

- Singh S, Sachdev AK, Chaudhary A, et al.** Palliative surgical bypass for unresectable periampullary carcinoma. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International: HBPD INT.* 2008; 7(3):308-312.
- Kneuert PJ, Cunningham SC, Cameron JL, et al.** Palliative surgical management of patients with unresectable pancreatic adenocarcinoma: trends and lessons learned from a large, single institution experience. *J Gastrointest Surg.* 2011; 15 (1917-1927,doi:10.1007/s11605-011-1665-9.
- Lê Đức Hải.** Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi hoàn toàn nối mật ruột, nối vị tràng ở bệnh nhân ung thư quanh bóng Vater giai đoạn trẻ. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh; 2018.
- Kohan G, Ocampo CG, Zandalazini HI, et al.** Laparoscopic hepaticojejunostomy and gastrojejunostomy for palliative treatment of pancreatic head cancer in 48 patients. *Surg Endosc J.* 2015;29(7):1970-1975.doi:10.1007/s00464-014-3894-y.
- Hamade AM, Al-Bahrani AZ, Owerama AMA, et al.** Therapeutic, prophylactic, and preresection applications of laparoscopic gastric and biliary bypass for patients with periampullary malignancy. *Surg Endosc J.* 2005;19(1333-1340.doi:10.1007/s00464-004-2282-4.
- Rhodes M, Nathanson L, Fielding G.** Laparoscopic biliary and gastric bypass: a useful adjunct in the treatment of carcinoma of the pancreas. *Gut.* 1995; 36(5):778-780.doi: 10.1136/gut.36.5.778.

## KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHỤC HÌNH TỨC THÌ SAU PHẪU THUẬT CẮT XƯƠNG HÀM TRÊN

Nguyễn Hồng Nhung<sup>1</sup>, Tạ Anh Tuấn<sup>2</sup>, Chu Minh Quang<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu phục hình tức thì có ứng dụng kỹ thuật dựng hình 3D sau phẫu thuật cắt bán phần xương hàm trên. **Đối tượng phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 11 bệnh nhân được ứng dụng kỹ thuật dựng hình 3D phục hình tức thì khuyết hồng xương hàm trên sau phẫu thuật cắt các khối u xương hàm trên. **Kết quả:** Diện khuyết gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là khuyết hồng XHT tới sàn ổ mắt chiếm 54,54%; tiếp đó 36,36% tổng số trường hợp là khuyết hồng XHT không tới sàn ổ mắt; khuyết toàn bộ XHT và sàn ổ mắt chiếm 9,09%. Sau phẫu thuật 100% bệnh nhân liền thương thì đầu tốt. 100% bệnh nhân không hạn chế há miệng sau phẫu thuật. 100% bệnh nhân sau phẫu thuật có khớp cắn đúng. Kết quả theo dõi từ 3 đến 12 tháng cho thấy sau 3 tháng phẫu thuật có 18,18% bệnh nhân vẫn tiếp tục ăn thức ăn dạng sệt và có 81,82% bệnh nhân có thể ăn được thức ăn bình thường. Sau 6 tháng, 100% các bệnh nhân đều có thể ăn thức ăn bình thường. Không có bệnh nhân nào khuôn mặt bị mất cân đối và mất tính thẩm mỹ. **Kết luận:** Phục hình tức thì khuyết hồng xương hàm trên sau phẫu thuật cắt các khối u xương hàm trên có thể rút ngắn thời gian hậu phẫu. Phục hình tức thì có ứng dụng kỹ thuật dựng hình 3D có thể giữ được thẩm mỹ khuôn mặt cũng như chức năng ăn nhai.

**Từ khóa:** xương hàm trên, kỹ thuật dựng hình 3D, phục hình tức thì.

### SUMMARY

#### RESULTS OF IMMEDIATE RESTORATION AFTER MAXILLECTOMY

**Objective:** evaluate the initial results of immediate restoration using 3D rendering techniques after partial maxillary resection surgery. **Subjects and Methods:** prospective, cross-sectional study on 11 patients who were applied 3D rendering technique to immediately restore maxillary bone defects after surgery to remove maxillary bone tumors. **Results:** The most common defect in the study was the defect of maxillectomy involving the peri-orbital accounting for 54.54%; 36.36% of the cases are defects of maxillectomy not involving the orbit; orbitomaxillary defect accounts for 9.09%. After surgery, 100% of patients heal and have a good head. 100% of patients did not limit mouth opening after surgery. 100% of patients after surgery have correct bite. Follow-up results from 3 to 12 months showed that after 3 months of surgery, 18.18% of patients continued to eat thick foods and 81.82% of patients could eat normal foods. After 6 months, 100% of patients can eat normal food. No patient's face had imbalance or loss of aesthetics. **Conclusion:** Immediate restoration of maxillary bone defects after surgery to remove maxillary bone tumors can shorten the postoperative time. Immediate restoration using 3D digital rendering can preserve facial aesthetics as well as chewing function. **Keywords:** maxillary bone, 3D rendering technique, immediate restoration.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết hồng xương hàm trên (XHT) sau phẫu thuật cắt u để lại những di chứng nặng nề ảnh hưởng lớn đến nhiều chức năng quan trọng như nhai, nuốt, nói và mất tính thẩm mỹ khuôn mặt. Những di chứng của khuyết hồng XHT thường gây nên ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện RHM TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung

Email: dr.rosy245@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024

thần và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nhiều phương pháp tạo hình khuyết hồng xương hàm trên đã được nghiên cứu và ứng dụng từ các vật có cuống như vật mỡ má, vật cân cơ thái dương... tới các vật tự do. Việc phục hồi chức năng và thẩm mỹ có thể được thực hiện bằng phẫu thuật hoặc phục hình hàm mặt [1]. Việc lựa chọn phương pháp tái tạo khuyết hồng phụ thuộc vào vị trí và kích thước khuyết hồng và mong muốn của bệnh nhân. Đôi khi tuổi tác, tình trạng sức khỏe chung của bệnh nhân, độ phức tạp về mặt giải phẫu và khả năng tái phát khối u vùng hàm trên dẫn tới việc không có chỉ định phẫu thuật tạo hình tức thì [2]. Khi đó, việc phục hình tức thì có thể giúp phẫu thuật viên quan sát trực tiếp độ lành thương, phát hiện sớm bệnh tái phát và cải thiện thẩm mỹ cùng chức năng sau phẫu thuật. [3]

Ứng dụng kỹ thuật dựng hình 3D thiết lập kế hoạch phẫu thuật trong tạo hình khuyết hồng xương vùng đầu cổ đã được triển khai gần 20 năm nay trên Thế giới. Việc dựng hình 3D mô phỏng có thể giúp các phẫu thuật viên thiết lập kế hoạch phẫu thuật, thiết kế đường cắt trên xương hàm cũng như tính toán kích thước và hình dạng phù hợp với khuyết hồng. [4] [5]

Khoa Phẫu thuật Hàm mặt, bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội bắt đầu triển khai ứng dụng kỹ thuật dựng hình 3D trong phục hình tức thì khuyết hồng xương hàm trên sau phẫu thuật cắt các khối u xương hàm trên từ tháng 4/2023 cho tới nay đã thu được một số kết quả bước đầu. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá kết quả bước đầu phục hình tức thì sau phẫu thuật cắt bán phần xương hàm trên có ứng dụng kỹ thuật dựng hình 3D.

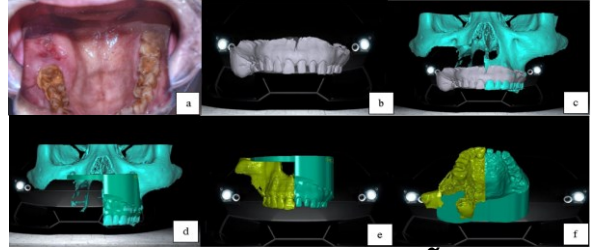
## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 11 bệnh nhân được điều trị phục hình tức thì có ứng dụng kỹ thuật dựng hình 3D sau phẫu thuật cắt bán phần xương hàm trên trong giai đoạn từ tháng 4/2023 – tháng 4/2024 tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt, Bệnh viện RHM TƯ HN.

Bệnh nhân được khám xét lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật: Các xét nghiệm thường quy, chụp phim CT conebeam hàm mặt, Oral Scan khoang miệng.

Thiết lập kế hoạch phẫu thuật ảo: Dựa trên phim chụp CT conebeam, sử dụng phần mềm chuyển hình ảnh sang định dạng 3D DICOM, tính toán thiết kế đường cắt trên XHT. Sử dụng phần mềm gương đối chiếu dựng hình ảnh XHT hoàn hảo của bệnh nhân. Dựa trên dựng hình XHT hoàn hảo của bệnh nhân, đối chiếu với đoạn

khuyết hồng XHT sau cắt xương, thiết in mô hình 3D XHT, in hàm phục hình.



**Hình 1. Thiết lập kế hoạch phẫu thuật ảo**

a)Tổn thương lâm sàng; b) CT conebeam dựng hình 3D; c)Thiết kế đường cắt XHT; d) Dựng hình khuyết hồng XHT; e)f) Dựng hình XHT hoàn hảo của BN.



**Hình 2: Mô hình 3D và hàm phục hình theo thiết kế**

Phẫu thuật: tiến hành phẫu thuật cắt u theo thiết kế hướng dẫn 3D.



**Hình 3. a) Hàm phục hình in theo thiết kế 3D; b)c) Lắp hàm phục hình tức thì**

Sau phẫu thuật bệnh nhân được vệ sinh vùng phẫu thuật hàng ngày. Theo dõi liên tục trong tuần đầu. Theo dõi xa bệnh nhân từ 3 – 12 tháng sau phẫu thuật.

Đánh giá kết quả: xây dựng tiêu chí đánh giá kết quả phẫu thuật dựa trên các tiêu chí của các tác giả trong và ngoài nước đã công bố về chức năng há miệng, vị trí khớp cắn và sự cân đối của khuôn mặt.

Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm bệnh nhân

- Tuổi: Độ tuổi từ 11 đến 78 tuổi, trung bình 42.08 tuổi (SD=10.074)

- Giới: Có 6 BN nam, 5 BN nữ.

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh lý XHT (n=11)**

Chẩn đoán	Số lượng	Tỷ lệ
Ung thư biểu mô XHT	8	72,72%
U xơ xương XHT	3	27,28%
<b>Tổng số</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Bệnh lý khối u phá hủy XHT gặp nhiều nhất

trong nghiên cứu là ung thư biểu mô chiếm 72,72%, tiếp theo là u xơ xương XHT chiếm 27.28%

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

**3.2.1. Phân loại khuyết hồng XHT.**

Chúng tôi phân loại diện khuyết XHT sau phẫu thuật cắt u dựa theo phân loại cắt XHT của Brown trong đó:

**Bảng 2. Khuyết hồng XHT sau phẫu thuật cắt u (n = 11)**

Khuyết hồng XHT	Số lượng	Tỷ lệ
Khuyết XHT không tới sàn ổ mắt	4	36,36%
Khuyết XHT tới sàn ổ mắt	6	54,54%
Khuyết XHT và ổ mắt	1	9,09%
<b>Tổng số</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Diện khuyết gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là khuyết hồng XHT tới sàn ổ mắt chiếm 54,54%. Tiếp đó 36,36% tổng số trường hợp là khuyết hồng XHT không tới sàn ổ mắt. Có 1 trường hợp khuyết hồng sau phẫu thuật cắt u là diện khuyết toàn bộ XHT và sàn ổ mắt chiếm 9,09%.

**3.2.2. Kết quả phẫu thuật gần:**

- 100% bệnh nhân liền thương kỳ đầu trong 5 – 7 ngày.

- 100% bệnh nhân không gặp tai biến, biến chứng gần.

**3.2.3. Kết quả phẫu thuật xa:**

- 100% bệnh nhân không hạn chế há miệng sau phẫu thuật.

- 100% bệnh nhân sau phẫu thuật có khớp cắn đúng.



**Hình 4. Khớp cắn bệnh nhân sau phẫu thuật**

**Bảng 3: Kết quả chức năng ăn nhai sau phẫu thuật (n=11)**

Dạng thức ăn	BN sau PT 1 tuần (n=11)	BN sau PT 3 tháng (n=11)	BN sau PT 6 tháng (n=11)
An qua sonde	0	0	0
Thức ăn dạng lỏng	0	0	0
Thức ăn dạng sệt	6 (54,54%)	2 (18,18%)	0
Thức ăn bình thường	5 (45,46%)	9 (81,82%)	11 (100%)

Sau phẫu thuật 1 tuần, có 6 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 54,54% trong số bệnh nhân ăn thức ăn dưới dạng sệt và 5 bệnh nhân (45,46%) có thể ăn thức ăn bình thường, không có bệnh

nhân nào phải ăn thức ăn lỏng hay không tự ăn được. Sau 3 tháng phẫu thuật có 2 bệnh nhân (18,18%) vẫn tiếp tục ăn thức ăn dạng sệt và có 9 bệnh nhân (81,82%) có thể ăn được thức ăn bình thường. Sau 6 tháng, 100% các bệnh nhân đều có thể ăn thức ăn bình thường.

**Bảng 4: Kết quả thẩm mỹ (n=11)**

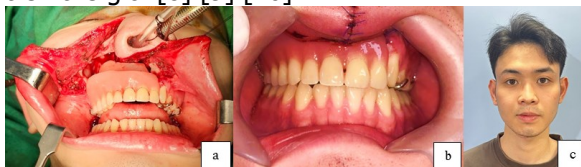
Kết quả thẩm mỹ	Số lượng	Tỷ lệ
Mặt mắt cân đối	0	0
Mặt mắt cân đối nhẹ	2	18,18%
Mặt cân đối	9	81,82%
<b>Tổng</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Tất cả các BN được chụp ảnh trước và sau phẫu thuật, cho thấy 81,82% có gương mặt cân đối sau phẫu thuật, 18,18% mặt cân đối nhẹ trên các BN cắt XHT kèm tổ chức phần mềm, không có bệnh nhân nào khuôn mặt bị mất cân đối và mất tính thẩm mỹ.

**IV. BÀN LUẬN**

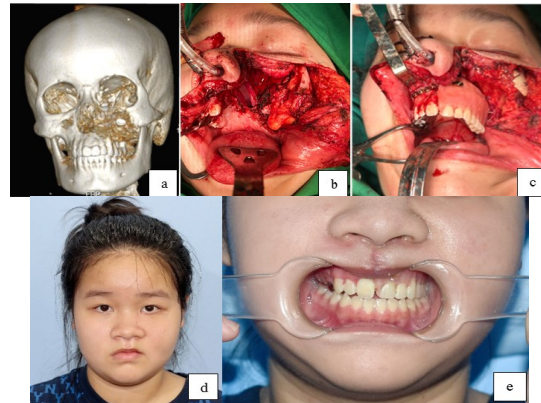
Có nhiều nguyên nhân dẫn tới khuyết hồng vùng XHT như các khối u vùng tầng giữa mặt, ung thư, viêm nhiễm hay chấn thương. Khuyết hồng XHT thường gây ảnh hưởng nặng nề tới thẩm mỹ khuôn mặt và chức năng ăn nhai cũng như nói của bệnh nhân, do đó gây nên những sang chấn tâm lý lớn tới bệnh nhân và người thân [1] [3]. Trong nghiên cứu này chúng tôi có 11 bệnh nhân có các khối u vùng tầng giữa mặt, trong đó có 9 BN ung thư biểu mô chiếm 72,72%, tiếp theo 3 BN u xơ xương XHT chiếm 27.28%. Các BN ở độ tuổi trung bình 42.8 tuổi nên nhu cầu tạo hình khuyết hồng xương và phục hồi chức năng và thẩm mỹ cao. Mặc dù có nhiều phương pháp phẫu thuật tạo hình XHT đã được nghiên cứu, tuy nhiên phục hình hàm mặt vẫn có vai trò quan trọng. Theo Blair và cộng sự, phẫu thuật cắt bỏ hàm trên có tỷ lệ mắc bệnh cao và có ý nghĩa quan trọng về mặt chức năng và tâm lý đối với bệnh nhân. Để phục hồi chức năng, việc đóng kín khuyết hồng là điều cần thiết để ngăn chặn sự đi qua của không khí, chất lỏng và thức ăn giữa khoang mũi và miệng[1]. Hơn nữa, trong các khuyết hồng rộng lớn, hàm phục hình sẽ hỗ trợ các mô vùng hàm mặt tạo tác dụng bịt kín khuyết hồng. Đặc biệt trong những trường hợp bệnh nhân không đáp ứng những phẫu thuật lớn như vi phẫu tạo hình. Ngoài ra phục hình hàm mặt tức thì sau phẫu thuật còn đưa sự thuận lợi cho các bác sĩ điều trị trong việc theo dõi tại chỗ sự tái phát của các khối u ác tính. Theo Wei và cộng sự. báo cáo, ở những bệnh nhân ung thư biểu mô khoang miệng đã được cắt bỏ và tái tạo hàm ngay lập tức bằng vạt xương, tái phát cục bộ hoặc khối u[2] [6].

Với sự tiến bộ của công nghệ thông tin, trong những năm trở lại đây đã có những tác giả công bố về việc sử dụng công nghệ dựng hình 3D trong tạo hình các khuyết hồng xương vùng đầu cổ. Ứng dụng công nghệ thông tin có thể dựng hình khuyết hồng XHT dựa trên phần mềm phản chiếu, dựng hình XHT hoàn chỉnh cho từng bệnh nhân[3] [4]. Trong nghiên cứu này diện khuyết gặp nhiều nhất là khuyết hồng XHT tới sàn ổ mắt với 6 BN chiếm 54,54%. Tiếp đó 4 BN chiếm 36,36% tổng số trường hợp là khuyết hồng XHT không tới sàn ổ mắt. Có 1 trường hợp khuyết hồng sau phẫu thuật cắt u là diện khuyết toàn bộ XHT và sàn ổ mắt chiếm 9,09% trên BN 11 tuổi. Chúng tôi phân loại khuyết hồng dựa trên hệ thống phân loại cắt XHT theo chiều dọc của Brown trong đó: I. Khuyết XHT dưới tới đường rò mũi – miệng. II. Khuyết XHT chưa tới sàn ổ mắt, III. Khuyết XHT tới sàn ổ mắt, IV. Khuyết XHT và bờ ngoài sàn ổ mắt, V. Cắt XHT và hốc mắt, VI. Khuyết hồng mũi sàng [5]. Nhờ có sự trợ giúp của việc lập kế hoạch phẫu thuật ảo và dựng hình 3D, phẫu thuật thực tế diễn ra thuận lợi và nhanh chóng hơn vì rút bớt được khoảng thời gian đo đạc và tính toán trong tạo hình xương hàm, vì vậy hậu phẫu diễn ra nhẹ nhàng [4][6][7]. Tất cả các bệnh nhân đều liền thương kỳ đầu trong 5-7 ngày. Đồng thời theo dõi kết quả xạ chúng tôi nhận thấy 100% bệnh nhân sau phẫu thuật há miệng tốt. Sau phẫu thuật 1 tuần, có 6 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 54,54% trong số bệnh nhân ăn thức ăn dưới dạng sệt và 5 bệnh nhân (45,46%) có thể ăn thức ăn bình thường, không có bệnh nhân nào phải ăn thức ăn lỏng hay không tự ăn được. Sau 3 tháng phẫu thuật có 2 bệnh nhân (18,18%) vẫn tiếp tục ăn thức ăn dạng sệt và có 9 bệnh nhân (81,82%) có thể ăn được thức ăn bình thường. Sau 6 tháng, 100% các bệnh nhân đều có thể ăn thức ăn bình thường. 81,82% có gương mặt cân đối sau phẫu thuật, 18,18% mất cân đối nhẹ trên các BN cắt XHT kèm tổ chức phần mềm, không có bệnh nhân nào khuôn mặt bị mất cân đối và mất tính thẩm mỹ. Điều này cũng tương đồng với nhận xét của các tác giả trên thế giới [8] [9] [10].



**Hình 5. BN Lê Cao S., 18t**

a) phục hình tức thì sau Pt cắt u; b) Khớp cắn sau PT; c) BN sau PT.



**Hình 6. BN Nguyễn Thanh T., 11 tuổi**

a) phim CT conbeam; b) khuyết hồng XHT sau cắt u; c) Phục hình tức thì XHT sau cắt u; d) BN sau PT; e) khớp cắn sau PT

## V. KẾT LUẬN

Trên 11 bệnh nhân được nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy phục hình tức thì khuyết hồng xương hàm trên sau phẫu thuật cắt các khối u xương hàm trên có thể rút ngắn thời gian hậu phẫu. Phục hình tức thì có ứng dụng kỹ thuật số dựng hình 3D có thể giữ được thẩm mỹ khuôn mặt cũng như chức năng ăn nhai, nói, cải thiện được chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blair FM, Hunter NR. The hollow box maxillary obturator. Br Dent J 1998;184:484-7
2. Wei F-C, Celick N, Chen H-C, et al. Combined anterolateral thigh flap and vascularized fibula osteoseptocutaneous flap in reconstruction of extensive composite mandibular defects. Plast Reconstr Surg 2002;109:45-52.
3. Cordeiro PG, Santamaria E. A classification system and algorithm for reconstruction of maxillectomy and midfacial defects. Plast Reconstr Surg. 2000;105(7):2331-2346.
4. Brown JS, Shaw RJ. Reconstruction of the maxilla and midface: introducing a new classification. Lancet Oncol. 2010;11(10):1001-1008.
5. Kääriäinen M, Kuuskeri M, Gremoutis G, Kuokkanen H, Miettinen A, Laranne J. Utilization of three-dimensional computer-aided preoperative virtual planning and manufacturing in maxillary and mandibular reconstruction with a microvascular fibula flap. J Reconstr Microsurg. 2016;32(2):137-141.
6. Pang JH, Brooke S, Kubik MW, et al. Staged reconstruction (delayed-immediate) of the maxillectomy defect using CAD/CAM technology. J Reconstr Microsurg. 2018;34(3):193-199.
7. Pre-emptive Designing of Immediate Surgical Obturator. Mohamed K, Subhiksha R, Preetha K. Indian J Surg Oncol. 2021 Dec;12(4):745-749.
8. Obturator prostheses versus free tissue transfers: A systematic review of the optimal

approach to improving the quality of life for patients with maxillary defects.

9. **Brandão TB, Vechiato Filho AJ, Batista VE, de Oliveira MC, Santos-Silva AR.J Prosthet Dent.** 2016 Feb;115(2):247-253.e4.
10. **Dholam, K. P., Bachher, G., & Gurav, S. V.** (2019). Changes in the quality of life and acoustic

speech parameters of patients in various stages of prosthetic rehabilitation with an obturator after maxillectomy. *The Journal of Prosthetic Dentistry.*

11. **Kumar P, Alvi HA, Rao J, Singh BP, Jurel SK, Kumar L, et al.** Assessment of the quality of life in maxillectomy patients: a longitudinal study. *J Adv Prosthodont* 2013;5:29-35.

## GIÁ TRỊ CỦA XÉT NGHIỆM HPV ĐẦU TAY TRONG TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Vũ Thị Nhung<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Hiền<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Mặc dù FDA phê duyệt tầm soát đầu tay với cobas® HPV Test vào tháng 4/2014 thay cho PAP test đầu tay và Bộ Y tế Việt Nam cũng đã phê duyệt quyết định tầm soát UTCTC số 1639 ngày 19/3/2021 với xét nghiệm HPV đơn độc hoặc phối hợp với PAP nhưng Bác sĩ vẫn chưa mạnh dạn để làm xét nghiệm HPV đầu tay trong khi theo các nghiên cứu trên thế giới đã ghi nhận tỉ lệ phụ nữ có PAP âm tính và HPV dương tính phát hiện các tổn thương từ CIN 2 trở lên là 15-25%. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ các trường hợp tổn thương tiền ung thư cổ tử cung, ung thư cổ tử cung có kết quả PAP âm tính và HPV dương tính để cung cấp chứng cứ giúp chuyển đổi tư duy và thói quen của NVYT đối với việc tầm soát UTCTC. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang hồi cứu. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ khám phụ khoa có thực hiện tầm soát TCTC với phết tế bào cổ tử cung (PAP) và xét nghiệm HPV, có kết quả sinh thiết cổ tử cung bất thường tại bệnh viện Hùng Vương. Cỡ mẫu lấy mẫu toàn bộ trong năm 2021. **Cách chọn mẫu:** Hồ sơ ngoại trú có đầy đủ các xét nghiệm PAP, HPV và kết quả Giải phẫu bệnh đọc tại BV Hùng Vương. **Kết quả:** Sự tương thích giữa PAP và HPV chiếm tỷ lệ 39,3% (101/257). Sự bất tương thích giữa PAP và HPV chiếm tỷ lệ 60,7% (156/257) trong đó PAP (-) nhưng HPV (+) là 46,7%. Dựa vào GPB: tỷ lệ PAP không phát hiện bệnh là 51,4%. Những trường hợp tổn thương từ CIN 2 trở lên thì tỉ lệ PAP không phát hiện là 12% trong đó có 1 trường hợp là ACC và 1 là AGC. Đối với HPV: HPV (-) là 18,7% Đối với những trường hợp tổn thương từ CIN 2 trở lên tỉ lệ HPV(-) là 3,1% trong đó có 1 trường hợp AGC. Tỉ lệ PAP (+) và HPV (-) trên tổng số ca bệnh là 14% (36/257), trong đó 83,3% là CIN1 và 16,7% là CIN2+ cần theo dõi điều trị, không có UTCTC. Sàng lọc UTCTC với PAP test bỏ sót bệnh gấp 2,75 lần so với HPV test. Đối với những trường hợp CIN 2+ thì tỉ lệ PAP không phát hiện bệnh gấp 3,9 lần so với HPV test. **Kết luận:** Để giúp phòng chống UTCTC hiệu

quả, người cán bộ y tế nên thực hiện xét nghiệm HPV đầu tay. Khi xét nghiệm này dương tính sẽ soi cổ tử cung để sinh thiết nếu cần. Sau đó cần làm lại PAP test để đánh giá tình trạng bệnh lý cổ tử cung hiện có để tiện theo dõi.

### SUMMARY

#### VALUE OF THE PRIMARY HPV TEST FOR CERVICAL CANCER SCREENING

**Introduction:** The FDA approved the primary screening with cobas HPV test in April 2014 to replace the first-line PAP test, and Vietnam's Ministry of Health released the approval decision N°1639 on March 19, 2021 on cervical cancer screening, with HPV testing alone or in combination with PAP test. However, physicians are hesitant to conduct HPV tests as the first-line screening test while studies worldwide have reported that the rate of women with negative PAP but positive HPV on detecting lesions from CIN2 or higher is 15 to 25%. **Objectives:** To determine the rate of precancerous lesions and cervical cancer with negative PAP but positive HPV results in order to provide evidence which could change the mindset and habits of healthcare professionals regarding cervical cancer screening. **Materials and methods:** Study design: Retrospective cross-sectional study. Study population: Women who underwent gynecological examination and received cervical screening with Pap and HPV test, with abnormal cervical biopsy results at Hung Vuong Hospital. Sample size: Entire sample population within the year 2021. Method: Outpatient records including complete PAP, HPV testing, and pathology results interpreted at Hung Vuong Hospital. **Results:** The compatibility between PAP and HPV accounts for 39.3% (101/257). The incompatibility between PAP and HPV accounts for 60.7% (156/257), of which negative Pap positive HPV is 46.7%. Based on pathology results, the rate of undetected disease by PAP is 51.4%. The cases of lesions from CIN 2 or higher have a rate of undetected disease by PAP of 12%, including one case of ACC and one case of AGC. For HPV, HPV(-) accounts for 18.7%. In cases of lesions from CIN 2 or higher, the rate of HPV(-) is 3.1%, including one case of AGC. The rate of PAP (+) and HPV (-) among the total number of cases is 14% (36/257), of which 83.3% are CIN1 and 16.7% are CIN2+ in need of monitoring and treatment, without cervical cancer. The rate of cases with cervical cancer screening with PAP test failing to detect diseases is

<sup>1</sup>Bệnh viện Hùng Vương

<sup>2</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Nhung

Email: bsvtnhung@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024