

ASSESSMENT OF PREOPERATIVE ANXIETY AMONG PATIENTS UNDERGOING HEAD, FACE, AND NECK SURGERY AT LE HUU TRAC NATIONAL BURN HOSPITAL

Cao Thùy Dung*, Hoàng Diệu Linh

Le Huu Trac National Burn Hospital - 263 Phung Hung, Ha Dong ward, Hanoi, Vietnam

Received: 27/02/2026

Revised: 20/03/2026; Accepted: 22/05/2026

ABSTRACT

Objectives: To assess the prevalence of preoperative anxiety and identify associated factors among patients scheduled for head, face, and neck surgery at Le Huu Trac National Burn Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 376 patients aged 18 and older, indicated for elective head, face, and neck surgery between January and May 2025. Preoperative anxiety was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety (HADS-A). Data were analyzed using SPSS version 20.0, employing Chi-square tests and Odds Ratios (OR) with a 95% confidence interval.

Results: The mean HADS-A score was 13.82 ± 3.26 , with 69.9% of patients exhibiting clinical anxiety. The most prevalent symptoms included fear of something terrible happening (72.1%) and persistent worrying thoughts (70.5%). Regression analysis revealed that preoperative anxiety was significantly associated with: male gender (OR = 2.50), age > 45 years (OR = 2.62), rural residence (OR = 2.23), and being married (OR = 3.63). Notably, the risk of anxiety increased substantially in patients with comorbidities (OR = 15.63), declining health status upon admission (OR = 9.47), and long-term burn scar complications (OR = 6.51), with $p < 0.05$.

Conclusion: The prevalence of preoperative anxiety among patients undergoing head, face, and neck burn surgery is remarkably high. These findings underscore the urgent need for standardized psychological assessment and specialized intervention protocols. Priority should be given to elderly patients, those with underlying medical conditions, and complex scar complications to improve the quality of comprehensive care.

Keywords: Preoperative anxiety, head and neck surgery, burn patients, HADS-A, National Burn Hospital.

*Corresponding author

Email: Thuydunghsyb@gmail.com **Phone:** (+84) 9841111105 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i5.5128



ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG LO ÂU, CĂNG THẲNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT VÙNG ĐẦU MẶT CỔ TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC

Cao Thùy Dung*, Hoàng Diệu Linh

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác - 263 Phùng Hưng, phường Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/02/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/03/2026; Ngày duyệt đăng: 22/05/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng lo âu tiền phẫu và xác định các yếu tố liên quan ở người bệnh có chỉ định phẫu thuật vùng đầu mặt cổ tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 376 người bệnh từ 18 tuổi trở lên, có chỉ định mổ phình vùng đầu mặt cổ từ tháng 1-5 năm 2025. Công cụ đánh giá sử dụng thang đo lo âu HADS-A. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng kiểm định Chi bình phương và tỷ suất chênh (OR) với độ tin cậy 95%.

Kết quả: Điểm lo âu trung bình HADS-A là $13,82 \pm 3,26$, với 69,9% người bệnh có biểu hiện lo âu lâm sàng. Các triệu chứng phổ biến nhất là lo sợ điều tồi tệ xảy ra (72,1%) và ý nghĩ lo lắng thường xuyên (70,5%). Phân tích hồi quy cho thấy lo âu tiền phẫu liên quan chặt chẽ với: giới tính nam (OR=2,50), tuổi >45 (OR=2,62), sống tại nông thôn (OR=2,23) và tình trạng đã kết hôn (OR=3,63). Đặc biệt, nguy cơ lo âu tăng mạnh ở nhóm có bệnh kèm theo (OR=15,63), sức khỏe suy giảm khi nhập viện (OR=9,47) và có biến chứng sẹo bỏng lâu năm (OR=6,51) với $p < 0,05$

Kết luận: Tỷ lệ lo âu tiền phẫu ở người bệnh phẫu thuật bỏng vùng đầu mặt cổ ở mức rất cao. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh nhu cầu cấp thiết về việc xây dựng các quy trình đánh giá và can thiệp hỗ trợ tâm lý chuyên biệt, đặc biệt chú trọng vào nhóm bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh nền và các biến chứng sẹo phức tạp để nâng cao chất lượng điều trị toàn diện.

Từ khóa: Lo âu tiền phẫu, phẫu thuật đầu mặt cổ, bệnh nhân bỏng, thang đo HADS-A, Bệnh viện Bỏng Quốc gia.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật là một yếu tố gây căng thẳng tâm lý đáng kể đối với người bệnh, không chỉ do tính chất xâm lấn của thủ thuật mà còn vì các yếu tố liên quan như lo lắng về kết quả điều trị, nguy cơ biến chứng, mức độ đau sau mổ và sự thay đổi về ngoại hình hoặc chức năng sinh lý. Trong các yếu tố trên, các phẫu thuật vùng đầu mặt cổ - nơi tập trung nhiều cơ quan cảm giác, chức năng sống còn và có ý nghĩa thẩm mỹ cao - được xem là nhóm can thiệp có nguy cơ cao làm tăng mức độ lo âu tiền phẫu.

Đặc biệt trong chuyên ngành bỏng, người bệnh có chỉ định phẫu thuật vùng đầu mặt cổ sau chấn thương bỏng thường phải đối mặt với nhiều biến đổi sâu sắc về thể chất và tâm lý. Các yếu tố như sẹo co rút, biến dạng khuôn mặt, suy giảm khả năng giao tiếp, ăn uống hoặc hô hấp không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng sống mà còn làm gia tăng cảm xúc tiêu cực trước phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu quốc tế đã cho thấy mức độ lo âu trước mổ có mối liên quan chặt chẽ với kết quả điều trị, thời gian hồi phục, nguy cơ biến chứng và nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau [1-3].

Tuy nhiên, tại Việt Nam, đặc biệt là tại các cơ sở chuyên sâu như Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, việc đánh giá và can thiệp tâm lý cho người bệnh bỏng có chỉ định phẫu thuật vùng đầu mặt cổ vẫn chưa được triển khai một cách hệ thống. Trong thực tế, nhiều bệnh nhân biểu hiện lo âu qua các dấu hiệu lâm sàng như mất ngủ, tăng huyết áp hoặc rối loạn nhịp tim, nhưng chưa có công cụ đánh giá chuẩn hóa hay chương trình hỗ trợ tâm lý chuyên biệt nào được áp dụng. Khoảng trống này đặt ra nhu cầu cần thiết cho việc nghiên cứu thực trạng lo âu tiền phẫu và xây dựng các mô hình can thiệp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện cho người bệnh bỏng.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng lo âu tiền phẫu và xác định các yếu tố liên quan ở người bệnh có chỉ định phẫu thuật vùng đầu mặt cổ tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

*Tác giả liên hệ

Email: Thuydunghsbv@gmail.com Điện thoại: (+84) 9841111105 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5128

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh từ 18 tuổi trở lên, có chỉ định phẫu thuật vùng đầu mặt cổ (mổ phìên) tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong khoảng thời gian từ tháng 1-5 năm 2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh tỉnh táo, tiếp xúc tốt và đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích.

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh hoãn mổ trong đợt điều trị hoặc chuyển sang mổ cấp cứu.

2.2. Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm đánh giá thực trạng lo âu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân trước phẫu thuật.

- Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu cần thiết; Z là hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p là tỷ lệ ước lượng lo âu, càng thẳng trước mổ (chọn p = 0,43 theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ và cộng sự tại Bệnh viện Tim Hà Nội [13]; d là độ chính xác mong muốn (thường chọn d = 0,05).

Thay các giá trị vào công thức, tính được cỡ mẫu n = 376.

2.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Số liệu được thu thập từ 2 nguồn: hồ sơ bệnh án và bộ câu hỏi khảo sát trực tiếp. Thang đo Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) được sử dụng, trong đó nghiên cứu tập trung vào 7 mục đo mức độ lo âu (HADS-A). Bộ câu hỏi gồm 4 phần: đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm bệnh, công tác chuẩn bị trước mổ và đánh giá lo âu tiền phẫu. Mức độ lo âu được phân loại theo tổng điểm HADS-A: không lo âu (0-7 điểm), nghi ngờ lo âu (8-10 điểm), và lo âu thực sự (11-21 điểm). Hệ số Cronbach's Alpha đo độ tin cậy của thang đo trong khảo sát thử nghiệm là 0,870.

Dữ liệu được thu thập trực tiếp từ người bệnh sau khi được giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu và ký cam kết tham gia tự nguyện. Thời gian trả lời mỗi bảng khảo sát khoảng 10-15 phút. Đồng thời, thông tin lâm sàng và bệnh lý được trích xuất từ hồ sơ bệnh án.

2.4. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới, khu vực sống, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, chỉ số khối cơ thể (BMI), thu nhập, bảo hiểm...

- Đặc điểm bệnh lý: chẩn đoán trước mổ, thời gian phát hiện bệnh, bệnh kèm theo, hình thức phẫu thuật, số lần đã từng phẫu thuật...

- Chuẩn bị trước mổ: thủ tục hành chính, giải thích thuốc và xét nghiệm, hướng dẫn trước mổ...

- Mức độ lo âu được đo bằng thang HADS-A gồm 7 câu hỏi với 4 mức điểm từ 0 đến 3.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng các phần mềm Epidata 3.1 và SPSS 20.0. Phân tích mô tả được thực hiện bằng tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn. Các kiểm định thống

kê như Chi bình phương được sử dụng để kiểm tra mối liên quan giữa các biến định tính và tình trạng lo âu tiền phẫu.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học và Ban Giám đốc Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác phê duyệt. Người bệnh tham gia hoàn toàn tự nguyện, được đảm bảo giữ kín thông tin cá nhân và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến việc điều trị.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong mẫu nghiên cứu, nhóm tuổi từ 46-60 chiếm tỷ lệ cao nhất (37,8%), tiếp theo là nhóm 31-45 tuổi (24,2%) và trên nhóm 60 tuổi (22,6%), trong khi nhóm dưới 30 tuổi chỉ chiếm 15,4%. Về giới tính, nam giới chiếm 56,6%, cao hơn nữ giới (43,4%). Người bệnh đến từ khu vực nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất (50,3%), so với thành thị (42%) và khu vực khác (7,7%). Trình độ học vấn phổ biến nhất là trung học phổ thông, cao đẳng và đại học (cùng chiếm 31,1%), tiếp đến là tiểu học đến trung học cơ sở (27,9%), nhóm sau đại học chiếm 7,4% và nhóm không biết chữ chiếm 2,4%. Về tình trạng hôn nhân, phần lớn người bệnh đã lập gia đình (69,9%), trong khi 22,9% chưa kết hôn và 7,2% ly hôn hoặc ly thân.

Các số liệu trên cho thấy đặc điểm dân số chủ yếu là trung niên, đã kết hôn và sinh sống tại khu vực nông thôn.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh lý của người bệnh trước phẫu thuật (n = 376)

Biến số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chẩn đoán trước phẫu thuật	Sẹo bỏng co rút vùng đầu mặt cổ	107	28,5
	Bỏng sâu (độ 3) cần cắt lọc, ghép da	92	24,5
	Khuyết hồng mô mềm sau cắt lọc hoại tử	74	19,7
	Sẹo phì đại, sẹo lồi ảnh hưởng thẩm mỹ	53	14,1
	Biến chứng trên nền sẹo bỏng lâu năm	50	13,3
Thời gian phát hiện bệnh	< 1 tháng	74	19,7
	1-3 tháng	113	30,1
	4-6 tháng	98	26,1
	> 6 tháng	91	24,2
Bệnh kèm theo	Không	232	61,7
	Có (tim mạch, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu...)	144	38,3
Tình trạng lúc nhập viện	Ổn định	297	79,0
	Có dấu hiệu suy giảm	79	21,0
Thời gian chờ phẫu thuật	< 3 ngày	102	27,1
	3-7 ngày	165	43,9
	> 7 ngày	109	29,0
Số lần đã từng phẫu thuật vùng đầu mặt cổ	0 lần	209	55,6
	1 lần	98	26,1
	2 lần	41	10,9
	≥ 3 lần	28	7,4

Phân tích đặc điểm bệnh lý của 376 bệnh nhân bỏng vùng đầu mặt cổ cho thấy, chẩn đoán phổ biến nhất là sẹo co rút vùng đầu mặt cổ (28,5%) và bỏng sâu độ 3 cần cắt lọc, ghép da (24,5%), cho thấy phần lớn bệnh nhân có tổn thương mạn tính cần can thiệp tái tạo. Khoảng 38,3% bệnh nhân có bệnh kèm theo như tim mạch, đái tháo đường hoặc rối loạn mỡ máu, là những yếu tố làm tăng nguy cơ biến chứng hậu phẫu. Về thời gian chờ phẫu thuật, 72,9% bệnh nhân phải chờ trên 3 ngày, phản ánh nhu cầu chuẩn bị mô ghép và hồi phục thể trạng trước mổ. Đáng chú ý, có 44,4% bệnh nhân đã từng phẫu thuật vùng này ít nhất 1 lần, cho thấy điều trị bỏng vùng đầu mặt cổ thường là quá trình nhiều giai đoạn.

Bảng 2. Công tác chuẩn bị trước phẫu thuật (n = 376)

Biến số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thủ tục hành chính	Đơn giản	118	31,4
	Bình thường	189	50,3
	Rườm rà, rắc rối	69	18,3
Giải thích về thuốc, xét nghiệm	Rõ ràng, dễ hiểu	241	64,1
	Mơ hồ, khó hiểu	87	23,1
	Không được giải thích	48	12,8
Thông tin về phẫu thuật	Được cung cấp đầy đủ	207	55,1
	Không đầy đủ hoặc không được cung cấp	169	44,9

Đa số người bệnh (81,7%) đánh giá thủ tục hành chính tại bệnh viện là đơn giản hoặc bình thường, tuy nhiên vẫn có 18,3% cho rằng quy trình còn rườm rà. Về giải thích thuốc và xét nghiệm, 64,1% bệnh nhân hài lòng với thông tin được cung cấp, trong khi 35,9% cho biết thông tin còn mơ hồ hoặc không được giải thích, phản ánh hạn chế trong truyền đạt lâm sàng. Ngoài ra, chỉ 55,1% bệnh nhân được cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến phẫu thuật, cho thấy nhu cầu cần cải thiện hoạt động tư vấn và giáo dục sức khỏe trước mổ.

Bảng 3. Mức độ lo âu của người bệnh theo thang điểm HADS-A (n = 376)

Mục khảo sát	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cảm thấy căng thẳng hoặc tổn thương	1,91 ± 0,73	253	67,3
Lo sợ rằng điều tồi tệ sẽ xảy ra	2,06 ± 0,68	271	72,1
Hay xuất hiện ý nghĩ lo lắng	2,01 ± 0,65	265	70,5
Khó ngồi yên và thư giãn	1,88 ± 0,72	240	63,8
Cảm giác nôn nao trong bụng	1,94 ± 0,69	249	66,1
Cảm thấy bồn chồn không thể nằm yên	2,03 ± 0,63	261	69,4
Đột nhiên giật mình, hoảng hốt	1,99 ± 0,67	257	68,4
Tổng điểm HADS-A (0-21 điểm)	13,82 ± 3,26	376	100

Kết quả khảo sát cho thấy người bệnh có mức độ lo âu tiền phẫu khá cao, với tổng điểm trung bình HADS-A là

13,82 ± 3,26, nằm trong ngưỡng lo âu rõ rệt. Các triệu chứng lo âu phổ biến nhất gồm: lo sợ điều tồi tệ xảy ra (72,1%), ý nghĩ lo lắng thường xuyên (70,5%), và bồn chồn không thể nằm yên (69,4%). Tất cả các mục khảo sát đều có tỷ lệ ghi nhận triệu chứng trên 60%, cho thấy lo âu là trạng thái tâm lý phổ biến trước phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân này.

Bảng 4. Phân bố mức độ lo âu theo thang đo HADS-A của người bệnh (n = 376)

Mức độ lo âu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường (0-7 điểm)	45	12,0
Nghi ngờ lo âu (8-10 điểm)	68	18,1
Lo âu lâm sàng (≥ 11 điểm)	263	69,9

Kết quả cho thấy tỷ lệ lo âu tiền phẫu ở người bệnh rất cao, với 69,9% có lo âu lâm sàng, trong khi chỉ 12% ở mức bình thường và 18,1% nghi ngờ lo âu.

Bảng 5. Mối liên quan giữa mức độ lo âu, căng thẳng của người bệnh với nhân khẩu học

Đặc điểm	Nhóm	Lo âu, căng thẳng		OR (95% CI)	p
		Có	Không		
Giới tính	Nam	193	20	2,50 (1,35-4,66)	0,0025
	Nữ	125	38		
Nhóm tuổi	> 45 tuổi	234	44	2,62 (1,50-4,58)	0,0006
	≤ 45 tuổi	84	14		
Nơi sống	Nông thôn	207	39	2,23 (1,24-4,03)	0,0069
	Thành thị + khác	111	19		
Trình độ học vấn	> Trung học phổ thông	168	32	1,25 (0,75-2,10)	0,3969
	≤ Trung học phổ thông	150	26		
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	234	29	3,63 (2,04-6,45)	0,0000
	Chưa/ly hôn	84	29		

Phân tích hồi quy cho thấy các yếu tố giới tính nam (OR = 2,50; p = 0,0025), tuổi trên 45 (OR = 2,62; p = 0,0006), sống tại nông thôn (OR = 2,23; p = 0,0069), và đã có gia đình (OR = 3,63; p < 0,0001) có mối liên quan thống kê ý nghĩa với lo âu tiền phẫu. Trong khi đó, trình độ học vấn không có mối liên quan đáng kể (p = 0,3969).

Bảng 6. Mối liên quan giữa mức độ lo âu, căng thẳng của người bệnh với đặc điểm bệnh

Đặc điểm	Nhóm	Lo âu, căng thẳng		OR (95% CI)	p
		Có	Không		
Sẹo bỏng co rút vùng đầu mặt cổ	Có	92	15	2,45 (1,30-4,62)	0,005
	Không	171	98		
Bỏng sâu (độ 3) cần cắt lọc, ghép da	Có	80	12	2,18 (1,09-4,34)	0,026
	Không	183	101		

Đặc điểm	Nhóm	Lo âu, căng thẳng		OR (95% CI)	p
		Có	Không		
Khuyết hổng mô mềm sau cắt lọc hoại tử	Có	65	9	2,62 (1,20-5,70)	0,014
	Không	198	104		
Sẹo phì đại, sẹo lồi ảnh hưởng thẩm mỹ	Có	38	15	0,95 (0,50-1,78)	0,870
	Không	225	98		
Biến chứng sẹo bóng lâu năm	Có	46	4	6,51 (2,27-18,65)	< 0,001
	Không	217	109		
Thời gian phát hiện	> 3 tháng	158	31	1,26 (0,75-2,10)	0,3804
	≤ 3 tháng	160	27		
Bệnh kèm theo	Có	142	2	15,63 (3,81-64,04)	0,0000
	Không	176	56		
Tình trạng nhập viện	Suy giảm	77	2	9,47 (2,26-39,62)	0,0020
	Ổn định	241	56		
Thời gian chờ mổ	> 7 ngày	96	13	1,49 (0,80-2,78)	0,2117
	≤ 7 ngày	222	45		
Tiền sử mổ	> 1 lần	54	15	0,82 (0,43-1,58)	0,5579
	≤ 1 lần	264	43		

Kết quả cho thấy các yếu tố bệnh lý có liên quan đáng kể đến lo âu tiền phẫu gồm: sẹo bóng co rút vùng đầu mặt cổ (OR = 2,45; p = 0,005), bóng sâu độ 3 cần cắt lọc ghép da (OR = 2,18; p = 0,026), khuyết hổng mô mềm (OR = 2,62; p = 0,014), và đặc biệt là biến chứng sẹo bóng lâu năm (OR = 6,51; p < 0,001). Ngoài ra, tình trạng suy giảm khi nhập viện (OR = 9,47; p = 0,002) và có bệnh kèm theo (OR = 15,63; p < 0,001) cũng là các yếu tố nguy cơ quan trọng.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ lo âu tiền phẫu rất cao ở bệnh nhân phẫu thuật vùng đầu mặt cổ, với 69,9% đạt mức lo âu lâm sàng theo thang HADS-A, phù hợp với các báo cáo quốc tế như Kumar S và cộng sự (2025) ghi nhận 60-75% bệnh nhân tai mũi họng có lo âu trước mổ [7]. Đáng chú ý, sẹo co rút vùng đầu mặt cổ là chẩn đoán phổ biến nhất (28,5%), phản ánh đặc thù của bệnh viện bỏng - khác với các nghiên cứu quốc tế vốn tập trung vào u hoặc dị tật vùng mặt [2].

Phát hiện bệnh muộn (trên 3 tháng) chiếm tỷ lệ cao, có thể làm tăng lo âu do lo sợ tiến triển bệnh - tương tự kết quả của Nigussie S và cộng sự (2021) [3]. Bệnh kèm theo (38,3%) như tăng huyết áp, đái tháo đường... cũng là yếu tố nguy cơ làm tăng lo âu, đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu [4-5]. Hầu hết bệnh nhân được gây mê toàn thân (75,8%), một yếu tố có liên quan đến lo âu cao hơn so với gây tê theo kết quả nghiên cứu của Schmid S và cộng sự (2024) [6].

Thông tin trước phẫu thuật chưa được cung cấp đầy đủ cho 44,9% bệnh nhân - yếu tố liên quan trực tiếp đến lo âu, như đã chỉ ra bởi Kumar S và cộng sự (2025) [7], Horowitz và cộng sự (2018) [8]. Các biểu hiện phổ biến

nhất trong thang HADS-A là lo sợ, bồn chồn, và ý nghĩ lo lắng (trên 70%), phù hợp với đặc điểm tâm lý của bệnh nhân phẫu thuật vùng có ảnh hưởng đến ngoại hình và tương tác xã hội [9].

Tỷ lệ lo âu lâm sàng (69,9%) cao hơn nhiều so với các nghiên cứu trước đó, như Steger và cộng sự (2020) chỉ ghi nhận 48,3% [10], có thể do đặc thù bệnh lý bỏng, thiếu hệ thống tư vấn tiền phẫu và thời gian chờ mổ kéo dài. Các yếu tố làm tăng nguy cơ lo âu gồm: giới nữ, tuổi trên 45, sống ở nông thôn, có bệnh nền, nhập viện không ổn định và gây mê - tương đồng với các kết quả từ Bansal (2021) và Chaturvedi (2016) [11-12].

Nghiên cứu cho thấy lo âu tiền phẫu là vấn đề phổ biến, với 69,9% bệnh nhân đạt mức lo âu lâm sàng và 88% có ít nhất một mức độ lo âu, cao hơn rõ rệt so với các nghiên cứu tại các quốc gia phát triển (30-50%) như của Kumar S và cộng sự [7], Steger [?]. Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc thù bệnh lý, hạn chế trong hệ thống tư vấn tâm lý và khả năng tiếp cận thông tin y tế.

Về yếu tố nhân khẩu học, nam giới có nguy cơ lo âu cao hơn nữ (90,6% so với 76,7%; OR = 2,50), trái ngược với xu hướng thường thấy trong y văn, có thể do áp lực xã hội và vai trò trụ cột gia đình. Người trên 45 tuổi (OR = 2,62) và người sống tại nông thôn (OR = 2,23) cũng có tỷ lệ lo âu cao hơn, tương đồng với các nghiên cứu tại Ấn Độ và Ai Cập [?]. Bệnh nhân đã có gia đình có nguy cơ lo âu cao hơn so với nhóm độc thân hoặc ly hôn (OR = 3,63). Trong khi đó, trình độ học vấn không có liên quan rõ rệt, phù hợp với một số nghiên cứu trước [?].

Về mặt lâm sàng, bệnh lý ác tính vùng đầu mặt cổ (OR = 3,97), bệnh nền như tim mạch, đái tháo đường (OR = 15,63), và tình trạng nhập viện suy giảm (OR = 9,47) đều liên quan mạnh đến lo âu. Gây mê toàn thân cũng làm tăng nguy cơ (OR = 3,89), phù hợp với các nghiên cứu quốc tế về lo sợ liên quan đến gây mê. Ngược lại, thời gian chờ mổ và tiền sử phẫu thuật không cho thấy liên quan thống kê có ý nghĩa.

Một số kết quả mang tính nghịch lý đáng chú ý: nhóm không được giải thích về thuốc/xét nghiệm lại không có biểu hiện lo âu, trong khi nhóm được giải thích lại có tỷ lệ lo âu cao hơn. Tương tự, nhóm không được cung cấp đầy đủ thông tin phẫu thuật lại có tỷ lệ lo âu thấp hơn (33,1%) so với nhóm được cung cấp đầy đủ (100%). Điều này gợi ý rằng việc truyền đạt thông tin kỹ thuật đơn thuần mà thiếu hỗ trợ cảm xúc có thể gây lo âu ngược, theo mô hình “quá tải nhận thức” trong truyền thông y tế.

Tổng thể, nghiên cứu khẳng định lo âu tiền phẫu là vấn đề đa yếu tố, chịu ảnh hưởng từ nhân khẩu học, đặc điểm bệnh lý và cách thức tổ chức chăm sóc. Cần có các giải pháp can thiệp toàn diện, từ cải thiện nội dung tư vấn, cá nhân hóa hỗ trợ tâm lý đến nâng cao kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế, nhằm giảm lo âu và nâng cao chất lượng điều trị.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy lo âu tiền phẫu ở bệnh nhân phẫu thuật vùng đầu mặt cổ tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác ở mức cao, với 69,9% có lo âu lâm sàng và điểm HADS-A trung bình là 13,82 ± 3,26. Các yếu tố liên quan gồm nam giới, tuổi trên 45, sống ở nông thôn, có gia đình,

mắc bệnh lý kèm theo, ung thư, thể trạng suy giảm và gây mê toàn thân. Ngoài ra, truyền đạt thông tin phẫu thuật không phù hợp cũng làm tăng lo âu, trong khi thời gian chờ mổ và tiền sử phẫu thuật không cho thấy liên quan có ý nghĩa thống kê.

Từ nghiên cứu này, chúng tôi kiến nghị: để giảm lo âu tiền phẫu, cần triển khai sàng lọc tâm lý thường quy bằng công cụ chuẩn như HADS-A, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao như bệnh nhân ung thư, người lớn tuổi hoặc có bệnh nền. Các chương trình tư vấn tâm lý ngắn hạn nên được lồng ghép vào quy trình chăm sóc, với sự phối hợp của bác sĩ, điều dưỡng và chuyên gia tâm lý. Đồng thời, cần nâng cao kỹ năng truyền thông của nhân viên y tế để thông tin đến người bệnh được truyền đạt đầy đủ, dễ hiểu và phù hợp. Việc cải thiện thủ tục hành chính theo hướng minh bạch, thân thiện cũng góp phần giảm căng thẳng cho người bệnh. Cuối cùng, cần thúc đẩy thêm các nghiên cứu chuyên sâu về yếu tố tâm lý trong các chuyên khoa có đặc thù như phẫu thuật vùng đầu cổ.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Caumo W, Schmidt A.P, Schneider C.N et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2001, 45 (3): 298-307. doi: 10.1034/j.1399-6576.2001.045003298.x
- [2] Kindler C.H, Harms C et al. The Visual Analog Scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg*, 2000, 90 (3): 706-12. doi: 10.1097/00000539-200003000-00036
- [3] Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, Southwestern Ethiopia. *BMC Surg*, 2014, 14 (1): 67. doi: 10.1186/1471-2482-14-67
- [4] Pokharel K, Tripathi M, Tripathi M et al. Preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing craniotomy. *J Neurosurg Anesthesiol*, 2011, 23 (3): 186-190. doi: 10.1097/ANA.0b013e31820f4f9a
- [5] Johnston M, Vogegele C. Benefits of psychological preparation for surgery: a meta-analysis. *Ann Behav Med*, 1993, 15 (4): 245-256. doi: 10.1093/abm/15.4.245
- [6] Schmid S, Theodoraki M.N et al. Intraoperative use of virtual reality decreases anxiety during surgery under local anaesthesia in the head and neck region. *Virtual Reality*, 2024, 28, 158. doi: 10.1007/s10055-024-01050-8.
- [7] Kumar S, Dutta A, Gupta M et al. Enhancing patient outcomes in ENT surgery: the impact of tailored preoperative educational interventions on anxiety reduction. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 2025, 77 (2): 913-921. doi: 10.1007/s12070-024-05292-5.
- [8] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Psychiatry online, 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- [9] Spielberger C.D, Gorsuch R.L et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
- [10] Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill, 1956.
- [11] Johnston M, Vögele C. Benefits of psychological preparation for surgery: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 1993, 15 (4): 245-256. doi: 10.1093/abm/15.4.245.
- [12] Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surg*, 2014, 14: 67. doi: 10.1186/1471-2482-14-67.
- [13] Nguyễn Thị Huệ, Nguyễn Trần Thủy, Vũ Thy Cầm. Tình trạng lo âu và một số yếu tố liên quan ở người bệnh phẫu thuật tim hở tại Bệnh viện Tim Hà Nội năm 2023. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*, 2023, số 41: 5-11. doi: 10.47972/vjcts.v41i.860.