



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

Tháng 12 năm 2024

MỤC LỤC

Nội dung	Trang
DANH SÁCH BAN SOẠN THẢO HƯỚNG DẪN	iii
DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT VÀ THUẬT NGỮ.....	iv
DANH MỤC CÁC BẢNG	v
DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ, LƯU ĐỒ VÀ HÌNH	vi
LỜI NÓI ĐẦU.....	vii
Phần 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ SÀNG LỌC VÀ DỰ PHÒNG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG	01
Phần 2. DỰ PHÒNG CẤP 1 UNG THƯ CỔ TỬ CUNG	06
Phần 3. SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG	11
Phần 4. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN	21
Phần 5. XỬ TRÍ VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG	25
Phần 6. TỔ CHỨC THỰC HIỆN	33
PHẦN PHỤ LỤC	38
TÀI LIỆU THAM KHẢO	70

DANH SÁCH BAN SOẠN THẢO HƯỚNG DẪN

I. Chỉ đạo xây dựng Hướng dẫn

Gs.Ts.Bs Trần Văn Thuấn, Thứ trưởng Bộ Y tế.

II. Ban Soạn thảo

1. Ông Nguyễn Viết Tiến, Chủ tịch Hội Phụ sản Việt Nam - Trưởng ban;
2. Ông Đinh Anh Tuấn, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em, Bộ Y tế - Phó Trưởng ban;
3. Ông Nguyễn Vũ Quốc Huy, Hiệu trưởng Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế, Phó Chủ tịch Hội Phụ sản Việt Nam - Phó Trưởng ban chuyên môn;
4. Ông Trần Danh Cường, Phó Chủ tịch thường trực Hội Phụ sản Việt Nam - Thành viên;
5. Ông Vũ Bá Quyết, Phó Chủ tịch Hội Phụ sản Việt Nam - Thành viên;
6. Bà Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Phó Chủ tịch Hội Phụ sản Việt Nam - Thành viên;
7. Ông Cao Ngọc Thành, Phó Chủ tịch Hội Phụ sản Việt Nam - Thành viên;
8. Bà Lưu Thị Hồng, Tổng Thư ký Hội Phụ sản Việt Nam - Thành viên;
9. Ông Nguyễn Duy Ánh, Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương - Thành viên;
10. Ông Vũ Văn Tâm, Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng - Thành viên;
11. Ông Phạm Chí Kông, Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng -Thành viên;
12. Ông Nguyễn Hữu Dự, Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ - Thành viên;
13. Bà Vũ Thị Nhung, Chủ tịch Chi hội Phụ sản Tp. Hồ Chí Minh - Thành viên;
14. Ông Lê Quang Vinh, Chuyên gia giải phẫu bệnh, Bệnh viện Phụ sản Trung ương - Thành viên;
15. Ông Huỳnh Xuân Nghiêm, Phó Giám đốc Bệnh viện Hùng Vương - Thành viên;
16. Ông Võ Thanh Nhân, Trưởng khoa Ung bướu phụ khoa, Bệnh viện Từ Dũ - Thành viên;
17. Ông Lê Trí Chinh, Trưởng khoa Ngoại Phụ khoa, Bệnh viện K - Thành viên;

III. Tổ Biên tập

1. Bà Lưu Thị Hồng, Tổng Thư ký Hội Phụ sản Việt Nam - Tổ trưởng;
2. Bà Dương Thị Hải Ngọc, Chuyên viên chính Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em, Bộ Y tế - Tổ phó;
3. Bà Nghiêm Thị Xuân Hạnh, Chuyên viên chính Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em, Bộ Y tế - Tổ phó;
4. Bà Đặng Thị Hồng Thiện, Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Phụ sản Trung ương - Tổ viên;
5. Ông Nguyễn Cảnh Chương, Giám đốc Trung tâm đào tạo và chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội - Tổ viên;
6. Bà Nguyễn Thị Ngọc Hà, Phó Trưởng phòng Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Ung bướu Hà Nội - Tổ viên.

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT VÀ THUẬT NGỮ

Từ viết tắt

AGC	Atypical glandular cells - Tế bào tuyến không điển hình
ASC	Atypical squamous cells - Tế bào vảy không điển hình
ASCCP	American Society for Colposcopy and Cervical Pathology Hiệp hội Soi cổ tử cung và bệnh lý cổ tử cung Hoa Kỳ
ASC-H	Atypical squamous cells, cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion Tế bào vảy không điển hình, chưa loại trừ tổn thương trong biểu mô vảy độ cao
ASC-US	Atypical squamous cells of undetermined significance Tế bào vảy không điển hình, ý nghĩa không xác định
AVE	Automatic Visual Evaluation - Đánh giá quan sát tự động
cHPV	Carcinogenic HPV - HPV sinh ung thư
CIN	Cervical Intraepithelial Neoplasia - Tân sinh trong biểu mô cổ tử cung
CIS	Carcinoma in situ - Ung thư tại chỗ
CTC	Cổ tử cung
DNA	Desoxyribonucleic Acid
DS	Dual-Stain - Nhuộm kép
HIV	Human Immunodeficiency Virus - Vi rút HIV
HPV	Human Papilloma Virus - Vi rút sinh u nhú ở người
HSIL	High-grade squamous intraepithelial lesion Tổn thương trong biểu mô vảy độ cao
hrHPV	Các týp HPV nguy cơ cao
IARC	International Agency for Research on Cancer-Cơ quan Nghiên cứu ung thư quốc tế
KBCB	Khám bệnh, chữa bệnh
LBC	Liquid-based cytology - Tế bào nhúng dịch
LEEP	Loop Electrosurgical Excision Procedure - Cắt bằng vòng điện (còn được gọi là LLETZ - Cắt bỏ vùng chuyển tiếp bằng vòng điện)
LSIL	Low-grade squamous intraepithelial lesion Tổn thương trong biểu mô vảy độ thấp
LTQĐTD	Lây truyền qua đường tình dục
mRNA	messenger Ribonucleic Acid - ARN thông tin
NB	Người bệnh
NILM	Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy Không có tổn thương trong biểu mô hoặc ác tính
UTCTC	Ung thư cổ tử cung
VIA	Visual Inspection with Acetic acid - Quan sát cổ tử cung với axit axetic
VILI	Visual Inspection with Lugol's Iodine - Quan sát cổ tử cung với dung dịch Lugol
XN HPV	Xét nghiệm phát hiện các týp HPV thuộc nhóm nguy cơ cao

Thuật ngữ tương đồng

CIN:	Tân sinh trong biểu mô cổ tử cung, tổn thương tiền ung thư cổ tử cung, loạn sản cổ tử cung, nghịch sản cổ tử cung
Tế bào vảy:	Tế bào lát, tế bào gai

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 3.1. Phân loại kết quả VIA, biểu hiện và xử trí

Bảng 3.2. Phân loại kết quả VILI, biểu hiện và xử trí

Bảng 4.1. Danh pháp soi cổ tử cung IFCPC 2011

Bảng 4.2. Phụ lục Danh pháp soi cổ tử cung IFCPC 2011

DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ, LƯU ĐỒ VÀ HÌNH

Sơ đồ 1.1. Diễn tiến tự nhiên của nhiễm HPV và ung thư cổ tử cung.

Hình 1.1. Sơ đồ các tổn thương.

Hình 3.1. Tự lấy mẫu bệnh phẩm sử dụng que tăm bông.

Hình 3.2. Tự lấy mẫu bệnh phẩm sử dụng bàn chải cổ tử cung.

Hình 4.1. Các loại vùng chuyển tiếp.

Lưu đồ 6.1: Lưu đồ sàng lọc và xử trí dành cho cơ sở y tế có đủ khả năng làm xét nghiệm HPV/tế bào CTC.

Lưu đồ 6.2: Lưu đồ sàng lọc và xử trí dành cho cơ sở y tế có khả năng xét nghiệm HPV/tế bào CTC hạn chế.

Sơ đồ 6.1. Sơ đồ mô hình chuyển tuyến theo 3 cấp (theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023).

LỜI NÓI ĐẦU

Ung thư cổ tử cung là một trong những bệnh phổ biến trong các loại ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Theo dữ liệu từ thống kê GLOBOCAN, năm 2022 trên toàn thế giới có khoảng 662.000 phụ nữ mắc mới ung thư cổ tử cung và hơn 348.000 người chết do ung thư cổ tử cung, trong đó 80% trường hợp tử vong xảy ra ở các nước đang phát triển, với xu hướng tăng lên theo thời gian. Mặc dù có thể dự phòng và phát hiện sớm, ung thư cổ tử cung vẫn có tỷ lệ mắc và tử vong cao ở phụ nữ Việt Nam. Năm 2022, tại Việt Nam có 4.612 phụ nữ mắc ung thư cổ tử cung, tử vong 2.571 trường hợp. Một số lý do dẫn đến tình trạng này là tỷ lệ phụ nữ được sàng lọc định kỳ còn chưa cao, hệ thống ghi nhận và theo dõi quá trình sàng lọc ung thư chưa được triển khai rộng khắp, các trường hợp có tổn thương tiền ung thư chưa được xử trí đồng bộ và hiệu quả một cách đầy đủ.

Năm 2011, Bộ Y tế đã ban hành “*Hướng dẫn sàng lọc, điều trị tổn thương tiền ung thư để dự phòng thứ cấp ung thư cổ tử cung*”, nhằm lồng ghép sàng lọc, dự phòng và điều trị tổn thương tiền ung thư trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Đến năm 2019, “*Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung*” được Bộ Y tế ban hành, nhấn mạnh đến phương pháp xét nghiệm HPV đơn thuần hoặc bộ đôi trong sàng lọc và điều chỉnh một số phương pháp điều trị các trường hợp tổn thương tiền ung thư.

Bắt đầu từ năm 2008, vắc-xin phòng nhiễm HPV để dự phòng ung thư cổ tử cung đã được cấp phép và triển khai ở Việt Nam. Theo điều tra của Tổng cục Thống kê năm 2021¹, tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi 15-29 tuổi đã từng được tiêm vắc-xin phòng nhiễm HPV đạt khoảng 12%; trong khi tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi 30-49 đã từng được sàng lọc ung thư cổ tử cung ít nhất 1 lần chỉ đạt mức 28%. Kết quả này cho thấy còn một khoảng cách rất xa để đạt mục tiêu của Kế hoạch hành động quốc gia về Dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung giai đoạn 2016 - 2025: “đến năm 2025 đạt ít nhất 25% trẻ em gái được tiêm vắc-xin dự phòng ung thư cổ tử cung” và “ít nhất 60% phụ nữ 30 - 54 tuổi được sàng lọc ung thư cổ tử cung”.

Năm 2020, Đại Hội đồng Y tế thế giới đã thống nhất ban hành Chiến lược toàn cầu hướng đến loại trừ ung thư cổ tử cung với mục đích giảm tỷ lệ mắc mới không vượt quá 4/100.000 phụ nữ. Ba trụ cột can thiệp giúp các quốc gia đạt được mục đích này bao gồm:

- Tiêm vắc-xin: 90% trẻ em gái được tiêm chủng đầy đủ với vắc-xin HPV cho đến năm 15 tuổi;
- Sàng lọc: 70% phụ nữ được sàng lọc bằng các phương pháp sàng lọc hiệu năng cao cho đến năm 35 tuổi, và lặp lại cho đến năm 45 tuổi;

¹ Tổng cục Thống kê và UNICEF. 2021. Điều tra các mục tiêu phát triển bền vững về trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2020-2021

- Điều trị: 90% phụ nữ có tổn thương tiền ung thư được điều trị và 90% phụ nữ có ung thư xâm lấn được xử trí.

Tổ chức Y tế thế giới đề nghị các quốc gia nỗ lực để đạt được mục tiêu 90-70-90 vào năm 2030 nhằm hiện thực hóa lộ trình loại trừ ung thư cổ tử cung trong thế kỷ sau.

Căn cứ các văn bản điều hành và khuyến cáo chuyên môn ở cấp quốc gia và quốc tế, các bằng chứng có được qua triển khai tại nhiều quốc gia có điều kiện tương tự, Bộ Y tế ban hành tài liệu **Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung** năm 2024, thay thế cho tài liệu cùng tên được ban hành năm 2019. Đây cũng là tài liệu bổ sung cho **Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản**.

Tài liệu này cung cấp cho người cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành sản phụ khoa và người quản lý y tế tại các tuyến những hướng dẫn cơ bản về dự phòng, sàng lọc và xử trí tổn thương tiền ung thư cổ tử cung. Tài liệu sẽ là cơ sở để xây dựng các tài liệu đào tạo và công cụ phục vụ cho công tác theo dõi, giám sát, đánh giá các hoạt động dự phòng, sàng lọc, chẩn đoán và điều trị các tổn thương tiền ung thư cổ tử cung. Người cung cấp dịch vụ cũng có thể coi đây là một công cụ để tự đánh giá việc thực hiện các kỹ thuật chuyên môn của bản thân, thông qua việc sử dụng các bảng kiểm kỹ thuật trong tài liệu.

Các kỹ thuật chăm sóc, chẩn đoán, xử trí, điều trị đề cập trong *Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung năm 2024* chỉ được thực hiện tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giấy phép hoạt động và phạm vi hoạt động chuyên môn phù hợp; người cung cấp dịch vụ chỉ được thực hiện khi có chứng chỉ hành nghề/giấy phép hành nghề có phạm vi phù hợp do cấp có thẩm quyền cấp.

Phần 1

ĐẠI CƯƠNG VỀ SÀNG LỌC VÀ DỰ PHÒNG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

1. Đại cương

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là bệnh lý ác tính của biểu mô vảy (biểu mô lát tầng) hoặc biểu mô tuyến cổ tử cung, thường gặp từ độ tuổi 30 trở đi, đứng hàng thứ hai trong các ung thư sinh dục ở nữ giới về tỷ lệ mắc cũng như tỷ lệ tử vong. Ung thư cổ tử cung tạo ra các gánh nặng bệnh tật lớn cho người bệnh, gia đình, hệ thống y tế và toàn xã hội.

Ung thư cổ tử cung là bệnh nguy hiểm nhưng có thể làm giảm tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong, gánh nặng cho gia đình và xã hội nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, do khoảng thời gian hình thành và phát triển tổn thương tiền ung thư ở cổ tử cung tương đối dài; nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ đã được xác định. Mặt khác cổ tử cung là bộ phận có thể tiếp cận trực tiếp để quan sát, thăm khám, lấy bệnh phẩm và thực hiện các can thiệp điều trị nên đại đa số các trường hợp UTCTC có thể được chẩn đoán sớm và dự phòng bằng cách sàng lọc, phát hiện sớm và điều trị các thương tổn tiền ung thư.

2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ của ung thư cổ tử cung

Nhiễm một hoặc nhiều týp vi rút gây u nhú ở người (Human Papillomavirus - HPV) nguy cơ cao đã được khẳng định là nguyên nhân tiên phát của UTCTC. HPV là tác nhân truyền qua đường tình dục. Cho đến nay đã phát hiện được khoảng 200 týp HPV, trong đó có hơn 30 týp thường lây lan qua quan hệ tình dục. Người ta chia HPV sinh dục thành hai nhóm: nhóm nguy cơ thấp (thường gặp nhất là các týp 6 và 11) gây nên sùi mào gà sinh dục và nhóm nguy cơ cao (khoảng 16 týp), gây ra các tổn thương tân sinh trong biểu mô cổ tử cung và/hoặc ung thư cổ tử cung, âm đạo, hậu môn, dương vật, thanh quản...

Có 8 týp sinh ung thư thường gặp nhất là 16, 18, 45, 33, 51, 58, 31, 52 và 35, chịu trách nhiệm cho khoảng 96,1% các ung thư cổ tử cung. Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC) của Tổ chức Y tế thế giới phân chia các týp HPV sinh ung thư thành 4 nhóm như sau:

- Nhóm 1: HPV 16, là nguyên nhân của khoảng 60% ung thư tế bào vảy CTC.
- Nhóm 2: HPV 18, 45, lần lượt là nguyên nhân của 15% và 5% ung thư tế bào vảy CTC.
- Nhóm 3: các týp nằm gần HPV 16 trong cây phả hệ, bao gồm HPV 33, 31, 52, 58 và 35, tính chung gây ra khoảng 15% ung thư tế bào vảy CTC.
- Nhóm 4: nguy cơ thấp hơn, bao gồm HPV 39, 51, 59, 56 và 68, tính chung gây ra khoảng 5% ung thư tế bào vảy CTC.

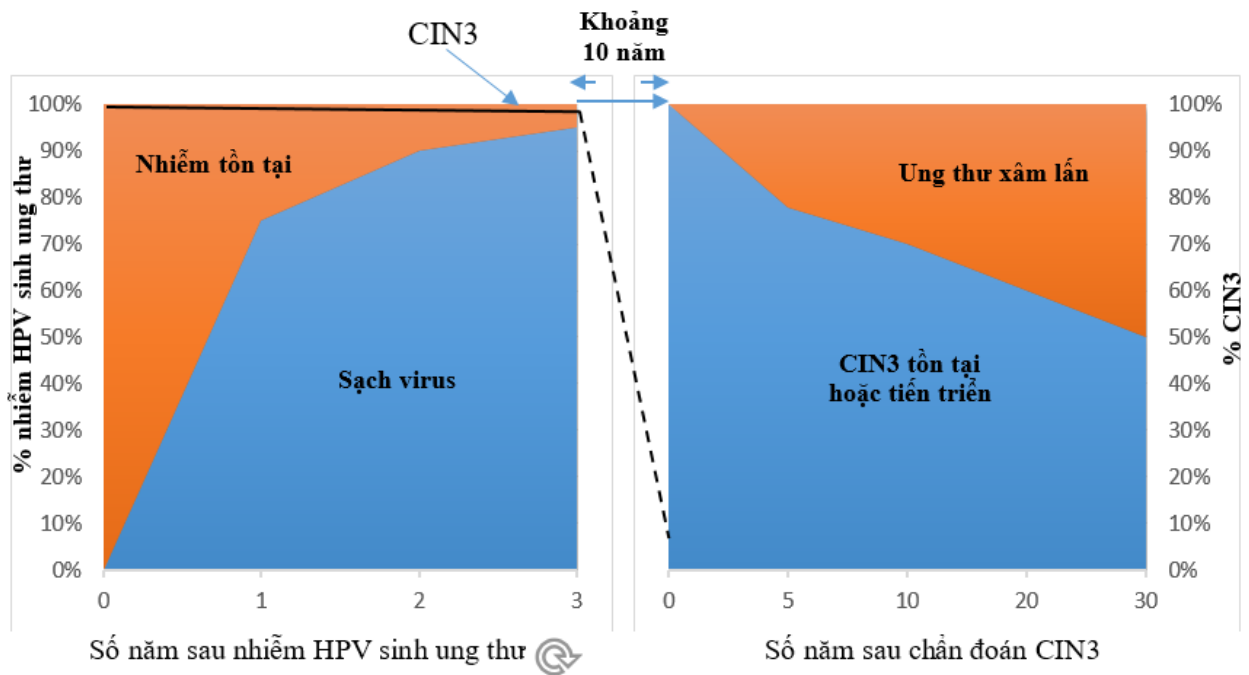
Nguy cơ nhiễm HPV ít nhất 1 lần trong đời của người phụ nữ là khoảng 85%, với tỷ lệ nhiễm cao nhất xảy ra trong độ tuổi 20-30, có thể lên đến 20-25% trong quần thể; trong khi nguy cơ nhiễm ít nhất 1 lần trong đời của nam giới là 91%. Tỷ lệ mắc bệnh UTCTC trên thế giới nói chung và ở Việt Nam có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ hiện nhiễm HPV, tỷ lệ này cao hơn ở khu vực miền Nam so với miền Bắc và miền Trung.

Các yếu tố nguy cơ nhiễm HPV:

- + Quan hệ tình dục sớm,
- + Quan hệ tình dục với nhiều người,
- + Sinh nhiều con,
- + Vệ sinh sinh dục không đúng cách,
- + Viêm cổ tử cung mạn tính, nhiễm khuẩn LTQĐTD,
- + Điều kiện dinh dưỡng, kinh tế xã hội thấp,
- + Hút thuốc lá, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch (nhiễm HIV)...

3. Diễn tiến tự nhiên của ung thư cổ tử cung

Vi-rút HPV sau khi nhiễm vào biểu mô cổ tử cung sẽ gây ra các thay đổi ở biểu mô vảy và/hoặc biểu mô tuyến cổ tử cung. Phần lớn các tổn thương này tự thoái triển về bình thường sau một thời gian tương đối ngắn (khoảng 1-3 năm) hoặc không tiến triển đến dạng nặng hơn. Nếu người phụ nữ nhiễm HPV nguy cơ cao và phối hợp với các yếu tố nguy cơ khác, tổn thương ban đầu có thể tồn tại và tiến triển trong khoảng 10 - 20 năm qua các giai đoạn tân sinh trong biểu mô để hình thành ung thư cổ tử cung.



Sơ đồ 1.1. Diễn tiến tự nhiên của nhiễm HPV và ung thư cổ tử cung

Có trên 90% trường hợp nhiễm HPV sẽ đào thải vi rút trong vòng 2 năm, khoảng 10% các trường hợp vẫn còn vi rút HPV sau 3 năm và có dưới 5% tiến triển thành tổn thương CIN2 hoặc nặng hơn trong 3 năm. Tổn thương ung thư xâm lấn cổ tử cung bắt đầu xuất hiện sau khoảng 10-15 năm kể từ khi nhiễm HPV mạn tính, trong đó khoảng 20% CIN3 tiến triển thành ung thư trong vòng 5 năm tiếp theo và khoảng 50% CIN3 tiến triển thành ung thư trong vòng 30 năm.

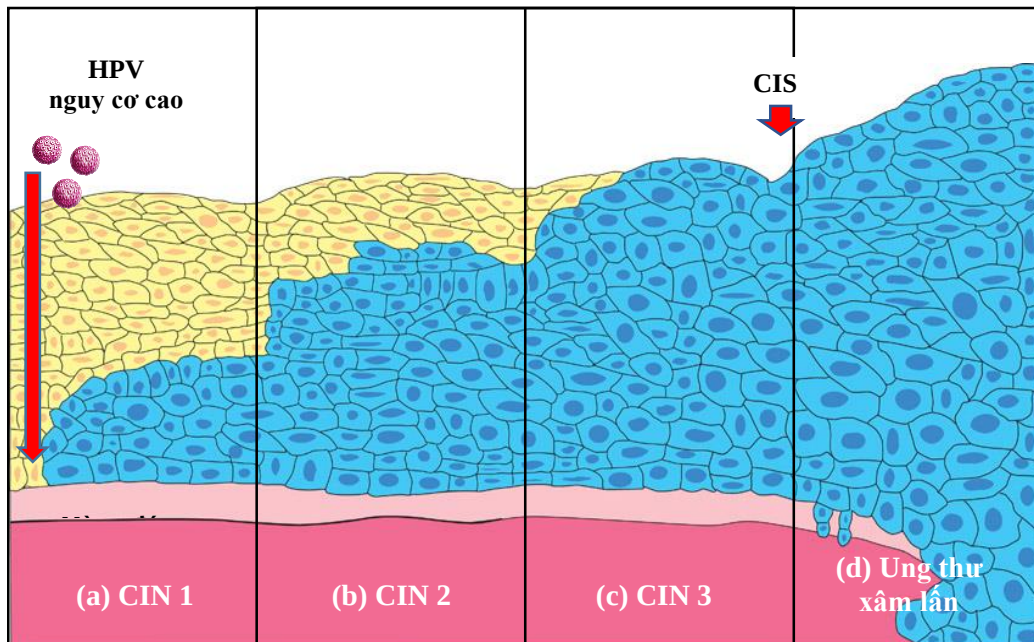
4. Mô bệnh học

Tổn thương biểu mô vảy ở cổ tử cung phát triển qua giai đoạn tân sinh trong biểu mô cổ tử cung (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 cổ tử cung 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 cổ tử cung 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

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

5. Sàng lọc và dự phòng ung thư cổ tử cung

5.1. Dự phòng cấp 0 (dự phòng căn nguyên)

Dự phòng cấp 0 hay dự phòng căn nguyên rất quan trọng trong phòng ngừa bệnh mạn tính nói chung và bệnh ung thư cổ tử cung nói riêng. Dự phòng cấp 0 bệnh ung thư cổ tử cung bao gồm các chính sách quốc gia và các chương trình y tế có liên quan, các điều kiện kinh tế, xã hội và môi trường dẫn đến sự gia tăng nguy cơ gây bệnh. Dự phòng cấp 0 đòi hỏi có sự hợp tác đa ngành, tham gia mạnh mẽ từ các bên liên quan, đặc biệt là về vấn đề kinh tế - xã hội.

5.2. Dự phòng cấp 1 (dự phòng sơ cấp)

Dự phòng cấp 1 bao gồm các thay đổi hành vi, lối sống liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc ung thư cổ tử cung và tiêm vắc-xin phòng nhiễm HPV.

5.2.1. Các thay đổi hành vi, lối sống:

Một số hành vi, lối sống có thể làm tăng nguy cơ bị nhiễm vi-rút HPV và có thể làm tăng nguy cơ ung thư cổ tử cung. Các biện pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe nhằm giảm lối sống tình dục có nguy cơ cao, quan hệ tình dục an toàn, tránh hoặc làm giảm các yếu tố nguy cơ khác như lập gia đình quá sớm, có con sớm, hút thuốc lá (kể cả chủ động và thụ động).

Bên cạnh đó, tăng cường chế độ ăn uống lành mạnh giàu trái cây và rau quả, duy trì cân nặng hợp lý và vận động thể lực thường xuyên có thể làm giảm nguy cơ ung thư cổ tử cung. Một lối sống lành mạnh sẽ tối ưu hóa chức năng hệ thống miễn dịch và làm giảm tác động của những yếu tố làm thúc đẩy nguy cơ ung thư trong cơ thể.

5.2.2. Tiêm vắc-xin phòng lây nhiễm HPV:

Tiêm vắc-xin HPV là biện pháp dự phòng cấp 1 nhằm phòng ngừa lây nhiễm các týp HPV nguy cơ cao, từ đó phòng ngừa ung thư cổ tử cung, âm hộ, âm đạo, các tổn thương tiền ung thư hoặc loạn sản, mụn cóc sinh dục và bệnh lý do nhiễm HPV. Hiện nay có nhiều loại vắc-xin HPV khác nhau (vắc-xin nhị giá, tứ giá, cửu giá...), tùy thuộc vào các chủng vi-rút mà các vắc-xin có hiệu quả bảo vệ với các bệnh khác nhau. Liệu trình tiêm vắc-xin HPV khác nhau tùy thuộc loại vắc-xin và độ tuổi của người tiêm, trong đó Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo tiêm ở độ tuổi 9 - 15 mang lại hiệu quả cao nhất, nhưng với tính an toàn và lợi ích mang lại trong dự phòng UTCTC thì tuổi tối đa để tiêm phòng có thể kéo dài lên đến 45 tuổi, tùy theo loại vắc-xin được cấp phép lưu hành.

Vắc-xin HPV không có chỉ định cho phụ nữ có thai, tuy nhiên một số bằng chứng từ nhóm các phụ nữ không biết mình mang thai tại thời điểm bắt đầu tiêm vắc-xin và tiếp tục thai kỳ cho thấy không có ảnh hưởng có hại nào lên sự phát triển của thai và kết cục thai kỳ.

Tiêm vắc-xin HPV không thay thế cho biện pháp sàng lọc tổn thương cổ tử cung (biện pháp dự phòng cấp 2) cũng như các cảnh báo về việc phơi nhiễm HPV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

5.3. Dự phòng cấp 2 (dự phòng thứ cấp)

Dự phòng cấp 2 bao gồm sàng lọc (tầm soát) phát hiện các tổn thương tân sinh trong biểu mô cổ tử cung và xử trí phù hợp.

Các phương pháp hiện được dùng trong sàng lọc để dự phòng ung thư cổ tử cung bao gồm:

- Xét nghiệm HPV nguy cơ cao: xét nghiệm tìm ADN hoặc ARN thông tin đặc hiệu của vi rút.
- Xét nghiệm tế bào cổ tử cung: cổ điển hoặc nhúng dịch.

- Quan sát cổ tử cung với dung dịch acid acetic hoặc dung dịch Lugol bằng mắt thường, hoặc bằng các thiết bị chụp ảnh, có hỗ trợ phân tích kết quả dựa trên trí tuệ nhân tạo (đang trong giai đoạn nghiên cứu ứng dụng tại Việt Nam).

Sau khi được phát hiện và chẩn đoán, có thể điều trị tổn thương tiền ung thư bằng một trong các phương pháp:

- Nhóm phương pháp cắt bỏ tổn thương tiền ung thư (bao gồm cả ung thư tại chỗ - CIS): khoét chóp bằng dao, dao điện, laser, LEEP (LLETZ); hoặc xem xét cắt tử cung toàn phần đơn giản (bao gồm cổ tử cung) đối với một số đối tượng cụ thể như lớn tuổi, đủ con, không thể theo dõi tiếp.

- Nhóm phương pháp phá hủy tổn thương tiền ung thư: áp lạnh, áp nhiệt, đốt điện, hóa hơi (bốc bay) bằng laser.

Để đạt được hiệu quả trên cộng đồng, việc sàng lọc cần đạt được độ bao phủ tối thiểu 70% quần thể đích.

5.4. Dự phòng cấp 3 (dự phòng tam cấp)

Dự phòng cấp 3 bao gồm phát hiện các trường hợp ung thư xâm lấn ở giai đoạn sớm và điều trị triệt để tại các cơ sở có đủ điều kiện, nhằm làm giảm tỷ lệ tử vong do bệnh.

Điều trị ung thư giai đoạn tiến xa và chăm sóc giảm nhẹ là các thành tố không thể thiếu trong chương trình dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung.

Phần 2

DỰ PHÒNG CẤP 1 UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

1. Truyền thông thay đổi hành vi

Mục đích của truyền thông là nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi, lối sống của các cá nhân theo hướng tăng cường thực hiện các hành vi có lợi, từ đó làm giảm nguy cơ mắc ung thư cổ tử cung.

Nội dung truyền thông:

- Nội dung truyền thông cho cộng đồng:

+ Thông tin cơ bản về ung thư cổ tử cung: gánh nặng bệnh tật, nguyên nhân, đường lây truyền của vi rút HPV, yếu tố nguy cơ.

+ Các biện pháp dự phòng:

Thay đổi hành vi, lối sống: thực hành tình dục an toàn, hạn chế thực hiện các hành vi làm tăng nguy cơ, và tăng cường thực hiện các hành vi có lợi cho sức khỏe; tiêm phòng vắc xin HPV: các loại vắc xin hiện có ở Việt Nam, đối tượng tiêm phòng, tác dụng, hiệu quả, lịch tiêm, chi phí ước tính của từng loại vắc xin, cơ sở cung cấp dịch vụ tiêm chủng, các chính sách hỗ trợ tiêm phòng HPV (nếu có).

+ Các biện pháp sàng lọc phát hiện sớm tình trạng nhiễm HPV và các tổn thương tiền ung thư: ý nghĩa của việc sàng lọc, độ tuổi sàng lọc; các biện pháp sàng lọc; ý nghĩa, tần suất thực hiện, chi phí ước tính của từng biện pháp; các chính sách hỗ trợ sàng lọc (nếu có).

- Nội dung truyền thông cho đối tượng là người đến nhận dịch vụ:

Bên cạnh những thông tin chung cho cộng đồng, đối tượng người đến nhận dịch vụ cần được cung cấp thêm các thông tin cụ thể về:

+ Các dịch vụ sàng lọc và dự phòng ung thư cổ tử cung sẵn có, bao gồm các thông tin về nơi cung cấp dịch vụ và chi phí của các dịch vụ này;

+ Các loại vắc-xin hiện có tại cơ sở; hiệu quả, đối tượng và lịch tiêm, tác dụng phụ (nếu có), giá dịch vụ (đối với vắc-xin tự chi trả) của mỗi loại.

+ Trả lời những tin đồn, thông tin sai lệch, giả định của khách hàng.

- Nội dung truyền thông cho các nhà hoạch định chính sách:

+ Gánh nặng bệnh tật của ung thư cổ tử cung; các mục tiêu chiến lược toàn cầu;

+ Lý do lựa chọn ung thư cổ tử cung được lựa chọn ưu tiên can thiệp: Có căn nguyên rõ ràng; có thể dự phòng được bằng cách thay đổi hành vi, lối sống và tiêm vắc xin phòng HPV; có thể sàng lọc, phát hiện sớm bằng nhiều biện pháp; có thể điều trị khỏi nếu phát hiện sớm các tổn thương tiền ung thư và ung thư giai đoạn sớm bằng các phương pháp điều trị hiệu quả, chi phí thấp;

+ Lợi ích của việc dự phòng và kiểm soát bệnh ung thư cổ tử cung, bao gồm lợi ích về y tế và hiệu quả trong chi phí.

Hình thức truyền thông:

Đa dạng hoá các hình thức truyền thông dựa trên các kênh truyền thông hiện có và hiệu quả:

- Thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng như chương trình truyền hình, truyền thanh, báo, tạp chí... để phổ biến kiến thức về chẩn đoán sớm và dự phòng ung thư cổ tử cung cho toàn bộ cộng đồng.

- Sử dụng hình thức truyền thông trực tiếp qua tư vấn cá nhân, thảo luận nhóm hoặc các buổi họp cộng đồng; tổ chức các chiến dịch truyền thông kết hợp cung cấp dịch vụ.

- Ứng dụng công nghệ thông tin trong truyền thông: thông tin trên các nền tảng mạng xã hội (Facebook, Zalo, Instagram); thông tin qua các ứng dụng trên điện thoại di động (Hồ sơ sức khỏe điện tử; Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ - trẻ em điện tử)... Các hình thức này giúp cung cấp thông tin một cách đầy đủ, chính xác và nhanh chóng đến các đối tượng đích.

2. Vắc-xin HPV

2.1. Chiến lược về triển khai vắc-xin HPV trên thế giới và tại Việt Nam

- Tiêm chủng vắc-xin HPV là biện pháp dự phòng UTCTC hiệu quả nhất cho phụ nữ. Tiêm chủng là biện pháp dự phòng cấp 1 và không thay thế cho biện pháp sàng lọc phát hiện sớm tổn thương CTC (biện pháp dự phòng cấp 2) cũng như các biện pháp dự phòng phơi nhiễm HPV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Tháng 4/2009, Tổ chức Y tế thế giới đã chính thức đề nghị các quốc gia đưa vắc-xin HPV vào chương trình Tiêm chủng mở rộng quốc gia.

- Ngày 23/9/2016, Bộ Y tế đã phê duyệt “Kế hoạch hành động quốc gia về Dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung giai đoạn 2016-2025”, với một trong những chỉ tiêu là “*Tỷ lệ trẻ em gái và phụ nữ được tiêm vắc-xin HPV đạt ít nhất 25% vào năm 2025*”.

- Năm 2018, Tổ chức Y tế Thế giới đã đặt ra chiến lược tiến đến loại trừ UTCTC vào năm 2030, trong đó cần đạt được mục tiêu 90% trẻ em gái được tiêm chủng đầy đủ với vắc-xin HPV cho đến năm 15 tuổi.

- Ngày 15 tháng 8 năm 2022, Chính phủ đã ban hành Nghị quyết số 104/NQ-CP về lộ trình tăng số lượng vắc-xin trong Chương trình Tiêm chủng mở rộng giai đoạn 2021 - 2030, trong đó đồng ý đưa vắc xin phòng bệnh ung thư cổ tử cung vào Chương trình Tiêm chủng mở rộng từ năm 2026, đồng thời cho phép các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có khả năng cân đối ngân sách địa phương mua vắc-xin phòng bệnh ung thư cổ tử cung nếu có thể tiếp cận với mức giá ưu đãi cho các nhóm đối tượng nguy cơ cao khác ngoài tiêm chủng mở rộng ngay từ giai đoạn 2022 - 2025 nhằm khuyến khích người dân tham gia tiêm chủng phòng bệnh.

2.2. Các loại vắc-xin HPV

Có 3 loại vắc-xin dự phòng HPV với các týp HPV nguy cơ cao đang sẵn có trên thị trường ở nhiều nước trên thế giới để dự phòng các bệnh liên quan đến HPV: vắc-xin tứ giá được cấp phép lần đầu tiên vào 2006, vắc-xin nhị giá năm 2007 và vắc-xin cửu giá vào năm 2014. Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã cấp phép lưu hành cho 3 vắc xin: vắc-xin nhị giá và vắc-xin tứ giá từ năm 2008, vắc-xin cửu giá từ năm 2021. Theo văn bản số 1049e/QLD-ĐK ngày 9/5/2024 của Cục Quản lý Dược, vắc xin cửu giá được tiêm cho đối tượng từ 9 đến 45 tuổi.

Sử dụng kỹ thuật tái tổ hợp DNA, cả 3 vắc-xin này được bào chế từ protein cấu trúc tinh chế L1 sau đó lắp ghép thành các vỏ rỗng đặc hiệu cho HPV, được gọi là các tiểu thể giống với vi-rút HPV (virus-like particle - VLP). Các vắc-xin này không chứa các sản phẩm sinh học sống là DNA của vi-rút, do đó không có khả năng lây nhiễm, và cũng không chứa kháng sinh và chất bảo quản.

- Vắc xin HPV nhị giá có tác dụng phòng nhiễm 2 týp HPV 16 và 18 - nguyên nhân của 70% các trường hợp UTCTC.

- Vắc xin HPV tứ giá, chứa 4 kháng nguyên týp HPV 6, 11, 16 và 18, ngoài tác dụng phòng nhiễm 2 týp HPV 16, 18 còn phòng các bệnh do HPV týp 6, 11 gây ra ở vùng hậu môn sinh dục (sùi mào gà/ mụn cóc sinh dục).

- Vắc xin HPV cửu giá chứa 9 kháng nguyên týp HPV, trong đó có 2 týp HPV nguy cơ thấp: 6, 11 và 7 týp HPV nguy cơ cao: 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 - là nguyên nhân của trên 90% các trường hợp UTCTC, đồng thời còn phòng các bệnh do HPV týp 6, 11 gây ra ở vùng hậu môn sinh dục (sùi mào gà/ mụn cóc sinh dục).

Các bằng chứng hiện nay cho thấy các vắc xin HPV nhị giá, HPV tứ giá và HPV cửu giá cho kết quả tương đương về tính hiệu quả, hiệu lực và tính sinh miễn dịch để dự phòng UTCTC.

2.3. Hiệu quả và thời gian bảo vệ

*** Đối với trẻ em gái và phụ nữ từ 9-45 tuổi, vắc xin HPV có tác dụng phòng ngừa:**

- Ung thư cổ tử cung, âm hộ, âm đạo và hậu môn; các tổn thương tiền ung thư hoặc loạn sản; mụn cóc sinh dục gây ra bởi Human Papillomavirus.

- Ung thư cổ tử cung, âm hộ, âm đạo và hậu môn gây ra bởi các týp HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 và 58

- Mụn cóc sinh dục (condyloma acuminata) gây ra bởi các týp HPV 6 và 11

- Các tổn thương tiền ung thư sau đây gây ra bởi các týp HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 và 58:

- + Tân sinh trong biểu mô cổ tử cung độ 1, 2, 3 và ung thư biểu mô tuyến tại chỗ (AIS) cổ tử cung,

- + Tân sinh trong biểu mô âm hộ (VIN) độ 1, 2 và 3,

- + Tân sinh trong biểu mô âm đạo (VaIN) độ 1, 2 và 3,

- + Tân sinh trong biểu mô hậu môn (AIN) độ 1, 2 và 3.

*** Đối với trẻ em trai và nam giới từ 9-45 tuổi, vắc xin HPV có tác dụng phòng ngừa:**

- Ung thư hậu môn, các tổn thương tiền ung thư hoặc loạn sản hậu môn; các tổn thương bộ phận sinh dục ngoài (bao gồm cả mụn cóc sinh dục) gây ra bởi HPV:

- Ung thư hậu môn gây ra bởi các týp HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 và 58

- Mụn cóc sinh dục (condyloma acuminata) gây ra bởi các týp HPV 6 và 11

- Các tổn thương tiền ung thư sau đây gây ra bởi các týp HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 và 58: tân sinh trong biểu mô hậu môn (AIN) độ 1, 2 và 3.

Các bằng chứng hiện nay cho thấy rằng cả 3 vắc-xin được cấp phép trên thế giới có hiệu quả tương đương nhau trong việc dự phòng UTCTC. Về tác động của chương trình tiêm chủng ở mức độ cộng đồng, các bằng chứng cho thấy sự giảm các tổn thương cổ tử cung, giảm mức độ nặng, và giảm tỷ lệ hiện nhiễm các týp HPV nguy cơ cao ở phụ nữ trẻ. Ngoài ra các vắc-xin có chứa các týp HPV 6, 11 có hiệu quả trong việc làm giảm tỷ lệ mới mắc sùi mào gà/mụn cóc hậu môn sinh dục.

Kết quả thử nghiệm lâm sàng cho thấy hiệu quả dự phòng tổn thương CIN (CIN 1, CIN 2/3) liên quan đến HPV týp 16 và 18 là 93,2% đối với vắc-xin nhị giá, và 96,0% đối với vắc xin tứ giá. Hiệu quả của vắc-xin tứ giá phòng sùi mào gà/ mụn cóc sinh dục liên quan đến HPV týp 6 và 11 là 99,0%. Dữ liệu theo dõi sau 10 năm tiêm vắc-xin HPV cửu giá ở bé trai và gái 9-15 tuổi cho thấy không có các trường hợp tổn thương CIN hay sùi mào gà sinh dục liên quan đến các týp HPV có trong vắc-xin.

Các nghiên cứu lâm sàng trước và sau lưu hành của vắc xin HPV nhị giá cho thấy tại thời điểm hiện tại, thời gian bảo vệ đều đạt trên 12 năm và với vắc xin HPV tứ giá là 14 năm. Bên cạnh đó, qua các mô hình toán học còn cho thấy khả năng bảo vệ có thể kéo dài lên đến sau 20 năm. Các nghiên cứu cho đến thời điểm 6 năm sau tiêm vắc-xin cửu giá cho thấy vẫn duy trì mức độ bảo vệ trên 90%, và mức độ này được ước tính sẽ tiếp tục được duy trì cho đến thời điểm 14 năm sau tiêm.

*** Miễn dịch chéo:**

Ngoài tác dụng bảo vệ chống lại các týp HPV có trong vắc xin, các vắc xin nhị giá và tứ giá còn có tác dụng bảo vệ chéo với những týp HPV nguy cơ cao không có trong vắc xin, như các týp 31, 33 và 45, là những týp có liên quan đến khoảng 13% các trường hợp UTCTC.

2.4. Tính an toàn của vắc xin & sự cố bất lợi sau tiêm chủng

Các vắc-xin HPV có độ an toàn cao. Các phản ứng sau tiêm vắc-xin HPV thông thường là nhẹ và tồn tại trong một thời gian ngắn. Cho đến nay, Tổ chức Y tế thế giới tiếp tục khẳng định cả ba loại vắc-xin HPV đều an toàn cho các đối tượng trong chỉ định.

- Phản ứng tại chỗ:

+ Đau là triệu chứng thường gặp nhất tại thời điểm tiêm.

+ Phản ứng tại chỗ xảy ra phổ biến ở vắc xin nhị giá hơn là vắc-xin tứ giá. Phản ứng tại chỗ tiêm bao gồm đau (92,9% ở vắc-xin nhị giá , 71,6% ở vắc-xin tứ giá), đỏ

(44,3% ở vắc-xin nhị giá, 25,6% ở vắc-xin tứ giá) và sưng (36,5% ở vắc-xin nhị giá, 21,8% ở vắc-xin tứ giá).

+ Đau nghiêm trọng (đau tự phát hoặc đau mà cản trở hoạt động bình thường) đã được báo cáo khoảng 6% ở những người được tiêm vắc-xin.

- Phản ứng toàn thân:

+ Các giám sát sau cấp phép cho thấy phản ứng toàn thân chủ yếu là nhẹ và tự khỏi.

+ Những phản ứng toàn thân nhẹ có thể liên quan đến tiêm vắc-xin bao gồm đau đầu, đau cơ, hoa mắt, chóng mặt, đau khớp, triệu chứng dạ dày ruột (nôn, buồn nôn, đau bụng).

+ Ngất sau tiêm vắc-xin cũng được báo cáo, cũng giống như nhiều vắc-xin khác nhưng có thể hạn chế được bằng việc chuẩn bị bệnh nhân phù hợp.

- Các giám sát sau cấp phép về tính an toàn của vắc-xin nhị giá, tứ giá và cửu giá ở phụ nữ 18-45 tuổi cho thấy không có sự khác biệt về sự xuất hiện các bệnh mạn tính mới, bao gồm bệnh tự miễn. Các số liệu khẳng định rằng vắc xin HPV không làm tăng nguy cơ mắc các hội chứng Guillain-Barré, hội chứng đau ở các chi, và hội chứng tim nhịp nhanh sau tiêm vắc xin HPV.

2.5. Đối tượng và lịch tiêm chủng

- Đối tượng và lịch tiêm theo hướng dẫn của nhà sản xuất đã đăng ký với Cục Quản lý Dược, Bộ Y tế tại Việt Nam. Đề nghị tham khảo thông tin kê toa cụ thể của từng loại vắc-xin để áp dụng chỉ định, liều dùng và các cập nhật phù hợp.

- Trong thời gian tới, vắc xin HPV sẽ được triển khai trong Chương trình tiêm chủng mở rộng cho trẻ em gái để phòng bệnh UTCTC. Đối tượng và lịch tiêm chủng sẽ theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Phần 3

SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

1. Khái niệm

Sàng lọc là quá trình áp dụng một biện pháp kỹ thuật hay xét nghiệm để phát hiện sớm một bệnh ở thời kỳ tiền lâm sàng mà bệnh đó chưa có biểu hiện những triệu chứng lâm sàng. Để có thể sàng lọc một cách rộng rãi, có hiệu quả thì phải có sẵn các phương pháp xét nghiệm sàng lọc và điều trị.

Trong các chương trình sàng lọc UTCTC nhằm phát hiện sớm tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung, xét nghiệm tế bào CTC hàng loạt, định kỳ và có hệ thống đã được sử dụng rộng rãi và có hiệu quả cao song còn vẫn có một số khó khăn ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam do hạn chế về kỹ thuật và nhân lực được đào tạo đầy đủ. Quan sát cổ tử cung với acid acetic (VIA) đã được Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo áp dụng từ thập niên 1990 tại các địa phương có nguồn lực hạn chế để gia tăng tỷ lệ phụ nữ được sàng lọc, tuy nhiên cũng gặp phải những hạn chế tương tự xét nghiệm tế bào CTC về độ nhạy và kiểm soát chất lượng. Trong những năm gần đây, các kỹ thuật xét nghiệm HPV từ bệnh phẩm do nhân viên y tế lấy hoặc bản thân người phụ nữ tự lấy đã được phát triển và gia tăng khả năng tiếp cận rõ rệt, cả về phía hệ thống y tế cung cấp dịch vụ lẫn từ phía các phụ nữ.

Năm 2021, Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo xét nghiệm HPV DNA là phương pháp sàng lọc đầu tay hơn là sử dụng xét nghiệm tế bào CTC hoặc VIA ở cả quần thể phụ nữ bình thường lẫn quần thể có HIV, tuy nhiên cũng nhấn mạnh các chương trình sàng lọc bằng tế bào CTC đảm bảo chất lượng vẫn cần được tiếp tục cho đến khi xét nghiệm HPV DNA sẵn sàng, và chương trình sử dụng VIA sàng lọc đầu tay nên được chuyển nhanh sang xét nghiệm HPV. Đối với nhóm phụ nữ có HIV cần thực hiện thêm test phân tầng sau xét nghiệm HPV DNA.

Song song với khuyến cáo về việc sàng lọc đầu tay bằng xét nghiệm HPV DNA hiệu năng cao, trong năm 2021 Tổ chức Y tế thế giới cũng đưa ra khuyến cáo có thể sử dụng xét nghiệm HPV mRNA cho mục đích này đối với phụ nữ không có HIV, với mẫu xét nghiệm do cán bộ y tế lấy, đảm bảo chu kỳ sàng lọc 5 năm. Đây là khuyến cáo có điều kiện, dựa trên bằng chứng có độ chắc chắn thấp.

Trong những năm gần đây, trí tuệ nhân tạo (AI) đã được nghiên cứu sâu rộng và bắt đầu có các ứng dụng trong y khoa. Trong sàng lọc ung thư cổ tử cung, đã xuất hiện phương pháp đánh giá quan sát tự động (automatic visual evaluation - AVE), chụp ảnh cổ tử cung sau bôi acid acetic, sau đó phân tích tức thời dựa trên trí tuệ nhân tạo và đưa ra kết quả gợi ý theo các nhóm bình thường, có tổn thương CIN1 hoặc CIN2-3 hoặc CIN3+, với giá trị chẩn đoán rất hứa hẹn. Khi kết hợp AVE với định typ mở rộng HPV theo các nhóm phân loại HPV nguy cơ của IARC có thể giúp đưa ra thái độ xử trí cụ thể cho mỗi trường hợp tùy theo nguy cơ, phù hợp với cách tiếp cận xử trí dựa trên nguy cơ ước tính cho 5 năm hoặc 3 năm sau đó do Hiệp hội Soi cổ tử cung và bệnh học cổ tử cung Hoa Kỳ đưa ra từ năm 2019.

2. Đối tượng và tần suất

Sàng lọc bằng xét nghiệm HPV DNA đầu tay đơn lẻ, hoặc HPV mRNA, hoặc tế bào cổ tử cung, hoặc VIA, hoặc co-testing (xét nghiệm HPV nguy cơ cao phối hợp tế bào học) được chỉ định cho các phụ nữ trong độ tuổi 21-65, đã quan hệ tình dục, ưu tiên cho nhóm phụ nữ trong độ tuổi 30 - 49.

Chu kỳ sàng lọc:

- 5 năm nếu áp dụng xét nghiệm HPV DNA/mRNA nguy cơ cao, từ 25 tuổi trở đi.
- 3 năm nếu áp dụng phương pháp tế bào CTC hoặc VIA/VILI, từ 21 tuổi trở đi.

Sau 65 tuổi có thể dừng sàng lọc nếu có 2 lần sàng lọc liên tiếp đúng chu kỳ trước đó âm tính.

Phương pháp VIA chỉ được áp dụng cho các phụ nữ quan sát được vùng chuyển tiếp cổ tử cung.

Đối với nhóm phụ nữ có HIV:

- Bắt đầu sàng lọc UTCTC đều đặn từ độ tuổi 21 cho quần thể phụ nữ có HIV, ưu tiên sàng lọc trong độ tuổi 25 - 49, khoảng cách sàng lọc mỗi 3 - 5 năm bằng phương pháp xét nghiệm HPV DNA đầu tay. Sau 50 tuổi, có thể dừng sàng lọc sau 2 lần sàng lọc đúng chu kỳ có kết quả âm tính.

- Sử dụng một xét nghiệm HPV DNA sàng lọc đầu tay, có phân tầng để dự phòng UTCTC. Trong cách tiếp cận sàng lọc - phân tầng - điều trị sử dụng xét nghiệm HPV DNA sàng lọc đầu tay, nếu HPV(+) thì phân tầng bằng định typ từng phần, soi cổ tử cung, VIA hoặc tế bào học.

- Ở nơi xét nghiệm HPV DNA chưa có sẵn, có thể sàng lọc mỗi 3 năm bằng phương pháp tế bào CTC hoặc VIA.

- Phụ nữ có kết quả sàng lọc đầu tay bằng tế bào học dương tính và soi CTC âm tính cần được xét nghiệm lại HPV DNA sau 12 tháng, và nếu âm tính thì quay về chu kỳ sàng lọc bình thường

- Phụ nữ có HIV đã được điều trị tổn thương CIN2/3 hoặc AIS được khẳng định về mô bệnh học, hoặc được điều trị sau một xét nghiệm sàng lọc dương tính cần được xét nghiệm lại HPV DNA sau 12 tháng nếu có thể, hơn là xét nghiệm tế bào CTC hoặc VIA; và nếu âm tính sẽ được xét nghiệm thêm một lần sau 12 tháng, nếu lần thứ 2 vẫn âm tính thì quay về chu kỳ sàng lọc bình thường

3. Các kỹ thuật xét nghiệm sàng lọc

3.1. Xét nghiệm HPV nguy cơ cao

Hiện nay một số xét nghiệm chẩn đoán có thể phát hiện các typ HPV nguy cơ cao sinh ung thư, chúng có thể được sử dụng trong lâm sàng như là phương pháp sàng lọc đầu tay đơn lẻ hoặc phối hợp với phương pháp khác. Xét nghiệm HPV có độ nhạy cao và giá trị dự báo âm tính cao. Nếu xét nghiệm HPV (-), nguy cơ hình thành CIN3 trong vòng 5 năm sau đó là rất thấp.

3.1.1. Các kỹ thuật xét nghiệm HPV nguy cơ cao:

Các kỹ thuật xét nghiệm HPV nguy cơ cao hiện có bao gồm kỹ thuật PCR/ Realtime-PCR hoặc khuếch đại tín hiệu, bao gồm:

- Xét nghiệm định tính: cho kết quả âm tính hoặc dương tính với ít nhất một trong 14 týp HPV nguy cơ cao.

- Kỹ thuật xét nghiệm HPV DNA định týp phân tầng nguy cơ: cung cấp kết quả về nhiễm tối thiểu các týp HPV 16, HPV 18 +/- 12 týp nguy cơ cao, có thể sử dụng để xét nghiệm đầu tay đơn lẻ hoặc phối hợp với tế bào cổ tử cung/VIA. Đến cuối năm 2024 đã có 5 xét nghiệm loại này được công nhận sử dụng trong sàng lọc đầu tay đơn lẻ (FDA Hoa Kỳ phê duyệt hoặc WHO xác nhận sơ bộ).

- Xét nghiệm HPV mRNA nguy cơ cao: có độ nhạy và độ đặc hiệu tương đương xét nghiệm DNA trong chẩn đoán CIN2+ và CIN3+. Tuy nhiên do HPV mRNA xuất hiện sau khi nhiễm HPV khoảng 2 - 4 tuần nên có thể cho kết quả âm tính trong giai đoạn này (giai đoạn “cửa sổ”). Kỹ thuật xét nghiệm HPV mRNA chỉ áp dụng với bệnh phẩm do nhân viên y tế lấy.

- Một số xét nghiệm khác:

+ Xét nghiệm nhuộm kép tế bào miễn dịch phát hiện protein p16^{INK4a} và Ki-67: protein p16^{INK4a} và Ki-67 của tế bào sinh ra trong quá trình tương tác với HPV, do đó sử dụng kỹ thuật nhuộm kép hóa mô miễn dịch/hóa tế bào miễn dịch có thể phát hiện đồng thời các protein p16^{INK4a} và Ki-67 trong các mẫu bệnh phẩm cổ tử cung. Kỹ thuật này được sử dụng để hỗ trợ xác định (phân tầng) những phụ nữ có nguy cơ cao hình thành tổn thương CIN3+ nhằm đưa ra hướng xử trí phù hợp, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân có kết quả xét nghiệm tế bào học là ASC-US hoặc LSIL, hoặc phân tầng ở bệnh nhân có kết quả xét nghiệm HPV (+).

+ Xét nghiệm protein E6 HPV.

3.1.2. Điều kiện

- Phụ nữ từ 25 - 65 tuổi, đã quan hệ tình dục, ưu tiên phụ nữ trong độ tuổi 30 - 49 tuổi.

- Không có viêm âm đạo cấp, viêm phần phụ cấp, không ra máu âm đạo.

3.1.3. Các bước thực hiện

3.1.3.1. Lấy bệnh phẩm

* Phương pháp lấy mẫu bởi nhân viên y tế (NVYT):

- Người thực hiện: Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi chuyên môn phù hợp.

- Cách lấy bệnh phẩm dùng bàn chải cổ tử cung:

+ Đặt mỏ vịt âm đạo

+ Đưa bàn chải vào cổ tử cung

+ Ấn nhẹ và xoay bàn chải theo chiều kim đồng hồ 5 lần

+ Rút bàn chải ra khỏi cổ tử cung và âm đạo.

+ Rửa bàn chải ngay trong dung dịch bảo quản càng nhanh càng tốt bằng cách ấn bàn chải vào đáy lọ 10 lần.

+ Xoay tròn, mạnh bàn chải để bệnh phẩm trôi ra nhiều hơn nữa.

+ Bỏ bàn chải vào thùng rác y tế.

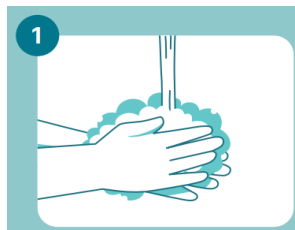
+ Đậy nắp lọ bằng các xoáy nắp chặt.

- Cách lấy bệnh phẩm dùng que bệt:
 - + Đặt mỏ vịt âm đạo.
 - + Đưa que bệt vào cổ tử cung.
 - + Ấn nhẹ và xoay que bệt 1 vòng quanh cổ ngoài tử cung.
 - + Rút que bệt ra khỏi cổ tử cung và âm đạo.
 - + Rửa que bệt ngay trong dung dịch bảo quản càng nhanh càng tốt bằng cách xoay tròn, mạnh 10 lần.
 - + Bỏ que bệt vào thùng rác y tế.
 - + Đậy nắp lọ bằng các xoáy nắp chặt.

Chú ý: Khi lấy bệnh phẩm dùng bàn chải hoặc que bệt cần phải quay nhẹ nhàng theo chiều kim đồng hồ để tránh làm tổn thương niêm mạc cổ tử cung gây chảy máu, nếu lần nhiều hồng cầu sẽ làm ảnh hưởng đến quá trình thực hiện các bước tiếp theo và kết quả xét nghiệm.

*** Phương pháp tự lấy mẫu bởi người phụ nữ (tự lấy mẫu): dùng 2 dụng cụ lấy mẫu là que tăm bông và bàn chải cổ tử cung**

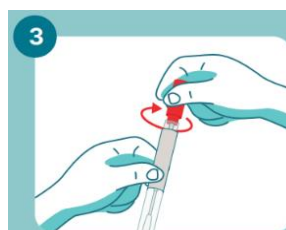
- *Tự lấy mẫu bệnh phẩm sử dụng que tăm bông*
 - + B1: Rửa tay với xà phòng.
 - + B2: Đứng ở tư thế thoải mái.
 - + B3: Vặn nắp, lấy que tăm bông ra khỏi ống.
 - + B4: Đầu ngón tay giữ que tăm bông ở vạch đánh dấu màu đỏ.
 - + B5: Đưa que tăm bông vào cho đến khi đầu ngón tay chạm âm đạo.
 - + B6: Xoay que tăm bông trong 10-30 giây. Sau đó rút que ra khỏi âm đạo.
 - + B7: Bỏ que tăm bông vào lại ống và ấn chặt.
 - + B8: Gửi ống chứa que tăm bông đã lấy bệnh phẩm cho nhân viên y tế càng sớm càng tốt*



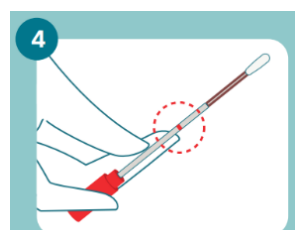
Rửa tay với xà phòng



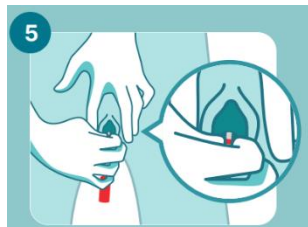
Đứng ở tư thế thoải mái



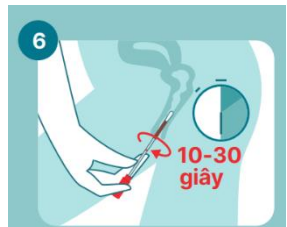
Vặn nắp lấy que tăm bông ra khỏi ống



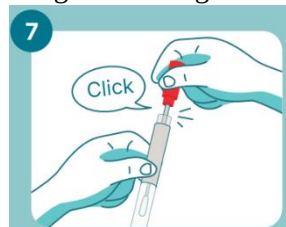
Đầu ngón tay giữ que ở vạch đỏ



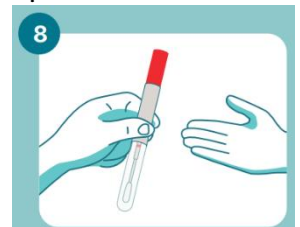
Đưa que tăm bông vào âm đạo cho đến khi đầu ngón tay chạm âm đạo



Xoay que tăm bông trong 10-30 giây. Sau đó rút que ra khỏi âm đạo



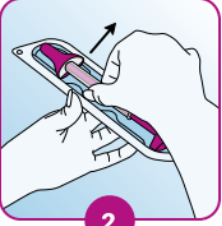
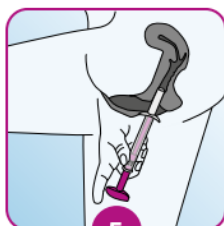
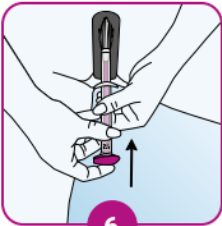
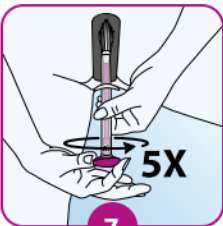
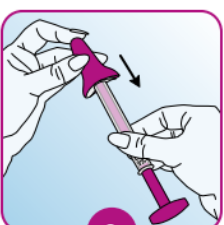
Bỏ que tăm bông vào lại ống, ấn chặt



Gửi lại ống cho nhân viên y tế

Hình 3.1. Tự lấy mẫu bệnh phẩm sử dụng que tăm bông

- Tự lấy mẫu bệnh phẩm sử dụng bàn chải cổ tử cung

 1 Rửa tay với xà phòng	 2 Tháo bàn chải từ bao bì. Giữ lại bao bì để gửi bàn chải tới phòng xét nghiệm sau khi tự lấy xong bệnh phẩm	 3 Dùng ngón tay cái và ngón tay trỏ ấn cạnh nắp để tháo nắp từ bàn chải. Lưu ý không chạm tay vào đầu bàn chải màu trắng	 4 Lấy mẫu ở tư thế đứng. Giả sử tư thế đứng là thoải mái (VD: như khi đặt băng vệ sinh tampon)
 5 Mở rộng môi âm hộ của bạn bằng một tay, dùng tay kia đưa bàn chải vào âm đạo cho đến khi cánh chạm vào môi âm hộ.	 6 Một tay giữ trụ bàn chải, tay còn lại đẩy pít-tông hướng thẳng trong trụ bàn chải. Sau khi nghe và cảm nhận âm thanh bầm, bàn chải đã nằm đúng vị trí	 7 Xoay pít-tông 5 vòng theo cùng chiều. Cứ mỗi vòng quay đều cảm nhận âm thanh bầm. Sau đó, cẩn thận rút bàn chải ra khỏi âm đạo	 8 Xoay pít-tông 5 vòng theo cùng chiều. Cứ mỗi vòng quay đều cảm nhận âm thanh bầm. Sau đó, cẩn thận rút bàn chải ra khỏi âm đạo
 9 Giữ trụ trong suốt để bàn chải không bật ra. Dùng ngón tay cái và ngón tay trỏ đẩy nắp bàn chải	 10 Đặt bàn chải đã đẩy nắp trở lại bên trong bọc bao bì	 11 Đặt bao bì chứa bàn chải vào túi nhựa và gửi cho nhân viên y tế càng sớm càng tốt*	

Hình 3.2. Tự lấy mẫu bệnh phẩm sử dụng bàn chải cổ tử cung.

Các bước thực hiện:

+ B1: Rửa tay với xà phòng

+ B2: Tháo bàn chải từ bao bì. Giữ lại bao bì để gửi bàn chải tới phòng xét nghiệm sau khi tự lấy xong bệnh phẩm

+ B3: Dùng ngón tay cái và ngón tay trỏ ấn cạnh nắp để tháo nắp từ bàn chải. Lưu ý không chạm tay vào đầu bàn chải màu trắng

+ B4: Lấy mẫu ở tư thế đứng. Giả sử đứng ở tư thế thoải mái (VD: như khi đặt băng vệ sinh tampon)

+ B5: Mở rộng môi âm hộ của bạn bằng một tay, dùng tay kia đưa bàn chải vào âm đạo cho đến khi cánh chạm vào môi âm hộ.

+ B6: Một tay giữ trụ bàn chải, tay còn lại đẩy pít-tông hướng thẳng trong trụ bàn chải. Sau khi nghe và cảm nhận âm thanh bấm, bàn chải đã nằm đúng vị trí

+ B7: Xoay pít-tông 5 vòng theo cùng chiều. Cứ mỗi vòng quay đều cảm nhận âm thanh bấm. Sau đó, cẩn thận rút bàn chải ra khỏi âm đạo

+ B8: Một tay giữ vỏ trong suốt của bàn chải, tay còn lại kéo pít-tông về cho đến khi đầu bàn chải màu trắng nằm hoàn toàn trong trụ trong suốt

+ B9: Giữ trụ trong suốt để bàn chải không bật ra. Dùng ngón tay cái và ngón tay trỏ đẩy nắp bàn chải

+ B10: Đặt bàn chải đã đẩy nắp trở lại bên trong bọc bao bì

+ B11: Đặt bao bì chứa bàn chải vào túi nhựa và gửi cho nhân viên y tế càng sớm càng tốt.

*** Lưu ý:** Thời gian tối đa que tăm bông/ bàn chải mẫu được bảo quản ở nhiệt độ phòng là 2 tuần. Sau khi tăm bông hoặc bàn chải mẫu được gửi cho nhân viên y tế, để đưa ngay mẫu vào trong dung dịch môi trường theo hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất. Mẫu được bảo quản trong dung dịch môi trường tối đa được 6 tháng ở nhiệt độ phòng.

3.1.3.2. Vận chuyển và bảo quản mẫu

Các dung dịch bảo quản chưa có bệnh phẩm có thời hạn sử dụng đến khi hết hạn in trên bao bì. Các dung dịch có chứa mẫu bệnh phẩm bảo quản ở nhiệt độ 2-8°C có thời gian bảo quản lên tới 6 tháng, và bảo quản ở nhiệt độ phòng (không quá 30°C) trong thời gian lên tới 3 tháng.

Phần bệnh phẩm còn lại sau khi đã làm xét nghiệm HPV có thể được bảo quản để thực hiện một số xét nghiệm khác như Liqui-Prep, xét nghiệm Chlamydia, lậu cầu ...

3.1.3.3. Xét nghiệm

Thực hiện các bước kỹ thuật xét nghiệm HPV nguy cơ cao theo hướng dẫn kỹ thuật của từng loại xét nghiệm.

3.2. Xét nghiệm tế bào cổ tử cung

3.2.1. Giới thiệu

Xét nghiệm tế bào học cổ tử cung là phương pháp sàng lọc UTCTC đã được giới y khoa toàn cầu thừa nhận từ nhiều thập niên qua do thoả mãn các điều kiện: độ nhạy khá, có thể lặp lại nhiều lần và đã chứng minh được tính hữu hiệu khi giúp làm giảm tỷ lệ mắc mới ung thư xâm lấn cổ tử cung ở các nước phát triển. Một xu hướng của tương lai là việc ứng dụng công nghệ trí tuệ nhân tạo trong phân tích hình ảnh tế bào trên lam tế bào, có thể giúp giảm thời gian đọc lam, tiết kiệm chi phí, tăng khả năng lưu trữ và cải thiện giá trị chẩn đoán tế bào học.

3.2.2. Điều kiện

Người thực hiện:

- Lấy bệnh phẩm: Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi hành nghề phù hợp.

- Đọc trả lời kết quả bệnh phẩm: Bác sĩ giải phẫu bệnh/tế bào bệnh học.

Điều kiện xét nghiệm:

- Các phụ nữ trong độ tuổi 21 - 65, đã có quan hệ tình dục, ưu tiên nhóm 30-49 tuổi.
- Không rửa sâu vào âm đạo trước khi xét nghiệm.
- Không điều trị bệnh phụ khoa trước đó ít nhất 7 ngày.
- Không phá, sảy thai trong 20 ngày trước đó.
- Không có viêm âm đạo cấp, viêm phần phụ cấp.
- Không xét nghiệm khi đang hành kinh.
- Chỉ định lặp lại xét nghiệm nếu mẫu bệnh phẩm có quá ít tế bào, không lấy được tế bào vùng chuyển tiếp (không có tế bào biểu mô tuyến hoặc tế bào chuyển sản vảy) hoặc quá dày, chồng chất lên nhau hoặc có quá nhiều tế bào viêm, chất nhầy, hồng cầu, các thành phần tế bào khác.

3.2.3. Các bước thực hiện

Bước 1. Lấy bệnh phẩm, làm phiến đồ

** Phương pháp tế bào học cổ điển*

- Lấy tế bào bằng que gạt (Spatula) Ayre cải tiến hoặc bàn chải tế bào (Cytobrush) cổ tử cung, tại vùng chuyển tiếp.
- Dàn lên lam kính.
- Cố định ngay bằng dung dịch cồn 96⁰ hoặc cồn/ether tỉ lệ 1/1 hoặc khí dung cố định dạng xịt.

** Phương pháp tế bào học nhuộm dịch*

- Dùng dụng cụ phết chuyên biệt được cung cấp bởi nhà sản xuất để phết lên cổ tử cung,
- Khuấy dụng cụ phết vào trong hộp chứa dung dịch bảo quản để chuyển bệnh phẩm tế bào vào dung dịch bảo quản; chuyển đến cơ sở xét nghiệm.

Bước 2. Nhuộm:

- Phiến đồ cổ điển sau khi cố định được nhuộm theo phương pháp Papanicolaou.
- Phiến đồ nhuộm dịch được xử lý bằng máy và nhuộm tự động theo phương pháp Papanicolaou.

Bước 3. Đánh giá kết quả: đọc kết quả và phân loại phiến đồ theo Danh pháp Bethesda 2014 (xem Phụ lục 1).

3.3. Quan sát cổ tử cung với acid acetic (VIA)

3.3.1. Giới thiệu

Phương pháp quan sát cổ tử cung với acid acetic (Visual Inspection with Acetic acid - VIA) đã được nghiên cứu và đề xuất như là phương pháp bổ sung/thay thế cho xét nghiệm tế bào học ở những cơ sở y tế không làm được xét nghiệm này. Dung dịch acid acetic 3-5% gây đông vón protein tế bào và làm xuất hiện hình ảnh trắng với acid acetic ở vùng biểu mô bất thường. Đây là phương pháp dễ thực hiện, phù hợp trong sàng lọc và dự phòng ung thư cổ tử cung tại tất cả các tuyến y tế, đặc biệt đối với tuyến y tế cơ sở.

3.3.2. Điều kiện

- Người thực hiện: Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi hành nghề phù hợp, đã được đào tạo về thực hiện kỹ thuật VIA.

- Phụ nữ trong độ tuổi 21 - 65, đã có quan hệ tình dục, có thể quan sát được toàn bộ vùng chuyển tiếp, ưu tiên cho phụ nữ trong độ tuổi 30 - 49. Các đối tượng không đảm bảo các điều kiện trên cần được giới thiệu đến cơ sở có thể xét nghiệm tế bào CTC hoặc xét nghiệm HPV.

3.3.3. Các bước thực hiện

Bước 1. Giải thích về các bước tiến hành và ý nghĩa của xét nghiệm

Bước 2. Đặt mỏ vịt.

Bước 3. Điều chỉnh nguồn sáng để đảm bảo quan sát tối ưu cổ tử cung.

Bước 4. Sử dụng miếng bông để chùi sạch các khí hư, máu hoặc chất chảy trên cổ tử cung.

Bước 5. Quan sát cổ tử cung, xác định ranh giới vảy - trụ, vùng chuyển tiếp và các vùng lân cận.

Bước 6. Dùng miếng bông tẩm dung dịch acid acetic 3-5%, áp lên bề mặt cổ tử cung và chờ đủ 60 giây (dùng đồng hồ có kim giây); quan sát mọi thay đổi xuất hiện trên cổ tử cung, đặc biệt chú ý đến các bất thường nằm cạnh vùng chuyển tiếp.

Bước 7. Quan sát kỹ vùng chuyển tiếp. Cần ghi nhận đặc điểm dễ chảy máu. Tìm kiếm các mảng có màu trắng gờ lên hoặc dày rõ.

Bước 8. Dùng miếng bông lau sạch dung dịch acid acetic còn sót lại khỏi bề mặt cổ tử cung và âm đạo.

Bước 9. Nhẹ nhàng lấy mỏ vịt ra.

Bước 10. Trao đổi với khách hàng về kết quả và hướng xử trí tiếp theo. Ghi chép các quan sát và kết quả của xét nghiệm. Vẽ sơ đồ các hình ảnh bất thường phát hiện được.

3.3.5. Phân loại, biểu hiện và xử trí

Bảng 3.1. Phân loại kết quả VIA, biểu hiện và xử trí.

Phân loại	Biểu hiện	Xử trí
VIA (-)	Biểu mô trơn láng, màu hồng, đồng dạng và không có vùng trắng; Có thể gặp các tổn thương như: lộ tuyến đơn thuần, polyp, viêm cổ tử cung, nang Naboth.	Hẹn khám lại để làm VIA sau 3 năm.
VIA (+)	Các mảng màu trắng dày, nổi hẳn lên hoặc biểu mô trắng với acid acetic, nằm gần ranh giới biểu mô lát - trụ.	Tuyến ban đầu: Chuyển tuyến cơ bản hoặc cao hơn.

Phân loại	Biểu hiện	Xử trí
		Tuyển cơ bản trở lên: khẳng định thương tổn bằng test VIA hoặc tế bào cổ tử cung - soi cổ tử cung - sinh thiết, điều trị tùy theo kết quả sinh thiết bằng áp lạnh, áp nhiệt, nếu không đủ điều kiện áp lạnh/áp nhiệt thì dùng LEEP (LLETZ) hoặc khoét chóp.
Nghi ngờ ung thư CTC	Thương tổn dạng sùi hoặc loét, biểu mô trắng rất dày, chảy máu khi tiếp xúc.	Chuyển tuyến có khả năng chẩn đoán xác định và điều trị ung thư.

3.4. Quan sát cổ tử cung với Lugol (VILI)

3.4.1. Giới thiệu

Phương pháp VILI (Visual Inspection with Lugol's Iodine) dựa trên nguyên lý bắt màu của glycogen có trong biểu mô vảy nguyên thủy và biểu mô dị sản vảy trưởng thành của cổ tử cung khi tiếp xúc với dung dịch Lugol chứa iod. Các biểu mô dị sản vảy mới hình thành, mô viêm, mô tiền ung thư và ung thư cổ tử cung không chứa hoặc chỉ chứa rất ít glycogen, do đó không bắt màu dung dịch Lugol hoặc bắt màu không đáng kể, chỉ có màu vàng nhạt của dung dịch Lugol nằm trên biểu mô. Có thể thực hiện VILI riêng hoặc phối hợp ngay sau khi đã làm xét nghiệm VIA.

Theo khuyến cáo của các tổ chức quốc tế, VILI có độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy thấp trong phát hiện tổn thương, vì vậy nên hạn chế sử dụng riêng lẻ khi chưa được huấn luyện đầy đủ.

3.4.2. Điều kiện:

- Người thực hiện: Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi hành nghề phù hợp, đã được đào tạo về thực hiện kỹ thuật VILI.

- Phụ nữ trong độ tuổi 21 - 65, đã có quan hệ tình dục, có thể quan sát được toàn bộ vùng chuyển tiếp, ưu tiên cho phụ nữ trong độ tuổi 30 - 49. Các đối tượng không đảm bảo các điều kiện trên cần được giới thiệu đến cơ sở có thể xét nghiệm tế bào CTC hoặc xét nghiệm HPV.

3.4.3. Các bước thực hiện

Bước 1. Giải thích về các bước tiến hành và ý nghĩa của các kết quả.

Bước 2. Đặt mỏ vịt.

Bước 3. Điều chỉnh nguồn sáng để đảm bảo quan sát tối ưu cổ tử cung.

Bước 4. Sử dụng miếng bông để chùi sạch khí hư, máu hoặc chất nhầy trên cổ tử cung.

Bước 5. Quan sát cổ tử cung, xác định ranh giới lát - trụ, vùng chuyển tiếp và các vùng lân cận.

Bước 6. Dùng tăm bông thấm dung dịch Lugol bôi lên bề mặt cổ tử cung.

Bước 7. Quan sát kỹ vùng chuyển tiếp. Tìm kiếm các vùng không bắt màu iod hay vùng chỉ có màu vàng nhạt của Lugol trên cổ tử cung, đặc biệt trong vùng chuyển tiếp, gần với ranh giới vảy - trụ.

Bước 8. Dùng miếng bông lau sạch dung dịch Lugol còn sót lại khỏi bề mặt cổ tử cung và âm đạo.

Bước 9. Nhẹ nhàng lấy mỏ vịt ra. Khi tháo mỏ vịt chú ý quan sát các thành âm đạo, tìm kiếm các vùng không bắt màu iod.

Bước 10. Trao đổi với khách hàng về kết quả và hướng xử trí tiếp theo. Ghi chép các quan sát và kết quả của test. Vẽ sơ đồ các hình ảnh bất thường phát hiện được.

3.4.4. Phân loại, biểu hiện và xử trí

Bảng 3.2. Phân loại kết quả VILI, biểu hiện và xử trí.

Phân loại	Biểu hiện	Xử trí
VILI (-)	Cổ tử cung bắt màu nâu; lộ tuyến, polyp, nang Naboth không bắt màu iod hoặc bắt màu nhạt và loang lổ.	Hẹn tái khám để làm VIA/VILI sau 3 năm.
VILI (+)	Cổ tử cung có vùng không bắt màu iod hay vùng chỉ có màu vàng nhạt của Lugol trên cổ tử cung.	Tuyến xã: Chuyển tuyến huyện. Tuyến huyện trở lên: khẳng định thương tổn bằng xét nghiệm VIA hoặc tế bào cổ tử cung - soi cổ tử cung - sinh thiết, điều trị tùy theo kết quả sinh thiết bằng áp lạnh, áp nhiệt; nếu không đủ điều kiện áp lạnh/áp nhiệt thì dùng LEEP (LLETZ) hoặc khoét chóp.
Nghi ngờ ung thư CTC	Thương tổn dạng sùi hoặc loét, không bắt màu iod, chảy máu khi tiếp xúc.	Chuyển tuyến có khả năng chẩn đoán xác định và điều trị ung thư

Phần 4

CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN

1. Soi cổ tử cung

1.1. Người thực hiện

Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi chuyên môn phù hợp, được đào tạo về kỹ thuật soi cổ tử cung.

1.2. Chỉ định

- Các trường hợp xét nghiệm tế bào học cổ tử cung có một trong các tổn thương sau đây: tế bào vảy không điển hình (ASC-US) có HPV(+), ASC-US chưa loại trừ tổn thương trong biểu mô vảy độ cao (ASC-H), tế bào tuyến không điển hình (AGC), tổn thương trong biểu mô vảy độ thấp (LSIL), tổn thương trong biểu mô vảy độ cao (HSIL) hoặc tế bào ung thư (biểu mô vảy hoặc tuyến).

- Những trường hợp quan sát thấy có tổn thương rõ trên lâm sàng: loét, sùi, chảy máu.

- Kết quả test VIA/VILI (+).

- Xét nghiệm HPV nguy cơ cao: HPV 16 và/hoặc 18 (+).

1.3. Các bước thực hiện

Bước 1. Khảo sát và soi âm hộ dưới độ phóng đại (x7,5 - x15)

Bước 2. Khám mở vệt âm đạo và CTC.

Bước 3. Lấy mẫu xét nghiệm soi tươi âm đạo từ thành bên âm đạo nếu có chỉ định.

Bước 4. Lau nhẹ nhàng các chất tiết âm đạo. Tránh làm bong biểu mô và chảy máu do sang chấn khi thăm khám.

Bước 5. Bắt đầu soi âm đạo và cổ ngoài.

Bước 6. Soi cổ tử cung không chuẩn bị: quan sát cổ tử cung, ghi nhận các hình ảnh và tổn thương

Bước 7. Test Hinselmann với acid acetic: toàn bộ CTC và đặc biệt tất cả các tổn thương có thể nhìn thấy được phải được chấm nhẹ bằng bông thấm ướt acid acetic 3%-5%. Thấm acid acetic thừa bằng bông/gạc khô. Acid acetic làm chất nhầy bề mặt đông lại, những cấu trúc giống chùm nho của biểu mô tuyến trở nên thấy rõ ràng do những vùng xám nhạt - trắng của biểu mô chuyển sản đổi lập rõ với biểu mô lát màu hồng bình thường. Trong trường hợp có sừng hoá, acid acetic không thể xâm nhập vào biểu mô và vì vậy phản ứng không xảy ra. Nếu biểu mô bất thường (tân sinh trong biểu mô), acid acetic gây trương phồng, đông vón thành vùng màu trắng đục.

Bước 8. Quan sát mạch máu qua kính lọc màu xanh.

Bước 9. Chụp ảnh hoặc quay phim để làm tài liệu nếu cần thiết.

Bước 10. Test Schiller với dung dịch Lugol 3%. Biểu mô vảy - do thành phần glycogen của nó - sẽ bắt màu nâu đậm (iod dương tính). Iod âm tính trong trường hợp tân sinh trong biểu mô, ung thư, biểu mô trụ (lộ tuyến), loét trợt (thiếu biểu mô), vết

trắng và thiếu dưỡng. Test Iod được chấp nhận như một phương pháp định vị lý tưởng cho cắt mô để chẩn đoán (sinh thiết, khoét chóp).

Bước 11. Nếu cần thiết, sinh thiết định hướng với kim sinh thiết hoặc nạo cổ trong với một thìa cổ trong nhỏ để xét nghiệm mô bệnh học. Trường hợp nạo cổ trong, bệnh nhân phải được báo trước rằng thủ thuật này có thể khó chịu. Có thể giảm đau bằng cách phun hoặc tiêm thuốc tê tại CTC (vị trí 11, 13, 17, 19 giờ). Nếu chảy máu có thể nhét gạc, rút sau 12 giờ. Nếu cần thiết, có thể bôi chất dính Monsel để cầm máu.

1.4. Phân loại: Theo Liên đoàn Soi cổ tử cung và bệnh lý cổ tử cung quốc tế (IFCPC, 2011)

Bảng 4.1. Danh pháp Soi cổ tử cung IFCPC 2011

Đánh giá tổng quát		Đầy đủ hay không đầy đủ (lý do: cổ tử cung không nhìn rõ bởi tình trạng viêm nhiễm, chảy máu, sẹo) Quan sát ranh giới lát - trụ: thấy hoàn toàn, một phần hay không thể thấy được Phân loại vùng chuyển tiếp: týp 1, 2, 3
Những hình ảnh bình thường		Biểu mô lát nguyên thủy: trưởng thành, teo Biểu mô trụ; lộ tuyến, lộn tuyến Chuyển sản lát; nang Naboth; cửa tuyến Màng rụng hóa trong thai kỳ
Những hình ảnh bất thường	Nguyên tắc chung	Vị trí tổn thương: ở trong hay ở ngoài vùng chuyển tiếp; định vị vị trí tổn thương theo kim đồng hồ Kích thước tổn thương: số phần tư của cổ tử cung mà tổn thương bao phủ; kích thước tính theo % của cổ tử cung
	Grade 1 (nhẹ)	Lát đá mịn; chấm đáy mịn; biểu mô trắng mỏng sau bôi acid acetic; bờ không đều, giống như bản đồ
	Grade 2 (nặng)	Bờ sắc nét; dấu hiệu “bờ bên trong” (inner border); dấu hiệu ”chóp cao” (ridge); biểu mô trắng dày; lát đá thô; chấm đáy thô; trắng nhanh sau bôi acid acetic; viền trắng quanh cửa tuyến
	Không đặc hiệu	Mảng trắng (sừng hóa, tầng sừng), vết trợt Nhuộm Lugol (test Schiller): bắt màu hay không bắt màu
Nghỉ ngơi ung thư xâm lấn		Mạch máu bất thường Những dấu hiệu khác: mạch máu dễ vỡ, bề mặt không đều, tổn thương sùi, hoại tử, loét, khối u tân sinh
Những hình ảnh khác		Vùng chuyển tiếp bẩm sinh, u nhú, polyp (cổ ngoài hay cổ trong), viêm nhiễm, teo hẹp, các bất thường bẩm sinh, các hậu quả sau điều trị, lạc nội mạc tử cung

Bảng 4.2. Phụ lục Danh pháp Soi cổ tử cung IFCPC 2011

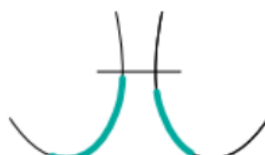
Phân loại mảnh cắt điều trị	Mảnh cắt loại 1, 2, 3*
Kích thước mảnh cắt điều trị	Độ dài - khoảng cách từ bờ ngoài cho đến bờ trong mảnh cắt Độ dày - khoảng cách từ rìa mô đệm đến bề mặt mảnh cắt. Chu vi (tùy chọn) - chu vi mảnh cắt

* Tương ứng với vùng chuyển tiếp týp 1, 2, 3

Loại 1. Hoàn toàn nằm ở cổ ngoài, có thể nhìn thấy toàn bộ, kích thước rộng hoặc hẹp



Loại 2. Có phần ở cổ trong, có thể nhìn thấy toàn bộ, có thể có phần ở cổ ngoài kích thước rộng hoặc hẹp



Loại 3. Có phần ở cổ trong, không thể nhìn thấy toàn bộ, có thể có phần ở cổ ngoài kích thước rộng hoặc hẹp

**Hình 4.1.** Các loại vùng chuyển tiếp

2. Sinh thiết cổ tử cung

2.1. Sinh thiết cổ tử cung (cổ ngoài)

2.1.1. Người thực hiện

Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi chuyên môn phù hợp, được đào tạo về kỹ thuật sinh thiết cổ tử cung.

2.1.2. Chỉ định:

Sinh thiết cổ tử cung cần được thực hiện trong trường hợp có tổn thương nghi ngờ ở cổ tử cung và ở tuyến y tế có điều kiện xét nghiệm mô học, bao gồm các trường hợp sau:

- Khám lâm sàng: nghi ngờ ung thư cổ tử cung
- VIA: nghi ngờ ung thư cổ tử cung
- Soi cổ tử cung: kết quả thuộc nhóm hình ảnh bất thường hoặc nhóm nghi ngờ ung thư xâm lấn.

2.1.3. Các bước thực hiện:

Bước 1. Làm test acid acetic và test Lugol để định vị và xác định mức độ tổn thương qua soi CTC.

Bước 2. Sử dụng kim bấm sinh thiết để lấy mẫu mô từ vùng nghi ngờ nhất.

Bước 3. Cố định bệnh phẩm trong dung dịch formol 10% (nếu không có formol có thể dùng cồn 96 độ), gửi đọc kết quả mô bệnh học

2.1.4. Phân loại

- Các tổn thương lành tính cổ tử cung.
- Các tổn thương tiền ung thư cổ tử cung: CIN 1, CIN 2, CIN 3.
- Loạn sản tuyến.
- Ung thư biểu mô vảy.
- Ung thư biểu mô tuyến.
- Các u biểu mô khác.

Lưu ý: Đối với các trường hợp nghi ngờ tổn thương trong ống cổ cổ tử cung (tế bào cổ tử cung có AGC/AIS) mà khó tiếp cận soi cổ tử cung, nạo ống cổ tử cung do chít hẹp thì có thể sử dụng phương pháp cắt bằng vòng điện (LEEP) để có bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học.

2.2. Nạo ống cổ tử cung

2.2.1. Người thực hiện

Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi chuyên môn phù hợp, được đào tạo về kỹ thuật nạo ống cổ tử cung.

2.2.2. Chỉ định

- Có kết quả xét nghiệm tế bào học bất thường, bao gồm AGC, AIS nhưng không phát hiện được tổn thương ở cổ ngoài qua soi cổ tử cung.
 - Các trường hợp soi cổ tử cung có kết quả xét nghiệm HPV18 (+) hoặc nếu vùng chuyển tiếp loại 3.
 - Soi cổ tử cung sau khi người bệnh có kết quả dương tính với nhuộm kép p16/Ki67.
 - Tất cả các trường hợp có tổn thương CIN 2 được theo dõi chặt chẽ (chưa điều trị, theo phác đồ xử trí theo nguy cơ ASCCP 2019) do quan ngại các biến chứng của điều trị lên khả năng mang thai và sinh đẻ về sau.
 - Khi soi cổ tử cung không quan sát được ranh giới vảy - trụ.
 - Theo đề nghị dựa trên kết quả tế bào học/mô bệnh học.
- * Lưu ý:** Không có chỉ định nạo ống CTC trong thai kỳ.

2.2.3. Các bước thực hiện

Soi lại CTC để kiểm tra lại mặt ngoài CTC xem có tổn thương không.

Nạo ống CTC bằng thìa rồng nhỏ, cố định bệnh phẩm trong dung dịch formol 10%, gửi làm xét nghiệm mô bệnh học.

(Xem Phân loại Mô bệnh học cổ tử cung tại Phụ lục 2).

Phần 5

XỬ TRÍ VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG

1. Nguyên tắc và các phương pháp tiếp cận xử trí tổn thương cổ tử cung

1.1. Nguyên tắc

Nguyên tắc của xử trí các tổn thương cổ tử cung là điều trị một số tổn thương lành tính như lộ tuyến và tổn thương tiền ung thư, đặc biệt là tổn thương CIN 2, CIN 3 (HSIL) để tránh sự hình thành và tiến triển đến ung thư xâm lấn. Tổn thương CIN1 (LSIL) có thể được theo dõi hoặc chỉ định điều trị nếu khả năng và điều kiện tuân thủ theo dõi/sàng lọc thấp. Cần chú ý cung cấp tư vấn trước và sau điều trị.

1.2. Các phương pháp tiếp cận xử trí tổn thương cổ tử cung

Năm 2021, Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo xem xét áp dụng một trong hai phương pháp tiếp cận:

1.2.1. Sàng lọc, phân tầng nguy cơ và điều trị: sử dụng xét nghiệm HPV DNA/mRNA là phương pháp sàng lọc đầu tay ở quần thể phụ nữ chung, và phân tầng nếu kết quả HPV (+) bằng xét nghiệm định týp HPV từng phần, soi cổ tử cung, tế bào CTC hoặc VIA.

Khi áp dụng cách tiếp cận “sàng lọc, phân tầng nguy cơ và điều trị”, quyết định điều trị có thể dựa trên sàng lọc đầu tay dương tính và xét nghiệm thứ hai (xét nghiệm phân tầng) dương tính, có hoặc không có chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học.

Sau kết quả xét nghiệm HPV DNA (+) hoặc mRNA (+), có thể áp dụng một trong các phương pháp sau đây để phân tầng nguy cơ, giúp cho xử trí chính xác:

- Xét nghiệm định týp HPV nguy cơ từng phần (nếu xét nghiệm sàng lọc tìm sự hiện diện của HPV trong dịch cổ tử cung, âm đạo thực hiện trước đó bằng kỹ thuật định tính),
- Xét nghiệm tế bào cổ tử cung,
- Làm test VIA,
- Soi cổ tử cung,
- Năm 2024, xét nghiệm nhuộm kép tế bào miễn dịch phát hiện protein p16^{INK4a} và Ki-67 cũng được WHO và ASCCP khuyến cáo sử dụng để phân tầng sau xét nghiệm HPV DNA/mRNA (+).

Trong điều kiện Việt Nam, các cơ sở y tế có đủ điều kiện được khuyến cáo ưu tiên sử dụng cách tiếp cận này.

1.2.2. Sàng lọc và điều trị: sử dụng xét nghiệm HPV DNA là phương pháp sàng lọc đầu tay ở quần thể phụ nữ chung và điều trị nếu kết quả HPV/VIA (+).

Cách tiếp cận “Sàng lọc và điều trị” có thể thực hiện trong điều kiện hạn chế về tiếp cận và nguồn lực (khó tiếp cận với chẩn đoán bằng soi cổ tử cung và mô bệnh học, người bệnh có nguy cơ mất dấu...) nhưng cần được thực hiện bởi nhân viên y tế đã được đào tạo.

Lưu ý: tổn thương tân sinh trong biểu mô cổ tử cung có thời gian tiến triển trong nhiều năm, nếu phát hiện trong thai kỳ cần theo dõi sát và hạn chế chỉ định điều trị cho đến khi kết thúc thai kỳ.

1.3. Xử trí kết quả sàng lọc dựa trên nguy cơ

Cơ sở y tế có đủ điều kiện được khuyến cáo ưu tiên áp dụng phân tầng nguy cơ theo Hiệp hội Soi cổ tử cung và bệnh lý cổ tử cung Hoa Kỳ (ASCCP, 2019) trong xử trí các trường hợp có bất thường cổ tử cung được phát hiện qua sàng lọc.

Năm 2019, dựa trên dữ liệu theo dõi trong hơn 10 năm trên một quần thể hơn 1,5 triệu phụ nữ (tại hệ thống y tế Kaiser Permanente Northern California, Hoa Kỳ), Hiệp hội Soi cổ tử cung và bệnh lý cổ tử cung Hoa Kỳ (ASCCP) đưa ra khuyến cáo sử dụng cách tiếp cận phân tầng nguy cơ (tính theo tỷ lệ phần trăm) để có mức độ xử trí lâm sàng tương ứng. Các trường hợp có bất thường cổ tử cung được xử trí dựa trên nguy cơ hình thành tổn thương CIN3+, được tính toán từ kết quả sàng lọc trước đây, kết quả xét nghiệm HPV (yếu tố nguy cơ quan trọng nhất), tế bào cổ tử cung và sinh thiết cổ tử cung sau soi cổ tử cung lần này, trong đó ngưỡng nguy cơ quan trọng là 4% (xem sơ đồ tại Phụ lục 7).

- Nếu nguy cơ tức thời của tổn thương CIN3+ $\geq 4\%$, bệnh nhân cần được chỉ định soi cổ tử cung hoặc điều trị:

- + Nguy cơ 4-24% hoặc HPV 16, 18 (+): soi cổ tử cung + sinh thiết.
- + Nguy cơ 25-59%: soi cổ tử cung + sinh thiết HOẶC điều trị tức thời.
- + Nguy cơ $\geq 60\%$: điều trị tức thời.

- Nếu nguy cơ tức thời $< 4\%$ thì nguy cơ trong vòng 5 năm tiếp theo sẽ được dùng để xác định khoảng thời gian cho lần khám/xét nghiệm theo dõi tiếp theo.

+ Nguy cơ CIN3+ trong 5 năm tiếp theo $> 0.55\%$: làm lại xét nghiệm HPV sau 1 năm.

+ Nguy cơ CIN3+ trong 5 năm tiếp theo trong khoảng 0.15% - 0.55%: làm lại xét nghiệm HPV sau 3 năm.

+ Nguy cơ CIN3+ trong 5 năm tiếp theo trong khoảng $< 0.15\%$: làm lại xét nghiệm HPV sau 5 năm.

Năm 2022, ASCCP tiếp tục bổ sung khuyến cáo cho các trường hợp không tính được nguy cơ trong 5 năm:

- Đánh giá được nguy cơ CIN3+ trong 3 năm:
 - + Nguy cơ CIN3+ trong 3 năm $\geq 0,39\%$: xét nghiệm lại HPV sau 1 năm.
 - + Nguy cơ CIN3+ trong 3 năm $< 0,39\%$: xét nghiệm lại HPV sau 3 năm
- Không đánh giá được nguy cơ trong 3 năm: xét nghiệm lại HPV sau 1 năm.

Có thể tính nguy cơ của bệnh nhân bằng cách nhập các dữ liệu liên quan theo thuật toán có tại Web app <https://app.asccp.org/> hoặc tải ứng dụng trên thiết bị di động tại địa chỉ <https://www.asccp.org/mobile-app> (có phí).

2. Các phương pháp xử trí tổn thương cổ tử cung

Tuỳ theo điều kiện từng cơ sở y tế mà có thể chỉ định áp dụng một trong các phương pháp sau:

2.1. Các phương pháp phá hủy

2.1.1. Đốt điện

2.1.1.1. Chỉ định

- Tổn thương lộ tuyến cổ tử cung rộng kèm theo tăng tiết dịch âm đạo hoặc viêm âm đạo tái diễn.

- Sùi mào gà cổ tử cung.

2.1.1.2. Chống chỉ định và thận trọng

- Viêm âm đạo cấp.

- Phụ nữ mang thai: hạn chế can thiệp cho đến khi kết thúc thai kỳ.

2.1.1.3. Điều kiện thực hiện

- Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi chuyên môn phù hợp, đã được đào tạo về điều trị tổn thương cổ tử cung bằng kỹ thuật đốt điện.

- Sau khi sạch kinh 3-5 ngày.

2.1.1.4. Các bước thực hiện

Bước 1. Khám phụ khoa, đặt mỏ vịt.

Bước 2. Lau sạch khí hư và chất nhầy cổ tử cung

Bước 3. Bật máy đốt điện, nếu dùng máy có dòng lưỡng cực cần đặt điện cực trở về dưới mông bệnh nhân.

Bước 4. Dùng điện cực hình bi đốt lần lượt vùng lộ tuyến ở nửa dưới cổ tử cung trước, sau đó đốt ở nửa trên cổ tử cung. Tránh đốt vào ống cổ tử cung.

Bước 5. Đốt lại cầm máu ở các điểm chảy máu nhiều. Bôi chất dính Monsel vào diện đốt (nếu cần).

Bước 6. Lau sạch âm đạo. Rút mỏ vịt.

2.1.2. Đốt laser

2.1.2.1. Chỉ định

- Tổn thương sùi mào gà, CIN 2 hoặc CIN 3 (mô bệnh học khẳng định). Có thể xem xét đốt laser tổn thương CIN 1 tồn tại lâu (≥ 2 năm).

- Tổn thương lành tính cổ tử cung: lộ tuyến cổ tử cung, viêm cổ tử cung mạn tính, u máu, polyp cổ tử cung.

2.1.2.2. Chống chỉ định và thận trọng

- Viêm âm đạo cấp.

- Phụ nữ mang thai: hạn chế can thiệp cho đến khi kết thúc thai kỳ.

2.1.2.3. Điều kiện thực hiện

- Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi chuyên môn phù hợp, đã được đào tạo về điều trị tổn thương cổ tử cung bằng kỹ thuật đốt laser.

- Có hệ thống laser CO₂ có thể gắn với máy soi cổ tử cung.
- Vùng chuyển tiếp loại 1 hoặc loại 2, thấy được bờ tổn thương phía ống cổ tử cung.

2.1.2.4. Các bước thực hiện

Bước 1. Gắn hệ thống laser vào máy soi cổ tử cung. Kiểm tra tia dẫn đường.

Bước 2. Khám phụ khoa, đặt mỏ vịt có ống hút khói, nối ống hút với máy hút khói.

Bước 3. Bôi dung dịch Lugol để xác định vị trí, kích thước và mức độ lan rộng của tổn thương ở cổ tử cung.

Bước 4. Đặt nguồn laser với đường kính 2 mm, công suất 15 W.

Bước 5. Bật máy hút. Bật nguồn laser, xác định chu vi cần đốt bằng cách đốt một vòng quanh cổ tử cung, khoảng 3 mm phía ngoài tổn thương.

Bước 6. Đốt 2 đường dọc và ngang để chia cổ tử cung thành 4 phần tư. Lần lượt đốt các phần tư dưới rồi đến các phần tư trên với độ sâu tối thiểu 6 - 7mm.

Bước 7. Đốt cầm máu các điểm chảy máu nhiều. Bôi chất dính Monsel vào diện đốt.

Bước 8. Lau sạch âm đạo. Rút mỏ vịt.

2.1.3. Áp lạnh

2.1.3.1. Chỉ định

- Tổn thương CIN 1, 2, được khẳng định bằng soi cổ tử cung và mô bệnh học. Trường hợp có tổn thương CIN 3 nên được chuyển tuyến.

- Kết quả VIA (+), u nhú dạng phẳng.

2.1.3.2. Chống chỉ định và thận trọng

- Viêm âm đạo cấp.

- Phụ nữ mang thai: hạn chế can thiệp cho đến khi kết thúc thai kỳ.

2.1.3.3. Điều kiện thực hiện:

- Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi chuyên môn phù hợp, đã được đào tạo về điều trị tổn thương cổ tử cung bằng kỹ thuật áp lạnh.

- Các trường hợp có kết quả VIA (+) sẽ đủ điều kiện điều trị áp lạnh nếu tổn thương:

- + Không nghi ngờ ung thư,
- + Chiếm dưới 75% cổ tử cung,
- + Không lan đến thành âm đạo hoặc vào ống cổ tử cung vượt quá diện áp.
- + Không vượt quá 2 mm ra ngoài đường kính của đầu áp.

- Có hệ thống máy áp lạnh cổ tử cung.

2.1.3.4. Các bước thực hiện:

Bước 1. Lắp ráp hệ thống áp lạnh, kiểm tra áp suất khí CO₂.

Bước 2. Khám phụ khoa, đặt mỏ vịt, làm lại xét nghiệm VIA và VILI: sử dụng acetic acid hoặc Lugol để quan sát giải phẫu và xác định tổn thương ở cổ tử cung.

Bước 3. Áp đầu áp kim loại vào cổ tử cung, chú ý không để đầu áp và cần áp chạm vào thành âm đạo.

Bước 4. Đông lạnh theo kỹ thuật đông kép: đông lạnh 3 phút - tan 5 phút - đông lại 3 phút.

Bước 5. Đợi đến khi đầu áp tự rời khỏi cổ tử cung, lấy đầu áp ra và xử lý chống nhiễm khuẩn hệ thống áp lạnh.

2.1.4. Áp nhiệt

2.1.4.1. Chỉ định

- Các trường hợp tổn thương CIN/LSIL/HSIL được khẳng định bằng mô bệnh học và đủ điều kiện điều trị;

- Các trường hợp được xét nghiệm sàng lọc có hrHPV(+) và VIA(+), đủ điều kiện điều trị. Xem xét điều trị khi có kết quả hrHPV(+) trong cách tiếp cận “sàng lọc và điều trị” ở cơ sở không đủ khả năng làm mô bệnh học và bệnh nhân không có điều kiện lên tuyến cao hơn.

2.1.4.2. Chống chỉ định và thận trọng

- Viêm âm đạo cấp.
- Phụ nữ mang thai: hạn chế can thiệp cho đến khi kết thúc thai kỳ.

2.1.4.3. Điều kiện áp nhiệt

- Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh: có phạm vi chuyên môn phù hợp, đã được đào tạo về kỹ thuật áp nhiệt cổ tử cung;

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được trang bị máy áp nhiệt cổ tử cung.

- Bệnh nhân không có viêm âm đạo - cổ tử cung cấp.

- Các phụ nữ có kết quả chẩn đoán sớm (+), không nghi ngờ tổn thương xâm lấn hoặc bệnh lý tuyến ống CTC (adenocarcinoma hoặc adenocarcinoma in situ) sẽ đủ điều kiện để điều trị phá hủy nếu:

- + Có thể quan sát toàn bộ vùng chuyển tiếp, toàn bộ tổn thương, tổn thương không lan vào ống cổ tử cung, HOẶC

- + Tổn thương nằm trong vùng chuyển tiếp loại 1; HOẶC

- + Tổn thương nằm trong vùng chuyển tiếp loại 2, đầu áp có thể bao phủ hết tổn thương (đến tận ranh giới phía trên của vùng chuyển tiếp). Đôi khi có thể thấy được ranh giới trên này nhưng đầu áp không bao phủ được.

- Các trường hợp không đủ điều kiện để điều trị phá hủy bằng áp nhiệt:

- + Nghi ngờ tổn thương xâm lấn hoặc bệnh lý tuyến ống cổ tử cung (adenocarcinoma hoặc adenocarcinoma in situ), VÀ

- + Không thể quan sát toàn bộ vùng chuyển tiếp vì đi vào trong ống CTC (vùng chuyển tiếp loại 3); HOẶC

- + Vùng chuyển tiếp loại 2 nhưng đầu áp không bao phủ hết ranh giới trên của tổn thương.

2.1.4.4. Các bước thực hiện áp nhiệt

Bước 1. Lắp ráp hệ thống áp nhiệt.

Bước 2. Khám phụ khoa, đặt mỏ vịt, làm lại test VIA: sử dụng acetic acid để quan sát giải phẫu và xác định tổn thương ở cổ tử cung.

Bước 3. Bật nguồn (điện hoặc pin), nâng nhiệt độ đầu áp lên 100°C.

Bước 4. Áp sát đầu áp vào cổ tử cung để ôm trọn tổn thương và giữ trong 20 - 30 giây. Có thể lặp lại một số lần trong một phiên áp trong trường hợp cần thiết để bao phủ toàn bộ vùng chuyển tiếp. Có thể thực hiện áp nhiệt không cần gây tê cổ tử cung.

2.1.5. Theo dõi sau điều trị

- Kháng sinh đường uống trong 5 ngày.
- Kháng sinh dự phòng sau áp nhiệt: không có chỉ định rộng rãi
- Sau áp lạnh/ áp nhiệt có thể dùng thuốc giảm đau để làm giảm cảm giác “chuột rút”.
- Để vết thương lành tốt cần tư vấn cho bệnh nhân:
 - + Không giao hợp trong vòng 4 tuần
 - + Không thực rửa âm đạo hoặc dùng nút bông khi hành kinh
- Dấu hiệu nguy hiểm: Tư vấn cho khách hàng/bệnh nhân biết cần đến ngay cơ sở y tế để khám lại nếu có một trong các dấu hiệu nguy hiểm sau:
 - + Sốt hơn 2 ngày
 - + Ra máu âm đạo nhiều
 - + Ra khí hư nhiều, hôi
 - + Đau bụng dưới nhiều
- Tái khám sau 1, 3 - 6 tháng để đánh giá tổn thương.

2.2. Các phương pháp cắt bỏ

2.2.1. Khoét chóp cổ tử cung bằng dao mổ, dao điện, tia laser

2.2.1.1. Chỉ định

- Khoét chóp điều trị: tổn thương CIN 2, CIN 3 (bao gồm cả CIS). Có thể khoét chóp điều trị tổn thương ung thư cổ tử cung giai đoạn IA1, IA2 nếu không có xâm lấn khoang mạch - lympho.

- Khoét chóp chẩn đoán: kết quả tế bào học bất thường và không phù hợp với chẩn đoán mô học, không quan sát được trọn vẹn vùng chuyển tiếp.

2.2.1.2. Chống chỉ định và thận trọng

- Viêm âm đạo cấp.
- Phụ nữ mang thai: hạn chế can thiệp cho đến khi kết thúc thai kỳ.

2.2.1.3. Điều kiện thực hiện:

- Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi chuyên môn phù hợp, đã được đào tạo về kỹ thuật khoét chóp cổ tử cung.
- Có các phương tiện cần thiết.

2.2.1.4. Các bước thực hiện

Bước 1. Giảm đau: gây tê ngoài màng cứng (dao mổ thông thường) hoặc gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng xylocain (dao điện, tia laser).

Bước 2. Xác định vùng tổn thương trên cổ tử cung bằng test Lugol, sát trùng.

Bước 3. Cặp cổ tử cung kéo ra phía âm môn. Dùng dao rạch chéo quanh cổ tử cung ở phía ngoài vùng tổn thương, bắt đầu từ nửa sau, khoảng 2-3mm phía ngoài vùng chuyển tiếp. Nếu dùng tia laser: đặt công suất ở mức 30W.

Bước 4. Dùng dao lạnh/dao điện cắt thẳng góc với ống cổ tử cung ở đáy phần khoét, sao cho phần cắt bỏ đi là hình chêm hoặc hình chóp cụt. Kẹp cầm máu điện cắt. Gửi mẫu bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

Bước 5. Khâu mũi Sturmdort để cầm máu và tái tạo cổ tử cung, hoặc đốt cầm máu điện cắt. Có thể nhét mèche âm đạo để cầm máu.

Bước 6. Sát trùng lại âm đạo.

2.2.2. Cắt bằng vòng điện (LEEP, còn gọi là cắt vùng chuyển tiếp bằng vòng điện - LLETZ)

2.2.2.1. Chỉ định

- Tổn thương CIN 2, CIN 3 (bao gồm CIS), có thể quan sát được ranh giới phía trong của tổn thương.

- Tổn thương VIA(+) 2 lần mà không có điều kiện làm sinh thiết.

2.2.2.2. Chống chỉ định và thận trọng

- Viêm âm đạo cấp.

- Phụ nữ mang thai: hạn chế can thiệp cho đến khi kết thúc thai kỳ.

2.2.2.3. Điều kiện thực hiện

- Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có phạm vi chuyên môn phù hợp, đã được đào tạo kỹ thuật LEEP.

- Có hệ thống LEEP.

2.2.2.4. Các bước thực hiện

Bước 1. Bệnh nhân được tiếp đất với tấm điện cực trở về.

Bước 2. Bộc lộ cổ tử cung, xác định tổn thương ở cổ tử cung bằng dung dịch Lugol, sát trùng.

Bước 3. Vô cảm.

Bước 4. Đặt dòng điện cắt ở công suất 60-120W. Vòng càng rộng đặt điện thế càng cao.

Bước 5. Cắt bỏ tổn thương bằng vòng, sử dụng kỹ thuật 1 nhát cắt, gửi mẫu bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

Bước 6. Cầm máu ở đáy của diện cắt bằng điện cực tròn, sử dụng dòng điện đốt 60W. Củng cố cầm máu bằng chất dính Monsel.

2.2.3. Theo dõi sau điều trị

- Đánh dấu vị trí 12 giờ trên mảnh cắt bằng mũi chỉ khâu hoặc đốt bằng dao điện, gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

- Rút mèche âm đạo (nếu có) sau 12 giờ.

- Kháng sinh đường uống 5 ngày.

- Kiêng giao hợp 4 - 6 tuần.

- Dấu hiệu nguy hiểm: Tư vấn cho khách hàng/bệnh nhân biết cần đến ngay cơ sở y tế để khám lại nếu có một trong các dấu hiệu nguy hiểm sau:

+ Sốt hơn 2 ngày

+ Ra máu âm đạo nhiều

+ Ra khí hư nhiều, hôi

+ Đau bụng dưới nhiều

- Tái khám sau 1, 3 - 6 tháng để đánh giá diễn biến của tổn thương.

- Đánh giá kết quả mô bệnh học: bờ vết cắt là bờ lành hay chưa lấy hết tổn thương, sự phù hợp với chẩn đoán mô bệnh học ban đầu (nếu có).

3. Theo dõi bằng xét nghiệm HPV sau điều trị tổn thương CIN

Các bằng chứng cập nhật cho thấy nguy cơ ở bệnh nhân sau điều trị tổn thương CIN2, CIN3 vẫn tăng cao trong ít nhất 25 năm tiếp theo, mặc dù không quay trở lại nguy cơ rất cao như trước đó. Do đó các bệnh nhân này cần được tiếp tục theo dõi bằng xét nghiệm HPV với chu kỳ 3 năm trong ít nhất 25 năm tiếp theo, tiếp tục theo dõi bằng xét nghiệm HPV nếu tuổi thọ cao và có khả năng tiếp cận xét nghiệm.

Phần 6

TỔ CHỨC THỰC HIỆN

1. Tổ chức thực hiện dự phòng cấp 1

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh các cấp có trách nhiệm:

- Tổ chức truyền thông về dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung cho người đến nhận dịch vụ tại cơ sở
- Phối với các ngành, đoàn thể, các đối tác liên quan, các phương tiện thông tin đại chúng tổ chức, thực hiện các hoạt động truyền thông về dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung
- Cung cấp dịch vụ tiêm chủng trong Chương trình Tiêm chủng mở rộng hoặc vắc xin dịch vụ theo phạm vi chuyên môn được phê duyệt.

2. Tổ chức thực hiện dự phòng cấp 2 và cấp 3

2.1 Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu:

- Thực hiện khám phụ khoa, sàng lọc, phát hiện sớm tổn thương cổ tử cung bằng các kỹ thuật VIA/VILI. Chuyên tuyến trên nêu phát hiện các trường hợp tổn thương tiền ung thư hoặc nghi ngờ ung thư cổ tử cung;
- Lấy bệnh phẩm làm phiến đồ hoặc bệnh phẩm nhúng dịch gửi xét nghiệm tế bào học hoặc xét nghiệm HPV. Phối hợp trả kết quả xét nghiệm; tư vấn sau xét nghiệm; quản lý đối tượng sàng lọc;
- Thực hiện kỹ thuật soi cổ tử cung nếu có đủ điều kiện;

2.2. Các cơ sở y tế cấp cơ bản và chuyên sâu:

- Thực hiện tất cả các kỹ thuật của cấp ban đầu, và:
- Sàng lọc ung thư cổ tử cung bằng các kỹ thuật: Xét nghiệm tế bào học, xét nghiệm HPV và các xét nghiệm sàng lọc khác (nếu có) theo phạm vi chuyên môn được phê duyệt;
- Thực hiện các kỹ thuật chẩn đoán; điều trị tổn thương cổ tử cung bằng các kỹ thuật áp lạnh, đốt điện, đốt nhiệt; điều trị ung thư cổ tử cung theo phạm vi chuyên môn được phê duyệt.

Lưu ý:

Các cơ sở có khả năng xét nghiệm HPV và/hoặc tế bào cổ tử cung, có khả năng thực hiện soi cổ tử cung và xét nghiệm mô bệnh học có thể triển khai xét nghiệm chẩn đoán sớm ung thư cổ tử cung bằng cách kết hợp các phương pháp theo trình tự:

Bước 1: Sàng lọc ung thư cổ tử cung bằng 1 trong 3 phương pháp: xét nghiệm HPV đầu tay đơn lẻ; tế bào cổ tử cung; VIA và/hoặc phối hợp với xét nghiệm HPV nguy cơ cao.

Bước 2: Các trường hợp có kết quả xét nghiệm bất thường được chỉ định soi cổ tử cung và/hoặc sinh thiết (nếu có chỉ định).

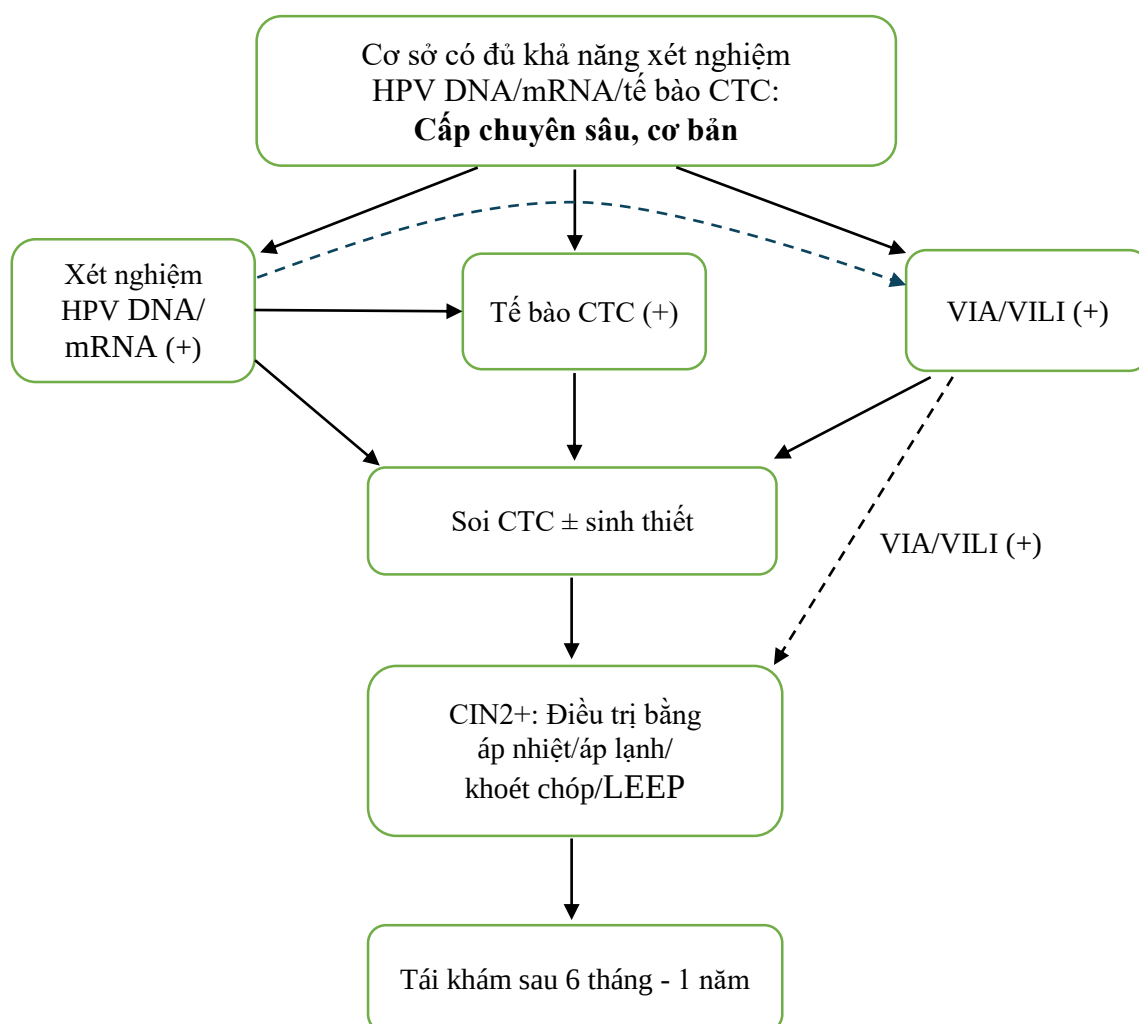
Bước 3: Các trường hợp có tổn thương CIN 2 hoặc CIN 3 được khẳng định bằng mô bệnh học sẽ được điều trị bằng phương pháp áp lạnh, áp nhiệt, LEEP hoặc khoét chóp, trong đó ưu tiên các phương pháp cắt bỏ.

Bước 4: Tái khám tại thời điểm 6 tháng - 1 năm sau điều trị.

Về phương pháp tiếp cận, khuyến cáo ưu tiên cách tiếp cận xử trí “Sàng lọc - Phân tầng nguy cơ - Điều trị”

Xử trí cụ thể sau xét nghiệm theo mỗi phương pháp: xem phần Phụ lục.

Lưu đồ 6.1: Lưu đồ sàng lọc và xử trí dành cho cơ sở y tế có đủ khả năng làm xét nghiệm HPV DNA/mRNA/tế bào CTC



(xem chi tiết trong phần **Phụ lục** của tài liệu này).

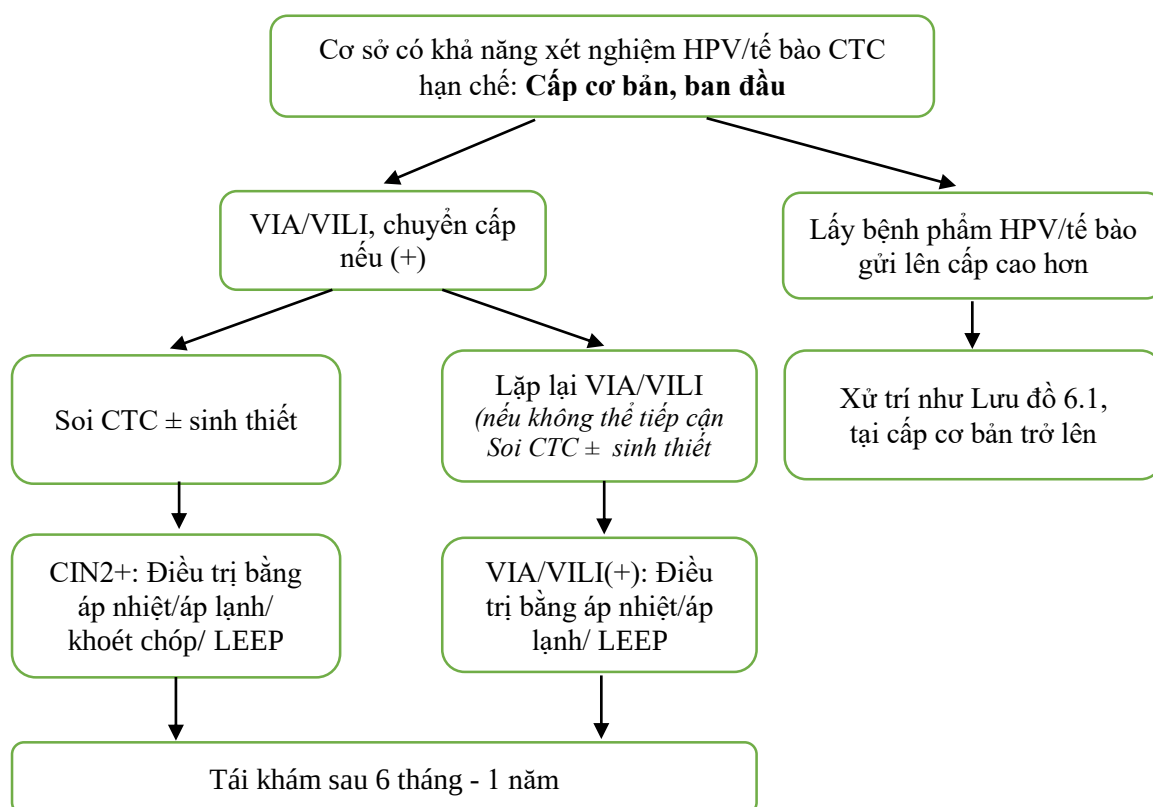
2.2. Cơ sở có khả năng xét nghiệm HPV/tế bào cổ tử cung hạn chế

Các cơ sở y tế tuyến cơ bản và ban đầu với khả năng xét nghiệm HPV/tế bào cổ tử cung hạn chế (không có phòng xét nghiệm và/hoặc không có cán bộ chuyên môn đọc bệnh phẩm tế bào) có thể lấy bệnh phẩm HPV/tế bào học gửi lên tuyến trên để xét nghiệm; hoặc làm test sàng lọc ung thư cổ tử cung bằng VIA/VILI.

Các trường hợp có kết quả xét nghiệm bất thường sẽ được chỉ định soi cổ tử cung ± sinh thiết (nếu có chỉ định), tương tự Lưu đồ 6.1. Nếu VIA/VILI (+) và không có điều kiện soi cổ tử cung có thể thực hiện lại VIA tại tuyến huyện trở lên và điều trị nếu VIA lần 2 (+). Tái khám tại thời điểm 6 tháng - 1 năm sau điều trị.

Xử trí cụ thể sau xét nghiệm theo mỗi phương pháp: xem phần Phụ lục.

Lưu đồ 6.2: Lưu đồ sàng lọc và xử trí dành cho cơ sở y tế có khả năng xét nghiệm HPV/tế bào CTC hạn chế.



3. Quản lý người bệnh

3.1. Báo cáo, thống kê và giám sát

3.1.1. Mục đích

- Cán bộ y tế quản lý được số lượng và nắm được tình hình bệnh nhân tiền ung thư và UTCTC tại địa bàn mình quản lý.

- Hướng dẫn bệnh nhân thăm khám định kỳ.

- Tư vấn cho bệnh nhân khi cần thiết.

- Cung cấp được thông tin thống kê về tình hình bệnh nhân tiền UTCTC/ UTCTC cho các cơ quan quản lý cấp trên khi cần thiết

3.1.2. Báo cáo, thống kê

Thực hiện theo chế độ báo cáo định kỳ quy định tại Thông tư số 37/2019/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 30/12/2019 (Thông tư 37) quy định chế độ báo cáo thống kê ngành y tế và Phần mềm Thống kê y tế.

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu: ghi chép thông tin các trường hợp khám sàng lọc vào Sổ Khám bệnh (A1/CSYT) ban thành kèm theo Thông tư 37; tổng hợp vào mẫu báo cáo số 3/BCX.

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản và chuyên sâu: tổng hợp vào mẫu báo cáo số 6/BCH, 6/BCT và 3/BCTU ban hành kèm theo Thông tư 37.

Phần mềm Thống kê y tế định kỳ tổng hợp và gửi báo cáo lên Sở Y tế và Bộ Y tế.

3.1.3. Giám sát:

- Việc giám sát quản lý trường hợp bệnh sẽ được thực hiện trong các đợt giám sát chung của tuyến trên, hoặc có thể được thực hiện bởi các đợt giám sát riêng lẻ.

- Đơn vị thực hiện giám sát: Bộ Y tế (Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em và các đơn vị liên quan), Sở Y tế, các bệnh viện có chức năng chỉ đạo tuyến trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành sản phụ khoa, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh/thành phố hoặc Trung tâm Y tế quận/huyện.

3.2. Chuyển cấp khám bệnh, chữa bệnh

3.2.1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu:

- Nếu kết quả xét nghiệm (+): chuyển lên cơ sở cấp cơ bản.

- Nếu kết quả xét nghiệm (+) và nghi ngờ ung thư: chuyển thẳng lên cơ sở cấp chuyên sâu.

3.2.1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản:

- Nếu kết quả xét nghiệm (+) và không nghi ngờ ung thư: thực hiện các phương pháp chẩn đoán hoặc có thể điều trị ngay.

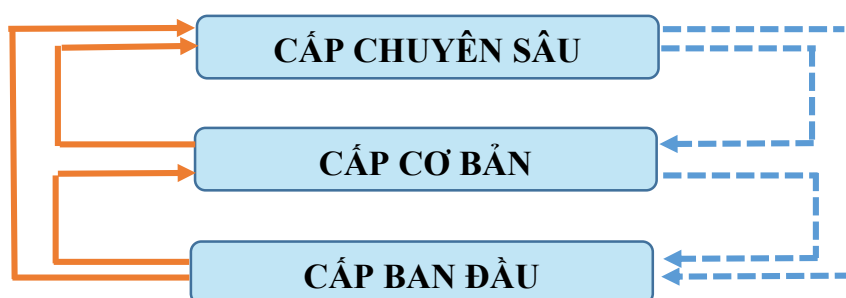
- Nếu nghi ngờ ung thư hoặc không đủ điều kiện điều trị: chuyển thẳng lên cơ sở cấp chuyên sâu.

3.2.3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu:

- Nếu kết quả xét nghiệm (+) và không nghi ngờ ung thư: thực hiện các phương pháp chẩn đoán để khẳng định tổn thương trước khi điều trị.

- Nếu nghi ngờ ung thư hoặc không đủ điều kiện điều trị: chuyển thẳng lên cơ sở cấp chuyên sâu có đủ khả năng điều trị.

Sơ đồ 6.1. Sơ đồ mô hình chuyển tuyến theo 3 cấp (theo Luật KCB 2023).



3.3. Phản hồi thông tin từ tuyến trên cho tuyến dưới

3.3.1. Mục đích

- Thông tin cho tuyến dưới biết được chẩn đoán của tuyến trên. Trong trường hợp chẩn đoán của tuyến trên khác với tuyến dưới thì thông tin này sẽ giúp cho tuyến dưới rút được kinh nghiệm để có chẩn đoán chính xác hơn trong những trường hợp tiếp theo.
- Giúp cho tuyến trên có kế hoạch triển khai giám sát hỗ trợ để nâng cao năng lực chuyên môn cho tuyến dưới.
- Giúp cho tuyến dưới có kế hoạch triển khai quản lý ca bệnh tại địa bàn của mình đối với các trường hợp được chẩn đoán và điều trị tiền UTCTC / UTCTC.

3.3.2. Nguyên tắc

- Tuyến trên chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân của tuyến dưới thì cần phản hồi thông tin cho tuyến dưới.
- Bệnh nhân đến từ tuyến dưới nào thì tuyến trên sẽ phản hồi thông tin về tuyến đó.

3.3.3. Đơn vị phản hồi thông tin cho tuyến dưới

- Tuyến chuyên sâu: Bệnh viện chuyên khoa phụ sản đầu ngành, các bệnh viện trung ương có khoa sản, các bệnh viện chuyên khoa ung bướu.
- Cơ sở y tế cấp tỉnh: Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh hoặc Bệnh viện phụ sản, sản nhi, phụ sản - nhi tỉnh.
- Cơ sở y tế cấp huyện: TTYT quận/huyện, Bệnh viện đa khoa quận/huyện.

3.3.4. Đơn vị nhận phản hồi thông tin

- Cơ sở y tế cấp tỉnh: Nhận phản hồi thông tin từ cơ sở y tế trung ương trong trường hợp BN từ tuyến tỉnh được chuyển trực tiếp lên tuyến trung ương hoặc do BN tự đến tuyến trung ương.
- Cơ sở y tế quận/huyện và phường/xã: Nhận phản hồi thông tin từ cơ sở y tế tỉnh trong trường hợp BN từ cơ sở y tế quận/huyện và tuyến ban đầu được chuyển trực tiếp lên cơ sở y tế tỉnh hoặc do BN tự đến cơ sở y tế tỉnh.
- Tuyến ban đầu: Nhận phản hồi thông tin từ cơ sở y tế quận/huyện trong trường hợp BN từ tuyến ban đầu được chuyển trực tiếp lên cơ sở y tế quận/huyện hoặc do BN tự đến cơ sở y tế quận/huyện.

3.3.5. Cách thức phản hồi thông tin

Thông tin phản hồi cho tuyến dưới cần được thực hiện dưới hình thức văn bản để còn lưu trữ và có bằng chứng về hoạt động chuyển tuyến cũng như phục vụ công tác quản lý.

3.3.6. Thời gian phản hồi thông tin

- Hàng tháng.
- Ngày phản hồi linh hoạt và phù hợp với thời gian báo cáo tháng về sàng lọc UTCTC của đơn vị phản hồi thông tin.

3.3.7. Nội dung thông tin phản hồi

- Theo mẫu tại Phụ lục của hướng dẫn này.

3.3.8. Người thực hiện phản hồi thông tin:

- Là cán bộ đầu mối chịu trách nhiệm về sàng lọc UTCTC của các đơn vị.

PHẦN PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1

DANH PHÁP BETHESDA 2014

LOẠI BỆNH PHẨM

Nêu rõ bệnh phẩm được lấy bằng phương pháp phết cổ điển (phết trực tiếp) hoặc tế bào nhúng dịch hoặc phương pháp khác.

TÍNH THỎA ĐÁNG CỦA BỆNH PHẨM

- Đạt yêu cầu để đánh giá (*mô tả việc có hay không thành phần tế bào của vùng chuyển tiếp/ống cổ tử cung và những thành phần tế bào khác có giá trị chẩn đoán, hoặc có nhiều hồng cầu hoặc các tế bào viêm che phủ*).

- Không đạt yêu cầu để đánh giá ... (*nêu rõ lý do*).

+ Bệnh phẩm bị loại bỏ, không được xử lý (*nêu rõ lý do*).

+ Bệnh phẩm đã xử lý và khảo sát nhưng không thỏa đáng cho việc đánh giá bất thường biểu mô vì ... (*nêu rõ lý do*).

PHÂN LOẠI CHUNG (*không bắt buộc*)

- Không có tổn thương trong biểu mô hoặc ác tính.

- Những kết quả khác: xem ở phần Diễn giải/ kết quả (*ví dụ có tế bào nội mạc trên phiên đồ phụ nữ ≥ 45 tuổi*).

- Bất thường tế bào biểu mô: xem ở phần Diễn giải/ kết quả (*ghi rõ “vảy” hoặc “tuyến” khi cần*).

DIỄN GIẢI/KẾT QUẢ

KHÔNG CÓ TỔN THƯƠNG TRONG BIỂU MÔ HOẶC ÁC TÍNH

(Nếu không có bằng chứng tế bào về tổn thương tân sinh cần ghi rõ trong phần Phân loại chung ở trên và/hoặc trong phần Diễn giải/kết quả của Phiếu trả lời kết quả; việc có hay không các vi sinh vật hoặc các kết quả không tân sinh khác)

Các kết quả không tân sinh (*không bắt buộc báo cáo*)

- Các thay đổi tế bào không tân sinh

+ Chuyển sản lát

+ Các thay đổi sừng hóa

+ Chuyển sản vôi tử cung

+ Thiếu dưỡng

+ Các thay đổi liên quan đến thai nghén

- Các thay đổi tế bào dạng phản ứng liên quan với:

+ Phản ứng viêm (bao gồm sửa chữa mô)

+ Viêm cổ tử cung (nang) lympho

+ Xạ trị

+ Dụng cụ tử cung

- Tình trạng tế bào tuyến sau cắt tử cung

Vi sinh vật

- *Trichomonas vaginalis*

- Nấm có hình thái phù hợp *Candida*

- Thay đổi khuẩn chí phù hợp với viêm âm đạo tạp khuẩn (bacterial vaginosis)

- Vi khuẩn có hình thái phù hợp với *Actinomyces*
- Thay đổi tế bào phù hợp với vi rút Herpes
- Thay đổi tế bào phù hợp với Cytomegalovirus

KHÁC

- Tế bào nội mạc (ở phụ nữ ≥ 45 tuổi)
(Ghi rõ nếu “không có tổn thương trong biểu mô vảy”)

BẤT THƯỜNG TẾ BÀO BIỂU MÔ

TẾ BÀO VẢY

- Tế bào vảy (gai) không điển hình
- Ý nghĩa không xác định (ASC-US)
- Không loại trừ HSIL (ASC-H)

Tổn thương trong biểu mô vảy độ thấp (LSIL) (bao gồm tổn thương do nhiễm HPV/loạn sản nhẹ/CIN 1).

Tổn thương trong biểu mô vảy độ cao (HSIL) (bao gồm loạn sản trung bình và nặng, CIS; CIN 2 và CIN 3).

với hình ảnh nghi ngờ ung thư xâm nhập (nếu nghi ngờ có xâm nhập)

Ung thư tế bào vảy

TẾ BÀO TUYẾN

- Tế bào tuyến không điển hình
- Tế bào ống cổ tử cung (không định loại hoặc nếu rõ thì nêu cụ thể).
- Tế bào tuyến nội mạc tử cung (không định loại hoặc nếu rõ thì nêu cụ thể).
- Tế bào tuyến (không định loại hoặc nếu rõ thì nêu cụ thể).

Tế bào tuyến không điển hình thiên về tân sản, gồm:

- Tế bào tuyến ống cổ tử cung
- Tế bào mô tuyến
- Ung thư tế bào biểu mô tuyến cổ tử cung tại chỗ (AIS).
- Ung thư tế bào biểu mô tuyến (xâm nhập)
- Biểu mô tuyến ống cổ tử cung,
- Biểu mô tuyến nội mạc tử cung
- Từ một cơ quan ngoài tử cung
- Không rõ nguồn gốc

CÁC TỔN THƯƠNG TÂN SINH ÁC TÍNH KHÁC (ghi rõ).

CÁC XÉT NGHIỆM BỔ SUNG

Mô tả ngắn gọn phương pháp xét nghiệm và báo cáo kết quả theo cách nhà lâm sàng có thể hiểu dễ dàng.

DIỄN GIẢI TẾ BÀO CỔ TỬ CUNG BẰNG MÁY TÍNH

Nếu được khảo sát bằng một hệ thống tự động cần ghi rõ tên hệ thống và kết quả.

GHI CHÚ VỚI MỤC ĐÍCH ĐÀO TẠO VÀ BÌNH LUẬN ĐÍNH KÈM BẢN KẾT QUẢ TẾ BÀO (không bắt buộc)

Các gợi ý cần được trình bày súc tích và phù hợp các hướng dẫn theo dõi lâm sàng do các tổ chức nghề nghiệp công bố (có thể trích dẫn các công bố liên quan).

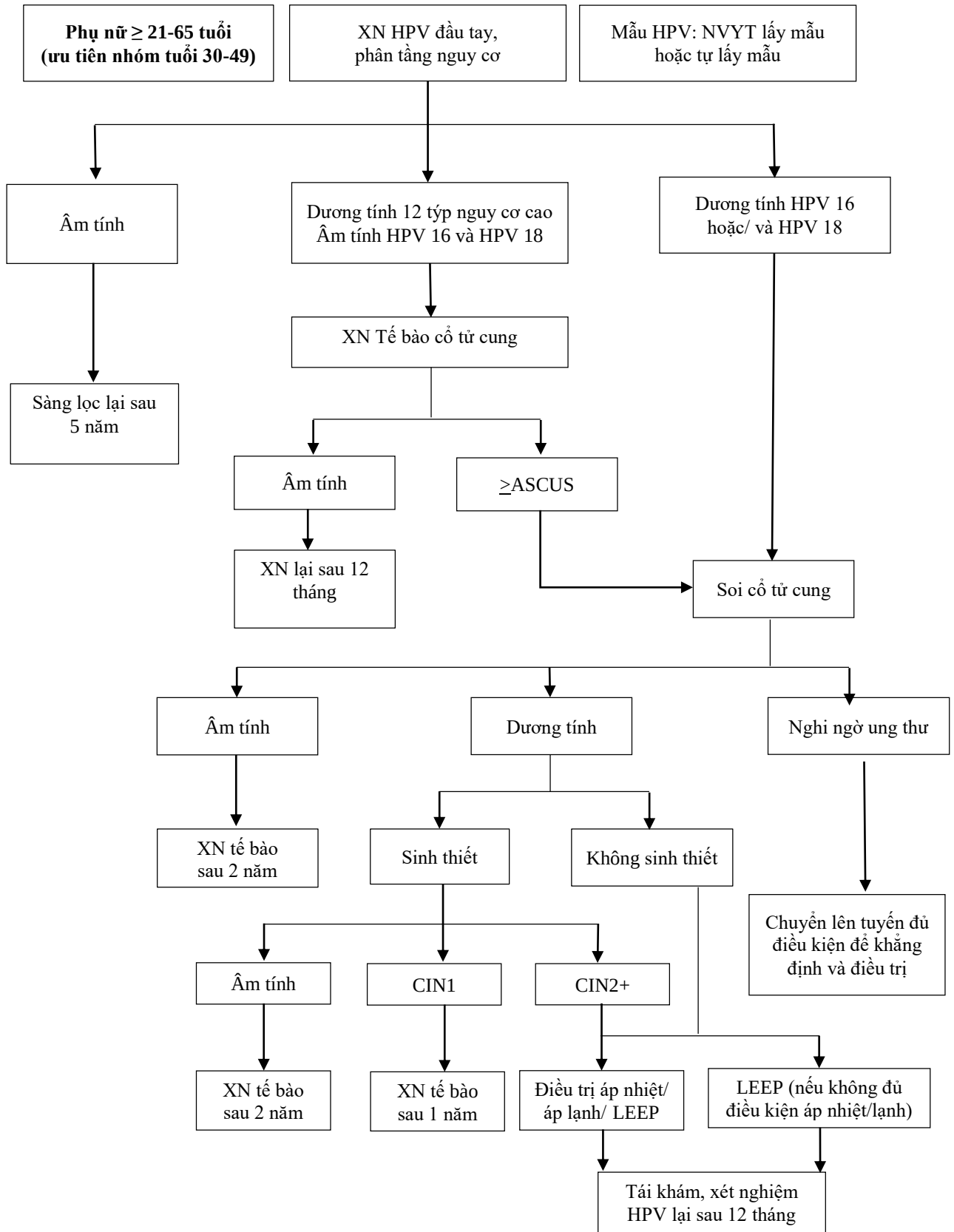
PHỤ LỤC 2

MÔ BỆNH HỌC CỔ TỬ CUNG

- 1. Các tổn thương lành tính:** dị sản vảy, dị sản tế bào chuyển tiếp, quá sản sừng và á sừng, teo, viêm, sau xạ trị, thay đổi khi có thai.
- 2. Các tổn thương u lành hoặc giả u:** u nhú nhọn đỉnh biểu mô vảy, hạt cơm, sùi mào gà, polyp, di tích ống Muller hoặc hội chứng DES (diethylstilbestrol), nang Naboth, quá sản tuyến ống cổ tử cung, lạc nội mạc tử cung.
- 3. Tổn thương tiền ung thư biểu mô vảy**
 - LSIL (CIN 1) và HSIL (CIN2, 3)
 - Ung thư biểu mô vảy tại chỗ
- 4. Ung thư biểu mô vảy**
 - Ung thư biểu mô tế bào vảy vi xâm nhập.
 - Ung thư biểu mô tế bào vảy, cần ghi chú thêm: Sừng hoá, không sừng hoá, dạng đáy, dạng mụn cơm, mụn cóc, nhú, giống lympho biểu mô, vảy chuyển tiếp.
- 5. Ung thư biểu mô tuyến**
 - Ung thư biểu mô tuyến tại chỗ (AIS).
 - Ung thư biểu mô tuyến xâm nhập
 - + Ung thư biểu mô tuyến nhầy: cổ trong, ruột, tế bào nhẵn, sai lệch tối thiểu, tuyến nhung mao.
 - + Ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc tử cung
 - + Ung thư biểu mô tuyến tế bào sáng
 - + Ung thư biểu mô tuyến thanh dịch
 - + Ung thư biểu mô tuyến dạng trung thận
- 6. Các u biểu mô khác**
 - Ung thư biểu mô tuyến vảy: biến thể ung thư biểu mô tế bào kính mờ
 - Ung thư biểu mô dạng tuyến nang
 - Ung thư biểu mô dạng tuyến tế bào đáy
 - Các u thần kinh nội tiết: gồm 2 loại: độ ác tính cao và độ ác tính thấp.
 - + U tế bào thần kinh nội tiết độ thấp gồm: u carcinoid và u carcinoid không điển hình
 - + Ung thư tế bào thần kinh nội tiết độ cao gồm ung thư biểu mô thần kinh nội tiết tế bào nhỏ và ung thư biểu mô thần kinh nội tiết tế bào lớn.
 - + Ung thư biểu mô không biệt hoá
- 7. Các u trung mô và tổn thương giả u**
- 8. Các u hỗn hợp biểu mô và trung mô**
- 9. Các u tế bào hắc tố**
- 10. Các u khác**
- 11. Các u tạo huyết và dạng lympho**
- 12. Các u thứ phát**

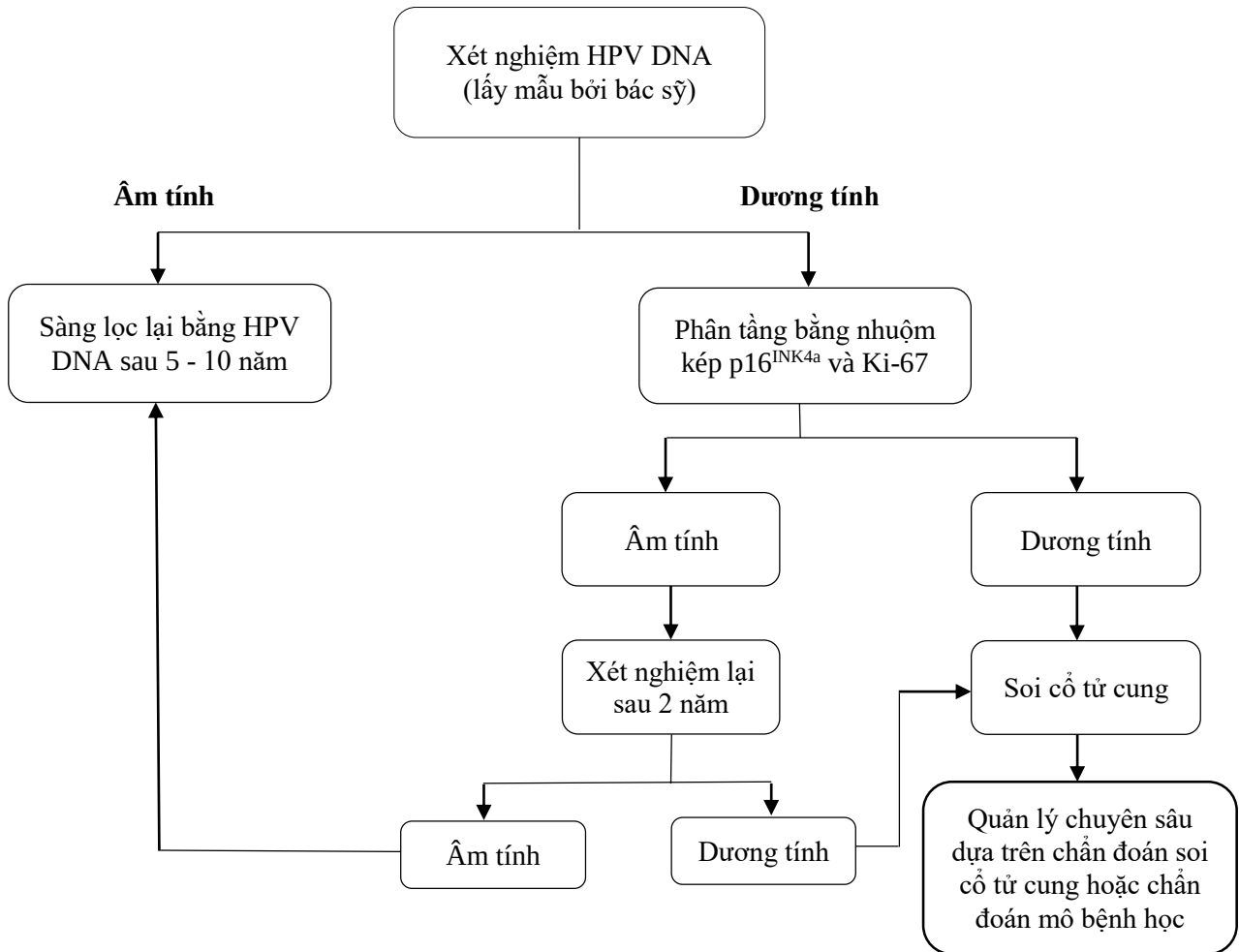
PHỤ LỤC 3

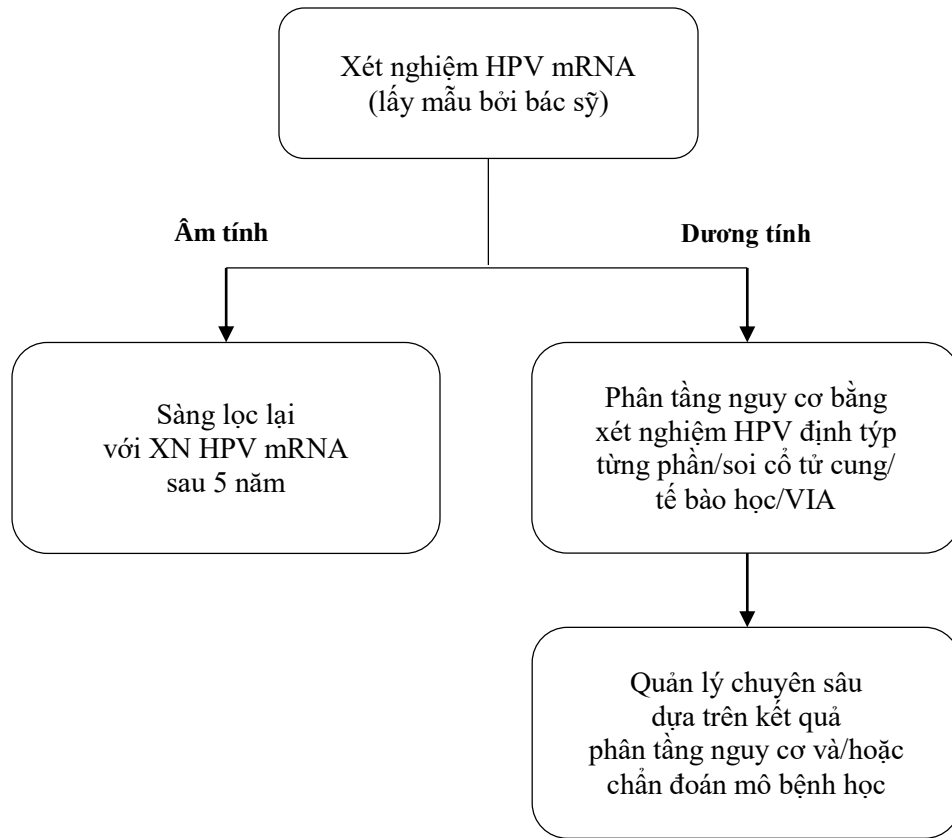
Phác đồ sàng lọc bằng xét nghiệm HPV đầu tay, phân tầng nguy cơ



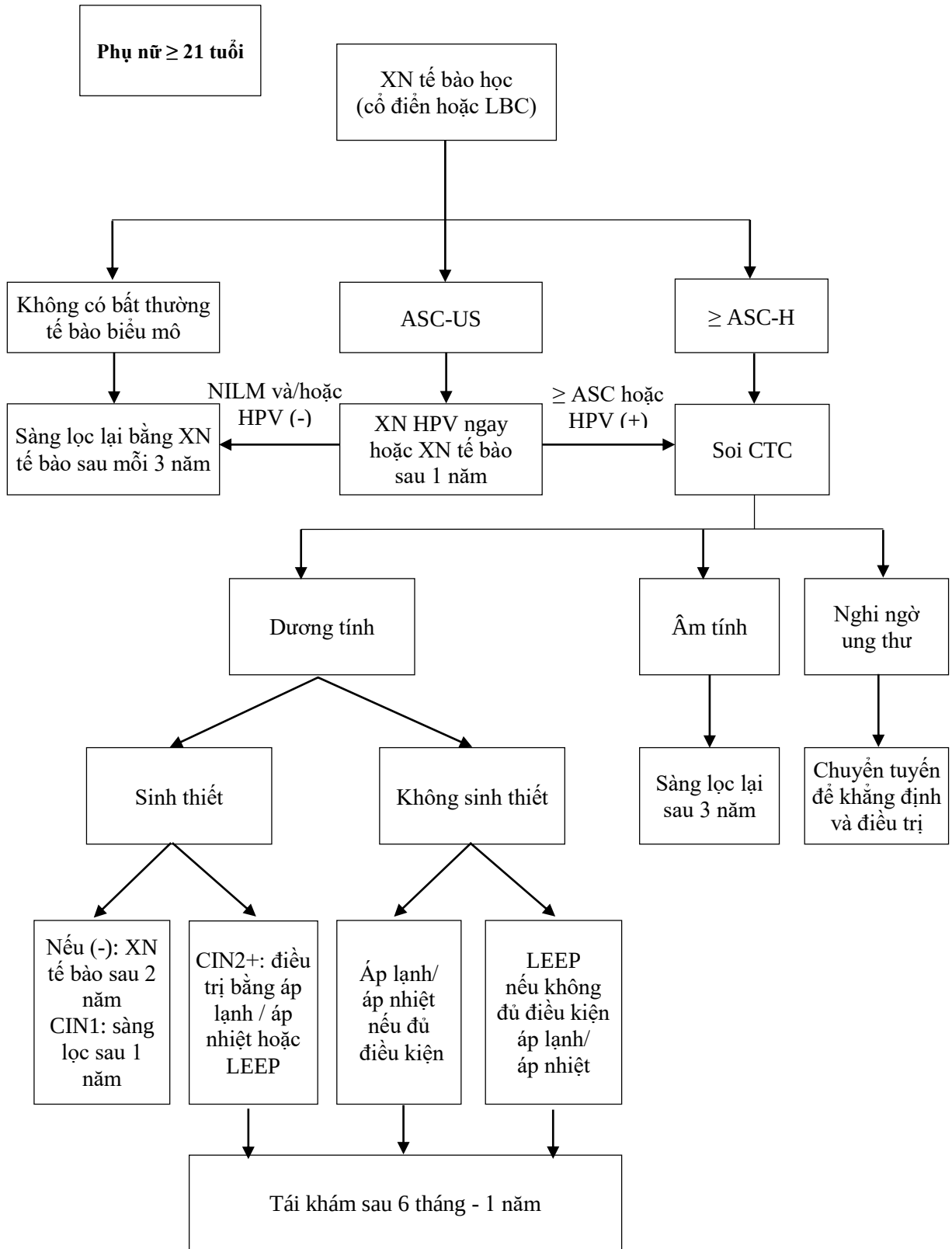
PHỤ LỤC 3.1

**Phác đồ sàng lọc với xét nghiệm HPV DNA định tính đầu tay;
phân tầng bằng tế bào học nhuộm kép p16^{INK4a} và Ki-67**

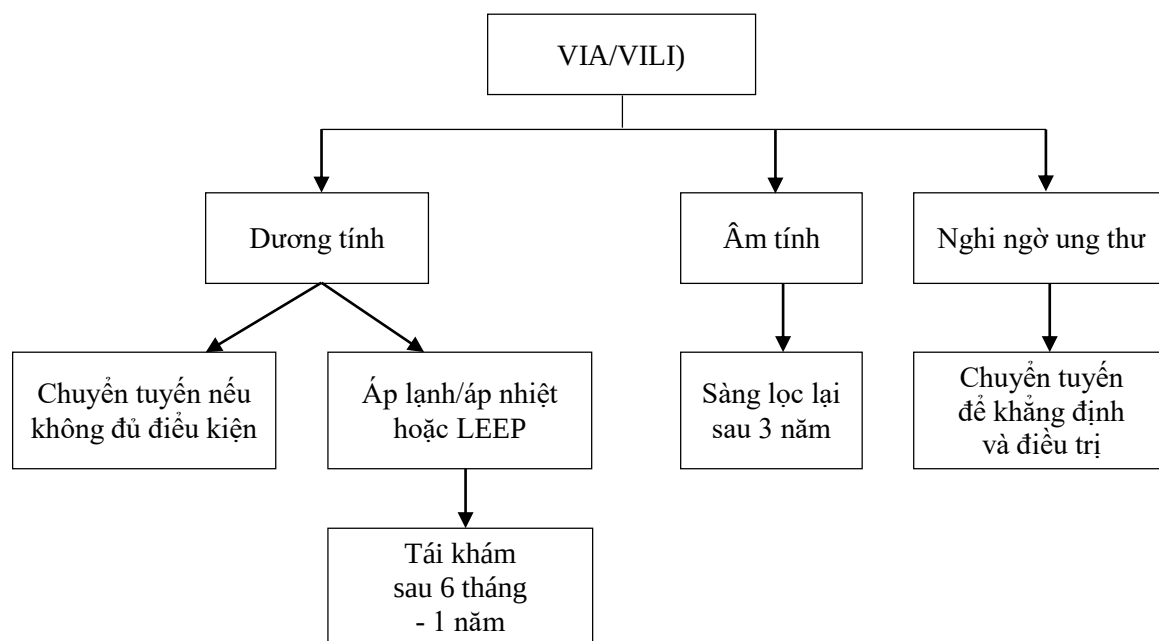


PHỤ LỤC 3.2**Phác đồ sàng lọc với xét nghiệm HPV mRNA đầu tay**

PHỤ LỤC 4
Phác đồ sàng lọc bằng xét nghiệm tế bào cổ tử cung
(tế bào học cổ điển hoặc tế bào nhúng dịch - LBC)

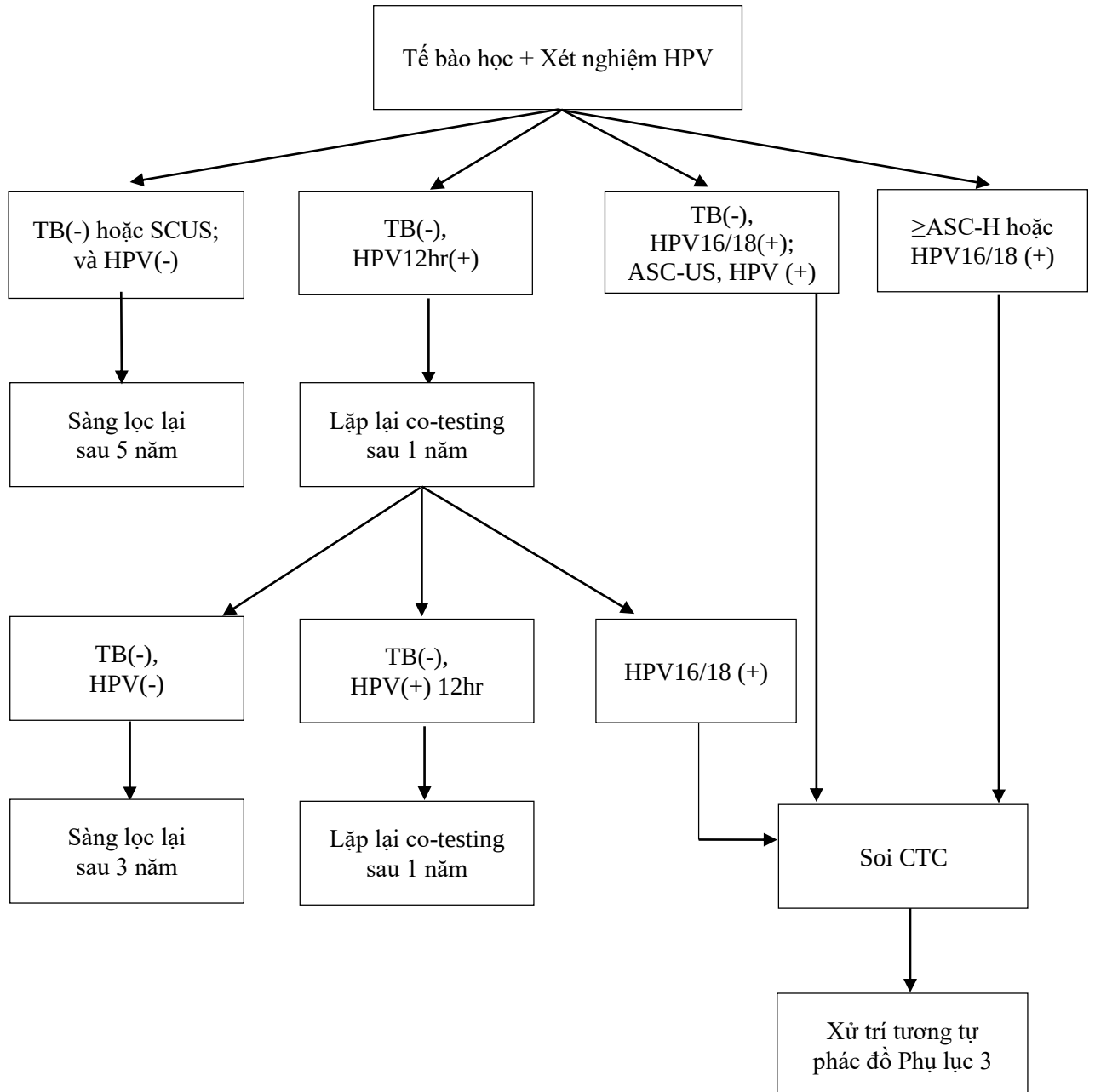


PHỤ LỤC 5
Phác đồ sàng lọc bằng test VIA/VILI

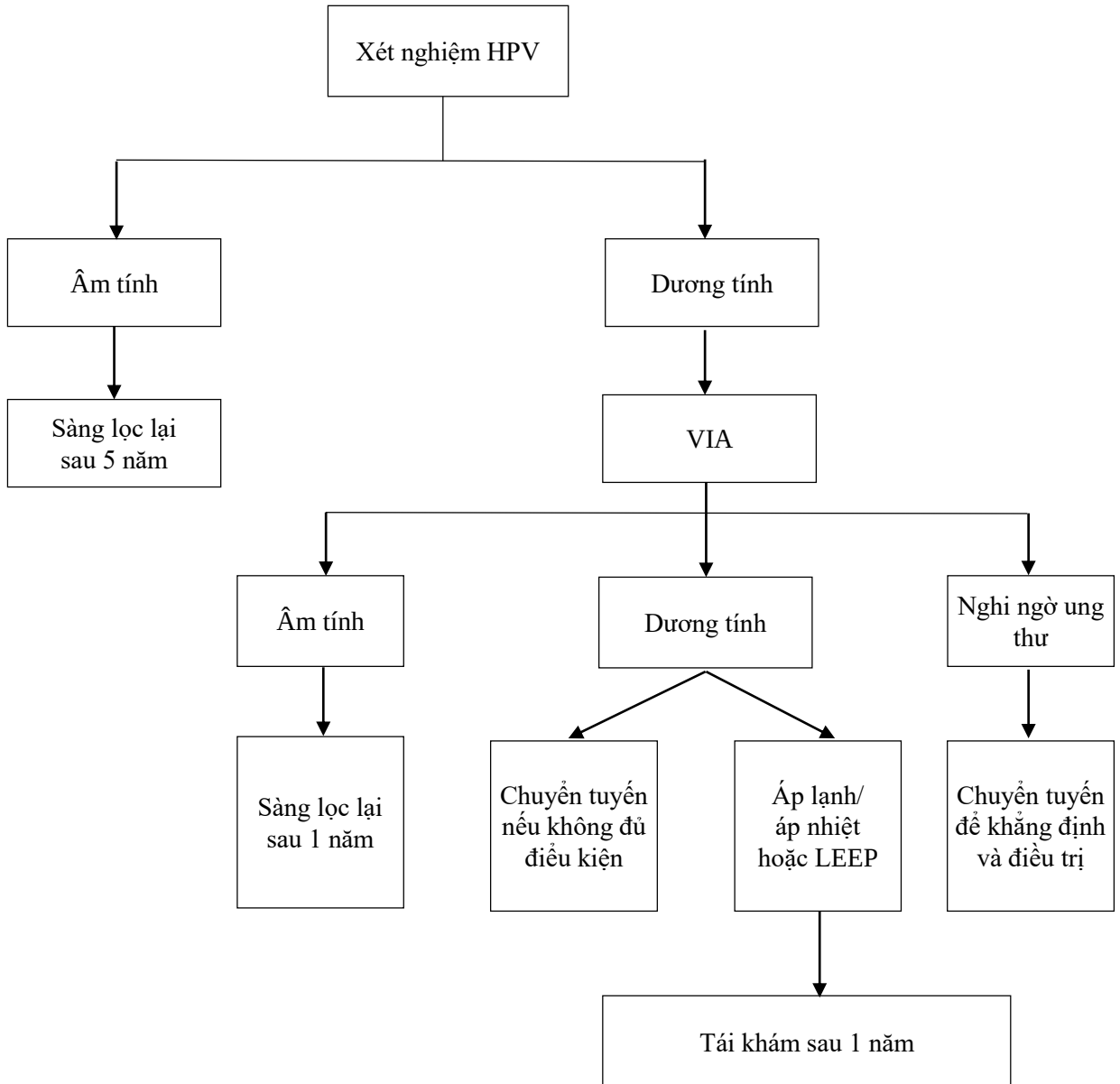


PHỤ LỤC 6A**Phác đồ sàng lọc bằng xét nghiệm đồng thời HPV + tế bào học (co - testing)**

Áp dụng cho phụ nữ ≥ 30 tuổi.

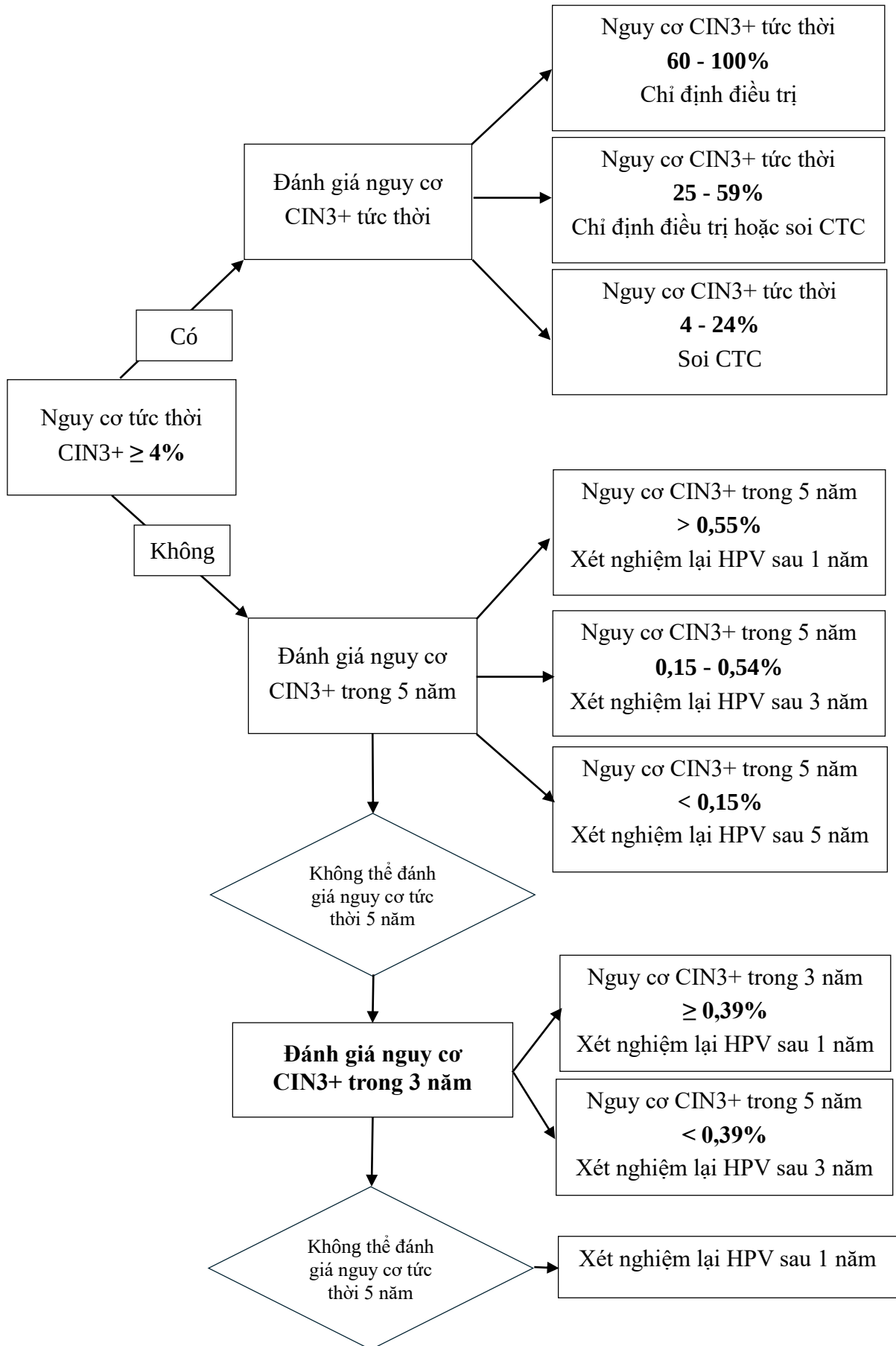


PHỤ LỤC 6B
Phác đồ sàng lọc bằng xét nghiệm HPV và VIA



PHỤ LỤC 7

Phác đồ xử trí kết quả sàng lọc dựa trên nguy cơ (ASCCP, 2019 & 2022)



PHỤ LỤC 8

Mẫu phản hồi thông tin người bệnh chuyển tuyến trong sàng lọc UTCTC

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phản hồi thông tin:

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận phản hồi thông tin:

PHẢN HỒI THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH CHUYỂN TUYẾN XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN SỚM UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Tháng năm 20....

S TT	Họ tên	Tuổi	Nghề nghiệp	Địa chỉ	Số điện thoại	Ngày tiếp nhận	BN tự đến	Do cơ sở y tế khác chuyển đến	Chẩn đoán của cơ sở y tế chuyển đến	Chẩn đoán của cơ sở y tế tiếp nhận NB	Xử trí của cơ sở y tế tiếp nhận NB	Ngày ra viện	Ghi chú
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)

NGƯỜI LẬP BẢNG

NGƯỜI ĐỨNG ĐẦU/NGƯỜI PHỤ TRÁCH CHUYÊN MÔN
(ký tên, đóng dấu)

Chú thích:

1: Ghi số thứ tự

2: Ghi đầy đủ họ và tên người bệnh

3: Ghi tuổi của người bệnh tính theo dương lịch

4: Ghi nghề nghiệp của người bệnh

5: Ghi địa chỉ của người bệnh

6: Ghi số điện thoại của người bệnh

7: Ghi ngày tiếp nhận người bệnh

8: Đánh dấu (x) vào cột này nếu người bệnh tự đến.

Người bệnh do cơ sở y tế khác chuyển đến thì để trống cột này

9: Ghi tên của cơ sở y tế chuyển đến

10: Ghi rõ chẩn đoán của cơ sở y tế chuyển đến nếu người bệnh được chuyển từ cơ sở y tế khác đến.

Nếu người bệnh tự đến thì để trống cột này

11: Ghi rõ chẩn đoán của cơ sở y tế tiếp nhận người bệnh

12: Ghi rõ xử trí của cơ sở y tế tiếp nhận người bệnh

13: Ghi ngày người bệnh ra viện

14: Ghi các thông tin cần lưu ý khác (nếu có) vào cột này

PHỤ LỤC 9: CÁC BẢNG KIỂM

Các bảng kiểm được sử dụng cho trong huấn luyện thực hành các kỹ năng, trong quá trình giám sát lồng ghép và đánh giá người cung cấp dịch vụ.

BẢNG KIỂM 1. QUAN SÁT CỔ TỬ CUNG BẰNG DUNG DỊCH ACID ACETIC (VIA) HOẶC DUNG DỊCH LUGOL (VILI)

S TT	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
1	Chào hỏi khách hàng ân cần, tôn trọng.			
2	Tư vấn cho khách hàng về kỹ thuật VIA hoặc VILI: cung cấp thông tin cơ bản về VIA hoặc VILI trong xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung để khách hàng đồng ý thực hiện kỹ thuật.			
3	Chuẩn bị khách hàng: khách hàng đã sạch kinh, đi tiêu hết, cởi quần/ váy, quần lót trước khi lên bàn khám			
4	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ: mỏ vịt, găng tay khám, dung dịch bôi trơn (nước muối sinh lý), dung dịch acid acetic 3 - 5%, Lugol, dung dịch Povidon iod, các lọ đựng dung dịch, panh, bông, gạc củ ấu, nguồn sáng.			
5	Hướng dẫn khách hàng lên bàn khám phụ khoa: khách hàng nằm ở tư thế phù hợp, thuận lợi cho quá trình khám, dễ dàng bộc lộ được cổ tử cung bằng mỏ vịt.			
6	Rửa tay hoặc sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ thuật.			
7	Đeo găng tay sạch.			
8	Đặt và cố định mỏ vịt: nhúng mỏ vịt vào dung dịch bôi trơn trước khi khám. Đặt mỏ vịt đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng, cố định mỏ vịt chắc chắn, bộc lộ được toàn bộ cổ tử cung.			
9	Quan sát cổ tử cung phát hiện các tổn thương: viêm, lộ tuyến, nang Naboth, loét, polyp, u cục; nhận định được ranh giới vùng lộ tuyến và vùng chuyển tiếp.			
10	Bôi dung dịch acid acetic 3 - 5% hoặc Lugol lên toàn bộ bề mặt cổ tử cung, đợi đủ 1 phút (theo dõi bằng đồng hồ có kim giây).			
11	Quan sát sau khi bôi dung dịch acid acetic hoặc Lugol, nhận biết được toàn bộ vùng chuyển tiếp, ghi nhận được các đặc điểm tổn thương cổ tử cung: mảng trắng bắt màu với acid acetic: độ dày, ranh giới, sùi loét, dễ chảy máu.			
12	Nhận định kết quả của VIA hoặc VILI: âm tính, dương tính hoặc dương tính nghi ngờ ung thư.			

S TT	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
13	Lau sạch acid acetic/Lugol còn dư, sát khuẩn lại cổ tử cung và âm đạo bằng dung dịch Povidon iod trước khi tháo mỏ vịt.			
14	Tháo mỏ vịt nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật.			
15	Hướng dẫn khách hàng ngồi dậy từ bàn khám phụ khoa, mặc lại quần/ váy			
16	Ghi chép đầy đủ, rõ ràng, chính xác kết quả thăm khám được vào hồ sơ/ sổ y bạ/ phiếu khám phụ khoa của khách hàng. Vẽ hình minh họa cổ tử cung và vị trí tổn thương.			
17	Trao đổi kết quả test VIA / VILI với khách hàng, giải đáp thắc mắc nếu có. Nếu VIA/VILI âm tính: nhắc khách hàng thời gian khám xét nghiệm lại. Nếu VIA/VILI dương tính hoặc nghi ngờ ung thư: tư vấn, tiến hành điều trị hoặc chuyên tuyến.			

**BẢNG KIỂM 2. KHÁM PHỤ KHOA CÓ LÒNG GHÉP XÉT NGHIỆM
(TẾ BÀO ÂM ĐẠO VÀ HPV)**

S TT	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
1	Chào hỏi khách hàng ân cần, tôn trọng.			
2	Tư vấn cho khách hàng: cung cấp thông tin cơ bản về khám phụ khoa, các xét nghiệm tế bào âm đạo và HPV trong Xét nghiệm chẩn đoán sớm ung thư cổ tử cung. Khách hàng đồng ý khám phụ khoa và thực hiện xét nghiệm (nếu đủ điều kiện).			
3	Chuẩn bị khách hàng: Đảm bảo khách hàng đi tiểu hết, cởi quần/ váy, quần lót trước khi lên bàn khám.			
4	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ cần thiết trước khi tiến hành khám và làm xét nghiệm: mỏ vịt, găng tay khám, dung dịch bôi trơn (nước muối sinh lý), que lấy bệnh phẩm tế bào âm đạo (que bệt Ayre) hoặc bàn chải (Cytobrush) hoặc chổi lấy bệnh phẩm chuyên biệt (để làm tế bào nhúng dịch HPV), lam kính mài, bông, gạc củ ấu, nguồn sáng. Chuẩn bị lam kính, hộp hoặc lọ bệnh phẩm, bút ghi, ghi đầy đủ và chính xác tên tuổi, mã khách hàng nếu có. Chuẩn bị dung dịch cố định còn 96 độ (đối với XN tế bào âm đạo thường quy) hoặc bình xít.			
5	Hướng dẫn khách hàng lên bàn khám phụ khoa: khách hàng nằm ở tư thế phù hợp, thuận lợi cho quá trình khám, dễ dàng bộc lộ được cổ tử cung bằng mỏ vịt.			
6	Rửa tay hoặc sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ thuật			
7	Đeo găng tay sạch.			
8	Khám bộ phận sinh dục ngoài: quan sát và sờ nắn nếu cần thiết: tầng sinh môn, âm hộ, lỗ niệu đạo và các tuyến Skene và Bartholin, phát hiện các bất thường nếu có.			
9	Đặt và cố định mỏ vịt: nhúng mỏ vịt vào dung dịch bôi trơn trước khi khám. Đặt mỏ vịt đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng, cố định mỏ vịt chắc chắn, bộc lộ toàn bộ cổ tử cung.			
10	Khám âm đạo: quan sát phát hiện các tổn thương: khí hư, loét, u cục. Lấy bệnh phẩm khí hư làm xét nghiệm vi sinh nếu cần thiết. Sau đó, lau sạch khí hư trong âm đạo và bề mặt cổ tử cung bằng gạc.			
11	Khám cổ tử cung: quan sát phát hiện các tổn thương viêm, lộ tuyến, nang Naboth, loét, polyp, u cục; nhận định được ranh giới vùng lộ tuyến và vùng chuyển tiếp.			
12	Kiểm tra xem khách hàng có đủ điều kiện thực hiện xét nghiệm chẩn đoán sớm ung thư cổ tử cung không: sau sạch kinh, không quan hệ tình dục, không thực rửa/ đặt thuốc/ gel bôi trơn/ màng ngăn tránh thai vào âm đạo 24 tiếng trước khi làm xét nghiệm			
13	Lấy bệnh phẩm HPV: đưa chổi lấy bệnh phẩm vào cổ tử cung, phân lông dài ở giữa nằm trong kênh cổ tử cung. Ấn nhẹ và xoay chổi theo chiều kim đồng hồ 5 lần.			
14	Bảo quản bệnh phẩm HPV: rút chổi ra ngoài cổ tử cung, âm đạo, nhúng chổi vào dung dịch bảo quản càng nhanh càng tốt bằng cách ấn chổi vào đáy lọ 10 lần. Xoay tròn,			

S TT	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
	manh chổi để bệnh phẩm trôi ra nhiều hơn nữa. Khi xoay xong bỏ chổi vào thùng rác.			
15	Lấy bệnh phẩm tế bào âm đạo: Đối với que bệt Ayre: đặt que vuông góc với cổ tử cung, đầu ngắn đặt ở cổ ngoài, quay một vòng 360° để lấy bệnh phẩm tế bào từ vùng chuyển tiếp - cổ ngoài. Quay ngược que, đặt đầu dài của que vào cổ trong, quay 1 vòng 360 độ để lấy bệnh phẩm cổ trong. Đối với Cytobrush: đưa sâu vào ống cổ tử cung, xoay 1 - 2 vòng rồi rút ra. Đối với chổi lấy bệnh phẩm tế bào âm đạo nhúng dịch: Đưa chổi vào cổ tử cung, phần lông dài ở giữa nằm ở trong kênh cổ tử cung, phần lông ngắn ở cổ ngoài. Xoay chổi 2 - 3 lần quanh bề mặt cổ tử cung			
16	Phết bệnh phẩm tế bào âm đạo lên lam kính: Đối với que bệt Ayre: Phết bệnh phẩm từ que bệt lên lam kính: đầu ngắn phết 1 nửa lam, đầu dài phết 1 nửa lam còn lại. Phết theo 1 chiều duy nhất. Phết mỏng đều, sao cho chỉ có 1 lớp tế bào. Đối với Cytobrush: phết bệnh phẩm từ bàn chải lên lam kính bằng cách xoay vòng bàn chải theo chiều dài của lam, vừa xoay vừa đè nhẹ bàn chải. Sau đó phết lớp thứ hai chồng lên lớp thứ nhất.			
17	Cố định bệnh phẩm tế bào âm đạo: Đối với que bệt Ayre và Cytobrush: Cố định ngay bằng dung dịch còn 96° hoặc cồn/ether tỉ lệ 1/1: đảm bảo phần bệnh phẩm nằm ngập trong lọ đựng dung dịch cố định tối thiểu 30 phút. Hoặc xịt dung dịch cố định lên lam: đặt cách lam 20-30 cm. Đối với chổi lấy bệnh phẩm tế bào nhúng dịch: rút cây chổi ra, nhúng vào lọ đựng dung dịch cố định tế bào, đập chổi vào đáy lọ 10 lần, đè mạnh để các sợi lông chổi rời nhau ra. Cuối cùng xoắn chổi thật mạnh để tế bào bong ra thêm. Lấy cây chổi ra.			
18	Tháo bỏ vệt đảm bảo nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật.			
19	Khám âm đạo phối hợp nắn bụng hoặc khám trực tràng (nếu cần): đảm bảo khám nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật, phát hiện được các tổn thương tại tử cung (vị trí, kích thước, mật độ, u cục, di động, tính chất đau) và phần phụ 2 bên (kích thước, mật độ, di động, tính chất đau). Phát hiện được các bất thường khi khám cùng đồ (đầy, đau, có khối bất thường) và trực tràng (nếu cần).			
19	Hướng dẫn khách hàng ngồi dây từ bàn khám, mặc lại quần/váy			
20	Ghi chép đầy đủ, rõ ràng, chính xác kết quả thăm khám được vào hồ sơ/ sổ y bạ/ phiếu khám phụ khoa của khách hàng.			
21	Trao đổi kết quả khám phụ khoa với khách hàng, giải đáp thắc mắc nếu có. Tư vấn khách hàng làm thêm các xét nghiệm khác nếu cần thiết. Hẹn khách hàng thời gian quay lại lấy và đọc kết quả xét nghiệm			

**BẢNG KIỂM 3. LẤY BỆNH PHẨM ÂM ĐẠO - CỔ TỬ CUNG
LÀM XÉT NGHIỆM TẾ BÀO VÀ HPV**

S T T	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
1	Chào hỏi khách hàng ân cần, tôn trọng.			
2	Tư vấn cho khách hàng: cung cấp thông tin cơ bản về xét nghiệm tế bào âm đạo và HPV trong Xét nghiệm chẩn đoán sớm ung thư cổ tử cung. Khách hàng đồng ý khám và thực hiện xét nghiệm.			
3	Chuẩn bị khách hàng: đảm bảo khách hàng có đủ điều kiện thực hiện xét nghiệm: sau sạch kinh, không quan hệ tình dục, không thụt rửa/ đặt thuốc/ gel bôi trơn/ màng ngăn tránh thai vào âm đạo 24 tiếng trước khi làm xét nghiệm. Đảm bảo khách hàng đi tiểu hết, cởi quần/ váy, quần lót trước khi lên bàn khám.			
4	Hướng dẫn khách hàng lên bàn khám phụ khoa: khách hàng nằm ở tư thế phù hợp, thuận lợi cho quá trình khám, dễ dàng bộc lộ được cổ tử cung bằng mỏ vịt.			
5	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ cần thiết trước khi tiến hành khám và làm xét nghiệm: mỏ vịt, găng tay khám, dung dịch bôi trơn (nước muối sinh lý), que lấy bệnh phẩm tế bào âm đạo (que bệt Ayre) hoặc bàn chải (Cytobrush) hoặc chổi lấy bệnh phẩm chuyên biệt (để làm tế bào nhuộm dịch HPV), lam kính mài, bông, gạc củ ấu, nguồn sáng. Chuẩn bị lam kính, hộp hoặc lọ bệnh phẩm, bút ghi, ghi đầy đủ và chính xác tên tuổi, mã khách hàng nếu có Chuẩn bị dung dịch cố định cồn 96 độ (đối với XN tế bào âm đạo thường quy) hoặc bình xịt.			
6	Rửa tay hoặc sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ thuật			
7	Đeo găng tay sạch.			
8	Đặt và cố định mỏ vịt: nhúng mỏ vịt vào dung dịch bôi trơn trước khi khám. Đặt mỏ vịt đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng, cố định mỏ vịt chắc chắn, bộc lộ được toàn bộ cổ tử cung.			
9	Quan sát cổ tử cung phát hiện các tổn thương viêm, lộ tuyến, nang Naboth, loét, polyp, u cục; nhận định được ranh giới vùng lộ tuyến và vùng chuyển tiếp.			
10	Lấy bệnh phẩm HPV: đưa chổi lấy bệnh phẩm vào cổ tử cung, phần lông dài ở giữa nằm trong kênh cổ tử cung. Ấn nhẹ và xoay chổi theo chiều kim đồng hồ 5 lần.			
11	Bảo quản bệnh phẩm HPV: rút chổi ra ngoài cổ tử cung, âm đạo, nhúng chổi vào dung dịch bảo quản càng nhanh càng tốt bằng cách ấn chổi vào đáy lọ 10			

S T T	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
	lần. Xoay tròn, mạnh chổi để bệnh phẩm trôi ra nhiều hơn nữa. Khi xoay xong bỏ bàn chổi vào thùng rác.			
12	Lấy bệnh phẩm tế bào âm đạo: Đối với que bệt Ayre: đặt que vuông góc với cổ tử cung, đầu ngắn đặt ở cổ ngoài, quay một vòng 360° để lấy bệnh phẩm tế bào từ vùng chuyển tiếp - cổ ngoài. Quay ngược que, đặt đầu dài của que vào cổ trong, quay 1 vòng 360 độ để lấy bệnh phẩm cổ trong. Đối với Cytobrush: đưa sâu vào ống cổ tử cung, xoay 1 - 2 vòng rồi rút ra. Đối với chổi lấy bệnh phẩm tế bào âm đạo nhúng dịch: Đưa chổi vào cổ tử cung, phần lông dài ở giữa nằm ở trong kênh cổ tử cung, phần lông ngắn ở cổ ngoài. Xoay chổi 2 - 3 lần quanh bề mặt cổ tử cung			
13	Phết bệnh phẩm tế bào âm đạo lên lam kính: Đối với que bệt Ayre: Phết bệnh phẩm từ que bệt lên lam kính: đầu ngắn phết 1 nửa lam, đầu dài phết 1 nửa lam còn lại. Phết theo 1 chiều duy nhất. Phết mỏng đều, sao cho chỉ có 1 lớp tế bào. Đối với Cytobrush: phết bệnh phẩm từ bàn chải lên lam kính bằng cách xoay vòng bàn chải theo chiều dài của lam, vừa xoay vừa đè nhẹ bàn chải. Sau đó phết lớp thứ hai chồng lên lớp thứ nhất.			
14	Cố định bệnh phẩm tế bào âm đạo: Đối với que bệt Ayre và Cytobrush: Cố định ngay bằng dung dịch cồn 96o hoặc cồn/ether tỉ lệ 1/1: đảm bảo phần bệnh phẩm nằm ngập trong lọ đựng dung dịch cố định tối thiểu 30 phút. Hoặc xịt dung dịch cố định lên lam: đặt cách lam 20 - 30 cm. Đối với chổi lấy bệnh phẩm tế bào nhúng dịch: rút cây chổi ra, nhúng vào lọ đựng dung dịch cố định tế bào, đập chổi vào đáy lọ 10 lần, đè mạnh để các sợi lông chổi rời nhau ra. Cuối cùng xoắn chổi thật mạnh để tế bào bong ra thêm. Lấy cây chổi ra.			
15	Tháo bỏ vệt đảm bảo nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật.			
16	Hướng dẫn khách hàng ngồi dậy từ bàn khám phụ khoa, mặc lại quần/váy			
17	Ghi chép đầy đủ, rõ ràng, chính xác kết quả thăm khám được vào hồ sơ/sổ y bạ/phiếu khám phụ khoa của khách hàng.			
18	Trao đổi kết quả khám phụ khoa với khách hàng, giải đáp thắc mắc nếu có. Hẹn khách hàng thời gian quay lại lấy và đọc kết quả xét nghiệm.			

BẢNG KIỂM 4. QUY TRÌNH SOI CỔ TỬ CUNG

S T T	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
1	Chào hỏi khách hàng ân cần, tôn trọng.			
2	Tư vấn cho khách hàng: cung cấp thông tin cơ bản về soi cổ tử cung trong Xét nghiệm chẩn đoán sớm ung thư cổ tử cung. Khách hàng đồng ý thực hiện soi cổ tử cung.			
3	Chuẩn bị khách hàng: kiểm tra xem khách hàng đã thực hiện các xét nghiệm trước khi soi cổ tử cung: tế bào âm đạo - cổ tử cung, HPV DNA. Đảm bảo khách hàng đi tiểu hết, vệ sinh bộ phận sinh dục, cởi quần/ váy, quần lót trước khi lên bàn khám.			
4	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cần thiết trước khi tiến hành soi cổ tử cung: mỏ vịt, găng tay khám, dung dịch bôi trơn (nước muối sinh lý), dung dịch acid acetic 3 - 5%, dung dịch lugol iod, dung dịch sát khuẩn povidon iod, các lọ đựng dung dịch, dung dịch Monsel cầm máu (nếu có), bông nhỏ, gạc củ ấu, meche cầm máu, panh, đèn soi cổ tử cung, hệ thống máy tính, màn hình quan sát, máy in ảnh. Chuẩn bị kim sinh thiết cổ tử cung, Pozzi cặp cổ tử cung, thìa nạo kênh cổ tử cung và lọ đựng dung dịch cố định bệnh phẩm, bút ghi (nếu cần).			
5	Hướng dẫn khách hàng lên bàn khám phụ khoa: khách hàng nằm ở tư thế phù hợp, thuận lợi cho quá trình khám, dễ dàng bộc lộ được cổ tử cung bằng mỏ vịt.			
6	Rửa tay hoặc sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ thuật.			
7	Đeo găng tay sạch.			
8	Đặt và cố định mỏ vịt: nhúng mỏ vịt vào dung dịch bôi trơn trước khi khám. Đặt mỏ vịt đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng, cố định mỏ vịt chắc chắn, bộc lộ được toàn bộ cổ tử cung.			
9	Lau sạch khí hư trong âm đạo và bề mặt cổ tử cung bằng bông hoặc gạc khô.			
10	Quan sát cổ tử cung với dung dịch nước muối sinh lý: dùng bông thấm dung dịch nước muối sinh lý bôi lên cổ tử cung. Quan sát dưới đèn soi ánh sáng xanh (nếu có), phát hiện và nhận định được vùng lộ tuyến, vùng chuyển tiếp, các mạch máu bất thường.			
11	Quan sát cổ tử cung với dung dịch acid acetic: dùng bông thấm dung dịch acid acetic 3 - 5% bôi lên cổ tử cung, đợi trong thời gian 60 giây. Dùng bông lau hết chất nhầy tại cổ tử cung, quan sát, nhận định được giới hạn của vùng chuyển tiếp, các mảng trắng			

S T T	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
	acid acetic (vị trí, kích thước, độ dày, ranh giới, tính chất dễ chảy máu).			
12	Quan sát cổ tử cung với dung dịch Lugol: dùng bông thấm dung dịch Lugol chứa iod bôi lên cổ tử cung, quan sát tính chất bắt màu Lugol của tổn thương: không bắt màu, nhạt màu, dễ chảy máu.			
13	Sinh thiết tổn thương nghi ngờ (nếu cần): sử dụng Pozzi cặp để cố định cổ tử cung, dùng kim bấm nhanh và dứt khoát vị trí tổn thương nằm tại ranh giới vảy - trụ, số lượng vị trí bấm phụ thuộc vào số lượng vị trí có tổn thương nghi ngờ sau khi bôi acid acetic và lugol. Thả bệnh phẩm vào lọ đựng dung dịch cố định đã ghi nhãn.			
14	Nạo kênh cổ tử cung (nếu cần): một tay giữ Pozzi cặp cổ tử cung, một tay cầm thìa nạo nhỏ nạo kênh cổ tử cung nhẹ nhàng, không đưa thìa nạo vào sâu trong buồng tử cung. Đưa thìa nạo ra vào kênh cổ tử cung để lấy được bệnh phẩm. Bệnh phẩm thu được đưa vào lọ đựng dung dịch cố định đã ghi nhãn.			
15	Lau sạch âm đạo, chèn mèche cầm máu (nếu cần): sau khi lấy được bệnh phẩm, tháo Pozzi cặp cổ tử cung. Dùng bông hoặc gạc nhỏ lau sạch máu tại cổ tử cung, âm đạo. Sát trùng lại âm đạo - cổ tử cung bằng dung dịch Povidon iod. Nếu còn rỉ máu tại cổ tử cung, bôi dung dịch Monsel cầm máu (nếu có) hoặc chèn mèche âm đạo theo nguyên tắc đèn xếp từ trong ra ngoài để cầm máu.			
16	Tháo mỏ vịt nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật.			
17	Hướng dẫn khách hàng ngồi dậy từ bàn khám phụ khoa, mặc lại quần/ váy			
18	Ghi chép đầy đủ, rõ ràng, chính xác kết quả thăm khám được vào hồ sơ/ sổ y bạ của khách hàng. Vẽ được hình minh họa tổn thương phát hiện khi soi cổ tử cung và vị trí đã sinh thiết.			
19	Trao đổi kết quả soi cổ tử cung với khách hàng, giải đáp thắc mắc nếu có. Dặn khách hàng rút mèche âm đạo (nếu có) sau thời gian phù hợp. Dặn khách hàng những triệu chứng bất thường phải quay lại bệnh viện khám ngay: chảy máu âm đạo thấm ướt 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ, chảy dịch hôi bẩn, sốt. Hẹn khách hàng thời gian quay lại lấy và đọc kết quả xét nghiệm.			

BẢNG KIỂM 5. QUY TRÌNH ĐÓT ĐIỆN CỔ TỬ CUNG

S T T	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
1	Chào hỏi khách hàng ân cần, tôn trọng.			
2	Tư vấn cho khách hàng: cung cấp thông tin cơ bản về đốt điện cổ tử cung trong điều trị tổn thương cổ tử cung. Khách hàng đồng ý thực hiện kỹ thuật.			
3	Chuẩn bị khách hàng: kiểm tra các xét nghiệm đã làm trước đốt điện cổ tử cung: tế bào âm đạo, HPV, soi cổ tử cung... Kiểm tra chỉ định của đốt điện cổ tử cung: lộ tuyến rộng kèm tăng tiết dịch âm đạo hoặc viêm âm đạo tái diễn, sùi mào gà cổ tử cung. Kiểm tra chống chỉ định và thận trọng, đặc biệt lưu ý viêm âm đạo cấp; hạn chế can thiệp ở phụ nữ mang thai cho đến khi kết thúc thai kỳ. Khách hàng sau sạch kinh 3 - 5 ngày. Đảm bảo khách hàng đi tiểu hết, vệ sinh bộ phận sinh dục, cởi quần/váy, quần lót trước khi lên bàn khám.			
4	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cần thiết trước khi tiến hành đốt điện cổ tử cung: mỏ vịt, găng tay khám, dung dịch bôi trơn (nước muối sinh lý), dung dịch lugol, dung dịch Monsel cầm máu (nếu có), dung dịch sát khuẩn Povidon iod, gel dẫn điện, bông nhỏ, gạc củ ấu, panh, đèn khám. Chuẩn bị máy đốt điện, điện cực đốt, bản điện cực trở về, đèn khám. Kiểm tra dây tiếp đất.			
5	Hướng dẫn khách hàng lên bàn khám phụ khoa: khách hàng nằm ở tư thế phù hợp, thuận lợi cho quá trình khám, dễ dàng bộc lộ được cổ tử cung bằng mỏ vịt. Đặt bản điện cực trở về đã được bôi gel dẫn điện dưới hông khách hàng.			
6	Rửa tay hoặc sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ thuật.			
7	Đeo găng tay sạch.			
8	Đặt và cố định mỏ vịt: nhúng mỏ vịt vào dung dịch bôi trơn trước khi khám. Đặt mỏ vịt đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng, cố định mỏ vịt chắc chắn, bộc lộ được toàn bộ cổ tử cung.			
9	Lau sạch khí hư trong âm đạo và bề mặt cổ tử cung bằng bông hoặc gạc khô.			
10	Bật máy đốt điện, điều chỉnh cường độ dòng điện phù hợp.			

S T T	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
11	Bôi dung dịch Lugol vào cổ tử cung xác định ranh giới vùng tổn thương (vùng không bắt màu Lugol).			
12	Dùng điện cực hình bi đốt vòng quanh vùng tổn thương để đánh dấu giới hạn vùng tổn thương. Tiến hành đốt lần lượt vùng lộ tuyến ở môi sau cổ tử cung trước, sau đó đốt ở môi trước. Tránh đốt vào ống cổ tử cung. Di đầu đốt hết diện tổn thương, ước lượng được độ sâu của tổn thương để tránh bỏ sót. Đảm bảo đốt đủ độ sâu cần thiết. Tổ chức sau đốt hơi lõm xuống so với xung quanh.			
13	Cầm máu: đốt lại cầm máu ở các điểm chảy máu nhiều. Chèn gạc/ bông/ meche cầm máu hoặc bôi dung dịch Monsel cầm máu vào diện đốt (nếu có).			
14	Sát trùng lại âm đạo bằng dung dịch Povidon iod			
15	Tháo mỏ vịt nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật.			
16	Hướng dẫn khách hàng ngồi dậy từ bàn khám phụ khoa, mặc lại quần/ váy			
17	Ghi chép đầy đủ, rõ ràng kết quả thực hiện kỹ thuật vào hồ sơ/ sổ y bạ/ phiếu khám phụ khoa của khách hàng.			
18	Trao đổi kết quả đốt điện cổ tử cung với khách hàng, giải đáp thắc mắc nếu có. Dặn dò khách hàng quay lại để rút bông/ gạc trong âm đạo hoặc hướng dẫn khách hàng tự rút meche cầm máu (nếu có). Dặn dò khách hàng uống thuốc kháng sinh đủ 5 ngày, kiêng quan hệ tình dục 02 tháng sau đốt điện, khám lại sau 01 tháng. Dặn dò khách hàng khám lại ngay nếu: đau bụng dưới nhiều, ra máu âm đạo nhiều thấm ướt 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ, sốt trên 2 ngày hoặc ra khí hư nhiều, hôi.			

BẢNG KIỂM 6. QUY TRÌNH ĐÓT LASER CỔ TỬ CUNG

S T T	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
1	Chào hỏi khách hàng ân cần, tôn trọng.			
2	Tư vấn cho khách hàng: cung cấp thông tin cơ bản về đốt laser cổ tử cung trong điều trị tổn thương cổ tử cung. Khách hàng đồng ý thực hiện kỹ thuật.			
3	Chuẩn bị khách hàng: kiểm tra các xét nghiệm đã làm trước đốt laser cổ tử cung: tế bào âm đạo, HPV, soi cổ tử cung... Kiểm tra chỉ định của đốt laser cổ tử cung: - Tổn thương sùi mào gà, CIN 2 hoặc CIN 3 (mô bệnh học khẳng định). Có thể xem xét đốt laser tổn thương CIN 1 tồn tại lâu (≥ 2 năm). - Tổn thương lành tính cổ tử cung: lộ tuyến cổ tử cung, viêm cổ tử cung mạn tính, u máu, polyp cổ tử cung. Kiểm tra chống chỉ định và thận trọng, đặc biệt lưu ý viêm âm đạo cấp; hạn chế can thiệp ở phụ nữ mang thai cho đến khi kết thúc thai kỳ. Khách hàng sau sạch kinh 3 - 5 ngày. Đảm bảo khách hàng đi tiểu hết, vệ sinh bộ phận sinh dục, cởi quần/ váy, quần lót trước khi lên bàn khám.			
4	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cần thiết trước khi tiến hành đốt laser cổ tử cung: mỏ vịt, găng tay khám, dung dịch bôi trơn (nước muối sinh lý), dung dịch lugol, dung dịch Monsel cầm máu (nếu có), dung dịch sát khuẩn Povidon iod, gel dẫn điện, bông nhỏ, gạc củ ấu, panh, đèn khám. Chuẩn bị hệ thống laser CO2 được gắn với máy soi cổ tử cung, đèn khám, máy hút khí dung bốc bay khi đốt laser			
5	Hướng dẫn khách hàng lên bàn khám phụ khoa: khách hàng nằm ở tư thế phù hợp, thuận lợi cho quá trình khám, dễ dàng bộc lộ được cổ tử cung bằng mỏ vịt.			
6	Rửa tay hoặc sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ thuật.			
7	Đeo găng tay sạch.			
8	Gắn hệ thống laser vào máy soi cổ tử cung. Kiểm tra tia dẫn đường.			
9	Đặt và cố định mỏ vịt có ống có thể gắn với hệ thống hút khói: nhúng mỏ vịt vào dung dịch bôi trơn trước khi khám. Đặt mỏ vịt đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng, cố định mỏ vịt chắc chắn, bộc lộ được toàn bộ cổ tử cung. Nối ống hút với máy hút khói.			
10	Lau sạch khí hư trong âm đạo và bề mặt cổ tử cung bằng bông hoặc gạc khô.			
11	Bôi dung dịch Lugol vào cổ tử cung xác định ranh giới vùng tổn thương (vùng không bắt màu Lugol).			

S T T	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
12	Đặt nguồn laser với đường kính 2 mm, mật độ công suất 600 - 1200 Watt/cm ² (VD với đường kính 2mm, đặt công suất 35 Watt sẽ tạo ra mật độ công suất 875 Watt/cm ²).			
13	Bật máy hút. Bật nguồn laser, xác định chu vi cần đốt bằng cách đốt một vòng quanh cổ tử cung, khoảng 3 mm phía ngoài tổn thương.			
14	Đốt 2 đường dọc và ngang để chia cổ tử cung thành 4 phần tư. Lần lượt đốt các phần tư dưới rồi đến các phần tư trên với độ sâu tối thiểu 6 - 7mm.			
15	Đốt cầm máu các điểm chảy máu nhiều. Chèn gạc/ bông/ meche cầm máu hoặc bôi dung dịch Monsel cầm máu vào diện đốt (nếu có).			
16	Sát trùng lại âm đạo bằng dung dịch Povidon iod.			
17	Tháo mỏ vịt nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật.			
18	Hướng dẫn khách hàng ngồi dậy từ bàn khám phụ khoa, mặc lại quần/ váy			
19	Ghi chép đầy đủ, rõ ràng kết quả thực hiện kỹ thuật vào hồ sơ/ sổ y bạ/ phiếu khám phụ khoa của khách hàng.			
20	Trao đổi kết quả đốt laser cổ tử cung với khách hàng, giải đáp thắc mắc nếu có. Dặn dò khách hàng quay lại để rút bông/ gạc trong âm đạo hoặc hướng dẫn khách hàng tự rút meche cầm máu (nếu có). Dặn dò khách hàng uống thuốc kháng sinh đủ 5 ngày, kiêng quan hệ tình dục 02 tháng sau đốt điện, khám lại sau 01 tháng. Dặn dò khách hàng khám lại ngay nếu: đau bụng dưới nhiều, ra máu âm đạo nhiều thấm ướt 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ, sốt trên 2 ngày hoặc ra khí hư nhiều, hôi.			

BẢNG KIỂM 7. QUY TRÌNH ÁP LẠNH CỔ TỬ CUNG

S T T	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
1	Chào hỏi khách hàng ân cần, tôn trọng.			
2	Tư vấn cho khách hàng: cung cấp thông tin cơ bản về áp lạnh cổ tử cung. Khách hàng đồng ý thực hiện kỹ thuật.			
3	Chuẩn bị khách hàng: kiểm tra các xét nghiệm đã làm trước áp lạnh cổ tử cung: tế bào âm đạo, HPV, soi cổ tử cung, sinh thiết... Kiểm tra chỉ định của áp lạnh cổ tử cung: CIN 1 + nhiễm HPV nguy cơ cao, CIN 2, VIA (+), u nhú phẳng CTC. Kiểm tra chống chỉ định và thận trọng, đặc biệt lưu ý viêm âm đạo cấp; hạn chế can thiệp ở phụ nữ mang thai cho đến khi kết thúc thai kỳ. Khách hàng sau sạch kinh 3 - 5 ngày. Đảm bảo khách hàng đi tiểu hết, cởi quần/ váy, quần lót trước khi lên bàn khám.			
4	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cần thiết trước khi tiến hành áp lạnh cổ tử cung: mỏ vịt, găng tay khám, dung dịch bôi trơn (nước muối sinh lý), dung dịch Lugol, dung dịch Monsel cầm máu (nếu có), dung dịch sát khuẩn Povidon iod, bông nhỏ, gạc củ ấu, panh, đèn khám. Chuẩn bị hệ thống áp lạnh, lắp ráp và kiểm tra áp suất khí CO ₂ .			
5	Hướng dẫn khách hàng lên bàn khám phụ khoa: khách hàng nằm ở tư thế phù hợp, thuận lợi cho quá trình khám, dễ dàng bộc lộ được cổ tử cung bằng mỏ vịt.			
6	Rửa tay hoặc sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ thuật.			
7	Đeo găng tay sạch.			
8	Đặt và cố định mỏ vịt: nhúng mỏ vịt vào nước muối sinh lý trước khi khám. Đặt mỏ vịt đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng, cố định mỏ vịt chắc chắn, bộc lộ được toàn bộ cổ tử cung.			
9	Lau sạch khí hư trong âm đạo và bề mặt cổ tử cung bằng bông hoặc gạc khô.			
10	Bôi dung dịch Lugol vào cổ tử cung xác định ranh giới vùng tổn thương (vùng không bắt màu Lugol). Chỉ tiếp tục điều trị áp lạnh nếu tổn thương không nghi ngờ ung thư, chiếm dưới 75% cổ tử cung, không lan vào ống cổ tử cung hay thành âm đạo.			
11	Chọn đầu áp lạnh phù hợp sao cho đường kính tổn thương không vượt quá 2mm ra ngoài đường kính của đầu áp. Áp đầu áp kim loại vào cổ tử cung, chú ý không để đầu áp và cần áp chạm vào thành âm đạo.			

S T T	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
12	Tiến hành áp lạnh theo kỹ thuật đông kép: đông lạnh 3 phút - tan đông 5 phút - đông lại 3 phút. Theo dõi bằng đồng hồ có kim giây.			
13	Đợi đến khi đầu áp tự rời khỏi cổ tử cung, lấy đầu áp ra và xử lý chống nhiễm khuẩn hệ thống áp lạnh.			
14	Lau sạch và sát trùng lại âm đạo bằng dung dịch Povidon iod.			
15	Tháo mỏ vịt nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật.			
16	Hướng dẫn khách hàng ngồi dậy từ bàn khám phụ khoa, mặc lại quần/ váy			
17	Ghi chép đầy đủ, rõ ràng kết quả thực hiện kỹ thuật vào hồ sơ/ sổ y bạ của khách hàng.			
18	Trao đổi kết quả áp lạnh cổ tử cung với khách hàng, giải đáp thắc mắc nếu có. Dặn dò khách hàng uống thuốc kháng sinh đủ 5 ngày, kiêng quan hệ tình dục 1 tháng sau áp lạnh, không dùng tampon khi hành kinh. Hẹn khám lại sau 03 - 06 tháng. Dặn dò khách hàng khám lại ngay nếu đau bụng dưới nhiều, ra máu âm đạo nhiều thấm ướt 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ, sốt trên 2 ngày hoặc ra khí hư nhiều, hôi.			

BẢNG KIỂM 8. QUY TRÌNH ÁP NHIỆT CỔ TỬ CUNG

S T T	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
1	Chào hỏi khách hàng ân cần, tôn trọng.			
2	Tư vấn cho khách hàng: cung cấp thông tin cơ bản về áp nhiệt cổ tử cung. Khách hàng đồng ý thực hiện kỹ thuật.			
3	Chuẩn bị khách hàng: kiểm tra các xét nghiệm đã làm trước áp nhiệt cổ tử cung: tế bào âm đạo, HPV, soi cổ tử cung, sinh thiết... Kiểm tra chỉ định của áp nhiệt cổ tử cung. Kiểm tra chống chỉ định và thận trọng, đặc biệt lưu ý viêm âm đạo cấp; hạn chế can thiệp ở phụ nữ mang thai cho đến khi kết thúc thai kỳ. Khách hàng sau sạch kinh 3 - 5 ngày. Đảm bảo khách hàng đi tiểu hết, cởi quần/ váy, quần lót trước khi lên bàn khám.			
4	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cần thiết trước khi tiến hành áp lạnh cổ tử cung: mỏ vịt, găng tay khám, dung dịch bôi trơn (nước muối sinh lý), dung dịch acid acetic, dung dịch Monsel cầm máu (nếu có), dung dịch sát khuẩn Povidon iod, bông nhỏ, gạc củ ấu, panh, đèn khám. Chuẩn bị hệ thống áp nhiệt, lắp ráp và kết nối nguồn (nguồn điện hoặc ắc quy phù hợp)			
5	Hướng dẫn khách hàng lên bàn khám phụ khoa: khách hàng nằm ở tư thế phù hợp, thuận lợi cho quá trình thao tác, dễ dàng bộc lộ được cổ tử cung bằng mỏ vịt.			
6	Rửa tay hoặc sát khuẩn tay nhanh đúng kỹ thuật.			
7	Đeo găng tay sạch.			
8	Đặt và cố định mỏ vịt: nhúng mỏ vịt vào nước muối sinh lý trước khi khám. Đặt mỏ vịt đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng, cố định mỏ vịt chắc chắn, bộc lộ được toàn bộ cổ tử cung.			
9	Lau sạch khí hư trong âm đạo và bề mặt cổ tử cung bằng bông hoặc gạc khô.			
10	Bôi dung dịch acid acetic vào cổ tử cung, xác định ranh giới vùng tổn thương và phân loại vùng chuyển tiếp để đảm bảo đủ điều kiện thực hiện thủ thuật áp nhiệt.			
11	Bật nguồn (điện hoặc pin), nâng nhiệt độ đầu áp lên 100°C.			
12	Áp sát đầu áp vào cổ tử cung để ôm trọn tổn thương và giữ trong 20 - 30 giây. Có thể lặp lại một số lần trong một phiên áp trong trường hợp cần thiết để bao phủ toàn bộ vùng chuyển tiếp. Có thể thực hiện áp nhiệt không cần gây tê cổ tử cung.			

S T T	Nội dung thực hiện	Mức độ thực hiện		
		Có thực hiện, đạt	Có thực hiện, chưa đạt	Không thực hiện
13	Rút đầu áp khỏi cổ tử cung, lưu ý tránh để chạm vào thành âm đạo. Lấy đầu áp ra và xử lý chống nhiễm khuẩn hệ thống áp lạnh.			
14	Lau sạch và sát trùng lại âm đạo bằng dung dịch Povidon iod.			
15	Tháo mỏ vịt nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật.			
16	Hướng dẫn khách hàng ngồi dậy từ bàn khám phụ khoa, mặc lại quần/ váy			
17	Ghi chép đầy đủ, rõ ràng kết quả thực hiện kỹ thuật vào hồ sơ/ sổ y bạ của khách hàng.			
18	Trao đổi kết quả áp nhiệt cổ tử cung với khách hàng, giải đáp thắc mắc nếu có. Dặn dò khách hàng uống thuốc kháng sinh đủ 5 ngày, kiêng quan hệ tình dục 1 tháng sau áp lạnh, không dùng tampon khi hành kinh. Hẹn khám lại sau 03 - 06 tháng. Dặn dò khách hàng khám lại ngay nếu đau bụng dưới nhiều, ra máu âm đạo nhiều thâm ướt 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ, sốt trên 2 ngày hoặc ra khí hư nhiều, hôi.			

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn sàng lọc, điều trị tổn thương tiền ung thư để dự phòng thứ cấp ung thư cổ tử cung. Hà Nội, tháng 5-2011.
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Hà Nội, tháng 7-2016.
3. Bộ Y tế. Kế hoạch hành động quốc gia về Dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung giai đoạn 2016-2025, Hà Nội, 2016.
4. Bộ Y tế. Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung. Hà Nội, tháng 6 -2019.
5. Cục Quản lý Dược, Bộ Y tế. Công văn số 10494e/QLD-DK ngày 09 tháng 5 năm 2024 gửi Merck Sharp & Dohme v/v thay đổi, bổ sung đối với thuốc đã được cấp GĐKLH, Hà Nội, tháng 5 - 2024.
6. Chính phủ. Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác giai đoạn 2015-2025. Quyết định số 376/QĐ-TTg ngày 20/3/2015 của Thủ tướng.
7. Chính phủ. Nghị quyết số 104/NQ-CP ngày 15 tháng 8 năm 2022 về Lộ trình tăng số lượng vắc xin trong Chương trình Tiêm chủng mở rộng giai đoạn 2021 - 2030.
8. UNFPA. Báo cáo kỹ thuật UNFPA/VNM/RFQ/22/11: Đánh giá hệ thống ghi nhận sàng lọc ung thư cổ tử cung tại Việt Nam. Hà Nội, tháng 08 - 2023.

TIẾNG ANH

9. Arbyn M, Simon M, Peeters E, et al. 2020 list of Human Papillomavirus assays suitable for primary cervical cancer screening. Clin Microbiol Infect 2021;27(8):1083-1095.
10. Arbyn M, Simon M, Silvia de Sanjosé S, et al. Accuracy and effectiveness of HPV mRNA testing in cervical cancer screening: a systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol, 2022;23(7):950-960.
11. Bornstein J et al. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. Obstet Gynecol 2012; 120:166-172
12. Bruni L, Serrano B, Roura E, et al. Cervical cancer screening programmes and age-specific coverage estimates for 202 countries and territories worldwide: a review and synthetic analysis. Lancet Glob Health 2022; 10: e1115-27.
13. Bruni L, Albero G, Rowley L, Alemany L, Arbyn M, Giuliano AR et al. Global and regional estimates of genital human papillomavirus prevalence among men: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2023 Sep;11(9):e1345-e1362.
14. Clarke MA, Wentzensen N, Perkins R, Garcia F, Arrindell D, Chelmow D, et al, for Enduring Consensus Cervical Cancer Screening and Management Guidelines Committee. Recommendations for Use of p16/Ki67 Dual Stain for Management of Individuals Testing Positive for Human Papillomavirus. J Low Genit Tract Dis. 2024 Mar 6. doi: 10.1097/LGT.0000000000000802.
15. Egemen D, Perkins RB, Clarke MA, Guido R, Huh W, Saraiya M et al. Risk-Based Cervical Consensus Guidelines: Methods to Determine Management if Less Than 5 Years of Data Are Available. J Low Genit Tract Dis. 2022 Jun;26(3):195-201.
16. Fontham ETH, Wolf A, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin . 2020 Sep;70(5):321-346.
17. Garland SM, Iftner T, Cuschieri K, Kaufmann A, Arbyn M, de Sanjose S, et al, for IPVS Policy Committee. IPVS policy statement on HPV nucleic acid testing guidance for those

- utilising/considering HPV as primary precancer screening: Quality assurance and quality control issues. *J Clin Virol.* 2023 Feb;159:105349.
18. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. *Weekly Epidemiological Record*, No. 19, 2017, 92, 241-268.
 19. IARC. Cervical cancer screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. 2022, 18:1-456. Available from: <https://publications.iarc.fr/604>
 20. Kjaer SK, Nygård M, Sundström K, et al. Long-term effectiveness of the nine-valent human papillomavirus vaccine in Scandinavian women: interim analysis after 8 years of follow-up. *Hum Vaccin Immunother.* 2021; 17(4): 943-949.
 21. Lycke KD, Kahlert J, Damgaard RK, et al. Clinical course of cervical intraepithelial neoplasia grade 2: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2023;229(6): 656.e1-656.e15.
 22. Massad LS, Perkins RB, Naresh A, Nelson EL, Spiryda L, Gecsi KS, et al. Colposcopy Standards: Guidelines for Endocervical Curettage at Colposcopy. *J Low Genit Tract Dis.* 2023 Jan;27(1):97-101.
 23. McCredie MR, Sharples KJ, Paul C, Baranyai J, Medley G, Jones RW, et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol.* 2008 May; 9(5):425-34.
 24. Perkins R.B., Guido R.S., Castle P.E., Chelmow D., Einstein M.H., Garcia F., Huh W.K., Kim J.J., Moscicki A.-B., Nayar R., Saraiya M., Sawaya G.F., Wentzensen N., Schiffman M. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J. Low Genit. Tract. Dis.* 2020; 24(2):102-131.
 25. Restrepo J, Herrera T, Samakoses R, et al. Ten-Year Follow-up of 9-Valent Human Papillomavirus Vaccine: Immunogenicity, Effectiveness, and Safety. *Pediatrics* 2023 Sep; e2022060993.
 26. UNFPA & Ministry of Health. An Investment Case Study on HPV Vaccination in Viet Nam, Hanoi, 2023.
 27. Wang W, Arcà E, Sinha A, et al. Cervical cancer screening guidelines and screening practices in 11 countries: A systematic literature review. *Prev Med Rep.* 2022 Aug; 28: 101813.
 28. Wei F, Georges D, Man I, Baussano I, Clifford GM. Causal attribution of human papillomavirus genotypes to invasive cervical cancer worldwide: a systematic analysis of the global literature. *Lancet* 2024 Aug;404(10451):435-444.
 29. WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2-3 and adenocarcinoma in situ. Geneva: WHO; 2014.
 30. World Health Organization. WHO guidelines for the use of thermal ablation for cervical pre-cancer lesions. Geneva, 2019.
 31. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva, 2020.
 32. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. Geneva, 2021.
 33. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition: use of mRNA tests for human papillomavirus (HPV). Geneva, 2021.
 34. Wright TC, Stoler MH, Behrens CM, Sharma A, Zhang G, Wright TL. Primary cervical cancer screening with human PAPillomavirus: end of study results from the ATHENA study using HPV as the first-line screening test. *Gynecol Oncol* 2015;136:189-197.