

- Tỷ lệ ĐĐTĐTK ở phụ nữ có thai là 27,73%.
- Có mối liên quan giữa ĐĐTĐTK với: độ tuổi mang thai của thai phụ, BMI trước mang thai ($p < 0,05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Definition WHO**, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, in Report of a WHO consultation. 1999.
2. **Metzger B.E. and D.R. Coustan**. Summary and recommendations of the Fourth International Workshop – Conference on Gestational Diabetes Mellitus. The Organizing Committee. Diabetes Care.1998. 21 Suppl 2: B161-7
3. **M.A. Sayeed, et al.**, Diabetes and hypertension

- in pregnancy in a rural community of Bangladesh: a population-based study. Diabet Med, 2005. 22(9): 1267-71
4. **Redefining Obesity and its treatment WHO** (2000). 3: 24
 5. **Lê Thị Thanh Tâm**. Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ ĐĐTĐTK, Luận án tiến sỹ Y học chuyên ngành Sản Phụ khoa, Đại học Y Hà Nội. 2017
 6. **Tạ Văn Bình, Nguyễn Đức Vy, Phạm Thị Lan**. Tìm hiểu tỷ lệ đái tháo đường thai nghén và một số yếu tố liên quan ở thai phụ quản lý thai kỳ tại bệnh viện Phụ sản trung ương và bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Thuộc đề tài nghiên cứu khoa học cấp nhà nước. 2004

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NGHI NGỜ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT ĐƯỢC SINH THIẾT TRONG LÒNG ĐƯỜNG MẬT QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Nguyễn Trúc Linh¹, Nguyễn Thái Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh của bệnh nhân nghi ngờ ung thư đường mật, được sinh thiết trong lòng đường mật qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu gồm 52 bệnh nhân (BN) nghi ngờ ung thư đường mật, được sinh thiết trong lòng đường mật qua da, tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn từ 02/2020 đến 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN $61,44 \pm 12,24$ tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng, sốt, vàng da với tỷ lệ gặp tương ứng là: 92,3%, 57,7% và 55,8%. Nồng độ bilirubin toàn phần, trực tiếp và CA 19-9 tăng ở >50% tổng số BN. Tỷ lệ tăng Bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, CEA và CA 19-9 của nhóm hẹp ác tính và nhóm hẹp lành tính là khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Vị trí hẹp đường mật gồm rốn gan, đoạn thấp ống mật chủ, đường mật trong gan với tỷ lệ gặp lần lượt là 36,5%, 32,7% và 30,8%. Đặc điểm bờ không đều và không đối xứng; ngấm thuốc thì muộn và hạn chế khuếch tán thường gặp trong nhóm hẹp đường mật ác tính hơn nhóm lành tính có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Đặc điểm hẹp đột ngột là khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hẹp đường mật ác tính và lành tính ($p > 0,05$). **Kết luận:** Hẹp đường mật nghi ngờ ung thư thường gặp ở bệnh nhân trung tuổi hoặc cao tuổi.

Triệu chứng lâm sàng phổ biến là đau bụng, sốt, vàng da. Các đặc điểm hình ảnh có giá trị cao trong việc phân biệt hẹp đường mật ác tính và lành tính, giúp chẩn đoán sớm ung thư đường mật.

Từ khóa: Hẹp đường mật, hẹp đường mật ác tính, sinh thiết trong lòng đường mật qua da.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH SUSPECTED MALIGNANT BILIARY STRICTURES UNDERWENT BILIARY PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL FORCEPS BIOPSY

Purpose: To describe clinical and paraclinical features of patients with suspected malignant biliary strictures, who underwent biliary percutaneous transluminal forceps biopsy. **Materials and methods:** A retrospective and prospective, descriptive study of 52 patients with suspected malignant biliary strictures, who underwent biliary percutaneous transluminal forceps biopsy, at Ha Noi Medical University Hospital from Feb-2020 to Dec-2022. **Results:** Mean age was 64.8 ± 10 years. Common clinical symptoms included abdominal pain, fever and jaundice with rates 92,3%, 57,7% and 55,8% respectively. The proportion of increased levels of total bilirubin, direct bilirubin and CA19-9 were more than 50%. The high level of biliirubin, CEA, CA 19-9 between malignant and benign biliary stenosis is no statistically significant difference ($p > 0.05$). The common sites of bile duct strictures included the hilum, the lower segment of the common bile duct, and the intrahepatic bile duct with rates 36,5%, 32,7% and 30,8% respectively. The presence of irregular margin, asymmetry, restricted diffusion and

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyhn2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2023

Ngày duyệt bài: 7.11.2023

increasing enhancement of strictured bile duct were significant findings for malignancy ($p < 0.001$). The characteristic of sudden stenosis between malignant and benign biliary stenosis is no statistically significant difference ($p > 0.05$). **Conclusion:** Biliary atresia suspected of cancer is common in middle-aged or elderly patients. Common clinical symptoms are abdominal pain, fever, and jaundice. Imaging features are highly valuable in differentiating malignant and benign biliary strictures, helping to diagnose cholangiocarcinoma early. **Keywords:** Bile duct strictures, malignant bile duct strictures, biliary percutaneous transluminal forceps biopsy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật (Cholangiocarcinoma - CCA) là ung thư phát triển từ biểu mô đường mật và có tiên lượng xấu. Dựa vào vị trí nguyên phát, CCA gồm 3 loại: ung thư biểu mô đường mật trong gan, rốn gan và ngoài gan.¹ Ung thư đường mật không còn hiếm gặp trong thực hành lâm sàng do tỷ lệ mắc bệnh ngày càng gia tăng.² Những năm gần đây, việc chẩn đoán nguyên nhân hẹp đường mật đã có nhiều tiến bộ, nhanh và chính xác hơn nhờ các phương pháp không xâm lấn như siêu âm (SA), cắt lớp vi tính (CLVT), cộng hưởng từ (CHT) và các phương pháp xâm lấn như: chụp đường mật qua da (CĐMQD), sinh thiết trong lòng đường mật qua da (STĐM). Tuy nhiên, việc phân biệt hẹp lành tính hay ác tính vẫn còn nhiều khó khăn. Khi được phát hiện, phần lớn các trường hợp hẹp ác tính đã không còn khả năng phẫu thuật triệt căn.³ Vì vậy, việc kết hợp lâm sàng, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán sớm ung thư đường mật là rất quan trọng đối với điều trị và tiên lượng người bệnh.

Cho đến nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hẹp đường mật do cả nguyên nhân lành tính và ác tính nhưng ở Việt Nam có rất ít báo cáo về vấn đề này. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm hình ảnh lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nghi ngờ ung thư đường mật, được sinh thiết trong lòng đường mật qua da tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành trên 52 bệnh nhân (BN) nghi ngờ ung thư đường mật, được sinh thiết trong lòng đường mật qua da tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn từ 02/2020 đến 12/2022.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được lựa chọn phải thỏa mãn đồng thời các tiêu chí sau:

- Bệnh nhân có dấu hiệu nghi ngờ hẹp

đường mật ác tính trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

- Bệnh nhân được sinh thiết đường mật qua da dưới hướng dẫn của chụp đường mật qua da
- Hoặc bệnh nhân được sinh thiết đường mật dưới nội soi đường mật qua da trong khi tán sỏi, đốt hẹp đường mật.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu không xác suất thuận tiện.

Phương tiện nghiên cứu: Máy xét nghiệm (sinh hóa, huyết học, miễn dịch, giải phẫu bệnh); phương tiện chẩn đoán hình ảnh và can thiệp (CLVT, CHT, máy chụp số hóa xóa nền, bộ dụng cụ sinh thiết đường mật)

Các biến số nghiên cứu:

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, tiền sử can thiệp gan mật, bệnh kèm theo.

Triệu chứng lâm sàng: Vàng da - củng mạc mắt, phân bạc màu, ngứa, đau bụng, sốt, sụt cân.

Xét nghiệm:

- Hóa sinh: Bilirubine toàn phần/ trực tiếp ($\mu\text{mol/l}$)

- Các dấu ấn ung thư: CEA (ng/ml), CA 19-9 (U/ml)

Chẩn đoán hình ảnh (CLVT, CHT, CĐMQD):

- Vị trí tổn thương (đường mật trong gan, rốn gan, ống mật chủ)

- Tính chất bờ, đối xứng, chuyển tiếp của đoạn hẹp

- Tính chất ngấm thuốc thì muộn và hạn chế khuếch tán

Mô bệnh học.

Quy trình nghiên cứu:

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm (bilirubin trực tiếp/ toàn phần, CEA, CA 19-9), và được chụp CLVT/ CHT gan - mật.

- Bệnh nhân được chụp đường mật qua da/ nội soi đường mật qua da và tiến hành sinh thiết trong lòng đường mật lấy mẫu bệnh phẩm, gửi giải phẫu bệnh.

- Hình ảnh chụp CLVT, CHT và CĐMQD được phân tích độc lập bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh về các chỉ số và biến số nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 02 năm 2020 đến tháng 12 năm 2022 có 52 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu

của chúng tôi với đặc điểm:

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 52)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤40	4	7,7
	40-60	17	32,7
	>60	31	59,6
	Tuổi trung bình	61,44 ± 12,24	
Giới	Nam	27	51,9
	Nữ	25	48,1
Tiền sử bệnh/ phẫu thuật/ can thiệp	Tiền sử ung thư	2	3,8
	Sỏi đường mật	19	36,6
	Không có tiền sử bệnh	31	59,6

Nhận xét: Tuổi trung bình là 61,44 ± 12,24 tuổi (thấp nhất 33 tuổi, cao nhất 83 tuổi), nhóm tuổi >60 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (59,6%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1. Có 59,6% BN không có tiền sử bệnh, 19/52 (36,6%) có tiền sử sỏi mật và 2/52 BN (3,8%) có tiền sử ung thư đã biết từ trước.

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Các chỉ số xét nghiệm sinh hóa và chất chỉ điểm khối u (N=52)

Các chỉ số xét nghiệm	Phân loại	Ac tính		Lành tính		P
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ	
Bilirubin toàn phần (µmol/l) (n=51)	≥ 21	14	77,8	18	54,5	0,101
	< 21	4	22,2	15	45,5	
Bilirubin trực tiếp (µmol/l) (n=50)	≥ 5,1	14	77,8	19	59,4	0,187
	< 5,1	4	22,2	13	40,6	
CEA (ng/ml) (n=39)	≥ 5,2	5	41,7	3	11,1	0,079
	< 5,2	7	58,3	24	88,9	
CA 19-9 (U/ml) (n=45)	≥ 39	12	75	16	55,2	0,189
	< 39	4	25	13	44,8	

3.3. Đặc điểm hình ảnh

Bảng 4. Vị trí hẹp đường mật trong nghiên cứu (N=52)

Vị trí tắc mật	Số lượng	Tỷ lệ
Phần thấp ống mật chủ	17	32,7
Rốn gan	19	36,5
Đường mật trong gan	16	30,8

Nhận xét: Hẹp đường mật ác tính vị trí rốn gan là phổ biến nhất, chiếm 36,5%, sau đó đến vị trí phần thấp ống mật chủ và đường mật trong gan.

Bảng 5. Giá trị của tính chất bờ, đối xứng và chuyển tiếp của đoạn hẹp trên CLVT/CHT/CĐMQD trong phân biệt hẹp đường mật ác tính và lành tính (N = 51)

CLVT/CHT/CĐMQD	GPB		p
	Ác tính (n=18)	Lành tính (n=33)	

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu (N=52)

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vàng da	29	55,8
Đau bụng	48	92,3
Ngứa	16	30,8
Sốt	30	57,7
Phân bạc màu	17	29,4
Sút cân	18	34,6

Nhận xét: 92,3% BN có đau bụng. Các dấu hiệu vàng da, sốt chiếm tỷ lệ >50%. Ngứa, phân bạc màu và sút cân là những dấu hiệu có thể gặp với tỷ lệ ít hơn.

3.2. Đặc điểm xét nghiệm

Nhận xét: Ở cả 2 nhóm hẹp đường mật ác tính và lành tính, các chỉ số bilirubin toàn phần, trực tiếp và CA 19-9 tăng ở >50% tổng số BN. Độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán hẹp ác tính của CA 19-9 và CEA là 75%-44,8% và 41,7%-88,9%. Tỷ lệ tăng Bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, CEA và CA 19-9 của nhóm hẹp ác tính và nhóm hẹp lành tính là khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bờ	Không đều	14	13	0,009
	Đều	4	20	
Đối xứng	Không đối xứng	15	11	0,001
	Đối xứng	3	22	
Chuyển tiếp	Đột ngột	18	28	0,148
	Dần dần	0	5	

Nhận xét: Đặc điểm bờ không đều và không đối xứng thường gặp trong nhóm hẹp đường mật ác tính hơn nhóm hẹp lành tính có ý nghĩa thống kê (p < 0,01). Đặc điểm hẹp đột ngột giữa hẹp đường mật ác tính và lành tính là khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 6. Giá trị của tính chất ngấm thuốc, hạn chế khuếch tán trên CHT của tổn thương trong phân biệt hẹp đường mật ác tính và lành tính (N = 42)

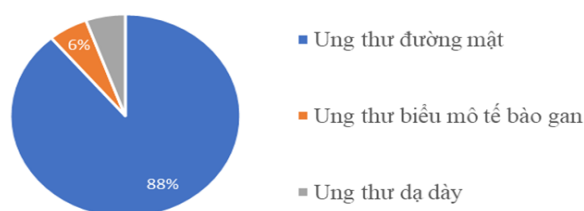
GPB	Ác tính	Lành tính	p
-----	---------	-----------	---

CHT		(n=17)	(n=25)	
Ngâm thuốc so với nhu mô gan ở thì muộn	Mạnh hơn	15	5	<0,001
	Tương tự/kém hơn	2	20	
Hạn chế khuếch tán	Có	13	6	0,001
	Không	4	19	

Nhận xét: Có 42 BN được chụp CHT. Đặc điểm ngấm thuốc thì muộn và hạn chế khuếch tán là khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm hẹp ác tính và hẹp lành tính ($p < 0,01$).

3.4. Nguyên nhân gây hẹp đường mật ác tính. Kết quả mô bệnh học của 18 bệnh nhân hẹp đường mật ác tính bao gồm 16 trường ung thư đường mật, 1 trường hợp ung thư biểu mô tế bào gan và 1 trường hợp ung thư dạ dày xâm lấn. Như vậy, nguyên nhân thường gặp nhất gây hẹp đường mật ác tính trong nghiên cứu là ung thư đường mật.

Tỷ lệ (%)



Biểu đồ 1. Biểu đồ các nguyên nhân ác tính gây hẹp đường mật trong nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $61,44 \pm 12,24$ tuổi, nhóm tuổi >60 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (59,6%). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.³⁻⁵ Nam giới chiếm ưu thế trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 1.1/1, thấp hơn với các tác giả khác^{3,4}, nguyên nhân có thể là do nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu còn ít (52 BN). Có 59,6% BN không có tiền sử bệnh, 19/52 (36,6%) có tiền sử sỏi mật và 2/52 BN (3,8%) có tiền sử ung thư đã biết từ trước.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất với tỷ lệ 92,3%, sốt (57,7%), triệu chứng vàng da chỉ đứng thứ ba (55,8%). Trong nghiên cứu của Đỗ Quang Út tỷ lệ bệnh nhân vàng da chiếm 100%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi do nghiên cứu này thực hiện trên nhóm bệnh nhân tắc mật nặng do ung thư, có chỉ định đặt stent đường mật.³ Các triệu chứng khác có thể gặp bao gồm

ngứa, phân bạc màu và sút cân, phù hợp với các tác giả khác.

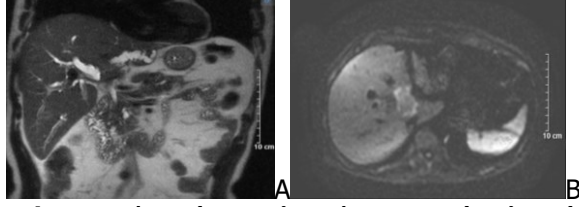
Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác đều cho thấy nồng độ bilirubin toàn phần/ trực tiếp cao ở bệnh nhân hẹp đường mật.^{3,4} Có nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh rằng mức độ bilirubin càng cao thì càng có nhiều khả năng tổn thương hẹp là ác tính.⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán hẹp ác tính của CA 19-9 và CEA là 75%-44,8% và 41,7%-88,9%, phù hợp với nghiên cứu của Ajaypal Singh, giá trị CA19-9 huyết thanh trên 37 U/mL có độ nhạy khoảng 74% ở bệnh nhân có khối u đường mật ác tính và CEA tăng cao có độ nhạy 33-68% và độ đặc hiệu 79-95% trong chẩn đoán ung thư đường mật.⁷ Tỷ lệ tăng Bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, CEA và CA 19-9 của nhóm hẹp ác tính và nhóm hẹp lành tính là khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Vị trí hẹp đường mật gồm rốn gan, đoạn thấp ống mật chủ, đường mật trong gan với tỷ lệ gặp lần lượt là 36,5%, 32,7% và 30,8%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Park.⁸

Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Kim và Park^{9,10}, cho thấy đặc điểm bờ không đều và không đối xứng thường gặp trong nhóm hẹp đường mật ác tính hơn nhóm lành tính có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), hẹp đường mật ác tính và lành tính có tỷ lệ hẹp đột ngột là khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tác giả Kim (2007) nghiên cứu đặc điểm ngấm thuốc của hẹp đường mật ác tính và lành tính so với nhu mô gan ở thì tĩnh mạch cửa cho kết quả tính chất này gặp ở nhóm tổn thương ác tính nhiều hơn (95,2% so với 21,7%, $p < 0,0001$), độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 95,2% và 78,3%⁹, tương tự kết quả của chúng tôi. Về đặc điểm hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, nghiên cứu của chúng tôi có 13/17 BN (76,5%) BN hẹp đường mật ác tính có đặc điểm này, thấp hơn nghiên cứu của Rabie với tỷ lệ 24/26 BN (92,3%) do cỡ mẫu nhỏ, nhưng đều cho thấy giá trị cao của đặc điểm hạn chế khuếch tán chẩn đoán phân biệt hẹp ác tính so với lành tính.

Các nguyên nhân gây hẹp đường mật ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi gồm: ung thư đường mật, ung thư biểu mô tế bào gan và ung thư dạ dày với tỷ lệ gặp lần lượt là: 88%, 6% và 6%. Trong khi đó, các nghiên cứu trong và ngoài nước đều ghi nhận ung thư tuyến tụy là nguyên nhân hay gặp nhất gây hẹp đường mật ác tính, ung thư đường mật phổ biến thứ hai.³ Điều này có thể là do: cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, tiêu

chuẩn lựa chọn BN là có sinh thiết trong lòng đường mật qua da, trong khi ung thư tuyến tụy thường đã được chẩn đoán tốt nhờ CT, CHT, ERCP mà không cần nhờ đến kỹ thuật sinh thiết này.



Hình 1. Hình cộng hưởng từ gan – mật của một bệnh nhân hẹp đường mật do u Klaskin

(A) Hình ảnh đường mật trong gan hai bên giãn, hội tụ về rốn gan. Chít hẹp đường mật vị trí rốn gan: đường bờ không đều, hẹp không đối xứng và chuyển tiếp đột ngột. (B) Tổn thương hạn chế khuếch tán trên DWI.

V. KẾT LUẬN

Hẹp đường mật nghi ngờ ung thư thường gặp ở bệnh nhân trung tuổi hoặc cao tuổi. Triệu chứng lâm sàng phổ biến là đau bụng, sốt, vàng da. Các đặc điểm hình ảnh có giá trị cao trong việc phân biệt hẹp đường mật ác tính và lành tính, giúp chẩn đoán sớm ung thư đường mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khuyên N, Nguyen Canh H, Tờ T, et al.** Tổng quan mô bệnh học và cập nhật chẩn đoán ung thư biểu mô đường mật trong gan. Published online November 2, 2021.
2. **Olthof SC, Othman A, Clasen S, Schraml C, Nikolaou K, Bongers M.** Imaging of Cholangiocarcinoma. *Visc Med.* 2016;32(6):402-410. doi:10.1159/000453009
3. **Ut ĐQ, Thịnh NT, Trạch NK.** Nghiên cứu đặc

- điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân tắc mật do ung thư. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* Published online December 12, 2021. doi:10.52389/ydls.v16i8.942
4. **Ut ĐQ, Thịnh NT, Trạch NK.** Đánh giá kết quả đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị tắc mật do ung thư. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* Published online December 12, 2021. doi:10.52389/ydls.v16i8.954
 5. **Choi SH, Han JK, Lee JM, et al.** Differentiating Malignant from Benign Common Bile Duct Stricture with Multiphasic Helical CT. *Radiology.* 2005;236(1):178-183. doi:10.1148/radiol.2361040792
 6. **Garcea G, Ngu W, Neal CP, Dennison AR, Berry DP.** Bilirubin levels predict malignancy in patients with obstructive jaundice. *HPB (Oxford).* 2011;13(6):426-430. doi: 10.1111/ j.1477-2574.2011.00312.x
 7. **Singh A, Gelrud A, Agarwal B.** Biliary strictures: diagnostic considerations and approach. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2015;3(1):22-31. doi:10.1093/gastro/gou072
 8. **Park JG, Jung GS, Yun JH, et al.** Percutaneous transluminal forceps biopsy in patients suspected of having malignant biliary obstruction: factors influencing the outcomes of 271 patients. *Eur Radiol.* 2017; 27(10): 4291-4297. doi:10.1007/s00330-017-4796-x
 9. **Kim JY, Lee JM, Han JK, et al.** Contrast-enhanced MRI combined with MR cholangiopancreatography for the evaluation of patients with biliary strictures: differentiation of malignant from benign bile duct strictures. *J Magn Reson Imaging.* 2007;26(2):304-312. doi: 10.1002/jmri.20973
 10. **Park MS, Kim TK, Kim KW, et al.** Differentiation of Extrahepatic Bile Duct Cholangiocarcinoma from Benign Stricture: Findings at MRCP versus ERCP. *Radiology.* 2004; 233(1): 234-240. doi:10.1148/radiol. 2331031446

THỰC TRẠNG MẮC COVID-19 CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ MỘT SỐ CƠ SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2022

Lê Thị Thanh Xuân¹, Phạm Thị Quân¹, Nguyễn Quốc Doanh¹, Phan Thị Mai Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ hiện mắc COVID-19 của nhân viên y tế (NVYT) tại một số cơ sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh năm 2022. **Phương**

pháp nghiên cứu: Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ phòng vẫn trực tiếp theo bộ câu hỏi thiết kế có sẵn 458 NVYT tại 3 bệnh viện và 2 trung tâm Y tế dự phòng tỉnh và huyện. **Kết quả:** Tỷ lệ hiện mắc COVID-19 của NVYT tại một số cơ sở y tế Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022 là 98,5%. 100% NVYT khối dự phòng tham gia nghiên cứu đều mắc 2 lần trong khi đó tỷ lệ này ở khối điều trị là 4,5% ($p < 0,05$). Nguồn mắc chủ yếu từ công việc (41,7%), tiếp theo từ cộng đồng (31,9%) và 10,2% NVYT không rõ nguồn lây. Những NVYT tham gia trực chống dịch có tỷ lệ hiện mắc COVID-19 cao hơn so với tỷ lệ này ở những người không tham gia trực chống dịch (99,0% so với

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Xuân

Email: lethithanhxuan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2023

Ngày duyệt bài: 7.11.2023