

cấu trúc nhưng dây chằng Zinn, thể mi và hậu phòng, nhằm hiểu rõ hơn cơ chế góc đóng góp phần đưa ra quyết định điều trị chính xác hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim, M., et al., Anterior chamber configuration changes after cataract surgery in eyes with glaucoma. Korean J Ophthalmol, 2012. 26(2): p. 97-103.
2. Kameda, T., et al., Long-term efficacy of goniosynechialysis combined with phacoemulsification for primary angle closure. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 2013. 251(3): p. 825-30.
3. Shao, T., et al., Anterior Chamber Angle Assessment by Anterior-segment Optical Coherence Tomography After Phacoemulsification With or Without Goniosynechialysis in Patients With Primary Angle Closure Glaucoma. J Glaucoma, 2015. 24(9): p. 647-55.
4. Zhao, J., et al., Phaco-goniosynechialysis versus phaco-trabeculectomy in patients with refractory primary angle-closure glaucoma: a comparative study. BMC Ophthalmol, 2023. 23(1): p. 144.
5. Rodrigues, I.A., et al., Aqueous outflow facility after phacoemulsification with or without goniosynechialysis in primary angle closure: a randomised controlled study. Br J Ophthalmol, 2017. 101(7): p. 879-885.
6. Ang, M., et al., Anterior segment optical coherence tomography. Prog Retin Eye Res, 2018. 66: p. 132-156.
7. Quigley, H.A., Angle-Closure Glaucoma –Simpler Answers to Complex Mechanisms: LXVI Edward Jackson Memorial Lecture. American Journal of Ophthalmology, 2009. 148(5): p. 657-669.e1.
8. Salim, S., The role of anterior segment optical coherence tomography in glaucoma. J Ophthalmol, 2012. 2012: p. 476801.
9. Smith, S.D., et al., Evaluation of the anterior chamber angle in glaucoma: a report by the american academy of ophthalmology. Ophthalmology, 2013. 120(10): p. 1985-97.
10. Sihota, R., et al., Scanning electron microscopy of the trabecular meshwork: understanding the pathogenesis of primary angle closure glaucoma. Indian J Ophthalmol, 2012. 60(3): p. 183-8.

ỨNG DỤNG XÉT NGHIỆM HUMAN PAPILLOMA VIRUS MRNA TRÊN BỆNH NHÂN KHÁM PHỤ KHOA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG NĂM 2024

Đào Thị Hải Yến¹, Đào Thị Thái Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả thực trạng bệnh nhân khám phụ khoa được chẩn đoán nhiễm HPV bằng kỹ thuật mRNA tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2024. 2. Nhận xét kết quả của xét nghiệm HPV mRNA trong chẩn đoán nhiễm HPV và một số yếu tố liên quan ở những bệnh nhân trên. **Cỡ mẫu:** thuận tiện, thu nhận được 1079 đối tượng phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu từ 01/06/2024 đến 31/12/2024 tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $38,54 \pm 10,23$ tuổi. Có tiền sử can thiệp CTC là 4,6%. Kết quả tế bào học HSIL và LSIL là 0,5% và 0,4%. Soi CTC cho kết quả bình thường (54,7%), viêm (35,9%), vết trắng (0,7%) và u xơ CTC (0,1%). Tỷ lệ nhiễm HPV chiếm 10% đối tượng nghiên cứu, trong đó 12 type nguy cơ cao chiếm tỷ lệ cao nhất (6,8%), nhiễm HPV 16 là 2,4% và HPV 18 là 0,8%, chỉ có 1 phụ nữ đồng nhiễm HPV type 16 và 12 type nguy cơ cao khác (0,1%). Nhóm

có tiền sử can thiệp CTC có tỷ lệ nhiễm HPV cao gấp 37,7 lần nhóm không có tiền sử can thiệp ($p < 0,001$). Nhóm có kết quả HPV dương tính có tỷ lệ soi CTC có hình ảnh loạn sản cao gấp 19,4 lần nhóm HPV âm tính. Theo phân tầng nguy cơ, nhóm nhiễm type HPV 16,18 có tỷ lệ soi CTC có hình ảnh loạn sản cao gấp 4,76 lần so với nhóm nhiễm 12 type nguy cơ cao khác. Nhóm có kết quả HPV dương tính có tỷ lệ tế bào học bất thường cao gấp 78,46 lần nhóm HPV âm tính. Theo phân tầng nguy cơ, nhóm nhiễm type HPV 16,18 có tỷ lệ tế bào học bất thường cao gấp 8,75 lần so với nhóm nhiễm 12 type nguy cơ cao khác.

Từ khóa: HPV, mRNA

SUMMARY

APPLICATION OF HUMAN PAPILLOMA VIRUS mRNA TESTING ON GYNECOLOGICAL PATIENTS AT HAI PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Objectives: 1. To describe the current status of gynecological patients diagnosed with HPV infection using mRNA-based techniques at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital in 2024. 2. To evaluate the results of HPV mRNA testing in diagnosing HPV infection and associated factors among these patients. **Sample size:** A convenience sampling approach was employed. A total of 1079 participants who met the inclusion and exclusion criteria were enrolled during the study period from June 1, 2024 to December 31,

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Hải Yến

Email: dthyen@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

2024 at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital. Participants were recruited based on their availability and presentation for gynecological care within the specified timeframe. **Study design:** Cross-sectional descriptive study. **Results and conclusions:** The mean age of participants was 38.54 ± 10.23 years. A history of cervical intervention was reported in 4.6% of cases. Cytology results showed 0.5% with HSIL and 0.4% with LSIL. Colposcopy findings included normal cervix (54.7%), cervicitis (35.9%), acetowhite lesions (0.7%), and cervical fibroids (0.1%). The HPV infection rate was 10%, with the 12 high-risk genotypes accounting for the highest proportion (6.8%). HPV 16 and HPV 18 were detected in 2.4% and 0.8% of cases, respectively. Co-infection with HPV 16 and other 12 high-risk types was found in one woman (0.1%). Patients with a history of cervical intervention had a 37.7-fold higher risk of HPV infection compared to those without such history ($p < 0.001$). The HPV-positive group had a 19.4-fold higher rate of dysplastic lesions on colposcopy compared to the HPV-negative group. Stratified by risk, patients infected with HPV types 16 and/or 18 had a 4.76-fold higher rate of dysplastic colposcopic findings compared to those infected with the other 12 high-risk types. The rate of abnormal cytology was 78.46 times higher in the HPV-positive group than in the HPV-negative group. Additionally, those infected with HPV 16 and/or 18 had an 8.75-fold higher rate of abnormal cytology compared to those infected with the other 12 high-risk types. **Keywords:** HPV, mRNA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là loại ung thư phổ biến thứ 4 ở phụ nữ. Theo GLOBOCAN 2022, UTCTC là nguyên nhân gây tử vong do ung thư cao nhất ở phụ nữ tại 38 quốc gia với hơn 348.000 ca tử vong trên toàn thế giới [1]. Nhiễm trùng Papillomavirus ở người (HPV) dai dẳng là nguyên nhân chính gây ra các tổn thương biểu mô cổ tử cung (CTC) và có đến 99% trường hợp UTCTC do HPV type nguy cơ cao. Virus HPV xâm nhập vào biểu mô CTC gây biến đổi loạn sản từ mức độ thấp đến ung thư xâm lấn. Chính vì vậy, sàng lọc nhằm phát hiện và điều trị sớm các tổn thương tiền ung thư là vấn đề rất quan trọng để giảm thiểu tỉ lệ mắc bệnh cũng như tỉ lệ tử vong do UTCTC. Hiện nay, có hơn 200 phương pháp xét nghiệm để phát hiện HPV trong các mẫu phết tế bào CTC. Các xét nghiệm này phần lớn khác nhau về nguyên tắc xét nghiệm, khả năng phát hiện DNA hoặc mRNA của HPV, cũng như vùng bộ gen của virus. Xét nghiệm mRNA cung cấp độ đặc hiệu cao hơn các xét nghiệm dựa trên DNA của HPV [2]. Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng là một trong những bệnh viện tuyến đầu đã và đang triển khai thành công chương trình sàng lọc và điều trị cho những bệnh nhân có các tổn thương tiền UTCTC trong nhiều năm gần

đây. Phương pháp Aptima định tính mRNA của HPV là phương pháp sàng lọc mới với độ chính xác cao đã được áp dụng, góp phần trong chẩn đoán, điều trị các tổn thương cổ tử cung với kết quả như thế nào? Để có cái nhìn tổng quan về vấn đề này, đề tài: "*Ứng dụng xét nghiệm Human Papilloma Virus mRNA trên bệnh nhân khám phụ khoa tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2024*" được tiến hành với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng bệnh nhân khám phụ khoa được chẩn đoán nhiễm HPV bằng kỹ thuật mRNA tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2024.
2. Nhận xét kết quả của xét nghiệm HPV mRNA trong chẩn đoán nhiễm HPV và một số yếu tố liên quan ở những bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu. Phụ nữ tuổi từ 21 đến 65 đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng được sàng lọc UTCTC bằng Co-testing với phương pháp sàng lọc HPV bằng kỹ thuật mRNA trong thời gian từ 01– 12/2024

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Phụ nữ tuổi từ 21 đến 65 đã có quan hệ tình dục.
- Đồng ý sàng lọc UTCTC Co-testing với sàng lọc HPV bằng kỹ thuật mRNA.
- Có kết quả khám, soi cổ tử cung.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Những trường hợp chống chỉ định làm xét nghiệm HPV và tế bào CTC như có thụt rửa âm đạo, đặt thuốc, giao hợp trong vòng 24 giờ, đang hành kinh, viêm nhiễm âm đạo, viêm CTC nặng.

- Những trường hợp đang điều trị tổn thương CTC.
- Bệnh nhân đã cắt tử cung hoàn toàn, cắt cụt CTC
- Phụ nữ đang có bệnh cấp hoặc mạn tính.
- Đang mang bệnh tâm thần hoặc giao tiếp không bình thường.
- Bệnh nhân làm xét nghiệm sàng lọc từ cơ sở y tế khác mang đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Thuận tiện, không xác suất, trong thời gian nghiên cứu thu nhận được 1079 đối tượng phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng bệnh nhân khám phụ khoa được chẩn đoán nhiễm HPV bằng kỹ thuật mRNA tại Bệnh viện Phụ Sản Hải

Phòng năm 2024

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm chung		Số lượng (n=1079)	Tỉ lệ % (100%)
Nhóm tuổi	21 – 29	225	20,9%
	30 – 39	368	34,1%
	40 – 49	322	29,8%
	50 – 59	138	12,8%
	≥ 60	26	2,4%
	Tuổi trung bình ± SD (Tuổi thấp nhất - Tuổi cao nhất)	38,54 ± 10,23 (Min: 21 – Max: 65)	
Địa dư	Thành thị	559	51,8%
	Nông thôn	520	48,2%
Nghề nghiệp	CBCNV	296	27,4%
	Nội trợ	292	27,1%
	Lao động	452	41,9%
	Sinh viên	39	3,6%

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 38,54 ± 10,23, trong đó, nhóm tuổi 30-39 và 40-49 chiếm tỉ lệ cao nhất (34,1% và 29,8%). Tỉ lệ ở thành thị và nông thôn là khá cân bằng, với lần lượt là 51,8% và 48,2%. Nghề nghiệp chiếm phần lớn là lao động tự do 41,9%, nhóm sinh viên chiếm 3,6%.

Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử can thiệp cổ tử cung

Tiền sử can thiệp cổ tử cung	Số lượng (n=1079)	Tỉ lệ % (100%)
Đốt điện	2	0,2%
Áp lạnh	1	0,1%
Laser	1	0,1%
LEEP	1	0,1%
Không	1074	99,5%

Có 5 phụ nữ từng can thiệp CTC, trong đó đốt điện có 2 người (0,2%), áp lạnh, laser, LEEP đều có 1 người.

Bảng 3.3. Đặc điểm tế bào học cổ tử cung và soi cổ tử cung

Đặc điểm		Số lượng (n=1079)	Tỉ lệ (%)
Tế bào học	Bình thường	1070	99,1%
	LSIL	4	0,4%
	HSIL	5	0,5%
	ASC - US	0	0
	ASC - H	0	0
Soi cổ tử cung	Bình thường	590	54,7%
	Viêm	387	35,9%
	Lộ tuyến	22	2,0%

Bảng 3.6. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm HPV

Các yếu tố		HPV	Dương tính	Âm tính	Tổng	OR [95%CI]	p
Tuổi		<45 tuổi	20	255	275	1,55	0,102

Nang Naboth	41	3,8%
Polyp	27	2,5%
Vết trắng	8	0,7%
Papilloma	3	0,3%
U xơ cổ tử cung	1	0,1%

Hầu hết kết quả tế bào học của nhóm đối tượng nghiên cứu là bình thường, chiếm 99,1%. Có 5 phụ nữ có kết quả là HSIL, 4 phụ nữ có kết quả LSIL, chiếm tỉ lệ là 0,5% và 0,4%.

Kết quả soi CTC là bình thường (54,7%), viêm (35,9%), vết trắng (0,7%) và u xơ CTC là 0,1%.

3.2. Kết quả của xét nghiệm HPV mRNA trong chẩn đoán nhiễm HPV và một số yếu tố liên quan**Hình 3.1. Tỷ lệ nhiễm HPV**

Tỉ lệ nhiễm HPV chiếm 10% ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.4. Tỷ lệ nhiễm các type HPV nguy cơ cao

Type HPV		Số lượng (n=1079)	Tỉ lệ (100%)
Dương tính	16	26	2,4%
	18	9	0,8%
	12 type NCC khác	73	6,8%
Âm tính		971	90%

Nhiễm HPV 12 type nguy cơ cao chiếm tỉ lệ cao nhất 6,8%. Có 26 phụ nữ dương tính HPV 16 (2,4%) và 9 phụ nữ dương tính HPV 18 (0,8%)

Bảng 3.5. Phân bố các nhóm nhiễm HPV nguy cơ cao

Phân nhóm	Type HPV	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đơn nhiễm	16	25	2,3%
	18	9	0,8%
	12 type NCC khác	72	6,7%
Đồng nhiễm	16 và NCC khác	1	0,1%
	18 và NCC khác	0	0
	16 và 18	0	0
	16, 18 và NCC	0	0

Nhiễm HPV type 16 chiếm 2,3%, type 18 chiếm 0,8%, 12 type NCC khác chiếm 6,7%. Chỉ có 1 phụ nữ đồng nhiễm HPV type 16 và 12 type nguy cơ cao khác, chiếm tỉ lệ 0,1%.

	≥45 tuổi	87	717	972	[0,92 – 2,54]	
	Tổng	107	972	1079		
Tiền sử can thiệp CTC	Có	4	1	5	37,7	<0,001
	Không	103	971	1074	[4,22 – 344,28]	
	Tổng	107	972	1079		

Nhóm tuổi <45 và ≥ 45 tuổi có khác biệt ở kết quả nhiễm HPV tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê. Nhóm có tiền sử can thiệp CTC có tỉ lệ nhiễm HPV cao gấp 37,7 lần nhóm không có tiền sử can thiệp với $p < 0,001$.

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa kết quả nhiễm HPV với soi cổ tử cung

HPV	Soi CTC	Loạn sản	Không có loạn sản	Tổng	OR [95% CI]	p
Nhiễm HPV	Dương tính	6	101	107	19,4 [4,78 – 78,76]	<0,001
	Âm tính	3	969	972		
	Tổng	9	1070	1079		

Nhóm có HPV dương tính có tỉ lệ soi CTC có hình ảnh loạn sản cao gấp 19,4 lần nhóm âm tính ($p < 0,001$).

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa kết quả phân tầng nguy cơ với soi cổ tử cung

HPV	Soi CTC	Loạn sản	Không có loạn sản	Tổng	OR [95% CI]	p
Phân tầng nguy cơ	HPV 16,18	6	29	35	4,76 [1,11 – 20,33]	0,023
	12 type nguy cơ cao khác	3	69	72		
	Tổng	9	98	107		

Theo phân tầng nguy cơ, nhóm nhiễm type HPV 16,18 có tỉ lệ soi CTC thấy hình ảnh loạn sản cao gấp 4,759 lần so với nhóm nhiễm 12 type NCC khác ($p = 0,023$).

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa kết quả nhiễm HPV với tế bào học

HPV	Tế bào học	Bất thường	Bình thường	Tổng	OR [95% CI]	p
Nhiễm HPV	Dương tính	8	99	107	78,46 [70,04 – 92,19]	<0,001
	Âm tính	1	971	972		
	Tổng	9	1070	1079		

Nhóm đối tượng nghiên cứu có kết quả HPV dương tính có tỉ lệ tế bào học bất thường cao gấp 78,46 lần nhóm HPV âm tính ($p < 0,001$).

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa kết quả phân tầng nguy cơ với tế bào học

HPV	Tế bào học	Bất thường	Bình thường	Tổng	OR [95% CI]	p
Phân tầng nguy cơ	HPV 16,18	7	28	35	8,75 [1,71 – 44,72]	0,003
	12 type nguy cơ cao khác	2	70	72		
	Tổng	9	98	107		

Theo phân tầng nguy cơ, nhóm nhiễm type HPV 16,18 có tỉ lệ tế bào học bất thường cao gấp 8,75 lần với nhóm nhiễm 12 type nguy cơ cao khác ($p = 0,003$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng bệnh nhân khám phụ khoa được chẩn đoán nhiễm HPV bằng kỹ thuật mRNA tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2024

Đặc điểm chung: Theo bảng 3.1, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $38,54 \pm 10,23$ tuổi, trong đó nhóm tuổi 30 – 39 và 40 – 49 chiếm tỉ lệ cao nhất (34,1% và 29,8%), tiếp đến là nhóm tuổi 40 – 49 (29,8%) và nhóm tuổi 21 – 29 chiếm 20,9%. Có sự khác biệt là do đây là lứa tuổi hoạt động tình dục mạnh nhất nên sẽ

có nhiều các vấn đề phụ khoa hơn như khí hư bất thường, hiếm muộn, rối loạn kinh nguyệt,... Do đó tỉ lệ người khám ở 3 nhóm tuổi trên sẽ cao nhất. Nghiên cứu này khá tương đồng với Trần Thị Ngọc Linh khi độ tuổi làm bộ đôi xét nghiệm chủ yếu là nhóm từ 30 – 39 tuổi chiếm 38,19% [3].

Tỉ lệ phụ nữ trong nghiên cứu ở thành thị cao hơn (51,8%) so với nông thôn (48,2%), khá tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội với tỉ lệ lần lượt là 51,26% và 48,74% [3]. Điều này được lý giải là do đối tượng khám bệnh chủ yếu là người trong thành phố, ý thức và điều kiện tiếp cận của người thành thị với các dịch vụ y tế cũng cao hơn. Hơn thế đời sống tình dục của người thành thị cởi mở hơn dẫn đến

để gặp các vấn đề về viêm nhiễm phụ khoa hơn, nên tỉ lệ đi khám bệnh cũng cao hơn.

Trong nghiên cứu này, lao động tự do chiếm 41,9%, tỉ lệ CBCNV và nội trợ khá tương đồng nhau (27,4% và 27,1%), sinh viên chiếm tỉ lệ thấp nhất với 3,6%. Lao động tự do là nhóm đối tượng linh hoạt về thời gian nên dễ dàng đi khám phụ khoa hơn. Nghiên cứu này có sự khác biệt với tác giả Lâm Đức Tâm, khi làm ruộng/vườn chiếm tỉ lệ lớn nhất với 38,1%. Sự khác biệt trên do cách chọn địa điểm nghiên cứu, lối sống và phong tục tập quán của từng vùng miền [4].

Tiền sử can thiệp cổ tử cung: Bảng 3.2 cho thấy, đa số đối tượng nghiên cứu chưa có tiền sử can thiệp CTC (99,5%). Nghiên cứu khác trên thế giới cho thấy các nhóm đối tượng nhiễm HPV hoặc bất thường tế bào học CTC có tỉ lệ can thiệp CTC cao hơn [5].

Đặc điểm tế bào học cổ tử cung: Có 9 trường hợp bất thường tế bào học chiếm 0,9% bao gồm: 4 trường hợp LSIL và 5 trường hợp HSIL. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm.

Đặc điểm soi cổ tử cung: kết quả soi CTC bình thường (54,7%), viêm (35,9%), các tình trạng như lộ tuyến, nang Naboth, polype CTC, vết trắng, Papilloma, u xơ CTC chiếm tỉ lệ nhỏ, đều dưới 4%. Các tỉ lệ này khác nhau ở các nghiên cứu do phụ thuộc vào tuổi, các yếu tố nguy cơ như: hoạt động tình dục, môi trường làm việc, điều kiện vệ sinh..., dao động trong khoảng 30 – 50%.

4.2. Kết quả của xét nghiệm HPV mRNA trong chẩn đoán nhiễm HPV và một số yếu tố liên quan

Tỉ lệ nhiễm HPV: Nghiên cứu cho thấy có 10% nhiễm HPV và 90% âm tính (hình 3.1). Tỉ lệ nhiễm HPV khá tương đồng với các nghiên cứu ở trong nước và nước ngoài [6],[4]. Tuy nhiên theo Li H và cộng sự tỉ lệ nhiễm HPV chiếm 17,92% [8]. Vũ Văn Tâm cho thấy tỉ lệ nhiễm HPV là 12,75% [7] cao hơn so với nghiên cứu này. Có thể lý giải là do nghiên cứu của các tác giả trên sử dụng phương pháp xét nghiệm là HPV DNA còn nghiên cứu này sử dụng kĩ thuật mRNA HPV. HPV DNA test có thể phát hiện sự hiện diện của DNA virus, bất kể virus có hoạt động hay không bao gồm cả những ca nhiễm thoáng qua. Do đó, không phân biệt giữa các trường hợp nhiễm tạm thời và nhiễm dai dẳng. HPV mRNA test dựa trên cơ chế phát hiện mRNA của các gen E6/E7 – chỉ xuất hiện khi virus đang hoạt động và có nguy cơ gây đột biến

ung thư trong tế bào. Vì vậy tỷ lệ nhiễm thấp hơn nhưng có độ đặc hiệu cao hơn.

Kết quả định type HPV: Có tổng cộng 107 đối tượng nhiễm HPV, nhiễm HPV 12 type chiếm 68%, HPV 16 với 24%, HPV 18 là 8%. Chỉ có 1/107 đối tượng là đồng nhiễm HPV 16 và 12 type nguy cơ cao, chiếm 1%. Kết quả này tương đồng với Vũ Văn Tâm là 66,7%, HPV 16 là 20,4% và HPV 18 là 12,9%; tỉ lệ đồng nhiễm từ 2 type trở lên chiếm 11,1% [7]. Tại Trung Quốc, Chen X cho thấy tỉ lệ đơn nhiễm chiếm 77,52%, đa nhiễm 22,48% và đa nhiễm 12 type là chủ yếu. Như vậy nghiên cứu khác nhau cho kết quả định type HPV có đặc trưng riêng theo từng khu vực. Mặc dù vậy các type nguy cơ được tìm thấy nhiều nhất là HPV 16, 18, 52, 56, 58 [9].

Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HPV: Bảng 3.6 cho thấy, có tiền sử can thiệp cổ tử cung thì nguy cơ nhiễm HPV gấp 37,7 lần so với nhóm không có tiền sử can thiệp. Can thiệp CTC như đốt điện, laser, LEEP... được sử dụng cho những phụ nữ có tổn thương tiền ung thư có nhiễm HPV. Những thủ thuật này có thể giải quyết mô tổn thương nhưng không thể loại bỏ hoàn toàn tình trạng nhiễm HPV. HPV có khả năng tiềm ẩn trong mô CTC và có thể tái hoạt động sau khi can thiệp do: (1) sự suy giảm miễn dịch tại vị trí tổn thương. (2) mô CTC đang tái tạo và hồi phục sau can thiệp, nên dễ bị nhiễm HPV hơn.

Nhóm có kết quả HPV dương tính có tỉ lệ soi CTC có hình ảnh loạn sản cao gấp 19,4 lần nhóm HPV âm tính ($p < 0,001$). Hầu hết các trường hợp có hình ảnh loạn sản CTC có nhiễm HPV. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của HPV trong việc gây ra các tổn thương tiền ung thư từ loạn sản nhẹ (CIN1) và tiến triển đến loạn sản nặng (CIN2, CIN3).

Theo phân tầng nguy cơ, nhóm nhiễm type HPV 16,18 có tỉ lệ soi CTC có hình ảnh loạn sản cao gấp 4,76 lần so với nhóm nhiễm 12 type nguy cơ cao khác ($p = 0,023$). HPV type 16 và 18 được xác định là nguyên nhân gây ra khoảng 70% các trường hợp UTCTC. Chúng có khả năng xâm nhập sâu vào tử cung, thay đổi cấu trúc mô và dẫn đến các tổn thương tiền ung thư.

Trong 9 trường hợp có bất thường tế bào học, có 8 trường hợp HPV dương tính và 1 trường hợp HPV âm tính (bảng 3.9). Nhiễm HPV có nguy cơ gây bất thường tế bào học gấp 78,46 lần so với trường hợp không nhiễm ($p < 0,001$). Các nghiên cứu khác cũng đã cho thấy độ đặc hiệu của HPV mRNA Aptima cũng tốt hơn tế bào học, giảm dương tính giả do nhiễm HPV thoáng

qua và có độ nhạy vượt trội so với xét nghiệm tế bào học trong việc phát hiện tổn thương CIN2. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng HPV mRNA Aptima có tiềm năng thay thế tế bào học trong tầm soát ung thư CTC, đặc biệt trong sàng lọc ban đầu và theo dõi các trường hợp tế bào học bất thường.

Trong 9 trường hợp tế bào học bất thường (bảng 3.10), 7 trường hợp nhiễm HPV 16 và 18 (77,8%), chỉ 2 trường hợp liên quan đến các 12 type HPV nguy cơ khác hoặc âm tính. Điều này cho thấy tỷ lệ HPV 16,18 chiếm ưu thế ở nhóm có tế bào học bất thường. Ở nhóm tế bào học bình thường, tỷ lệ nhiễm HPV 16,18 rất thấp (2,5%). HPV 16 và 18 mã hóa hai oncoprotein E6 và E7, có khả năng tương tác mạnh với các protein ức chế khối u của tế bào chủ: E6 gắn và phân hủy protein p53 – một yếu tố quan trọng trong việc kiểm soát chu kỳ tế bào và sửa chữa DNA. Khi p53 bị bất hoạt, tế bào dễ dàng bị tổn thương và không thể sửa chữa các đột biến; E7 gắn vào protein Rb, làm mất khả năng kiểm soát chu kỳ tế bào, thúc đẩy sự tăng sinh không kiểm soát. Hoạt động mạnh của E6 và E7 trong HPV 16/18 khiến các type này có nguy cơ cao hơn trong việc gây tổn thương và biến đổi tế bào. HPV 16 và 18 có khả năng lây nhiễm và tồn tại lâu dài hơn so với các type HPV nguy cơ cao khác, vì vậy làm tăng khả năng gây tổn thương DNA và dẫn đến các bất thường tế bào học.

V. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng bệnh nhân khám phụ khoa được chẩn đoán nhiễm HPV bằng kỹ thuật mRNA tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2024. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $38,54 \pm 10,23$ tuổi. Có 5 phụ nữ từng can thiệp CTC (4,6%). Có 5 phụ nữ có kết quả là HSIL, 4 có kết quả LSIL, chiếm tỷ lệ là 0,5% và 0,4%. Kết quả soi CTC cho kết quả bình thường (54,7%), viêm (35,9%), vết trắng (0,7%) và u xơ CTC là 0,1%.

5.2. Kết quả của xét nghiệm HPV mRNA trong chẩn đoán nhiễm HPV và một số yếu tố liên quan. Tỷ lệ nhiễm HPV chiếm 10% ở nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong số nhóm nhiễm HPV, 12 type nguy cơ cao chiếm tỷ lệ cao nhất 6,8%, nhiễm HPV 16 (2,4%) và HPV 18 (0,8%). Chỉ có 1 phụ nữ đồng nhiễm HPV type 16 và 12 type nguy cơ cao khác, chiếm tỷ lệ 0,1%. Nhóm đối tượng có tiền sử can thiệp CTC có tỷ lệ nhiễm HPV cao gấp 37,7 lần nhóm không

có tiền sử can thiệp ($p < 0,001$). Nhóm có kết quả HPV dương tính có tỷ lệ soi CTC có hình ảnh loạn sản cao gấp 19,4 lần nhóm HPV âm tính. Theo phân tầng nguy cơ, nhóm nhiễm type HPV 16,18 có tỷ lệ soi CTC có hình ảnh loạn sản cao gấp 4,76 lần so với nhóm nhiễm 12 type nguy cơ cao khác. Nhóm có kết quả HPV dương tính có tỷ lệ tế bào học bất thường cao gấp 78,46 lần nhóm HPV âm tính. Theo phân tầng nguy cơ, nhóm nhiễm type HPV 16,18 có tỷ lệ tế bào học bất thường cao gấp 8,75 lần với nhóm nhiễm 12 type nguy cơ cao khác.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.106

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fund W. C. R** (2022). Cervical cancer statistics. Available: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/cervical-cancer-statistics/>. Accessed on 10/11/2024.
2. **Zhang S. K et al** (2020). The potential benefits of HPV E6/E7 mRNA test in cervical cancer screening in China. *Front Oncol.* 10.3389/fonc.2020.533253.
3. **Trần Thị Ngọc Linh** (2017). Nhận xét kết quả xét nghiệm bộ đôi HR-HPV và tế bào học cổ tử cung tại khoa khám bệnh - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Luận văn Thạc sỹ y học.
4. **Lâm Đức Tâm** (2013). Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Human Papilloma Virus và các yếu tố liên quan tổn thương tiền ung thư cổ tử cung ở phụ nữ từ 18- 60 tuổi. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, vol. tập 17(1), tr. 213- 220
5. **Center M. A. C** (2021). LEEP procedure: 8 common questions answered.
6. **Depuydt C. E, Leuridan E, Van Damme P et al** (2010). Epidemiology of Trichomonas vaginalis and human Papillomavirus infection detected by real-time PCR in flanders. *Gynecol Obstet Invest.* 10.1159/000314017.
7. **Phan Thị Thanh Lan, Vũ Văn Tâm, Lưu Vũ Dũng** (2017). Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HPV ở bệnh nhân có tổn thương cổ tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng bằng kỹ thuật Real - time PCR và Reverse Dot blot hybridization. *Tạp chí Phụ Sản*, tập 15, số 2.
8. **Li H, Li P, Huang L et al** (2020). Prevalence characteristics of cervical human Papillomavirus (HPV) infection in the Zhoupu District, Shanghai City, China," *Virology Journal.* 10.1186/s12985-020-01352-8.
9. **Chen X et al** (2017). Prevalence and genotype distribution of human Papillomavirus in 961,029 screening tests in southeastern China (Zhejiang Province) between 2011 and 2015. *Sci Rep.* 10.1038/s41598-017-13299-y.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ KIỂM SOÁT ĐẠT NỒNG ĐỘ NON-HDL-CHOLESTEROL Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Huỳnh Bích Trâm¹, Nguyễn Thế Vinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, bệnh nhân khám tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ trong thời gian từ tháng 02 năm 2025 đến tháng 09 năm 2025 được điều trị theo phác đồ của Hội Tim mạch Châu Âu, sau một tháng đánh giá lại nồng độ non-HDL-c và ghi nhận tỷ lệ đạt mục tiêu. **Kết quả:** trên 70 bệnh nhân, tỷ lệ nam giới là 61,4%. Sau một tháng điều trị, tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c là 38,6%. Bệnh nhân thừa cân béo phì (23,1% và 47,7%); đái tháo đường (20,7% và 51,2%) và rối loạn lipid máu (26,5% và 66,7%) tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c thấp hơn nhóm không có các yếu tố này. **Kết luận:** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau một tháng điều trị kiểm soát lipid máu có tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c là 38,6%. Bệnh nhân thừa cân béo phì; đái tháo đường; rối loạn lipid máu tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c thấp hơn nhóm không có các yếu tố này. **Từ khóa:** nhồi máu cơ tim cấp, non-HDL-cholesterol, đạt mục tiêu điều trị.

SUMMARY

STUDY ON THE RATE AND SOME FACTORS ASSOCIATED WITH ACHIEVING TARGET NON-HDL CHOLESTEROL LEVELS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Objectives: to investigate the rate of achieving target non-HDL cholesterol and the associated factors in patients with myocardial infarction. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on patients diagnosed with acute myocardial infarction who were treated at Can Tho City General Hospital from February 2025 to September 2025. All patients received treatment according to the European Society of Cardiology guidelines. After one month lipid-lowering therapy, non-HDL-c were re-evaluated, and the proportion of patients achieving target levels was recorded. **Results:** A total of 70 patients were enrolled, with 61.4% males. After one month treatment, the rate of achieving target non-HDL-c was 38.6%. Patients with overweight or obesity (23.1% vs. 47.7%), diabetes (20.7% vs. 51.2%), and dyslipidemia (26.5% vs. 66.7%) had lower rates of achieving target non-HDL-c

levels compared with those without these conditions. **Conclusion:** among patients with myocardial infarction, the rate of achieving target non-HDL-c after one month was 38.6%. Patients with overweight or obesity, diabetes and dyslipidemia were less likely to achieve target non-HDL-c levels compared with those without these risk factors.

Keywords: myocardial infarction, non-HDL-cholesterol, achievement of therapeutic targets.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch do xơ vữa, đặc biệt là nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp, vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế trên toàn cầu. Dù các biện pháp can thiệp tái tưới máu và điều trị nội khoa đã có nhiều tiến bộ, nguy cơ tái phát biến cố tim mạch trên nhóm bệnh nhân này vẫn còn cao. Do đó, việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là rối loạn lipid máu, đóng vai trò then chốt trong phòng ngừa thứ phát bệnh tim mạch [1]. Trong đó, non-HDL-cholesterol (non-HDL-c) được xem là một chỉ số phản ánh toàn bộ thành phần lipoprotein gây xơ vữa, bao gồm LDL, VLDL, IDL, chylomicron và lipoprotein(a). So với LDL-c, non-HDL-c có ưu thế là không bị ảnh hưởng bởi triglycerid huyết tương và có khả năng dự báo nguy cơ tim mạch tốt, đặc biệt ở bệnh nhân có tăng triglycerid hoặc hội chứng chuyển hóa. Trên nhóm bệnh nhân nguy cơ tim mạch rất cao như NMCT, mức non-HDL-c mục tiêu cần đạt là dưới 2,2 mmol/L (85 mg/dL) hoặc giảm $\geq 50\%$ so với ban đầu. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu vẫn còn thấp, do nhiều yếu tố như thời điểm đánh giá, mức độ tuân thủ điều trị statin, phối hợp thuốc, đặc điểm lâm sàng và sự khác biệt trong tiếp cận điều trị giữa các cơ sở y tế [2]. Việc khảo sát tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c và các yếu tố liên quan không chỉ giúp đánh giá hiệu quả kiểm soát rối loạn lipid mà còn góp phần tối ưu hóa chiến lược điều trị, nhằm giảm thiểu nguy cơ biến cố tim mạch tái phát sau NMCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ trong thời gian từ tháng 02 năm 2025 đến tháng 09 năm 2025.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang,

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Vinh

Email: nthevinh51@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025