

sự sống của những người bệnh đang thiếu máu trầm trọng chiếm tỷ lệ cao nhất (100%); Bên cạnh đó cũng không thể phủ đi những lý do Tô điểm thêm (làm đẹp) cho lí lịch cá nhân và Vừa được tiếng là người có lòng nhân ái lại vừa có tiền tiêu chiếm tỷ lệ sắp xỉ bằng nhau lần lượt là 98.36% và 97.23%. Điều đó cũng lý giải việc Sinh viên luôn muốn có những gì đẹp nhất khi ghi CV xin việc làm; hoặc cũng phù hợp với độ tuổi sinh viên khó khăn về kinh tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Ngọc (2019). Động cơ tham gia hiến máu của người hiến máu tình nguyện, Luận văn Thạc sĩ Tâm lý học, Đại học Quốc gia Hà Nội.
2. Đào Thị Hồng Hạnh (2019). Kiến thức, Thái độ, Thực hành về hiến máu tình nguyện của người hiến máu tại tỉnh Quảng Ninh năm 2019 và một số yếu tố liên quan, Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Thăng Long.
3. Ngô Mạnh Quân và các cộng sự. (2013), "Nhận thức, thái độ về hiến máu dự bị của người dân ở một số huyện vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo năm 2013", Tạp chí Y học Thành phố HCM. 19PB (4), tr. 416 - 422.
4. Ngô Mạnh Quân và các cộng sự. (2015), "Nghiên cứu nhận thức, thái độ và hành vi về hiến máu tình nguyện ở người hiến máu tại một số

- tỉnh năm 2014", Tạp chí Y học Thành phố HCM. 19 (4), tr. 423-428.
5. Aseem K. Tiwari và các cộng sự. (2013), "Knowledge, attitude and practices of people towards voluntary blood donation in Uttarakhand", Asian J Transfus Sci. 7(1), tr. 59-62.
 6. Uma S, Arun R và Arumugam P (2013), "Nghiên cứu KAP dẫn tới việc hiến máu tình nguyện của các tình nguyện viên tại Chennai, Ấn Độ", J Clin Diagn Res. 7(6), tr. 1043-1046.
 7. Trần Minh Dũng (2016), Thực trạng hiến máu tình nguyện và kiến thức, thái độ thực hành của học sinh, sinh viên trường cao đẳng y tế Hà Nam năm 2015, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Đại học Y Dược Thái Bình, Hà Nội
 8. V.Kowsalya (2013), "A Study on Knowledge, attitude and practice regarding voluntary blood donation among medical students in Puducherry, India", Pakistan, journal of biological sciences 16(9), tr. 439-442.
 9. Humayun mirza và các cộng sự. (2015), "Blood Safety and Donation Knowledge, Attitude and Practice (KAP) among 1st Year Medical Students at LMDC, Lahore", Pak J Med Health Sci. 9(3), tr. 992-994.
 10. Shailesh Kumar Mishra và các cộng sự. (2016), "Nghiên cứu kiến thức và thái độ của các sinh viên đang học đại học đối với việc hiến máu tình nguyện từ phía bắc Ấn Độ", J Blood Med. 7, tr. 19-26.

TÌNH HÌNH NHIỄM HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) TYPE NGUY CƠ CAO TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAI VÙNG KHẨU HẦU

Trần Thị Hương Lý¹, Trần Ngọc Dung², Võ Văn Kha¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm Human papillomavirus type nguy cơ cao (high-risk)(HR-HPV) và khảo sát mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HR-HPV với một số đặc điểm của bệnh nhân ung thư khẩu hầu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân ung thư khẩu hầu có mô bệnh học là carcinôm tế bào gai từ tháng 11/2022 đến tháng 07/2023 tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ. Xác định sự hiện diện của HR-HPV bằng kỹ thuật real-time PCR trên bệnh phẩm mô ung thư cố định bằng formalin vùi trong parafin. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,73. Tỷ lệ nam:nữ là 9:1. Vị trí u ở amidan, đáy lưỡi, khẩu cái mềm, thành bên họng và thành sau họng lần lượt là: 56,6%, 30%, 6,7% và 6,7%. Bệnh nhân ở giai đoạn I và II là 33,3%, giai đoạn III và IV là 66,7%. Điều trị ban đầu

gồm hoá xạ đồng thời, xạ trị đơn thuần, hóa dẫn đầu và xạ trị, phẫu thuật có hoặc không xạ trị lần lượt là 50%, 30%, 16,7% và 3,3%. Tỷ lệ nhiễm HR-HPV ở các bệnh nhân nghiên cứu là 56,7%, trong đó 100% là HPV16. **Kết luận:** Bệnh nhân nam chiếm chủ yếu. U ở amidan là vị trí thường gặp nhất. 66,7% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Hóa xạ đồng thời là phương pháp điều trị phổ biến nhất. Bệnh nhân nhiễm HR-HPV ở mức khá cao, 56,7%, và toàn bộ là HPV16. **Từ khóa:** HPV, ung thư khẩu hầu, Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ.

SUMMARY

PREVALENCE OF HIGH-RISK HUMAN PAPILLOMAVIRUS IN THE SQUAMOUS CELL OROPHARYNGEAL CANCER PATIENTS

Objectives: Identifying HR-HPV prevalence and assessing the relationship between HR-HPV and patient characteristics in patients with oropharyngeal cancer. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study conducted at Can Tho Oncology Hospital from November 2022 to July 2023 on 30 patients with oropharyngeal cancer who had histology of squamous cell carcinoma (OPSCC). FFPE real-time PCR can be used to determine HPV status. **Results:** At diagnosis, the median age was 58.73. The ratio of

¹Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hương Lý

Email: bshuongly@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024

men to women was 9:1. The percentages of cancer in the tonsils, base of the tongue, soft palate, posterior and lateral oropharyngeal wall, and soft palate were 56.6%, 30%, 6.7%, and 6.7%, in that order. 33.3% were in stages I and II, while 66.7% were in stages III and IV. Concurrent chemoradiotherapy (at 50%), radiation alone (30%), induction chemotherapy (16.7%), and surgery (at 3.3%) are the main treatment choices. 56,7% of patients were HR-HPV positive results, of which 100% was HPV16. **Conclusion:** 90% of patients were men. The tonsils were OPSCC's common site. 66.7% were in stages III and IV. The most typical primary treatment was chemoradiotherapy. Of the patients with OPSCC, 56.7% had HR-HPV infections, all of which were HPV16. **Keywords:** HPV, oropharyngeal cancer, Can Tho Oncology Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư khẩu hầu đứng hàng thứ tư trong nhóm ung thư đầu cổ trên thế giới với số ca mới mắc hàng năm là 98.412 người và số ca tử vong là 48.143 người. Ung thư khẩu hầu đứng hàng thứ năm tại Việt Nam trong nhóm các bệnh lý ung thư đầu cổ [3, 7]. Số ca mắc mới ở nam giới và nữ giới vào năm 2020 tại Việt Nam là 503 ca và 102 ca [8].

Hút thuốc là và uống rượu bia là hai yếu tố nguy cơ thường gặp của ung thư khẩu hầu [1]. Gần đây, một yếu tố nguy cơ quan trọng nữa thường được đề cập đến là nhiễm HPV [5]. Nhiễm HPV không chỉ là yếu tố nguy cơ mà còn là yếu tố tiên lượng, kết quả sống còn và đáp ứng điều trị ở nhóm bệnh nhân có nhiễm HPV thường tốt hơn nhóm không nhiễm HPV [5].

Trên toàn thế giới, khoảng 30% bệnh nhân ung thư khẩu hầu có nhiễm HPV. Trong đó, HPV16 và HPV18 chiếm đến 85% [2]. Tại châu Á, tỷ lệ bệnh nhân nhiễm HPV trong số các bệnh nhân ung thư khẩu hầu là khoảng 40%, trong đó HPV 16 là type phổ biến nhất, chiếm đến 90%, kế đến là HPV 18 [6].

Nhằm đánh giá tình hình nhiễm HPV trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng khẩu hầu, từ đó giúp bổ sung vào việc chẩn đoán, xếp giai đoạn, điều trị và tiên lượng bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Tình hình nhiễm Human papillomavirus (HPV) type nguy cơ cao trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng khẩu hầu*" nhằm các mục tiêu sau:

1. *Tỷ lệ nhiễm HR-HPV của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng khẩu hầu tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ*

2. *Khảo sát mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HR-HPV với một số đặc điểm của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng khẩu hầu tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư khẩu hầu và điều trị tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ

Tiêu chuẩn lựa chọn: chọn vào mẫu nghiên cứu khi có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- Có khối u ở khẩu hầu (gồm u ở vùng amidan, khẩu cái mềm, đáy lưỡi, thành bên họng và thành sau họng) được xác định qua khám lâm sàng hoặc qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

- Có kết quả giải phẫu bệnh là carcinoma tế bào gai (Squamous cell carcinoma - SCC)

- Có tình trạng chức năng hoạt động cơ thể theo thang điểm Karnofsky (Karnofsky Performance Status - KPS) ≥ 70 .

- Bệnh nhân mới được điều trị theo phác đồ tại bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: loại trừ khỏi nghiên cứu khi có ít nhất một trong các yếu tố sau:

- Được chẩn đoán là ung thư khẩu hầu tái phát.

- Có kèm ung thư thứ hai, suy gan, suy thận, suy tim, suy tủy hoặc mang thai (phụ nữ).

- Đã được hóa trị hoặc xạ trị trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 30 bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, liên tục

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 11/2022 đến tháng 7/2023 tại bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ.

Nội dung nghiên cứu

- Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu
- Tuổi: phân thành các nhóm: từ 40-49, từ 50-59 và ≥ 60 .

- Giới tính: nam và nữ.

- Nơi cư trú: nông thôn (xã) và thành thị (phường).

- Vị trí khối u: gồm amidan, khẩu cái mềm, đáy lưỡi, thành bên họng và thành sau họng.

- Giai đoạn TNM theo AJCC 8 năm 2017, ung thư khẩu hầu gồm các giai đoạn: I, II, III, IV.

- Phương pháp điều trị: gồm hoá xạ đồng thời, xạ trị đơn thuần, hóa dẫn đầu và xạ trị, phẫu thuật có hoặc không xạ trị.

- Tỷ lệ nhiễm HR-HPV

Thu thập bệnh phẩm mô ung thư cố định bằng formalin vùi trong parafin (FFPE), tách chiết và tinh sạch DNA-HPV bằng phương pháp từ tính. Sau đó xét nghiệm genotype HR-HPV bằng kỹ thuật real-time PCR, được thực hiện tại phòng xét nghiệm sinh học phân tử, bệnh viện

Ung bướu thành phố Cần Thơ. Ghi nhận kết quả:

- HR-HPV(+): có sự hiện diện của một hoặc nhiều hơn trong 14 type HR-HPV, gồm các type: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68.
 - HR-HPV(-): không có sự hiện diện của bất kỳ type HR-HPV nào trong 14 type nêu trên.
- Mỗi liên quan giữa tình trạng nhiễm HR-HPV với một số đặc điểm của bệnh nhân

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

- Nhập liệu và tính toán bằng phần mềm R 4.3.2.

- Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm, biến định lượng phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, biến định lượng phân phối không chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị ± độ lệch chuẩn.

Đạo đức trong nghiên cứu:

- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, ký tên vào phiếu đồng ý tham gia và có quyền rút lui khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào. Bệnh nhân từ chối tham gia hoặc rút lui khỏi nghiên cứu không bị phân biệt trong điều trị. Thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật. Bệnh nhân không phải chi trả các chi phí xét nghiệm HPV.

- Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ phê duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân

Bảng 3.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân (n=30)

Tuổi	n	Tỉ lệ %
40 - 49	6	20
50 - 59	13	43,3
≥ 60	11	36,7
Tuổi trung bình: 58,73		
Giới tính	n	Tỉ lệ %
Nam	27	90
Nữ	3	10
Nơi cư trú	n	Tỉ lệ %
Thành thị	15	50
Nông thôn	15	50
Vị trí u	n	Tỉ lệ %
Amidan	17	56,6
Vùng đáy lưỡi	9	30
Khẩu cái mềm	2	6,7
Thành bên họng và thành sau họng	2	6,7
Giai đoạn bệnh	n	Tỉ lệ %
I và II	10	33,3
III và IV	20	66,7

Phương pháp điều trị		
Hoá xạ đồng thời	15	50
Xạ trị đơn thuần	9	30
Hóa dẫn đầu và xạ trị	5	16,7
Phẫu thuật có hoặc không xạ trị	1	3,3

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân 50-59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Bệnh nhân nam cao gấp 9 lần bệnh nhân nữ. Nơi cư trú của bệnh nhân phân bố đều ở thành thị và nông thôn. U thường gặp nhất là ở amidan, kế đến là đáy lưỡi, khẩu cái mềm, thành bên họng và thành sau họng ít gặp hơn. Đa số bệnh nhân đến khám khi bệnh ở giai đoạn III hoặc IV. Hóa xạ đồng thời là phương pháp điều trị phổ biến nhất, kế đến là xạ trị đơn thuần.

3.2. Tỷ lệ nhiễm HR-HPV

Bảng 3.2: Tỷ lệ nhiễm HR-HPV

HR-HPV (các type 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68)	n	Tỷ lệ %
HR-HPV(+)	17	56,7
HR-HPV(-)	13	43,3
Tổng	30	100

Nhận xét: có 17/30 bệnh nhân nghiên cứu có HR-HPV(+), chiếm tỷ lệ là 56,7%.

Bảng 3.3: Tỷ lệ các loại HR-HPV

HR-HPV	n	Tỷ lệ %
HPV16	17	100
HPV18	0	0
HPV31	0	0
HPV33	0	0
HPV35	0	0
HPV39	0	0
HPV45	0	0
HPV51	0	0
HPV52	0	0
HPV56	0	0
HPV58	0	0
HPV59	0	0
HPV66	0	0
HPV68	0	0
Tổng	30	100

Nhận xét: 17 bệnh nhân HR-HPV(+), thì toàn bộ đều là type 16.

3.3. Môi liên quan giữa tình trạng nhiễm HR-HPV với một số đặc điểm của bệnh nhân

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa tình trạng nhiễm HR-HPV với một số đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	HR-HPV(+)	HR-HPV(-)	p	
Tuổi	40 - 49	5(83,3)	1(16,7)	0,364

	50 - 59	7(53,8)	6(46,2)	
	≥ 60	5(45,5)	6(54,5)	
Giới	Nam	15(55,6)	12(44,4)	0,99
	Nữ	2(66,7)	1(33,3)	
Nơi cư trú	Thành thị	7(46,7)	8(53,3)	0,46
	Nông thôn	10(66,7)	5(33,3)	
Vị trí u	Amidan	10(58,8)	7(41,2)	0,52
	Đáy lưỡi	6(66,7)	3(33,3)	
	Khẩu cái mềm	1(50)	1(50)	
	Thành bên họng và thành sau họng	0(0)	2(100)	
Giai đoạn	I và II	7(70)	3(30)	0,44
	III và IV	10(50)	10(50)	
Phương pháp điều trị	Hoá xạ đồng thời	8(53,3)	7(46,7)	0,604
	Xạ trị đơn thuần	4(44,4)	5(55,6)	
	Hóa dẫn đầu và xạ trị	4(80)	1(20)	
	Phẫu thuật có hoặc không xạ trị	1(100)	0	

Nhận xét: Những bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng hầu họng HR-HPV(+) có tuổi trẻ hơn những bệnh nhân HR-HPV(-). Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ bất kể tình trạng nhiễm HPV. Ở nhóm HR-HPV(+), bệnh nhân cư trú ở nông thôn nhiều hơn thành thị, trong khi nhóm HR-HPV(-), bệnh nhân cư trú ở thành thị nhiều hơn. Ở cả hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu có HR-HPV(+) và (-), vị trí u thường gặp nhất là amidan, kể đến là đáy lưỡi. Bệnh nhân nghiên cứu có HR-HPV(+) đến khám khi bệnh ở giai đoạn sớm nhiều hơn so với nhóm HR-HPV(-). Hóa xạ đồng thời vẫn là phương pháp điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm HR-HPV(+) và (-). Tuy nhiên, sự khác biệt về một số đặc điểm nêu trên của bệnh nhân ung thư hầu họng có HR-HPV(+) và (-) chưa đạt ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Theo y văn, ung thư hầu họng thường gặp ở bệnh nhân trên 60 tuổi, với tỷ lệ nam:nữ là 4:1. Vị trí thường gặp nhất là ở amidan, kể đến là đáy lưỡi. Bệnh nhân thường đến khám khi bệnh đã ở giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả gần tương đương, với độ tuổi mắc bệnh trung bình là 58 tuổi, hơn một nửa bệnh nhân có u nguyên phát ở amidan và hai phần ba bệnh nhân vào viện khi bệnh đã ở giai đoạn III, IV. Tỷ lệ bệnh nhân nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi có phần cao hơn so với ghi nhận của y văn. Tuy nhiên, điều này vẫn phù hợp với quá

trình phát sinh ung thư hầu họng, với các yếu tố nguy cơ bao gồm hút thuốc lá và uống rượu bia, thường thấy ở nam giới hơn nữ giới. Về phương pháp điều trị, do ung thư hầu họng là loại ung thư đáp ứng tốt với xạ trị, lại nằm ở vị trí không thuận lợi cho phẫu thuật và thường đến khám khi bệnh đã ở giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng, nên điều trị tiêu chuẩn là hóa xạ đồng thời. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có một nửa bệnh nhân đã được hóa xạ trị đồng thời. Phương pháp điều trị phổ biến thứ hai là xạ trị đơn thuần. Các điều trị này phù hợp với các phác đồ dành cho ung thư hầu họng trong nước cũng như trên thế giới.

4.2. Tỷ lệ nhiễm HR-HPV của bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng hầu họng có nhiễm HR-HPV được xác định bằng kỹ thuật real-time PCR là 56,7%. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ chung trên toàn thế giới (30%) [2]. Điều này có thể do có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm HPV trong ung thư hầu họng ở các châu lục và các khu vực. Bắc Mỹ là khu vực có tỷ lệ bệnh nhân ung thư hầu họng nhiễm HPV cao nhất (63%), kể đến là châu Úc (50,2%) và sau là châu Âu (41,9%). Châu Á nằm ở nhóm trung bình với tỷ lệ nhiễm HPV khoảng 34,6%, cao hơn châu Phi và Nam Mỹ [4]. Một nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ nhiễm HPV trong ung thư hầu họng tại khu vực châu Á – Thái Bình Dương là khoảng 40,53% [6]. Có thể thấy tỷ lệ nhiễm HPV trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ tại châu Á trong cả 2 nghiên cứu. So sánh với các nước lân cận trong châu lục, tỷ lệ nhiễm HPV trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Trung Quốc (9,5%), Đài Loan (31,2%), Nhật Bản (40,8%) và chỉ thấp hơn Hàn Quốc (69,2%) [6].

Về các loại HR-HPV trong nghiên cứu của chúng tôi, 17/30 bệnh nhân có HR-HPV(+) đều là type HPV16. HPV16 và HPV18 là hai type gặp ở 85% bệnh nhân ung thư đầu cổ trên toàn thế giới. Tại châu Á, HPV16 liên quan đến 90% các trường hợp ung thư do HPV. Nếu tính riêng cho ung thư hầu họng, HPV16 gặp ở 75-92% các trường hợp ung thư hầu họng do HPV. HPV18 là type phổ biến kể sau HPV16 trong ung thư hầu họng [6]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về genotype gây bệnh thường gặp của HPV được thực hiện chủ yếu trên bệnh nhân ung thư cổ tử cung, trong đó HPV16 là type gây bệnh phổ biến nhất, kể đến là HPV18. Hai type HPV này gây ra ung thư cổ tử cung cho hơn 80% bệnh nhân. Có thể thấy, kết quả các type HR-HPV gây bệnh ở bệnh nhân ung thư hầu họng của chúng tôi khá

phù hợp với dịch tễ học các type HPV đang lưu hành tại Việt Nam [8].

4.3. Mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HR-HPV với một số đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng hầu họng HR-HPV(+) có tuổi trung bình mắc bệnh sớm hơn so với nhóm HR-HPV(-) (58,29 tuổi so với 59,31 tuổi). Theo y văn, độ tuổi trung bình mắc bệnh của bệnh nhân ung thư hầu họng nhiễm HR-HPV thường sớm hơn từ 5 năm đến 10 năm so với bệnh nhân không nhiễm HPV. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt về độ tuổi chưa thật rõ ràng, có thể do cỡ mẫu còn nhỏ. Về giới, tỷ lệ nam:nữ ở bệnh nhân ung thư hầu họng HPV(+) thường là 3:1. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới mắc bệnh cao gấp 9 lần nữ giới, điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của ung thư hầu họng, khi yếu tố nguy cơ là hút thuốc lá và rượu bia, thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nam:nữ mắc bệnh ở 2 nhóm HR-HPV(+) và HR-HPV(-) trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng có thể do cỡ mẫu còn nhỏ. Theo y văn, ung thư hầu họng HPV(+) có liên quan đến điều kiện kinh tế xã hội, thường gặp ở những nơi có điều kiện sống cao như ở các đô thị và thành phố, ít gặp ở vùng nông thôn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ung thư hầu họng HPV (+) cư trú ở thành thị chiếm tỷ lệ thấp hơn so với nông thôn. Lý giải cho điều này, có thể thấy đất nước ta là nước đang phát triển, dân cư ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ cao, dẫn đến tỷ lệ bệnh nhân ung thư hầu họng HPV (+) ở nông thôn cũng cao hơn thành thị. Về vị trí, ung thư hầu họng HPV (+) có vị trí thường gặp nhất là amidan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10/17 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng hầu họng HR-HPV(+) có vị trí u nguyên phát là ở amidan. Điều này phù hợp với ghi nhận của y văn. Lý do ung thư hầu họng HPV(+) thường gặp ở amidan hơn các vị trí còn lại là do amidan thường có các hạch và do ái tính với mô lymphô của HPV, dẫn đến tải lượng virus HPV ở các amidan cao hơn các vị trí khác ở vùng đầu cổ. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa số đến khám trong tình trạng khối u nguyên phát ở giai đoạn sớm và khối hạch cổ di căn. Điều này phù hợp với đặc tính của ung thư hầu họng liên quan HPV, đó là HPV thường ái lực cao ở những mô lymphô, và các tế bào u thường di căn đến hạch sớm. Trong

nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có HR-HPV(+) vào viện ở giai đoạn sớm chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm bệnh nhân ung có HR-HPV(-) [5].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng hầu họng được chẩn đoán điều trị tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ chủ yếu là bệnh nhân nam. U ở amidan là vị trí thường gặp nhất, chiếm 56,6%. Có đến 66,7% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III và IV. 50% bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị ban đầu bằng phương pháp hóa xạ đồng thời. Bệnh nhân nhiễm HR-HPV ở mức khá cao (56,7%) và toàn bộ là HPV16. Đây là nghiên cứu bước đầu về tình hình nhiễm HR-HPV trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng hầu họng, với cỡ mẫu chưa nhiều, sự khác biệt về một số đặc điểm của bệnh nhân có HR-HPV(+) và (-) chưa đạt ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barón AE, Franceschi S, Barra S et al** (1993), "A comparison of the joint effects of alcohol and smoking on the risk of cancer across sites in the upper aerodigestive tract", *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2(6), pp.519-23.
2. **De Martel C, Plummer M, Vignat J et al** (2017), "Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type", *Int J Cancer*, 141(4), pp.664-70.
3. **International Agency for Research on Cancer** (2020), "GLOBOCAN 2020: Viet Nam", <https://gcoiarcfr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheetspdf>, pp.1-2.
4. **Ndon S, Singh A, Ha PK et al** (2023), "Human Papillomavirus-Associated Oropharyngeal Cancer: Global Epidemiology and Public Policy Implications", *Cancers*, 15(16).
5. **Salama JK, Brizel DM.** Chapter 48: Oropharynx. In: Halperin EC, Wazer DE, Perez CA, Brady LW, editors. *Perez & Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology*. 7th ed. China: Wolters Kluwer; 2018.
6. **Shaikh MH, McMillan NA, Johnson NW** (2015), "HPV-associated head and neck cancers in the Asia Pacific: A critical literature review & meta-analysis", *Cancer epidemiology*, 39(6), pp.923-38.
7. **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: a cancer journal for clinicians*, 71(3), pp.209-49.
8. **L B, G A, B S et al**, *ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Viet Nam.*