

não, dưới da và đa tạng tương ứng là 50,7%, 10,5%, 13,4%, 6% và 19,4%. Kết quả nghiên cứu của Đào Tiến Lục cắt rộng u và vét hạch khu vực 80,4%, cắt cụt chi, tháo khớp bàn ngón và vét hạch khu vực 19,6%, biến chứng phù bạch mạch sau vét hạch khu vực 16,8%, tái phát tại u, hạch khu vực 25,6%, di căn xa sau mổ 54,5% [5].

4.2.2. Sống thêm 1, 3, 5 năm không bệnh, toàn bộ và theo giai đoạn 2, 3: Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1, 3, 5 năm tương ứng 93,8%, 65,9% và 40,7%. Sống thêm toàn bộ 1, 3, 5 năm tương ứng 100%, 73,1% và 47,1%. Sống thêm toàn bộ 5 năm giai đoạn 2, 3 là 75,3% và 28%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Đào Tiến Lục trên 157 bệnh nhân sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 24,6% cho giai đoạn 2,3 sau phẫu thuật, sống thêm 5 năm toàn bộ sau phẫu thuật của giai đoạn 2, 3 tương ứng là 59% và 12,5%.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng

- Bệnh hay gặp: trên 40 tuổi, vị trí chi dưới, u màu đen loang lổ, thay đổi kích thước hình dạng, trên nền da dày sừng hóa.

- Tỷ lệ nam / nữ là 1,03, vệt tinh quanh u 23,8%, loét u 31,6%. Di căn hạch khu vực 48,5%, giai đoạn 2, 3 tương ứng là 43,1%, 56,9%.

5.2. Kết quả sau phẫu thuật triệt căn

- Cắt rộng u, vét hạch khu vực 83,8%; cắt cụt chi, tháo khớp, vét hạch khu vực 16,2%. Tạo hình khuyết hồng sau cắt u bằng vạt da cơ có củng mạch nuôi 13,8%, vạt da hoán vị 7,7% và vá da rời 7%.

- Biến chứng phù bạch mạch sau vét hạch khu vực 11,5%, tái phát u và hạch khu vực 9,2%. Di căn xa sau điều trị 51,5%, trong đó di căn phổi, gan, não, dưới da và đa tạng tương ứng là 50,7%, 10,5%, 13,4%, 6% và 19,4%.

- Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 1, 3, 5 năm tương ứng là 93,8%, 65,9% và 40,7%. Sống thêm toàn bộ sau 1, 3, 5 năm là 100%, 73,1% và 47,1%. Sống thêm toàn bộ sau 5 năm giai đoạn 2, 3 là 75,3% và 28%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Albino A.P, Reed J.A., McNutt N.S et al. (1997).** Molecular Biology of Cutaneous Melanoma, Principles and practice of Oncology. Lippincott Raven, 2, 46.
2. **Cutaneous melanoma: Etiology and therapy (2017).** Chapter 1: Epidemiology of melanoma. Brisbane (AU): Codon Publications.
3. **Marc Hurlbert (2020).** 2020 Melanoma mortality rates decreasing despite ongoing increase in incidence. Melanoma research Alliance.
4. **Phạm Hoàng Anh và cộng sự (1993),** Ung thư Hà Nội 1991- 1992, y học Việt Nam; chuyên đề ung thư, tập 173, số 7, 14-21.
5. **Đào Tiến Lục (2001),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và một số yếu tố tiên lượng của ung thư hắc tố. Luận văn bác sỹ nội trú, trường đại học Y Hà Nội.
6. **Masback A, Westerdahl J, Ingvar et al. (1997).** Cutaneous malignant melanoma in southern Sweden 1965, 1975 and 1985 – prognostic factors and histologic correlations. Cancer, 83, 275-83.
7. **Barnhill RL, Fine JA, Roush GC, Berwick M. (1996).** Predicting five-year outcome for patients with cutaneous melanoma in a population-based study. Cancer, 78, 427-432.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BỤI PHỔI SILIC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2019-2020

Nguyễn Ngọc Anh, Lê Thị Thanh Xuân, Lê Thị Hương,
Phạm Thị Quân, Nguyễn Thị Quỳnh(*)

TÓM TẮT

Bệnh bụi phổi silic cho đến hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, người bệnh thường vào viện điều trị bởi những ảnh hưởng của bệnh lên cơ quan hô hấp với các triệu chứng không khác biệt so với các bệnh hô hấp thông thường khác. Nhằm giúp cho các bác sỹ

lâm sàng có những nhìn nhận về bụi phổi silic một cách rõ ràng hơn, từ đó giúp cho hướng chẩn đoán bệnh sớm, một nghiên cứu hồi cứu mô tả các triệu chứng lâm sàng thu nhận được ở 103 bệnh nhân bụi phổi silic được điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương năm 2019-2020. Kết quả cho thấy: 98% bệnh nhân bụi phổi silic điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương là nam giới; 33,7% lao động khai thác vàng; 25,5% khai thác đá. Khó thở là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (98,8%). Triệu chứng thực thể: Rì rào phế nang giảm chiếm 91,2%, rale nổ là 75,7%, rale ẩm là 73,8%. Cần khai thác tiền sử nghề nghiệp để có thể chẩn đoán sớm bệnh bụi phổi silic tại các cơ sở điều trị bệnh hô hấp. Cần thực hiện giám sát phát hiện và

(*)Viện ĐT YHDP & YTCC, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Anh

Email: anhnn@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2021

Ngày duyệt bài: 15.11.2021

quản lý bệnh nhân bụi phổi silic suốt đời theo hướng dẫn của ngành y tế.

Từ khóa: Bụi phổi silic, lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SILICOSIS BEING TREATED AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL, 2019 - 2020

There is no specific treatment therapy for silicosis so far, Silicosis continues to progress with silicosis patients resulting in impaired lung function, even though they had discontinued direct contact and exposure to silica dust. Silicosis patients are often hospitalized because of the disease's effects on the respiratory organs with symptoms that are not different from other common respiratory diseases. At National Lung Hospital, from June 2019 to May 2020, 103 silicosis patients qualified for this retrospective study which was conducted to identify the characteristics of data from their medical records. The results showed: 98% were male; most were workers from the non-structural sectors (gold miners 33.7%, stone miners 25.5%). Shortness of breath was the most common clinical symptom of the silicosis patients – 98.8%. Other clinical symptoms include: Alveolar murmur decreased -91.2%, crepitan rate – 75.7%, and the moisture rate – 73.8%. In conclusion, this research shows that characteristics of silicosis patients had acquired the disease while employed at non-structural sectors. It is necessary to exploit the occupational history to be able to diagnose silicosis early in the respiratory disease treatment facilities. Lifelong surveillance for the detection and management of silicosis patients should be carried out in accordance with industry guidelines. Therefore, it is recommended that employees presently employed at these non-structural sectors be required to be tested, and to be monitored regularly.

Key words: Clinical silicosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bụi phổi silic là bệnh nghề nghiệp gây xơ hóa phổi và tiến triển không hồi phục. Khi bệnh mới hình thành thường không được phát hiện bởi chưa xuất hiện triệu chứng cả trên lâm sàng và cận lâm sàng. Nhiều người đã mắc bụi phổi silic từ nhiều năm trước nhưng chưa được phát hiện, cho tới khi xuất hiện các triệu chứng hô hấp và phải vào viện điều trị nhiều lần mới được phát hiện mắc bệnh. Vì vậy bệnh nhân thường không được giải quyết chế độ bệnh nghề nghiệp, bản thân người bệnh cũng không biết để có biện pháp dự phòng sự tiến triển của bệnh.

Triệu chứng cơ năng của bệnh bụi phổi silic thường rất nghèo nàn, ho, tức ngực, khó thở xuất hiện muộn khi bệnh đã rõ hoặc khi có nhiễm khuẩn, biến chứng. Với triệu chứng thực thể là rì rào phế nang giảm ở vùng xơ hóa, rất khó phát hiện [1]. Khi mắc bụi phổi silic bệnh

nhân thường dễ mắc lao phổi, viêm phổi, viêm phế quản, và càng làm cho quá trình xơ hóa phổi nhanh hơn, hậu quả là các biến chứng tâm phế mạn, suy hô hấp, ung thư phổi, phế quản [2], [3], [4]. Suy hô hấp là biến chứng thường gặp của bụi phổi silic do biến đổi xơ hóa và khí thũng rộng, thường kèm theo tâm phế mạn do huyết áp cao ở tiểu tuần hoàn, hậu quả của sự phá hủy lưới mao mạch và sự co thắt các mao quản phổi do giảm oxy huyết [3], [5], [6]. Nếu các thầy thuốc làm việc tại các cơ sở điều trị có thể phát hiện sớm và chẩn đoán được bệnh bụi phổi silic ở ngay lần đầu người bệnh đến cơ sở khám thì sẽ giúp ích rất lớn cho giảm tiến triển của bệnh, giảm gánh nặng tài chính cho bệnh nhân và xã hội. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả các triệu chứng cơ năng và thực thể của bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi silic điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương năm 2019-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định mắc bệnh bụi phổi silic bằng phim Xquang phổi theo tiêu chuẩn ILO, có kiểm định bằng CT-Scan lồng ngực, có tiền sử làm việc tiếp xúc bụi silic tự do, được vào viện điều trị tại bệnh viện Phổi trung ương từ ngày 1 tháng 6 năm 2019 đến 31 tháng 5 năm 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu trong thời gian 1 năm

Cỡ mẫu nghiên cứu là toàn bộ người bệnh được chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi silic vào điều trị tại Khoa Bệnh phổi nghề nghiệp, Bệnh viện Phổi Trung ương trong thời gian 1 năm. Cỡ mẫu là 103 bệnh nhân bụi phổi silic đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Thời gian nghiên cứu. Từ tháng 5 năm 2020 đến tháng 12 năm 2020, thu thập số liệu từ tháng 7 - 8 năm 2020

2.4. Phương pháp thu thập thông tin.

Các biến số nghiên cứu là tiền sử nghề nghiệp (công việc), tiền sử bệnh tật, triệu chứng cơ năng, kết quả khám lâm sàng được thu thập từ bệnh án lưu trữ và điền vào bệnh án nghiên cứu.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý, phân tích bằng phần mềm STATA 14.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự cho phép của lãnh đạo Bệnh viện Phổi trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

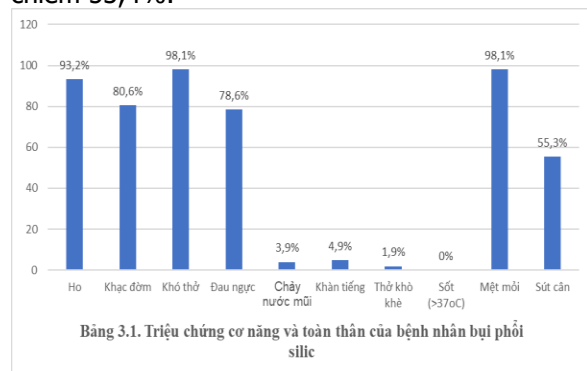
Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân đến

Bệnh viện Phổi Trung ương điều trị vì các triệu chứng hô hấp và được chẩn đoán ban đầu hầu hết là các bệnh khác, không phải bụi phổi silic. Nhiều bệnh nhân đã được điều trị bệnh hô hấp ở các bệnh viện hoặc khoa khác, sau một thời gian bệnh không đỡ, hoặc hay tái phát lại nhiều lần nên được hội chẩn qua kết quả chụp phim Xquang và phim CT lồng ngực mới được chẩn đoán xác định mắc bụi phổi silic.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=103)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	102	99,1
	Nữ	1	0,9
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	6	5,8
	30 tuổi – 39 tuổi	29	28,2
	40 tuổi – 49 tuổi	44	42,7
	≥ 50 tuổi	24	23,3
Số năm làm việc tiếp xúc bụi silic	< 5 năm	29	28,2
	5 năm – 9 năm	55	53,4
	10 năm – 14 năm	11	10,7
	≥ 15 năm	8	7,8
Nghề nghiệp (công việc tiếp xúc bụi silic)	Khai thác vàng	33	32,0
	Khai thác đá	29	28,2
	Khai thác quặng	16	15,5
	Khác	25	24,3

Trong 103 bệnh nhân bụi phổi silic là đối tượng nghiên cứu có 102 người là nam giới, 01 người là nữ. Độ tuổi chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 40-49 tuổi chiếm 44,7% và thấp nhất là dưới 30 tuổi (5,8%). Bệnh nhân làm nghề khai thác vàng chiếm 32%, khai thác đá chiếm 28,2%. Số năm làm việc có tiếp xúc bụi silic đa số từ 5-9 năm chiếm 53,4%.



Trong số các đối tượng tham gia nghiên cứu, hầu hết các đối tượng đều ho (93,2%) khạc đờm (80%), khó thở (98,1%), đau ngực (78,6%), mệt mỏi (98,1%). Hơn một nửa đối tượng tham gia nghiên cứu (55,3%) có biểu hiện gầy sút cân. Chỉ có chưa đến 5% đối tượng có chảy

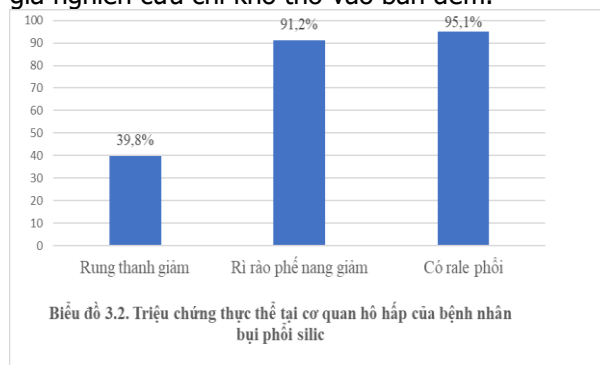
nước mũi, khan tiếng, và thở khò khè.

Bảng 3.2. Đặc điểm triệu chứng cơ năng ho và khó thở của bệnh nhân bụi phổi silic

Triệu chứng cơ năng		SL	%
Đặc điểm ho (n=96)			
Thời điểm xuất hiện	Ban ngày	66	68,8
	Ban đêm	1	1,0
	Cả ngày và đêm	29	30,2
Tần xuất ho	Thỉnh thoảng	40	41,7
	Từng cơn	22	22,9
	Liên tục	34	35,4
Đặc điểm khó thở (n = 101)			
Thời điểm xuất hiện	Ban ngày	70	69,3
	Ban đêm	1	1
	Cả ngày và đêm	30	29,7
Mức độ khó thở	Khi gắng sức	60	59,4
	Khi làm việc nhẹ	12	11,9
	Cả khi nghỉ ngơi	29	28,7

Trong 96 đối tượng nghiên cứu có triệu chứng ho đa số xuất hiện vào ban ngày với 69%, chỉ 1% đối tượng ho chỉ ban đêm, trong khi đó có 30% xuất hiện cả ngày và đêm. Thi thoảng xuất hiện ho trong ngày chiếm tỷ lệ cao nhất là 42%, ho từng cơn là 23%, và 35% đối tượng nghiên cứu xuất hiện ho liên tục.

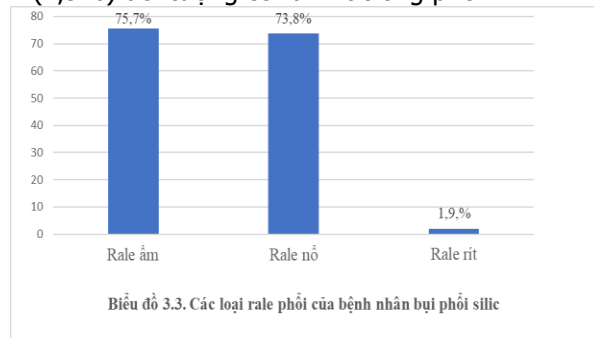
Trong 101 đối tượng tham gia nghiên cứu có triệu chứng khó thở tỷ lệ xuất hiện khi gắng sức chiếm tỷ lệ cao nhất 59%, 12% đối tượng xuất hiện khó thở khi làm việc nhẹ, có đến 29 % khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi. Phần lớn (69%) xuất hiện khó thở vào ban ngày, 30 % xuất hiện cả ban ngày và đêm và chỉ có 1% đối tượng tham gia nghiên cứu chỉ khó thở vào ban đêm.



Hầu hết đối tượng tham gia nghiên cứu đều xuất hiện rale phổi (95,1%), rì rào phế nang giảm cũng ghi nhận ở đa số (91,2%), trong khi rung thanh giảm chỉ ghi nhận ở 39,8% đối tượng tham gia nghiên cứu.

Trong tổng số 103 đối tượng tham gia nghiên cứu có 78 (75,7%) đối tượng xuất hiện ran ẩm, 76 (73,8%) đối tượng xuất hiện ran nổ, và chỉ có

2 (1,9%) đối tượng có ran rít trong phổi.



IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của các bệnh nhân bụi phổi silic tương tự như các nghiên cứu tại cộng đồng của Việt Nam, và các nghiên cứu ở nước ngoài đó là bệnh chủ yếu gặp ở nam giới, độ tuổi của người bệnh chủ yếu trên 40 tuổi [5], [6]. Với đối tượng là bệnh nhân bụi phổi silic đến Bệnh viện Phổi Trung ương điều trị như trường hợp đối tượng của nghiên cứu này thì rất khó để xem xét vấn đề tuổi nghề hay thâm niên tiếp xúc với bụi silic, bởi các bệnh nhân này có thời gian tiếp xúc bụi silic trước đây, và họ không được chẩn đoán bệnh vì nhiều lý do, sau đó họ đã chuyển công việc, đến khi họ vào viện vì các triệu chứng hô hấp và được điều tra khai thác và hồi cứu lại thời gian tiếp xúc nghề nghiệp trước đó nên mới được chẩn đoán bệnh bụi phổi silic. Là một nghiên cứu chùm bệnh điều trị tại bệnh viện, các đối tượng chưa từng được chẩn đoán bệnh bụi phổi silic trước đó, điều này nói lên vấn đề giám sát môi trường lao động và sức khỏe người lao động chưa được quan tâm thích đáng. Ngoài ra trong nghiên cứu này cũng nhận thấy có rất nhiều người lao động từ khu vực phi hết cấu, họ làm việc theo nhóm nhỏ, hợp tác xã: khai thác vàng (32%), khai thác đá (28,2%), và các công việc khác như tạc tượng đá granit, mài lắp ghép mặt bệ, bậc cầu thang bằng đá granit... (24,3%), nên họ không đóng bảo hiểm xã hội và họ cũng không được khám phát hiện bệnh nghề nghiệp sớm trong thời gian lao động.

Về triệu chứng cơ năng và toàn thân của bệnh nhân bụi phổi silic, triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của các bệnh nhân là khó thở (98,1%); ho (93,2%), khạc đờm (80,6%) và đau ngực (78,6%) cũng là những triệu chứng cơ năng gặp với tỷ lệ cao. Tất cả các triệu chứng cơ năng này của bệnh nhân bụi phổi silic ở Bệnh viện Phổi Trung ương không đặc trưng cho bệnh bụi phổi silic mà có thể gặp ở nhiều bệnh hô hấp khác, tương tự như kết quả nhiều nghiên cứu¹.

Các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân bụi phổi silic đa số xuất hiện vào ban ngày, tỷ lệ chỉ xuất hiện triệu chứng cơ năng khó thở, ho, khạc đờm vào ban đêm ít. Đây là đặc điểm khác biệt với bệnh hô hấp mạn tính khác như viêm phế quản mạn, hen phế quản... với các bệnh này triệu chứng cơ năng có xu thế xuất hiện vào ban đêm khi nhiệt độ không khí xuống thấp hơn. Trong 103 bệnh nhân bụi phổi silic có 98,1% mệt mỏi và 55,3% gầy sút cân không có nguyên nhân nhưng không có bệnh nhân nào được ghi nhận có sốt. Triệu chứng mệt mỏi cũng gặp ở nhiều bệnh hô hấp khác do tình trạng thiếu oxy do cơ quan hô hấp bị tổn thương không cung cấp đủ dưỡng khí [6], [7], [8]. Với hơn một nửa bệnh nhân có gầy sút cân nên rất dễ nhầm lẫn với lao phổi nguyên phát, mặc dù trong thực tế nhiều nghiên cứu cho thấy có một tỷ lệ lớn bệnh nhân bụi phổi silic có lao phổi kèm theo [9]. Các triệu chứng cơ năng và toàn thân của các bệnh nhân bụi phổi silic đã được chẩn đoán xác định bằng môi trường lao động và Xquang phổi, CT lồng ngực trong kết quả nghiên cứu nhắc nhở các bác sỹ lâm sàng cần khai thác kỹ nghề nghiệp, tiền sử công việc đã trải qua chú trọng đến khai thác kỹ các triệu chứng cơ năng kết hợp với khai thác về công việc mà người bệnh đã từng làm từ đó có hướng để chẩn đoán xác định sớm bệnh.

Các triệu chứng thực thể như rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm và rale phổi là các triệu chứng thường xuất hiện. Trong đó có 91,2% bệnh nhân bụi phổi silic có rì rào phế nang giảm. Tỷ lệ này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm của bệnh bụi phổi silic là tổn thương xơ hóa nhu mô phổi làm cho sự giãn nở của phế nang bị giảm đi, kết quả là nếu nghe phổi ở vùng xơ hóa sẽ thấy rì rào phế nang giảm. Sự xơ hóa phổi này cũng làm thể tích không khí mà toàn phổi có thể chứa đựng giảm đi, đặc biệt trong trường hợp các tổn thương xơ hóa đã lan rộng³. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả như nghiên cứu của Tạ Thị Kim Nhung (2019) [8] hay Nguyễn Ngọc Sơn và Lê Hoài Cảm (2012) [9]. Số bệnh nhân bụi phổi silic có rale ở phổi chiếm tỷ lệ lớn (95,1%), trong đó có 78 (75,7%) bệnh nhân xuất hiện rale ẩm, 76 (73,8%) bệnh nhân có rale nổ, và chỉ có 2 (1,9%) bệnh nhân có rale rít trong phổi. Như vậy các tổn thương xơ hóa phổi của bệnh bụi phổi silic đã gây kích thích nhu mô phổi và phế quản nhỏ tăng tiết dịch dẫn đến các triệu chứng thực thể là các loại rale¹. Xơ hóa phổi sẽ làm cho không khí bị ứ đọng, đây chính là nguyên nhân những người mắc bụi phổi silic rất dễ bị các

nh nhiễm khuẩn hô hấp kèm theo. Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu ở bệnh viện hô hấp tuyến cuối nên các đặc điểm của bệnh bụi phổi silic ở các bệnh nhân có những đặc điểm riêng biệt rất dễ nhầm lẫn với nhiều bệnh hô hấp khác. Các triệu chứng thực thể của bệnh rõ ràng và gặp với tỷ lệ phổ biến. Mặc dù nghiên cứu chỉ mới thực hiện trong phạm vi nhỏ nên chưa thể đại diện cho tất cả các bệnh nhân bụi phổi silic điều trị tại bệnh viện của Việt Nam, tuy nhiên các kết quả của nghiên cứu cũng giúp các thầy thuốc lâm sàng cần đặc biệt lưu tâm đến bệnh bụi phổi silic ở các bệnh nhân có triệu chứng bệnh hô hấp và có tiền sử làm việc trong các môi trường tiếp xúc bụi silic.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân bụi phổi silic điều trị tại Bệnh viện phổi trung ương có đặc điểm: Khó thở là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của các bệnh nhân (98,8%); Rì rào phế nang giảm 91,2% triệu chứng thực thể rale nổ là 75,7%, rale ẩm là 73,8%. Cần khai thác tiền sử nghề nghiệp để có thể chẩn đoán sớm bệnh bụi phổi silic tại các cơ sở điều trị bệnh hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khương Văn Duy.** Bệnh bụi phổi silic (Silicosis) nghề nghiệp. Bệnh nghề nghiệp - Giáo trình đào tạo sau đại học. Nhà xuất bản Y học: Đại học Y Hà Nội; 2017. 64-81

2. **Nguyễn Ngọc Anh, Lê Thị Thanh Xuân, Khương Văn Duy** và cs Đặc điểm các hình ảnh bất thường trên phim xquang phổi của người lao động luyện thép tiếp xúc bụi silic tại Thái Nguyên năm 2019. Tạp chí Nghiên cứu y học. 2020;129(5):139 - 145.
3. **Fernández Alvarez R, Martínez González C, Quero Martínez A, et al.** Guidelines for the diagnosis and monitoring of silicosis. Archivos de bronconeumologia. 2015;51(2):86-93.
4. **Barber CM, Fishwick D, Carder M, et al.** Epidemiology of silicosis: reports from the SWORD scheme in the UK from 1996 to 2017. Occup Environ Med. 2019;76(1):17-21.
5. **CDC. Silicosis Screening in Surface Coal Miners** --- Pennsylvania, 1996--1997. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4927a2.htm>. Published 2000. Accessed 22/12/2020.
6. **Cowie RL.** The epidemiology of tuberculosis in gold miners with silicosis. Am J Respir Crit Care Med. 1994;150(5 Pt 1):1460-1462.
7. **Kleinschmidt I, Churchyard G.** Variation in incidences of tuberculosis in subgroups of South African gold miners. Occup Environ Med. 1997;54(9):636-641.
8. **Ta Thị Kim Nhung, Nguyễn Ngọc Anh, Lê Thị Thanh Xuân và cs.** Thực trạng mắc bệnh bụi phổi silic của người lao động ở một nhà máy luyện gang và một số yếu tố liên quan năm 2018. Tạp chí Y học Việt Nam. 2019;478:96-100.
9. **Nguyễn Ngọc Sơn và Lê Hoài Cẩm.** Tỷ lệ nhiễm bụi và đặc điểm lâm sàng X – quang, thông khí phổi của công nhân mắc bệnh bụi phổi silic tại xí nghiệp tàu thủy Sài Gòn. Y học thực hành (817) - số 4/2012, trang 29 – 33. 2012;817(4):29 - 33.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Tuyền*, Lâm Vĩnh Niên**, Nguyễn Văn Thanh***, Võ Xuân Quế Ninh****, Đặng Thị Huệ*, Nguyễn Thị Hà Thanh*, Hồ Thị Nguyên Sa*, Lê Văn Hội*, Lê Ngọc Ánh***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới. **Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô đại trực tràng theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 2010. Xác định mối liên quan

giữa một số yếu tố bệnh học của ung thư biểu mô đại trực tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 156 trường hợp được phẫu thuật và chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng, tại bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng từ tháng 01/2018 đến hết tháng 8/2020. Đọc lại các tiêu bản, phân loại cácтип MBH, độ mô học, độ xâm lấn, di căn hạch, này chồi, hoại tử bản, xâm nhập lympho trong biểu mô theo phân loại của WHO 2010. **Kết quả:** UTBM tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 80,1%. Độ mô học biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 75,2%, độ xâm lấn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất 60,3%. Tỷ lệ di căn hạch là 47,5%; tỷ lệ hoại tử bản là 41,7%; xâm nhập lympho trong biểu mô chiếm 14,7%; hình ảnh này chồi u chiếm 33,3%. Có mối liên quan giữa hoại tử bản, xâm nhập lympho trong biểu mô, này chồi u với độ xâm lấn. **Kết luận:** UTBM tuyến thông thường thường gặp

*Đại học Kỹ Thuật Y-Dược Đà Nẵng

**Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

***Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

****Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Vĩnh Niên

Email: nien@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2021

Ngày duyệt bài: 15.11.2021