

Khoảng cách này phù hợp với mô hình niềm tin sức khỏe, khi kiến thức chỉ là một trong nhiều yếu tố ảnh hưởng đến hành vi [4].

Trình độ học vấn có ảnh hưởng mạnh nhất đến kiến thức ($OR=1,92$), tương tự nghiên cứu của Trịnh Văn Thọ (2024) với tỷ lệ kiến thức tăng từ 28,6% ở nhóm tiểu học đến 73,5% ở nhóm đại học [3]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của phát triển tài liệu giáo dục phù hợp với từng trình độ học vấn. Việc 6,7% đối tượng chưa được thông tin về biến chứng mắt mặc dù đang điều trị tại bệnh viện chuyên khoa phản ánh thiếu sót trong công tác tư vấn. Nghiên cứu quốc tế cho thấy chương trình giáo dục có thể tăng tỷ lệ tuân thủ từ 35,6% lên 50,5% [5], cho thấy tiềm năng cải thiện nếu tăng cường tư vấn.

Mối liên quan mạnh nhất với thực hành kém là kiến thức kém ($OR=2,18$) và chi phí cao ($OR=1,35$). Các rào cản chính như thiếu thời gian (32,7%) và chi phí cao (25,1%) cần được giải quyết thông qua tối ưu hóa quy trình khám và tăng cường chi trả bảo hiểm y tế.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh ĐTD type 2 có kiến thức tốt (10,2%) và thực hành tốt (24,7%) về dự phòng biến chứng mắt còn thấp. Các yếu tố liên quan chính là tuổi cao, học vấn thấp, chưa được tư vấn, kiến thức kém và chi phí cao.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần triển khai chương trình giáo dục sức khỏe

phân tầng theo nhóm tuổi và trình độ học vấn, tăng cường tư vấn từ nhân viên y tế, và giảm các rào cản tiếp cận dịch vụ khám mắt định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Minh Cang** (2023), "Nghiên Cứu Tình Hình Và Một Số Yếu Tố Liên Quan Đến Tuân Thủ Điều Trị Ở Bệnh Nhân Đái Tháo Đường Típ 2 Điều Trị Ngoại Trú Tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Cà Mau Năm 2022-2023", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ(65), tr. 49-56.
2. **Trần Thị Tuyết Lan** (2024), "Kiến Thức, Thái Độ, Thực Hành Phòng Bệnh Đái Tháo Đường Típ 2 Của Người Dân Phường 6 Thành Phố Đà Lạt - Lâm Đồng", Tạp chí Y học Việt Nam. 542 (2).
3. **Trịnh Văn Thọ** (2024), "Thực Trạng Kiến Thức Về Phòng Biến Chứng Của Người Bệnh Đái Tháo Đường Type 2 Điều Trị Ngoại Trú Tại Bệnh Viện Nội Tiết Tỉnh Nam Định Năm 2024", Tạp chí Y học Việt Nam. 545 (3).
4. **Green Edward C.** (2020), "The Health Belief Model", The Wiley Encyclopedia of Health Psychology, pp. 211-214.
5. **Moinul P.** (2020), "Does patient education improve compliance to routine diabetic retinopathy screening?", J Telemed Telecare.26(3), pp. 161-173.
6. **Ngoc N. B.** (2020), "Diabetes: What Challenges Lie Ahead for Vietnam?", Ann Glob Health. 86 (1), pp. 1.
7. **Saeedi P.** (2019), "Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9(th) edition", Diabetes Res Clin Pract. 157, pp. 107843.
8. **Skarbez K.** (2010), "Comprehensive Review of the Effects of Diabetes on Ocular Health", Expert Rev Ophthalmol. 5 (4), pp. 557-577.
9. **Yau J. W.** (2012), "Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy", Diabetes Care. 35 (3), pp. 556-564.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM SINH SẢN VÀ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ CĂNG THẲNG TẠI THỜI ĐIỂM CHUYỂN PHÔI VÀ THỜI ĐIỂM THỬ MÁU CÓ THAI Ở PHỤ NỮ THỤ TINH ỚNG NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Lê Thị Phương Dung^{1,2}, Võ Thị Thu Thủy², Phạm Huy Hùng¹,
Trần Thị Thanh Thúy², Trần Phương Huy², Hoàng Thị Diễm Tuyết²,
Huỳnh Phúc Khánh Minh², Võ Thị Ngọc Diệp²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ căng thẳng của bệnh nhân điều trị thụ tinh ống nghiệm (IVF) tại Bệnh viện Hùng Vương tại thời điểm chuyển phôi và thử máu có

thai bằng bộ bảng câu hỏi đo lường mức độ căng thẳng (PSS), và chỉ số cảm nhận vô sinh (FPI). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc trên đối tượng bệnh nhân thực hiện IVF có chuyển phôi trữ đông từ 05/2025 đến 07/2025 tại Bệnh viện Hùng Vương. **Kết quả nghiên cứu:** Dữ liệu 140 phụ nữ ghi nhận tỷ lệ có thai cao (49.3%) ở nhóm bệnh nhân ≤ 30 tuổi. Điểm PSS và FPI tại thời điểm trước chuyển phôi và khi thử máu có dao động nhẹ, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$ ở tất cả các nhóm). Phân tích hồi quy cho thấy các yếu tố sinh học vẫn giữ vai trò quyết định đến kết cục thai, trong khi điểm PSS và FPI không ảnh hưởng đến

¹Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

²Bệnh viện Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Phương Dung

Email: ltpuongdung86@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

kết quả. Sau thất bại chuyển phôi, 97,2% bệnh nhân vẫn mong muốn tiếp tục điều trị và có đến 70,4% mong muốn được các chuyên gia tư vấn riêng để giúp họ giải tỏa căng thẳng. **Kết luận:** PSS và FPI không liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả IVF. Tuy nhiên, việc thực hiện đo lường PSS và FPI giúp các trung tâm xác định được bệnh nhân có nhu cầu hỗ trợ tâm lý, từ đó gợi mở phát triển các chương trình tư vấn, giúp tăng cường trải nghiệm cho bệnh nhân khi điều trị hiếm muộn. **Từ khóa:** Thụ tinh ống nghiệm, hiếm muộn, PSS, FPI.

SUMMARY

ASSESSMENT OF REPRODUCTIVE CHARACTERISTICS AND STRESS LEVELS AT EMBRYO TRANSFER AND PREGNANCY TEST STAGES IN WOMEN UNDERGOING IN VITRO FERTILIZATION AT HUNG VUONG HOSPITAL

Objective: To evaluate the stress levels of patients undergoing in vitro fertilization (IVF) at Hung Vuong Hospital at the time of embryo transfer and pregnancy testing, using the Perceived Stress Scale (PSS) and the Fertility Problem Inventory (FPI). **Materials and methods:** A longitudinal study was conducted among women undergoing frozen embryo transfer between May and July 2025 at Hung Vuong Hospital. **Results:** Data from 140 patients showed a higher pregnancy rate (49.3%) among women aged ≤ 30 years. Mean PSS and FPI scores fluctuated slightly between the pre-transfer and pregnancy test timepoints, but the differences were not statistically significant ($p > 0.05$ in all groups). Regression analysis indicated that biological factors remained the main determinants of pregnancy outcomes, whereas PSS and FPI scores were not predictive. After an unsuccessful transfer, 97.2% of participants expressed a desire to continue treatment, and 70.4% preferred individual counseling to help relieve psychological stress. **Conclusions:** PSS and FPI scores were not significantly associated with IVF outcomes. However, incorporating these scales into routine assessment may help IVF centers identify patients in need of psychological support, thereby facilitating the development of counseling programs aimed at improving patient experience during infertility treatment.

Keywords: IVF, Infertility, PSS, FPI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là vấn đề y tế toàn cầu, ảnh hưởng đến khoảng 8 – 12% các cặp vợ chồng [1]. Thụ tinh ống nghiệm (IVF) là phương pháp can thiệp phổ biến, giúp nhiều cặp hiếm muộn có con, song đây cũng là hành trình đòi hỏi thể chất và tinh thần rất lớn.

Nhiều nghiên cứu đã xem xét mối liên quan giữa căng thẳng tâm lý và kết quả IVF, nhưng kết quả còn chưa thống nhất [4-8]. Sự khác biệt có thể do khác nhau về thời điểm đo lường hoặc công cụ đánh giá, cho thấy cần thêm các nghiên cứu xác định mức độ căng thẳng và nhu cầu hỗ trợ tâm lý của bệnh nhân trong từng giai đoạn

điều trị.

Tại Bệnh viện Hùng Vương, mỗi năm có hơn 1200 chu kỳ IVF, nhưng các nghiên cứu về yếu tố tâm lý vẫn còn hạn chế. Trong quá trình điều trị, hộ sinh giữ vai trò then chốt trong giao tiếp, tư vấn và hỗ trợ tinh thần cho người bệnh. Việc nhận diện sớm căng thẳng và áp dụng các can thiệp tâm lý phù hợp không chỉ giúp nâng cao hiệu quả điều trị mà còn cải thiện trải nghiệm của bệnh nhân. Nghiên cứu này nhằm đánh giá mức độ căng thẳng của phụ nữ trong hai giai đoạn quan trọng của IVF và xác định nhu cầu hỗ trợ tâm lý, làm cơ sở đề xuất các hoạt động chăm sóc điều dưỡng toàn diện hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Nghiên cứu tuyển chọn phụ nữ đang điều trị IVF có chỉ định chuyển phôi đông. Tất cả được chuẩn bị niêm mạc bằng phác đồ hormone thay thế, đồng ý quay lại sau 2 tuần để xét nghiệm máu thử thai, và đã hoàn tất ký cam kết tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Nghiên cứu loại trừ những phụ nữ có tiền sử rối loạn tâm lý/tâm thần hoặc gặp khó khăn về giao tiếp, ngôn ngữ; sử dụng giao tử hoặc phôi hiến; có thực hiện sinh thiết phôi; rối loạn nội tiết chưa được điều trị; và người đang sử dụng thuốc lá hoặc đồ uống có cồn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu dọc
2.2.2. Thời gian và địa điểm. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Hiếm muộn - Bệnh viện Hùng Vương từ tháng 05/2025 đến tháng 07/2025.

2.2.3. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được xác định theo công thức so sánh hai trung bình độc lập, với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ ($Z = 1,96$) và lực mẫu 80% ($Z = 0,84$). Theo thăm dò, độ lệch chuẩn chung của điểm PSS khoảng 9-10 điểm, và chênh lệch trung bình có ý nghĩa mong muốn phát hiện giữa hai nhóm là 3 điểm. Kết quả tính toán cho thấy số mẫu tối thiểu là 110 trường hợp. Sau khi cộng thêm 25% dự phòng cho các trường hợp loại hoặc mất theo dõi, cỡ mẫu cuối cùng được xác định là 140 bệnh nhân.

Mặc dù nghiên cứu có phân tích mối liên quan giữa mức độ căng thẳng và kết quả IVF, nhưng mục tiêu chính là so sánh sự khác biệt điểm PSS giữa các nhóm kết cục, do đó việc sử dụng công thức so sánh hai trung bình là phù hợp và vẫn đảm bảo yêu cầu tối thiểu cho phân tích hồi quy logistic sau đó.

2.2.4. Cách thức tiến hành. Tổng cộng 140

phụ nữ đủ điều kiện tham gia, mỗi người được phát bộ ba bảng câu hỏi gồm thang đo cảm nhận căng thẳng (PSS) của Cohen (1983) và chỉ số vấn đề vô sinh (FPI) của Newton (1999). PSS gồm các câu hỏi đánh giá mức độ căng thẳng trong tháng gần nhất; FPI gồm các câu hỏi phản ánh áp lực tâm lý liên quan đến vô sinh.

Các câu hỏi được hoàn thành tại ba thời điểm: (1) trước chuyển phôi, (2) trước thử máu có thai, và (3) sau khi nhận kết quả âm tính, nhằm đánh giá sự thay đổi căng thẳng trong từng giai đoạn IVF.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ bắt đầu thu nhận mẫu sau khi đề cương được

Hội đồng khoa học Bệnh viện Hùng Vương phê duyệt.

2.4. Phân tích thống kê. Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS. Các biến định lượng được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD); các biến định tính được biểu diễn bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm được thực hiện bằng kiểm Chi-square hoặc Fisher's exact test đối với biến định tính, và t-test hoặc Mann-Whitney U test đối với biến định lượng. Hồi quy logistic được sử dụng để xác định mối liên quan giữa mức độ căng thẳng và kết quả IVF. Mức ý nghĩa thống kê được xác định tại $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của dân số chọn mẫu

Bảng 1. Đặc điểm hành chính (n=140)

Đặc điểm	Có thai			OR (KTC 95%)	p
	Tổng	Có	Không		
Tuổi (năm) TB (ĐLC)	32,6 (4,7)	31,5 (4,8)	33,6 (4,3)	0,90 (0,83 - 0,97)	0,009
Tuổi (năm)					
≤30	54 (38,6)	34 (49,3)	20 (28,2)	1	
31-34	39 (27,9)	18 (26,1)	21 (29,6)	0,50 (0,22 - 1,16)	0,109
35-40	38 (27,1)	14 (20,3)	24 (33,8)	0,34 (0,15 - 0,81)	0,015
>40	9 (6,4)	3 (4,3)	6 (8,5)	0,29 (0,07 - 1,31)	0,108
BMI (kg/m²) TB (ĐLC)	22,1 (3,3)	21,9 (3,3)	22,2 (3,3)	0,97 (0,88 - 1,08)	0,595
BMI (kg/m²)					
<18,5	18 (12,9)	11 (15,9)	7 (9,9)	1	
18,5-22,9	66 (47,1)	30 (43,5)	36 (50,7)	0,53 (0,18 - 1,54)	0,243
23-24,9	30 (21,4)	16 (23,2)	14 (19,7)	0,73 (0,22 - 2,39)	0,599
≥25	26 (18,6)	12 (17,4)	14 (19,7)	0,55 (0,16 - 1,85)	0,331
AMH TB (ĐLC)	4,0 (3,1)	4,3 (3,3)	3,8 (2,8)	1,05 (0,94 - 1,17)	0,385
Thời gian vô sinh (năm) TB (ĐLC)	3,2 (2,4)	3,1 (2,4)	3,3 (2,4)	0,96 (0,84 - 1,11)	0,591
Thời gian vô sinh (năm)					
<1	3 (2,1)	1 (1,4)	2 (2,8)	1	
1-<3	73 (52,1)	41 (59,4)	32 (45,1)	2,56 (0,22 - 29,53)	0,451
3-<5	28 (20,0)	10 (14,5)	18 (25,4)	1,11 (0,09 - 13,84)	0,935
≥5	36 (25,7)	17 (24,6)	19 (26,8)	1,79 (0,15 - 21,54)	0,647
Nguyên nhân vô sinh					
N97.0	25 (17,9)	16 (23,2)	9 (12,7)	1	
N97.1	13 (9,3)	5 (7,2)	8 (11,3)	0,35 (0,09 - 1,40)	0,139
N97.2	6 (4,3)	4 (5,8)	2 (2,8)	1,12 (0,17 - 7,40)	0,902
N97.4	44 (31,4)	21 (30,4)	23 (32,4)	0,51 (0,19 - 1,41)	0,195
N97.5	1 (0,7)	0 (0)	1 (1,4)	//	//
N97.8	34 (24,3)	15 (21,7)	19 (26,8)	0,44 (0,15 - 1,28)	0,134
N97.9	16 (11,4)	7 (10,1)	9 (12,7)	0,44 (0,12 - 1,58)	0,206
N97.3	1 (0,7)	1 (1,4)	0 (0)	//	//

Kết quả cho thấy tuổi là yếu tố có ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng có thai. Tuổi trung bình của nhóm có thai thấp hơn nhóm không có thai ($p = 0,009$). Khi phân tích theo nhóm tuổi, tỷ lệ có thai ở nhóm ≤30 tuổi là 49,3%, giảm còn 26,1% ở nhóm 31-34 tuổi, 20,3% ở nhóm

35-40 tuổi, và 4,3% ở nhóm >40 tuổi. So với nhóm ≤30 tuổi, phụ nữ ≥35 tuổi có khả năng có thai giảm đáng kể (OR = 0,34; KTC 95%: 0,15-0,81; $p = 0,015$). Trong khi đó, BMI, nồng độ AMH và thời gian vô sinh không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả IVF.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và đặc điểm phôi học (n=140)

Đặc điểm	Có thai			OR (KTC 95%)	p
	Tổng	Có	Không		
Độ dày nội mạc tử cung (mm) TB (ĐLC)	10,5 (1,2)	10,6 (1,3)	10,4 (1,1)	1,14 (0,87 - 1,50)	0,342
Khoảng cách đáy TC (mm) TB (ĐLC)	7,2 (2,2)	7,2 (2,3)	7,1 (2,1)	1,02 (0,88 - 1,19)	0,777
Số ngày dùng thuốc TB (ĐLC)	19,9 (2,5)	20,0 (1,9)	19,8 (3,0)	1,03 (0,91 - 1,18)	0,617
Châm cứu					
Có	49 (35,0)	21 (30,4)	28 (39,4)	0,67 (0,33 - 1,35)	0,265
Không	91 (65,0)	48 (69,6)	43 (60,6)	1	
Truyền Tratocile					
Có	131 (93,6)	64 (92,8)	67 (94,4)	0,76 (0,20 - 2,97)	0,698
Không	9 (6,4)	5 (7,2)	4 (5,6)	1	
Hỗ trợ phôi thoát màng (AH)					
Có	108 (77,1)	49 (71,0)	59 (83,1)	0,50 (0,22 - 1,12)	0,092
Không	32 (22,9)	20 (29,0)	12 (16,9)	1	
Số phôi chuyển					
3	3 (2,1)	3 (4,3)	0 (0)	1	
1	94 (67,1)	53 (76,8)	41 (57,7)	2,98 (1,38 - 6,43)	0,005
2	43 (30,7)	13 (18,8)	30 (42,3)	//	//
Số phôi N3 TB (ĐLC)	0,5 (1,4)	0,1 (0,6)	0,9 (1,9)	0,56 (0,37 - 0,85)	0,007
Số phôi N5 TB (ĐLC)	5,8 (4,6)	6,5 (4,4)	5,2 (4,7)	1,06 (0,98 - 1,14)	0,120
Số phôi tốt được chuyển					
0	45 (32,1)	18 (26,1)	27 (38,0)	1	
1	87 (62,1)	48 (69,6)	39 (54,9)	1,85 (0,89 - 3,83)	0,100
2	8 (5,7)	3 (4,3)	5 (7,0)	0,90 (0,19 - 4,24)	0,894
Số phôi khá được chuyển					
0	108 (77,1)	57 (82,6)	51 (71,8)	1	
1	25 (17,9)	10 (14,5)	15 (21,1)	0,60 (0,25 - 1,45)	0,252
2	7 (5,0)	2 (2,9)	5 (7,0)	0,36 (0,07 - 1,93)	0,231
Số phôi trung bình được chuyển					
0	112 (80,0)	59 (85,5)	53 (74,6)	1	
1	11 (7,9)	4 (5,8)	7 (9,9)	0,51 (0,14 - 1,85)	0,308
2	17 (12,1)	6 (8,7)	11 (15,5)	0,49 (0,17 - 1,42)	0,188

Các đặc điểm lâm sàng đều nằm trong giới hạn tối ưu, nhưng không liên quan có ý nghĩa thống kê với kết cục thai. Các đặc điểm phôi học cho thấy chiến lược chuyển đơn phôi chọn lọc mang lại hiệu quả cao.

3.2. So sánh PSS và FPI tại hai thời điểm

Bảng 3. So sánh PSS và FPI tại hai thời điểm trước chuyển phôi và thử máu

Đặc điểm	Có thai			OR (KTC 95%)*	p
	Tổng	Có	Không		
PSS trước chuyển phôi TB (ĐLC)	18,5 (9,9)	19,1 (9,9)	17,8 (9,9)	1,01 (0,97 - 1,05)	0,573
PSS sau 2 tuần thử thai TB (ĐLC)	17,3 (9,8)	17,5 (9,9)	17,0 (9,8)	1,01 (0,97 - 1,05)	0,665
FPI trước chuyển phôi TB (ĐLC)	22,1 (20,6)	20,5 (20,0)	23,6 (21,3)	1,00 (0,98 - 1,01)	0,588
FPI sau 2 tuần thử thai TB (ĐLC)	22,8 (20,8)	21,1 (20,7)	24,4 (21,0)	1,00 (0,98 - 1,01)	0,646

* Hiệu chỉnh theo các biến có khác biệt

Điểm PSS và FPI không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm có thai và không có thai tại cả hai thời điểm.

3.3. Môi liên quan của PSS và FPI đến kết cục thai

Bảng 4. Môi liên quan của PSS và FPI đến kết cục thai

Đặc điểm	Có thai			OR (KTC 95%)	p
	Tổng	Có thai	Không có thai		
PSS trước chuyển phôi					
Thấp [≤ 13]	43 (30,7)	19 (27,5)	24 (33,8)	1	

Trung bình [13-25]	63 (45,0)	32 (46,4)	31 (43,7)	1,05 (0,45 - 2,45)	0,902
Cao [≥ 26]	34 (24,3)	18 (26,1)	16 (22,5)	1,27 (0,47 - 3,39)	0,638
PSS sau 2 tuần thử thai					
Thấp [<13]	53 (37,9)	24 (34,8)	29 (40,8)	1	
Trung bình [13-25]	60 (42,9)	32 (46,4)	28 (39,4)	1,33 (0,60 - 2,95)	0,486
Cao [≥ 26]	27 (19,3)	13 (18,8)	14 (19,7)	1,21 (0,44 - 3,34)	0,707
FPI trước chuyển phôi					
Thấp [<50]	123 (87,9)	63 (91,3)	60 (84,5)	1	
Trung bình [50-74]	11 (7,9)	4 (5,8)	7 (9,9)	0,51 (0,13 - 2,02)	0,336
Cao [≥ 75]	6 (4,3)	2 (2,9)	4 (5,6)	0,68 (0,10 - 4,85)	0,704
FPI sau 2 tuần thử thai					
Thấp [<50]	123 (87,9)	62 (89,9)	61 (85,9)	1	
Trung bình [50-74]	10 (7,1)	4 (5,8)	6 (8,5)	0,58 (0,15 - 2,34)	0,448
Cao [≥ 75]	7 (5,0)	3 (4,3)	4 (5,6)	1,48 (0,25 - 8,89)	0,668

Nhìn chung, điểm PSS và FPI không phải là yếu tố tiên lượng độc lập đối với kết quả IVF.

Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến kết cục thai

Biến số	aOR	CI 95%	p
Tuổi ≥ 35	0,34	0,15 - 0,78	0,015
Số phôi chuyển = 1	2,98	1,40 - 6,34	0,005
PSS trước chuyển phôi ≥ 13 (so với <13)	1,12	0,51 - 2,46	0,771
PSS khi thử thai ≥ 13 (so với <13)	1,29	0,62 - 2,71	0,497
FPI ≥ 50 trước chuyển phôi	0,88	0,32 - 2,43	0,355
FPI ≥ 50 khi thử thai	1,05	0,41 - 2,71	0,414

Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nền, cả PSS và FPI tại hai thời điểm trước và sau chuyển phôi đều không có mối liên quan ý nghĩa thống kê với kết quả IVF.

3.4. Mong muốn của bệnh nhân khi thất bại

Bảng 6. Lựa chọn của bệnh nhân sau thất bại

Lựa chọn	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Muốn tiếp tục	69	97,2
Cân nhắc phương án khác	2	2,8

Bảng 7. Các hình thức hỗ trợ tâm lý mong muốn

Hình thức mong muốn	Số ca (n)	Tỷ lệ chọn (%)
Tư vấn cá nhân	50	70,4
Nhóm đồng đẳng	30	42,3
Chương trình từ bác sĩ	18	25,4
Khác	5	7,0

Sau thất bại chuyển phôi, 97,2% bệnh nhân mong muốn tiếp tục điều trị và 70,4% mong muốn được các chuyên gia tư vấn riêng để giúp họ giải tỏa căng thẳng.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của nghiên cứu phù hợp với những nhận định đã được công bố trước đó, cho thấy các yếu tố sinh học quyết định đến kết cục thành

công của một chu kỳ IVF hơn là các điểm đánh giá tâm lý [7]. Tuy nhiên, nhu cầu cần được hỗ trợ về tâm lý của bệnh nhân là có, đặc biệt là cho nhóm bệnh nhân thất bại chuyển phôi. Một nghiên cứu khác cũng cho thấy nhân viên y tế cần tăng cường chia sẻ và động viên những phụ nữ phải điều trị IVF kéo dài và chịu áp lực công việc lớn [2].

Về mặt sinh học, tuổi là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến kết cục thai trong nghiên cứu này. Phụ nữ ≥ 35 tuổi có tỷ lệ có thai thấp hơn đáng kể so với nhóm trẻ hơn, mà nguyên nhân là do suy giảm chất lượng noãn theo tuổi sinh học của buồng trứng. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu khác [3]. Về mặt kỹ thuật, chiến lược chuyển đơn phôi nang cho thấy hiệu quả vượt trội, làm tăng tỷ lệ thai và giảm nguy cơ đa thai, phù hợp với xu hướng điều trị IVF hiện nay.

Điểm PSS và FPI của phụ nữ điều trị IVF không liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng có thai, dù điểm PSS giảm nhẹ sau chuyển phôi, phản ánh sự thích nghi tâm lý dần theo tiến trình điều trị. Chúng tôi nhận định rằng stress không phải yếu tố tiên lượng độc lập của kết quả IVF, mà chủ yếu ảnh hưởng đến trải nghiệm và sức khỏe tinh thần của bệnh nhân. Tuy nhiên, tỷ lệ stress trung bình và cao vẫn khá phổ biến, cho thấy điều trị hiếm muộn là một quá trình căng thẳng, đặc biệt trong giai đoạn chờ kết quả. Do đó, dù stress không trực tiếp quyết định kết quả lâm sàng, việc nhận diện và hỗ trợ tâm lý vẫn cần được lồng ghép trong quy trình điều trị nhằm cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân.

Sau thất bại chuyển phôi, hầu hết phụ nữ vẫn mong muốn tiếp tục điều trị và cần được tư vấn chuyên sâu, đặc biệt dưới hình thức tư vấn cá nhân. Điều này phản ánh sự kiên trì, hy vọng nhưng đồng thời cũng chỉ ra gánh nặng tâm lý

mà bệnh nhân phải đối diện. Việc tích hợp các hoạt động trò chuyện cùng chuyên gia tâm lý sẽ góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân hiếm muộn.

V. KẾT LUẬN

PSS và FPI không liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả IVF. Tuy nhiên, việc thực hiện đo lường PSS và FPI giúp các trung tâm IVF xác định được bệnh nhân có nhu cầu được hỗ trợ tâm lý, từ đó gợi mở phát triển các chương trình tư vấn, giúp tăng cường trải nghiệm cho bệnh nhân khi điều trị hiếm muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thị Mỹ Hạnh, V. ., Văn Tuấn, N., Xuân Hợi, N., Thị Thu Hà, L., & Thành Long, N.** (2021). Một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 506(1).
2. **Nguyễn, T. T. T., Lê, T. H., Đỗ, T. L., & Đỗ, V. L.** (2024). Thực trạng lo âu, trầm cảm của người vợ thực hiện kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội và một số yếu tố liên quan. *Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng*, 7(03), 6–12.
3. **Nguyen, L. N. H., Tran, H. P., Do, V. N. T., Ly, L. T., Hoang, T. T. D., & Hoang, T.** (2024).

- Factors Associated With Mosaicism in Human Embryos: A Retrospective Study. *Cureus*, 16(6).
4. **Anderson, N. B.** (1998). Levels of analysis in health science: A framework for integrating sociobehavioral and biomedical research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 563-576.
 5. **An, Y., Sun, Z., Li, L., Zhang, Y., & Ji, H.** (2013). Relationship between psychological stress and reproductive outcome in women undergoing in vitro fertilization treatment: psychological and neurohormonal assessment. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 30(1), 35-41.
 6. **Zanettoullis, A. T., Mastorakos, G., Vakas, P., Vlahos, N., & Valsamakis, G.** (2024). Effect of stress on each of the stages of the procedure: a systematic review. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(2), 726.
 7. **Miller, N., Herzberger, E. H., Pasternak, Y., Klement, A. H., Shavit, T., Yaniv, R. T., ... & Wisner, A.** (2019). Does stress affect outcomes? A prospective study of physiological and psychological stress in women undergoing . *Reproductive biomedicine online*, 39(1), 93-101.
 8. **Peng, M., Wen, M., Jiang, T., Jiang, Y., Lv, H., Chen, T.,... & Jin, G.** (2021). Stress, anxiety, and depression in infertile couples are not associated with a first or ICSI treatment outcome. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 725.

VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN ĐAU BỤNG CẤP VÙNG MỘT PHẦN TƯ DƯỚI PHẢI KHÔNG DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đỗ Hải Thanh Anh¹, Nguyễn Thị Thanh Thiên²,
Nguyễn Thị Yến Nhi¹, Trương Thị Phương Thảo¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau bụng cấp vùng ¼ dưới phải thường gặp, có thể do nguyên nhân ngoại khoa hoặc nội khoa. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng và xét nghiệm cơ bản thường khó khăn, dễ nhầm lẫn, có thể dẫn đến phẫu thuật không cần thiết hoặc trì hoãn can thiệp. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đóng vai trò quan trọng nhờ độ nhạy và độ đặc hiệu cao, cho phép đánh giá toàn diện các tạng trong ổ bụng. **Mục tiêu:** Xác định các nguyên nhân thường gặp và đánh giá giá trị của CLVT trong chẩn đoán đau bụng cấp vùng ¼ dưới phải không do chấn thương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca hồi cứu trên tất cả bệnh nhân ≥18 tuổi nhập viện khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 1–6/2022 vì

đau bụng cấp vùng ¼ dưới phải không do chấn thương và đã được chụp CLVT. Bệnh nhân có tiền sử chấn thương trong 30 ngày trước đó bị loại trừ. **Kết quả:** Viêm ruột thừa, viêm hồi manh tràng – đại tràng lên và sỏi niệu quản phải là những nguyên nhân thường gặp nhất của đau bụng cấp vùng ¼ dưới phải không do chấn thương. CLVT cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao trong chẩn đoán các nguyên nhân này. **Kết luận:** CLVT là một công cụ chẩn đoán hình ảnh đáng tin cậy, giúp hướng dẫn xử trí kịp thời và chính xác. **Từ khóa:** Đau bụng ¼ dưới phải không do chấn thương, CLVT

SUMMARY

THE ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSING NON-TRAUMATIC ACUTE RIGHT LOWER QUADRANT ABDOMINAL PAIN AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Background: Acute right lower quadrant abdominal pain represents a common concern with a broad differential diagnosis, ranging from self-limiting conditions to life-threatening surgical emergencies.

¹Đại học Y Dược TP HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Phương Thảo

Email: ttptthao@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025