

xúc giữa bệnh nhân và môi trường lạnh trong phòng mổ, truyền dịch lạnh. Do thuốc mê có tác dụng giãn mạch nên năng lượng nhiệt tái phân bố từ trung tâm cơ thể ra ngoại vi dẫn đến hiện tượng mất nhiệt do bức xạ, dẫn nhiệt, đối lưu và bốc hơi. Thường thì nhiệt độ trung tâm giảm xuống khoảng 1°C trong giờ đầu tiên sau gây mê. Hạ thân nhiệt làm giảm quá trình chuyển hóa thuốc, hồi tỉnh chậm, gây run sau mổ, hạ thân nhiệt sâu tới 33 -34°C gây loạn nhịp tim.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ các tác dụng bất lợi sau phẫu thuật ở nhóm ondansetron phối hợp dexamethason bao gồm đau đầu 10,2%; chóng mặt 16,3%; run 18,4%; trong khi ở nhóm ondansetron các tỷ lệ này tương ứng là 8,2%; 20,4%; 6,1% và tỷ lệ ngứa, ợ hơi nóng, ho đều là 2,1% ($p>0,05$).

- Chúng tôi không gặp trường hợp nào ức chế hô hấp, ức chế tuần hoàn sau phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi ở cả hai nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Hải. So sánh tác dụng dự phòng buồn nôn và nôn của ondansetron và metoclopramid sau phẫu thuật nội soi ổ bụng. 2011, Luận văn thạc sỹ y khoa Học viện Quân y.
2. Bhattarai, B., S. Shrestha, and J. Singh, Comparison of ondansetron and combination of ondansetron and dexamethasone as a prophylaxis for postoperative nausea and vomiting in adults undergoing elective laparoscopic surgery. J Emerg Trauma Shock, 2011. 4(2):168-72.
3. Dua, N., et al., Randomized double blind comparative study comparing efficacy of granisetron and ondansetron for the prophylactic control of postoperative nausea and vomiting in patients undergoing middle ear surgery. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2014.66(Suppl 1):252-6.

TÌNH TRẠNG NHIỄM HUMAN PAPILLOMAVIRUS NGUY CƠ CAO Ở PHỤ NỮ CÓ LOẠN SẢN BIỂU MÔ VÂY CỔ TỬ CUNG ĐỘ CAO

Lê Hạ Long Hải^{1,2}, Nguyễn Kim Đồng², Nguyễn Khánh Huyền², Vũ Huy Lương^{1,2}

SUMMARY

PREVALENCE OF HIGH-RISK HUMAN PAPILLOMAVIRUS GENOTYPES AMONG WOMEN WITH HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESIONS

Objectives: This study aims to assess the prevalence of high-risk Human papillomavirus (hrHPV) infection and the association of HPV 16 and 18 with high-grade squamous intraepithelial lesions (HSILs). **Methods:** The cross-sectional study included 106 patients who visited Hanoi Medical University Hospital from April 2022 to August 2023. All patients underwent hrHPV testing and cervical biopsies. The statistical analysis was performed using SPSS version 26.0 for Windows. **Results:** The prevalence of hrHPV infection among women with HSILs was 93.4%. Among these cases, 56.6% were infected with either HPV 16 or 18, with HPV 16 being the most prevalent at 47.2%. Age and hrHPV infection showed significant association with the severity of squamous epithelial damage (CIN 2, CIN 3). **Conclusion:** hrHPV infection was highly prevalent among women with HSILs at 93.4%. Age and infection with HPV 16 or 18 were associated with the severity of squamous epithelial damage (CIN 2, CIN 3).

Key word: Human papillomavirus, high-grade squamous intraepithelial lesion, HSIL, CIN.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ung thư cổ tử cung là nguyên nhân ung thư gây tử vong thứ 4 cho phụ nữ trên toàn thế giới. Năm 2022,

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ nhiễm của Human papillomavirus (HPV) nguy cơ cao và mối liên quan giữa HPV típ 16 và 18 tới loạn sản biểu mô vảy cổ tử cung độ cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 106 phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 04/2022 – 08/2023 và được làm xét nghiệm HPV nguy cơ cao, sinh thiết cổ tử cung chẩn đoán mô bệnh học. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. **Kết quả:** Tỉ lệ nhiễm HPV típ nguy cơ cao trên phụ nữ có tổn thương loạn sản biểu mô vảy cổ tử cung độ cao được khảo sát là 93,4%, trong đó, 56,6% phụ nữ nhiễm ít nhất 1 trong 2 loại HPV 16 và 18, HPV 16 là típ thường gặp nhất với 47,2%. Độ tuổi, tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao có liên quan tới mức độ tổn thương biểu mô vảy (CIN 2, CIN 3). **Kết luận:** Tỉ lệ nhiễm HPV típ nguy cơ cao trên phụ nữ có tổn thương loạn sản biểu mô vảy cổ tử cung độ cao là 93,4%. Độ tuổi, tình trạng nhiễm HPV típ 16, 18 có liên quan tới mức độ tổn thương biểu mô vảy (CIN 2, CIN 3). **Từ khóa:** Human papillomavirus, loạn sản biểu mô vảy độ cao, HSIL, CIN.

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Huy Lương

Email: vuhuyluong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 19.9.2024

toàn thế giới ghi nhận khoảng 660.000 ca mắc mới và 350.000 ca tử vong [1]. Tổn thương tế bào biểu mô vảy mức độ cao (high grade squamous intraepithelial lesion - HSIL) bao gồm các tình trạng trước đây được gọi là tân sinh nội biểu mô cổ tử cung (Cervical Intraepithelial Neoplasia) độ 2 và 3 (CIN 2 và CIN 3). HSIL được coi là tổn thương tiền ung thư và có liên quan đến virus gây u nhú ở người (HPV – Human papillomavirus). Khi xâm nhập qua đường sinh dục, HPV có xu hướng xâm nhập các tế bào biểu mô cổ tử cung, tích hợp vào bộ gen tế bào làm rối loạn tăng sinh của các tế bào biểu mô vảy, dẫn tới tổn thương các tế bào biểu mô vảy, biến đổi từ loạn sản đến ung thư [2]. Trong nhóm HPV có nguy cơ cao, HPV típ 16 và 18 được ước tính chiếm 70% tổng số ca ung thư cổ tử cung trên toàn thế giới và khoảng 41 – 67% HSIL [3].

Việc xác định sự liên quan giữa loạn sản biểu mô vảy độ cao cổ tử cung với HPV típ 16 và 18 là cần thiết để đưa ra chiến lược phòng chống, điều trị ung thư cổ tử cung hiệu quả. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích xác định tỉ lệ nhiễm của Human papillomavirus (HPV) nguy cơ cao và mối liên quan giữa HPV típ 16 và 18 tới loạn sản biểu mô vảy cổ tử cung độ cao tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 106 phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, có sinh thiết cổ tử cung và làm xét nghiệm HPV nguy cơ cao từ tháng 4/2022 đến tháng 8/2023.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Phụ nữ được sinh thiết cổ tử cung, có kết quả chẩn đoán mô bệnh học loạn sản biểu mô vảy độ cao.

Có chỉ định xét nghiệm HPV 14 típ nguy cơ cao (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 và 68).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Phụ nữ có tiền sử cắt tử cung, tiền sử chẩn đoán/điều trị ung thư cổ tử cung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang.
- Cỡ mẫu và chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, 106 phụ nữ đủ điều kiện được đưa vào nghiên cứu.

2.3. Kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

- **Chẩn đoán mô bệnh học cổ tử cung:** Mẫu bệnh phẩm sinh thiết cổ tử cung được cố định bằng formalin 10%, vùi paraffin, cắt mảnh cắt ở độ dày 3 μ m, nhuộm màu bằng kỹ thuật Hematoxyline – Eosin. Chẩn đoán mô bệnh học theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2020.

- **Xác định sự có mặt của HPV bằng kỹ**

thuật PCR: Mẫu bệnh phẩm dịch cổ tử cung làm xét nghiệm HPV nguy cơ cao trên hệ thống Cobas 4800, xác định sự có mặt của 14 loại HPV nguy cơ cao, trong đó cung cấp kết quả riêng lẻ cho típ HPV16, HPV 18 và kết quả gộp của 12 típ HPV nguy cơ cao (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 và 68) trong 1 lần xét nghiệm trên mẫu bệnh phẩm.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu. Các thông tin về tuổi, tình trạng nhiễm HPV (có/không, đơn nhiễm/đa nhiễm), type HPV, típ mô bệnh học (CIN 2, CIN 3) được thu thập. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Các biến liên tục được mô tả dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn, và dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm đối với các biến phân loại. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả không can thiệp chẩn đoán và điều trị, không ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Việc sử dụng số liệu được sự đồng ý của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. Các thông tin thu thập từ đối tượng nghiên cứu được bảo mật và không gây bất cứ ảnh hưởng nào tới người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 24	3	2,8
25 – 34	16	15,1
35 – 44	54	50,9
45 – 54	26	24,5
≥ 55	7	6,6
Tổng	106	100
Tuổi trung bình (Min – Max)	40,6 \pm 8,0 (21 – 59)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của phụ nữ trong nghiên cứu là 40,6 \pm 8,0. Trong đó người bệnh trẻ tuổi nhất là 21 tuổi và lớn tuổi nhất là 59 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi 35 – 44 tuổi với 54 trường hợp (50,9%). Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ ít nhất là dưới 25 tuổi với 3 trường hợp (2,8%).

Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	CIN 2 n (%)	CIN 3 n (%)	Tổng n (%)
≤ 24	3 (2,8)	0 (0)	3 (2,8)
25 – 34	10 (9,4)	6 (5,7)	16 (15,1)
35 – 44	19 (17,9)	35 (33,0)	54 (50,9)
45 – 54	13 (12,3)	13 (12,3)	26 (24,5)
≥ 55	1 (0,9)	6 (5,7)	7 (6,6)
Tổng	46 (43,4)	60 (56,6)	106 (100)

Tuổi trung bình (Min – Max)	38,7 ± 8,7 (21 – 56)	42,1 ± 7,1 (33 – 59)	
-----------------------------	----------------------	----------------------	--

Nhận xét: Trong 106 trường hợp nghiên cứu, có 46 trường hợp được chẩn đoán CIN 2 (43,4%), 60 trường hợp được chẩn đoán CIN 3 (56,6%). Tuổi trung bình nhóm có chẩn đoán CIN 2 và CIN 3 lần lượt là 38,7 tuổi và 42,1 tuổi, bệnh nhân trẻ nhất có chẩn đoán CIN 2 và CIN 3 lần lượt là 21 tuổi và 33 tuổi. Độ tuổi trung bình nhóm có chẩn đoán mô bệnh học là CIN 2 thấp hơn nhóm CIN 3 là 3,4 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,031$).

Bảng 3. Phân bố các chủng HPV nguy cơ cao trong nhóm nghiên cứu

Loại HPV nguy cơ cao	Tần suất	Tỷ lệ HPV (+)/tổng số phụ nữ (n = 106)	Tỷ lệ HPV (+)/tổng số phụ nữ dương tính (n = 99)
HPV 16	32	30,2%	32,3%
HPV 18	7	6,6%	7,1%
HPV nguy cơ	39	36,8%	39,4%

Bảng 4. Phân bố các tít HPV theo kết quả mô bệnh học

Kết quả mô bệnh học	HPV nguy cơ cao dương tính - Tần số (tỷ lệ %)							HPV nguy cơ cao âm tính	Tổng
	HPV16	HPV18	HPV nguy cơ cao khác	HPV 16 và HPV 18	HPV 16 và HPV nguy cơ cao khác	HPV 18 và HPV nguy cơ cao khác	HPV 16, HPV 18 và HPV nguy cơ cao khác		
CIN 2	10 (9,4)	3 (2,8)	17 (16,0)	1 (0,9)	5 (4,7)	3 (2,8)	4 (3,8)	3 (2,8)	46 (43,4)
CIN 3	22 (20,8)	4 (3,8)	22 (20,8)	0 (0)	8 (7,5)	0 (0)	0 (0)	4 (3,8)	60 (56,6)
Tổng	32 (30,2)	7 (6,6)	39 (36,8)	1 (0,9)	13 (12,3)	3 (2,8)	4 (3,8)	7 (6,6)	106 (100)

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm HPV tít 16, 18 trong nhóm tổn thương HSIL lần lượt là 47,2% và 14,2%. Tỷ lệ nhiễm HPV tít 16, 18 trong nhóm tổn thương CIN 2 lần lượt là 43,5% và 23,9%. Tỷ lệ nhiễm HPV tít 16, 18 trong nhóm tổn thương CIN 3 lần lượt là 50,0% và 6,7%. HPV tít 18 được tìm thấy nhiều hơn trong tổn thương CIN 2 (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p = 0,012$). HPV tít 16 có xu hướng xuất hiện nhiều hơn trong tổn thương CIN 3.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu được xét nghiệm HPV-DNA xác định tình trạng nhiễm HPV, đồng thời được chẩn đoán mô bệnh học sinh thiết cổ tử cung để đánh giá mức độ tổn thương. Đối tượng nghiên cứu trong khoảng tuổi 21 – 59 với tuổi trung bình là 40,6 tuổi. Các nghiên cứu cho thấy hầu hết phụ nữ có nguy cơ nhiễm HPV ít nhất một lần trong đời với tỷ lệ nhiễm cao nhất trong độ tuổi từ 20 – 30 tuổi. Trong số đó, khoảng 90% các trường hợp

cao khác*			
HPV 16 và HPV 18	1	0,9%	1,0%
HPV 16 và HPV nguy cơ cao khác	13	12,3%	13,1%
HPV 18 và HPV nguy cơ cao khác	3	2,8%	3,0%
HPV 16, HPV 18 và HPV nguy cơ cao khác	4	3,8%	4,0%
Âm tính với các tít nguy cơ cao	7	6,6%	0,0%
Tổng	106	100%	100%

* 1 hoặc nhiều loại HPV nguy cơ cao trong 12 tít HPV nguy cơ cao (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 và 68).

Nhận xét: Trong 106 trường hợp nghiên cứu, có 99 trường hợp phát hiện nhiễm HPV tít nguy cơ cao, chiếm 93,4%. 56,6% phụ nữ nhiễm ít nhất 1 trong 2 loại HPV 16 và 18, 50% các trường hợp có liên quan tới HPV 16.

đào thải virus trong vòng 2 năm, khoảng 10% còn lại còn nhiễm virus sau 3 năm, và dưới 5% trong số đó tiến triển thành tổn thương biểu mô vảy độ cao [4].

CIN là một loại biến đổi tế bào biểu mô cổ tử cung, và được chia thành ba cấp độ: CIN 1, CIN 2 và CIN 3. CIN 2 và CIN 3. HSIL, gồm CIN 2 và CIN 3, là bất thường của tế bào vảy cổ tử cung liên quan đến virus HPV, là hai mức độ biến đổi tế bào nghiêm trọng hơn so với CIN 1, có nguy cơ cao hơn để phát triển thành ung thư cổ tử cung. Mặc dù không phải tất cả phụ nữ có chẩn đoán HSIL đều tiến triển thành ung thư nhưng HSIL được coi là tổn thương tiền ung thư và thường được điều trị tích cực khi phát hiện bệnh. Kết quả đánh giá qua 106 trường hợp nghiên cứu cho thấy có 46 trường hợp được chẩn đoán CIN 2 (43,4%), 60 trường hợp được chẩn đoán CIN 3 (56,6%). Tuổi trung bình của phụ nữ được chẩn đoán HSIL là $40,6 \pm 8,0$ và HSIL thường gặp nhất trong nhóm tuổi 35 – 44 tuổi (50,9%). Độ tuổi trung bình nhóm có chẩn đoán mô bệnh

học là CIN 2 thấp hơn nhóm CIN 3 là 3,4 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,031$). Quá trình phát triển từ tổn thương tiền ung thư sang ung thư cổ tử cung trải qua lần lượt các giai đoạn: CIN 1, CIN 2, CIN 3, ung thư cổ tử cung. Thời gian phát triển từ CIN 2 sang CIN 3 có thể khác nhau đối với từng cá nhân và không có một quy luật cụ thể cho từng trường hợp. Tuy nhiên, thông thường, điều này có thể xảy ra từ vài tháng đến vài năm, tùy thuộc vào típ HPV và tình trạng miễn dịch của người bệnh. CIN 2 thường xảy ra ở những phụ nữ trẻ, đặc biệt là trong nhóm tuổi từ 25 đến 35, CIN 3 thường xuất hiện ở những phụ nữ trung niên và cao tuổi, đặc biệt là từ 30 đến 40 tuổi. Nghiên cứu của Akihiro Karube và cộng sự tại Nhật Bản năm 2021 cho thấy, 38,8% phụ nữ có chẩn đoán CIN 2 tiến triển thành CIN 3 sau 2 năm, trong đó, phụ nữ nhiễm HPV típ 16/18 tiến triển nhanh hơn các típ HPV khác [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 99/106 phụ nữ có chẩn đoán HSIL cổ tử cung có kết quả dương tính với HPV típ nguy cơ cao, chiếm 93,4% cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa nhiễm HPV típ nguy cơ cao với tổn thương HSIL. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Kết quả nghiên cứu của Lê Quang Vinh và cộng sự tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2017 cho thấy tỉ lệ nhiễm HPV típ nguy cơ cao ở bệnh nhân có tổn thương HSIL là 90,7% [6]. Kết quả nghiên cứu của Meizhu Xiao và cộng sự tại Bắc Kinh, Trung Quốc năm 2016 cho thấy tỉ lệ nhiễm HPV típ nguy cơ cao ở bệnh nhân có tổn thương HSIL là 93,3% [7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy 56,6% phụ nữ có chẩn đoán mô bệnh học là HSIL nhiễm ít nhất 1 trong 2 loại HPV 16 và 18 gặp trong tất cả các nhóm tuổi. Kết quả của chúng tôi về nhóm HPV phổ biến trong HSIL cũng tương đồng các nghiên cứu trong khu vực và trên thế giới. HPV típ 16, 18 được ước tính chiếm 70% tổng số ca ung thư cổ tử cung trên toàn thế giới, tỉ lệ HPV típ 16, 18 ước tính cao hơn một chút ở các khu vực phát triển hơn (72–77%) so với các khu vực kém phát triển hơn (65–72%) và chiếm khoảng 41–67% tổn thương HSIL [3]. Phụ nữ nhiễm HPV típ 16 và 18 có nguy cơ có tổn thương CIN2/CIN3 cao hơn so với những người không nhiễm HPV.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong các trường hợp có tổn thương HSIL, HPV 16 là típ xuất hiện nhiều nhất với 47,2%, HPV 18 được phát hiện thấp hơn với 14,2%. HPV típ 18 được

phát hiện nhiều hơn trong tổn thương CIN 2. HPV típ 16 có xu hướng xuất hiện nhiều hơn ở bệnh nhân CIN3. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy HPV típ 16 là típ có liên quan mật thiết nhất trong tổn thương HSIL. So với các típ HPV khác, sự tích hợp DNA HPV-16 vào bộ gen vật chủ xảy ra thường xuyên hơn và có xu hướng phá vỡ gen E2 của virus, dẫn đến biểu hiện không kiểm soát của oncoprotein E6 và E7, có ái lực liên kết mạnh hơn và hiệu quả hơn các típ HPV khác với các protein ức chế khối u p53 và protein retinoblastoma (pRb), dẫn đến sự phân hủy các chất ức chế khối u này hiệu quả hơn, dẫn đến sự tăng sinh tế bào không kiểm soát. Đồng thời, với protein E5 của HPV-16 điều hòa các phân tử MHC (major histocompatibility complex: phức hợp hòa hợp mô chủ yếu) lớp I, cho phép trốn tránh hệ thống miễn dịch của vật chủ. Khả năng tăng cường của HPV-16 trong việc làm suy giảm các chất ức chế khối u, tần suất tích hợp DNA cao hơn, khả năng trốn tránh miễn dịch hiệu quả hơn và khả năng gây ung thư lớn hơn giúp phân biệt nó với các loại HPV khác. Những yếu tố này góp phần làm tăng khả năng gây ung thư và tỉ lệ lưu hành cao hơn trong ung thư cổ tử cung.

Các tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung có thể được phòng ngừa, phát hiện sớm thông qua hoạt động tiêm chủng và sàng lọc. Các khuyến nghị về vaccine phòng ngừa HPV hiện tại áp dụng cho người từ 9 tuổi trở lên cho đến 26 tuổi và người lớn từ 27-45 tuổi có thể có nguy cơ nhiễm virus HPV mới và được hưởng lợi từ việc tiêm chủng. Đối tượng mục tiêu chính của tiêm chủng ngừa HPV được WHO khuyến nghị là các bé gái từ 9-14 tuổi, trước khi có hoạt động tình dục, phải tiêm vắc xin hai liều và các bé gái ≥ 15 tuổi, phải tiêm vắc xin ba liều. Vaccine HPV có tính sinh miễn dịch cao, hiệu lực và hiệu quả của vắc xin rất cao ở những phụ nữ trẻ có huyết thanh âm tính với HPV trước khi tiêm chủng [8]. Cùng với tăng cường tiêm phòng vaccine HPV, hoạt động sàng lọc ung thư cổ tử cung cần được tiến hành rộng rãi. Theo khuyến nghị của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ, độ tuổi sàng lọc ung thư cổ tử cung được tiến hành trong nhóm phụ nữ từ 25 – 65 tuổi. Thực hiện sàng lọc lần đầu bắt đầu từ 25 tuổi với phương pháp được ưu tiên là xét nghiệm HPV (5 năm 1 lần) thay vì làm xét nghiệm Pap như trong các khuyến nghị trước đó. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng xét nghiệm HPV chính xác và đáng tin cậy hơn xét nghiệm Pap, đồng thời không cần lặp lại thường xuyên [9].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nhiễm HPV típ nguy cơ cao trên phụ nữ có tổn thương loạn sản biểu mô vảy cổ tử cung độ cao được khảo sát là 93,4%, trong đó, 56,6% phụ nữ nhiễm ít nhất 1 trong 2 loại HPV 16 và 18. HPV 16 là típ thường gặp nhất với 47,2%. HPV típ 18 được tìm thấy nhiều hơn trong tổn thương CIN 2, HPV típ 16 có xu hướng xuất hiện nhiều hơn trong tổn thương CIN 3. Độ tuổi, tình trạng nhiễm HPV típ 16, 18 có liên quan tới mức độ tổn thương biểu mô vảy (CIN 2, CIN 3).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2024). Cervical cancer.
2. Ojha PS, Maste MM, Tubachi S, et al (2022). Human papillomavirus and cervical cancer: an insight highlighting pathogenesis and targeting strategies. *Virusdisease*. 2022 Jun;33(2):132-154.
3. Clifford G, Franceschi S, Diaz M, et al (2006). Chapter 3: HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine*. 2006;24 Suppl 3:S3/26-S3/34. doi:10.1016/j.vaccine.2006.05.026.
4. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, et al (2007). Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2007. 370 (9590):890-907.
5. Karube A, Saito F, Waqa M, et al (2021). Progression of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 lesions among Japanese women harboring different genotype categories of high-risk human papillomaviruses. *J Rural Med*. 2021;16(2):91-97. doi:10.2185/jrm.2020-038.
6. Lê Quang Vinh, Đàm Thị Quỳnh Liên, Lưu Thị Hồng và CS (2017). Tình hình nhiễm HPV nguy cơ cao ở những phụ nữ có tổn thương tân sản nội biểu mô và ung thư cổ tử cung. *Tạp chí Phụ sản* 15(02), 125-29.
7. Xiao M, Xu O, Li H, et al (2016). Prevalence of Human Papillomavirus Genotypes Among Women With High-Grade Cervical Lesions in Beijing, China. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(3):e2555. doi:10.1097/MD.0000000000002555.
8. Kamolratanakul S, Pitisuttithum P (2021). Human Papillomavirus Vaccine Efficacy and Effectiveness against Cancer. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(12):1413. Published 2021 Nov 30. doi:10.3390/vaccines9121413.
9. National Cancer Institute (2020). ACS's Updated Cervical Cancer Screening Guidelines Explained.

ĐẶC ĐIỂM CÁC RỐI LOẠN NHU ĐỘNG THỰC QUẢN Ở BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRÊN THEO PHÂN LOẠI CHICAGO 4.0

Đào Việt Hằng^{1,2,3}, Lưu Thị Minh Huế¹, Nguyễn Duy Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả phân bố các rối loạn nhu động (RLND) theo phân loại Chicago 4.0 trên đo HRM ở bệnh nhân có biểu hiện đường tiêu hóa trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng dữ liệu hồi cứu trên các bệnh nhân đến khám tại Phòng khám Đa khoa Hoàng Long – Viện nghiên cứu, đào tạo Tiêu hóa, Gan mật từ tháng 09/2020 đến 02/2023 có biểu hiện đường tiêu hóa trên được chỉ định đo HRM. Các RLND được chẩn đoán dựa theo tiêu chuẩn Chicago 4.0. **Kết quả:** 2219 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn, 4,1% có chẩn đoán GERD dựa trên kết quả nội soi và đo pH trở kháng thực quản 24 giờ. Ở các bệnh nhân có biểu hiện đường tiêu hóa trên, 42,2% có RLND thực quản trên đo HRM, trong đó IEM là RLND phổ biến nhất (36,1%), co thắt tâm vị gặp tỉ lệ thấp (2,3%). Tỉ lệ IEM có xu hướng cao hơn ở nhóm GERD so với nhóm có triệu chứng đường tiêu hóa trên (46,2% với 36,1%). Tỉ lệ co thắt tâm vị và tắc nghẽn

vùng nối dạ dày-thực quản chiếm 3,8% và 3,5% ở nhóm nuốt nghẹn và nhóm có triệu chứng GERD điển hình. **Kết luận:** RLND gặp khá phổ biến ở các bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa trên, trong đó IEM là RLND thường gặp nhất.

Từ khóa: rối loạn nhu động, đo áp lực và nhu động thực quản, Chicago 4.0

SUMMARY

THE PREVALENCE OF ESOPHAGEAL MOTILITY DISORDERS BASED ON CHICAGO 4.0 CLASSIFICATION IN PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL SYMPTOMS

Objective: Describe the distribution of motility disorders (MDs) according to the Chicago 4.0 classification on high resolution manometry (HRM) in patients with upper gastrointestinal (UGI) symptoms. **Subjects and methods:** Our study used retrospective data on patients who had UGI symptoms and underwent HRM at Hoang Long Clinic - Institute of Gastroenterology and Hepatology between September 2020 and February 2023. MDs are diagnosed based on the Chicago 4.0 criteria. **Results:** 2219 patients met the criteria, 4.1% had a diagnosis of GERD based on endoscopy results and 24-hour esophageal impedance pH measurement. Among patients presented with UGI symptoms, 42.2% had MDs, of which IEM was the most common (36.1%), achalasia had a low prevalence (2.3%). The

¹Viện nghiên cứu và đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

²Bộ môn Nội tổng hợp, trường Đại học Y Hà Nội

³Trung tâm Nội soi, bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 20.9.2024