

nôn/ nôn; giảm thị lực; tiền sử nhìn thấy quầng sáng cầu vồng quanh bóng đèn. (2) nhãn áp đo được > 21 mmHg (đo bằng nhãn áp kế Goldmann). (3) Khi soi góc có tiếp xúc bề - mống mắt với chu vi nhiều hơn 180° và (4) khám trên đèn khe tìm thấy tối thiểu 4 dấu hiệu dưới đây: cương tụ rìa; phù biểu mô giác mạc; giãn đồng tử cố định; tiền phòng ngoại vi nông.

- Mắt đối bên (1) Có tiếp xúc bề - mống mắt với chu vi nhiều hơn 180° trên soi góc và (2) không có tiền sử hoặc dấu hiệu của cơn góc đóng cấp trước đó.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân góc mở ($>180^{\circ}$) trên soi góc trước khi dùng thuốc.

- Bệnh nhân có tổn thương gai thị với hình thái gợi ý glôcôm.

- Tiền sử laser tạo hình mống mắt chu biên, tạo hình đồng tử, phẫu thuật tạo hình mống mắt chu biên, phẫu thuật thủy tinh thể.

- Góc đóng thứ phát ví dụ như: do chấn thương, tân mạch mống, viêm màng bồ đào, thủy tinh thể phồng đặc biệt là sự đục thủy tinh thể khác nhau giữa hai mắt.

- Trường hợp cơn góc đóng cấp hai mắt.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Các đặc điểm dịch tễ và các dữ liệu cơ bản được ghi nhận bao gồm: tuổi, giới tính, mắt bị ảnh hưởng, nhãn áp, thị lực ban đầu. Ngoài ra, các triệu chứng cơ năng như đau mắt, nôn/buồn nôn, nhìn quầng sáng cũng như các dấu hiệu thực thể bao gồm cương tụ kết mạc, giác mạc phù, đồng tử giãn hẹp, góc tiền phòng hẹp cũng được ghi nhận qua thăm khám lâm sàng.

Phân tích siêu âm sinh hiển vi. Các chỉ số được khảo sát bằng máy Siêu âm sinh hiển vi model Vumax U do hãng Sonomed Inc (Mỹ) sản xuất năm 2018. Tần số đầu dò ở mức 50 MHz. Thực hiện siêu âm ở 2 chế độ Angle - to - Angle và Angle Model. Chế độ Angle - to - Angle, được sử dụng để đo độ sâu tiền phòng và độ dày thủy tinh thể. Ở chế độ Angle Model, các chỉ số còn lại được đo ở các góc phần tư hướng 9 giờ, 3 giờ, 6 giờ và 12 giờ. Giá trị trung bình ở 4 góc phần tư được sử dụng để đại diện cho mắt đó. Quy trình siêu âm được thực hiện bởi cùng 1 người. Các đặc điểm được ghi nhận trên siêu âm sinh hiển vi bao gồm: độ sâu tiền phòng (ACD), độ dày thủy tinh thể (LT), vị trí thủy tinh thể (LP), góc bề - mống mắt (TIA), độ dày mống (IT750/IT2000), khoảng cách mống mắt - thể mi (ICPD) và độ vồng mống (IC).

Phân tích thống kê. Các phân tích được thực hiện bằng phần mềm thống kê STATA 17.0.

Biến phụ thuộc là tình trạng cơn góc đóng cấp nguyên phát (có hoặc không). Phân tích hồi quy logistic đơn biến được tiến hành trước; những biến có giá trị $p < 0,20$ được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến theo phương pháp tiến lùi. Trong mô hình cuối cùng, các biến có giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Khả năng phân biệt của mô hình được đánh giá bằng diện tích dưới đường cong ROC. Ngưỡng dự báo tối ưu được xác định theo chỉ số Youden.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân (60 mắt) bị cơn góc đóng cấp một mắt, với tuổi trung bình $57,7 \pm 7,41$ và nữ giới chiếm đa số (80%). Triệu chứng thường gặp nhất là đau nhức mắt (100%), kèm buồn nôn/nôn (36,7%) và quầng sáng (43,3%). Hầu hết mắt bệnh có thị lực rất kém (80% dưới 1/10, trong đó 41,7% bóng bàn tay), nhãn áp trung bình $47,74 \pm 13,40$ mmHg.

So sánh bằng siêu âm sinh hiển vi (UBM) cho thấy mắt bệnh có tiền phòng nông hơn (ACD: $1,84 \pm 0,17$ so với $1,98 \pm 0,16$ mm), thủy tinh thể tiến ra trước nhiều hơn (LP: $4,088 \pm 0,24$ so với $4,211 \pm 0,229$ mm) và góc bề - mống mắt hẹp rõ rệt (TIA: $1,98 \pm 1,99^{\circ}$ so với $7,95 \pm 5,72^{\circ}$), với tất cả khác biệt đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Các chỉ số khác như độ dày thủy tinh thể, khoảng cách bề - mống mắt, độ vồng mống mắt, độ dày mống không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm mắt có cơn góc đóng cấp và mắt đối bên ($p > 0,05$). (Bảng 1)

Phân tích hồi quy logistic đơn biến được thực hiện trên các thông số hình thái thu được từ siêu âm sinh hiển vi (UBM). (Bảng 2) Kết quả cho thấy: Độ sâu tiền phòng (ACD) có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ cơn góc đóng cấp, với OR = 0,0053; 95% CI: 0,00013 - 0,21; $p < 0,005$, khẳng định tiền phòng nông là một yếu tố nguy cơ quan trọng. Góc bề - mống mắt (TIA) liên quan có ý nghĩa, với OR = 0,60; 95% CI: 0,45 - 0,80; $p < 0,001$. Góc hẹp làm tăng đáng kể khả năng xảy ra cơn cấp. Vị trí thủy tinh thể (LP) thể hiện xu hướng liên quan (OR = 0,096; 95% CI: 0,009 - 1,06; $p = 0,056$), mặc dù chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê.

Các chỉ số khác như độ dày thủy tinh thể (LT), khoảng cách thể mi - mống mắt (ICPD), độ vồng mống mắt (IC), độ dày mống mắt tại 750 μ m (IT750) và 2000 μ m (IT2000) không chứng minh được mối liên quan có ý nghĩa với nguy cơ cơn góc đóng cấp ($p > 0,05$). Đặc biệt, một số biến (IC, IT750, IT2000) có khoảng tin cậy rất rộng, phản ánh tính không ổn định của ước lượng và hạn chế của cỡ mẫu. Tóm lại, trong

phân tích đơn biến, ACD và TIA là những yếu tố hình thái học liên quan chặt chẽ nhất đến khả năng xuất hiện cơn góc đóng cấp, trong khi LP chỉ cho thấy xu hướng.

Bảng 1. So sánh các chỉ số trên UBM của mắt góc đóng cấp và mắt đối bên

Chỉ số	Mắt góc đóng cấp (N=30)	Mắt đối bên (N=30)	t	p
ACD	1,84±0,17	1,98±0,16	-4,4	<0,001*
TIA	1,98±1,99	7,95±5,72	-6,090	<0,001*
LT	4,494±0,456	4,469±0,407	0,733	0,470
LP	4,088±0,24	4,211±0,229	-6,084	<0,001*
ICPD	0,308±0,205	0,327±0,154	-0,887	0,382
IC	0,276±0,13	0,262±0,094	0,705	0,487
IT750	0,368±0,048	0,373±0,061	-0,613	0,545
IT2000	0,451 ±0,0347	0,437 ±0,0416	1,438	0,161

*khác biệt có ý nghĩa thống kê

ACD: độ sâu tiền phòng; TIA: góc bè - mống mắt; LT: độ dày thủy tinh thể; LP: vị trí thủy tinh thể; ICPD: khoảng cách bè mống mắt; IC: độ vòng mống; IT750/2000: độ dày mống.

Bảng 2. Hồi quy logistic đơn biến

Biến độc lập	OR đơn biến	95% CI	p
ACD	0,0053	0,00013 - 0,21	<0,005*
TIA	0,60	0,45 - 0,80	<0,001*
LT	1,2	0,37 - 3,90	0,764
LP	0,096	0,009 - 1,06	<0,056*
ICPD	0,55	0,03 - 9,47	0,68
IC	3,00	0,03 - 283,58	0,636
IT750	0,18	0 - 2192,22	0,720
IT2000	29,696	0,03 - 3,06 x 10 ¹⁰	0,245

*có ý nghĩa thống kê

ACD: độ sâu tiền phòng; TIA: góc bè - mống mắt; LT: độ dày thủy tinh thể; LP: vị trí thủy tinh thể; ICPD: khoảng cách bè mống mắt; IC: độ vòng mống; IT750/2000: độ dày mống.

Dựa trên kết quả này, các biến có p < 0,20 (bao gồm ACD, TIA và LP) được lựa chọn để đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Các biến còn lại (LT, ICPD, IC, IT750, IT2000) không đạt tiêu chí nên được loại khỏi phân tích. Việc áp dụng ngưỡng p < 0,20 giúp hạn chế nguy cơ loại bỏ sớm các biến có tiềm năng, trong khi mô hình đa biến sẽ xác định những yếu tố giữ được ý nghĩa độc lập sau khi đã hiệu chỉnh đồng thời.

Bảng 3. Hồi quy logistic đa biến

Chỉ số	Hệ số β	OR đa biến	95% CI	p
ACD	-1,385	0,25	0,003 - 24,36	<0,553
LP	-0,338	0,71	0,037 - 13,87	<0,823
TIA	-0,467	0,63	0,47 - 0,84	<0,002*

*có ý nghĩa thống kê

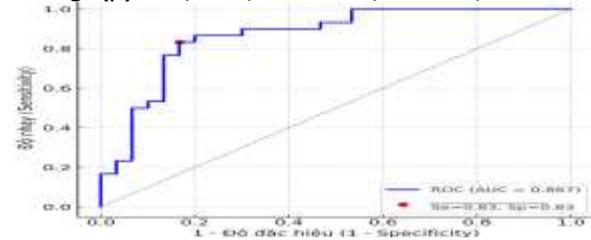
ACD: độ sâu tiền phòng; TIA: góc bè - mống mắt; LP: vị trí thủy tinh thể.

Góc bè - mống mắt (TIA) giữ được ý nghĩa độc lập, với hệ số β = -0,467; OR = 0,63; 95% CI: 0,47 - 0,84; p = 0,002. Điều này cho thấy mỗi khi góc bè - mống mắt mở ra 1 độ thì sẽ giảm 37% nguy cơ lên cơn góc đóng cấp ở mắt đối bên.

Độ sâu tiền phòng (ACD) và vị trí thủy tinh thể (LP) không còn ý nghĩa thống kê sau khi đã hiệu chỉnh đồng thời (p > 0,05), dù ở phân tích đơn biến có xu hướng liên quan.

Phương trình hồi quy logistic đa biến thu được

$$\text{Logit}(p) = 5,86 - 1,39 \times \text{ACD} - 0,34 \times \text{LP} - 0,47 \times \text{TIA}$$



Biểu đồ 1. Biểu đồ đường cong ROC

Trong đó p là xác suất xảy ra cơn góc đóng cấp.

Phân tích đường cong ROC của mô hình cho diện tích dưới đường cong (AUC) = 0,867, cho thấy khả năng phân biệt tốt giữa mắt bệnh và mắt đối bên. Ngưỡng xác suất tối ưu được xác định theo chỉ số Youden là 0,61, đạt độ nhạy 83,3% và độ đặc hiệu 83,3%.

IV. BÀN LUẬN

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, góc bè - mống mắt (TIA) là yếu tố duy nhất giữ được ý nghĩa độc lập khi phân tích đồng thời với độ sâu tiền phòng (ACD) và vị trí thủy tinh thể (LP). Điều này gợi ý rằng sự hẹp của góc tiền phòng có thể đóng vai trò quan trọng hơn trong việc dự báo nguy cơ cơn góc đóng cấp. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng ACD và LP vốn đã được nhiều nghiên cứu trước đây ghi nhận có liên quan đến cơ chế bệnh sinh của bệnh, nên việc không còn ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến của chúng tôi có thể phản ánh ảnh hưởng của cỡ mẫu hạn chế cũng như sự tương quan giữa các biến.

Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu trước. Nongpiur và cộng sự (2011) nhấn mạnh tầm quan trọng của các chỉ số góc, đặc biệt là TIA, trong phân tầng nguy cơ glaucoma góc đóng ở người châu Á [3]. Suwan và cộng sự (2017) cũng cho thấy TIA là thông số phân biệt mạnh giữa các nhóm mắt có cơ chế đóng góc khác nhau, trong khi độ dày hay vị trí

thủy tinh thể không phải lúc nào cũng có giá trị [4]. You và cộng sự (2021) báo cáo kết quả tương tự ở quần thể Trung Quốc, nhấn mạnh TIA như một yếu tố giải phẫu đáng chú ý [5].

Trong nghiên cứu này, mô hình logistic đa biến đạt AUC = 0,867, gợi ý khả năng phân biệt tương đối tốt giữa mắt bệnh và mắt đối bên. Dù vậy, kết quả cần được diễn giải thận trọng, bởi số lượng bệnh nhân còn khiêm tốn và khoảng tin cậy của một số biến khá rộng. Do đó, phương trình hồi quy mà chúng tôi đề xuất hiện tại chỉ nên xem là một gợi ý bước đầu và cần được kiểm chứng thêm trên các quần thể lớn hơn trước khi có thể ứng dụng trong thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã khảo sát đặc điểm hình thái học phần trước của 60 mắt ở 30 bệnh nhân cơn góc đóng cấp nguyên phát một mắt bằng siêu âm sinh hiển vi. Phân tích hồi quy logistic cho thấy trong số các chỉ số được đo, góc bè – mống mắt (TIA) là yếu tố giữ được ý nghĩa độc lập trong mô hình đa biến, gợi ý đây có thể là thông số hình thái quan trọng nhất giúp phân biệt mắt bệnh và mắt đối bên. Độ sâu tiền phòng (ACD) và vị trí thủy tinh thể (LP) thể hiện xu hướng liên quan trong phân tích đơn biến nhưng không còn ý nghĩa sau khi hiệu chỉnh,

nhều khả năng do cỡ mẫu còn hạn chế và sự chồng lấp thông tin giữa các biến giải phẫu.

Mô hình hồi quy logistic đa biến thu được cho thấy khả năng phân biệt tương đối tốt (AUC = 0,867). Phương trình dự báo mà chúng tôi đề xuất hiện tại mới chỉ có giá trị tham khảo và cần được kiểm chứng thêm ở các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm và trên nhiều quần thể khác nhau trước khi có thể ứng dụng vào thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hân**, chủ biên. Nhãn khoa. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2012.
2. **Nguyễn Xuân Hiệp**. Đặc điểm hình thái học ở bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát cơn cấp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2020;496(1):25-32.
3. **Nongpiur ME, He M, Amerasinghe N, Friedman DS, Tay WT, Baskaran M, et al.** Lens vault, thickness, and position in Chinese subjects with angle closure. Ophthalmology. 2011;118(3):474-9.
4. **Suwan Y, Jiamsawad S, Tantraworasin A, Rojanapongpun P.** Ultrasound biomicroscopic diagnosis of angle closure mechanisms in Thai subjects with unilateral acute angle closure. BMC Ophthalmol. 2017;17(1):246.
5. **You QS, Xu BY, Chen CX, Lin SC, Wang N, Weinreb RN.** Biometric parameters in acute primary angle closure and fellow eyes: an anterior segment OCT study. Br J Ophthalmol. 2021;105(6):777-82.

SỰ THAY ĐỔI LO ÂU CỦA PHỤ HUYNH TRƯỚC VÀ SAU MỔ CẮT BAO QUY ĐẦU Ở TRẺ EM: NGHIÊN CỨU SỬ DỤNG THANG STAI VÀ VAS-A

Nguyễn Văn Phúc¹, Nguyễn Tuấn Đạt¹, Phạm Đức Mạnh¹,
Nghiêm Trung Hưng¹, Phan Lê Nhật Long¹,
Bùi Thị Hồng Gấm¹, Đỗ Minh Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thay đổi mức độ lo âu của phụ huynh trước (T1) và sau (T2) phẫu thuật cắt bao quy đầu ở trẻ hẹp bao quy đầu, sử dụng các thang điểm chuẩn hóa STAI và VAS-A. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả được thực hiện tại Khoa Nam học – Tiết niệu, Bệnh viện trung ương Quân đội 108 (01/2025–07/2025). Đối tượng là 57 phụ huynh (mẹ 35/57, 61,4%; bố 22/57, 38,6%) của trẻ nam 3–10 tuổi có chỉ định cắt bao quy đầu. Lo âu

đặc điểm (STAI-Trait) đo một lần tại T1; lo âu trạng thái (STAI-State) và VAS-A đo ở T1 và T2. Dữ liệu phân tích bằng kiểm định Paired T-test; ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** Tuổi trung bình của trẻ là 6 tuổi, tuổi trung bình của phụ huynh là 35 tuổi. Đa số phụ huynh ở khu vực thành thị và có trình độ trung học phổ thông trở lên. Về chỉ định mổ cắt bao quy đầu, phần lớn là hẹp bao quy đầu đơn thuần. Điểm lo âu đặc điểm (STAI-Trait) của phụ huynh là $42,3 \pm 7,6$. STAI-State giảm từ $48,3 \pm 7,2$ xuống $35,6 \pm 6,4$; giảm 12,7 điểm, $p < 0,001$. VAS-A giảm từ $7,2 \pm 1,5$ xuống $3,1 \pm 1,2$; giảm 4,1 điểm, $p < 0,001$. Kết quả phẫu thuật an toàn: thời gian mổ $25,5 \pm 6,8$ phút. Không có tai biến trong mổ. Có 7 trường hợp biến chứng, đa số là sưng nề nhiều vùng mô. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt bao quy đầu ở trẻ bị hẹp bao quy đầu giúp giảm đáng kể mức lo âu của phụ huynh sau mổ. Việc áp dụng các công cụ đánh giá lo âu chuẩn hóa như STAI và VAS-A giúp định lượng hiệu quả các can thiệp tư vấn và hỗ trợ tâm lý.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phúc

Email: phuc1080@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

Từ khóa: hẹp bao quy đầu; cắt bao quy đầu; lo âu; phụ huynh; STAI; VA-A; phẫu thuật nhi.

SUMMARY

CHANGES IN PARENTAL ANXIETY BEFORE AND AFTER PEDIATRIC CIRCUMCISION: A STUDY USING STAI AND VAS-A SCALES

Objective: To evaluate changes in parental anxiety levels before (T1) and after (T2) circumcision in children with phimosis, using the standardized STAI and VAS-A scales. **Methods:** A descriptive study was conducted at the Department of Andrology and Urology, 108 Military Central Hospital (January 2025–July 2025). Participants were 57 parents (35 mothers, 61.4%; 22 fathers, 38.6%) of boys aged 3–10 years undergoing circumcision. Trait anxiety (STAI-Trait) was assessed once at T1, while state anxiety (STAI-State) and VAS-A were measured at both T1 and T2. Data were analyzed using paired t-tests, with statistical significance set at $p < 0.05$. **Results:** The mean age of the children was 6 years, and the mean parental age was 35 years. Most parents lived in urban areas and had at least a high school education. The majority of circumcision indications were simple phimosis. The mean STAI-Trait score was 42.3 ± 7.6 . STAI-State decreased from 48.3 ± 7.2 at T1 to 35.6 ± 6.4 at T2, a reduction of 12.7 points ($p < 0.001$). VAS-A decreased from 7.2 ± 1.5 to 3.1 ± 1.2 , a reduction of 4.1 points ($p < 0.001$). Circumcision was performed safely, with an average operative time of 25.5 ± 6.8 minutes. No intraoperative complications occurred. Postoperative complications were observed in 7 cases, mostly localized swelling at the surgical site. **Conclusion:** Circumcision for pediatric phimosis significantly reduces parental anxiety after surgery. The use of standardized anxiety assessment tools such as STAI and VAS-A enables quantification of the effectiveness of counseling and psychological support interventions. **Keywords:** phimosis; circumcision; anxiety; parents; STAI; VAS-A; pediatric surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp bao quy đầu (phimosis) là tình trạng không tuột được bao quy đầu ra khỏi quy đầu, thường gặp ở trẻ nam, với tỷ lệ khoảng 8–12% ở nhóm tuổi tiểu học [1]. Chỉ định cắt bao quy đầu thường được đặt ra khi điều trị bảo tồn thất bại hoặc có biến chứng. Khuyến cáo quốc tế (EAU) nhấn mạnh tầm quan trọng của phân biệt hẹp sinh lý hay bệnh lý, tránh chỉ định phẫu thuật quá mức, và đề xuất các lựa chọn điều trị bảo tồn (ví dụ corticosteroid tại chỗ) [1].

Tại Việt Nam, dữ liệu dịch tễ và quản lý hẹp bao quy đầu ở trẻ đang tăng dần nhưng vẫn còn rời rạc. Một số nghiên cứu gần đây ghi nhận tỷ lệ hẹp đáng kể ở nhóm mầm non và hiệu quả của điều trị bảo tồn (nong + betamethasone 0,05%) trong cộng đồng với tỷ lệ thành công cao và an toàn [2, 3]. Bên cạnh đó, phẫu thuật cắt bao quy đầu hẹp cũng được nhiều phụ huynh lựa chọn vì phẫu thuật nhanh và hiệu quả. Tuy

nhien, ngoài khía cạnh lâm sàng, yếu tố tâm lý, đặc biệt là lo âu của bố mẹ, đóng vai trò quan trọng trong quyết định phẫu thuật. Lo âu có thể xuất phát từ lo sợ về đau đớn, biến chứng, gây mê, hoặc ảnh hưởng lâu dài đến chức năng sinh dục của trẻ.

Tại Việt Nam, phần lớn báo cáo tập trung vào khía cạnh lâm sàng. Các khía cạnh tâm lý của gia đình, đặc biệt là lo âu của bố/mẹ trẻ trước quyết định can thiệp—chưa được mô tả. Các nghiên cứu về lo âu trước và sau mổ trong lĩnh vực nhi khoa đã chỉ ra rằng sự thiếu thông tin và trải nghiệm tiêu cực trước đây có thể làm tăng mức độ lo âu. Tuy nhiên, nghiên cứu riêng biệt về hẹp bao quy đầu và phản ứng tâm lý của phụ huynh trước và sau mổ còn hạn chế. Do đó, chúng tôi làm nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá thay đổi mức độ lo âu của phụ huynh trước và sau trẻ phẫu thuật cắt bao quy đầu, sử dụng các thang điểm chuẩn hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh được thực hiện tại Khoa Nam học, Trung tâm tiết niệu nam học bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2025–07/2025. Đối tượng nghiên cứu là phụ huynh của trẻ nam 3–10 tuổi được chẩn đoán hẹp bao quy đầu và có chỉ định cắt bao quy đầu. Các trường hợp bị loại trừ gồm trẻ có dị tật sinh dục, bệnh mạn tính nặng, hoặc phụ huynh có rối loạn lo âu/trầm cảm đã được chẩn đoán trước đó. Phương pháp chọn mẫu là chọn mẫu toàn bộ. Tất cả các bệnh nhân được cắt bao quy đầu theo kiểu vành khăn (sleeve resection). Trước mổ, phụ huynh trẻ được giải thích về phẫu thuật, các nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra và cách xử lý.

Công cụ đo lường lo âu. Lo âu được lượng hóa bằng State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [4] và Visual Analog Scale for Anxiety (VAS-A) [5]. STAI gồm 40 câu, chia hai phần: lo âu trạng thái (State) và lo âu đặc điểm (Trait), mỗi phần 20 câu, cho tổng điểm từ 20–80; điểm cao hơn phản ánh mức lo âu cao hơn. VAS-A là thang nhìn 0–10, trong đó 0 biểu thị không lo âu và 10 biểu thị mức lo âu tối đa.

Quy trình nghiên cứu. Mỗi phụ huynh được đánh giá tại hai thời điểm. T1 (trước mổ): đo lo âu sau khi được tư vấn nhưng trước khi nhập viện. T2 (sau mổ): đo lo âu vào khoảng 1 tuần sau phẫu thuật, tại lần tái khám cắt chỉ hoặc kiểm tra vết mổ. Các phép đo tại T1 và T2 sử dụng cùng bộ công cụ để bảo đảm tính so sánh.

Xử lý số liệu. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS v26.0. Các biến định lượng được trình