

cho thấy xuất hiện ít nhất một biến chứng sau mổ kéo dài thời gian nằm viện ( $P = 0,0002$ , OR 2,4 95% CI 1,5-3,8). Do vậy, những giải pháp nhằm giảm thời gian nằm viện do biến chứng bao gồm dự phòng tối đa, phát hiện sớm các biến chứng hậu phẫu và xử trí tích cực.

## V. KẾT LUẬN

**1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư đại tràng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 60,28, nam giới 59%, BMI 18,5 - < 25 là 84,1%, thang điểm ASA1 là 55,6%, thời gian xuất hiện bệnh < 3 tháng 85,4%. Các triệu chứng thường gặp đau bụng 57,8%, rối loạn tiêu hóa 35,4%, đại tiện phân máu 29,9%. Huyết sắc tố trước mổ < 100g/l 9%, CEA trước mổ < 5ng/ml 63,9%, u ở vị trí đại tràng sigma 45,1%, u xâm lấn > 1/2 chu vi 70,9%, hình thái u sùi 73,6%, giai đoạn cT3 và cT4 là 88,2%, cN là 74,3%, loại mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa 52,1%, giai đoạn bệnh I,II,III là 19,4%, 47,2%, 33,3%.

**2. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi ung thư đại tràng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:** Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi ung thư đại tràng tại Bệnh viện K có kết quả sớm an toàn, hiệu quả và tỷ lệ biến chứng sớm thấp. Các yếu tố liên quan kéo dài thời gian nằm viện sau mổ gồm tuổi  $\geq 65$ , biến chứng hậu phẫu và thời gian mổ  $\geq 180$  phút. Cần có thêm các nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm để xác nhận các yếu tố nguy cơ cũng như biện pháp cải thiện thời gian nằm viện cho bệnh nhân phẫu thuật nội soi ung thư đại tràng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2024;74(3):229-263.
2. **Bai HL, Chen B, Zhou Y, Wu XT.** Five-year long-term outcomes of laparoscopic surgery for colon cancer. World journal of gastroenterology. 2010;16(39):4992-4997.
3. **Hồ Long Hiền.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải. Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội; 2016.
4. **Nguyễn Thanh Xuân, Lê Đức Anh.** Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi. Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế. 2025(74):3-7.
5. **Haverkamp MP, de Roos MA, Ong KH.** The ERAS protocol reduces the length of stay a laparoscopic colectomies. Surgical endoscopy. 2012;26(2):361-367.
6. **Lưu Quang Dũng, Trần Ngọc Dũng, Đặng Quốc Ai và cs.** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng trái tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;523(2).
7. **Mai Hoàng Anh, Nguyễn Văn Hai, Nguyễn Minh Hiệp.** Kết quả của ERAS trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp Chí Khoa học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng. 2024;29:1-8.
8. **Gleaves X, Tan JKH, Peh CH, et al.** Risk factors for non-clinical prolonged lengths of stay after elective colorectal surgery. Scientific Reports. 2025;15(1):9184.
9. **Schmelzer TM, Mostafa G, Lincourt AE, et al.** Factors affecting length of stay following colonic resection. The Journal of surgical research. 2008;146(2):195-201.

## ĐÁNH GIÁ LỰA CHỌN VÀ HIỆU QUẢ CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ TRONG TỔN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Nguyễn Văn Thắng<sup>1</sup>, Đào Minh Hưng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Hữu Hoàng Minh<sup>1</sup>, Kim Ngọc Thắng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá phương pháp điều trị ở bệnh nhân CIN II, CIN III, CIS. **Đối tượng và phương pháp**

<sup>1</sup> Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thắng

Email: drhminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 2.2.2026

Ngày duyệt bài: 16.3.2026

**nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành trên 290 bệnh nhân CIN II, CIN III và CIS được điều trị bằng LEEP hoặc CKC tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/2022-12/2024. **Kết quả:** Tổng số 290 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Lựa chọn phương pháp điều trị có mối liên quan đến tuổi, số con, tình trạng nhiễm HPV và đặc biệt mức độ tổn thương mô bệnh học. Bệnh nhân  $\geq 40$  tuổi chủ yếu được chỉ định LEEP (85,1%;  $p < 0,001$ ), nhóm chưa con phần lớn được điều trị bằng LEEP (87,3%;  $p = 0,009$ ). Kết quả HPV DNA cho thấy nhóm nhiễm HPV16 có tỷ lệ CKC cao hơn ( $p = 0,019$ ). Tuy nhiên, phân tích hồi quy đa biến khẳng định mô bệnh học

trước can thiệp là yếu tố quyết định mạnh mẽ nhất: bệnh nhân CIN III/CIS có nguy cơ được chỉ định CKC cao hơn nhiều lần so với CIN II (OR = 0,01; 95% CI: 0,004-0,023; p < 0,001). CKC lấy được mẫu mô sâu và rộng hơn (1,59 cm so với 1,06 cm; p < 0,001), giúp đảm bảo diện cắt an toàn hơn ở tổn thương CIN III+. **Kết luận:** Lựa chọn phương pháp điều trị CIN phụ thuộc chủ yếu vào mức độ tổn thương trên sinh thiết. LEEP phù hợp cho CIN II và phụ nữ trẻ chưa con nhờ tính đơn giản, ít xâm lấn và bảo tồn chức năng sinh sản. CKC là lựa chọn an toàn hơn cho CIN III/CIS nhờ khả năng lấy mẫu rộng và sâu, giảm nguy cơ bỏ sót tổn thương và tái phát. Cá thể hóa chỉ định dựa trên mô bệnh học và đặc điểm sản khoa giúp tối ưu hiệu quả điều trị và bảo tồn chức năng sinh sản.

**Từ khóa:** Ung thư cổ tử cung; Tổn thương nội biểu mô cổ tử cung (CIN); Khoét chóp cổ tử cung (CKC); Cắt bằng vòng điện (LEEP); HPV nguy cơ cao; Bờ phẫu thuật.

## ABSTRACT

### EVALUATION OF TREATMENT OPTIONS AND THEIR EFFECTIVENESS IN CERVICAL PRECANCEROUS LESIONS

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and to evaluate treatment modalities in patients with CIN II, CIN III, and CIS. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 290 patients with CIN II, CIN III, and CIS treated with LEEP or cold-knife conization (CKC) at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2022 to December 2024. **Results:** A total of 290 patients were included. The choice of treatment modality was associated with age, parity, HPV infection status, and, in particular, the severity of histopathological lesions. Patients aged  $\geq 40$  years were mainly treated with LEEP (85.1%; p < 0.001), and nulliparous women were also predominantly treated with LEEP (87.3%; p = 0.009). HPV DNA results showed that the HPV16-positive group had a higher rate of CKC (p = 0.019). However, multivariable regression confirmed that pre-intervention histopathology was the strongest determinant: patients with CIN III/CIS had a substantially higher likelihood of being assigned to CKC compared with those with CIN II (OR = 0.01; 95% CI: 0.004-0.023; p < 0.001). CKC yielded deeper and wider specimens (1.59 cm vs. 1.06 cm; p < 0.001), helping to achieve safer surgical margins in CIN III+ lesions. **Conclusion:** The selection of treatment for CIN depends primarily on biopsy-confirmed lesion severity. LEEP is appropriate for CIN II and young nulliparous women due to its simplicity, minimal invasiveness, and preservation of fertility. CKC is a safer option for CIN III/CIS because it provides larger and deeper specimens, reducing the risk of missed lesions and recurrence. Individualizing indications based on histopathology and obstetric characteristics helps optimize treatment effectiveness while preserving reproductive function.

**Keywords:** Cervical cancer; Cervical intraepithelial neoplasia (CIN); Cold-knife conization (CKC); Loop electrosurgical excision procedure (LEEP); High-risk HPV; Surgical margins.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến nhất ở phụ nữ. Tổn thương tiền ung thư cổ tử cung (CIN) là giai đoạn trung gian có thể điều trị hiệu quả, góp phần quan trọng trong chiến lược phòng ngừa ung thư cổ tử cung<sup>1</sup>.

Trong điều trị tổn thương tiền ung thư, cắt bỏ tổn thương tại chỗ được áp dụng rộng rãi với hai kỹ thuật chính: cắt bằng vòng điện (LEEP) và khoét chóp cổ tử cung bằng dao lạnh (CKC). LEEP trở nên phổ biến nhờ quy trình kỹ thuật đơn giản, thời gian thao tác ngắn, ít biến chứng, dễ dàng đào tạo và chuyển giao cho các cơ sở y tế tuyến dưới. Ngược lại, khoét chóp cổ tử cung thường đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, thời gian thao tác lâu hơn và kỹ năng cao hơn. Tuy nhiên, ưu điểm nổi bật của khoét chóp là khả năng thay đổi hình dạng và độ sâu đường cắt tùy thuộc vào đặc điểm tổn thương, từ đó có thể giúp kiểm soát tốt hơn bờ phẫu thuật<sup>2</sup>.

Các yếu tố như tế bào học, tình trạng nhiễm HPV, kết quả mô bệnh học trước và sau phẫu thuật, cùng với đặc điểm bờ phẫu thuật đều có mối liên quan mật thiết đến nguy cơ tái phát hoặc tồn tại tổn thương sau điều trị. Đặc biệt, việc còn tổn thương ở bờ phẫu thuật và nhiễm HPV dai dẳng được xem là những yếu tố tiên lượng quan trọng cho thất bại điều trị, từ đó ảnh hưởng trực tiếp đến lựa chọn phương pháp can thiệp tiếp theo.

Tại Việt Nam, dữ liệu về mối liên quan giữa tế bào học, HPV, mô bệnh học, bờ phẫu thuật và phương pháp điều trị vẫn còn hạn chế. Việc phân tích sâu các yếu tố này không chỉ giúp đánh giá hiệu quả thực tế của từng phương pháp mà còn định hướng chiến lược điều trị cá thể hóa cho từng nhóm bệnh nhân.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Thời gian thực hiện từ ngày 01/01/2022 đến 31/12/2024.

### 2.3. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có kết quả sinh thiết cổ tử cung là HSIL (CIN II hoặc CIN III, hoặc CIS) được điều trị bằng phương pháp CKC hoặc LEEP.

- Có đầy đủ thông tin lâm sàng, xét nghiệm HPV - DNA (có thể có hoặc không), tế bào học, soi CTC, mô bệnh học.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đã làm thủ thuật khoét chóp đến khám lại hoặc đã có can thiệp lấy mô cổ tử cung (CTC) ở các tuyến y tế khác.

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**  
 Áp dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất, gồm tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương CTC là CIN II hoặc CIN III, CIS và được điều trị bằng phương pháp khoét chóp tại khoa Phụ ung thư, Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Các yếu tố ảnh hưởng lựa chọn phương pháp can thiệp**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh của đối tượng nghiên cứu**

Phương pháp điều trị	LEEP		CKC		P
	n	%	n	%	
<b>Kết quả sàng lọc tế bào học</b>					
<b>Tuổi</b>					< 0,001
<25 tuổi	8	57,1	6	42,9	
25-39 tuổi	122	64,6	67	35,4	
≥40 tuổi	74	85,1	13	14,9	
<b>Số lần mang thai</b>					0,276
Chưa mang thai	19	70,4	8	29,6	
1-2 lần mang thai	75	65,2	40	34,8	
≥3 lần mang thai	110	74,3	38	25,7	
<b>Số con</b>					
Chưa con	29	69,0	13	31,0	0,009
1-2 con	127	65,8	66	34,2	
≥3 con	48	87,3	7	12,7	
<b>Kết quả sàng lọc tế bào học</b>					
Bình thường, viêm	66	67,3	32	32,7	0,404
ASCUS, LSIL	91	74,6	31	25,4	
AGUS	1	33,3	2	66,7	
HSIL	45	68,2	21	31,8	
Ung thư	1	100	0	0	
<b>Kết quả sàng lọc HPV DNA</b>					
16 (có thể kèm type khác)	102	62,6	61	37,4	0,019
18 (có thể kèm type khác)	25	86,2	4	13,8	
16 và 18	9	81,8	2	18,2	
1 trong 12 typ nguy cơ	56	27,9	15	18,1	
3 typ nguy cơ	3	100	0	0	
Am tính	6	85,7	1	14,3	
<b>Kết quả giải phẫu bệnh trước can thiệp</b>					
CIN II	186	95,4	9	4,6	< 0,001
CIN III	18	19,4	75	80,6	
CIS	0	0	2	100	

**Nhận xét:** Tuổi, số con, typ HPV và mức độ tổn thương mô bệnh học trước can thiệp ảnh

hưởng rõ rệt đến lựa chọn phương pháp điều trị ( $p < 0,05$ ). Nhóm ≥40 tuổi được điều trị bằng LEEP nhiều hơn (85,1%), tương tự nhóm có ≥3 con (87,3%). Bệnh nhân CIN II hầu hết được điều trị bằng LEEP (95,4%), trong khi CIN III và CIS chủ yếu được điều trị bằng CKC (80,6% và 100%). Các yếu tố khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**3.2. Kết quả điều trị theo từng phương pháp**

**Bảng 2. Kết quả điều trị theo từng phương pháp**

Phương pháp điều trị	LEEP		CKC		P
<b>Độ sâu của từng phương pháp</b>					
Độ sâu trung bình	1.06 ± 0.34 cm		1.59 ± 0.45 cm		$p < 0,001$
Độ sâu lớn nhất	2 cm		3 cm		
Độ sâu nhỏ nhất	0,5 cm		0,8 cm		
<b>Thể tích mô lấy bỏ</b>					
Thể tích mô trung bình	1.56 ± 0.27 g		2.02 ± 0.58 g		$p < 0,001$
Thể tích mô lớn nhất	3,0 g		3,5 g		
Thể tích mô nhỏ nhất	1,0 g		1,0 g		
	n	%	n	%	
<b>GPB sau can thiệp</b>					
CIN II	146	96,1	6	3,9	< 0,001
CIN III	54	42,2	74	57,8	
CIS	2	28,6	5	71,4	
Ung thư xâm nhập	2	66,7	1	33,3	
<b>Tình trạng bờ phẫu thuật</b>					
Bờ sạch	163	68,5	75	31,5	0,189
Còn tế bào bất thường	41	78,8	11	21,2	

**Nhận xét:** Kết quả so sánh cho thấy khoét chóp dao lạnh lấy được mẫu mô sâu và thể tích lớn hơn rõ rệt so với LEEP (độ sâu trung bình 1,59 cm so với 1,06 cm; thể tích trung bình 2,02 g so với 1,56 g;  $p < 0,001$ ). Điều này phản ánh ưu thế của CKC trong việc lấy mô rộng và sâu hơn, phù hợp với các tổn thương nặng. Về mô bệnh học sau can thiệp, LEEP chủ yếu áp dụng cho bệnh nhân CIN II (96,1%), trong khi CKC được chỉ định nhiều hơn cho CIN III và CIS (57,8% và 71,4%,  $p < 0,001$ ). Đối với tình trạng bờ phẫu thuật, sự khác biệt giữa hai phương pháp không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,189$ ), mặc dù tỷ lệ bờ bất thường ở nhóm LEEP có xu hướng cao hơn (78,8% so với 21,2%).

**3.3. So sánh tình trạng bờ vết cắt theo phương pháp điều trị**

**Bảng 3. Tình trạng bờ phẫu thuật theo phương pháp điều trị**

Tình trạng bờ	Keoét chóp	LEEP	P		
<b>Bệnh nhân (CIN III +) theo sinh thiết</b>					
Bờ bất thường	11	73,3	4	26,7	0,637
Bờ sạch	66	82,5	14	17,5	
<b>Bệnh nhân (CIN III +) theo giải phẫu bệnh sau phẫu thuật</b>					
Bờ bất thường	11	33,3	22	66,7	0,002
Bờ sạch	69	65,7	36	34,3	

**Nhận xét:** Nhóm bệnh nhân CIN III+ theo sinh thiết trước phẫu thuật, tỷ lệ bờ phẫu thuật bất thường không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa CKC và LEEP (73,3% so với 26,7%,  $p = 0,637$ ). Tuy nhiên, ở nhóm CIN III+ theo giải phẫu bệnh sau phẫu thuật, sự khác biệt trở nên rõ rệt: LEEP có tỷ lệ bờ bất thường cao hơn đáng kể so với CKC (66,7% so với 33,3%,  $p = 0,002$ ). Trong khi đó, tỷ lệ bờ sạch ở CKC chiếm ưu thế hơn (65,7% so với 34,3%). Điều này cho thấy CKC có ưu thế trong việc đảm bảo diện cắt an toàn, đặc biệt ở bệnh nhân có tổn thương nặng (CIN III+), trong khi LEEP làm tăng nguy cơ còn tế bào bất thường tại bờ phẫu thuật.

### 3.4 Hồi quy đơn biến và đa biến lựa chọn phương pháp

**Bảng 4. Hồi quy đơn biến và đa biến lựa chọn phương pháp điều trị**

Biến số	Đơn biến OR (95% CI)	P	Đa biến OR (95% CI)	P
Tuổi $\geq 40$ vs <40	3,20 (1,66- 6,16)	0,001	2,24 (0,83- 6,06)	0,113
Có con vs chưa con	1,07 (0,53- 2,18)	0,842	0,31 (0,10- 0,91)	0,033
Tế bào học khác vs HSIL/UT	1,14 (0,63- 2,07)	0,662	0,63 (0,24- 1,68)	0,358
HPV âm tính vs dương tính	3,02 (0,37- 24,93)	0,305	4,98 (0,33- 74,45)	0,245
Sinh thiết CIN III/CIS vs CIN II	0,01 (0,005- 0,026)	<0,001	0,01 (0,004- 0,023)	<0,001

**Nhận xét:** Ở phân tích đơn biến, tuổi  $\geq 40$  làm tăng nguy cơ có bờ bất thường (OR = 3,20;  $p = 0,001$ ), tuy nhiên khi đưa vào mô hình đa

biến thì mất ý nghĩa thống kê ( $p = 0,113$ ). Tình trạng sinh con có ảnh hưởng rõ rệt: bệnh nhân đã có con có nguy cơ bờ bất thường thấp hơn so với chưa có con (OR = 0,31;  $p = 0,033$ ). Đặc biệt, kết quả sinh thiết trước can thiệp là yếu tố mạnh nhất, khi CIN III/CIS so với CIN II có nguy cơ bờ bất thường thấp hơn rất nhiều (OR đa biến = 0,01;  $p < 0,001$ ), cho thấy nhóm CIN II dễ gặp tình trạng bờ dương hơn. Các yếu tố khác như kết quả tế bào học hay tình trạng nhiễm HPV không có ý nghĩa thống kê trong cả phân tích đơn biến và đa biến.

## IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi có liên quan đến lựa chọn phương pháp điều trị: bệnh nhân  $\geq 40$  tuổi chủ yếu được chỉ định LEEP (85,1%;  $p < 0,001$ ). Ở nhóm trẻ tuổi, mặc dù LEEP vẫn chiếm ưu thế, nhưng tỷ lệ thực hiện CKC cao hơn đáng kể. Trong hồi quy đơn biến, tuổi có ý nghĩa thống kê, song mất đi trong hồi quy đa biến do mức độ tổn thương mới là yếu tố quyết định chính. Điểm đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm bệnh nhân được thực hiện CKC có độ tuổi trung bình trẻ hơn so với nhóm làm LEEP, trái ngược với xu hướng chung ghi nhận trong nhiều nghiên cứu quốc tế. Theo Xiaohong I. Wang và cs, bệnh nhân được điều trị bằng LEEP thường trẻ hơn (trung bình 31 tuổi) so với nhóm CKC (trung bình 38 tuổi;  $p = 0,0001$ )<sup>3</sup>. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi phần lớn phụ nữ  $\geq 40$  tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương CIN III/CIS thường lựa chọn cắt tử cung thay vì CKC, do không còn nhu cầu sinh sản và gặp khó khăn trong việc theo dõi tái phát sau điều trị. Vì vậy, CKC trong nghiên cứu này chủ yếu được chỉ định cho phụ nữ trẻ có tổn thương lan rộng nhưng vẫn mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản, trong khi nhóm lớn tuổi có xu hướng lựa chọn phẫu thuật triệt để hơn. Điều này cũng lý giải vì sao yếu tố tuổi mất ý nghĩa thống kê trong hồi quy đa biến, khi mức độ tổn thương là yếu tố quyết định chính trong lựa chọn phương pháp điều trị.

Trong nghiên cứu, các yếu tố sản khoa gồm số lần mang thai và số con thể hiện những khác biệt đáng chú ý. Đối với số lần mang thai, tỷ lệ lựa chọn LEEP tăng nhẹ theo số lần mang thai, song sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,276$ ), và phân tích hồi quy cũng không ghi nhận vai trò độc lập của yếu tố này trong quyết định lựa chọn phương pháp điều trị. Ngược lại, số con có ảnh hưởng rõ rệt hơn. Nhóm bệnh nhân đã sinh  $\geq 3$  con có tỷ lệ điều trị bằng LEEP

cao nhất (87,3%), trong khi nhóm chưa con và nhóm có 1-2 con lần lượt là 69,0% và 65,8%. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy phụ nữ đã có con ít khả năng được chỉ định CKC hơn so với nhóm chưa con (OR = 0,31; p = 0,033). Kết quả này phản ánh thực tiễn lâm sàng: ở phụ nữ chưa con, bác sĩ thường ưu tiên CKC nhằm bảo tồn khả năng sinh sản; ngược lại, với phụ nữ đã đủ con, đặc biệt có tổn thương mức độ cao, xu hướng điều trị triệt để hơn (như cắt tử cung) nhằm giảm nguy cơ bỏ sót và tái phát. Điều này khác với các nghiên cứu quốc tế, nơi CKC vẫn được coi là phương pháp tiêu chuẩn cho tổn thương CIN III/CIS<sup>4</sup>. Tại Việt Nam, đặc biệt ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương, CKC thường chỉ áp dụng cho tổn thương CIN II hoặc CIN III khu trú, trong khi LEEP chiếm ưu thế ở phụ nữ lớn tuổi, tổn thương nhẹ hoặc vừa. Do đó, kết quả của chúng tôi không phủ định xu hướng chung — LEEP vẫn là lựa chọn ưu tiên cho bệnh nhân trẻ, còn nguyện vọng sinh con<sup>3</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả sàng lọc HPV DNA có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với lựa chọn phương pháp can thiệp (p = 0,019). Bệnh nhân nhiễm HPV16 đơn độc hoặc phối hợp với type khác có tỷ lệ được chỉ định CKC cao hơn so với nhóm HPV18 hay các type nguy cơ khác. Đặc biệt, nhóm mang đồng thời HPV16 và 18 có tới 18,2% được chỉ định CKC, phản ánh thực tế rằng các type nguy cơ cao, nhất là HPV16, thường liên quan với tổn thương mức độ nặng hơn nên bác sĩ cân nhắc thủ thuật triệt để hơn<sup>5</sup>. Tuy nhiên, khi phân tích hồi quy, HPV âm tính so với dương tính không chứng minh được vai trò độc lập, cả trong hồi quy đơn biến (OR = 3,02; p = 0,305) và đa biến (OR = 4,98; p = 0,245). Điều này cho thấy sự khác biệt ban đầu trong bảng tần suất chủ yếu đến từ phân bố các type HPV nguy cơ cao, đặc biệt HPV16, hơn là tình trạng nhiễm HPV nói chung. Trong thực hành lâm sàng, kết quả này nhấn mạnh rằng việc xác định type HPV cụ thể (genotyping) có giá trị hơn so với phân loại đơn thuần dương/âm tính.

Với những tổn thương mức độ trung gian như CIN II, hầu hết bệnh nhân được chỉ định LEEP, trong khi ở các tổn thương nặng hơn như CIN III và CIS, CKC lại chiếm ưu thế rõ rệt (p < 0,001). Phân tích hồi quy cũng khẳng định mô bệnh học là yếu tố quyết định mạnh mẽ nhất: so với bệnh nhân CIN II, nhóm CIN III/CIS có nguy cơ được lựa chọn CKC cao gấp nhiều lần, với OR ở cả hồi quy đơn biến và đa biến đều là 0,01 (95% CI: 0,004-0,023; p < 0,001).

Sự khác biệt này được lý giải bởi đặc điểm kỹ thuật của hai phương pháp. CKC cho phép lấy mô sâu và có thể tích lớn hơn rõ rệt so với LEEP (độ sâu trung bình 1,59 cm so với 1,06 cm; thể tích 2,02 g so với 1,56 g; p < 0,001), giúp bác sĩ đánh giá chính xác hơn phạm vi tổn thương và loại trừ nguy cơ vi xâm nhập<sup>6</sup>. Điều này đặc biệt quan trọng ở nhóm bệnh nhân CIN III+, nơi nguy cơ còn tế bào bất thường tại bờ phẫu thuật cao hơn nếu chỉ thực hiện LEEP. Phân tích chi tiết cho thấy trong nhóm CIN III+, tỷ lệ bờ phẫu thuật sạch cao hơn đáng kể ở CKC (65,7% so với 34,3%; p = 0,002), trong khi bờ bất thường chủ yếu gặp ở nhóm LEEP (66,7%). Kết quả này khẳng định CKC có ưu thế rõ rệt trong việc đảm bảo diện cắt an toàn ở các tổn thương mức độ cao. Tuy nhiên, chính ưu điểm này cũng đi kèm nguy cơ, khi nhiều nghiên cứu quốc tế chỉ ra rằng biến chứng và nguy cơ sinh non sau CKC cao hơn so với LEEP, dù hai phương pháp này đều có thể gây ảnh hưởng đến chức năng cổ tử cung<sup>7,8</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu khẳng định lựa chọn phương pháp điều trị tổn thương CIN phụ thuộc chủ yếu vào mô bệnh học trước can thiệp. LEEP được ưu tiên ở các tổn thương CIN II và phụ nữ trẻ chưa con nhờ ưu điểm ít xâm lấn, bảo tồn cấu trúc và chức năng cổ tử cung. Ngược lại, CKC có ưu thế rõ rệt trong xử trí CIN III/CIS do khả năng lấy mẫu sâu và rộng hơn, giúp đánh giá toàn diện phạm vi tổn thương, đảm bảo diện cắt an toàn và hạn chế nguy cơ tái phát. Việc cá thể hóa lựa chọn phương pháp dựa trên mô bệnh học và đặc điểm sản khoa là cần thiết nhằm tối ưu hiệu quả điều trị cũng như bảo tồn chức năng sinh sản cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Prendiville W.** Large loop excision of the transformation zone. *Clin Obstet Gynecol.* 1995;38(3):622-639. doi:10.1097/00003081-199509000-00022
3. **Wang XI, Huang F, Zhang S.** Loop Electrosurgical Excision Procedure vs. Cold Knife Cone in Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: Review of 447 Cases. *Ann Clin Lab Sci.* 2017;47(6):663-667.
4. **Michelin MA, Merino LM, Franco CA, Murta EFC.** Pregnancy outcome after treatment of cervical intraepithelial neoplasia by the loop electrosurgical excision procedure and cold knife

- conization. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2009;36(1):17-19.
5. **Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, et al.** Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med.* 2003;348(6):518-527. doi:10.1056/NEJMoa021641
  6. **Jiang YM, Chen CX, Li L.** Meta-analysis of cold-knife conization versus loop electrosurgical excision procedure for cervical intraepithelial neoplasia. *OncoTargets Ther.* 2016;9:3907-3915. doi:10.2147/OTT.S108832
  7. **Jiang YM, Chen CX, Li L.** Meta-analysis of cold-knife conization versus loop electrosurgical excision procedure for cervical intraepithelial neoplasia. *OncoTargets Ther.* 2016;9:3907-3915. doi:10.2147/OTT.S108832
  8. **Santesso N, Mustafa RA, Wiercioch W, et al.** Systematic reviews and meta-analyses of benefits and harms of cryotherapy, LEEP, and cold knife conization to treat cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2016;132(3):266-271. doi:10.1016/j.ijgo.2015.07.026

## THỰC TRẠNG QUẢN LÝ ĐAU TRONG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2025

Bùi Thị Thanh Vân<sup>1,\*</sup>, Phạm Trọng Thoan<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng quản lý đau trong chăm sóc người bệnh phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng tại Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 200 người bệnh được chẩn đoán trượt đốt sống thắt lưng có chỉ định phẫu thuật tại Khoa Chấn thương chỉnh hình cột sống - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Số liệu nghiên cứu được thu thập thông qua phỏng vấn người bệnh sau phẫu thuật, sử dụng bộ công cụ Strategic Clinical Quality Indicator of Postoperative Pain (SCQIPP) kết hợp với thang điểm đánh giá mức độ đau VAS (Visual Analog Scale). Phân tích số liệu trên SPSS 25.0. **Kết quả:** Điểm đau của người bệnh có sự thay đổi rõ rệt giữa trước và sau phẫu thuật, tỷ lệ đau nhiều giảm từ 58% ở ngày nhập viện xuống 0,5% ở ngày ra viện, tỷ lệ đau nhẹ tăng từ 2% trước phẫu thuật lên 77,5% ở ngày ra viện. Tất cả người bệnh đều được sử dụng các phương pháp giảm đau, trong đó 46,0% người bệnh được sử dụng phương pháp giảm đau cạnh sống tự điều khiển. Phần lớn người bệnh đánh giá cao về việc quản lý đau sau phẫu thuật: 68,0% đồng ý và 30,5% rất đồng ý về việc điều dưỡng sắp xếp phòng bệnh thoải mái, yên tĩnh và tiện nghi. **Kết luận:** Kết quả cho thấy mô hình quản lý đau hiện tại là phù hợp và cần tiếp tục duy trì, hoàn thiện để nâng cao chất lượng chăm sóc.

**Từ khóa:** Phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng, quản lý đau, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

### ABSTRACT

#### CURRENT STATUS OF PAIN MANAGEMENT IN THE CARE OF PATIENTS UNDERGOING

<sup>1</sup> Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thanh Vân

Email: btvan118@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 3.2.2026

Ngày duyệt bài: 17.3.2026

### LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS SURGERY AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL IN 2025

**Objective:** To describe the current status of pain management in the care of patients undergoing surgery for lumbar spondylolisthesis at the 108 Military Central Hospital in 2025. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study of 200 patients with surgically indicated lumbar spondylolisthesis treated at the Department of Spine Orthopedic Trauma, 108 Military Central Hospital. Data were collected through postoperative patient interviews using the *Strategic Clinical Quality Indicator of Postoperative Pain (SCQIPP)* in combination with the Visual Analog Scale (VAS). Data were analyzed using SPSS version 25.0. **Result:** Pain levels showed a marked improvement before and after surgery. The proportion of patients experiencing severe pain decreased from 58.0% at admission to 0.5% at discharge, while the proportion of patients with mild pain increased from 2.0% preoperatively to 77.5% at discharge. All patients received pain management interventions, of whom 46.0% were treated with patient-controlled paravertebral analgesia. The majority of patients reported high satisfaction with postoperative pain management: 68.0% agreed and 30.5% strongly agreed that nurses provided a comfortable, quiet, and well-equipped ward environment. **Conclusion:** The results indicate that the current pain management model is appropriate and should be maintained and further optimized to improve the quality of patient care.

**Keywords:** Lumbar spondylolisthesis surgery, pain management, 108 Military Central Hospital

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TĐS) thắt lưng là sự dịch chuyển bất thường ra trước hoặc ra sau của đốt sống phía trên so với đốt sống phía dưới vùng thắt lưng<sup>1</sup>. Phẫu thuật cố định cột sống được đặt ra khi có sự mất vững, chèn ép thần kinh, đau ảnh hưởng nhiều đến đời sống sinh hoạt của