

- Tap chí Y học Việt Nam, 503 (2), pp. 66-70.
6. **Nguyễn Nhật An, Lê Anh Nguyệt, Cao Ouyết Thắng, và cộng sự** (2022), "Đánh giá kết quả tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ điều trị sỏi sạn hô tại Bệnh viện quân v 103". Tap chí Y học Việt Nam, 519 - Tháng 10 - Số chuyên đề, pp. 3-10.
 7. **Jiang H, Yu Z, Chen L, et al** (2017), "Minimally Invasive Percutaneous Nephrolithotomy versus Retrograde Intrarenal Surgery for Upper Urinary Stones: A Systematic Review and Meta-Analysis", Biomed Res Int, 2017.
 8. **Trương Văn Căn** (2021), Nghiên cứu điều trị sỏi thận bằng phẫu thuật lấy sỏi thận qua da trên thận đã mổ mở lấy sỏi, Luận án tiến sĩ y học.
 9. **Hoàng Long** (2020), "Kết quả tán sỏi qua da qua đường hầm nhỏ tư thế nằm nghiêng dưới hướng dẫn của siêu âm". Tap chí nghiên cứu y học, 134(10).
 10. **Huyền Nguyễn Trường Vinh** (2022), Đánh giá kết quả sớm điều trị sỏi thận bằng phẫu thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Xuyên A 2021-2022, Tap chí y dược học Cần Thơ, 55-2022.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG MẮC BỆNH BỤI PHỔI SILIC TẠI 5 TỈNH CỦA VIỆT NAM NĂM 2019-2020

Nguyễn Quốc Doanh¹, Nguyễn Thanh Thảo¹, Nguyễn Thị Hương¹,
Lê Thị Hương¹, Lê Thị Thanh Xuân¹, Tạ Thị Kim Nhung¹,
Nguyễn Ngọc Anh¹, Ngô Ngọc Thanh¹, Phạm Thị Quân¹, Vũ Thị Huyền¹

TÓM TẮT

Bệnh bụi phổi silic là bệnh chỉ tình trạng xơ hóa phổi lan tỏa do người lao động hít phải bụi có hàm lượng silic tự do cao thường trong một khoảng thời gian dài. Bệnh để lại hậu quả lâu dài lên sức khỏe của người lao động đặc biệt là suy giảm chức năng hô hấp và tổn thương trên phim X-quang. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện nhằm mô tả triệu chứng cận lâm sàng của người lao động mắc bệnh bụi phổi silic tại 5 tỉnh Hải Dương, Thái Nguyên, Bình Định, Phú Yên và Đồng Nai. Kết quả cho thấy: tổn thương trên phim X-quang chủ yếu là hình ảnh đám mờ nhỏ p (87,71%) với mật độ 1 (84,38%); 20,63% rối loạn thông khí hỗn hợp; 18,54% rối loạn thông khí tắc nghẽn. Cần thực hiện giám sát phát hiện và quản lý bệnh nhân bụi phổi silic suốt đời theo hướng dẫn của ngành y tế.

Từ khóa: Người lao động, silic, triệu chứng cận lâm sàng

SUMMARY

SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF WORKERS WITH SILICOSIS BEING TREATED IN 5 PROVINCE OF VIETNAM IN 2019-2020

Silicosis is a disease that refers to diffuse pulmonary fibrosis caused by the inhalation of dust containing high levels of free silica often over a long period of time by workers. The disease leaves long-term consequences on the health of workers, especially respiratory function impairment and damage on X-ray films. A cross-sectional study was conducted to describe the subclinical symptoms of workers

suffering from silicosis in 5 provinces of Hai Duong, Thai Nguyen, Binh Dinh, Phu Yen and Dong Nai. The results showed that: the upper lesion on X-ray film is mainly small cloud image p (87.71%) with density 1 (84.38%); 20.63% mixed ventilation disorder; 18.54% restrictive ventilation disorder; 5.52% obstructive ventilation disorder. Lifelong monitoring for the detection and management of silicosis patients should be carried out in accordance with industry guidelines.

Keywords: Workers, silicosis, subclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bụi phổi silic là bệnh chỉ tình trạng xơ hóa phổi lan tỏa do người lao động hít phải bụi có hàm lượng silic tự do cao thường trong một khoảng thời gian dài. Đặc điểm của bệnh là gây xơ hóa phổi và tiến triển không hồi phục với đặc trưng là các tổn thương dạng nốt ở phổi. Người lao động mắc bệnh bụi phổi silic thường dễ mắc các bệnh khác như lao phổi, viêm phổi và ung thư phổi. Bệnh tiến triển gây ra các biến chứng như lao, tâm phế mạn, suy hô hấp.¹ Trong đó lao phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu và là biến chứng hay gặp nhất.

Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu cho bệnh bụi phổi silic vì vậy cần nghiên cứu rõ hơn về từng triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và thời gian xuất hiện của bệnh để giúp các bác sĩ lâm sàng chẩn đoán sớm hơn và hỗ trợ điều trị triệu chứng, giảm đợt cấp và biến chứng của bệnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả triệu chứng cận lâm sàng của người lao động mắc bệnh bụi phổi silic tại 5 tỉnh Việt Nam 2019-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Thảo

Email: nguyenthao@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023

án nghiên cứu, kèm phiếu đọc phim bệnh bụi phổi và phiếu đo chức năng hô hấp của những người lao động được chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi silic qua điều tra và khám bệnh nghề nghiệp do Bộ môn Sức Khỏe Nghề Nghiệp, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng tổ chức năm 2019-2020 tại các cơ sở sản xuất (vật liệu xây dựng, khai thác, chế biến đá/quặng, luyện kim, sản xuất gốm, sứ, thủy tinh) trên 5 tỉnh Hải Dương, Thái Nguyên, Bình Định, Phú Yên và Đồng Nai của Việt Nam.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu từ năm 2019-2020

Cỡ mẫu nghiên cứu: 960 hồ sơ bệnh án đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Kỹ thuật chọn mẫu là chọn mẫu có chủ đích.

2.3. Thời gian nghiên cứu. Từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023, thu thập số liệu từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin.

Lựa chọn những bệnh án nghiên cứu, phiếu đọc phim bệnh bụi phổi và phiếu đo chức năng hô hấp phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1, được phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm STATA 15.0.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng một phần số liệu trong đề tài cấp nhà nước "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học phân tử, yếu tố nguy cơ và ứng dụng kỹ thuật tiến triển trong chẩn đoán sớm bệnh bụi phổi silic tại Việt Nam" – Mã số: KC.10.33/16-20. Chúng nhận chấp nhận của hội đồng đạo đức 4218/HMU/IRB của Trường Đại Học Y Hà Nội.

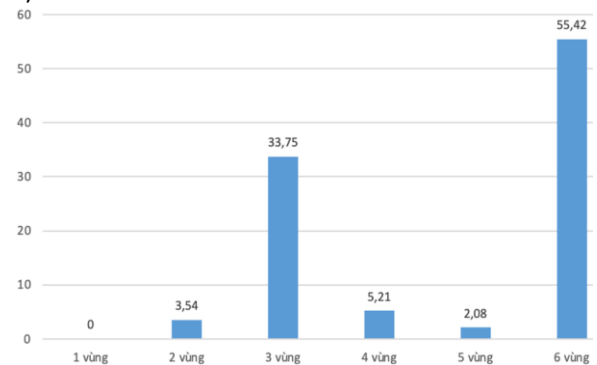
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hình ảnh X-quang phổi theo tiêu chuẩn ILO

Bảng 3.1: Phân loại mật độ đám mờ và kích thước tổn thương đám mờ nhỏ theo phân nhóm chính trên phim X-quang (n=960)

Đặc điểm	Số lượng	%	
Kích thước tổn thương đám mờ nhỏ theo phân nhóm chính	p	842	87,71
	q	23	2,40
	r	2	0,21
	s	86	8,96
	t	7	0,73
Mật độ đám mờ theo phân nhóm chính	1	810	84,38
	2	113	11,77
	3	37	3,85

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh có hình ảnh tổn thương kích thước p chiếm tỷ lệ cao nhất là 87,71%; tiếp theo là tổn thương có kích thước s với 8,96%; hình ảnh tổn thương có tỷ lệ thấp nhất là r (0,21%). Không có hình ảnh tổn thương kích thước u cũng như hình ảnh tổn thương là các đám mờ lớn trên những đối tượng nghiên cứu này. Về mật độ đám mờ theo phân nhóm chính, phần lớn người bệnh có mật độ đám mờ theo phân nhóm chính là 1 chiếm tỷ lệ 84,38%; tiếp theo là tỷ lệ người bệnh có mật độ đám mờ theo phân nhóm chính là 2 chiếm 11,77%; thấp nhất là nhóm người bệnh có mật độ đám mờ theo phân nhóm chính là 3 chiếm 3,85%.



Biểu đồ 3.1: Tổng số vùng tổn thương trên phim X-quang

Từ kết quả trên ta thấy, bệnh nhân có tổng số vùng tổn thương trên phim X-quang là 6 có tỷ lệ cao nhất là 55,42%; tiếp theo là tổng số vùng tổn thương bằng 3 chiếm 33,75%. Tổng số vị trí tổn thương là 5 có tỷ lệ thấp nhất là 2,08%.

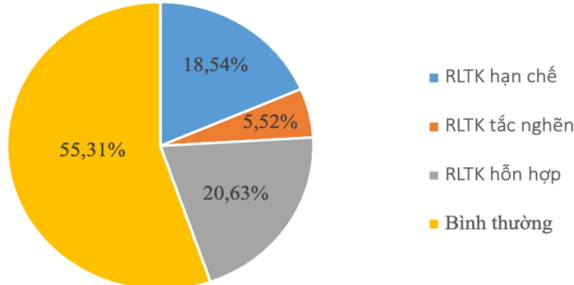
Bảng 3.2: Một số hình ảnh tổn thương khác trên phim X-quang

Hình ảnh tổn thương	Số lượng	%
Xơ vữa động mạch chủ	39	7,51
Sự liên kết của các hình mờ nhỏ	16	3,08
Tâm phế mạn	212	40,85
Lao phổi	8	1,54
Hình các dải/ đường mờ trên nhu mô phổi	1	0,19
Hình dạng và kích thước bất thường của tim	17	3,28
Co kéo các cơ quan trong lồng ngực	1	0,19
Khí phế thũng	2	0,38
Ung thư	6	1,14
Hình ảnh túi khí	20	3,85
Phổi hình tổ ong	4	0,77
Canxi hóa các nốt mờ của bệnh bụi phổi	11	1,12
Gãy xương sườn	2	0,38

U phổi (phế quản gốc phải, đáy phổi trái)	2	0,38
Khác (phế quản đậm, gãy xương đòn...)	178	34,30
Tổng	519	100

Ngoài những hình ảnh tổn thương của bệnh bụi phổi silic, ở người bệnh còn có thể gặp những hình ảnh tổn thương khác như xơ vữa động mạch chủ, tâm phế mạn, lao phổi, hình ảnh túi khí, ung thư... Trong đó hình ảnh tâm phế mạn chiếm tỷ lệ cao là 40,85%; xơ vữa động mạch chủ gặp ở 7,51%; hình ảnh túi khí chiếm 3,85%; hình dạng và kích thước bất thường của tim chiếm 3,28%. Ngoài ra, còn một số hình ảnh khác như phế quản đậm, gãy xương đòn... chiếm 34,30%.

3.2. Chức năng thông khí phổi



Biểu đồ 3.2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo chức năng thông khí phổi

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn kết quả đo chức năng hô hấp ở đối tượng nghiên cứu là bình thường (55,31%). RLTK thông khí hỗn hợp chiếm tỷ lệ 20,63%; RLTK hạn chế chiếm 18,54%; RLTK tắc nghẽn có tỷ lệ thấp nhất là 5,52%.

Bảng 3.3: Phân loại mức độ rối loạn thông khí hạn chế và tắc nghẽn

Mức độ rối loạn thông khí	Số lượng	%
Rối loạn thông khí hạn chế (n=178)	Nhẹ	2 (1,12)
	Trung bình	176 (98,88)
Rối loạn thông khí tắc nghẽn (n=53)	Nhẹ	3 (4,76)
	Trung bình	50 (95,24)

Trong số 178 trường hợp có RLTK hạn chế thì có 2 trường hợp có RLTK hạn chế nhẹ chiếm 1,12% trên tổng số người bệnh có RLTK hạn chế; 176 trường hợp có RLTK hạn chế trung bình chiếm 98,88% trong số những người bệnh có RLTK hạn chế. Không có trường hợp nào có RLTK hạn chế mức độ nặng và rất nặng.

Về RLTK tắc nghẽn, có 53 trường hợp có RLTK này. Trong số đó tỷ lệ RLTK tắc nghẽn mức độ trung bình hay gặp nhất với 50 trường hợp chiếm 95,24%; tiếp đó là RLTK tắc nghẽn mức độ nhẹ chiếm 4,76%. Không có trường hợp NLD

nào mắc RLTK tắc nghẽn mức độ nặng/rất nặng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hình ảnh X-quang phổi theo tiêu chuẩn ILO. Phim X-quang phổi của người lao động được đọc dựa trên hướng dẫn sử dụng của Tổ chức Lao động Quốc tế ILO về phân loại tổn thương trên phim X-quang của người bệnh bụi phổi.² Trong số 960 người lao động được chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi silic được lấy vào nghiên cứu, hình ảnh tổn thương trên phim X-quang chủ yếu là hình ảnh tổn thương đám mờ nhỏ với mật độ tổn thương hầu hết thuộc phân nhóm chính là 1 (84,38%). Phân tích hình ảnh tổn thương đám mờ nhỏ theo phân nhóm chính, tỷ lệ người bệnh có kích thước tổn thương tròn đều p (từ 0,1 đến 1,5mm) chiếm tỷ lệ cao nhất 87,71% (842 người); tiếp theo là tỷ lệ người bệnh có kích thước tổn thương không tròn đều s (từ 0,1 đến 1,5mm) chiếm 8,96% (86 người). Từ đó nhận thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu có hình ảnh kích thước tổn thương đám mờ nhỏ trên phim X-quang có kích thước nhỏ: p,s và đặc biệt là hình ảnh tổn thương có kích thước nhỏ tròn đều. Điều này có thể giải thích là do những người lao động này hầu hết bệnh đang ở giai đoạn nhẹ và mới được phát hiện nên các tổn thương còn mới và nhỏ. Mặt khác do trang thiết bị đã có nhiều cải tiến nên có thể phát hiện ra những tổn thương nhỏ trên phim X-quang chụp phổi. Kết quả này khá giống với nghiên cứu của A. Fakharian, kích thước của các nốt mờ chủ yếu thuộc các nhóm p/p, q/q và q/t.³ Khác với kết quả trong nghiên cứu trên công nhân mỏ ở Pennsylvania với thời gian khai thác mỏ trung bình là 16 năm, các bất thường trên phim X-quang chủ yếu là q/q (35,16%) tương ứng với các nốt mờ có đường kính từ 1,5 đến 3,0mm.⁴ Đám mờ nhỏ kích thước q,r và t,u chiếm tỷ lệ thấp chứng tỏ bệnh bụi phổi tiến triển chậm và tùy theo cơ địa của người bệnh thích nghi được với các biến đổi ở phổi nên khi phát hiện được bệnh đã ở thể nặng như 4 người bệnh trên phim X-quang có kích thước đám mờ r (từ 3,0 đến 10,0mm).

Kết quả cho thấy, phần lớn người bệnh có mật độ đám mờ theo phân nhóm chính là 1 chiếm tỷ lệ 84,38%; tiếp theo là tỷ lệ người bệnh có mật độ đám mờ theo phân nhóm chính là 2 chiếm 11,77%; thấp nhất là nhóm người bệnh có mật độ đám mờ theo phân nhóm chính là 3 chiếm 3,85%. Kết quả của nghiên cứu tương tự nghiên cứu của nhiều tác giả khi nghiên cứu về đặc điểm bệnh bụi phổi silic của những người lao động tiếp xúc trực tiếp với bụi silic ở các ngành

nghe, bệnh bụi phổi silic mà người lao động mắc tại thời điểm đánh giá đa số là thể nhẹ có mật độ phân nhóm chính là 1.⁵

Về vùng tổn thương, tổng số vùng trên phim X-quang của người lao động khi chia 2 phổi thành 3 vùng trên, giữa, dưới, ở những đối tượng này tổng số vùng có hình ảnh tổn thương chủ yếu là 6 vùng (vùng trên phổi phải, vùng giữa phổi phải, vùng dưới phổi phải, vùng trên phổi trái, vùng giữa phổi trái và vùng dưới phổi trái) tỷ lệ này chiếm 55,42%. Những người lao động có tổng số vị trí tổn thương là 1 hoặc 2 rất thấp chỉ chiếm 3,54%. Điều này cho ta thấy rõ rằng đặc điểm bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp là hình ảnh xơ hóa lan tỏa và phát triển các hạt ở hai phổi gây ra triệu chứng khó thở trên lâm sàng.

Ngoài những hình ảnh tổn thương đặc trưng của bệnh bụi phổi silic trên phim X-quang ở những người lao động này còn thấy một số hình ảnh khác như xơ vữa động mạch chủ (7,51%), tâm phế mạn (40,85%), hình ảnh túi khí (3,85%), hình dạng và kích thước bất thường của tim (3,28%), sự kiên kết của các đám mờ nhỏ (3,08%),... Nghiên cứu của Ngô Thùy Nhung cho thấy các hình ảnh có thể gặp ở bệnh nhân bụi phổi là hạch trung thất to, lao kết hợp, liên kết đám mờ, tràn khí, tràn dịch màng phổi, vôi hóa đám mờ, vôi hóa rốn phổi, ung thư...⁶ Có thể thấy những tổn thương này không hoàn toàn giống nhau nhưng đều là những tổn thương nặng và nguy hiểm cho người bệnh đã mắc bệnh bụi phổi. Nên cần có những biện pháp can thiệp sớm hơn cho người lao động để tránh mắc bệnh bụi phổi và những biến chứng xuất hiện sau khi bệnh bụi phổi tiến triển.

4.2. Chức năng thông khí phổi, Có thể thấy rối loạn thông khí tắc nghẽn phản ánh tổn thương của đường dẫn khí bị ảnh hưởng do các dịch tiết tế bào biểu mô bị phù nề gây hẹp đường dẫn khí. Còn rối loạn thông khí hạn chế do giảm thể tích phổi hay do xơ hóa, xơ sẹo ở nhu mô phổi. Và khi có đồng thời cả hẹp đường dẫn khí và thu hẹp nhu mô phổi sẽ gây ra rối loạn thông khí hỗn hợp. Bệnh nhân bụi phổi silic ở giai đoạn sớm hay gặp rối loạn thông khí hạn chế, ở giai đoạn cuối gây rối loạn thông khí tắc nghẽn và rối loạn thông khí hỗn hợp do bệnh kéo dài kết hợp với những tổn thương khác.⁷ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 55,31% (531 người) chưa có biểu hiện rối loạn thông khí phổi; 20,63% người lao động có rối loạn thông khí hỗn hợp và 18,54% trong số đó có rối loạn thông khí hạn chế; 5,22% người lao động có rối loạn thông khí tắc nghẽn. Kết quả này khá tương đồng với

nghiên cứu trước đó của Nguyễn Ngọc Anh năm 2019-2020 trên đối tượng người bệnh bụi phổi silic đến khám tại bệnh viện phổi Trung ương, kết quả có 51,2% số người bệnh chưa có biểu hiện rối loạn thông khí; 19,8% người bệnh có rối loạn thông khí hỗn hợp; 15,1% người bệnh có rối loạn thông khí tắc nghẽn và 14% người bệnh có rối loạn thông khí hạn chế.⁸ Tuy nhiên có sự khác với nghiên cứu của Khương Văn Duy cho kết quả: 23,3% đối tượng có rối loạn thông khí hạn chế; 23,3% có rối loạn thông khí tắc nghẽn và 12,7% có rối loạn thông khí hỗn hợp.⁷

Về phân bố đối tượng theo rối loạn thông khí, trong 178 người lao động bị RLTK hạn chế, nam giới chiếm tỷ lệ 91,01% (162/178). Tỷ lệ người bệnh bị RLTK hạn chế chủ yếu là ở mức độ trung bình chiếm 98,88% số người bệnh có RLTK hạn chế. Có 53 người bệnh bị RLTK tắc nghẽn thì có 83,02% (44/53) người bệnh là nam giới, phần lớn trong số này là RLTK tắc nghẽn mức độ trung bình chiếm 95,24%. Nghiên cứu của Vũ Thị Nhung cho thấy đa số người lao động có RLTK hạn chế mức độ nhẹ chiếm 85,5%; tỷ lệ người lao động có RLTK hạn chế mức độ vừa và nặng là 11,4% và 3,1%. Có 3 người lao động có RLTK tắc nghẽn đều ở mức độ vừa, 2 người lao động có RLTK hỗn hợp đều ở mức độ nặng.⁹ Mặc dù những tổn thương trên X-quang đã phân tích ở trên chủ yếu là những tổn thương với kích thước nhỏ nhưng số người bệnh có RLTK mức độ trung bình lại chiếm ưu thế, nếu như không có những can thiệp thích hợp thì rất nhanh có thể sẽ chuyển sang giai đoạn nặng hơn. Điều này cho thấy chúng ta cần có những biện pháp can thiệp sớm để ngăn chặn sự tiến triển của bệnh bụi phổi silic nhằm nâng cao sức khỏe của người lao động. Mặc dù bệnh gây ra những hậu quả nghiêm trọng, tuy nhiên không phải nhà tuyển dụng nào cũng chấp nhận bồi thường cho người lao động do bệnh nghề nghiệp mà họ mắc phải. Vậy nên chính người lao động cần phải chủ động tự bảo vệ mình bằng cách tuân thủ các quy tắc về an toàn lao động, mang đầy đủ các trang thiết bị phòng hộ cá nhân để hạn chế tiếp xúc với bụi silic. Ngoài ra, các nhà quản lý cần có những quy định chặt chẽ hơn đối với chủ doanh nghiệp trong việc sử dụng lao động.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy trên hình ảnh X-quang của người lao động mắc bệnh bụi phổi silic, tổn thương nhu mô phổi chủ yếu là hình ảnh đám mờ nhỏ với kích thước p (87,71%). Phần lớn người bệnh có tổng số vùng tổn thương

là 6 vùng chiếm 55,42%. Phần lớn kết quả chức năng thông khí phổi của người bệnh bình thường (55,31%); 20,63% người bệnh có rối loạn thông khí hỗn hợp; 18,54% người bệnh có rối loạn thông khí hạn chế và 5,52% người bệnh có rối loạn thông khí tắc nghẽn.

TÀI LIỆU TAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Anh, Lê Thị Thanh Xuân, Khương Văn Duy và cs. Đặc điểm các hình ảnh bất thường trên phim X-quang 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.
2. Klinikum Westfalen – Knappschaftskrankenhaus D of R. ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses (Digital Format). 2011. http://www.ilo.org/global/publications/books/WC_MS_168337/lang-en/index.htm
3. A. Fakharian, S. Kahkoi, et al. Clinical and radiological findings in patients with silicosis based on ILO classification. Accessed May 14, 2023. <https://www.ers-education.org/lr/show-details/?idP=55411>
4. Lê Thị Hằng (2007). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học bệnh bụi phổi silic ở công nhân sản xuất

- vật liệu xây dựng và hiệu quả biện pháp can thiệp – Luận án tiến sĩ – Cơ sở dữ liệu toàn văn. Accessed November 2, 2022. <http://luanan.nlv.gov.vn/luanan?a=d&d=TTpGLiareHWe2007.1.1>
5. Lê Thị Hương (2021). Ứng dụng kỹ thuật tiên tiến trong chẩn đoán sớm bệnh bụi phổi silic. Accessed May 14, 2023. https://old.hmu.edu.vn/mobile/tID6868_ung-dung-ky-thuat-tien-tien-trong-chuan-doan-som-benh-bui-phoi-silic.html
 6. Ngô Thùy Nhung (2017). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mắc bệnh bụi phổi đến khám và điều trị tại bệnh viện phổi trung ương từ tháng 6/2015 đến tháng 12/2016. Khóa luận tốt nghiệp.
 7. Khương Văn Duy (2020). Rối loạn chức năng hô hấp của bệnh nhân bụi phổi silic tại bệnh viện phổi trung ương năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam.
 8. Anh NN, Xuân LTT, Hương LT, Quân PT, Quỳnh NT. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bụi phổi silic điều trị tại bệnh viện phổi trung ương, năm 2019-2020. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 509(2). doi: 10.51298/vmj.v509i2.1789
 9. Vũ Thị Nhung (2020). Thực trạng môi trường lao động và chức năng hô hấp của người lao động luyện kim tại tỉnh Thái Nguyên, năm 2019. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa.

ÁP DỤNG PHÂN LOẠI WASSERMAN TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Hoàng Đình Âu¹, Trương Thị Thanh¹

TÓM TẮT

Mục đích: Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TTL) là một vấn đề sức khỏe phổ biến ở nam giới lớn tuổi vì có thể gây tắc nghẽn đường ra bàng quang (triệu chứng tiết niệu tắc nghẽn) hoặc triệu chứng tiết niệu kích thích. Mục đích của nghiên cứu này áp dụng phân loại Wasserman tăng sản lành tính TTL trên CHT ở một nhóm BN nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 25 bệnh nhân nam đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà nội từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2022 do PSA toàn phần cao và/hoặc có rối loạn tiểu tiện. Tất cả các bệnh nhân đều được chụp CHT tuyến tiền liệt đa thông số và được sinh thiết TTL dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng, có kết quả mô bệnh học là tăng sản lành tính TTL. Các thông số TTL bao gồm tổng thể tích tuyến, thể tích vùng chuyển tiếp, PSA toàn phần, PSA tỷ trọng và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp được lưu vào hồ sơ nghiên cứu. Tăng sản lành tính TTL được

xác định trên hình ảnh CHT theo hướng axial, sagittal và coronal và được phân thành 7 loại theo Wasserman. **Kết quả:** Tổng cộng có 25 bệnh nhân tăng sản lành tính TTL đã được xác định bằng mô bệnh học. Giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị) của tuổi, thể tích TTL, thể tích vùng chuyển tiếp, PSA toàn phần, PSA tỷ trọng và PSA tỷ trọng vùng chuyển tiếp của nhóm BN lần lượt là 68 (64-71.5), 64 cm³ (40-83.5 cm³), 48.3 cm³ (30.5-73 cm³), 13.4 ng/ml (9.1-20.2 ng/ml), 0.17 ng/ml/cm³ (0.11-0.39 ng/ml/cm³) và 0.27 ng/ml/cm³ (0.14-0.57 ng/ml/cm³). Theo phân loại Wasserman có 01 loại 0 (thể tích TTL ≤ 25 cm³ do không có hoặc có ít vùng phì đại); 08 loại 1 (phì đại vùng chuyển tiếp hai bên); 05 loại 2 (phì đại sau niệu đạo); 07 loại 3 (đồng thời phì đại vùng chuyển tiếp hai bên và sau niệu đạo); không có ca loại 4, (phì đại một hoặc nhiều cuống); 01 loại 5 (có cuống kèm phì đại chuyển tiếp hai bên và/hoặc phì đại phía sau niệu đạo); 02 loại 6 (phì đại vùng dưới tam giác cổ hoặc phì đại lạc chỗ) và 01 loại 7 (phì đại phổi hợp giữa các vùng). **Kết luận:** Phân loại Wasserman tăng sản lành tính TTL trên CHT có giá trị cao để đánh giá mối tương quan với các dấu hiệu lâm sàng, từ đó lập kế hoạch điều trị phù hợp cho bệnh nhân tùy thuộc loại tăng sản lành tính TTL.

Từ khóa: tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, cộng hưởng từ, hệ thống phân loại Wasserman

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023