

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN SẢN – NHI BẮC NINH SỐ 2

-----***-----

DƯƠNG THỊ TÔ LỆ

**MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG
VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN SẢN - NHI
BẮC NINH SỐ 2 GIAI ĐOẠN 2020- 2026**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh – 2026

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN SẢN – NHI BẮC NINH SỐ 2

-----***-----

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG
VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN SẢN - NHI
BẮC NINH SỐ 2 GIAI ĐOẠN 2020- 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: Dương Thị Tô Lệ

Cộng sự: BSCKII. Nguyễn Văn Đạt

Bắc Ninh – 2026

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:	3
Chương 1.TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Tình hình mắc ung thư cổ tử cung tại Việt Nam và trên thế giới.....	4
1.2. Cấu tạo giải phẫu, mô học cổ tử cung.....	5
1.3. Mô bệnh học các loại ung thư cổ tử cung.....	6
1.4. Các yếu tố liên quan với ung thư cổ tử cung	11
1.5. Chẩn đoán ung thư cổ tử cung	11
1.6. Tình hình nghiên cứu ung thư cổ tử cung.....	15
1.7. Giới thiệu về địa điểm nghiên cứu.....	17
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	19
2.1. Đối tượng nghiên cứu	19
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	19
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	19
2.4. Cỡ mẫu	19
2.5. Phương pháp chọn mẫu.....	20
2.6. Phương pháp thu thập số liệu.....	20
2.7. Các biến số nghiên cứu	21
2.8. Phương pháp phân tích số liệu	23
2.9. Đạo đức nghiên cứu	24
2.10. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số.....	24
2.11. Sơ đồ nghiên cứu	25

Chương 3. DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	26
3.1. Đặc điểm mô bệnh học ung thư cổ tử cung	26
3.2. Một số yếu tố liên quan với mô bệnh học ung thư cổ tử cung	28
Chương 4. DỰ KIẾN BÀN LUẬN	32
4.1. Đặc điểm mô bệnh học ung thư cổ tử cung	32
4.2. Một số yếu tố liên quan với mô bệnh học ung thư cổ tử cung	32
DỰ KIẾN KẾT LUẬN	33
DỰ KIẾN KIẾN NGHỊ	34

Tài liệu tham khảo

Phụ lục 1. Phân giai đoạn ung thư cổ tử cung theo FIGO

Mẫu phiếu thu thập số liệu

Danh sách bệnh nhân nghiên cứu

Dự trù kinh phí nghiên cứu

Một số hình ảnh minh họa

CÁC TỪ VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Từ viết đầy đủ	
	Tiếng Anh	Tiếng Việt
AJCC	American Joint Committee on Cancer	Ủy ban Liên hợp Ung thư Hoa Kỳ
APC	Annual Percent Change	Tỷ lệ thay đổi hàng năm
ASC – H	Atypical squamous cells cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion	Tế bào vảy không điển hình chưa loại trừ tổn thương nội biểu mô vảy độ cao
ASC - US	Atypical squamous cells of undetermined significance	Tế bào vảy không điển hình ý nghĩa chưa xác định
ASR	Age – Standardized Rate	Tỷ lệ chuẩn hóa theo tuổi
BVPS:		Bệnh viện Phụ Sản
CIN :	Cervical Intraepithelial Neoplasia	Tân sản trong biểu mô cổ tử cung
CTC		Cổ tử cung
DALY	Disability Adjusted life years	Số năm sống điều chỉnh theo khuyết tật
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics	Liên đoàn sản phụ khoa quốc tế
GLOBOCAN	Global Cancer Observatory	Đài quan sát ung thư toàn cầu
H.E	Hematoxylin Eosin	Tên hóa chất nhuộm
HSIL	High - grade Squamous Intraepithelium Lesions	Tổn thương nội biểu mô vảy mức độ cao

HSBA		Hồ sơ bệnh án
HPV	Human Papiloma Virus	Virus sinh u nhú ở người
LTQĐTD		Lây truyền qua đường tình dục
LSIL	Low - grade Squamous Intraepithelium Lesions	Tổn thương nội biểu mô vảy mức độ thấp
MBH		Mô bệnh học
PAP Smear	Papanicolaou Smear	Phết tế bào cổ tử cung
QHTD		Quan hệ tình dục
TBH		Tế bào học
TTTUT		Tổn thương tiền ung thư
UTBM		Ung thư biểu mô
UTBMV		Ung thư biểu mô vảy
UTBMT		Ung thư biểu mô tuyến
UTCTC		Ung thư cổ tử cung
UTXN		Ung thư xâm nhập
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế Thế giới
XNTT – GPB		Xét nghiệm trung tâm – Giải Phẫu Bệnh

DANH MỤC BẢNG

Danh mục bảng	Trang
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, nghề nghiệp.....	26
Bảng 3.2. Thẻ mô bệnh học.....	27
Bảng 3.3. Giai đoạn bệnh.....	27
Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tuổi với loại mô bệnh học.....	28
Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tuổi với tổn thương trên mô bệnh học.....	28
Bảng 3.6. Mối liên quan giữa tuổi với giai đoạn bệnh.....	29
Bảng 3.7. Mối liên quan giữa biểu hiện lâm sàng với mô bệnh học.....	29
Bảng 3.8. Mối liên quan giữa xét nghiệm nhuộm soi với mô bệnh học.....	30
Bảng 3.9. Đối chiếu kết quả xét nghiệm tế bào (Pap) với mô bệnh học.....	30
Bảng 3.10. Đối chiếu kết quả mô bệnh học sinh thiết với kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.....	31

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Danh mục biểu đồ	Trang
Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo lý do đến viện khám.....	26
Biểu đồ 3.2. Xét nghiệm HPV	26
Biểu đồ 3.3. Loại bệnh phẩm làm mô bệnh học.....	27
Biểu đồ 3.4. Tổn thương trên mô bệnh học.....	27

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Sơ đồ các tổn thương	12
--------------------------------	----

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung là bệnh lý ác tính đứng hàng thứ hai trong các ung thư sinh dục ở nữ giới về tỷ lệ mắc cũng như tỷ lệ tử vong. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư cổ tử cung phổ biến thứ 4 cả về tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong ở phụ nữ, với 660.000 người mắc mới và 350.000 người tử vong trên toàn thế giới vào năm 2022 [16]. Nghiên cứu của Xianying Cheng và cộng sự (2025) về xu hướng tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư cổ tử cung ở Hoa Kỳ cho thấy: Trong giai đoạn 1975–2018, tổng cộng có 49.658 ca mắc. Hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán ở độ tuổi từ 20 đến 79 tuổi. Loại phổ biến nhất về mặt mô học là ung thư biểu mô vảy với 34.169 trường hợp chiếm 68,5%, tiếp theo là ung thư biểu mô tuyến với 7.317 trường hợp chiếm 14,7%...Người da đen có tỷ lệ mắc và tử vong cao hơn người da trắng, người có thu nhập thấp có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao hơn... [15].

Tại Việt Nam, ung thư cổ tử cung chiếm 29,8% và đứng đầu trong các ung thư ở nữ giới [1]. Thống kê của GLOBOCAN 2022 cho thấy: mỗi năm Việt Nam có khoảng 4.612 ca mắc mới và 2.571 ca tử vong, chiếm 2,6% và xếp thứ 11 trong tổng các loại ung thư ở cả hai giới, với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 7,1/ 100.000 dân, tỷ lệ lưu hành trong vòng 5 năm là 26,6/ 100.000 dân với 13.157 ca mắc [17]. Nghiên cứu của Hoàng Thị Luân và cộng sự tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương cho thấy: Ung thư biểu mô vảy chiếm tỷ lệ cao nhất với 121/200 ca (60,5%), Ung thư biểu mô tuyến đứng thứ 2 với 59/200 ca (29,5%), còn lại là ung thư khác (tuyến vảy, thần kinh nội tiết...) [8].

Các nguyên nhân chính gây ung thư cổ tử cung bao gồm HPV, hút thuốc lá, quan hệ tình dục sớm và không an toàn...[14].

Triệu chứng lâm sàng của ung thư cổ tử cung không đặc hiệu, chẩn đoán xác định dựa vào mô bệnh học. Việc phân loại mô bệnh học ung thư cổ

tử cung có giá trị thực tiễn lớn vì giúp đánh giá sự tiến triển của ung thư và lựa chọn các biện pháp thích hợp để điều trị có kết quả. Mỗi bệnh nhân mắc ung thư cổ tử cung được chẩn đoán thể mô bệnh học và giai đoạn khác nhau, có đặc điểm, tính chất, mức độ ác tính khác nhau dẫn đến phương pháp điều trị, tiên lượng và kết quả điều trị cũng khác nhau.

Ở Việt Nam đã có một số đề tài nghiên cứu ung thư cổ tử cung nhưng chủ yếu tập trung ở lĩnh vực lâm sàng. Tại Bắc Ninh, hàng năm khoa Xét nghiệm trung tâm – Giải Phẫu Bệnh, Bệnh viện Sản – Nhi Bắc Ninh số 2 chẩn đoán khoảng 30 - 40 trường hợp tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung và đa số là bệnh nhân trẻ (30- 50 tuổi). Để giúp bác sỹ lâm sàng hiểu rõ hơn về mô bệnh học các loại ung thư cổ tử cung từ đó đưa ra phác đồ điều trị phù hợp, tiên lượng chính xác với từng bệnh nhân và tư vấn các biện pháp dự phòng cho người nhà người bệnh. Tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“Mô tả đặc điểm mô bệnh học ung thư cổ tử cung và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản- Nhi Bắc Ninh số 2 giai đoạn 2020 – 2026”***.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

1. Mô tả đặc điểm mô bệnh học ung thư cổ tử cung tại Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 2 giai đoạn 2020 - 2026.
2. Nhận xét một số yếu tố liên quan với mô bệnh học ung thư cổ tử cung.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tình hình mắc ung thư cổ tử cung tại Việt Nam và trên thế giới

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là một trong những bệnh phổ biến trong các loại ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư cổ tử cung phổ biến thứ 4 cả về tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong ở phụ nữ, với 660.000 người mắc mới và 350.000 người tử vong trên toàn thế giới vào năm 2022. Đây là loại ung thư phổ biến nhất ở 25 quốc gia và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở 37 quốc gia, chủ yếu ở Châu Phi cận Sahara cũng như Nam Mỹ và Đông Nam Á [16].

Trên toàn cầu, ung thư biểu mô tế bào vảy (UTBMV) chiếm 507.303 trường hợp, trong khi đó có tổng cộng 72.070 trường hợp ung thư biểu mô tuyến được báo cáo, tương ứng với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 9,81 và 2,76 trên 100.000 dân. Gánh nặng ung thư cổ tử cung theo từng loại khác nhau giữa các khu vực và quốc gia. Tỷ lệ mắc UTBMV cao nhất là 29,79 trên 100.000 dân ở khu vực cận Sahara châu Phi; tỷ lệ mắc UTBMV thấp nhất là ở Tây Á với 3,15 trên 100.000 dân. Đối với UTBMT, tỷ lệ mắc cao nhất và thấp nhất lần lượt được tìm thấy ở Đông Nam Á (3,67 trên 100.000 dân) và Tây Á (0,77 trên 100.000 dân). Về tổng số ca mắc, khu vực Nam - Trung Á (134.881 ca, chiếm 26,59% tổng số ca UTBMV toàn cầu) và Đông Á (17.390 ca, chiếm 24,13% tổng số ca UTBMT toàn cầu) chiếm số lượng ca mắc ung thư CTC toàn cầu lớn nhất trong năm 2020. Tỷ lệ mắc UTBMV CTC cao nhất là ở Malawi (63,07 trên 100.000 dân) và tỷ lệ mắc UTBMV thấp nhất là ở Iraq (1,66 trên 100.000 dân). Đối với UTBMT cổ tử cung, tỷ lệ mắc cao nhất là ở Fiji (6,84 trên 100.000 dân) và thấp nhất là ở Cộng hòa Hồi giáo Iran (0,29 trên 100.000 dân) [20].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Bao Huy Le về gánh nặng và các yếu tố nguy cơ UTCTC từ năm 1990 đến 2021 cho thấy: Năm 2021, UTCTC gây ra khoảng 4.369 ca tử vong (95% UI: 3345-5713) tại Việt Nam, với ASR về tỷ lệ mắc là 16,50/ 100.000 dân, tỷ lệ lưu hành là 88,11/ 100.000 dân và tỷ lệ tử vong là 7,66 /100.000 dân (95% UI: 5,90-9,94). Từ năm 1990 đến năm 2021, xu hướng về tỷ lệ mắc bệnh, DALY và tỷ lệ tử vong theo 3 giai đoạn: tỷ lệ mắc bệnh giảm từ năm 1990 đến năm 1992 (APC: -2,42%, 95% CI: -3,56 đến -0,85), tăng từ năm 1992 đến năm 1996 (APC: 2,69%, 95% CI: 2,09-3,65) và sau đó giảm từ năm 1996 đến năm 2008 (APC: -0,68%, 95% CI: -0,86 đến -0,57), không có thay đổi đáng kể từ năm 2008 đến năm 2021. Dự báo từ năm 2022 đến năm 2050 cho thấy tỷ lệ DALY ở mọi lứa tuổi là 147,55 (95% UI: 105,14-198,31) vào năm 2050, với mức tăng dự kiến cho đến Năm 2039, tỷ lệ mắc ung thư cổ tử cung giảm, phản ánh mức thay đổi phần trăm hàng năm là -0,2% (95% CI: -0,07 đến -0,55). Các yếu tố nguy cơ chính gây UTCTC ở Việt Nam bao gồm hút thuốc lá và quan hệ tình dục không an toàn, với tỷ lệ tử vong chuẩn theo tuổi lần lượt là 0,31 (95% CI: 0,16-0,53) và 7,66 (95% CI: 5,89-9,80) mỗi năm [14].

1.2. Cấu tạo giải phẫu, mô học cổ tử cung

- Cổ tử cung (CTC) là phần cuối của tử cung nhô vào trong âm đạo, đường kính từ 2 - 4cm tùy thuộc vào tình trạng sinh đẻ của người phụ nữ. Khi bóc lộ bằng mổ vạt, thấy CTC có màu hồng nhạt và trung tâm là lỗ CTC[2].

- Lỗ CTC chia tử cung làm 2 phần: phần trên âm đạo (tương ứng với cổ trong về mặt mô học) và phần nhô vào trong âm đạo (tương ứng cổ ngoài về mặt mô học). Vùng niêm mạc tiếp giáp giữa cổ trong và cổ ngoài gọi là vùng chuyển tiếp [2].

- Mô học cổ ngoài: được cấu tạo bởi biểu mô lát tầng không sừng hoá với thứ tự xếp lớp từ dưới lên gồm có lớp đáy, lớp cận đáy, lớp vảy, lớp bề

mặt. Lớp đáy gồm các tế bào hình khối vuông, nhân bầu dục và có trục vuông góc với màng đáy. Lớp cận đáy với các tế bào bầu dục hoặc đa diện, giữa các tế bào có các cầu nối liên bào. Lớp vảy (Malpighi) gồm 6-12 hàng tế bào sáng, bào tương nhiều và cầu nối liên bào rõ rệt. Lớp bề mặt gồm các tế bào dẹt, nhân vón nhỏ [2].

- Vùng chuyển tiếp có vị trí giải phẫu thay đổi theo tuổi: khi dậy thì, ở tuổi hoạt động tình dục mạnh, vùng chuyển tiếp có thể thấy ở cổ ngoài; khi mãn kinh, vùng chuyển tiếp thu vào trong ống CTC. Trên mô học, vùng chuyển tiếp có thể thấy biểu mô vảy dị sản, quá sản tế bào dự trữ. Tuy nhiên, ở một số phụ nữ, vùng chuyển tiếp đột ngột chuyển từ biểu mô vảy sang biểu mô trụ đơn. Những biến đổi tiền ung thư và UTCTC thường diễn ra đầu tiên tại vùng chuyển tiếp, vì vậy, đây là vùng có ý nghĩa quan trọng trong sinh bệnh học của ung thư CTC [2].

- Mô học cổ trong: biểu mô phủ cổ trong là biểu mô trụ đơn, gồm 2 loại tế bào: tế bào chế tiết và tế bào trụ có lông chuyển. Bên dưới là mô đệm chứa các ống tuyến chế nhầy hình trụ đơn hay chia nhánh mở vào ống CTC [2].

1.3. Mô bệnh học các loại ung thư cổ tử cung

1.3.1. Ung thư biểu mô vảy tại chỗ

- **Định nghĩa:** Ung thư biểu mô tại chỗ là một ung thư trong đó toàn bộ chiều dày biểu mô vảy bị thay thế bởi các tế bào rất giống tế bào ung thư xâm nhập (UTXN) thực sự, mất phân lớp hoàn toàn nhưng không xâm nhập qua màng đáy [1], [2].

* **Đại thể:** Không có biểu hiện đặc biệt, khi soi cổ tử cung có 1 số điểm cần lưu ý: Nhiều loại tổn thương khác nhau xen kẽ vết trắng sùi lẫn vùng đỏ không điển hình, vùng mất glycogen, vùng dị sản, vị trí thường ở vùng chuyển tiếp giữa biểu mô vảy và biểu mô trụ. Để phát hiện tổn thương, không

thể làm một sinh thiết đơn giản mà nên khoét chóp để có thể kiểm tra được toàn bộ vùng chuyển tiếp [1].

* **Vi thể:** Cần chú ý hai trạng thái bất thường:

- Bất thường của tế bào:

+ Nhân: chất màu tăng, nhân không đều, nhân quái, hạt nhân to, có khi có nhiều hạt nhân, chứng tỏ có sự tổn hợp acid ribonucleic mạnh.

+ Nhân chia: nhiều và ở khắp nơi trong biểu mô, thường là ở pha sau. Nhân chia nhiều cực, đa nhiễm sắc thể.

+ Bào tương: ưa kiềm mạnh, màng tế bào dày và không rõ cầu nối.

- Bất thường của cấu trúc biểu mô: loạn sản, giảm biệt hóa của các lớp tế bào, mất glycogen trong nhiều vùng biểu mô.

Tóm lại: Trong ung thư biểu mô tại chỗ, tế bào u mang đầy đủ đặc điểm của tế bào ung thư thực sự nhưng điểm khác cơ bản với UTXN là màng đáy biểu mô vẫn còn nguyên vẹn, mô ung thư chỉ phát triển phía trên màng đáy.

Tiến triển của ung thư tại chỗ: Ung thư tại chỗ là một ung thư tiến triển rất chậm (từ 5 đến 20 năm) và có thể khả hồi. Theo Pitersen, trong 127 trường hợp ung thư tại chỗ được theo dõi sau 15 năm có khoảng 1/3 trở thành UTXN. Old và Jones (1965), Koss, chỉ thấy 10% trở thành UTXN. Trái lại, Lee và Cs (1958), Jodan (1964), không thấy trường hợp ung thư tại chỗ nào trở thành ung thư biểu mô xâm nhập.

Nguyên nhân của những ý kiến không thống nhất này có thể do những đánh giá chủ quan về mô học của UTBM tại chỗ hoặc chính bản thân ung thư tại chỗ là một loại có thể thoái triển được nếu bản thân cơ thể người bệnh có khả năng đề kháng cao hoặc một khoét chop hoặc một sinh thiết rộng có thể đã lấy hết ổ ung thư tại chỗ. Bằng chứng về mặt tế bào học sức đề kháng của

cơ thể là trong ung thư biểu mô tại chỗ, nhiều lympho bào và tương bào xâm nhập mạnh mẽ mô đệm ngay dưới vùng tổn thương [1].

1.3.2. Ung thư biểu mô vảy xâm nhập

- **Định nghĩa:** UTBMV xâm nhập là sự biến đổi ác tính của biểu mô vảy gây nên sự đảo lộn hoàn toàn cấu trúc, tế bào mất cực tính, mất trật tự xếp lớp, rối loạn sinh sản. Mô ung thư phá vỡ màng đáy của biểu mô và các tuyến, chui sâu vào lớp đệm và hủy hoại mọi thành phần mô tiếp cận.

* **Đại thể:** Trong giai đoạn đầu, trên một CTC bị rách hay xước biểu mô, có thể thấy một vùng rắn, cứng, sùi nhẹ, sung huyết hoặc có thể có một vết loét nhỏ rõ rệt, bề mặt lõm, nhiều huyết quản, nền rắn. Đặc biệt mô bệnh thường mụn nát, dễ chảy máu khi đặt mỏ vịt hay nắn nhẹ. Giai đoạn sau, có thể thấy 3 loại hình ảnh:

- Sùi không đều như hoa cải.
- Loét nham nhở, nhiều mô mụn nát, dễ chảy máu.
- Loét sùi.

Nhưng dù thuộc loại nào, ung thư cũng gây nên một nền cứng do tế bào UTXN như những rễ ăn sâu vào mô xung quanh. Chú ý khi làm sinh thiết, cần lấy nhiều vùng, đặc biệt chỗ giáp ranh của vùng lành và vùng có tổn thương và nên lấy tương đối sâu để có thể xem xét được cả lớp mô đệm [1], [2].

*** Vi thể:**

- Ung thư biểu mô không có keratin với tế bào nhỏ: mật độ nhân tế bào cao. Tế bào u hình tròn hoặc hình thoi, sắp xếp trông như những hạt thóc, chỉ thấy rõ nhân, ít bào tương, mờ nhạt. Nhân thẫm, chất màu mịn, phân bố đều khắp trong nhân, hạt nhân không rõ. Các tế bào nói chung hình thái tương đối thuần nhất, ít nhân quái, nhân chia. Glycogen hoàn toàn âm tính [1], [2].

- Ung thư biểu mô không có keratin với tế bào lớn: Các tế bào u sắp xếp lộn xộn, chồng chất lên nhau, có khi trông như những đám hợp bào. Các tế bào nửa tròn, nửa dài, trông sáng hơn loại ít biệt hóa. Nhân chia tương đối đều và có nhiều nhân quái [1], [2].

- Ung thư biểu mô có keratin có cầu sừng hoặc không:

+ Không có cầu sừng: mật độ tế bào thấp. Tế bào to xếp cạnh nhau như lát gạch, hợp thành những thùy nhỏ, những đảo tế bào bị ngăn cách bởi chất đệm liên kết, nhiều tế bào viêm. Cấu trúc của mô ung thư có vẻ trật tự nhưng hình thái tế bào rất đa dạng: to, nhỏ, đa giác, hơi tròn hoặc dài. Nhiều đám tế bào bị thoái hóa hoặc hoại tử. Nhân tế bào to, bờ gồ ghề, có thể chia nhiều múi, chất màu rất thô, hợp thành những hạt đen thẫm, hạt nhân to và rõ [1].

+ Có cầu sừng: Hình thái giống như loại trên nhưng tế bào ung thư có độ thuần thực cao hơn, cầu nối ở một số vùng rõ. Đặc biệt, gặp nhiều tế bào thoái hóa sừng, nhân đông, đen thẫm, teo nhỏ, bào tương đồng đều, hơi đục có khi rất to. Khi có cầu sừng thì thường gặp nhiều tế bào thoái hóa sừng dở dang hoặc hoàn toàn, xoắn vào nhau tạo ra những hình trông giống như vỏ hành gọi là cầu sừng. Các cầu sừng không có vị trí nhất định, có thể rải rác ở bề mặt cũng như ở trung tâm của mô ung thư [1].

1.3.3. Ung thư biểu mô tuyến

- **Định nghĩa:** Ung thư biểu mô tuyến là sự biến đổi ác tính của biểu mô phủ hoặc biểu mô tuyến của CTC. Ung thư biểu mô tuyến (biểu mô trụ) là loại ít gặp, chiếm tỷ lệ từ 4,5% đến 6% UTCTC nói chung.

* **Đại thể:** Trong giai đoạn sớm, vì ung thư nằm ở ống CTC nên bề ngoài CTC trông như bình thường nhưng khi nong rộng mới thấy một vùng hơi nhô trên nền cứng, sau mới loét và hoại tử. Nếu nạo CTC có thể lấy ra được những mô mụn mô ung thư. Trong giai đoạn muộn, ung thư có thể phát

triển ra ngoài CTC, gây nên hình ảnh sùi, loét như UTBMV nhưng hay gặp là loại loét – sùi [1].

* **Vi thể:** Ung thư biểu mô tuyến: tùy theo sự sắp xếp của tế bào ung thư thành hình tuyến hay hình nhú mà ta có các loại khác nhau nhưng nói chung tế bào ung thư hình trụ cao, nhân to, nhỏ không đều nhau, xếp thành nhiều lớp. Có thể gặp nhiều nhân chia, nhân quái. Mô ung thư có đủ các mức độ loạn sản. Tế bào ung thư có thể chế rất nhiều chất nhầy.

- Ung thư biểu mô dạng nội mạc tử cung: Tế bào ung thư sắp xếp chủ yếu thành từng đám lớn, đôi chỗ còn thấy hình ảnh tuyến giống tuyến của nội mạc tử cung.

- Tế bào ung thư một đôi khi có hình ảnh những vết tích của trung thận, tế bào sang, hình khối vuông, hợp thành ống như ống thận hoặc những hình hoa hồng, gợi lại cấu trúc thận nguyên thủy.

- Ung thư dạng tuyến túi hóa (u trụ): loại này hiếm gặp, giống như loại ở buồng trứng hay nơi khác [1].

1.3.4. Một số ung thư cổ tử cung ít gặp

- Ung thư biểu mô tuyến vảy: mang đầy đủ đặc điểm của ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô vảy

- U thần kinh nội tiết: mang đặc điểm của các u thần kinh nội tiết khác: nhân đồng dạng, dạng muối tiêu, hình giả hoa hồng....

- Carcinosarcoma: ung thư cả thành phần biểu mô và mô đệm..... [1].

1.4. Các yếu tố liên quan với ung thư cổ tử cung

Một số yếu tố được coi là có liên quan nhiều đến UTCTC như: quan hệ tình dục sớm, với nhiều người, sinh đẻ nhiều, vệ sinh sinh dục kém. Nhiễm Human papiloma virus (HPV): là nguyên nhân chính gây ra 70% các trường hợp. Bao gồm 140 typ, trong đó có 20 typ liên quan đến ung thư, đặc biệt typ 6, 11, 16, 18 có vai trò quan trọng trong UTCTC. HPV typ 16 liên quan đến

ung thư biểu mô vảy tế bào lớn, HPV typ 18 liên quan đến ung thư ít biệt hóa và ung thư biểu mô tuyến [3]. Tỷ lệ mắc UTCTC trên thế giới và ở Việt Nam có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ hiện nhiễm HPV [4].

Nhiễm một hoặc nhiều tít vi rút gây u nhú ở người (Human Papillomavirus - HPV) nguy cơ cao đã được khẳng định là nguyên nhân tiên phát của UTCTC. Người ta chia HPV sinh dục thành hai nhóm: nhóm nguy cơ thấp (thường gặp nhất là các tít 6 và 11) gây nên sùi mào gà sinh dục và nhóm nguy cơ cao (khoảng 16 tít) gây ra các tổn thương tân sinh trong biểu mô CTC và/hoặc UTCTC, âm đạo, hậu môn, thanh quản.... [4],[13].

- Các yếu tố nguy cơ khác gây UTCTC bao gồm hút thuốc lá và quan hệ tình dục không an toàn [14].

- Một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong của ung thư cổ tử cung bào gồm: chủng tộc, khu vực sinh sống, tuổi,.....

1.5. Chẩn đoán ung thư cổ tử cung

1.5.1. Chẩn đoán xác định

1.5.1.1. Triệu chứng lâm sàng

– Ra máu bất thường ở âm đạo: ra máu sau giao hợp, giữa hai kỳ kinh, sau mãn kinh, sau đại tiện gắng sức.

– Ra khí hư nhiều, khí hư lẫn máu, có mùi hôi.

– Đau vùng hạ vị, đau ngang cột sống thắt lưng.

– Có thể biếng ăn, sút cân, suy thận, phù hai chân, rò phân và nước tiểu qua đường âm đạo... khi bệnh ở giai đoạn muộn.

– Khám lâm sàng: Thăm khám âm đạo bằng tay và mỏ vịt: đánh giá tổn thương CTC, mức độ lan tràn của khối u ra vùng túi cùng và thành âm đạo. Quan sát trực tiếp tổn thương và sinh thiết tổn thương để có chẩn đoán

MBH: hình ảnh tổn thương tại CTC: u thể sùi, loét, sùi loét, thâm nhiễm. Cần đánh giá kích thước khối u và mức độ xâm lấn của khối u vào âm đạo, tử cung. Sinh thiết tổn thương u: sinh thiết tại rìa khối u.

+ Thăm trực tràng: đánh giá mức độ xâm lấn vào dây chằng rộng, trực tràng.

+ Nếu khối u không rõ ràng cần kiểm tra bên trong ống cổ tử cung, có thể nạo hoặc hút ống CTC để lấy bệnh phẩm [3].

1.5.1.2. Cận lâm sàng

+ Xét nghiệm tế bào học cổ tử cung-âm đạo (PAP's smear): Là phương pháp có giá trị để phát hiện tổn thương tiền ung thư (TTTUT), ung thư ở giai đoạn sớm và được dùng trong sàng lọc phát hiện sớm ung thư ở cộng đồng. Tiêu bản được nhuộm theo phương pháp Papanicolaou và xếp loại theo danh pháp Bethesda 2014 bao gồm:

- Các thay đổi tế bào biểu mô lát (biểu mô vảy): ASCUS/ ASC- H, LSIL, HSIL, ung thư biểu mô vảy.

- Các thay đổi tế bào biểu mô trụ (biểu mô tuyến): AGUS, AIS (ung thư biểu mô tuyến tại chỗ), ung thư tế bào tuyến [13].

+ Soi cổ tử cung: giúp quan sát tổn thương CTC ở giai đoạn sớm, xác định vùng ranh giới tổn thương, qua đó xác định vị trí sinh thiết chính xác. Để quan sát rõ tổn thương, có thể làm nghiệm pháp Schiller (nghiệm pháp Lugol): iod sẽ làm cho những tế bào bình thường (có chứa glycogen) trở nên sẫm màu, những tế bào bất thường sẽ không đổi màu và tiến hành sinh thiết vùng không đổi màu [3].

+ Sinh thiết tổn thương: dùng kim sinh thiết tổn thương u để làm MBH.

+ Khoét chóp cổ tử cung: là biện pháp lấy bệnh phẩm để chẩn đoán MBH đồng thời cũng là biện pháp điều trị UTCTC giai đoạn tại chỗ.

+ Các xét nghiệm để đánh giá giai đoạn: siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, nội soi bàng quang-trực tràng...

+ Xét nghiệm chất chỉ điểm khối u (tumor marker): CEA, CA12-5, SCC tăng cao trong một số trường hợp. Có giá trị theo dõi đáp ứng điều trị, phát hiện bệnh tái phát, di căn xa.

+ Xạ hình xương bằng máy SPECT, SPECT/CT với ^{99m}Tc -MDP để đánh giá tổn thương di căn xương, chẩn đoán giai đoạn bệnh trước điều trị, theo dõi đáp ứng điều trị, đánh giá tái phát và di căn.

+ Xạ hình thận chức năng bằng máy SPECT, SPECT/CT với ^{99m}Tc -DTPA để đánh giá chức năng thận trước điều trị và sau điều trị.

+ Chụp PET/CT với ^{18}F -FDG trước điều trị để chẩn đoán u nguyên phát, chẩn đoán giai đoạn bệnh; chụp sau điều trị để theo dõi đáp ứng điều trị, đánh giá tái phát và di căn; mô phỏng lập kế hoạch xạ trị.

+ Xét nghiệm sinh học phân tử: Giải trình tự nhiều gen [3].

1.5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Giai đoạn sớm: cần chẩn đoán phân biệt với: viêm lộ tuyến CTC, loét CTC.
- Giai đoạn muộn: cần chẩn đoán phân biệt với: lộ tuyến nhiễm khuẩn, lao CTC, giang mai CTC, polyp CTC, u nhú CTC [3].

1.5.3. Chẩn đoán nguyên nhân

Một số yếu tố được coi là có liên quan nhiều đến UTCTC như: quan hệ tình dục sớm, với nhiều người, sinh đẻ nhiều, vệ sinh sinh dục kém. Nhiễm HPV là nguyên nhân chính gây ra 70% các trường hợp. Bao gồm 140 typ, trong đó có 20 typ liên quan đến ung thư, đặc biệt typ 6, 11, 16, 18 có vai trò quan trọng trong UTCTC. HPV typ 16 liên quan đến UTBMV tế bào lớn, HPV typ 18 liên quan đến ung thư ít biệt hóa và UTBMT [3].

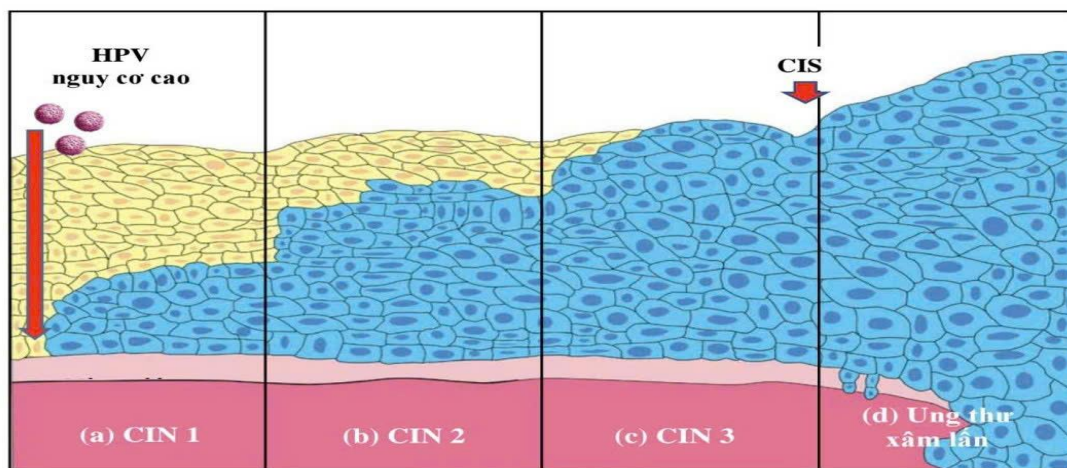
1.5.4. Chẩn đoán mô bệnh học

Bệnh phẩm được lấy qua sinh thiết, khoét chóp cổ tử cung, bệnh phẩm sau phẫu thuật. Bao gồm các typ: ung thư biểu mô vảy: chiếm trên 90%. Ung thư biểu mô tuyến, tuyến vảy, u lympho, sarcoma...

Tổn thương biểu mô vảy ở CTC phát triển qua giai đoạn tân sinh trong biểu mô CTC (CIN) trước khi hình thành ung thư xâm lấn. Tùy thuộc vào số lượng của các tế bào bất thường, tân sinh trong biểu mô được chia thành:

- + CIN1: các tế bào biểu mô bất thường chiếm 1/3 dưới chiều dày lớp biểu mô.
- + CIN2: các tế bào biểu mô bất thường chiếm 2/3 dưới chiều dày lớp biểu mô.
- + CIN3: các tế bào biểu mô bất thường chiếm gần hết chiều dày lớp biểu mô, chỉ còn vài lớp tế bào bình thường. CIN3 bao gồm cả ung thư biểu mô tại chỗ (carcinoma in situ - CIS): toàn bộ bề dày biểu mô bao gồm các tế bào ung thư nhưng chưa phá vỡ và xâm lấn qua màng đáy.

Ung thư biểu mô CTC xâm lấn có 2 loại thường gặp: ung thư tế bào vảy (còn gọi là tế bào lát hoặc tế bào gai) chiếm khoảng 85-90% các trường hợp, ung thư biểu mô tuyến chiếm khoảng 10-15% các trường hợp.



Hình 1.1. Sơ đồ các tổn thương [4] .

(a) CIN 1; (b) CIN 2; (c) CIN 3, (d) Ung thư xâm lấn

1.5.5. Chẩn đoán giai đoạn

Phân loại giai đoạn UTCTC theo Hiệp hội Sản Phụ Quốc tế (Phụ lục 1).

1.6. Tình hình nghiên cứu ung thư cổ tử cung

1.6.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới

Nghiên cứu của Xianying Cheng và cộng sự (2025) về xu hướng tỷ lệ mắc và tử vong do UTCTC ở Hoa Kỳ cho thấy: Trong giai đoạn 1975–2018, tổng cộng có 49.658 trường hợp UTCTC được ghi nhận. Hầu hết bệnh nhân UTCTC được chẩn đoán ở độ tuổi từ 20 đến 79 tuổi. Loại UTCTC phổ biến nhất về mặt mô học là ung thư biểu mô vảy với 34.169 trường hợp chiếm 68,5%, tiếp theo là ung thư biểu mô tuyến với 7.317 trường hợp chiếm 14,7% và ung thư biểu mô tuyến vảy (1.653 trường hợp chiếm 3,3%). Xét về tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong, bệnh nhân da đen có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong do UTCTC cao hơn người da trắng, lần lượt đạt 12,72 và 8,23/ 100.000 người-năm. Tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong thường tăng theo độ tuổi, nhưng tỷ lệ mắc đạt đỉnh ở nhóm 60–79 tuổi (14,74/ 100.000 người-năm) và tỷ lệ tử vong đạt đỉnh ở nhóm 80 tuổi trở lên (29,05/ 100.000 người-năm) [15].

Nghiên cứu của Lijie Cao và cộng sự (2019) cho thấy: Trong số 5181 bệnh nhân thì có 4510 người mắc ung thư biểu mô tế bào vảy, 488 người mắc ung thư biểu mô tuyến và 183 người mắc ung thư biểu mô tuyến vảy. So với ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư biểu mô tuyến có liên quan đến giai đoạn sớm hơn, kích thước khối u nhỏ hơn, xâm lấn mạch bạch huyết ít hơn (26,7% so với 37,9%), xâm lấn mô đệm sâu hơn (>2/3 độ sâu) ít hơn (30,4% so với 36,2%) và di căn buồng trứng nhiều hơn (4,2% so với 0,7%) (tất cả $p < 0,001$). So với ung thư biểu mô tuyến vảy, ung thư biểu mô tuyến có liên quan đến giai đoạn sớm hơn ($p = 0,011$), kích thước khối u nhỏ hơn ($p < 0,001$), xâm lấn mạch bạch huyết ít hơn (26,7% so với 41,5%, $p < 0,001$) và xâm nhiễm thần kinh ngoại biên ít hơn (5,7% so với 15,4%, $p < 0,001$). Ngoại trừ sự xâm nhiễm thần kinh ngoại biên nhiều hơn ở ung thư biểu mô tuyến vảy (15,4% so

với 8,4%, $p=0,002$), không có sự khác biệt đáng kể nào về các đặc điểm lâm sàng và bệnh lý khác giữa UTBMV và ung thư biểu mô tuyến vảy [19].

Jakkree Pasane và cộng sự (2025) nghiên cứu về Tỷ lệ mắc và xu hướng sống sót của UTCTC ở Khon Kaen, Thái Lan cho kết quả: Trong giai đoạn từ năm 1991 đến năm 2020, có 3.071 trường hợp UTCTC tại tỉnh Khon Kaen. Độ tuổi trung bình khi được chẩn đoán là 51,7 tuổi ($SD = 12,27$), với nhóm tuổi phổ biến nhất khi được chẩn đoán là 45-49 tuổi, bao gồm 485 trường hợp hoặc 15,79% tổng số. Giai đoạn bệnh thường gặp nhất trong nhóm dân số này là giai đoạn 3, với 1.037 trường hợp chiếm 33,8% tổng số. Loại MBH phổ biến nhất là ung thư biểu mô tế bào vảy với 2.297 trường hợp hoặc 74,8% tổng số [18].

Nghiên cứu của Minmin Wang và cộng sự về tỷ lệ mắc UTCTC trên toàn cầu theo mô học cho thấy: Ung thư biểu mô tế bào vảy (UTBMV) là phân nhóm mô học chiếm ưu thế, chiếm 82,72% tổng số ca UTCTC được báo cáo trên toàn cầu. Đáng chú ý, UTBMV nổi lên như là phân nhóm mô học chính ở nhiều khu vực địa lý khác nhau, bao gồm 15 khu vực riêng biệt trên toàn thế giới. Tỷ lệ phổ biến này trải rộng từ 69,26% ở Châu Đại Dương đến 92,63% ở Châu Phi cận Sahara. Ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) chiếm 12,18% tổng số ca mắc UTCTC trên toàn cầu, cho thấy sự khác biệt về phân bố giữa các khu vực. Tỷ lệ này dao động từ 6,35% ở khu vực Châu Phi cận Sahara đến 23,72% ở Châu Đại Dương [20].

1.6.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam

Nghiên cứu của Hoàng Thị Luân và cộng sự (2020) về ung thư biểu mô CTC xâm nhập được chẩn đoán xác định bằng MBH tại BVPS Trung ương từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2018 cho thấy: hầu hết các trường hợp ung thư biểu mô CTC xâm nhập gặp ở nhóm 40-49 tuổi (32,5%). Ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm đa số 60,5%, ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô tuyến

vảy, ung thư biểu mô không biệt hóa và ung thư biểu mô thân kinh nội tiết tế bào nhỏ chiếm tỷ lệ lần lượt là 29,5%; 8%; 1% và 1% [8].

Nghiên cứu của Phạm Huy Hiền Hào (2021) tại BVPS Trung ương, từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2020. Kết quả: Xét nghiệm tế bào CTC bình thường và ASCUS, LSIIL có 95,65% tổn thương MBH từ CIN-II trở lên, kết quả sinh thiết chỉ phát hiện ra 19,6% trường hợp CIN-III và 3,92 UTCTC. Trong khi đó, khi làm LEEP phát hiện 64,92% UTCTC (19,6 CIN-III, 45,06 CIS và 19,6% ung thư xâm nhập). Trên bệnh phẩm cắt tử cung, có 3,92% CIN-III, 27,45% ung thư cổ tử cung (13,73% CIS, 1,96% AIS, 11,76% UTCTC xâm nhập) [5].

Nghiên cứu của Hoàng Xuân Sơn (2021) về UTCTC tại BVPS Trung ương từ tháng 01/2019 đến tháng 7/2020 cho kết quả nhóm tuổi hay gặp nhất là 35 – 44 tuổi với 42,3%, tuổi mắc bệnh trung bình $44,4 \pm 10,02$ tuổi và 70,2% bệnh nhân sống tại thành thị. Đa số bệnh nhân không có triệu chứng với 71,2% và được chẩn đoán ở giai đoạn tại chỗ (0) với 51,9%, giai đoạn I là 45,2%, giai đoạn II chiếm tỷ lệ thấp với 2,9% [10].

Kết quả nghiên cứu của Ngô Quý Trân (2025) về TTTUT và UTCTC tại Bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Huế từ 01/2023 đến 01/2025 có khác biệt: 80% bệnh nhân có biểu hiện ra khí hư bất thường, 40% bệnh nhân ra máu âm đạo bất thường, chỉ có 8% bệnh nhân không có triệu chứng. Nghiên cứu cho thấy 56% bệnh nhân mắc ung thư biểu mô CTC, 44% bệnh nhân có TTTUT CTC trong đó tổn thương CIN III chiếm 22%. Trong số 28 bệnh nhân được chẩn đoán UTCTC thì có tới 75,1% bệnh nhân mắc ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư biểu mô tuyến là 24,9% [11].

1.7. Giới thiệu về địa điểm nghiên cứu

Khoa Xét nghiệm trung tâm – Giải Phẫu Bệnh (XNTT – GPB), Bệnh viện Sản- Nhi Bắc Ninh số 2 được thành lập năm 2021 trên cơ sở tách ra từ

khoa tiền thân là Khoa Xét nghiệm trung tâm – Thăm dò chức năng (thành lập năm 2015). Khoa XNTT – GPB thực hiện các kỹ thuật:

- Xét nghiệm huyết học, sinh hóa, miễn dịch, vi sinh.....
- Xét nghiệm sàng lọc và phát hiện sớm UTCTC (Pap Smear, Liquid).
- Xét nghiệm chọc hút kim nhỏ các hạch, các khối u mô mềm, u vú,
- Xét nghiệm MBH các bệnh phẩm phẫu thuật, bệnh phẩm sinh thiết....

Hàng năm, tại bộ phận Giải phẫu bệnh thực hiện khoảng 2.500 – 3.000 lượt xét nghiệm mô bệnh học, 1500 – 2000 lượt xét nghiệm tế bào học phụ khoa và khoảng 300 – 500 lượt tế bào học chọc hút kim nhỏ. Trong đó, xét nghiệm MBH Phụ khoa chiếm tới 70% và MBH CTC chiếm khoảng 20%, trong đó UTCTC thường gặp nhất là UTBMV. Mỗi năm, khoa XNTT – GPB chẩn đoán từ 30 -40 trường hợp TTTUT hoặc UTCTC và đa số gặp ở phụ nữ độ tuổi lao động.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân được sinh thiết hoặc cắt tử cung tại Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 2 từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 8 năm 2026 có kết quả MBH là UTCTC phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin và kết quả GPB cần cho nghiên cứu sau sinh thiết và sau cắt TC.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án không thu được đầy đủ thông tin bệnh nhân cần cho nghiên cứu.

- Các trường hợp bẩm sinh thiết CTC hoặc phẫu thuật cắt tử cung mà kết quả MBH là TTTUT hoặc là ung thư tái phát, ung thư di căn CTC.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

+ **Thời gian nghiên cứu:** dự kiến từ tháng 3/2026 đến tháng 8/2026.

+ **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Xét nghiệm trung tâm – Giải Phẫu Bệnh, Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 2.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang (hồi cứu kết hợp tiền cứu).

2.4. Cỡ mẫu

Mẫu nghiên cứu được lấy toàn bộ. Dự kiến ~ 60 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu được lấy theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Tất cả các bệnh nhân sinh thiết CTC hoặc phẫu thuật cắt tử cung tại Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 2 làm xét MBH và có kết quả là UTCTC thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập thông tin trên hồ sơ bệnh án (HSBA), điền đầy đủ, chi tiết theo mẫu phiếu nghiên cứu thống nhất, bao gồm các thông tin sau:

- Lâm sàng: Tuổi, nghề nghiệp, lý do đến khám bệnh.
- Cận lâm sàng: Kết quả nhuộm soi, soi tươi, xét nghiệm PAP, HPV.
- Đặc điểm MBH: loại bệnh phẩm (sinh thiết hay phẫu thuật cắt tử cung), kết quả MBH, xâm nhập....

* Quy trình nghiên cứu

- Quy trình lấy mẫu:

+ **Tiến cứu:** Thời gian từ 3/2026 – 8/2026. Bệnh phẩm từ cổ tử cung sau khi được các bác sỹ lâm sàng bấm sinh thiết hoặc sau phẫu thuật có kích thước từ 0,1cm trở lên được cố định ngay trong Formalin trung tính 10% tại khoa Gây mê hồi sức, sau đó được chuyển đến bộ phận Giải Phẫu Bệnh – Khoa XNNTT – GPB trong vòng 48 giờ. Tại bộ phận GPB, các mẫu sinh thiết hoặc phẫu thuật được đánh giá đại thể bởi các bác sỹ Giải Phẫu Bệnh, sau đó thực hiện các quy trình kỹ thuật Giải phẫu bệnh. Thu thập các thông tin cần thiết từ HSBA theo mẫu phiếu thu thập. Trực tiếp đọc kết quả xét nghiệm MBH.

+ **Hồi cứu:** Thời gian từ 1/2020 – 2/2026. Tra cứu thông tin trên HSBA, thu thập số liệu theo mẫu phiếu thu thập thông tin nghiên cứu, tìm lại tiêu bản, khối nén, đọc kết quả MBH trên tiêu bản.

*** Quy trình xét nghiệm mô bệnh học tại bộ phận Giải Phẫu Bệnh:**

+ Bệnh phẩm từ cổ tử cung sau sinh thiết hoặc sau phẫu thuật có kích thước từ 0,1cm trở lên được cố định ngay trong Formalin trung tính 10% tại khoa Gây mê hồi sức, sau đó được chuyển đến bộ phận Giải Phẫu Bệnh trong vòng 48 giờ.

+ Bệnh phẩm sau khi nhận từ khoa lâm sàng (mảnh sinh thiết) hoặc khoa Gây mê hồi sức (bệnh phẩm phẫu thuật) được bác sỹ GPB quan sát và mô tả đại thể, cắt lát thành các mảnh kích thước khoảng 1 x 1 x 0,3cm với bệnh phẩm có kích thước từ 1cm trở lên; với bệnh phẩm < 1cm thì cắt lát mỏng 0,3cm rồi chuyển cả vào Block. Tuy nhiên, trên thực tế mẫu bệnh phẩm được lựa chọn theo quan sát đại thể toàn bộ u và được lấy vào vùng nghi ngờ ung thư kèm theo vùng không nghi ngờ để đối chiếu.

+ Bệnh phẩm sau khi pha được cố định ngay trong dung dịch Formalin 10%, lượng dung dịch cố định lớn gấp 10- 20 lần thể tích bệnh phẩm.

+ Sau 8-24 giờ, bệnh phẩm đã cứng sẽ được đem chuyển, đúc, cắt mảnh và nhuộm Hematoxylin – Eosin thành tiêu bản theo quy trình kỹ thuật tại Khoa XNTT – GPB, Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 2.

+ Các tiêu bản được bác sỹ Giải Phẫu Bệnh đọc trên kính hiển vi quang học có độ phóng đại 40, 100, 400 lần.

*** Trang thiết bị cần thiết cho nghiên cứu:** Kính hiển vi quang học có đủ độ phóng đại 40, 100, 400 lần; tiêu bản (lam kính), khối nền (mẫu bệnh phẩm sau khi xử lý theo các quy trình kỹ thuật GPB) của đối tượng nghiên cứu; HSBA của đối tượng nghiên cứu, mẫu phiếu thu thập thông tin.

2.7. Các biến số nghiên cứu

2.7.1. Biến số cho mục tiêu 1: Đặc điểm mô bệnh học ung thư cổ tử cung tại Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 2 năm 2020 - 2026.

Biên số thu thập	Định nghĩa biến	Phân loại biến	Công cụ thu thập
Tuổi	Tuổi bệnh nhân tính theo năm dương lịch. Chia thành 03 nhóm: < 18 tuổi: tuổi chưa trưởng thành; 18 - 44 tuổi: tuổi sinh đẻ; >44 tuổi: tuổi tiền mãn kinh và mãn kinh	Định lượng	HSBA
Nghề nghiệp	Là công việc bệnh nhân đang làm. Chia theo 3 nhóm: Cán bộ, công chức, viên chức; Công nhân, nông dân; Nghề khác: Tự do, nội trợ.....	Định tính	HSBA
Lý do đến khám	Là triệu chứng cơ năng của bệnh nhân trước đến viện khám: ra khí hư, ra máu bất thường, khám định kỳ	Định tính	HSBA
Xét nghiệm nhuộm soi, soi tươi	Là kết quả xét nghiệm dịch âm đạo- CTC của bệnh nhân khi đến khám: Viêm đặc hiệu (nấm Candida, Trichomonas...)/ Viêm không đặc hiệu (Gram dương, Gram âm, không rõ.....)	Định tính	Phiếu xét nghiệm vi sinh
Xét nghiệm PAP	Là xét nghiệm sàng lọc ung thư CTC bằng phương pháp nhuộm Papanicolaou: có làm/ không làm. Kết quả xét nghiệm PAP: Bình thường/ Viêm/ ASC – US/ ASC – H/ LSIL/ HSIL/ Ung thư.	Định tính	Phiếu xét nghiệm TBH
Xét nghiệm	Là xét nghiệm xác định tình trạng nhiễm virus HPV của người bệnh: có làm/ không làm (Xét nghiệm này không thực hiện tại	Định tính	Xét nghiệm

HPV	bệnh viện)		HPV
Loại bệnh phẩm	Là loại bệnh phẩm gì? Bệnh phẩm bám sinh thiết hay phẫu thuật cắt tử cung.	Định tính	Phiếu kết quả MBH
Kết quả MBH	Kết quả đọc tiêu bản MBH: Kết quả sinh thiết trước phẫu thuật và sau phẫu thuật gồm: + Loại MBH: UTBMV, ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô tuyến – vảy, u thần kinh nội tiết,..... + Tổn thương trên MBH: ung thư tại chỗ/ ung thư xâm nhập (xâm nhập mô đệm/ xâm nhập mạch máu, thần kinh).	Định tính	Đọc tiêu bản MBH
Giai đoạn bệnh	Là giai đoạn bệnh được đánh giá sau khi phẫu thuật: Phân giai đoạn ung thư CTC theo FIGO (Phụ lục 1)	Định tính	Phiếu kết quả MBH

2.7.2. Biến số cho mục tiêu 2: Một số yếu tố liên quan với mô bệnh học ung thư cổ tử cung

- Tuổi với loại mô bệnh học, tổn thương trên mô bệnh học
- Tuổi với giai đoạn bệnh
- Biểu hiện lâm sàng với tổn thương mô bệnh học
- Xét nghiệm nhuộm soi, soi tươi với tổn thương mô bệnh học
- Đối chiếu kết quả xét nghiệm tế bào (Pap) với MBH.
- Đối chiếu kết quả MBH sinh thiết với sau phẫu thuật.

2.8. Phương pháp phân tích số liệu

Các số liệu sau khi thu thập được mã hóa, nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Các thống kê mô tả được sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ %, trung bình, min, max, lọc số liệu. Kiểm định mối liên quan bằng

thuật toán “Khi bình phương”, đọc p ở Chi – Square Test hoặc Phi and Cramer V, có ý nghĩa khi $p < 0,05$ với khoảng tin cậy 95%.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện và Sở Y tế thông qua và cho phép nghiên cứu nhằm đảm bảo tính khoa học khả thi của đề tài.

- Nghiên cứu chỉ nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, phục vụ công tác khám và điều trị sức khỏe cho nhân dân.

- Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật.

2.10. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số

2.10.1. Hạn chế của nghiên cứu

- Đây là một nghiên cứu về lĩnh vực cận lâm sàng, không nghiên cứu và bàn luận về vấn đề điều trị.

2.10.2. Sai số và biện pháp khắc phục sai số

* Sai số của nghiên cứu

- Các trường hợp khó chẩn đoán có thể xếp typ MBH chưa chính xác.

- Sai số khi nhập và phân tích số liệu.

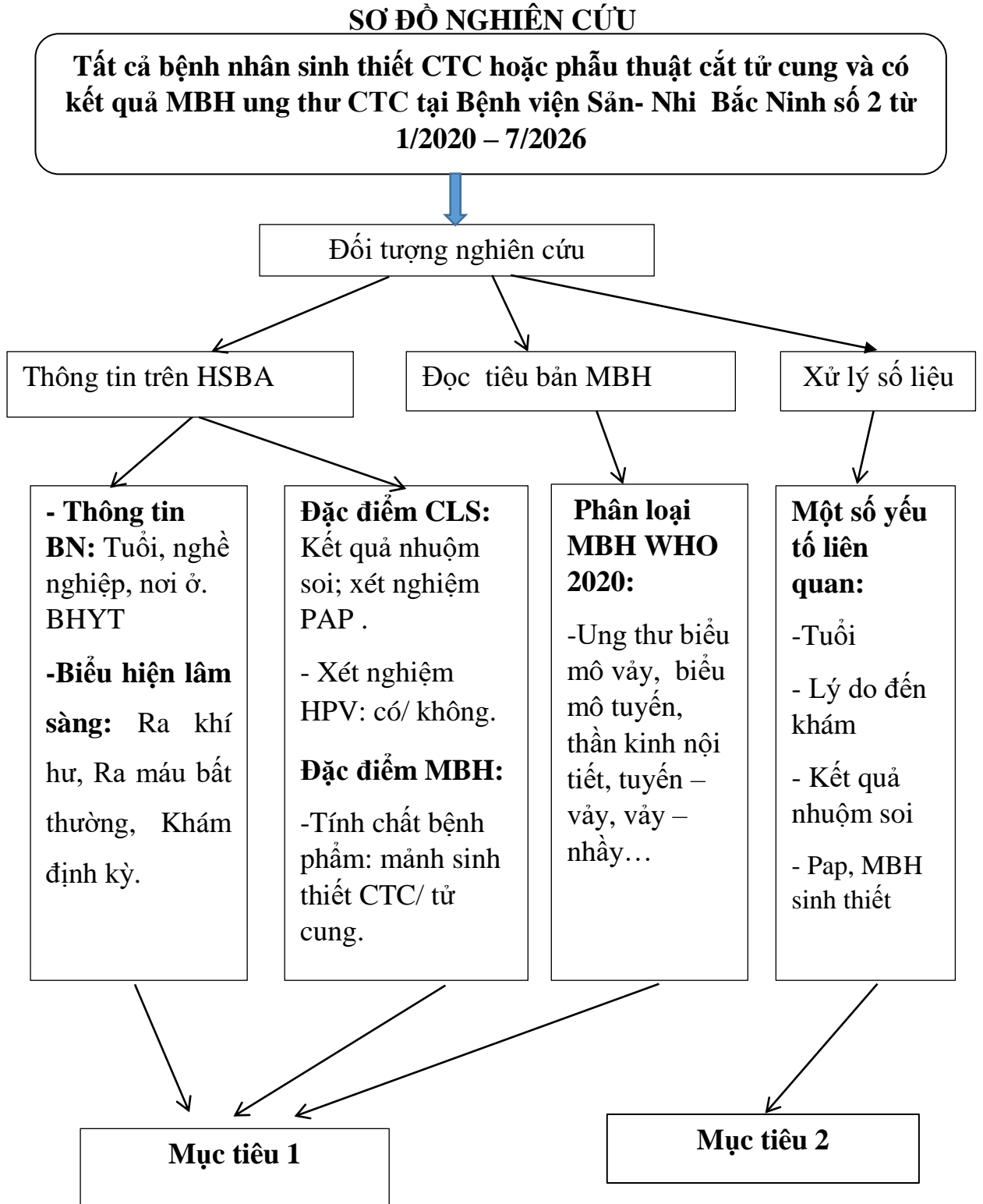
* Biện pháp khắc phục sai số

- Hội chẩn các trường hợp khó chẩn đoán với các bác sỹ Bệnh viện K

- Hạn chế các trường hợp khó chẩn đoán bằng đảm bảo kỹ thuật cắt nhuộm tốt, đạt tiêu chuẩn, những trường hợp có lỗi kỹ thuật sẽ cắt nhuộm lại.

- Việc xử lý và phân tích số liệu cũng được tiến hành một cách khoa học và chính xác để tránh các sai số trong quá trình tính toán.

2.11. Sơ đồ nghiên cứu



Chương 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mô bệnh học ung thư cổ tử cung

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, nghề nghiệp

	Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Tuổi	< 18 tuổi		
	18 – 44 tuổi		
	>44 tuổi		
	Tổng		
	Trung bình:		
Nghề nghiệp	Cán bộ, công chức		
	Công nhân, nông dân		
	Khác		
	Tổng		

Nhận xét:

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo lý do đến khám

Nhận xét:

Biểu đồ 3.2. Xét nghiệm HPV

Nhận xét:

3.1.2. Đặc điểm mô bệnh học

Biểu đồ 3.3. Loại bệnh phẩm làm mô bệnh học

Nhận xét:

Bảng 3.2. Thẻ mô bệnh học

Xét nghiệm MBH		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Kết quả	Ung thư biểu mô vảy		
	Ung thư biểu mô tuyến		
	Ung thư khác		
Tổng			

Nhận xét:

Biểu đồ 3.4. Tổn thương trên mô bệnh học

Nhận xét:

Bảng 3.3. Giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Giai đoạn I		
Giai đoạn II		
Giai đoạn III		
Giai đoạn IV		
Tổng		

Nhận xét:

3.2. Một số yếu tố liên quan với mô bệnh học ung thư cổ tử cung

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tuổi với thể mô bệnh học

		Nhóm tuổi						p
		< 18 tuổi		18 - 44 tuổi		> 44 tuổi		
		n	%	n	%	n	%	
Mô bệnh học	UT biểu mô vảy							
	UT biểu mô tuyến							
	Ung thư khác							
Tổng								

Nhận xét:

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tuổi với tổn thương trên mô bệnh học

		Nhóm tuổi						p
		< 18 tuổi		18 - 44 tuổi		> 44 tuổi		
		n	%	n	%	n	%	
Tổn thương trên MBH	Tại chỗ							
	Xâm nhập mô đệm							
	Xâm nhập mạch máu, thần kinh							
	Tổng							

Nhận xét:

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa tuổi với giai đoạn bệnh

		Nhóm tuổi						p
		< 18 tuổi		18 - 44 tuổi		> 44 tuổi		
		n	%	n	%	n	%	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I							
	Giai đoạn II							
	Giai đoạn III							
	Giai đoạn IV							
	Tổng							

*Nhận xét:***Bảng 3.7. Mối liên quan giữa biểu hiện lâm sàng với mô bệnh học**

		Mô bệnh học				p
		UT tại chỗ		UT xâm nhập		
		n	%	n	%	
Biểu hiện lâm sàng	Ra khí hư					
	Ra máu bất thường					
	Khám định kỳ					
Tổng						

Nhận xét:

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa xét nghiệm nhuộm soi với mô bệnh học

		Mô bệnh học				p
		UT tại chỗ		UT xâm nhập		
		n	%	n	%	
Xét nghiệm nhuộm soi	Viêm đặc hiệu					
	Viêm không đặc hiệu					
Tổng						

*Nhận xét:***Bảng 3.9. Đối chiếu kết quả xét nghiệm tế bào (Pap) với mô bệnh học**

		Mô bệnh học			p
		TTTUT	UT tại chỗ	UTXN	
Kết quả xét nghiệm PAP	Không làm				
	Bình thường				
	Viêm				
	ASC – US				
	ASC – H				
	LSIL				
	HSIL				
	Ung thư				
Tổng					

Nhận xét:

Bảng 3.10. Đối chiếu kết quả mô bệnh học sinh thiết với kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật

		MBH Sinh thiết			P
		TTTUT	UT tại chỗ	UTXN	
MBH sau phẫu thuật	TTTUT				
	UT tại chỗ				
	UTXN				
	Tổng				

Nhận xét:

Chương 4

DỰ KIẾN BÀN LUẬN

Theo mục tiêu nghiên cứu

4.1. Đặc điểm mô bệnh học ung thư cổ tử cung

4.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.2. Đặc điểm mô bệnh học

4.2. Một số yếu tố liên quan với mô bệnh học ung thư cổ tử cung

4.2.1. Liên quan giữa tuổi với loại mô bệnh học và giai đoạn bệnh

4.2.2. Mối liên quan giữa biểu hiện lâm sàng với mô bệnh học

4.2.3. Mối liên quan giữa kết quả nhuộm soi, soi tươi, PAP với mô bệnh học, mô bệnh học trước phẫu thuật và sau phẫu thuật

DỰ KIẾN KẾT LUẬN

Theo mục tiêu nghiên cứu

- 1. Đặc điểm mô bệnh học ung thư cổ tử cung**
- 2. Một số yếu tố liên quan với mô bệnh học ung thư cổ tử cung**

DỰ KIẾN KIẾN NGHỊ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng việt

1. Bộ môn Giải Phẫu Bệnh, Trường Đại học Y Hà Nội (2025), “*Bệnh của cổ tử cung*”, Bài giảng Giải Phẫu Bệnh Học, Nhà xuất bản Y học, tr.507-519.
2. Bộ môn Giải Phẫu Bệnh – Y Pháp, Trường Đại học Y Dược Huế (2022), “*Bệnh cổ tử cung*”, Giáo trình Giải Phẫu Bệnh, Nhà xuất bản Đại Học Huế, tr. 206-221.
3. Bộ Y Tế (2020), “*Ung thư cổ tử cung*”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh Ung bướu (Ban hành kèm theo Quyết định số 1514/QĐ-BYT ngày 01 tháng 04 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế), Nhà xuất bản Y học, tr.360- 369.
4. Bộ Y Tế (2024), “*Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung*”, Ban hành kèm theo Quyết định số: 3792/QĐ-BYT ngày 17 tháng 12 năm 2024 của bộ trưởng Bộ Y tế, tr 1-76.
5. Phạm Huy Hiền Hào và Cs (2022), “*Nhận xét các trường hợp cắt tử cung hoàn toàn sau LEEP tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*”, *Tạp chí Phụ sản*; 20(3):124-129. doi: 10.46755/vjog.2022.3.1417
6. Hoàng Quốc Huy và Cs (2023), “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sàng lọc ung thư cổ tử cung tại khoa sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*”, *Tạp Chí Y học Việt Nam*, tập 527, tháng 6 – số 1b – 2023, tr.54 -59.
7. Nguyễn Thị Huy và Cs (2024), “*Tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao và mối liên quan với tổn thương tế bào học cổ tử cung ở phụ nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Vinmec Times City năm 2022 - 2023*”, *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 542 -tháng 9,-số 3, tr.241-245.

8. Hoàng Thị Luân và Cs (2020), “Phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô cổ tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương”, *Tạp chí KHOA HỌC & CÔNG NGHỆ ĐHTN*, 225(01), tr. 53 – 60.
9. Doãn Văn Ngọc, Bùi Văn Lệnh , Bùi Diệu (2016), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ 1.5T của ung thư cổ tử cung”, *Tạp chí Khoa học ĐHQGHN: Khoa học Y Dược*, Tập 32, Số 2 (2016), tr. 82-92.
10. Hoàng Xuân Sơn và Cs (2021) , “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư cổ tử cung với các type HPV nguy cơ cao”, *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 139 (3), tr.71- 77.
11. Ngô Quý Trân và Cs (2025), “Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, tế bào học với mô bệnh học trong tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung”, *Tạp chí Y Dược Huế - Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế - Số 5, tập 15/2025*, tr.17-22.
12. Nguyễn Thị Tuyên và Cs (2025), “Đối chiếu kết quả tế bào học với mô bệnh học các tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung”, *Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế - Tập 17, số 6 - năm 2025*, tr.139 -145.
13. Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (2022), “*Ung thư cổ tử cung*”, Giáo trình Sản Phụ khoa, tập 2, Phụ khoa, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr.177- 212.

Tiếng Anh

14. Bao Huy Le, MD; Thao Ngan Nguyen Pham, MD; Huong Dung Thi Nguyen, MD; Tri Cuong Phan, MD; Han My Nguyen Le; Thien Tan Tri Tai Truyen, MD; Tam Duc Lam, MD, PhD (2025), “Burden and risk factors of cervical cancer in Vietnam from 1990 to 2021 and forecasting to 2050—a

systematic analysis from global burden disease”, *AJOG Global Reports*, 5(1): 100103.

15. Cheng X, Wang P, Cheng L, Zhao F and Liu J (2025), “Trends in cervical cancer incidence and mortality in the United States,1975–2018: a population-based study”, *Front. Med.* 12:1579446. doi: 10.3389/fmed.2025.1579446.

16. Freddie Bray BSc, MSc, PhD, Mathieu Laversanne MSc, Hyuna Sung PhD, Jacques Ferlay ME, Rebecca L. Siegel MPH, Isabelle Soerjomataram MD, MSc, PhD, Ahmedin Jemal DVM, PhD (2024), “Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries”, *CA Cancer J Clin.* 2024;74, pg.229–263.

17. International Agency for Research on Cancer (2024), “GLOBOCAN 2022 Vietnam fact sheet”, *Global Cancer Observatory*, PDF, accessed 10.09.2025.<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>.

18. Jakkree Pasane, Kan Sriwatana, Kuntawit Krasairsom, Napatsanun Suwunnapang, Chalongpon Santong, Bandit Chumworathayi (2025), “Incidence and Survival Trends of Cervical Cancer in Khon Kaen, Thailand”, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 26 (4), pg.1393-1400. DOI:10.31557/APJCP.2025.26.4.1393

19. Lijie Cao, Hao Wen, Zheng Feng, Xiaotian Han, Xiaohua Wu (2019), “Distinctive clinicopathologic characteristics and prognosis for different histologic subtypes of early cervical cancer”, *Int J Gynecol Cancer* 2019;29:1244–1251. doi:10.1136/ijgc-2019-000556

20. Minmin Wang , Kepei Huang, Martin C. S. Wong , Junjie Huang, Yinzi Jin, Zhi-Jie Zheng (2024), “Global Cervical Cancer Incidence

by Histological Subtype and Implications for Screening Methods”, *Journal of Epidemiology and Global Health* (2024) 14. Pg. 94–101.
<https://doi.org/10.1007/s44197-023-00172-7>

21. Tirkaso BH, Bayisa TH, Desta TW (2024) Histopathologic patterns and factors associated with cervical lesions at Jimma Medical Center, Jimma, Southwest Ethiopia: A two-year cross-sectional study. *PLoS ONE* 19(4): e0301559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301559>.

22. World Health Organization (2020), “*Tumors of the Uterine Cervix*”, Female Genital Tumors, WHO Classification of Tumours. 5th Edition, pg. 336-389 .

23. <https://bvnguyentriphuong.com.vn/san-phu-khoa/giai-phau-tu-cung-lac-noi-mac-tu-cung>.

24. <https://bvnguyentriphuong.com.vn/giai-phau-benh/giai-phau-benh-ly-benh-ly-co-tu-cung>

Số Phiếu:.....

**PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU NGHIÊN CỨU UNG THƯ CỔ TỬ CUNG
TẠI BỆNH VIỆN SẢN - NHI BẮC NINH SỐ 2 NĂM 2020-2026.**

A. Hành chính

Họ và tên:..... Tuổi:.....

Mã bệnh nhân:..... Mã GPB:.....

Nghề nghiệp:

1. Cán bộ, công chức 2. Công nhân, nông dân 3. Khác

Địa chỉ:.....

Vào viện ngày.....tháng..... năm.....

B. Lý do đến viện khám:

1. Ra khí hư 2. Ra máu bất thường 3. Khác

C. Đặc điểm cận lâm sàng:

1. Kết quả nhuộm soi, soi tươi:

1. Viêm đặc hiệu (Nấm Candida, Trichomonas):.....

2. Viêm không đặc hiệu (Gram dương, Gram âm, không rõ):

2. Kết quả xét nghiệm PAP

1. Không làm 2. Bình thường 3. Viêm 4. ASCUS

5. ASC – H 6. LSIL 7. HSIL 8. AGUS 9. Ung thư:.....

3. Xét nghiệm HPV:

1. Có làm:.....

2. Không làm

PHỤ LỤC 1

Phân giai đoạn ung thư cổ tử cung của Hiệp hội Sản Phụ Quốc tế (FIGO 2018) và phân loại TNM theo AJCC (2017) [3], [22].

Bảng 1. Phân loại giai đoạn ung thư cổ tử cung [3]

TNM (khối u)	FIGO	TỔN THƯƠNG
T _x		Không đánh giá được u nguyên phát.
T ₀		Không có bằng chứng về khối u nguyên phát.
T _{is}	0	Ung thư tại chỗ (in situ) .
T ₁	I	Khối u hoàn toàn khu trú tại CTC.
T _{1a}	I _{1A}	Ung thư xâm lấn xác định trên vi thể. Xâm lấn mô đệm sâu ≤ 5mm tính từ màng đáy và lan rộng ≤ 7mm.
T _{1a1}	I _{A1}	Xâm lấn dưới màng đáy ≤ 3mm, rộng ≤ 7mm.
T _{1a2}	I _{A2}	Xâm lấn dưới mô đệm sâu >3mm và ≤ 5mm chiều sâu, rộng ≤ 7mm.
T _{1b}	I _B	Tổn thương có thể nhìn thấy trên lâm sàng nhưng còn khu trú ở CTC, kích thước lớn hơn T _{1A} / I _{A2} .
	I _{B1}	U kích thước ≤ 2cm.
	I _{B2}	U kích thước 2- 4 cm
	I _{B3}	U kích thước > 4cm
T ₂	II	Khối u xâm lấn ra ngoài CTC nhưng chưa lan đến vách chậu hay chưa tới 1/3 dưới âm đạo.
T _{2a}	II _A	U chưa xâm lấn dây chằng rộng
	II _{A1}	U kích thước ≤ 4cm.
	II _{A2}	U kích thước > 4 cm
T _{2b}	II _B	U xâm lấn dây chằng rộng
T ₃	III	Khối u xâm lấn đến thành chậu và/hoặc tới 1/3 dưới âm đạo và/hoặc gây ú nước thận hoặc suy thận.
T _{3a}	III _A	U nằm ở 1/3 dưới âm đạo, chưa xâm lấn đến thành chậu

T3b	III _B	U xâm lấn đến thành chậu và/hoặc gây ứ nước thận hoặc suy thận.
T4	IVA	Khối u xâm lấn ra ngoài khung chậu hoặc xâm lấn bàng quang, trực tràng (có bằng chứng giải phẫu bệnh)
N (Hạch vùng): Di căn hạch vùng (hạch vùng bao gồm hạch quanh CTC, dây chằng rộng, hạch hố bịt, hạch chậu gốc, chậu trong, chậu ngoài, trước xương cùng, xowng cùng)		
NX		Không đánh giá được di căn hạch vùng
N0		Không có di căn hạch vùng
N _{0(i+)}		Các tế bào u tách biệt ở hạch vùng kích thước ≤0,2mm.
N1		Có di căn hạch vùng
Di căn xa (M)		
M0		Chưa có di căn xa
M1	IV _B	Di căn xa (bao gồm lan tràn phúc mạc, hạch động mạch chủ bụng, hạch trung thất, hạch thượng đòn, gan, phổi, xương).

Phân loại giai đoạn bệnh [22]:

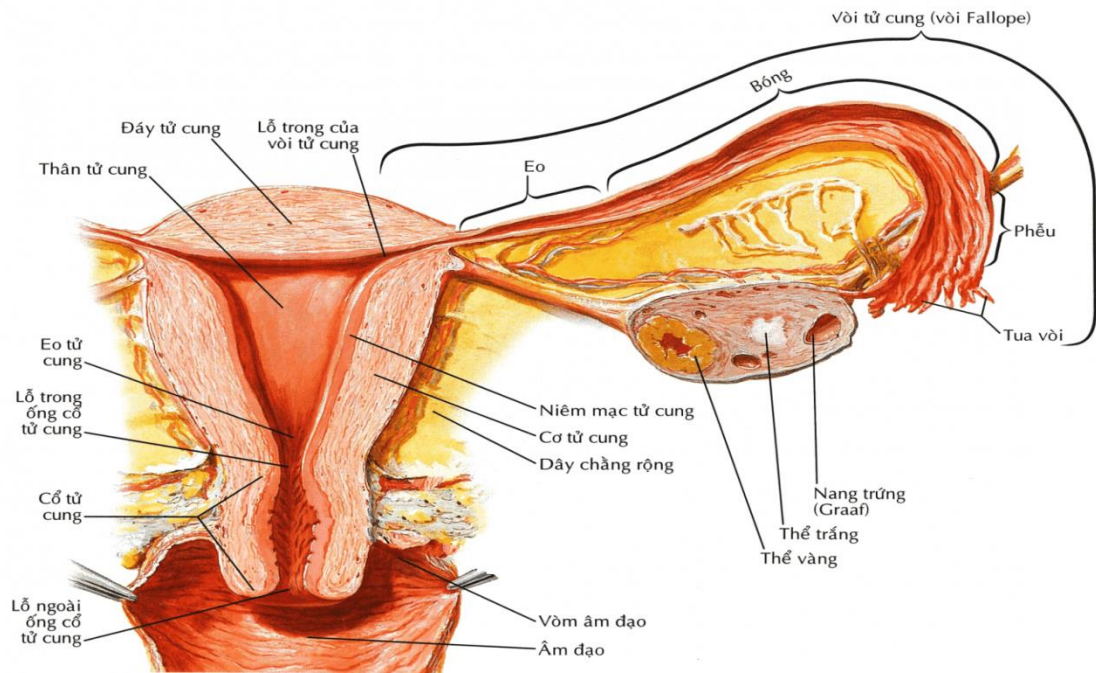
<ul style="list-style-type: none"> - Giai đoạn 0: Tis, N0, M0 - Giai đoạn I: T1, N0, M0 - Giai đoạn IA: T1a, N0, M0 - Giai đoạn IA1: T1a1, N0, M0 - Giai đoạn IA2: T1a2, N0, M0 - Giai đoạn IB: T1b, N0, M0 - Giai đoạn IB1: T1b1, N0, M0 - Giai đoạn IB2: T1b2, N0, M0 - Giai đoạn II: T2, N0, M0 - Giai đoạn IIA: T2a, N0, M0 - Giai đoạn IIA1: T2a1, N0, M0 - Giai đoạn IIA2: T2a2, N0, M0 	<ul style="list-style-type: none"> - Giai đoạn IIB: T2b, N0, M0 - Giai đoạn III :T3, N0, M0 - Giai đoạn IIIA: T3a, N0, M0 -Giai đoạn IIIB: T3b, N bất kỳ, M0 <li style="text-align: center;">T1/ T2/ T3, N1, M0 - Giai đoạn IVA: T4, N bất kỳ, M0 - Giai đoạn IVB: T bất kỳ, N bất kỳ, M1
---	--

DANH SÁCH BỆNH NHÂN

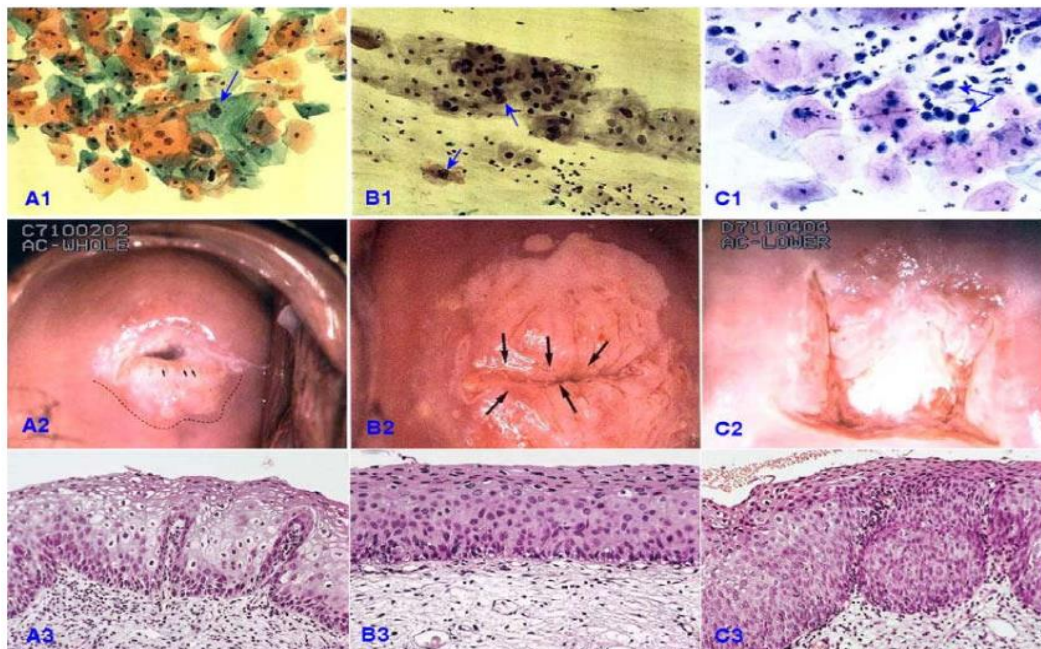
DỰ TRÙ KINH PHÍ NGHIÊN CỨU

STT	NỘI DUNG	DIỄN GIẢI	THÀNH TIỀN (đồng)
1	Thu thập thông tin ban đầu	30.000đ/người/ngày x 01 người x 20 ngày	600.000
2	Làm việc xác định vấn đề nghiên cứu	30.000đ/người/ngày x 01 người x 30 ngày	900.000
3	Điều tra thử	50.000đ/ĐTV x 01 ĐTV	50.000
4	Điều tra thu thập số liệu	4.000đ/phiếu x 110 phiếu	440.000
5	In ấn	1.000đ/trang x (50 tr đề cương x 5 cuốn + 70 tr đề tài hoàn thiện x 6 cuốn) x 4 lần chỉnh sửa	2.680.000
6	Văn phòng phẩm		300.000
	Tổng cộng		4.970.000
<i>(Bằng chữ : Bốn triệu, chín trăm, bảy mươi ngàn đồng)</i>			

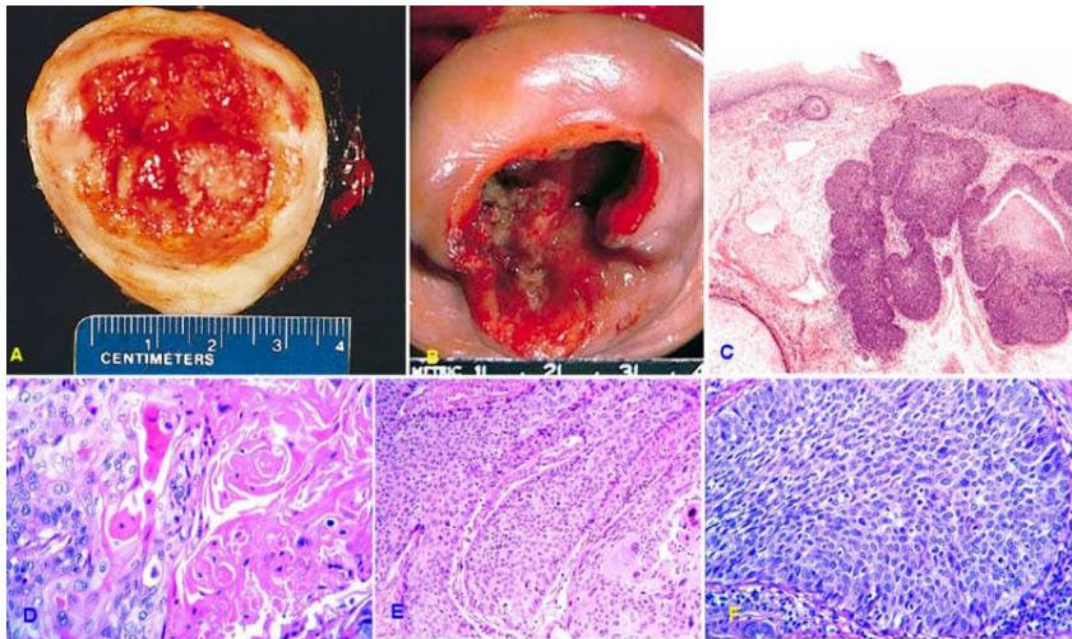
Một vài hình ảnh minh họa



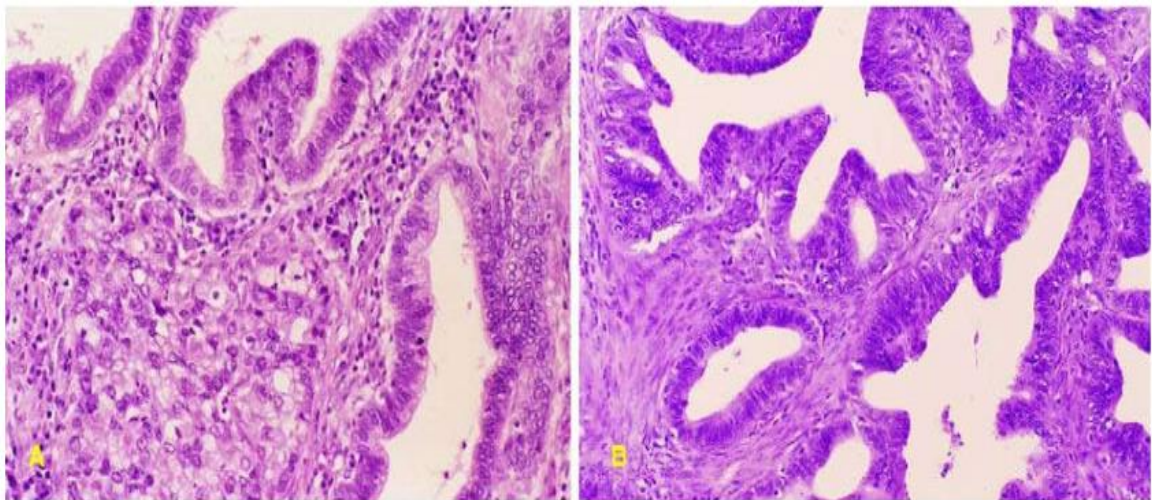
Hình 1. Giải phẫu Tử cung [23]



Hình 2. Hình ảnh tế bào học, soi cổ tử cung và mô bệnh học của CIN 1 (A1, A2, A3), CIN 2 (B1, B2, B3), CIN 3 (C1, C2, C3) [24].



Hình 3. Ung thư CTC dạng sùi (A); loét (B); Carcinôm tế bào gai xâm nhập xuất phát từ vùng chuyển dạng (C); Carcinôm tế bào gai sừng hoá, có cầu sừng (D); Carcinôm tế bào gai không sừng hoá, loại tế bào lớn (E); Carcinôm tế bào gai không sừng hoá, loại tế bào nhỏ (F) [24].



Hình 4. Carcinôm tuyến cổ trong (A); Carcinôm tuyến dạng nội mạc (B) [24]