kinh". Tạp chí Khoa học Bệnh viện Chợ Rẫy, 17(phụ bản số 2): 84-89.
4. Makara-Studzinska M, Tyburski E, Załuski M et al (2022). "Confirmatory Factor Analysis of Three Versions of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42, DASS-21, and DASS-12) in Polish Adults". Frontiers in Psychiatry.
5. Broadbent E, Petrie K, Main J et al. (2006). "The brief illness perception questionnaire". J Psychosom Re. Jun;60(6):631-7.
6. Winefield HR, Winefield AH, Tiggemann M, et al (1992). Social support and psychological well-being in young adults: The Multi-Dimensional Support Scale, Journal of Personality Assessment. 58(1), 198-210.
7. Phạm Thị Loan, Đỗ Thị Liệu, Lê Thị Ánh Tuyết và cs (2023). Mức lo âu của người bệnh trước phẫu thuật theo kế hoạch tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Time City năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 539 6(3). Tr 140-145.
8. Nguyễn Hồng Thiệp, Lê Huy Hòa, Trần Ngọc Tuấn và cộng sự (2022). "Mức độ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật ung thư đại trực tràng và các yếu tố liên quan". Tạp chí Y dược Cần Thơ, số 45/2022, tr8-13.
9. Alham Abuatiq, Robin Brown, Brenda Wolles et al (2020). "Perceptions of Stress: Patient and Caregiver Experiences With Stressors During Hospitalization". Clinical Journal of Oncology Nursing.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GHÉP TRUNG BÌ MỖ TRONG KHUYẾT THỂ TÍCH PHẦN MỀM MÔI ĐỎ DO DI CHỨNG KHE HỞ MÔI: BÁO CÁO 2 CA LÂM SÀNG

Lê Trọng Hà¹, Phạm Thị Việt Dung¹, Đặng Hoàng Thơm², Phạm Hiếu Liêm^{3,4}

TÓM TẮT

Giới thiệu: Khe hở môi, một dị tật bẩm sinh thường gặp trên khuôn mặt, thường để lại những vấn đề thứ phát kéo dài như khuyết tật môi đỏ ngay cả sau khi phẫu thuật chỉnh hình ban đầu. Những khiếm khuyết này có thể ảnh hưởng đến ngoại hình và sức khỏe tinh thần của bệnh nhân. Khi phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt không phải là một lựa chọn, các phương pháp thay thế là cần thiết để khôi phục lại hình dáng và chức năng cân bằng của môi. **Trình bày ca bệnh:** Hai bệnh nhân nam, 11 và 13 tuổi, có biểu hiện bất đối xứng môi trên, giảm độ nhô và sẹ sau khi phẫu thuật chỉnh hình môi một bên lúc 3 tháng tuổi và ghép xương ổ răng lúc 10 tuổi. Đánh giá lâm sàng cho thấy thể tích môi trên không đủ và vị trí không thuận lợi so với đường thẩm mỹ Ricketts. **Kết quả và bàn luận:** Do chi phí cao và hạn chế về khả năng tiếp cận phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt tại Việt Nam, cả hai bệnh nhân đều đã phẫu thuật nâng môi trên bằng cách sử dụng mỡ tự thân lấy từ mào chậu, đồng thời chỉnh sửa sẹ. Các mảnh ghép đã được tạo

hình để khắc phục tình trạng thiếu hụt củ giữa và cải thiện độ nhô. Sau 3 tháng theo dõi, các phép đo môi trên cho thấy sự tiến triển theo hướng vị trí đường E-line lý tưởng, với sự cải thiện đáng kể về độ đầy đặn, cân xứng và cân đối thẩm mỹ. Không có biến chứng lớn nào xảy ra. **Kết luận:** mảnh ghép trung bì mỡ tự thân là một lựa chọn đáng tin cậy và tiết kiệm chi phí để khắc phục tình trạng thiếu hụt môi đỏ ở bệnh nhân khe hở môi, mang lại sự cải thiện thể tích có thể dự đoán được và cải thiện thẩm mỹ khi các can thiệp chỉnh hình xâm lấn hơn không khả thi. **Từ khóa:** Trung bì mỡ, khe hở môi, khuyết thể tích môi trên.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF DERMAL-FAT GRAFTING FOR VERMILION VOLUME DEFICIENCY SECONDARY TO CLEFT LIP DEFORMITY

Introduction: Cleft lip, a frequent congenital facial anomaly, often leaves lasting secondary issues like vermilion defects even after initial surgical repair. These imperfections can affect a patient's appearance and emotional well-being. When orthognathic surgery isn't an option, alternative methods are essential to restore balanced lip appearance and function. **Case presentation:** Two male patients, aged 11 and 13, presented with upper lip asymmetry, reduced projection, and scarring following unilateral cleft lip repair at 3 months and alveolar bone grafting at 10 years. Clinical evaluation revealed insufficient upper lip volume and unfavorable positioning relative to Ricketts' esthetic line. **Management and Outcome:**

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

³Trường Đại Học Y Phạm Ngọc Thạch

⁴Trường Y, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025