

Số: 60 /2025/TT-BYT

Hà Nội, ngày 31 tháng 12 năm 2025

THÔNG TƯ

**Quy định về bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội
và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm
khả năng lao động do bệnh nghề nghiệp**

Căn cứ Luật An toàn, vệ sinh lao động số 84/2015/QH13;

Căn cứ Luật Bảo hiểm xã hội số 41/2024/QH15;

Căn cứ Nghị định số 58/2020/NĐ-CP ngày 27 tháng 5 năm 2020 của Chính phủ quy định mức đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc vào Quỹ bảo hiểm tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp;

Căn cứ Nghị định số 88/2020/NĐ-CP ngày 28 tháng 7 năm 2020 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật An toàn, vệ sinh lao động về bảo hiểm tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp bắt buộc;

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Phòng bệnh;

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư quy định về bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động do bệnh nghề nghiệp.

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Thông tư này quy định về danh mục bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động do bệnh nghề nghiệp.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

Trong Thông tư này, những từ ngữ dưới đây được hiểu như sau:

- Giới hạn tiếp xúc tối thiểu* là mức tiếp xúc thấp nhất với yếu tố có hại trong quá trình lao động để có thể gây nên bệnh nghề nghiệp.
- Thời gian tiếp xúc tối thiểu* là thời gian tiếp xúc ngắn nhất với yếu tố có hại trong quá trình lao động để có thể gây bệnh nghề nghiệp.
- Thời gian bảo đảm* là khoảng thời gian kể từ khi người lao động đã thôi tiếp xúc với yếu tố có hại đến thời điểm vẫn còn khả năng phát bệnh do yếu tố có hại đó.

4. Thời gian ủ bệnh tối thiểu là khoảng thời gian ngắn nhất kể từ khi bắt đầu phơi nhiễm đến khi bắt đầu mắc bệnh mà dưới thời gian đó, nếu phơi nhiễm sẽ không có khả năng gây ra bệnh.

Điều 3. Danh mục bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động do bệnh nghề nghiệp

1. Bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này.

2. Bệnh bụi phổi amiăng nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

3. Bệnh bụi phổi bông nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

4. Bệnh bụi phổi talc nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

5. Bệnh bụi phổi than nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này.

6. Bệnh viêm phế quản mạn tính nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục VI ban hành kèm theo Thông tư này.

7. Bệnh hen nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục VII ban hành kèm theo Thông tư này.

8. Bệnh nhiễm độc chì nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục VIII ban hành kèm theo Thông tư này.

9. Bệnh nhiễm độc nghề nghiệp do benzen và đồng đẳng và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục IX ban hành kèm theo Thông tư này.

10. Bệnh nhiễm độc thủy ngân nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục X ban hành kèm theo Thông tư này.

11. Bệnh nhiễm độc mangan nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XI ban hành kèm theo Thông tư này.

12. Bệnh nhiễm độc 2, 4, 6 - Trinitrotoluen nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XII ban hành kèm theo Thông tư này.

13. Bệnh nhiễm độc Arsenic nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XIII ban hành kèm theo Thông tư này.

14. Bệnh nhiễm độc hóa chất bảo vệ thực vật nghề nghiệp (nhóm Phosphor hữu cơ và Carbamat) và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XIV ban hành kèm theo Thông tư này.

15. Bệnh nhiễm độc nicotin nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XV ban hành kèm theo Thông tư này.

16. Bệnh nhiễm độc carbon monoxide nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XVI ban hành kèm theo Thông tư này.

17. Bệnh nhiễm độc cadmi nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XVII ban hành kèm theo Thông tư này.

18. Bệnh điếc nghề nghiệp do tiếng ồn và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XVIII ban hành kèm theo Thông tư này.

19. Bệnh giảm áp nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XIX ban hành kèm theo Thông tư này.

20. Bệnh nghề nghiệp do rung toàn thân và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XX ban hành kèm theo Thông tư này.

21. Bệnh nghề nghiệp do rung cục bộ và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXI ban hành kèm theo Thông tư này.

22. Bệnh phóng xạ nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXII ban hành kèm theo Thông tư này.

23. Bệnh đục thể thủy tinh nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXIII ban hành kèm theo Thông tư này.

24. Bệnh nốt dầu nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXIV ban hành kèm theo Thông tư này.





25. Bệnh sạm da nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXV ban hành kèm theo Thông tư này.

26. Bệnh viêm da tiếp xúc nghề nghiệp do crôm và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXVI ban hành kèm theo Thông tư này.

27. Bệnh da nghề nghiệp do tiếp xúc môi trường ẩm ướt, lạnh kéo dài và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXVII ban hành kèm theo Thông tư này.

28. Bệnh da nghề nghiệp do tiếp xúc với cao su tự nhiên và hóa chất phụ gia cao su và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXVIII ban hành kèm theo Thông tư này.

29. Bệnh Leptospira nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXIX ban hành kèm theo Thông tư này.

30. Bệnh viêm gan vi rút B nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXX ban hành kèm theo Thông tư này.

31. Bệnh lao nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXXI ban hành kèm theo Thông tư này.

32. Nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXXII ban hành kèm theo Thông tư này.

33. Bệnh viêm gan vi rút C nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXXIII ban hành kèm theo Thông tư này.

34. Bệnh ung thư trung biểu mô nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXXIV ban hành kèm theo Thông tư này.

35. Bệnh viêm đường hô hấp cấp do chủng mới của vi rút Corona gây ra (COVID-19) nghề nghiệp và hướng dẫn chẩn đoán, giám định mức suy giảm khả năng lao động quy định tại Phụ lục XXXV ban hành kèm theo Thông tư này.

Điều 4. Nguyên tắc chẩn đoán, điều trị, dự phòng đối với người lao động bị mắc bệnh nghề nghiệp

1. Người lao động sau khi được chẩn đoán mắc bệnh nghề nghiệp cần phải:

a) Hạn chế tiếp xúc yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp đó;

b) Điều trị theo Hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế. Đối với nhóm bệnh nhiễm độc nghề nghiệp phải được thải độc, giải độc kịp thời;

Luật
Yêu
HL

c) Được người sử dụng lao động giới thiệu đi khám giám định y khoa xác định mức độ suy giảm khả năng lao động để hưởng chế độ bảo hiểm xã hội, được điều trị, điều dưỡng, phục hồi chức năng lao động theo quy định của pháp luật.

2. Bệnh nghề nghiệp quy định tại các khoản 1, 2, 4, 5, 11, 18, 20, 21 và 34 Điều 3 Thông tư này và ung thư do các bệnh nghề nghiệp quy định tại Điều 3 Thông tư này (trừ khoản 34) không có khả năng điều trị ổn định cần chuyển khám giám định ngay.

3. Trường hợp chẩn đoán các bệnh nhiễm độc nghề nghiệp cho người lao động trong thời gian bảo đảm không nhất thiết phải có các xét nghiệm xác định độc chất trong cơ thể khi các tiêu chí khác đã đáp ứng giới hạn tiếp xúc tối thiểu tương ứng với từng bệnh nhiễm độc nghề nghiệp.

Điều 5. Tiêu chí để xác định bệnh nghề nghiệp để bổ sung vào Danh mục bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội

Việc xác định bệnh nghề nghiệp để bổ sung vào Danh mục bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội căn cứ vào một trong các tiêu chí sau đây:

1. Xác định được mối liên hệ giữa việc tiếp xúc với yếu tố có hại trong quá trình lao động với một bệnh cụ thể. Một số bệnh có thể xuất hiện sau nhiều năm tiếp xúc lần đầu với yếu tố có hại trong quá trình lao động, người lao động có thể đã nghỉ hưu hoặc chuyển sang công việc khác.

2. Bệnh xảy ra trong nhóm người lao động tiếp xúc với yếu tố có hại thường có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn so với nhóm người lao động không tiếp xúc.

3. Bệnh xảy ra ở người lao động do tiếp xúc với yếu tố có hại trong quá trình lao động nhưng chưa có điều kiện nghiên cứu tại Việt Nam mà đã được quốc tế công nhận là bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội thì bổ sung vào danh mục bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội.

Điều 6. Quy định về hội chẩn để chẩn đoán bệnh nghề nghiệp

1. Hội chẩn được tiến hành đối với các trường hợp chẩn đoán các bệnh thuộc nhóm bệnh bụi phổi, bệnh nghề nghiệp do rung cục bộ và rung toàn thân và các trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; Hội đồng hội chẩn do người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định thành lập. Trong trường hợp cần thiết, Chủ tịch Hội đồng quyết định việc trưng cầu chuyên gia về lĩnh vực cần hội chẩn.

2. Kết luận hội chẩn được hoàn chỉnh và ghi vào Biên bản hội chẩn bệnh nghề nghiệp theo mẫu quy định tại Phụ lục XXXVII ban hành kèm theo Thông tư này.

3. Trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn chỉnh Biên bản hội chẩn và Hồ sơ bệnh nghề nghiệp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác phù hợp để có chẩn đoán xác định.

Điều 7. Trách nhiệm thực hiện

1. Trách nhiệm của Cục Phòng bệnh:

Luật
XV
HL

a) Chủ trì, phối hợp với các cơ quan có liên quan tổ chức triển khai, sơ kết, tổng kết việc thực hiện Thông tư này trên phạm vi toàn quốc;

b) Chủ trì, phối hợp với các cơ quan có liên quan đề xuất sửa đổi, bổ sung hoặc xây dựng mới và hướng dẫn triển khai việc thực hiện các quy định về:

- Danh mục bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội.

- Hướng dẫn chẩn đoán bệnh nghề nghiệp.

- Hướng dẫn giám định tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh nghề nghiệp (hay còn gọi là mức suy giảm khả năng lao động).

c) Kiểm tra giám sát, đề xuất với cơ quan có thẩm quyền xử lý các hành vi vi phạm theo quy định của pháp luật.

2. Trách nhiệm của Cục Quản lý khám, chữa bệnh:

Chủ trì, phối hợp với Cục Phòng bệnh trong việc xây dựng mới hoặc sửa đổi, bổ sung phác đồ điều trị các bệnh nghề nghiệp trong Danh mục bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội.

3. Trách nhiệm của cơ quan chuyên môn được Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương phân cấp:

a) Chủ trì trong việc tổ chức triển khai thực hiện và sơ kết, tổng kết việc triển khai Thông tư này trong phạm vi quản lý;

b) Căn cứ vào tiêu chí quy định tại Điều 5 Thông tư này, đề xuất các bệnh mới thuộc các lĩnh vực, ngành nghề để Bộ Y tế xem xét bổ sung vào Danh mục bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội;

c) Kiểm tra, xử lý vi phạm và giải quyết vướng mắc trong việc thực hiện Thông tư này theo quy định của pháp luật.

4. Trách nhiệm của các Viện thuộc lĩnh vực y tế dự phòng, các trường đại học Y, Dược chủ động nghiên cứu, đề xuất các bệnh mới, đặc thù thuộc các lĩnh vực, ngành nghề để Bộ Y tế (Cục Phòng bệnh) xem xét tổng hợp, đề xuất bổ sung vào Danh mục bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội trên cơ sở các tiêu chí quy định tại Điều 5 Thông tư này.

5. Trách nhiệm của y tế các Bộ, ngành:

a) Căn cứ vào các tiêu chí quy định tại Điều 5 Thông tư này để đề xuất các bệnh mới, đặc thù thuộc các lĩnh vực, ngành nghề để Bộ Y tế xem xét bổ sung vào Danh mục bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội;

b) Hướng dẫn các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong ngành thực hiện đúng các quy định hiện hành của pháp luật về khám sức khỏe phát hiện bệnh nghề nghiệp; thường xuyên kiểm tra và kiên quyết xử lý nghiêm các tổ chức, cá nhân vi phạm pháp luật về bệnh nghề nghiệp.

6. Căn cứ vào các tiêu chí quy định tại Điều 5 Thông tư này, các cơ sở lao động, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nghề nghiệp và các cơ quan, tổ chức, cá nhân





có liên quan đề xuất bổ sung các bệnh mới thuộc các lĩnh vực, ngành nghề để Bộ Y tế (Cục Phòng bệnh) xem xét bổ sung vào Danh mục bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội.

Điều 8. Điều khoản tham chiếu

Trường hợp các văn bản được dẫn chiếu trong Thông tư này bị thay thế hoặc sửa đổi, bổ sung thì áp dụng theo các văn bản thay thế hoặc sửa đổi bổ sung.

Điều 9. Hiệu lực thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực kể từ ngày **15** tháng **02** năm 2026.
2. Các văn bản quy phạm pháp luật sau đây hết hiệu lực kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành:
 - a) Thông tư số 15/2016/TT-BYT ngày 15 tháng 5 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội;
 - b) Thông tư số 02/2023/TT-BYT ngày 09 tháng 02 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 15/2016/TT-BYT ngày 15 tháng 5 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về bệnh nghề nghiệp được hưởng bảo hiểm xã hội.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc, các đơn vị, tổ chức và cá nhân phản ánh kịp thời về Bộ Y tế (Cục Phòng bệnh) để xem xét giải quyết./. **T2**

Nơi nhận:

- Ban Bí thư Trung ương Đảng;
- Thủ tướng, các Phó Thủ tướng Chính phủ;
- Các bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;
- HĐND, UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Văn phòng Trung ương và các Ban của Đảng;
- Văn phòng Tổng Bí thư;
- Văn phòng Chủ tịch nước;
- Hội đồng Dân tộc và các Ủy ban của Quốc hội;
- Văn phòng Quốc hội;
- Tòa án nhân dân tối cao;
- Viện kiểm sát nhân dân tối cao;
- Kiểm toán nhà nước;
- Ngân hàng Chính sách xã hội;
- Ngân hàng Phát triển Việt Nam;
- Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam;
- Cơ quan Trung ương của các đoàn thể;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các đ/c Thứ trưởng Bộ Y tế (để phối hợp chỉ đạo);
- Các Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Công báo; Cổng Thông tin điện tử Chính phủ;
- Các Vụ, Cục, Văn phòng Bộ - Bộ Y tế;
- Cổng Thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, PB, PC.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Thị Liên Hương

Phụ lục I

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG DO BỆNH BỤI PHỔI SILIC NGHỀ NGHIỆP (Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp là bệnh xơ hóa phổi tiến triển do hít phải bụi silic trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Bụi silic (SiO_2) trong không khí môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Khoan, đập, khai thác quặng đá có chứa SiO_2 ;
- Tán, nghiền, sàng và thao tác khô các quặng hoặc đá có chứa SiO_2 ;
- Công việc luyện kim, đúc có tiếp xúc với bụi silic (khuôn mẫu, làm sạch vật đúc,...);
- Đẽo và mài đá có chứa SiO_2 ;
- Sản xuất và sử dụng các loại đá mài, bột đánh bóng và các sản phẩm khác có chứa SiO_2 ;
- Chế biến chất carborundum, chế tạo thủy tinh, đồ sành sứ các đồ gốm khác, gạch chịu lửa;
- Các công việc mài, đánh bóng, rửa khô bằng đá mài có chứa SiO_2 ;
- Làm sạch hoặc làm nhẵn bằng tia cát;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với bụi silic.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Bệnh bụi phổi silic cấp tính

Xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc có tiếp xúc với bụi silic quy định tại Mục 3, Phần I;
- Nồng độ bụi silic trong môi trường lao động vượt quá 5 lần giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 02: 2019/BYT;
- Xác định bằng sự hiện diện của hạt silico trong mô phổi.

4.1.2. Bệnh bụi phổi silic mạn tính:

Xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc có tiếp xúc với bụi silic quy định tại Mục 3, Phần I

của Phụ lục này;

- Nồng độ bụi silic trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 02: 2019/BYT;
- Xác định bằng sự hiện diện của hạt silico trong mô phổi.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Cấp tính: 02 tháng
- Mạn tính: 05 năm, trong đó có ít nhất 01 năm vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 02: 2019/BYT (áp dụng tiêu chí thứ 2 Mục 4.1.2 Phần I)

4.3. Thời gian bảo đảm

- Cấp tính: 10 năm
- Mạn tính: Suốt đời

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

- Thể cấp tính: ho, khó thở thường xuất hiện sớm; có thể có sụt cân, tím tái, yếu mệt, ran nổ và ran ẩm;
- Thể mạn tính có thể có các triệu chứng sau đây:
 - + Khó thở khi gắng sức, sau đó là khó thở thường xuyên;
 - + Đau tức ngực, ho, khạc đờm;
 - + Có thể có ran nổ, ran ẩm.

5.2. Cận lâm sàng

- Hình ảnh tổn thương trên phim chụp X- quang phổi thẳng tư thế sau trước:
 - + Có nốt mờ nhỏ tròn đều ký hiệu p, q, r hoặc đám mờ lớn ký hiệu A, B, C (theo bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO – RP*) hoặc bộ phim mẫu kỹ thuật số ILO - RP). Ở thể cấp tính các nốt mờ thường dày đặc 2 trường phổi. Ở thể mạn tính giai đoạn đầu các nốt mờ thường chỉ tập trung ở phần giữa phế trường;
 - + Có thể thấy hình ảnh khí phế thũng, hoại tử tạo hang, vôi hóa dạng vỏ trứng;
- Chức năng hô hấp: Có thể có rối loạn thông khí phổi (chủ yếu rối loạn thông khí hạn chế);
- Chụp cắt lớp vi tính phổi độ phân giải cao (HRCT) (nếu cần): Hình ảnh nốt mờ nhỏ tương tự p, q, r hoặc đám mờ lớn A, B, C trong phim X- quang phổi thẳng, kính mờ, đông đặc, tổ ong, hình ảnh hạch trung thất, hạch rốn phổi hình ảnh vôi hóa vỏ trứng (egg shell);
- Lấy bệnh phẩm xác định hạt silico trong mô phổi có thể theo các phương pháp sau (nếu cần):

Handwritten signature and initials

- + Sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính;
- + Sinh thiết phổi qua nội soi phế quản ống mềm dưới hướng dẫn của siêu âm và màn tăng sáng;
- + Sinh thiết phổi xuyên phế quản bằng áp lạnh;
- + Phẫu thuật nội soi lồng ngực lấy mẫu mô sinh thiết có hỗ trợ bằng video.

6. Tiến triển, biến chứng

- Bệnh không hồi phục, vẫn tiến triển sau khi ngừng tiếp xúc với bụi silic;
- Xơ hóa phổi khối tiến triển;
- Hoại tử hang;
- Viêm phế quản cấp hoặc mạn tính;
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD);
- Tâm phế mạn (Suy tim do bệnh phổi mạn tính);
- Tràn khí màng phổi tự phát;
- Ung thư phế quản phổi.

7. Bệnh kết hợp

Bệnh lao phổi

Bệnh bụi phổi silic-than

8. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh bụi phổi khác;
- Bệnh hệ thống tạo keo (Collagen);
- Ung thư phổi thứ phát;
- Bệnh phổi nhiễm nấm (Histoplasma);
- Bệnh lao phổi đơn thuần;
- Bệnh Sarcoidosis;
- Bệnh nội sinh siderosis (phổi nhiễm sắt);
- Bệnh viêm phế nang xơ hóa;
- Một số bệnh phổi kẽ khác.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám chuyên khoa hô hấp và tùy từng trường hợp cụ thể chỉ định thêm chuyên khoa:
 - + Lao và bệnh phổi
 - + Ung bướu

Handwritten signature and initials in blue ink.

- + Tim mạch
- + Bệnh nghề nghiệp
- + Chuyên khoa khác (nếu cần)

- Cận lâm sàng: Chụp X- quang phổi thẳng tư thế sau trước, đo chức năng hô hấp, cận lâm sàng khác (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

- Tiêu chí để chẩn đoán xác định áp dụng theo Mục 4, Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

- Hội chẩn bệnh nghề nghiệp theo mẫu quy định tại Phụ lục 3 Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 15/3/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành “Mẫu hồ sơ Khám giám định y khoa”.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh đã nêu tại Mục 8, Phần I của Phụ lục này.

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân mắc bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Tổn thương trên phim X- quang phổi thẳng (**)	
1.1.	Hình ảnh nốt mờ nhỏ (tương đương với thể p, q, r trên bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO – RP*) hoặc bộ phim mẫu kỹ thuật số ILO - RP)	
1.1.1.	Thể 0/1p; 0/1q; 0/1r	11
1.1.2.	Thể 1/0p; 1/0q	31
1.1.3.	Thể 1/0r; 1/1p; 1/1q	41
1.1.4.	Thể 1/1r; 1/2p; 1/2q	45
1.1.5.	Thể 1/2r; 2/1p; 2/1q	49
1.1.6.	Thể 2/1r; 2/2p; 2/2q	53
1.1.7.	Thể 2/2r; 2/3p; 2/3q	57
1.1.8.	Thể 2/3r; 3/3p; 3/3q	61
1.1.9.	Thể 3/3r; 3/+p và 3/+q	65
	<i>Lưu ý: Các thể từ 1/0 trở lên nếu có rối loạn thông khí tùy theo mức độ thì tỷ lệ được tổng hợp với tỷ lệ rối loạn thông khí phổi</i>	

*Luật
Đuân*

1.2.	Hình ảnh đám mờ lớn - Xơ hóa khối	
1.2.1.	Thẻ A	65
1.2.2.	Thẻ B	71
1.2.3.	Thẻ C	81
2.	Tràn khí màng phổi: quy định tại Mục 2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Rối loạn thông khí phổi: quy định tại Mục 11 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Tâm phế mạn: quy định tại Mục 12 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.	Bệnh kết hợp (lao phổi): quy định tại Mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do lao nghề nghiệp Phụ lục 31 của Thông tư này.	
6.	Bệnh kết hợp (Bụi phổi than): quy định tại Phụ lục 05 của Thông tư này	
7.	Ung thư phế quản phổi,: quy định tại Mục 9.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
7.	Với đối tượng dưới 25 tuổi có thể bệnh từ 1/0 trở lên được tổng hợp 5% - 10% vào tỷ lệ chung của tổn thương cơ thể	

(*) Bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế - ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses (ILO - RP)

(**) Yêu cầu kỹ thuật chụp phim X- quang phổi thẳng tư thế sau trước theo chụp phổi thường quy đáp ứng được tiêu chuẩn của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO - RP).

Luân 2
tuân

Phụ lục II

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG DO BỆNH BỤI PHỔI AMIĂNG NGHỀ NGHIỆP

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh bụi phổi amiăng nghề nghiệp là bệnh xơ hóa phổi tiến triển có hoặc không kết hợp với xơ hóa màng phổi do hít phải bụi amiăng trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Bụi amiăng trong không khí môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Khoan, đập phá, khai thác quặng hay đá có amiăng;
- Tán, nghiền, sàng và thao tác khô với quặng hoặc đá có amiăng;
- Chải sợi, kéo sợi và dệt vải amiăng;
- Làm cách nhiệt bằng amiăng;
- Áp dụng amiăng vào súng bắn nhiệt;
- Sản xuất, sửa chữa, xử lý tấm lợp amiăng-ximăng, các gioăng bằng amiăng và cao su; má phanh bằng amiăng; bìa các-tông và giấy có amiăng;
- Sản xuất phân lân, thợ sửa chữa ô tô, xe máy;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với amiăng.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc có tiếp xúc với amiăng quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này.;
- Nồng độ amiăng vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 02: 2019/BYT;
- Xác định bằng sự hiện diện của các thể amiăng hoặc sợi amiăng trong các mẫu sinh học (dịch rửa phế nang phế quản hoặc sinh thiết phổi).

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

Mạn tính: 05 năm, trong đó có ít nhất 1 năm vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 02: 2019/BYT (áp dụng tiêu chí thứ 2, Mục 4.1, Phần I của Phụ lục này.).

4.3. Thời gian ủ bệnh tối thiểu

- Bệnh bụi phổi amiăng: 05 năm
- Màng màng phổi, dày màng phổi, tràn dịch màng phổi, xẹp phổi tròn: 10 năm.

4.4. Thời gian bảo đảm

Suốt đời

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

Có thể có các triệu chứng sau đây:

- Khó thở khi gắng sức, sau đó là khó thở thường xuyên;
- Đau ngực, cử động lồng ngực giới hạn;
- Nghe phổi: Ràn nổ.

5.2. Cận lâm sàng

- Hình ảnh tổn thương trên phim chụp X- quang phổi thẳng tư thế sau trước:
 - + Có hình ảnh tổn thương nốt mờ nhỏ không tròn đều ký hiệu s, t, u hoặc đám mờ lớn ký hiệu A, B, C (theo bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO – RP*) hoặc bộ phim mẫu kỹ thuật số ILO - RP);
 - + Có thể có: Hình ảnh màng màng phổi; dày màng phổi khu trú hoặc lan tỏa, có hoặc không có calci hóa; tràn dịch màng phổi; xẹp phổi tròn;
 - Chức năng hô hấp: Có thể có rối loạn thông khí phổi (chủ yếu rối loạn thông khí hạn chế);
 - Chụp cắt lớp vi tính phổi độ phân giải cao (HRCT) (nếu cần): Hình ảnh nốt mờ nhỏ tương tự s, t, u hoặc đám mờ lớn A, B, C trong phim X- quang phổi thẳng, kính mờ, đông đặc, tổ ong, có thể có hình ảnh dày, canxi hóa màng phổi;
 - Lấy bệnh phẩm xác định thể amiăng và sợi amiăng có thể theo các phương pháp sau (nếu cần):
 - + Rửa phế quản - phế nang;
 - + Sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính;
 - + Sinh thiết phổi qua nội soi phế quản ống mềm dưới hướng dẫn của siêu âm và màn tăng sáng;
 - + Sinh thiết phổi xuyên phế quản bằng áp lạnh;
 - + Phẫu thuật nội soi lồng ngực lấy mẫu mô sinh thiết có hỗ trợ bằng video.

6. Tiến triển, biến chứng:

- Viêm phế quản cấp hoặc mạn tính;
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD);

Chấp
trình

- Tâm phế mạn (Suy tim do bệnh phổi mạn tính);
- Tràn khí màng phổi tự phát;
- Ung thư phế quản phổi;
- Ung thư trung biểu mô.

7. Bệnh kết hợp

Bệnh lao phổi.

8. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh Sarcoidosis;
- Bệnh hệ thống tạo keo;
- Ung thư phổi thứ phát;
- Bệnh phổi nhiễm nấm (Histoplasma);
- Viêm phổi quá mẫn;
- Các bệnh phổi kẽ khác.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám chuyên khoa Hô hấp và tùy từng trường hợp cụ thể chỉ định thêm chuyên khoa:

- + Lao và bệnh phổi
- + Ung bướu
- + Tim mạch
- + Bệnh nghề nghiệp
- + Chuyên khoa khác (nếu cần)

- Cận lâm sàng: Chụp X- quang phổi thẳng tư thế sau trước, đo chức năng hô hấp, cận lâm sàng khác (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

- Tiêu chí để chẩn đoán xác định áp dụng theo Mục 4, Mục 5, Phần I.
- Hội chẩn bệnh nghề nghiệp theo mẫu quy định tại Phụ lục 3 Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 15/3/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành “Mẫu hồ sơ Khám giám định y khoa”.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh đã nêu tại Mục 8, Phần I của Phụ lục này..
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân mắc bệnh bụi phổi amiăng nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có).

Choi K
tuor

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Tổn thương trên phim X- quang phổi thẳng (**)	
1.1.	Hình ảnh nốt mờ nhỏ (tương đương với thể s, t, u trên bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO – RP*) hoặc bộ phim mẫu kỹ thuật số ILO - RP)	
1.1.1.	Thể 0/1s; 0/1t; 0/1u	15
1.1.2.	Thể 1/0s; 1/0t	31
1.1.3.	Thể 1/0u; 1/1s; 1/1t	41
1.1.4.	Thể 1/1u; 1/2s; 1/2t	45
1.1.5.	Thể 1/2u; 2/1s; 2/1t	49
1.1.6.	Thể 2/1u; 2/2s; 2/2t	53
1.1.7.	Thể 2/2u; 2/3s; 2/3t	57
1.1.7.	Thể 2/3u; 3/3s; 3/3t	61
1.1.8.	Thể 3/3u; 3/+s; 3/+t	65
	<i>Lưu ý: Các thể từ 1/0 trở lên nếu có rối loạn thông khí tùy theo mức độ thì tỷ lệ được tổng hợp với tỷ lệ rối loạn thông khí phổi</i>	
1.2.	Hình ảnh đám mờ lớn - Xơ hóa khối	
1.2.1.	Thể A	65
1.2.2.	Thể B	71
1.2.3.	Thể C	81
2.	Tổn thương màng phổi (Hình ảnh trên phim X- quang phổi thẳng - có so sánh bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO – RP*) hoặc bộ phim mẫu kỹ thuật số ILO - RP)	
2.1.	Dày màng phổi khu trú/màng màng phổi có hoặc không có canxi hóa màng phổi	
2.1.1.	Độ dày dưới 5mm (Ký hiệu = a trên phim mẫu ILO - 2000)	25
2.1.2.	Độ dày từ 5 mm đến 10 mm (Ký hiệu = b trên phim mẫu ILO - 2000)	31
2.1.3.	Độ dày trên 10 mm (Ký hiệu = c trên phim mẫu ILO - 2000)	51
2.2.	Bất thường hoặc tù góc sườn hoành một bên	25
2.3.	Dày màng phổi lan tỏa - có hoặc không có canxi hóa màng phổi	

*Luật
Đường*

2.3.1.	Tổng đường kính dưới 2cm	25
2.3.2.	Tổng đường kính từ 2cm đến 10cm	35
2.3.3.	Tổng đường kính trên 10cm	45
3.	Tràn khí màng phổi: quy định tại Mục 2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Rối loạn thông khí phổi: quy định tại Mục 11 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.	Tâm phế mạn: quy định tại Mục 12 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
6.	Bệnh kết hợp (lao phổi): quy định tại Mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do lao nghề nghiệp Phụ lục 31 của Thông tư này.	
7.	Ung thư phế quản phổi: quy định tại Mục 9.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
8.	Ung thư trung biểu mô: quy định tại Phụ lục 34 của thông tư này	
9.	Với đối tượng dưới 25 tuổi (có thể bệnh từ 1/0 trở lên hoặc có độ dày màng phổi từ 5mm trở lên) được cộng lùi 5% - 10% vào tỷ lệ chung của suy giảm khả năng lao động	

(*) Bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế - ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses (ILO - RP)

(**) Yêu cầu kỹ thuật chụp phim X- quang phổi thẳng tư thế sau trước theo chụp phổi thường quy đáp ứng được tiêu chuẩn của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO - RP).

Thanh
Đuân

Phụ lục III

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG DO BỆNH BỤI PHỔI BÔNG NGHỀ NGHIỆP

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh bụi phổi bông nghề nghiệp là bệnh phổi đặc trưng bởi co thắt phế quản do tiếp xúc với bụi bông, đay, gai và lanh trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Bụi bông, đay, lanh, gai trong không khí môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Trồng, thu hoạch và chế biến bông, đay, lanh, gai;
- Sản xuất sợi, chỉ, dệt vải, may mặc (kể cả bông nhân tạo);
- Nghề, công việc tiếp xúc với bụi bông, đay, lanh, gai.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Bệnh bụi phổi bông cấp tính

Làm nghề, công việc có tiếp xúc với bụi bông quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này..

4.1.2. Bệnh bụi phổi bông mạn tính

Nồng độ bụi bông trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 02: 2019/BYT.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- 02 giờ đối với trường hợp cấp tính;
- 05 năm đối với trường hợp mạn tính, trong đó có ít nhất 01 năm vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 02: 2019/BYT.

4.3. Thời gian bảo đảm

- Cấp tính: 07 ngày
- Mạn tính: 05 năm.

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

Triệu chứng đau tức ngực, có thể kèm theo khó thở thì hít vào xuất hiện ở ngày đầu tiên trong tuần làm việc và có thể ở các ngày tiếp theo trong tuần và có

thể có:

- Thở khô khè;
- Ho.

5.2. Cận lâm sàng

- Chức năng hô hấp: Có thể có rối loạn thông khí tắc nghẽn hoặc hỗn hợp.
- + Thở cấp tính: FEV_1 sau ca làm việc giảm $\geq 5\%$ so với trước ca;
- + Thở mạn tính: $FEV_1 < 80\%$ giá trị lý thuyết;
- Thử nghiệm lấy da: dương tính với bụi bông (đối với trường hợp cấp tính);
- Nghiệm pháp phục hồi phế quản (nếu cần).

6. Phân loại bệnh bụi phổi bông

Phân loại	Triệu chứng
Bệnh bụi phổi bông	
- Mức B1	Đau tức ngực có thể kèm theo khó thở trong phần lớn thời gian của ngày làm việc đầu tiên trong tuần.
- Mức B2	Đau tức ngực hoặc khó thở trong phần lớn thời gian của ngày làm việc đầu tiên trong tuần và những ngày tiếp theo trong tuần.
Kích ứng đường hô hấp	
- Kích ứng mức 1	Ho khi tiếp xúc với bụi bông
- Kích ứng mức 2	Thường xuyên khạc đờm (hầu hết trong các ngày trong 3 tháng của năm) thường xuất hiện và tăng lên khi tiếp xúc với bụi bông
- Kích ứng mức 3	Thường xuyên khạc đờm hoặc tình trạng xấu đi khi tiếp xúc với bụi bông cùng với các triệu chứng tức ngực hoặc tồn tại ít nhất 2 năm
Chức năng hô hấp	
- Biến đổi cấp tính trong ca làm việc	
+ Không có biến đổi ^a	Biến đổi FEV_1 dưới 5% trong ca làm việc
+ Biến đổi ít ^a	Giảm FEV_1 ở mức 5- 9% trong ca làm việc
+ Biến đổi trung bình ^a	Giảm FEV_1 ở mức 10-20% trong ca làm việc
+ Biến đổi nhiều ^a	Giảm FEV_1 ở mức trên 20% trong ca làm việc
- Biến đổi mạn tính	
+ Không có biến đổi ^b	$FEV_1 \geq 80\%$ giá trị lý thuyết

+ Biến đổi ít và trung bình ^b	FEV ₁ từ 60 -79% giá trị lý thuyết
+ Biến đổi nhiều ^b	FEV ₁ < 60% giá trị lý thuyết

^a : Kiểm tra ít nhất ba lần liên tiếp được thực hiện sau khi không tiếp xúc với bụi bông từ 2 ngày trở lên.

^b : Bằng xét nghiệm trước ca sau khi không tiếp xúc với bụi bông từ 2 ngày trở lên.

7. Tiến triển, biến chứng

- Viêm phế quản cấp hoặc mạn tính;
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD);
- Tâm phế mạn (suy tim do bệnh phổi mạn tính).

8. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản;
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) do nguyên nhân khác;
- Viêm phế quản do nguyên nhân khác.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định khám chuyên khoa

- Chỉ định khám một hoặc hai chuyên khoa Hô hấp, chuyên khoa Dị ứng miễn dịch lâm sàng;
- Chuyên khoa khác (nếu cần);
- Cận lâm sàng: Chụp X- quang phổi, đo chức năng hô hấp, làm nghiệm pháp phục hồi phế quản nếu có rối loạn thông khí tắc nghẽn, cận lâm sàng khác (chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, đo thể tích ký thân...) khi có chỉ định.

2. Chẩn đoán xác định

Tóm tắt hồ sơ bệnh án của cơ sở y tế có thẩm quyền khám bệnh, chữa bệnh nghề nghiệp hoặc hồ sơ bệnh nghề nghiệp phải ghi nhận các thông tin đáp ứng tiêu chuẩn tại Mục 4, Mục 5, Phần I để đảm bảo chẩn đoán bệnh bụi phổi bông nghề nghiệp (bao gồm cả sự thay đổi của các triệu chứng lâm sàng, chức năng hô hấp của bệnh theo các thời điểm khác nhau tương ứng với thể bệnh cấp tính hoặc mạn tính).

Khám giám định chỉ đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm khám.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh đã nêu tại Mục 8, Phần I của Phụ lục này.
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân mắc bệnh bụi phổi bông nghề nghiệp gây ra căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe

người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Bệnh Bụi phổi bông	
1.1.	Chưa có rối loạn thông khí phổi	15
1.2.	Có biến chứng: Tỷ lệ tổn thương cơ thể được tính như Mục 1.1 tổng hợp với tỷ lệ tổn thương cơ thể quy định tại Mục 2; Mục 3	
2.	Rối loạn thông khí phổi: quy định tại Mục 11 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Tâm phế mạn: quy định tại Mục 12 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Handwritten signature

Handwritten mark

Phụ lục IV

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG DO BỆNH BỤI PHỔI TALC NGHỀ NGHIỆP

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh bụi phổi talc nghề nghiệp là bệnh xơ hóa phổi do hít phải bụi talc trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Bụi talc trong không khí môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Gốm sứ;
- Giấy;
- Chất dẻo (plastic);
- Sơn;
- Cao su;
- Mỹ phẩm;
- Dược phẩm;
- Các nghề, công việc khác có tiếp xúc với bụi talc.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc có tiếp xúc với bụi talc quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này.
- Nồng độ bụi talc vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 02: 2019/BYT.
- Xác định bằng sự hiện diện của u hạt dị vật chứa sợi talc trong mô phổi.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

10 năm, trong đó có ít nhất 1 năm vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 02: 2019/BYT (áp dụng tiêu chí 2 Mục 4.1, Phần I của Phụ lục này).

4.3. Thời gian bảo đảm: Suốt đời

5. Lâm sàng và cận lâm sàng




5.1. Lâm sàng

Có thể có những triệu chứng sau:

- Mệt mỏi, suy nhược;
- Ho khạc đờm thường xuyên;
- Túc ngực, khó thở.

5.2. Cận lâm sàng

- Hình ảnh tổn thương trên phim chụp X- quang phổi thẳng tư thế sau trước (theo bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO – RP*) hoặc bộ phim mẫu kỹ thuật số ILO - RP): Các nốt mờ tròn đều (p, q, r) hoặc không tròn đều (s, t, u), tập trung thành từng đám rải rác ở vùng trên và giữa phổi hoặc đám mờ lớn ký hiệu A, B, C.

- Ngoài ra có thể có các hình ảnh khác như:

- + Khí phế thũng;
- + Dày màng phổi;
- + Bất thường góc sườn hoành.

- Chức năng hô hấp: Có thể có rối loạn thông khí phổi (chủ yếu rối loạn thông khí hạn chế);

- Chụp cắt lớp vi tính phổi độ phân giải cao (HRCT) (nếu cần): Hình ảnh nốt mờ nhỏ tương tự p, q, r hoặc có thể có hình ảnh nốt mờ nhỏ không tròn đều ký hiệu s, t, u hoặc đám mờ lớn A, B, C trong phim X- quang phổi thẳng, kính mờ, đông đặc, tổ ong, có thể có hình ảnh dày, canxi hóa màng phổi;

- Lấy bệnh phẩm xác định tinh thể talc và các tổn thương đặc trưng có thể theo các phương pháp sau (nếu cần):

- + Sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính;
- + Sinh thiết phổi qua nội soi phế quản ống mềm dưới hướng dẫn của siêu âm và màn tăng sáng;
- + Sinh thiết phổi xuyên phế quản bằng áp lạnh;
- + Phẫu thuật nội soi lồng ngực lấy mẫu mô sinh thiết có hỗ trợ bằng video.
- Xét nghiệm đờm: Tìm tinh thể talc trong đờm.

6. Tiến triển, biến chứng

- Tâm phế mạn;
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD);
- Tràn khí tự phát.

7. Bệnh kết hợp

Luat
trun

Lao phổi.

8. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lao phổi đơn thuần;
- Bệnh bụi phổi silic đơn thuần;
- Bệnh bụi phổi amiăng đơn thuần;
- Bệnh Sarcoidosis;
- Bệnh hệ thống tạo keo;
- Bệnh phổi nhiễm nấm (Histoplasma);
- Viêm phổi quá mẫn;
- Các bệnh phổi kẽ khác.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám chuyên khoa Hô hấp và tùy từng trường hợp cụ thể chỉ định thêm chuyên khoa:

- + Lao và bệnh phổi
- + Tim mạch
- + Bệnh nghề nghiệp
- + Chuyên khoa khác (nếu cần)

- Cận lâm sàng: Chụp X- quang phổi thẳng tư thế sau trước, đo chức năng hô hấp, cận lâm sàng khác (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

- Hội chẩn bệnh nghề nghiệp theo mẫu quy định tại Phụ lục 3 Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 15/3/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành “Mẫu hồ sơ Khám giám định y khoa”. Tiêu chí để chẩn đoán xác định áp dụng theo Mục 4, Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh đã nêu tại Mục 8, Phần I của Phụ lục này.
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân mắc bệnh bụi phổi talc nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khoẻ người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Hình ảnh tổn thương phổi trên phim X- quang phổi thẳng (**)	

1.1.	Hình ảnh nốt mờ nhỏ (tương đương với thể p, q, r, s, t, u trên bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO – RP*) hoặc bộ phim mẫu kỹ thuật số ILO - RP)	
1.1.1.	Thẻ 0/1 p(s); 0/1q(t); 0/1r(u)	11
1.1.2.	Thẻ 1/0 p(s); 1/0 q(t)	31
1.1.3.	Thẻ 1/0 r(u); 1/1 p(s); 1/1 q(t)	41
1.1.4.	Thẻ 1/1 r(u); 1/2 p(s); 1/2 q(t)	45
1.1.5.	Thẻ 1/2 r(u); 2/1 p(s); 2/1 q(t)	49
1.1.6.	Thẻ 2/1 r(u); 2/2 p(s); 2/2 q(t)	53
1.1.7.	Thẻ 2/2 r(u); 2/3 p(s); 2/3 q(t)	57
1.1.8.	Thẻ 2/3 r(u); 3/3 p(s); 3/3 q(t)	61
1.1.9.	Thẻ 3/3 r(u); 3/+ p(s) và 3/+ q(t)	65
	<i>Lưu ý: Các thẻ từ 1/0 trở lên nếu có rối loạn thông khí tùy theo mức độ thì tỷ lệ được tổng hợp với tỷ lệ rối loạn thông khí phổi</i>	
1.2.	Hình ảnh đám mờ lớn - Xơ hóa khối	
1.2.1.	Thẻ A	65
1.2.2.	Thẻ B	71
1.2.3.	Thẻ C	81
2.	Hình ảnh tổn thương màng phổi (**) (Hình ảnh trên phim X-quang phổi thẳng - có so sánh phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO – RP*) hoặc bộ phim mẫu kỹ thuật số ILO - RP)	
2.1.	Dày màng phổi khu trú/màng màng phổi - có hoặc không có canxi hóa màng phổi	
2.1.1.	Độ dày dưới 5mm (Ký hiệu = a trên phim mẫu)	25
2.1.2.	Độ dày từ 5mm đến 10mm (Ký hiệu = b trên phim mẫu)	31
2.1.3.	Độ dày trên 10 mm (Ký hiệu = c trên phim mẫu)	51
2.2.	Bất thường/tù góc sườn hoành một bên	25
2.3.	Dày màng phổi lan tỏa - có hoặc không có canxi hóa màng phổi	
2.3.1.	Tổng đường kính dưới 2cm	25
2.3.2.	Tổng đường kính từ 2cm đến 10cm	35

2.3.3.	Tổng đường kính trên 10cm	45
3.	Tràn khí màng phổi: quy định tại Mục 2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Rối loạn thông khí phổi: quy định tại Mục 11 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.	Tâm phế mạn: quy định tại Mục 12 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH.	
6.	Bệnh kết hợp (lao phổi) quy định tại Mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do lao nghề nghiệp Phụ lục 31 của Thông tư này	
7.	Với đối tượng dưới 25 tuổi (có thể bệnh từ 1/0 trở lên hoặc có độ dày màng phổi từ 5mm trở lên) được cộng lùi 5% - 10% vào tỷ lệ chung của suy giảm khả năng lao động	

(*) Bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế - ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses (ILO - RP)

(**) Yêu cầu kỹ thuật chụp phim X-quang phổi thẳng tư thế sau trước theo chụp phổi thường quy đáp ứng được tiêu chuẩn của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO - RP).

Chưa
trình

Phụ lục V

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG DO BỆNH BỤI PHỔI THAN NGHỀ NGHIỆP

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh bụi phổi than nghề nghiệp là bệnh xơ hóa phổi do hít phải bụi than trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Bụi than trong không khí môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Khai thác mỏ than;
- Chế biến, nghiền, sàng tuyển, vận chuyển than;
- Khai thác graphit, sản xuất điện cực than;
- Sử dụng than trong các lò nung, lò luyện, lò hơi;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với bụi than.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc có tiếp xúc với bụi than quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Nồng độ bụi than trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 02: 2019/BYT;
- Xác định bằng sự hiện diện của tinh thể than trong mô phổi.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

05 năm, trong đó có ít nhất 01 năm vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 02: 2019/BYT (áp dụng tiêu chí thứ 2, Mục 4.1, Phần I của Phụ lục này).

4.3. Thời gian bảo đảm

Suốt đời



5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

Có thể có những triệu chứng sau:

- Ho;
- Khạc đờm nhiều và kéo dài;
- Đờm màu đen;
- Tức ngực;
- Khó thở, bắt đầu bằng khó thở khi gắng sức.

5.2. Cận lâm sàng

- Hình ảnh tổn thương trên phim chụp X- quang phổi thẳng tư thế sau trước (theo bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO – RP*) hoặc bộ phim mẫu kỹ thuật số ILO - RP).

- + Hình ảnh tổn thương nốt mờ nhỏ tròn đều có ký hiệu p, q, r;
- + Có thể gặp tổn thương nốt mờ nhỏ không tròn đều ký hiệu s, t, u;
- + Có thể có đám mờ lớn A, B, C;

+ Hoặc kèm theo hình ảnh khí phế thũng: vùng sáng trong phổi, thường ở đáy phổi hay xung quanh đám mờ lớn.

- Chức năng hô hấp: Có thể có rối loạn thông khí phổi (chủ yếu rối loạn thông khí hạn chế);

- Chụp cắt lớp vi tính phổi độ phân giải cao (HRCT) (nếu cần): Hình ảnh nốt mờ nhỏ tương tự p, q, r hoặc có thể có hình ảnh nốt mờ nhỏ không tròn đều ký hiệu s, t, u hoặc đám mờ lớn A, B, C trong phim X- quang phổi thẳng, kính mờ, đông đặc, tổ ong, hình ảnh hạch trung thất, hạch rốn phổi hình ảnh vôi hóa vỏ trứng (egg shell);

- Lấy bệnh phẩm xác định tinh thể than trong mô phổi có thể theo các phương pháp sau (nếu cần):

- + Sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính;
- + Sinh thiết phổi qua nội soi phế quản ống mềm dưới hướng dẫn của siêu âm và màn tăng sáng;
- + Sinh thiết phổi xuyên phế quản bằng áp lạnh;
- + Phẫu thuật nội soi lồng ngực lấy mẫu mô sinh thiết có hỗ trợ bằng video.
- Xét nghiệm đờm tìm tinh thể than trong đờm (nếu cần).

6. Tiến triển, biến chứng

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD);
- Tâm phế mạn (suy tim do bệnh phổi mạn tính);

Chức
trung

- Trần khí màng phổi tự phát.

7. Bệnh kết hợp

- Lao phổi
- Bụi phổi silic

8. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh bụi phổi silic;
- Bệnh bụi phổi amiăng;
- Bệnh Sarcoidosis;
- Bệnh Collagen (hệ thống tạo keo);
- Bệnh phổi nhiễm nấm (Histoplasma);
- Viêm phổi quá mẫn;
- Bệnh lao phổi đơn thuần;
- Ung thư phổi thứ phát;
- Bệnh viêm phế nang xơ hóa.
- Các bệnh phổi kẽ khác.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám chuyên khoa Hô hấp và tùy từng trường hợp cụ thể chỉ định thêm chuyên khoa:

- + Lao và bệnh phổi
- + Tim mạch
- + Bệnh nghề nghiệp
- + Chuyên khoa khác (nếu cần).

- Cận lâm sàng: Chụp X- quang phổi thẳng tư thế sau trước, đo chức năng hô hấp, cận lâm sàng khác (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

- Tiêu chí để chẩn đoán xác định áp dụng theo Mục 4, Mục 5, Phần I của Phụ lục này

- Hội chẩn bệnh nghề nghiệp theo mẫu quy định tại Phụ lục 3 Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 15/3/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành “Mẫu hồ sơ Khám giám định y khoa”.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh đã nêu tại Mục 8, Phần I của Phụ lục này.
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân mắc bệnh bụi phổi than nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức

Luật sư
Trần Văn Pháp

khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán và điều trị khác (nếu có).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh bụi phổi than nghề nghiệp.

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Tổn thương trên phim X- quang phổi thẳng (**)	
1.1.	Hình ảnh nốt mờ nhỏ (tương đương với thể p, q, r, s, t, u trên bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO – RP*) hoặc bộ phim mẫu kỹ thuật số ILO - RP)	
1.1.1.	Thể 0/1 p(s); 0/1q(t); 0/1r(u)	11
1.1.2.	Thể 1/0 p(s); 1/0q(t)	31
1.1.3.	Thể 1/0 r(u); 1/1p(s); 1/1q(t)	41
1.1.4.	Thể 1/1 r(u); 1/2p(s); 1/2q(t)	45
1.1.5.	Thể 1/2 r(u); 2/1p(s); 2/1q(t)	49
1.1.6.	Thể 2/1 r(u); 2/2p(s); 2/2q(t)	53
1.1.7.	Thể 2/2 r(u); 2/3p(s); 2/3q(t)	57
1.1.8.	Thể 2/3 r(u); 3/3p(s); 3/3q(t)	61
1.1.9.	Thể 3/3 r(u); 3/+ p(s) và 3/+ q(t)	65
	<i>Lưu ý: Các thể từ 1/0 trở lên nếu có rối loạn thông khí tùy theo mức độ thì tỷ lệ được tổng hợp với tỷ lệ rối loạn thông khí phổi (trừ trường hợp có tổn thương khác ở phổi do bệnh bụi phổi than nghề nghiệp)</i>	
1.2.	Hình ảnh đám mờ lớn - Xơ hóa	
1.2.1.	Thể A	65
1.2.2.	Thể B	71
1.2.3.	Thể C	81
2.	Tràn khí màng phổi: quy định tại Mục 2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Rối loạn thông khí phổi: quy định tại Mục 11 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa	

*Luật
trung*

	đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Tâm phế mạn: quy định tại Mục 12 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.	Bệnh kết hợp (lao phổi): quy định tại Mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do lao nghề nghiệp Phụ lục 31 của Thông tư này	
6.	Bệnh kết hợp (Bụi phổi silic): quy định tại Phụ lục 01 của Thông tư này.	
7.	Với đối tượng dưới 25 tuổi có thể bệnh từ 1/0 trở lên được cộng lùi từ 5% - 10% vào tỷ lệ chung của tổn thương cơ thể	

(*) Bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế - ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses (ILO - RP)

(**) Yêu cầu kỹ thuật chụp phim X- quang phổi thẳng tư thế sau trước theo chụp phổi thường quy đáp ứng được tiêu chuẩn của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO - RP).

Luật
trư

Phụ lục VI

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG DO BỆNH VIÊM PHẾ QUẢN MẠN TÍNH NGHỀ NGHIỆP

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh viêm phế quản mạn tính nghề nghiệp là tình trạng viêm mạn tính niêm mạc đường thở dẫn đến tăng tiết dịch nhầy của niêm mạc phế quản gây ho và khạc đờm liên tục, tái phát từng đợt (khoảng 3 tuần) ít nhất là 2 tháng trong 1 năm và liên tục trên 2 năm do tiếp xúc với các yếu tố gây bệnh trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Bụi vô cơ, hữu cơ, nấm mốc hoặc các hơi khí độc trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

Mọi công việc phải tiếp xúc với bụi vô cơ, hữu cơ, nấm mốc hoặc các hơi khí độc.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Ghi nhận có tiếp xúc với bụi vô cơ, hữu cơ, nấm mốc hoặc các hơi khí độc trong báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động (ở phần đo đặc hoặc phần đánh giá tiếp xúc nghề nghiệp).

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

05 năm.

4.3. Thời gian bảo đảm

12 tháng.

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

Ho và khạc đờm tái phát từng đợt (khoảng 3 tuần) ít nhất là 2 tháng trong 1 năm và liên tục trên 2 năm.

Khám phổi có thể thấy ran nổ hai phổi, trong trường hợp tiến triển thành bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, trong đợt cấp có thể nghe thấy tiếng ran rít, ran ngáy.

5.2. Cận lâm sàng

- Chức năng hô hấp: Bình thường hoặc có thể có rối loạn thông khí tắc nghẽn khi tiến triển thành bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính;



- Chụp X- quang ngực thẳng (nếu cần): Có thể có hình ảnh rốn phổi đậm, dày tổ chức kẽ hai bên phổi hoặc hình ảnh giãn phế nang.

6. Tiến triển, biến chứng

- Bội nhiễm phổi;
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD);
- Khí phế thũng;
- Tâm phế mạn.

7. Chẩn đoán phân biệt

- Hen;
- Giãn phế quản;
- Ung thư phế quản;
- Viêm phế quản mạn tính không do yếu tố nghề nghiệp;
- Các bệnh phổi khác.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám chuyên khoa Hô hấp và tùy từng trường hợp cụ thể chỉ định thêm chuyên khoa:

- + Tim mạch
- + Bệnh nghề nghiệp
- + Chuyên khoa khác (để chẩn đoán phân biệt)

- Cận lâm sàng: Chụp X- quang phổi, đo chức năng hô hấp, cận lâm sàng khác (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

- Hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) hoặc các giấy tờ chẩn đoán, điều trị phải ghi nhận thông tin của từng đợt bệnh viêm phế quản đảm bảo tiêu chí “Ho và khạc đờm tái phát từng đợt (khoảng 3 tuần) ít nhất là 2 tháng trong 1 năm và liên tục trên 2 năm” ngoài các tiêu chí khác tại Mục 4, Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

Khám giám định chỉ đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm khám.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh đã nêu tại Mục 7, Phần I của Phụ lục này.
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân mắc bệnh viêm phế quản nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có).

Chức
trung

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Viêm phế quản mạn tính	
1.1.	Chưa có rối loạn thông khí phổi	15
1.2.	Có biến chứng: Tỷ lệ tổn thương cơ thể được tính như Mục 1.1 tổng hợp với tỷ lệ tổn thương cơ thể quy định tại Mục 2; Mục 3	
2.	Rối loạn thông khí phổi: quy định tại Mục 11 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Tâm phế mạn: quy định tại Mục 12 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Luật
Xuân

Phụ lục VII

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG DO BỆNH HEN NGHỀ NGHIỆP

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Hen nghề nghiệp là bệnh hen do các yếu tố gây bệnh trong môi trường lao động gây nên.

2. Yếu tố gây bệnh

- Yếu tố gây dị ứng trong môi trường lao động chủ yếu:
 - + Nguồn gốc thực vật như các hạt, bột mì, cà phê, chè, thuốc lá;
 - + Nguồn gốc động vật như len, bụi từ súc vật thực nghiệm, từ bộ phận, côn trùng;
 - + Các kim loại đặc biệt muối kim loại như bạch kim, chromi, nickel;
 - + Các hợp chất hữu cơ như formaldehyde, p -Phenylenediamine, isocyanat, đặc biệt là toluene diisocyanate, phthalic anhydride, epoxy resin;
 - + Các loại kháng sinh, các enzym như chất tẩy rửa.
- Yếu tố gây kích ứng trong môi trường lao động chủ yếu: Chất kiềm và acid mạnh, những chất oxy hóa mạnh.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Sản xuất và chế biến mủ cao su;
- Thu gom và xử lý lông động vật;
- Chế biến thực phẩm;
- Đóng gói thịt;
- Làm bánh mỳ;
- Làm chất giặt tẩy;
- Sơn ô tô;
- Sản xuất Vani;
- Chế biến gỗ;
- Mài kim loại;
- Sản xuất dược phẩm và bao bì;
- Nhân viên y tế;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với các tác nhân gây mẫn cảm hoặc kích thích.




4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Yếu tố gây bệnh được ghi nhận trong phần đánh giá tiếp xúc nghề nghiệp của Báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động;

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Hen nghề nghiệp dị ứng: 02 tuần
- Hen nghề nghiệp kích ứng: 05 phút

4.3. Thời gian bảo đảm

- Hen nghề nghiệp dị ứng: 03 tháng
- Hen nghề nghiệp kích ứng: 24 giờ

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

Bệnh hen khởi phát trong thời gian làm việc; các triệu chứng hen cải thiện vào những ngày nghỉ không làm việc và/hoặc xấu đi vào những ngày làm việc; và phối nhiễm với các dị nguyên đã biết tại nơi làm việc.

- Triệu chứng của cơn hen: Cơn hen điển hình gây khó thở chậm, cò cù, thường xảy ra về đêm hoặc khi thay đổi thời tiết. Triệu chứng báo hiệu gồm: hắt hơi, sổ mũi, tức ngực, ho khan. Cơn nặng buộc phải ngồi dậy để thở. Hết cơn, khó thở giảm dần và ho khạc đờm dính;

- Thực thể (nghe phổi): Có ran rít, ran ngáy, có thể nghe phổi bình thường nếu ở ngoài cơn hen;

- Cơn hen tái phát khi quay lại môi trường làm việc.

5.2. Cận lâm sàng

a) Đo chức năng hô hấp và làm test giãn phế quản: Chức năng hô hấp bình thường hoặc rối loạn thông khí tắc nghẽn. Test giãn phế quản dương tính thì hướng nhiều tới hen phế quản;

b) Thử nghiệm lấy da với dị nguyên dương tính đối với hen thể dị ứng.

Lưu ý: Với những trường hợp nghi ngờ cách thực hiện đo chức năng hô hấp để xác định hen nghề nghiệp như sau:

- Đo lưu lượng đỉnh (PEF) liên tục ba lượt mỗi lần và ít nhất bốn lần một ngày ở cả những ngày làm việc và ngày nghỉ trong thời gian tối thiểu 2 tuần trở lên.

6. Tiến triển, biến chứng

- Rối loạn thông khí phổi;
- Tâm phế mạn;
- Hội chứng chồng lấp hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (ACOS).

Luật P
trium

7. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD);
- Các bệnh nhiễm khuẩn phổi;
- Bệnh hen không do nghề nghiệp.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám một hoặc hai chuyên khoa: Hô hấp, Dị ứng miễn dịch lâm sàng và chuyên khoa khác (nếu cần):
- Cận lâm sàng: Chụp X-quang phổi, đo chức năng hô hấp (nghiệm pháp phục hồi phế quản nếu có rối loạn thông khí tắc nghẽn), cận lâm sàng khác (nếu cần).
- Test phục hồi phế quản áp dụng với các trường hợp có Rối loạn thông khí tắc nghẽn.

2. Chẩn đoán xác định

Hồ sơ bệnh nghề nghiệp hoặc tóm tắt hồ sơ bệnh án của cơ sở y tế có thẩm quyền khám bệnh, chữa bệnh nghề nghiệp phải ghi nhận các thông tin đáp ứng tiêu chuẩn tại Mục 4, Mục 5, Phần I của Phụ lục này để đảm bảo hen phế quản do nghề nghiệp.

Khám giám định chỉ đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm khám, xem xét bệnh sử về điều trị hen và đáp ứng thuốc.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh đã nêu tại Mục 7, Phần I của Phụ lục này.
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân mắc bệnh hen nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn chuyên khoa (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Hen (*)	
1.1.	Mức độ 1: (tương ứng GINA bậc 1-2)- Có số ngày xuất hiện cơn hen ≤ 5 ngày/ tuần - Và /hoặc hen được kiểm soát tốt với điều trị bậc 1 hoặc bậc 2.	11 - 15
1.2.	Mức độ 2: (tương ứng GINA bậc 3) - Cơn thường xuyên hầu hết các ngày trong tuần	

	- Con hen đêm ít nhất 1 lần trong tuần - Và/hoặc hen được kiểm soát tốt với điều trị bậc 3 Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tại mục 5.1.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.3.	Mức độ 3: (Tương ứng GINA bậc 4) - Con hen ngày xuất hiện thường xuyên - Con hen đêm ít nhất 1 lần trong tuần - Hen được kiểm soát tốt với điều trị bậc 4 Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tại mục 5.1.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.4.	Mức độ 4: (Tương ứng GINA bậc 5) - Con hen đòi hỏi điều trị ở bậc 4 hoặc bậc 5 nhưng hen không được kiểm soát dù điều trị ở mức độ này. Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tại mục 5.1.3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.	Rối loạn thông khí phổi: quy định tại Mục 11 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Tâm phế mạn: quy định tại Mục 12 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Luật
trung

Phụ lục VIII
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH NHIỄM ĐỘC CHÌ NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh nhiễm độc chì nghề nghiệp là bệnh nhiễm độc do tiếp xúc với chì và hợp chất chì trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Chì và hợp chất chì trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Khai thác, chế biến quặng chì;
- Thu hồi chì từ phế liệu;
- Luyện, lọc, đúc, dát mỏng chì và các hợp kim chì;
- Hàn, mạ bằng hợp kim chì;
- Chế tạo, xén, cắt, đánh bóng các vật liệu bằng chì và hợp kim chì;
- Chế tạo và sửa chữa ắc quy, pin chì;
- Tôi luyện và kéo các sợi dây thép có chì;
- Điều chế và sử dụng các oxýt chì và muối chì;
- Pha chế và sử dụng sơn, vét-ni, mực in, măt tít, phẩm màu có chì;
- Chế tạo và sử dụng các loại men, thủy tinh có chì;
- Cạo, đột, cắt các vật liệu có phủ lớp sơn chì;
- Pha chế và sử dụng tetraethyl chì, các nhiên liệu có chứa chì; cọ rửa các thùng chứa các nhiên liệu này;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với chì và hợp chất chì.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với chì quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định.

Chau H
trun

4.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với chì quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Nồng độ chì trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 01:2025/BYT;
- Có nồng độ chì trong máu trên 10 mcg/dL (đối với chì vô cơ) hoặc chì niệu trên 150 mcg/dL (đối với chì hữu cơ).

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Đối với thể cấp tính: 02 giờ
- Đối với thể mạn tính: 02 tháng

4.3. Thời gian bảo đảm

4.3.1. Đối với nhiễm độc chì vô cơ

- Thiếu máu: 03 tháng
- Viêm thận mạn tính: 08 năm
- Các tổn thương thần kinh mạn tính: 04 năm
- Các tổn thương khác: 01 năm

4.3.2. Đối với nhiễm độc chì hữu cơ

- Cấp tính: 20 ngày
- Mạn tính: 02 năm

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

5.1.1. Nhiễm độc chì vô cơ

a) Nhiễm độc cấp tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Các biểu hiện đường hô hấp: kích ứng và viêm đường hô hấp với ho, viêm phế quản, viêm phổi, hội chứng rối loạn chức năng đường thở phản ứng (RADS), phù phổi;
- Rối loạn thần kinh trung ương, đau đầu, giảm trí nhớ, giảm tỉnh dục, mất ngủ. Nếu nặng hơn thì có biểu hiện bệnh lý não (co giật, hôn mê, sảng, rối loạn vận động, phù gai thị, tăng áp lực nội sọ);
- Thần kinh ngoại biên: có thể có bệnh lý thần kinh ngoại biên, giảm dẫn truyền thần kinh, liệt ngoại biên;
- Các biểu hiện thần kinh không đặc hiệu như đau, yếu cơ.
- Rối loạn tiêu hóa: Đây là biểu hiện sớm và hay gặp ở nhiễm độc cấp tính

*Luật
trung*

với biểu hiện: buồn nôn, nôn, táo bón, đau quặn bụng, gầy sút.

- Thiếu máu;
- Viêm thận, suy thận cấp.

Các biểu hiện nhiễm độc thần kinh và thận khi nồng độ chì máu trên 100 mcg/dL

b) Nhiễm độc mạn tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Rối loạn thần kinh trung ương: đau đầu, suy giảm trí nhớ, giảm khả năng tập trung ngắn hạn, suy nhược thần kinh, tổn thương chất trắng, giảm thể tích não...;
- Thần kinh ngoại biên: bệnh dây thần kinh vận động ngọn chi ưu thế thần kinh chi phối cho vùng cơ duỗi như dây thần kinh quay ở chi trên (dấu hiệu bàn tay rũ, mất khả năng hay hạn chế duỗi các ngón tay), thần kinh mác ở chi dưới;
- Hệ thống tạo máu: thiếu máu có thể xảy ra khi nồng độ chì máu trên 50 mcg/dL;
- Thận: viêm cầu thận, viêm ống thận, xơ cứng cầu thận, teo ống thận tiến triển và xơ kẽ. Tổn thương ống thận biểu hiện tăng protein niệu có trọng lượng phân tử thấp, acid amin niệu, đường niệu, phosphat niệu;
- Hệ thống tim mạch: Tăng huyết áp thứ phát và bệnh tim mạch (rối loạn dẫn truyền, rối loạn nhịp tim);
- Hệ thống sinh sản: rối loạn kinh nguyệt, giảm số lượng, chất lượng tinh trùng, giảm hứng thú tình dục;
- Tiêu hóa: rối loạn tiêu hóa tương tự như nhiễm độc cấp tính nhưng nhẹ hơn và có đường viền Burton (đường viền màu xanh xám ở chân răng nơi tiếp xúc với lợi).

5.1.2. Nhiễm độc chì hữu cơ

a) Nhiễm độc cấp tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Trạng thái ức chế hoặc kích thích, co giật, sảng, múa giật, hôn mê;
- Kích ứng niêm mạc, hắt hơi sổ mũi, tiếp xúc với da, mắt gây ngứa, nóng rát, đỏ;
- Tiêu hóa: đau bụng, buồn nôn, nôn, ỉa lỏng.

b) Nhiễm độc mạn tính

Biểu hiện tương tự như cấp tính nhưng có thể có những biểu hiện cụ thể sau:

- Thần kinh, tâm thần: dễ cáu gắt, mất ngủ, ác mộng, ảo giác, loạn thần, run, rối loạn thăng bằng (thất điều);

Luat
trung

- Tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, nôn.

5.2. Cận lâm sàng

5.2.1. Cấp tính

- Nhiễm độc chì vô cơ: Chì máu > 80 mcg/dL
- Nhiễm độc chì hữu cơ: Chì niệu > 150 mcg/dL (lấy nước tiểu 24 giờ)

5.2.2. Mạn tính

- Nhiễm độc chì vô cơ: Chì máu > 40 mcg/dL
- Nhiễm độc chì hữu cơ: Chì niệu > 150 mcg/dL (lấy nước tiểu 24 giờ)
- Các xét nghiệm khác nếu cần:

+ Đối với chì vô cơ: Chì niệu (lấy nước tiểu 24 giờ), Delta-ALA niệu > 10 mg/L (lấy nước tiểu 24 giờ), công thức máu, hồng cầu hạt ưa kiềm, xét nghiệm ZPP (Zn-protoporphyrin) hồng cầu, chức năng thận, nước tiểu (đường niệu, protein niệu) và một số xét nghiệm chẩn đoán khác khi cần.

+Đối với chì hữu cơ: Chì máu, và một số xét nghiệm chẩn đoán khác khi cần.

6. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với nhiễm độc chì không phải do nguyên nhân nghề nghiệp.

II. Hướng dẫn giám định

Tùy thuộc nhiễm độc chì vô cơ hay hữu cơ sẽ gây ra các tổn thương tương ứng ở các cơ quan, bộ phận

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

Chỉ định các chuyên khoa tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể. Khám chuyên khoa bệnh nghề nghiệp, chống độc (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân Nhiễm độc Chì nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

Chức
Đuân

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

4.1. Bệnh nhiễm độc chì vô cơ nghề nghiệp

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Thiếu máu: quy định tại Mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.	Tổn thương dây thần kinh (chỉ phổi cơ duỗi) tùy theo dây thần kinh bị tổn thương áp dụng tỷ lệ tổn thương được quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Tổn thương thận do nhiễm độc chì vô cơ	
3.1.	Bệnh cầu thận: quy định tại Mục 1.3 Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ tiết niệu sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.2.	Tổn thương ống thận, kẽ thận	21-25
3.3.	Tổn thương thận ở mục 3.1 hoặc 3.2 nêu trên nếu có Biểu chứng Bệnh thận mạn tính sẽ tổng hợp với tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng ở mục 3.4.	
3.4.	Bệnh thận mạn tính	
3.4.1.	Giai đoạn 1: tổn thương mức lọc cầu thận bình thường hoặc tăng (>90ml/1 phút)	21 - 25
3.4.2.	Giai đoạn 2: tổn thương mức lọc cầu thận giảm nhẹ (60-89ml/1 phút)	31 - 35
3.4.3.	Giai đoạn 3: tổn thương mức lọc cầu thận giảm mức độ trung bình (30-59ml/1 phút) áp dụng Mục 1.1.1 Bảng tỷ lệ tổn thương do bệnh, tật hệ tiết niệu sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.4.4.	Giai đoạn 4: tổn thương mức lọc cầu thận giảm mức độ nghiêm trọng (15-29ml/1 phút) áp dụng Mục 1.1.2 Bảng tỷ lệ tổn thương do bệnh, tật hệ tiết niệu sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.4.5.	Giai đoạn 5: Ure máu cao mạn tính, bệnh thận giai đoạn cuối tổn thương mức lọc cầu thận giảm mức độ nghiêm trọng (15-29ml/1 phút)	

Lucia
trung

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
3.4.5.1.	Không lọc máu áp dụng Mục 1.1.3 Bảng tỷ lệ tổn thương do bệnh, tật hệ tiết niệu sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.4.5.2.	Có lọc máu áp dụng Mục 1.1.4 Bảng tỷ lệ tổn thương do bệnh, tật hệ tiết niệu sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Bệnh lý tim mạch	
4.1.	Tăng huyết áp thứ phát: quy định tại Mục 11 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.2.	Rối loạn nhịp tim và rối loạn dẫn truyền: quy định tại mục 8.1; mục 8.2; mục 8.3; mục 8.6 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.	Tổn thương não: Tùy theo loại tổn thương áp dụng tỷ lệ tổn thương được quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý rối loạn tâm thần và hành vi thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
6.	Biến chứng (di chứng) khác do Bệnh nhiễm độc chì vô cơ nghề nghiệp áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này.	

4.2. Bệnh nhiễm độc chì hữu cơ nghề nghiệp

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Hội chứng ngoại tháp: Áp dụng quy định tại Mục 5. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
2.	Rối loạn tâm thần do nhiễm độc chì hữu cơ áp dụng tỷ lệ tổn thương tương ứng quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý rối loạn tâm thần và hành vi thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Biến chứng (di chứng) khác ở các cơ quan, bộ phận do nhiễm độc chì hữu cơ nghề nghiệp được áp dụng tỷ lệ tổn thương tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Chức P

trun

Phụ lục IX
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH NHIỄM ĐỘC NGHỀ NGHIỆP DO BENZEN
VÀ ĐỒNG ĐẲNG

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh nhiễm độc nghề nghiệp do benzen và đồng đẳng là bệnh nhiễm độc do tiếp xúc với benzen hoặc đồng đẳng của benzen (toluen, xylen) trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Benzen hoặc đồng đẳng (toluen, xylen) trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Khai thác, chế biến dầu mỏ;
- Khai thác, chế biến, tinh luyện các chất benzen và đồng đẳng của benzen;
- Sử dụng benzen và các đồng đẳng của benzen để điều chế dẫn xuất;
- Sản xuất văn phòng phẩm, giày dép, đồ nhựa, đồ gia dụng;
- Sử dụng benzen làm dung môi hòa tan chất béo, tẩy mỡ ở xương, da, sợi, vải len, dạ, kim loại và các dụng cụ có bám bẩn chất mỡ;
- Điều chế cao su và sử dụng các dung môi có chứa benzen và đồng đẳng để hoà tan cao su, nhựa thiên nhiên và tổng hợp;
- Pha chế và sử dụng vec-ni, sơn, men, mát-tít, mực in, chất bảo quản có benzen và đồng đẳng; chế tạo da mềm (da simili);
- Hồ sợi bằng sản phẩm chứa benzen và đồng đẳng;
- Sử dụng benzen để hút nước trong rượu cồn, trong các chất lỏng và chất đặc khác;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với benzen và đồng đẳng của benzen.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1 Nhiễm độc cấp tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với benzen và đồng đẳng của benzen quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định.

4.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với benzen và đồng đẳng của benzen quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;

Nồng độ benzen hoặc đồng đẳng benzen (toluen, xylen) trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 03:2019/BYT;

Chức

thu

Trong trường hợp tiếp xúc với hỗn hợp các chất này thì hệ số tiếp xúc (T) phải lớn hơn 1, tính theo công thức sau:

$$T = \frac{T_1}{L_1} + \frac{T_2}{L_2} + \frac{T_3}{L_3}$$

Trong đó:

+ T là hệ số tiếp xúc với hỗn hợp benzen, toluen và xylen trong không khí môi trường lao động

+ T_1, T_2, T_3 là kết quả nồng độ của benzen, toluen, xylen (được đánh số thứ tự 1, 2, 3) đo được trong không khí môi trường lao động tính theo ca làm việc (mg/m^3).

+ L_1, L_2, L_3 là các giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc của benzen, toluen, xylen (được đánh số thứ tự 1, 2, 3) theo QCVN 03:2019/BYT.

- Benzen máu trên $5\text{mcg}/\text{L}$ hoặc acid t,t-muconic niệu trên $0,5\text{ mg}/\text{g}$ creatinin hoặc acid S-phenylmercapturic niệu trên $45\text{ mcg}/\text{g}$ creatinin (đối với benzen); toluen máu trên $0,02\text{ mg}/\text{L}$ hoặc toluen niệu trên $0,03\text{ mg}/\text{L}$ hoặc O-crezon niệu trên $0,3\text{ mg}/\text{g}$ creatinin (đối với toluene); metyl hyppuric niệu trên $1,5\text{ g}/\text{g}$ creatinin (đối với xylen).

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Nhiễm độc cấp tính: 02 phút
- Nhiễm độc mạn tính:
- + Triệu chứng huyết học: 01 tháng
- + Giảm sức nghe: 02 tháng
- + Bệnh bạch cầu: 06 tháng
- + Hội chứng não mạn tính: 10 năm

4.3. Thời gian bảo đảm

- 4.3.1. Nhiễm độc cấp tính: 24 giờ
- 4.3.2. Nhiễm độc mạn tính:
- Giảm sức nghe: 01 năm
- Triệu chứng huyết học (giảm sản hoặc tăng sản tủy xương): 03 năm
- Suy tủy, bệnh bạch cầu cấp: 15 năm
- Hội chứng não mạn tính: suốt đời

4.4. Thời gian ủ bệnh

Bệnh bạch cầu: 05 năm

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

5.1.1. Nhiễm độc benzen

a) Cấp tính

- Kích ứng da, mắt và đường hô hấp
- Khi hít phải benzen với nồng độ lớn có thể gây viêm phổi xuất huyết, phù phổi và ngừng thở.

- Tổn thương tim mạch với liều tiếp xúc benzen trên 1000 ppm gây rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng như rung thất, tổn thương có thể hồi phục sau khi ngừng tiếp xúc

- Diễn biến thần kinh thay đổi theo nồng độ benzen trong môi trường lao động và thời gian tiếp xúc:

Chữ ký

Chữ ký

Nồng độ (ppm)	Nồng độ (mg/m ³)	Thời gian (giờ)	Triệu chứng
25	80	8	Không có triệu chứng lâm sàng
50-150	160- 479	5	Đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi
500	1595	1	Chóng mặt, buồn ngủ, buồn nôn
7500	23925	½	Nguy cơ tử vong

b) Nhiễm độc mạn tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Rối loạn cơ quan tạo máu không ác tính: Tăng hoặc giảm sản tế bào máu và các triệu chứng lâm sàng kèm theo;
- Bệnh bạch cầu cấp;
- Bệnh u lympho không Hodgkin;
- Ảnh hưởng lên hệ sinh sản: gây đột biến ở tế bào mầm.
- Nghe kém tiếp nhận hai tai

5.1.2. Nhiễm độc toluen, xylen

a) Cấp tính:

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, nôn, rối loạn ý thức, rối loạn trí nhớ;
 - Giảm sức nghe;
 - Viêm phổi;
 - Bỏng, viêm kết mạc, giác mạc, mù màu;
 - Viêm gan nhiễm độc;
 - Viêm cầu thận (do toluen);
 - Tổn thương tim mạch: Gây loạn nhịp tim như ngoại tâm thu, các loạn nhịp nhanh như nhanh trên thất, rung nhĩ, nhanh thất.
 - Các triệu chứng khác tùy theo nồng độ và thời gian tiếp xúc.
- + Đối với Toluene

+ Đối với Toluene	Nồng độ (mg/m ³)	Thời gian (giờ)	Triệu chứng
Nồng độ (ppm)			
2,5	9,4		Ngửi thấy mùi thơm
100	376	8	Có thể có đau đầu nhẹ
200	752	8	Kích ứng nhẹ
400	1504	8	Kích ứng và mất phối hợp vận động
800	3008	3	Nôn nhiều
4000	15040	1	Hôn mê
≥5000			Bất tỉnh và tử vong

Chức

+ Đối với Xylen

Nồng độ (ppm)	Nồng độ (mg/m ³)	Thời gian (giờ)	Triệu chứng
1	4,34		Người thấy mùi thơm
100	434	4	Có thể kéo dài thời gian phản xạ
200	868	4	Kích ứng, thời gian phản xạ kéo dài, giảm thị lực, rối loạn tiền đình
300	1302	2	Suy giảm chức năng tâm thần, trí nhớ và phản xạ
700	3038	1	Choáng váng
≥5000			Bất tỉnh và tử vong

b) Mạn tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Bệnh lý não mạn tính (do nhiễm độc dung môi hữu cơ trong đó bao gồm cả toluen và xylen):

+ Mức độ nhẹ (hồi phục khi ngừng tiếp xúc): Hội chứng rối loạn cảm xúc do tiếp xúc với dung môi hữu cơ: trầm cảm, dễ cáu giận, giảm sự tập trung chú ý;

+ Mức độ trung bình: Mệt mỏi, tâm trạng bất an, giảm trí nhớ, giảm tập trung, suy giảm chức năng tâm thần vận động (tốc độ xử lý thông tin, khéo léo);

+ Mức độ nặng (không hồi phục): Mất năng lực trí tuệ nghiêm trọng ảnh hưởng tới hoạt động xã hội hoặc kỹ năng công việc;

- Gan to;

- Tổn thương ống thận (do toluen);

- Nghe kém tiếp nhận 2 tai.

5.2. Cận lâm sàng

5.2.1. Nhiễm độc benzen

Acid t,t-muconic niệu > 0,5 mg/g creatinin hoặc acid S-phenylmercapturic niệu > 45 mcg/g creatinin hoặc benzen máu trên 5 mcg/L

Công thức máu, huyết đồ, tủy đồ (nếu cần)

5.2.2. Nhiễm độc toluen, xylen

- Với toluen: Toluene máu > 0,02 mg/L hoặc toluen niệu > 0,03 mg/L hoặc O-crezon niệu > 0,3 mg/g creatinin.

- Với xylen: acid methyl hyppuric niệu > 1,5 g/g creatinin.

6. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với nhiễm độc benzen và đồng đẳng (toluen, xylen) không phải do nguyên nhân nghề nghiệp.

II. Hướng dẫn giám định

Tùy thuộc nhiễm độc benzen hoặc toluen hoặc xylen hoặc hỗn hợp các chất này chỉ vô cơ hay hữu cơ sẽ có các tổn thương tương ứng ở các cơ quan, bộ phận.

Chun
Sun

1. Chỉ định giám định chuyên khoa:

Chỉ định các chuyên khoa tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể. Khám chuyên khoa bệnh nghề nghiệp, chống độc (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán áp dụng theo Mục 4; Mục 5 của Phần I.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân nhiễm độc nghề nghiệp do benzen và đồng đẳng (toluene, xylen) gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

Tùy theo chẩn đoán xác định nhiễm độc benzen hay toluen hoặc xylen sẽ gây ra các tổn thương tương ứng.

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Máu và cơ quan tạo máu	
1.1.	Giảm sản tế bào máu, suy tủy: áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng quy định tại Mục 5 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.2.	Tăng sản tế bào máu không ác tính: áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng do biến chứng của tăng tế bào máu không ác tính quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.3.	Bệnh Bạch cầu	
1.3.1.	Lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt: quy định tại Mục 2.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.3.2.	Lơ xê mi kinh dòng lympho: quy định tại Mục 2.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Luật

Luật

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.3.3.	Lơ xê mi cấp: quy định tại Mục 3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<i>Ghi chú</i> - Trường hợp có nhiều bệnh lý máu và cơ quan tạo máu thì chỉ lấy một tỷ lệ tổn thương ở mức cao nhất của các tổn thương này.	
2.	Tổn thương gan do nhiễm độc	
2.1.	Viêm gan mạn: quy định tại Mục 7.1 Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ Tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.2.	Xơ gan: quy định tại Mục 7.5 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.3.	Suy chức năng gan: quy định tại Mục 7.8 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<i>Ghi chú:</i> - Trường hợp có nhiều tổn thương gan thì chỉ lấy một tỷ lệ tổn thương ở mức cao nhất của các tổn thương này.	
3.	Tổn thương thận	
3.1.	Bệnh cầu thận: quy định tại Mục 1.3 Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ tiết niệu sinh dục thuộc bảng 2 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH	
3.2.	Tổn thương ống thận quy định tại Mục 3.2 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh nhiễm độc Chì vô cơ, Phụ lục 8 Thông tư này.	
3.3.	Tổn thương ở Mục 3.1, Mục 3.2 nêu trên gây bệnh thận mạn tính sẽ tổng hợp với tỷ lệ tương ứng quy định tại mục 3.4 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh nhiễm độc Chì vô cơ nghề nghiệp, Phụ lục 8 Thông tư này.	
	<i>Ghi chú:</i> - Trường hợp có nhiều tổn thương thận chỉ lấy một tỷ lệ tổn thương ở mức cao nhất của các tổn thương này	

Luật

Đu

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
4	Bệnh não mạn tính do áp dụng tỷ lệ tương ứng được quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do rối loạn tâm thần và hành vi thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.	Hội chứng tiền đình: quy định tại Mục 17 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
6.	Nghe kém: quy định tại Mục 11 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tai – Mũi – Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
7.	Tổn thương mắt	
7.1.	Rối loạn sắc giác: quy định tại Mục 5.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ quan thị giác thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
7.2.	Viêm kết mạc: áp dụng mục 23 của Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ quan thị giác thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
7.3.	Viêm giác mạc: Căn cứ vào thị lực, áp dụng Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do giảm thị lực vì tổn thương cơ quan thị giác, Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ quan thị giác thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
7.4.	Tổn thương sẹo giác mạc do nhiễm độc Benzen áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể quy định Mục 9 tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ quan thị giác thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Luật

Đuân

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
	<i>Lưu ý:</i> <i>Trường hợp có thêm các tổn thương khác về mắt gây giảm thị lực không do nhiễm độc benzen và các chất đồng đẳng gây ra phải hội chẩn chuyên khoa mắt</i>	
8.	Biến chứng (di chứng) khác do Bệnh nhiễm độc benzen và các chất đồng đẳng nghề nghiệp áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này.	

Luật

Đưa

Phụ lục X
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH NHIỄM ĐỘC THỦY NGÂN NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh nhiễm độc thủy ngân nghề nghiệp là bệnh nhiễm độc do tiếp xúc với thủy ngân và hợp chất thủy ngân trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Thủy ngân và hợp chất thủy ngân trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Công nghiệp dệt, thuộc da, hóa chất và dược phẩm có sử dụng thủy ngân;
- Sản xuất, sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật;
- Xử lý quặng, vàng, bạc,
- Thai khác, tách chiết thủy ngân,
- Chế tạo, bảo dưỡng và tiêu hủy các dụng cụ, thiết bị, vật liệu có chứa thủy ngân như: amangan, ắc quy, chấn lưu khí áp kế, nhiệt kế, phổ kế, bóng X-quang, đèn hơi thủy ngân, đèn điện tử nung sáng, gương, phích;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với thủy ngân và hợp chất thủy ngân.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với thủy ngân quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định.

4.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với thủy ngân quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;

Nồng độ thủy ngân trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo Quyết định số 3733/2002/QĐ-BYT;

- Thủy ngân niệu > 35 mcg/ g creatinin hoặc thủy ngân máu > 15mcg/L.


1

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Nhiễm độc cấp tính: 02 giờ;
- Nhiễm độc mạn tính: 02 tháng.

4.3. Thời gian bảo đảm

- 4.3.1. Nhiễm độc cấp tính: 07 ngày
- 4.3.2. Nhiễm độc mạn tính
 - Tổn thương da: 15 ngày
 - Tổn thương thận, khoang miệng: 01 năm
 - Tổn thương thần kinh ngoại biên: 04 năm

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

5.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Hô hấp: Ho, khó thở, đau ngực, viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi, phù phổi;
- Tiêu hóa: Có vị kim loại, tăng tiết nước bọt, viêm miệng và lợi, buồn nôn, nôn, đau bụng và tiêu chảy;
- Da: Viêm da kích ứng, viêm da dị ứng. Có thể có ban đỏ lòng bàn tay, lòng bàn chân kèm phù nhẹ.
- Viêm kết mạc;
- Thần kinh và tâm thần: Đau đầu, run, giật cơ và rung cơ cục bộ, ảo giác, trạng thái kích thích, rối loạn cảm xúc, hành vi bạo lực và xu hướng tự sát;
- Thận: Nhiễm độc thủy ngân vô cơ gây bệnh viêm cầu thận, tổn thương ống thận, hoại tử ống thận, hội chứng thận hư, suy thận

5.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Tiêu hóa: Có vị kim loại, tăng tiết nước bọt, buồn nôn, nôn, đau bụng và tiêu chảy, viêm thủy ngân đen dọc theo bờ nước lợi, răng lung lay hoặc rụng, hoại tử túi lợi, viêm dạ dày mạn tính, viêm dạ dày ruột;
- Tổn thương niêm mạc mũi: Ngứa, hắt hơi, sổ mũi, chảy máu cam, rối loạn khứu giác;
- Thần kinh và tâm thần:
 - + Run: mi mắt, da mặt, ngón tay, bàn tay khi nghỉ;
 - + Rối loạn thăng bằng;

Luat

Luat

+ Cảm xúc dễ thay đổi, sợ sệt, trạng thái kích thích, hưng phấn tâm thần và dễ cáu gắt, lo âu, suy sụp tinh thần;

+ Suy giảm nhận thức: khó tập trung, giảm trí nhớ, tâm thần vận động chậm chạp và thiếu chính xác;

+ Mất ngủ, mệt mỏi và đau đầu.

+ Thần kinh ngoại biên giảm hoặc mất cảm giác, giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh vận động và/ hoặc cảm giác trên diện cơ;- Nhiễm độc alkyl-thủy ngân ảnh hưởng tới mắt (gây giảm thị lực, giảm khả năng phân biệt màu sắc, thu hẹp thị trường kiểu đồng tâm), nghe kém tiếp nhận 2 tai

- Thận: Thủy ngân vô cơ đặc biệt độc với thận: viêm cầu thận, ống thận, bệnh lý thận do kháng thể kháng màng đáy cầu thận, hội chứng thận hư;

- Da: Tổn thương dát đỏ, da khô, bong vảy, da dày lichen.

- Thai sản: mẹ mang thai tiếp xúc với thủy ngân, đặc biệt với thủy ngân hữu cơ trong 3 tháng đầu thì trẻ sinh ra có thể bị chậm phát triển về trí tuệ và vận động.

5.2. Cận lâm sàng

- Nhiễm độc cấp tính: Thủy ngân niệu > 500 mcg/ g creatinin hoặc thủy ngân trong máu > 18 mcg/dL;

- Nhiễm độc mạn tính: Thủy ngân niệu > 35 mcg/ g creatinin

6. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với nhiễm độc thủy ngân không phải do nguyên nhân nghề nghiệp.

II. Hướng dẫn giám định

Tùy trường hợp nhiễm độc thủy ngân hay hợp chất thủy ngân hữu cơ sẽ gây ra tổn thương tương ứng ở các cơ quan, bộ phận.

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

Chỉ định các chuyên khoa tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể. Khám chuyên khoa bệnh nghề nghiệp, chống độc (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân nhiễm độc thủy ngân nghề nghiệp gây ra thì phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán và điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Viêm lợi mạn tính: quy định tại Mục 2.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Răng – Hàm – Mặt thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.	Hệ thần kinh	
2.1.	Run, mất điều hòa tiểu não: áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể Hội chứng ngoại tháp quy định tại Mục 5. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.2.	Tổn thương thần kinh ngoại biên do nhiễm độc thủy ngân áp dụng tỷ lệ tương ứng được quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Tổn thương não do nhiễm độc thủy ngân áp dụng tỷ lệ tương ứng được quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do rối loạn tâm thần và hành vi thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Tổn thương thận	
4.1.	Các bệnh cầu thận, hội chứng thận hư: quy định tại Mục 1.3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ tiết niệu sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.2.	Tổn thương ống thận quy định tại Mục 3.2 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh nhiễm độc Chì vô cơ, Phụ lục 8 Thông tư này.	
4.3	Tổn thương ở Mục 5.1, Mục 5.2 nêu trên gây bệnh thận mạn tính sẽ tổng hợp với tỷ lệ tương ứng quy định tại mục 3.4 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh nhiễm độc Chì vô cơ nghề nghiệp, Phụ lục 8 Thông tư này.	
	Ghi chú: Trường hợp có nhiều tổn thương thận do nhiễm độc Benzen nghề nghiệp thì chỉ lấy một tỷ lệ tổn thương ở mức cao nhất của các tổn thương này	

Quản lý
Được

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
5.	Tổn thương hệ tai mũi họng	
5.1.	Viêm mũi mạn tính: quy định tại Mục 6.1; Mục 6.2; Mục 6.3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tai – Mũi – Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.2.	Rối loạn khứu giác	
5.2.1.	Rối loạn khứu giác: quy định tại Mục 8.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tai – Mũi – Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.2.2.	Mất khứu giác: quy định tại Mục 8.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tai – Mũi – Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
6	Nghe kém hai tai: quy định tại Mục 1.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tai – Mũi – Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
7.	Tổn thương da để lại di chứng ảnh hưởng đến chức năng da và thẩm mỹ: Xác định tỷ lệ tổn thương cơ thể quy định tại Mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	- Nếu diện tích da bị tổn thương chiếm từ 20 % diện tích cơ thể trở lên ảnh hưởng điều tiết được cộng thêm (cộng lùi) 10%. - Nếu nhiều loại tổn thương da trên cùng một vị trí thì áp dụng tỷ lệ của loại tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất.	
8.	Tổn thương Mắt	
8.1.	Căn cứ vào thị lực, áp dụng Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do giảm thị lực vì tổn thương cơ quan thị giác	

Luật

Đuân

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
8.2	Thị trường mắt thu hẹp: áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể quy định tại Mục 12 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ quan thị giác thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<i>Ghi chú: Trường hợp có thêm các tổn thương khác về mắt gây giảm thị lực không do nhiễm độc thủy ngân phải hội chẩn chuyên khoa mắt</i>	
9.	Biến chứng (di chứng) khác do Bệnh nhiễm độc thủy ngân nghề nghiệp áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại các Phụ lục của Thông tư này.	

Luật
Sưu

Phụ lục XI
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH NHIỄM ĐỘC MANGAN NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh nhiễm độc mangan nghề nghiệp là bệnh nhiễm độc do tiếp xúc với mangan và hợp chất mangan trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Mangan và hợp chất mangan trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Khai thác quặng, tán, nghiền, sàng, đóng bao và trộn khô bioxyt mangan (MnO₂)
- Sản xuất, sử dụng ắc quy khô, que hàn;
- Sản xuất dược phẩm, chế biến thức ăn chăn nuôi, phân bón;
- Công nghiệp hóa học;
- Chế tạo thủy tinh, thuốc màu;
- Luyện thép;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với mangan và hợp chất mangan.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với mangan và hợp chất mangan quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ này.
- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định.

4.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với mangan và hợp chất mangan quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này.
- Nồng độ mangan trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 03:2019/BYT.
- Mangan niệu > 8 mcg/L hoặc mangan máu > 36 mcg/L

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Nhiễm độc cấp tính: 02 phút
- Nhiễm độc mạn tính: 02 tháng

4.3. Thời gian bảo đảm

- Nhiễm độc cấp tính: 48 giờ
- Nhiễm độc mạn tính: 20 năm

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1 Lâm sàng

5.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Luetz

suor

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Kích thích niêm mạc, mắt, da khi tiếp xúc ở nồng độ cao;
- Viêm da tiếp xúc kích ứng, viêm da tiếp xúc dị ứng.
- Kích thích, gây viêm đường hô hấp: ho, viêm phế quản, viêm phổi và giảm chức năng hô hấp.

5.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Thần kinh trung ương: hội chứng Parkinson do nhiễm độc mangan với các biểu hiện tâm thần và thần kinh. Triệu chứng sớm và kín đáo chủ yếu về vận động hoặc đôi khi giảm nhận thức;

- Nhiễm độc mangan tiến triển qua các giai đoạn:

+ Giai đoạn I: khó chịu, suy nhược, chán ăn, nhức đầu, cảm xúc dễ thay đổi, vô cảm, giảm ham muốn tình dục, yếu cơ, ngủ lịm;

+ Giai đoạn II: Suy giảm trí nhớ, giảm khả năng phân tích, lo lắng, đôi khi có biểu hiện loạn thần như ảo giác;

+ Giai đoạn III: Giảm vận động dần dần, rối loạn vận ngôn (nói khó), cứng, tăng trương lực cơ tứ chi tính chất đối xứng, rối loạn tư thế và dáng đi, tư thế không ổn định, nét mặt ít biểu cảm, run tăng khi tập trung, rối loạn phối hợp động tác.

- Hô hấp: Kích thích, gây viêm đường hô hấp: ho, viêm phế quản, viêm phổi và giảm chức năng hô hấp.

5.2. Cận lâm sàng

- Mangan máu > 36 mcg/L
- Cận lâm sàng khác (nếu cần)
 - + MRI sọ não
 - + Đo chức năng hô hấp

6. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng Parkinson do các nguyên nhân khác;
- Nhiễm độc mangan không phải do nguyên nhân nghề nghiệp.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

Chỉ định khám chuyên khoa thần kinh, chỉ định các chuyên khoa tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể. Khám chuyên khoa bệnh nghề nghiệp, chống độc (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp dụng theo Mục 6, Phần I của Phụ lục này.
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân nhiễm độc mangan nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

Signature

Signature

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Hệ thần kinh, tâm thần	
1.1.	Bệnh Parkinson: quy định tại Mục 5. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.2.	Tổn thương não: Tùy theo loại tổn thương áp dụng tỷ lệ tổn thương được quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.	Hệ hô hấp	
2.1.	Bệnh viêm phế quản mạn tính: quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Phụ lục 6 của Thông tư này	
2.2.	Bệnh viêm phổi tắc nghẽn mạn tính: quy định tại mục 5.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.3.	Hen: quy định tại Mục 4, Phần II, Phụ lục 7 của Thông tư này	
3.	Viêm da tiếp xúc dị ứng gây tổn thương da để lại di chứng ảnh hưởng đến chức năng da và thẩm mỹ: Xác định tỷ lệ tổn thương cơ thể tại Mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	Ghi chú: - Nếu diện tích da bị tổn thương chiếm từ 20 % diện tích cơ thể trở lên ảnh hưởng điều tiết được cộng thêm (cộng lùi) 10%. - Nếu nhiều loại tổn thương da trên cùng một vị trí thì áp dụng tỷ lệ của loại tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất.	
4.	Biến chứng (di chứng) khác do Bệnh nhiễm độc Mangan áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này.	

Luật

Điền

Phụ lục XII
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH NHIỄM ĐỘC 2,4,6-TRINITROTOLUEN
NGHỀ NGHIỆP

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025 /TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh nhiễm độc 2,4,6-trinitrotoluen (TNT) nghề nghiệp là bệnh nhiễm độc do tiếp xúc với TNT trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

TNT trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Sản xuất, bảo quản, vận chuyển, sử dụng và tái thu hồi thuốc nổ TNT;
- Sản xuất, bảo quản, vận chuyển, sử dụng, sửa chữa, thu hồi và tiêu hủy các loại vật liệu nổ có thành phần TNT;
- Phòng thí nghiệm có sử dụng TNT;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với TNT.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với TNT quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định.

4.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với TNT quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Nồng độ TNT trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 03:2019/BYT;
- Sản phẩm chuyển hóa của TNT trong nước tiểu.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Nhiễm độc cấp tính: 02 phút
- Nhiễm độc mạn tính:
 - + Biến đổi sắc tố da: 02 ngày
 - + Viêm da tiếp xúc dị ứng: 02 tuần
 - + Giảm sản tùy: 02 tháng

4.3. Thời gian bảo đảm

- Nhiễm độc cấp tính:



- + MetHb máu: 02 ngày
- + Viêm gan nhiễm độc cấp, tan máu cấp: 04 tháng
- Nhiễm độc mạn tính:
 - + Viêm da tiếp xúc dị ứng, biến đổi sắc tố da: 02 tuần
 - + Rối loạn huyết học, giảm sản tủy: 06 tháng

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Nhiễm độc cấp tính

- Tăng MetHb máu

MetHb máu (%)	Biểu hiện lâm sàng
15-<30	Xanh tím, máu có màu cà phê.
30-<50	Khó thở; đau đầu; chóng mặt; mệt mỏi; ngất xỉu;
50-70	Thở nhanh nông; rối loạn nhịp tim; co giật; ức chế thần kinh trung ương; nhiễm toan chuyển hóa; hôn mê.
> 70	Tử vong.

- Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:
 - + Kích ứng niêm mạc mắt, mũi và họng;
 - + Viêm gan nhiễm độc cấp tính;
 - + Tan máu cấp tính.

5.2. Nhiễm độc mạn tính

- Tăng MetHb máu: Từ trên 1,5 % đến dưới 15%.
- Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:
 - + Viêm da tiếp xúc dị ứng: Ban sẩn, nề, tróc vảy;
 - + Biến đổi sắc tố: Da có màu vàng nhạt (bàn tay, cánh tay, bàn chân, mặt);
 - + Tổn thương gan: Viêm gan mạn tính, suy tế bào gan, xơ gan;
 - + Tổn thương máu và cơ quan tạo máu: Thiếu máu, suy tủy (một dòng, hai dòng hoặc cả ba dòng tế bào máu);
 - + Tổn thương thị giác: Đục thủy tinh thể chu biên (từ vỏ vào trung tâm, dạng hình cung không đồng đều);
 - + Tổn thương cơ quan sinh dục: Giảm chức năng sinh dục nam.

6. Chẩn đoán phân biệt

Nhiễm độc TNT không phải do nguyên nhân nghề nghiệp.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa:

Chỉ định các chuyên khoa tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể. Khám chuyên khoa bệnh nghề nghiệp, chống độc (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân nhiễm độc TNT nghề nghiệp gây ra thì phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).





4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ(%)
1.	Thiếu máu: quy định tại Mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.	Suy tủy	
2.1.	Giảm Hồng cầu: áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể căn cứ mức độ thiếu máu được quy định tại Mục 1.	
2.2.	Giảm Bạch cầu: quy định tại Mục 5.2. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.3.	Giảm Tiểu cầu: quy định tại Mục 5.3. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	- Giảm từ 1 dòng: tỷ lệ được tính bằng tỷ lệ mục tổn thương một dòng Mục 2.1; Mục 2.2; Mục 2.3 - Giảm từ 2 dòng trở lên: tỷ lệ được tính bằng tỷ lệ tổn thương một dòng tổng hợp với tỷ lệ do giảm các dòng khác.	
3.	Tổn thương gan do nhiễm độc	
3.1.	Viêm gan mạn: quy định tại mục 7.1 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể bệnh, tật tiêu hóa Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.2.	Xơ gan: quy định tại mục 7.5 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể bệnh, tật tiêu hóa Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.3.	Suy chức năng gan: quy định tại mục 7.8 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể bệnh, tật tiêu hóa Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Luật
Đuân

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ(%)
	<i>Lưu ý:</i> - Trường hợp có nhiều tổn thương gan do nhiễm độc TNT nghề nghiệp thì chỉ lấy một tỷ lệ tổn thương ở mức cao nhất của các tổn thương này.	
4.	Tổn thương thủy tinh thể: Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể quy định tại Phụ lục 23 của Thông tư này	
5.	Suy giảm chức năng sinh dục nam gây các tổn thương sau	
5.1.	Liệt dương áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể do liệt dương ở mục 6.1.3.1 và mục 6.1.3.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ tiết niệu sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.2.	Vô sinh áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể như cắt bỏ hai bên tinh hoàn quy định tại mục 7.3.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do hệ tiết niệu sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
6.	Tổn thương da để lại di chứng ảnh hưởng đến chức năng da và thẩm mỹ: quy định tại Mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	- Nếu diện tích da bị tổn thương chiếm từ 20 % diện tích cơ thể trở lên ảnh hưởng điều tiết được cộng thêm (cộng lùi) 10%. - Nếu nhiều loại tổn thương da trên cùng một vị trí thì áp dụng tỷ lệ của loại tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất.	
7.	Biến chứng (di chứng) khác do Bệnh nhiễm độc TNT nghề nghiệp áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này.	

Chữ ký

Chữ ký

Phụ lục XIII
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH NHIỄM ĐỘC ARSENIC NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh nhiễm độc arsenic nghề nghiệp là bệnh nhiễm độc do tiếp xúc với arsenic và hợp chất arsenic trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Arsenic và hợp chất arsenic trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Khai thác quặng và luyện kim màu;
- Sản xuất, sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật có arsenic;
- Sử dụng các hợp chất arsenic trong xử lý da, sản xuất thủy tinh, điện tử, bảo quản gỗ, công nghệ quang học;
- Nghề/công việc khác có tiếp xúc với arsenic và hợp chất arsenic.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với arsenic và hợp chất arsenic quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định.

4.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với arsenic và hợp chất arsenic quy định tại Mục 3, phần I của Phụ lục này;
- Nồng độ arsenic trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 03: 2019/BYT;
- Arsenic máu > 10mcg/dL hoặc arsenic niệu > 80 mcg/L hoặc arsenic tóc > 0,8 mcg/g.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Nhiễm độc cấp tính: 02 phút
- Nhiễm độc mạn tính:
 - + Loét thủng vách ngăn mũi, tổn thương da, tổn thương gan, biến đổi huyết học: 02 tháng
 - + Các tổn thương khác không phải ung thư: 06 tháng
 - + Các loại ung thư do arsenic: 01 năm.

4.3. Thời gian bảo đảm

- Tan máu (do arsin): 02 giờ
- Tổn thương gan: 02 tháng
- Loét, thủng vách ngăn mũi: 06 tháng




- Tồn thương tuần hoàn ngoại vi, huyết học: 01 năm
- Tồn thương da, thần kinh ngoại biên: 03 năm
- Các loại ung thư do arsenic: 40 năm

4.4. Thời gian ủ bệnh

- Ung thư da: 05 năm
- Ung thư phổi: 15 năm

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

5.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Tiêu hóa: đau bụng, nôn, tiêu chảy, xuất huyết tiêu hóa, viêm gan nhiễm độc, viêm tụy cấp;
- Tuần hoàn: huyết áp giảm, suy tuần hoàn do mất nước; rối loạn nhịp tim và thiếu máu cơ tim cục bộ.
- Hô hấp: hít hơi arsenic gây viêm mũi, loét thủng vách ngăn mũi, co thắt phế quản, phù phổi, suy hô hấp cấp;
- Thận: thiếu niệu, vô niệu, tổn thương cầu thận, hoại tử ống thận cấp, đại huyết sắc tố, tăng urê máu;
- Thần kinh trung ương: hội chứng não cấp, thường xuất hiện sớm, muộn nhất sau 40 ngày kể từ khi bị nhiễm độc cấp;
- Huyết học: tan máu cấp (do arsin)

5.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Tồn thương da: Dày sừng (đặc biệt lòng bàn tay, lòng bàn chân), mụn cóc.
- Rối loạn sắc tố da: tăng sắc tố xen kẽ với đám mất sắc tố. Tăng sắc tố (mặt, mí mắt, cổ, nếp gấp nách, quầng vú, thân, bộ phận sinh dục). Rối loạn sắc tố da dạng đám phân bố cả hai bên, đối xứng trên thân và tay chân.
- Loét, thủng vách ngăn mũi khi niêm mạc mũi tiếp xúc mạn tính với khói, bụi chứa arsenic

- Thần kinh ngoại biên: Bệnh đa dây thần kinh sợi trục cảm giác và vận động đối xứng ưu thế ngón chỉ với triệu chứng: cảm giác có xu hướng xuất hiện trước; rối loạn cảm giác kiểu đi găng đi bột; trong các trường hợp nặng có đau, yếu tay chân đối xứng, giảm hoặc mất phản xạ gân xương; điện cơ thể hiện bệnh đa dây thần kinh tổn thương sợi trục cảm giác và vận động.

- Tuần hoàn ngoại vi: tắc mạch đầu chi tiến triển từ đau, tê buốt đầu ngón tay, ngón chân đến loạn dưỡng, hoại tử khô ngón chân, ngón tay điển hình là bệnh bàn chân đen; hội chứng Raynaud;

- Tim mạch: giống như nhiễm độc cấp tính (rối loạn nhịp tim và thiếu máu cơ tim cục bộ)

- Huyết học: ức chế tạo hồng cầu, thiếu máu, giảm tế bào máu.

- Suy gan: có thể gây hoại tử tế bào gan, gan nhiễm mỡ, xơ gan, huyết khối tĩnh mạch cửa trong gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

- Rụng tóc nhiều, rối loạn tiêu hóa, tăng huyết áp, viêm thận và các ảnh hưởng về thai sản (sảy thai, đẻ non, dị tật bẩm sinh).

Chữ ký

Chữ ký

- Ung thư: gan, da, phổi, bàng quang

5.2. Cận lâm sàng

Đối với nhiễm độc mạn tính: Arsenic niệu > 80 mcg/L hoặc arsenic tóc > 0,8 mcg/g.

6. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán cần phân biệt với nhiễm độc arsenic không phải do nguyên nhân nghề nghiệp.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa:

Chỉ định các chuyên khoa tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể. Khám chuyên khoa bệnh nghề nghiệp, chống độc (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp dụng theo Mục 6, Phần I của Phụ lục này.

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân nhiễm độc arsenic nghề nghiệp gây ra thì phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Bệnh về da do nhiễm độc arsenic	
1.1	Dày sừng lòng bàn tay, bàn chân: quy định tại Mục 4.7 thuộc Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.2	Tổn thương thay đổi màu sắc da hoặc rối loạn sắc tố: Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tại Mục 1.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<i>Ghi chú:</i> - Nếu diện tích da bị tổn thương chiếm từ 20 % diện tích cơ thể trở lên ảnh hưởng điều tiết được cộng thêm (cộng lùi) 10%. - Nếu nhiều loại tổn thương da trên cùng một vị trí thì áp dụng tỷ lệ của loại tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất.	

Chức

Đuân

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
2.	Rụng tóc: quy định tại Mục 7.1; Mục 7.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Tim mạch	
3.1.	Rối loạn nhịp tim: quy định tại mục 8.1; mục 8.2; mục 8.3; mục 8.6 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.2.	Thiếu máu cơ tim cục bộ: quy định tại mục 4; mục 5 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.3.	Hội chứng Raynaud: quy định tại Mục 15.3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Viêm loét mũi	
4.1.	Viêm loét mũi chưa gây biến chứng thủng vách ngăn	5 - 9
4.2.	Thủng vách ngăn mũi: quy định tại Mục 6.4.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tai Mũi Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.	Tổn thương thần kinh ngoại biên do nhiễm độc asenic áp dụng tỷ lệ tương ứng được quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH.	
6.	Tổn thương gan do nhiễm độc Arsenic	
6.1.	Viêm gan mạn do nhiễm độc: quy định tại Mục 7.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Chen
Đuon

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
6.2.	Suy chức năng gan: quy định tại Mục 7.8 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
6.3.	Xơ gan: quy định tại Mục 7.5 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
6.4.	Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa: quy định tại mục 7.7 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
6.5.	Ung thư gan: quy định tại Mục 7.12.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<i>Lưu ý:</i> - Trường hợp có nhiều tổn thương gan do nhiễm độc Arsenic nghề nghiệp thì chỉ lấy một tỷ lệ tổn thương ở mức cao nhất của các tổn thương này.	
7.	Tổn thương thận tiết niệu	
7.1.	Bệnh cầu thận: quy định tại Mục 1.3 Bảng tỷ lệ TTCT do bệnh, tật hệ tiết niệu sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
7.2.	Tổn thương ống thận quy định tại Mục 3.2 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh nhiễm độc Chì vô cơ, Phụ lục 8 Thông tư này.	
7.3.	Tổn thương ở Mục 8.1, Mục 8.2 nêu trên gây bệnh thận mạn tính sẽ tổng hợp với tỷ lệ tương ứng quy định tại mục 3.4 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh nhiễm độc Chì vô cơ nghề nghiệp, Phụ lục 8 Thông tư này.	
	<i>Ghi chú:</i> - Trường hợp có nhiều tổn thương thận do nhiễm độc Arsenic nghề nghiệp thì chỉ lấy một tỷ lệ tổn thương ở mức cao nhất của các tổn thương này	

Chau 2

Đuân

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
7.4.	Ung thư bàng quang: quy định tại Mục 3.5 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tiết niệu – Sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
8.	Thiếu máu: quy định tại Mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
9.	Ung thư phổi: quy định tại Mục 9.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
10.	Các biến chứng (di chứng) khác do nhiễm độc Arsenic ở các cơ quan, bộ phận áp dụng tỷ lệ tổn thương được quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này.	

Handwritten signature

Handwritten signature

Phụ lục XIV
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH NHIỄM ĐỘC HÓA CHẤT BẢO VỆ THỰC VẬT
NGHỀ NGHIỆP (NHÓM PHOSPHOR HỮU CƠ VÀ CARBAMAT)
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh nhiễm độc hóa chất bảo vệ thực vật (HCBVTV) nghề nghiệp là bệnh nhiễm độc do tiếp xúc với HCBVTV trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

HCBVTV nhóm phosphor hữu cơ và carbamat trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Sản xuất, sang chai, đóng gói, bảo quản, vận chuyển, lưu kho, kinh doanh HCBVTV nhóm phosphor hữu cơ và carbamat;

- Sử dụng HCBVTV nhóm phosphor hữu cơ và carbamat trong sản xuất, bảo quản sản phẩm nông lâm nghiệp;

- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với HCBVTV nhóm phosphor hữu cơ và carbamat.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với HCBVTV nhóm phosphor hữu cơ và carbamat quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;

- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định.

4.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với HCBVTV nhóm phosphor hữu cơ và carbamat quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;

- Nồng độ HCBVTV nhóm phosphor hữu cơ và carbamat trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 01:2025/BYT; Quyết định số 3733/2002/QĐ-BYT;

- Hoạt tính enzym cholinesterase (AChE) huyết tương giảm trên 30% so với hoạt tính AChE huyết tương trước khi tiếp xúc hoặc so với giá trị tham khảo ở người bình thường; hoặc hoạt tính AChE hồng cầu giảm trên 50% so với hoạt

tính AChE hồng cầu trước khi tiếp xúc hoặc so với giá trị tham khảo ở người bình thường.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Nhiễm độc cấp tính: 02 phút
- Nhiễm độc mạn tính: 02 tuần

4.3. Thời gian bảo đảm

- Nhiễm độc cấp tính:
 - + Carbamat: 24 giờ
 - + Phosphor: 03 ngày
- Nhiễm độc mạn tính: 01 tháng.

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

5.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Hội chứng Muscarin: đa tái lạnh, đồng tử co nhỏ, đau bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, tăng tiết và co thắt phế quản biểu hiện bằng cảm giác khó thở, chẹn ngực, khám thấy ran ẩm, ran rít ở phổi. Nếu ngộ độc tiến triển nặng sẽ rối loạn nhịp tim, tụt huyết áp, sốc.
- Hội chứng Nicotin: máy cơ tự nhiên, hoặc sau gõ các cơ Delta, cơ ngực, cơ bắp chân; co cứng hoặc liệt cơ, phản xạ gân xương tăng nhạy;
- Biểu hiện thần kinh trung ương: rối loạn ý thức, co giật, hôn mê.
- Tiếp xúc trực tiếp với mắt đau, sợ ánh sáng, loét, kích ứng kết mạc.
- Hít phải qua đường mũi và hô hấp trên gây ho, tức ngực, khó thở, hen phế quản, hội chứng rối loạn chức năng đường thở, nặng gây phù phổi cấp.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng, viêm da tiếp xúc dị ứng: biểu hiện có thể bao gồm ban đỏ, ngứa, sưng, đau có thể phỏng nước.

5.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Thần kinh ngoại biên: đau cơ, rối loạn cảm giác ngón chi, vận động, có thể liệt nhẹ; ban đầu liệt mềm sau đó là liệt cứng chi dưới, trường hợp nặng có cả liệt chi trên.
- Giảm phối hợp vận động tinh tế, phản ứng chậm;
- Rung giật nhãn cầu, rung máy cơ cục bộ;
- Bệnh lý não mạn tính: (do nhiễm độc dung môi hữu cơ trong đó bao gồm cả phosphor hữu cơ):

ant
duy

+ Mức độ nhẹ (hồi phục khi ngừng tiếp xúc): Hội chứng rối loạn cảm xúc do tiếp xúc với dung môi hữu cơ: trầm cảm, dễ cáu gắt, giảm sự tập trung chú ý;

+ Mức độ trung bình: Mệt mỏi, tâm trạng bất an, giảm trí nhớ, giảm tập trung, suy giảm chức năng tâm thần vận động (tốc độ xử lý thông tin, khéo léo);

+ Mức độ nặng (không hồi phục): Mất năng lực trí tuệ nghiêm trọng ảnh hưởng tới hoạt động xã hội hoặc kỹ năng công việc.

- Rối loạn thần kinh thực vật: tăng tiết mồ hôi tay, chân;

- Biểu hiện da: sẩn ngứa, tổn thương mạn tính với biểu hiện da dày sừng, bong vảy, nứt nẻ.

5.2. Cận lâm sàng

Hoạt tính enzym AChE hồng cầu giảm trên 50% so với hoạt tính AChE hồng cầu trước khi tiếp xúc hoặc so với giá trị tham khảo ở người bình thường.

6. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm độc HCBVTV không phải do nguyên nhân nghề nghiệp.

- Các tổn thương như mô tả tại Mục 5.1, Phần I của Phụ này không phải do nhiễm độc HCBVTV, đặc biệt viêm thần kinh ngoại biên của bệnh tiểu đường type 2.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

Chỉ định các chuyên khoa tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể. Khám chuyên khoa bệnh nghề nghiệp, chống độc (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp dụng theo Mục 6, Phần I của Phụ lục này.

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân nhiễm độc HCBVTV nghề nghiệp gây ra thì phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

Luật

Đuân

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Rối loạn thần kinh thực vật (ra mồ hôi chân, tay): quy định tại Mục 18. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2	Bệnh não mạn tính áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý rối loạn tâm thần và hành vi thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Tổn thương thần kinh ngoại biên do nhiễm độc HCBVTV áp dụng tỷ lệ tương ứng được quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Rung giật nhãn cầu: Xác định tỷ lệ tổn thương cơ thể tại Mục 16. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ quan thị giác thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5	Tổn thương da để lại di chứng ảnh hưởng đến chức năng da và thẩm mỹ: áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể quy định tại Mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Chữ ký


TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
	<i>Ghi chú:</i> - Nếu diện tích da bị tổn thương chiếm từ 20 % diện tích cơ thể trở lên ảnh hưởng điều tiết được cộng thêm (cộng lùi) 10%. - Nếu nhiều loại tổn thương da trên cùng một vị trí thì áp dụng tỷ lệ của loại tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất.	
6.	Các biến chứng (di chứng) khác do nhiễm độc HCBVTV ở các cơ quan, bộ phận áp dụng tỷ lệ tổn thương được quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này	

Seunh



Phụ lục XV
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH NHIỄM ĐỘC NICOTIN NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh nhiễm độc nicotin nghề nghiệp là bệnh nhiễm độc do tiếp xúc với nicotin trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Nicotin trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Thu hoạch, sơ chế, đóng kiện, vận chuyển, lưu kho thuốc lá, thuốc lào;
- Sản xuất thuốc lá như Sây, sàng, tẩm nguyên liệu, thái sợi, cuộn điếu, đóng bao;
- Sản xuất, sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật có sử dụng nguyên liệu là nicotin;
- Các nghề, công việc khác có tiếp xúc với nicotin.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1 Nhiễm độc cấp tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với nicotin quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định.

4.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với nicotin quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;

Nồng độ nicotin trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 03:2019/BYT;

- Nicotin niệu > 0,3 mg/L.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

Không quy định.

Luật

Ban

4.3. Thời gian bảo đảm

- Nhiễm độc cấp tính: không quy định
- Nhiễm độc mãn tính: 12 tháng

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

5.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Chóng mặt, nhức đầu dữ dội, mặt xanh tái;
- Buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy;
- Ứa nước bọt, vã mồ hôi lạnh;
- Tim đập nhanh, huyết áp tăng, đau vùng tim;
- Rối loạn thị giác, thính giác;
- Rung mi mắt, run tay, chuột rút.

5.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Tâm căn suy nhược;
- Viêm kết mạc mắt, chảy nước mắt, nhức mắt, giảm thị lực;
- Viêm da mạn tính dị ứng;
- Tim mạch: Hạ huyết áp, tăng huyết áp, loạn nhịp ngoại tâm thu, nhịp chậm, tổn thương động mạch vành;
- Tiêu hóa: buồn nôn, ăn không ngon miệng, khó tiêu, tiêu chảy, ợ chua, đau thượng vị;
- Hô hấp: viêm phế quản mạn tính, rối loạn thông khí phổi.

5.2. Cận lâm sàng

- Nicotin niệu > 0,3 mg/L đối với người không hút thuốc và nicotin niệu > 1,2 mg/L đối với người hút thuốc (lấy mẫu ngay sau ca làm việc);
- Hoặc cotinin niệu > 0,5 mg/L đối với người không hút thuốc và cotinin niệu > 1,2mg/L đối với người hút thuốc (lấy mẫu 24 giờ trong tuần làm việc).

6. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt nhiễm độc nicotin không phải do nguyên nhân nghề nghiệp.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa:

Chỉ định các chuyên khoa tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể. Khám chuyên khoa bệnh nghề nghiệp, chống độc (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân nhiễm độc nicotin nghề nghiệp gây ra thì phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Mắt	
1.1	Viêm kết mạc mạn tính: quy định tại Mục 23 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ quan thị giác thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.2.	Giảm thị lực: quy định tại bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do giảm thị lực vì tổn thương cơ quan thị giác của Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ quan thị giác thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<i>Ghi chú: Trường hợp có thêm các tổn thương khác về mắt gây giảm thị lực không do nhiễm độc nicotin phải hội chẩn chuyên khoa mắt</i>	
2.	Viêm da mạn tính do dị ứng: áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể quy định tại Mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Hệ tim mạch	
3.1.	Hạ huyết áp: quy định tại Mục 12 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.2.	Tăng huyết áp: quy định tại Mục 11 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Chữ ký

Đã ký

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
3.3.	Loạn nhịp ngoại tâm thu: quy định tại Mục 8.3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.4.	Nhịp chậm: quy định tại Mục 8.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.5.	Tổn thương động mạch vành: quy định tại Mục 4 và Mục 5 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Tâm căn suy nhược: áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể quy định tại Mục 9 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý rối loạn tâm thần và hành vi thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.	Bệnh viêm phế quản mạn tính: quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Phụ lục 6 của Thông tư này	
6.	Biến chứng (di chứng) khác do Bệnh nhiễm độc Nicotin áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này.	

Chant

Đuon

Phụ lục XVI
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH
SUY GIẢM KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG DO BỆNH NHIỄM ĐỘC
CARBON MONOXIDE NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh nhiễm độc carbon monoxide (CO) nghề nghiệp là bệnh nhiễm độc do tiếp xúc với CO trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

CO trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Sửa chữa ô tô, xe máy tại ga-ra;
- Chữa cháy;
- Làm việc trong đường hầm, công nghiệp dầu khí và hóa học;
- Luyện kim, đúc, đốt lò các loại;
- Sử dụng động cơ máy nổ chạy bằng xăng, dầu và các nhiên liệu có chứa carbon khác;
- Các nghề, công việc khác có tiếp xúc với CO.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với CO quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định;
- Nồng độ HbCO máu $\geq 10\%$

4.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với CO quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;

Nồng độ CO trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc cho phép theo QCVN 03:2019/BYT.



- Nồng độ HbCO máu $\geq 3,5\%$

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu: 02 phút

4.3. Thời gian bảo đảm:

- Nhiễm độc cấp tính: 24 giờ
- Nhiễm độc mạn tính:
- + Giảm thính lực: 06 tháng
- + Tổn thương tim mạch, tổn thương thần kinh: 18 tháng

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Nhiễm độc cấp tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau (tùy thuộc nồng độ HbCO trong máu):

- Mức độ nhẹ (HbCO 10-30%): đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi, buồn nôn, nhàm lẫn, mất định hướng, rối loạn thị giác, da có màu đỏ hồng.

- Mức độ trung bình (HbCO 30-50%): khó thở nhanh, đau đầu dữ dội, ngất, ban đỏ da, đặc biệt là mụn nước trong biểu bì hoặc dưới biểu bì, xuất huyết kết mạc, xuất huyết võng mạc;

- Mức độ nặng (HbCO > 50%): tổn thương thần kinh trung ương (mất ý thức, hôn mê tăng trương lực cơ, có dấu hiệu ngoại tháp); tổn thương tim mạch (nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim cục bộ, loạn nhịp nhanh, chậm, ngoại tâm thu, trụy mạch, ngừng tim); phù phổi cấp, ngừng thở; tổn thương cơ vân dạng tiêu cơ vân (cơ căng, tăng thể tích cơ, mất một hay nhiều mạch ngoại vi, tăng CPK, amylase, transaminase trong máu). Đối với phụ nữ có thai thường dẫn đến thai chết lưu, và dị tật thai nhi do thiếu oxy.

5.2. Nhiễm độc mạn tính

- Hàm lượng HbCO máu trên 3,5% đối với người không hút thuốc và trên 10% đối với người nghiện thuốc lá, thuốc lào;

- Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- + Thần kinh, tâm thần: thay đổi tính cách, kích động, lo lắng, trầm cảm, bốc đồng và thay đổi tâm trạng, mất phương hướng, suy giảm trí nhớ, suy giảm khả năng học tập, suy giảm khả năng chú ý, phối hợp tư duy trừu tượng, xu hướng tự tử và suy giảm nhân cách;

- + Thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim;

- + Nghe kém tiếp nhận hai tai; hội chứng tiền đình

6. Biến chứng, di chứng

Rối loạn tâm thần, hội chứng Parkinson, liệt vận động, múa vờn, bệnh lý thần kinh ngoại biên, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim.

7. Chẩn đoán phân biệt

Nhiễm độc CO không phải do nguyên nhân nghề nghiệp.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa:

Chỉ định các chuyên khoa tùy theo mức độ nhiễm độc cấp tính, mạn tính và di chứng sẽ có các tổn thương tương ứng ở cơ quan, bộ phận của cơ thể. Khám chuyên khoa bệnh nghề nghiệp, chống độc (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp dụng theo Mục 7, Phần I của Phụ lục này.

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân nhiễm độc CO nghề nghiệp gây ra thì phải căn cứ hồ sơ sức khỏe hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Xác định tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Hệ tim mạch	
1.1.	Thiếu máu cơ tim: quy định tại Mục 4 và Mục 5 trong Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.2.	Nhồi máu cơ tim: quy định tại Mục 5 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.	Hệ thần kinh	
2.1.	Hội chứng ngoại tháp (Parkinson, múa vờn...): quy định tại Mục 5. Bảng tỷ lệ tổn thương do bệnh, tật hệ Thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Chữ ký

Chữ ký

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
2.2	Tổn thương thần kinh ngoại biên do nhiễm độc CO áp dụng tỷ lệ tương ứng được quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.3	Hội chứng tiền đình: quy định tại Mục 17 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Rối loạn tâm thần do nhiễm độc CO áp dụng tỷ lệ tổn thương tương ứng quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương do bệnh lý rối loạn tâm thần và hành vi thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Nghe kém tiếp nhận 2 tai: quy định tại Mục 1.1 Bảng tỷ lệ tổn thương do bệnh tật Tai Mũi Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.	Các biến chứng (di chứng) khác do nhiễm độc carbon monoxide ở các cơ quan, bộ phận áp dụng tỷ lệ tổn thương được quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này.	

Chuan

Bun

Phụ lục XVII
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIẢM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH NHIỄM ĐỘC CADMI NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh nhiễm độc cadmi nghề nghiệp là bệnh nhiễm độc do tiếp xúc với cadmi và hợp chất cadmi trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Cadmi và hợp chất cadmi trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Khai thác quặng, luyện kim màu;
- Sản xuất pin Nickel-Cadmi (Ni-Cd);
- Sản xuất vật liệu tổng hợp có chứa chất ổn định cadmi;
- Tái chế thiết bị điện tử (có chứa linh kiện mạ hoặc pin cadmi);
- Mạ kim loại;
- Sản xuất sơn, phẩm màu;
- Sản xuất nhựa;
- Thu hồi các kim loại khác có lẫn cadmi;
- Nghề/công việc khác có tiếp xúc với cadmi và hợp chất cadmi.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Nhiễm độc cấp tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với cadmi quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định.

4.1.2. Nhiễm độc mạn tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng hai trong ba tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với cadmi quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này.



Nồng độ cadmi trong môi trường lao động vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc theo QCVN 03:2019/BYT.

- Cadmi niệu > 5 mcg/g creatinin hoặc cadmi máu > 5 mcg/L.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

4.2.1. Nhiễm độc cấp tính: 02 phút.

4.2.2. Nhiễm độc mạn tính:

- Tổn thương thận: 01 năm
- Tổn thương xương; ung thư phế quản, phổi: 02 năm
- Tổn thương phổi (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, khí phế thũng); mất khứu giác: 10 năm.

4.3. Thời gian bảo đảm

4.3.1. Nhiễm độc cấp tính: 48 giờ

4.3.2. Nhiễm độc mạn tính

- Mất khứu giác: 05 năm
- Tổn thương phổi: 06 năm
- Tổn thương thận: 10 năm
- Tổn thương xương: 12 năm
- Ung thư phế quản, phổi: 40 năm

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Nhiễm độc cấp tính

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

5.1.1. Sốt khói kim loại

Biểu hiện bằng hội chứng giả cúm xảy ra ngay sau khi tiếp xúc với khói cadmium oxide (CdO): cảm giác khô mũi họng, ho do kích ứng, nhức đầu, mệt mỏi, sốt. Sốt khói kim loại thường tự hết.

5.1.2. Viêm phế quản-phổi (viêm phổi hóa học)

Khởi phát tương tự như "sốt khói kim loại". Sau vài giờ, xuất hiện các triệu chứng giống như nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp tính: cảm giác khô mũi họng, ho do kích ứng, đau đầu, chóng mặt, suy nhược, sốt gai lạnh, đau ngực, khó thở có thể tiến triển suy hô hấp hoặc phù phổi cấp và có thể tử vong sau vài ngày do phù phổi cấp.

5.2. Nhiễm độc mạn tính

5.2.1. Lâm sàng

Có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

a) Tổn thương thận (cầu thận, ống thận)

- Đau vùng thận, tiểu buốt, dắt;
- Nước tiểu đục hoặc có máu;
- Phù;
- Rối loạn chức năng ống thận: tăng bài tiết protein trọng lượng phân tử thấp trong nước tiểu như beta 2 microglobulin ($\beta 2M$) và micro albumin;
- Có thể có tổn thương cầu thận: tăng bài tiết protein trọng lượng phân tử cao trong nước tiểu như albumin, immunoglobulin G (IgG) hoặc transferrin.

b) Tổn thương hệ hô hấp

- Viêm mũi;
- Giảm khứu giác, mất khứu giác;
- Viêm phế quản, phổi mạn tính;
- Rối loạn chức năng thông khí tắc nghẽn;
- Khí phế thũng;
- Ung thư phế quản, phổi

c) Tổn thương xương

- Loãng xương, đặc biệt phụ nữ sau mãn kinh có thiếu vitamin D;
- Dễ gãy xương.

5.2.2. Cận lâm sàng

- Cadmi niệu > 5 mcg/g creatinin;

Các xét nghiệm khác nếu cần:

- Cadmi máu > 5 mcg/L;
- $\beta 2$ -Microglobulin niệu > 300 mcg/g creatinin.

6. Chẩn đoán phân biệt;

- Nhiễm độc cadmi không phải do nguyên nhân nghề nghiệp.
- Các tổn thương như mô tả tại Mục 5, Phần I của Phụ lục này không phải do nhiễm độc cadmi.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa:

Chỉ định các chuyên khoa tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể. Khám chuyên khoa bệnh nghề nghiệp, chống độc (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp dụng theo Mục 6, Phần I của Phụ lục này.

Luật
Đuân

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân nhiễm độc cadmi nghề nghiệp gây ra thì phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khoẻ người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Thay đổi các chỉ số sinh hóa nhưng chưa có biểu hiện lâm sàng - Cadmi niệu > 5mcg/g creatinin; - Protein niệu âm tính	5 – 9
2.	Bệnh về Mũi	
2.1.	Ảnh hưởng khứu giác	
2.1.1.	Rối loạn khứu giác (giảm khứu giác): quy định tại Mục 8.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tai – Mũi – Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.1.2.	Mất khứu giác hoàn toàn: quy định tại Mục 8.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tai – Mũi – Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.2	Viêm mũi mạn tính: quy định tại Mục 6.1; 6.2.; 6.3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tai – Mũi – Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Tổn thương thận	
3.1.	Các bệnh cầu thận: quy định tại Mục 1.3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ tiết niệu sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.2	Tổn thương ống thận quy định tại Mục 3.2 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh nhiễm độc Chi vô cơ, Phụ lục 8 Thông tư này..	
3.3	Tổn thương ở Mục 3.1, Mục 3.2 nêu trên gây bệnh thận mạn tính sẽ tổng hợp với tỷ lệ tương ứng quy định tại mục 3.4 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh nhiễm độc Chi vô cơ nghề nghiệp, Phụ lục 8 Thông tư này.	

Chu P

Bu

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
	<i>Ghi chú:</i> - Trường hợp có nhiều tổn thương thận do nhiễm độc cadmi thì chỉ lấy một tỷ lệ tổn thương ở mức cao nhất của các tổn thương này	
4.	Bệnh hô hấp	
4.1.	Bệnh viêm phế quản mạn tính: quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Phụ lục 6 của Thông tư này	
4.2.	Bệnh viêm phổi tắc nghẽn mạn tính: quy định tại mục 5.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.3.	Ung thư phổi, phế quản: quy định tại Mục 9.2. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<i>Ghi chú</i> - Trường hợp có nhiều tổn thương phổi, phế quản do nhiễm độc cadmi nghề nghiệp thì chỉ lấy một tỷ lệ tổn thương ở mức cao nhất của các tổn thương này.	
5.	* Nếu có biểu hiện loãng xương thì được cộng lùi từ 5-10% (Chỉ tính đối với nữ dưới 50 tuổi và nam dưới 55 tuổi) * Có biến chứng gãy xương thì tính tỷ lệ xương gãy được quy định tại Bảng 1 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
6.	Biến chứng (di chứng) khác ở các cơ quan, bộ phận do nhiễm độc Cadmi được áp dụng tỷ lệ tổn thương tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này.	

Sanh

Sanh

Phụ lục XVIII
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH Điếc NGHỀ NGHIỆP DO TIẾNG ỒN
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh điếc nghề nghiệp do tiếng ồn là bệnh nghe kém không hồi phục do tiếp xúc với tiếng ồn có cường độ cao trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Tiếng ồn trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Làm việc tại sân bay;
- Luyện, cán thép;
- Khai khoáng, mỏ;
- Dệt;
- Xây dựng;
- Cơ khí;
- Huấn luyện bắn súng;
- Bộ đội tăng, thiết giáp, pháo binh;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với tiếng ồn.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Cấp tính

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Cường độ tiếng ồn lớn hơn 140 dB;
- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định hiện hành.

4.1.2. Mạn tính

Tiếng ồn vượt quá mức tiếp xúc cho phép theo QCVN 24/2016/BYT - Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về tiếng ồn - Mức tiếp xúc cho phép tiếng ồn tại nơi làm việc.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Cấp tính: 01 lần.



- Mạn tính: 5 năm trong đó có ít nhất 1 năm vượt quá mức tiếp xúc cho phép theo QCVN 24/2016/BYT.

Đối với trường hợp tiếp xúc tiếng ồn từ 93 dBA trở lên thì thời gian tiếp xúc tối thiểu 06 tháng.

4.3. Thời gian bảo đảm

- Cấp tính: 02 ngày.
- Mạn tính: không quy định.

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Cấp tính

Thường sau khi tiếp xúc với cường độ tiếng ồn lớn từ 140 dB trở lên (vụ nổ...)

- Có ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- + Đau, chảy máu tai;
- + Chóng mặt, ù tai, nghe kém;

- Vị trí tổn thương: màng nhĩ, tai giữa, ốc tai;

- Tổn thương hai tai đồng đều hoặc không đồng đều: phụ thuộc hướng của nguồn ồn;

- Biểu đồ sức nghe: giảm nghe dạng hỗn hợp hoặc tiếp nhận.

5.2. Mạn tính

a) Triệu chứng lâm sàng: ù tai, nghe kém, khó khăn khi trao đổi công việc.

b) Cận lâm sàng

- Biểu đồ sức nghe điển hình: giảm nghe dạng tiếp âm, đối xứng hai tai (đối xứng hoàn toàn hay không hoàn toàn), bắt đầu giảm nghe các dải tần số cao, điển hình giảm nghe ở tần số 4000Hz đến 6000Hz (thể loa đạo đáy), giai đoạn sau giảm nghe cả các dải tần số thấp hơn (thể toàn loa đạo).

- Biểu đồ sức nghe không điển hình:

+ Giảm nghe tiếp âm do ảnh hưởng của tiếng ồn không đối xứng 2 tai phụ thuộc vào các đặc điểm của nguồn gây ồn, điều kiện lao động đặc thù tại vị trí làm việc (sử dụng bộ đàm, điện thoại liên tục 1 bên tai,...).

+ Viêm tai giữa kết hợp:

Viêm tai giữa 1 bên: Biểu đồ sức nghe ở tai có viêm tai giữa có dạng nghe kém hỗn hợp. Biểu đồ sức nghe ở tai đối diện có dạng điển hình của điếc nghề nghiệp. Trường hợp này thì tính mức độ nghe kém dựa vào mức độ nghe kém do tiếng ồn của tai đối diện.

Viêm tai giữa 2 bên: Biểu đồ sức nghe có dạng điển hình của điếc nghề nghiệp trước khi mắc viêm tai giữa. Trường hợp này tính mức độ nghe kém dựa vào ngưỡng nghe đường xương của tai nghe tốt hơn.

5.3. Các nghiệm pháp cận lâm sàng

- Đo sức nghe đơn âm tại ngưỡng (Pure Tone Audiometry)
- Đo nhĩ lượng (nếu cần).

- Các nghiệm pháp khác (nếu cần): Đo phản xạ cơ bàn đạp; ghi đáp ứng thính giác thân não - ABR (Auditory Brainstem Response); ghi đáp ứng thính giác thân não tự động - AABR (Automated Auditory Brainstem Response).

6. Tiến triển, biến chứng

6.1. Cấp tính

Có thể biến chứng:

- Tồn thương tai giữa gây biến chứng: Viêm tai có cholesteatome; Biến chứng nội sọ;
- Tồn thương tiền đình (ù tai, chóng mặt);

6.2. Mạn tính

Ù tai, nghe kém thể toàn loa đạo, có thể tiến triển thành điếc đặc hoàn toàn

7. Chẩn đoán phân biệt

Nghe kém do các nguyên nhân

- + Tuổi già (≥ 50 tuổi)
- + Sau chấn thương sọ não
- + Sau điều trị bằng tia X sâu vùng đầu cổ;
- + Nhiễm độc
- + Nhiễm trùng
- + Viêm tai giữa;
- + Xốp xơ tai;
- + Hội chứng Menière;

+ Nghe kém tiếp nhận do các nguyên nhân khác không phải tiếp xúc nghề nghiệp với tiếng ồn: đái tháo đường typ 2, tăng mỡ máu, sử dụng tai nghe.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Khám chuyên khoa Tai Mũi Họng
- Bệnh nghề nghiệp (nếu cần)
- Cận lâm sàng:
- + Đo sức nghe đơn âm
- + Các nghiệm pháp thăm dò chức năng tai khác (nếu cần)

Signature

Signature

2. Chẩn đoán xác định

Áp dụng Mục 4 và Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

Thời gian bảo đảm của bệnh điếc nghề nghiệp cấp tính phải ghi nhận tại hồ sơ bệnh nghề nghiệp hoặc tóm tắt hồ sơ bệnh án của cơ sở y tế có thẩm quyền khám bệnh, chữa bệnh nghề nghiệp.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh nêu ở Mục 7, Phần I của Phụ lục này.

- Trường hợp khó xác định bệnh điếc nghề nghiệp cần căn cứ căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

4.1. Cấp tính

- Nghe kém: quy định tại Mục 1 của Phụ lục này: Nghe kém trong Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Tai – Mũi – Họng ban hành kèm theo Thông tư 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH.

- Viêm tai giữa: quy định tại Mục 3.2, Mục 3.3 bệnh tai giữa trong bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Tai – Mũi – Họng ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH.

4.2. Mạn tính

- Căn cứ vào biểu đồ sức nghe có biểu hiện thiếu hụt sức nghe điển hình nghe kém do tiếng ồn.

- Mức độ nghe kém hoặc thiếu hụt sức nghe được tính căn cứ theo mất sức nghe ở đường khí trên biểu đồ sức nghe đơn âm.

- Mức độ thiếu hụt sức nghe được tính theo bảng Fowler Sabine.

- Tỷ lệ tổn thương cơ thể tính theo bảng Felmann Lessing cải tiến.

Bảng Fowler-Sabine

Mất nghe theo dB	Mất nghe theo % ở từng tần số			
	500 Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz
10	0,2	0,3	0,4	0,1
15	0,5	0,9	1,3	0,3
20	1,1	2,1	2,9	0,9
25	1,8	3,6	4,9	1,7
30	2,6	5,4	7,2	2,7

Chức

Đu

35	3,7	7,7	9,8	3,8
40	4,9	10,2	12,9	5
45	5,4	13	17,3	6,4
50	7,9	15,7	22,4	8
55	9,6	19	25,7	9,7
60	11,3	21,5	28	11,2
65	12,8	23,5	30,2	12,5
70	13,8	25,5	32,2	13,5
75	14,6	27,2	34	14,2
80	14,8	28,8	35,8	14,6
85	14,9	29,8	37,5	14,8
90	15	29,9	39,2	14,9
95	15	30	40	15

Bảng Felmann – Lessing cải tiến

		Bình thường	Nghe kém nhẹ		Nghe kém vừa		Nghe kém nặng		Điếc	Điếc đặc hoàn toàn
			I	II	I	II	I	II		
		THSN <15	THSN 15-25	THSN 26-35	THSN 36-45	THSN 46-55	THSN 56-65	THSN 66-75	THSN 76-90	THSN 100
Bình thường	THSN <15	0	2							
Nghe kém nhẹ	THSN 15-25	2	5	7						
	THSN 26-35		7	11	15					
Nghe kém vừa	THSN 36-45			15	21	25				
	THSN 46-55				25	31	35			
Nghe kém nặng	THSN 56-65					35	41	45		
	THSN 66-75						45	51	55	
Điếc	THSN 75-90							55	61	65
Điếc đặc hoàn toàn	THSN 100								65	71

THSN: thiếu hụt sức nghe




Phụ lục XIX
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH GIẢM ÁP NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh giảm áp nghề nghiệp gồm các rối loạn bệnh lý xảy ra do giảm nhanh áp suất bên ngoài cơ thể trong quá trình lao động đưa đến mức quá bão hòa của máu đối với các chất khí đã được hòa tan trong tổ chức (chủ yếu là nitơ) và tạo thành các bọt khí trong lòng mạch, trong tổ chức. Ngoài ra, do áp lực giảm đột ngột có thể gây chấn thương các tạng.

2. Yếu tố gây bệnh

Áp suất bên ngoài cơ thể giảm đột ngột.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Lặn;
- Làm việc trong buồng cao áp, hòm chìm; trong hầm mỏ sâu; công trình ngầm;
- Phi công, tiếp viên hàng không, dẫn đường trên không;
- Các nghề, công việc khác trong quá trình làm việc có giảm đột ngột áp suất bên ngoài cơ thể.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Bệnh giảm áp cấp tính

Xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc có giảm đột ngột áp suất bên ngoài cơ thể quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Được xác định bằng Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định hiện hành.

4.1.2. Bệnh giảm áp mạn tính

Xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc có giảm đột ngột áp suất bên ngoài cơ thể quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này.
- Yếu tố gây bệnh được ghi nhận trong phần đánh giá tiếp xúc nghề nghiệp của Báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Bệnh giảm áp cấp tính: 01 lần;
- Bệnh giảm áp mạn tính: 03 tháng.




4.3. Thời gian bảo đảm:

- Bệnh giảm áp cấp tính: 36 giờ
- Bệnh giảm áp mạn tính:
 - + Đối với tổn thương tai (nghe kém tiếp nhận do tổn thương ốc tai không hồi phục có thể kèm chóng mặt): 01 tháng
 - + Hình ảnh tiêu xương: 20 năm

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

5.1.1. Cấp tính

- Mức độ nhẹ: chưa đe dọa ngay lập tức đến tính mạng, có thể có các triệu chứng sau:
 - + Đau xương-khớp;
 - + Đau thần kinh-cơ;
 - + Tràn khí dưới da;
 - + Chấn thương xoang (đau, viêm xoang cấp tính nếu không điều trị kịp thời viêm xoang mạn tính).
 - + Chấn thương tai giữa: Đau, thủng màng nhĩ, chảy máu tai, chảy dịch tai.
 - + Chấn thương tai trong: tổn thương ốc tai không hồi phục có hoặc không tổn thương mê nhĩ gây nghe kém tiếp nhận, có thể kèm theo hội chứng tiền đình
 - + Tổn thương dạ dày, ruột gây cơ đau bụng cấp;
 - + Tổn thương mắt gây mù tạm thời.
- Mức độ nặng: Đe dọa trực tiếp đến tính mạng, ngoài các triệu chứng của thể nhẹ có thể có các triệu chứng sau:
 - + Liệt hai chi dưới do tổn thương tủy sống kèm theo rối loạn đại, tiểu tiện;
 - + Liệt nửa người, liệt 1 chi, rối loạn ngôn ngữ tùy vị trí và mức độ tổn thương não;
 - + Đau ngực dữ dội, khó thở, ho ra máu do nhồi máu phổi, suy hô hấp, suy tim phải;
 - + Đột quỵ do tắc động mạch vành;
 - + Trụy hô hấp, trụy tuần hoàn do tắc mạch diện rộng, tắc mạch trung khu hô hấp, tuần hoàn.

5.1.2. Mạn tính

- Tổn thương xương khớp thường gặp ở các khớp vai, háng, gối và đầu các xương chi lớn: đầu dưới xương đùi, mâm chày, đầu xương cánh tay.
 - + Vướng ở khớp khi đi lại, hạn chế vận động ngày càng rõ, sức cơ của chi bị yếu, teo cơ
 - + Dễ gãy xương

Luật
Đuân

- Nghe kém tiếp nhận do tổn thương ốc tai không hồi phục có thể kèm chóng mặt

5.2. Cận lâm sàng

5.2.1. Hình ảnh Xquang

- Hình ảnh tổn thương xương, khớp (thường gặp ở các khớp vai, háng, gối và đầu các xương chi lớn như: đầu dưới xương đùi, mâm chày, đầu xương cánh tay): Có thể có các hình ảnh sau:

- + Ổ vôi hóa ranh giới rõ;
- + Ổ hoại tử đầu xương lan đến khớp;
- + Khớp biến dạng, có mảnh xương chết;

- Chụp Xquang Blondeau, Hirtz hoặc chụp CT Scanner mũi xoang có thể thấy hình ảnh mờ xoang, hoặc tiêu xương

5.2.2. Các thăm dò chức năng khác

Tùy vị trí tổn thương sẽ có các thăm dò chức năng tương ứng:

- Các nghiệm pháp đánh giá chức năng tiền đình
- Đo sức nghe: biểu hiện nghe kém dẫn truyền hoặc tiếp nhận hoặc hỗn hợp;
- Đo điện tâm đồ: Hình ảnh thiếu máu cơ tim hoặc nhồi máu cơ tim cấp hoặc di chứng nhồi máu cơ tim sau giai đoạn cấp;
- Xét nghiệm mỡ máu (thường là tăng mỡ máu);
- Đo lưu huyết não: Hình ảnh thiếu máu não;
- CT scanner, siêu âm Doppler tim, mạch: phát hiện bóng khí trong buồng tim, vị trí tắc mạch gây nhồi máu.

6. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh giảm áp không do nguyên nhân nghề nghiệp;
- Liệt tủy do chấn thương hoặc bệnh lý khác, liệt nửa người do tai biến mạch não và các rối loạn bệnh lý khác không phải do tai biến lặn.

7. Di chứng

Thể hiện tại Tóm tắt hồ sơ bệnh án của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc hồ sơ khám bệnh nghề nghiệp: các tổn thương liên quan đến bệnh giảm áp cấp hoặc mạn tính từ lúc phát bệnh, quá trình điều trị, đáp ứng điều trị, di chứng.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

Chỉ định các chuyên khoa tương ứng với cơ quan, bộ phận bị tổn thương. Chỉ định chuyên khoa bệnh nghề nghiệp hoặc các chuyên khoa khác (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán xác định áp dụng theo Mục 4, Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

Luật
Thư

- Hội chẩn bệnh nghề nghiệp theo mẫu quy định tại Phụ lục 3 Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 15/3/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành “Mẫu hồ sơ Khám giám định y khoa”.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Với các bệnh nêu ở Mục 7, Phần I của Phụ lục này.

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân mắc bệnh giảm áp nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Liệt: quy định tại Mục 2 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.	Hội chứng tiền đình: quy định tại Mục 17 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Nghe kém: quy định tại Mục 1 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Viêm tai giữa: quy định tại Mục 3.2, Mục 3.3 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Tai – Mũi – Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.	Viêm xoang: quy định tại Mục 6.9, Mục 6.10 và Mục 6.12 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật Tai – Mũi – Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm theo Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
6.	Thiếu máu cơ tim: quy định tại Mục 4 và Mục 5 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
7.	Tổn thương xương khớp trên hình ảnh Xquang	
7.1.	Chưa hạn chế vận động khớp	3 - 5

Luc 2
mg

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
7.2	Hạn chế vận động các khớp: tỷ lệ tổn thương cơ thể ở mục 7.1 tổng hợp với tỷ lệ do hạn chế vận động khớp tương ứng quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ cơ xương khớp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
8.	Biến chứng (di chứng) khác do bệnh giảm áp nghề nghiệp áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này.	




Phụ lục XX
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH NGHỀ NGHIỆP DO RUNG TOÀN THÂN
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh tổn thương cột sống thắt lưng do rung cơ học toàn thân trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Rung cơ học tác động toàn thân trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Lái xe có trọng tải lớn;
- Điều khiển máy thi công cơ giới như máy kéo, máy đào, máy xúc, xe nâng, xe lu;
- Vận hành máy móc và thiết bị công nghiệp: giàn cần cẩu, máy nghiền, giàn khoan dầu khí;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với rung cơ học tác động toàn thân.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Rung toàn thân vượt quá giới hạn tiếp xúc cho phép theo QCVN 27/2016/TT-BYT Quy định Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về rung - Giá trị cho phép tại nơi làm việc.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

05 năm, trong đó có ít nhất 1 năm rung toàn thân vượt giới hạn tiếp xúc cho phép theo QCVN 27/2016/TT-BYT Quy định Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về rung - Giá trị cho phép tại nơi làm việc.

4.3. Thời gian bảo đảm

06 tháng.

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

5.1.1. Toàn thân

Có thể có: mệt mỏi, đau đầu, mất ngủ, chóng mặt, buồn nôn, rối loạn thần kinh thực vật.

5.1.2. Biểu hiện đau thắt lưng

Có thể có:

- Mức độ đau thắt lưng: Rất đau (đau khó chịu vùng thắt lưng, đi lại sinh hoạt bị hạn chế, cần người khác giúp đỡ);
- Tần số đau thắt lưng: Xuất hiện nhiều hơn 5 lần/năm;
- Thời gian nghỉ việc do đau thắt lưng: Từ 15 ngày trở lên trong một năm;
- Dấu hiệu Lasègue: Dương tính;
- Điểm đau Valleix: Dương tính;
- Nghiệm pháp SchÖber (đo độ giãn cột sống thắt lưng): Dương tính.

5.2. Cận lâm sàng

5.2.1. X- quang cột sống thắt lưng thẳng – nghiêng: Có một trong các hình ảnh sau: Đốt sống lõm hình thấu kính; xẹp, lún đốt sống, đĩa đệm, biến dạng hình thang ở một trong các đốt sống thắt lưng có thể gây thoát vị đĩa đệm L2-3; L3-4; L4-5; L5-S1.

- CT Scanner hoặc MRI cột sống thắt lưng (nếu cần).

6. Chẩn đoán phân biệt

Tổn thương cột sống thắt lưng:

- Do các nguyên nhân bẩm sinh
- Do chấn thương
- Bệnh lý cột sống khác

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

Chỉ định chuyên khoa cơ xương khớp và chuyên khoa khác (nếu cần). Chỉ định cận lâm sàng phù hợp với tổn thương nghi do bệnh rung toàn thân nghề nghiệp.

2. Chẩn đoán xác định

Căn cứ Mục 4, Mục 5, Phần I của Phụ lục này

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các tổn thương nêu ở Mục 6, Phần I của Phụ lục này.
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân rung toàn thân gây ra phải hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

Luật

Buon

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Mức độ tổn thương – Dấu hiệu đánh giá	Tỷ lệ (%)
1.	Đau thắt lưng	
1.1.	Mức độ 1: a) Rất đau (đau khó chịu vùng thắt lưng, đi lại sinh hoạt bị hạn chế, cần người khác giúp đỡ). b) Xuất hiện 5 lần trong một năm. c) Phải nghỉ việc trung bình trên 15 ngày trong một năm. d) Nghiệm pháp SchÖber (dương tính) và nhỏ hơn hoặc bằng 3cm.	11 – 15
1.2.	Mức độ 2 a) Đau bất động (đau không dám thay đổi tư thế, kiểu đau thần kinh tọa - lan xuống gối) hoặc đau dữ dội (nằm yên vẫn đau). b) Xuất hiện liên tục. c) Nghỉ việc trung bình trên 30 ngày trong một năm. d) Nghiệm pháp SchÖber (dương tính) và nhỏ hơn hoặc bằng 3 cm.	16 – 20
2.	Có hình ảnh tổn thương thân đốt sống thắt lưng: Thoái hóa, hoặc lõm thấu kính hoặc hình thang hoặc xẹp, hoặc lún thân đốt sống. Áp dụng tỷ lệ % tổn thương cơ thể đối với tổn thương thoái hóa, thoát vị đĩa đệm ở cột sống thắt lưng quy định tại mục 24 và mục 25 trong bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Cơ Xương Khớp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	Lưu ý Trường hợp có cả tổn thương ở mục 1 và mục 2 nêu trên thì chỉ lấy một tổn thương cơ thể ở mức cao nhất	
3.	Tổn thương cột sống thắt lưng do bệnh rung toàn thân gây tổn thương thần kinh: Áp dụng tỷ lệ tương ứng quy định tại bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ Thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Sanh

Sanh

Phụ lục XXI
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH NGHỀ NGHIỆP DO RUNG CỤC BỘ
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh nghề nghiệp do rung cục bộ là tình trạng bệnh lý tổn thương cơ xương khớp, thần kinh, mạch máu chi trên do tác động kéo dài của rung chuyên truyền qua tay trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Rung cục bộ truyền qua tay trong quá trình lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Thao tác với các loại dụng cụ hơi nén cầm tay như búa, dùi, búa tán ri vê, chày đục phá khuôn, đúc khuôn, máy khoan đá.

- Sử dụng các máy chạy bằng động cơ loại cầm tay, như máy cưa, máy cắt cỏ, máy khoan; máy tời khoan đầu khí, máy mài nhẵn các vật kim loại, tỳ vật mài lên đá mài quay tròn.

- Nghề, công việc khác phải tiếp xúc với rung cục bộ.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Rung cục bộ vượt quá giới hạn tiếp xúc cho phép theo QCVN 27/2016/TT-BYT Quy định Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về rung - Giá trị cho phép tại nơi làm việc.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

03 năm, trong đó có ít nhất 1 năm rung cục bộ vượt giá trị cho phép theo QCVN 27/2016/TT-BYT Quy định Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về rung - Giá trị cho phép tại nơi làm việc.

4.3. Thời gian bảo đảm

02 năm

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

Có thể có các triệu chứng

5.1.1. Triệu chứng xương khớp:

- Đau khớp xương: âm ỉ, xuất hiện sau khi lao động, hoặc lúc bắt đầu, có thể ngừng đau sau nghỉ ngơi;





- Khớp: không biến dạng, không sưng. Có thể teo cơ nhẹ quanh khớp;
- Cử động khớp: bị giới hạn khá rõ rệt khi gấp khớp, hay thay đổi nhẹ khi duỗi.

5.1.2. Rối loạn vận mạch (bệnh Raynaud nghề nghiệp):

Bao gồm rối loạn tuần hoàn vận mạch đầu chi và rối loạn cảm giác bàn tay. Bệnh diễn biến làm hai giai đoạn:

- Giai đoạn đầu: thỉnh thoảng tại một hoặc nhiều đầu ngón tay trắng bệch rồi xanh nhợt, tê cóng khi làm việc trong môi trường lạnh;
- Giai đoạn hai: đau dầm dứt, thỉnh thoảng đau dữ dội, cảm giác nóng, đôi khi đỏ bừng rồi chuyển sang tím ở các ngón tay;
- Rối loạn rõ rệt nhất ở ngón giữa và ngón đeo nhẫn. Ngón cái không bị ảnh hưởng. Có thể có teo cơ ở ô mô út và khoảng liên cốt;
- Nghiệm pháp Allen có thể dương tính.

5.1.3. Tổn thương cân cơ, thần kinh:

- Các tổn thương có thể gặp là teo cơ mô cái bàn tay hay mô út, các cơ bàn tay yếu; mất phản xạ, có rối loạn cảm giác;
- Có thể đau ở bàn tay, cẳng tay, cánh tay và vai;
- Các nghiệm pháp lâm sàng có thể dương tính: Phalen, Tinel, Durkan, phân biệt hai điểm.

5.2. Cận lâm sàng

5.2.1. Hình ảnh trên phim Xquang khớp cổ tay thẳng, khớp khuỷu thẳng/nghiêng

Tổn thương xương khớp – Hiện tượng thoái hóa xương của khuỷu tay và cổ tay, các hình ảnh tổn thương xương cổ tay, hoại tử ở xương bán nguyệt (bệnh Kienböck) và khớp giả ở xương thuyền (bệnh K  lher).

5.2.2. Nghiệm pháp lạnh: dương tính

5.2.3. Đo nhiệt độ da tay sau khi ngâm nước lạnh (nếu cần): nếu da tay không hồi phục về nhiệt độ ban đầu sau 10- 15 phút có thể là bất thường.

5.2.4. Soi mao mạch ngón tay (nếu cần): có tình trạng co hay giãn mao mạch. Tuần hoàn chậm lại, nhiều mao mạch biến dạng, số lượng mao mạch giảm, mất hình ảnh búi kim gai tóc

5.2.5. Siêu âm Doppler mạch máu cổ tay, bàn tay (nếu cần): có dấu hiệu tổn thương mạch

6. Chẩn đoán phân biệt

Hội chứng Raynaud tiên phát hoặc thứ phát do các nguyên nhân khác.

Luc K
Luc

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

Chỉ định chuyên khoa cơ xương khớp và chuyên khoa khác (nếu cần). Chỉ định cận lâm sàng phù hợp với tổn thương nghi do bệnh rung cục bộ nghề nghiệp.

2. Chẩn đoán xác định

Căn cứ Mục 4, Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Với bệnh đã nêu ở Mục 6, Phần I của Phụ lục này
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân rung cục bộ gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Tổn thương xương thuyền, bán nguyệt áp dụng tỷ lệ % tổn thương cơ thể tại mục 14.7 trong bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ xương khớp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 (Xquang có hình ảnh loãng xương, khuyết hoặc mất xương)	
2.	Thoái hóa khớp dẫn đến hạn chế vận động khớp	
2.1	Thoái hóa khớp khuỷu một bên áp dụng tỷ lệ % tổn thương cơ thể tại mục 12 trong bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ xương khớp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.2	Thoái hóa khớp cổ tay một bên áp dụng tỷ lệ % tổn thương cơ thể tại mục 13 trong bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ xương khớp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Chức

Đuon

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
3.	Hội chứng Raynaud: quy định tại mục 15.3 trong bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4	Tổn thương thần kinh ngoại biên bàn tay áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng được quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Luật
Đuân

Phụ lục XXII
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH PHÓNG XẠ NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh phóng xạ nghề nghiệp là bệnh phát sinh do cơ thể người lao động bị chiếu xạ quá liều trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Bức xạ ion hóa trong môi trường lao động, bao gồm: photon (tia X, tia gamma), hạt điện tử, neutron, proton, các hạt alpha, các mảnh phân hạch, các ion nặng và các Muon, các Pion tích điện.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

3.1. Tiến hành công việc bức xạ

3.1.1. Sản xuất chất phóng xạ:

Làm việc tại mỏ uranium hoặc mỏ khoáng có chất phóng xạ, nhà máy xử lý quặng phóng xạ, tinh chế làm giàu chất phóng xạ, vận hành lò phản ứng hạt nhân, sản xuất đồng vị phóng xạ

3.1.2. Sử dụng phóng xạ:

- Trong công nghiệp: sử dụng bức xạ ion hóa để đo độ dày, tỷ trọng, kiểm tra cấu trúc bên trong bê tông, mối hàn; sử dụng chất đánh dấu để kiểm tra mạch nước ngầm;

- Trong nông nghiệp: sử dụng chất đánh dấu trong nghiên cứu sinh lý động, thực vật; sử dụng bức xạ ion hóa để bảo quản thực phẩm, triệt sản côn trùng, tạo giống cây trồng mới;

- Trong y tế:

+ Sử dụng tia X trong chẩn đoán, điều trị (X quang, cắt lớp vi tính, can thiệp mạch);

+ Sử dụng đồng vị phóng xạ trong thăm dò chức năng một số cơ quan; chẩn đoán và điều trị bệnh (SPECT, SPECT/CT PET, PET/CT, PET/MRI, xạ trị chiếu trong, xạ trị chiếu ngoài, xạ trị áp sát);

3.1.3. Vận chuyển, lưu trữ chất phóng xạ, chất thải phóng xạ, pha chế, chiết tách, phân liều thuốc phóng xạ;

3.1.4. Làm việc tại khu vực có nồng độ khí Radon-222 vượt quá 1000 Bq/m³ không khí;

3.1.5. Ứng phó sự cố bức xạ, hạt nhân;

Chữ ký
Đã ký

3.1.6. Thẩm định, thanh tra tại các cơ sở có tiến hành các công việc bức xạ.

3.2. Nghề, công việc khác có tiếp xúc với bức xạ ion hóa.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Chiếu xạ cấp tính:

- Chiếu xạ toàn thân hay phần lớn cơ thể: liều hấp thụ ≥ 1 Gy với tia X và tia gamma và $\geq 0,3$ Gy với neutron;

- Chiếu xạ cục bộ ở da, xương gây viêm cấp, bỏng: liều hấp thụ ≥ 3 Gy.

4.1.2. Chiếu xạ mạn tính (liều nhỏ, kéo dài)

- Liều hiệu dụng toàn thân:

+ Trên 20 mSv/năm, tính trung bình trong 5 năm;

+ Trên 50 mSv cho 1 năm bất kỳ.

- Liều tương đương với thể thủy tinh của mắt:

+ Trên 20 mSv/năm, tính trung bình trong 5 năm;

+ Trên 50 mSv cho 1 năm bất kỳ.

- Liều tương đương đối với chân, tay và da: trên 500 mSv/năm.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Cấp tính: 02 phút

- Mạn tính: • Bệnh phóng xạ mạn tính: 02 tháng

• Viêm phổi kẽ, xơ phổi: 02 tháng

• Tổn thương da mạn tính: 06 tháng

• Đục thể thủy tinh: 02 năm

4.3. Thời gian bảo đảm

4.3.1. Cấp tính:

- Giảm sản tủy: 02 tháng

- Tổn thương da cấp, viêm và suy tuyến giáp, tổn thương tinh hoàn và buồng trứng: 02 tháng

4.3.2. Mạn tính:

- Bệnh phóng xạ mạn tính: 02 năm

- Tổn thương da mạn tính: 05 năm

- Đục thể thủy tinh: 05 năm

- Viêm phổi kẽ, xơ phổi: 02 năm

- Ung thư da: 15 năm

Handwritten signature and initials

- Bệnh bạch cầu, ung thư phổi: 30 năm
- Ung thư xương: 50 năm

4.4. Thời gian ủ bệnh

- Ung thư da: 10 năm
- Ung thư phổi, xương: 05 năm
- Bệnh bạch cầu: 03 năm

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Bệnh phóng xạ nghề nghiệp cấp tính do bị chiếu xạ ngoài

Tùy theo mức liều hấp thu khi bị chiếu xạ, có thể gặp các thể bệnh sau:

5.1.1. Thể tủy xương

a) Lâm sàng, cận lâm sàng

Bệnh diễn biến qua 4 thời kỳ và từng thời kỳ có thể có các triệu chứng sau:

- Thời kỳ phản ứng đầu tiên:

+ Lâm sàng: sau vài phút đến vài giờ xuất hiện buồn nôn, nôn, mệt mỏi toàn thân, đau đầu, chóng mặt, ăn không ngon, sốt;

+ Xét nghiệm máu: tăng bạch cầu trung tính, giảm nhẹ bạch cầu lympho ($<1,5G/L$);

+ Tùy theo liều chiếu, thời kỳ này có thể kéo dài từ vài giờ đến vài ngày.

- Thời kỳ tiềm ẩn:

+ Lâm sàng: triệu chứng ban đầu giảm dần;

+ Xét nghiệm máu: bạch cầu trung tính giảm, bạch cầu lympho tiếp tục giảm. Có thể cả hồng cầu, tiểu cầu cũng bắt đầu giảm;

+ Thời gian kéo dài của thời kỳ tiềm ẩn tùy theo mức độ bệnh: mức độ nhẹ thời kỳ này có thể kéo dài 4-5 tuần, mức độ bệnh càng nặng thì thời kỳ này càng ngắn, mức độ rất nặng có thể không có thời kỳ này ($>10Gy$).

- Thời kỳ toàn phát:

+ Hội chứng thiếu máu, chảy máu tương ứng với mức độ giảm hồng cầu, huyết sắc tố, giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu, và giảm bạch cầu;

+ Nhiễm độc toàn thân, rối loạn tiêu hóa, rối loạn miễn dịch, rối loạn dinh dưỡng, biến chứng nhiễm khuẩn, suy nhược;

+ Trường hợp vừa và nặng có thể tử vong.

- Thời kỳ hồi phục:

Hết sốt, tình trạng chung của cơ thể khá dần lên, số lượng tế bào máu dần hồi phục.



- Các xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, huyết đồ, tủy đồ, xét nghiệm nhiễm sắc thể

b) Biến chứng: có thể có biến chứng suy tủy, rối loạn sinh tủy, bệnh bạch cầu, ung thư.

c) Mức độ bệnh:

Phân loại mức độ theo liều hấp thụ phóng xạ

- Mức độ nhẹ: 1-2 Gy;
- Mức độ vừa: > 2- 4 Gy;
- Mức độ nặng: > 4- 6 Gy;
- Mức độ rất nặng: > 6 Gy.

Các dấu hiệu sớm của bệnh phóng xạ nghề nghiệp cấp tính thể tủy xương

Triệu chứng	Mức độ bệnh phóng xạ theo liều hấp thụ			
	Nhẹ (1 - 2 Gy)	Vừa (> 2 - 4 Gy)	Nặng (> 4 - 6 Gy)	Rất nặng (> 6 Gy)
Nôn	Không hoặc sau 3 giờ	Nhiều lần, sau 1 - 2 giờ	Nhiều lần, sau 0,5 - 1 giờ	Liên tục rất nhiều lần, sau 10 - 30 phút
Ỉa chảy	Không	Không	Nhẹ	Nặng
Mệt mỏi	Không hoặc nhẹ	Nhẹ	Rõ rệt	Rất mệt
Đau đầu	Không hoặc rất nhẹ	Nhẹ - liên tục	Từng cơn, rất đau	Rất đau, liên tục
Ý thức	Rõ ràng	Rõ ràng	Rõ ràng	Có thể lẫn
Nhiệt độ cơ thể	Bình thường	Hơi tăng	Tăng rõ	Đến 39°C
Xung huyết da và củng mạc mắt	Không	Chưa rõ	Rõ nét	Rất rõ
Số lượng bạch cầu lympho (G/L) ở giờ thứ 6 sau chiếu xạ	0,8 - 1,5	0,5 - < 0,8	0,3 - < 0,5	< 0,3

5.1.2. Các thể khác:

- **Thể dạ dày – ruột** (liều hấp thụ 15-20 Gy),




+ Triệu chứng bệnh chủ yếu xảy ra ở đường tiêu hóa, biểu hiện nôn liên tục, chán ăn, phân lỏng, chảy máu đường tiêu hóa. Bệnh nhân chết do trụy tim mạch ở ngày thứ 5 - 10 sau khi bị chiếu xạ.

+ Xét nghiệm: số lượng bạch cầu giảm nhiều, rối loạn điện giải.

- **Thể nhiễm độc và thể não** (liều hấp thụ > 20 Gy):

+ Bệnh nhân xuất hiện rung cơ, hội chứng màng não, rối loạn định hướng và thăng bằng, giật nhãn cầu, những cơn co giật toàn thân với hiện tượng ngừng thở, mất ý thức. Tử vong do liệt trung khu hô hấp, trụy tim mạch sau 24 - 48 giờ, thậm chí vài phút, vài giờ sau chiếu xạ.

5.2. Bệnh da nghề nghiệp cấp tính do phóng xạ

5.2.1. Lâm sàng:

- Viêm da nhẹ (bong độ I – liều 3 Gy):

Rụng lông, tóc và tróc vảy da. Sau 3 tháng trở lại bình thường.

- Ban đỏ (bong độ II – liều 8 Gy):

Lúc đầu da phù nề tại chỗ, ngứa và nóng, sau 2 tuần xuất hiện ban đỏ và rụng lông, sau 3 tháng, lông tóc mọc lại, màu sắc da trở lại bình thường.

- Viêm da mức độ vừa (bong độ III – liều 15 Gy):

Lúc đầu da nề, nóng, ngứa tại chỗ. Sau 6 đến 10 ngày xuất hiện nốt phỏng chứa dịch màu vàng, dễ bị nhiễm khuẩn.

- Viêm da mức độ nặng (bong độ IV, V - liều ≥ 25 Gy):

Sau 2- 4 ngày xuất hiện thay đổi màu da tại chỗ, sau đó là nốt phỏng, hoại tử da, viêm loét da kéo dài phải ghép da, có thể hoại tử xương phải cắt cụt. Thời kỳ hồi phục kéo dài nhiều tháng, có khi hàng năm.

Với mức độ vừa, nặng nếu bị chiếu diện rộng trên da còn có thể có triệu chứng toàn thân nặng như bệnh phóng xạ cấp tính do chiếu ngoài.

5.2.2. Cận lâm sàng:

Các xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, huyết đồ

Xét nghiệm nhiễm sắc thể (hình ảnh nhiễm sắc thể 2 tâm động, vòng xuyên, mảnh đứt gãy) nếu cần.

5.2.3. Biến chứng: có thể có biến chứng muộn: sẹo bong, hoại tử xương phải cắt cụt, ung thư da.

5.3. Bệnh phóng xạ nghề nghiệp cấp tính do nhiễm xạ trong

5.3.1. Lâm sàng, cận lâm sàng

Bệnh thường diễn biến theo 3 thời kỳ:

- Thời kỳ tiềm ẩn:

+ Kéo dài bao lâu tùy theo mức độ nhiễm xạ;

Handwritten signature and initials

+ Lâm sàng (cuối thời kỳ này): mệt mỏi, chán ăn, nhức đầu, rối loạn tiêu hóa;

+ Xét nghiệm máu: tăng bạch cầu đơn nhân, công thức bạch cầu chuyển trái.

- Thời kỳ toàn phát:

+ Lâm sàng: mệt mỏi, chán ăn, nôn nhiều, tiêu chảy dẫn đến mất nước, rối loạn điện giải, thiếu niệu. Nhiệt độ bình thường hoặc hơi giảm. Thường bị nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm khuẩn hô hấp;

+ Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, công thức bạch cầu chuyển trái mạnh, có thể xuất hiện bạch cầu non, bạch cầu đơn nhân tăng. Hồng cầu, huyết sắc tố, tiểu cầu chỉ giảm khi bệnh nặng, kéo dài.

- Thời kỳ hồi phục: Toàn trạng khá dần lên, xét nghiệm máu dần trở lại bình thường.

- Các xét nghiệm cần thiết:

+ Công thức máu; huyết đồ; tủy đồ, xét nghiệm nhiễm sắc thể (nếu cần);

+ Đo hoạt độ phóng xạ trong phân, nước tiểu, máu; đo suất liều phóng xạ trên toàn bộ bề mặt cơ thể bằng máy đo suất liều đa kênh; ghi hình phóng xạ toàn thân khi nghi bị nhiễm đồng vị phóng xạ phát tia gamma liều cao; đo liều phóng xạ toàn thân.

5.3.2. Biến chứng: có thể có biến chứng muộn: suy tủy, suy tuyến giáp, bệnh bạch cầu, ung thư tuyến giáp.

5.4. Tổn thương tinh hoàn, buồng trứng, viêm và suy tuyến giáp cấp

5.4.1. Tổn thương tinh hoàn và buồng trứng

+ Nam giới: Giảm ham muốn, vô sinh

+ Nữ giới: rối loạn kinh nguyệt

5.4.2. Viêm và suy tuyến giáp:

a) Lâm sàng:

- Viêm tuyến giáp: Đau, nhức vùng tuyến giáp, nhịp tim nhanh, mất ngủ, sụt cân.

- Suy giáp: nhịp tim chậm, suy nhược, chán ăn, tăng cân.

b) Cận lâm sàng:

- Tổn thương tinh hoàn: Ít hoặc không có tinh trùng

- Viêm tuyến giáp: T3 và T4 tăng, TSH huyết thanh giảm

- Suy giáp: TSH huyết thanh tăng, T3 và T4 giảm.

- Siêu âm tuyến giáp: giảm âm.

5.5. Bệnh phóng xạ nghề nghiệp mạn tính

5.5.1. Lâm sàng, cận lâm sàng



Bệnh thường diễn biến qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Chán ăn, mệt mỏi, tâm căn suy nhược, rối loạn thần kinh thực vật, giảm bạch cầu ($<4G/L$). Bệnh có thể khỏi hoàn toàn;

- Giai đoạn 2: Thể trạng chung sút giảm, tâm căn suy nhược, rối loạn thần kinh thực vật nặng lên; suy dinh dưỡng; có thể giảm 2 hoặc cả 3 dòng tế bào máu ngoại vi cũng như trong tủy xương kèm theo hội chứng chảy máu, thiếu máu và nhiễm khuẩn. Bệnh có thể hồi phục nhưng không hoàn toàn.

Trong trường hợp nhiễm xạ trong: Số lượng bạch cầu giảm hoặc tăng, công thức bạch cầu chuyển trái; số lượng hồng cầu tăng hoặc giảm bất thường, hồng cầu lưới tăng

- Giai đoạn 3: triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm đều nặng lên. Toàn thân suy kiệt. Bệnh thường không hồi phục.

5.5.2. Các xét nghiệm:

- Các xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, huyết đồ, tủy đồ;

- Xét nghiệm nhiễm sắc thể (nếu cần): hình ảnh nhiễm sắc thể 2 tâm động, vòng xuyên, mảnh đứt gãy.

5.5.3. Biến chứng: có thể có biến chứng muộn: suy tủy, rối loạn sinh tủy, bệnh bạch cầu, ung thư.

5.6. Viêm da nghề nghiệp mạn tính, bệnh mắt nghề nghiệp do phóng xạ

5.6.1. Lâm sàng

- Viêm da mạn tính: xung huyết, dị cảm, đau, ngứa, khô da, nứt nẻ da, dày sừng, loét da, loạn dưỡng móng tay. Có thể có biến chứng ung thư da;

- Viêm kết mạc, bờ mi mạn tính;

- Viêm giác mạc mạn tính: giảm thị lực;

- Đục thể thủy tinh: giảm thị lực, đục thể thủy tinh (có tổn thương đặc hiệu không hay tổn thương cũng tương tự như các nguyên nhân khác không phải do phóng xạ gây ra. Nếu tổn thương không đặc hiệu xin ý kiến của chuyên gia mắt về việc giới hạn độ tuổi vì lí do đục thể thủy tinh thể gặp nhiều ở những trường hợp có tuổi) các mức độ khác nhau.

5.6.2. Cận lâm sàng: Công thức máu; huyết đồ; tủy đồ (nếu cần); xét nghiệm nhiễm sắc thể (nếu cần).

5.7. Viêm phế quản mạn, viêm phổi kẽ, xơ phổi do phóng xạ

5.7.1. Lâm sàng: ho, khó thở, sốt, đau ngực, có thể dẫn đến suy hô hấp.

5.7.2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu; huyết đồ; tủy đồ (nếu cần); xét nghiệm nhiễm sắc thể (nếu cần).

- XQ phổi, Chụp CT scanner: Hình ảnh xơ phổi, giảm thể tích phổi, giãn phế quản, dịch chuyển trung thất.

- Đo chức năng hô hấp.

6. Bệnh kết hợp

Bệnh phóng xạ nghề nghiệp cấp tính kết hợp với các tổn thương khác (bỏng, chấn thương, vết thương, nhiễm độc).

7. Chẩn đoán phân biệt

- Cần chẩn đoán phân biệt các tổn thương trong bệnh phóng xạ nghề nghiệp với các tổn thương tương tự không phải do bức xạ ion hóa gây nên.
- Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh phóng xạ không phải nguyên nhân do nghề nghiệp.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa:

- Tùy trường hợp cụ thể chỉ định các chuyên khoa.
- Cận lâm sàng thường quy xét nghiệm tế bào máu ngoại vi, cận lâm sàng khác do giám định viên chỉ định.

2. Chẩn đoán xác định

- Áp dụng Mục 4, Mục 5, Phần I của Phụ lục này.
- Trường hợp tổn thương cơ thể từ 2 cơ quan, bộ phận trở lên (ngoại trừ da liễu, bỏng và mắt) phải hội chẩn chuyên khoa trong đó phải có giám định viên bệnh nghề nghiệp và/hoặc chống độc. Hội chẩn bệnh nghề nghiệp theo mẫu quy định tại Phụ lục 3 Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 15/3/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành “Mẫu hồ sơ Khám giám định y khoa”.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp dụng Mục 7, Phần I của Phụ lục này.
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân phóng xạ nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

Tuỳ liều tiếp xúc và cách thức tiếp xúc sẽ gây ra các tổn thương khác nhau:

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Tổn thương da do phóng xạ	
1.1.	Tổn thương da do phóng xạ để lại di chứng ảnh hưởng đến chức năng da và thẩm mỹ quy định tại mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

1.2.	Sẹo bỏng do phóng xạ, loét da ảnh hưởng đến chức năng da và thẩm mỹ áp dụng tại mục 1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do tổn thương phần mềm và bỏng thuộc Bảng 1 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.3.	Ung thư da: quy định tại mục 6.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<i>Ghi chú:</i> <i>Nếu diện tích da bị tổn thương chiếm từ 20 % diện tích cơ thể trở lên ảnh hưởng điều tiết được cộng thêm (cộng lùi) 10%.</i> <i>- Nếu nhiều loại tổn thương da trên cùng một vị trí thì áp dụng tỷ lệ của loại tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất.</i>	
2.	Mắt	
2.1.	Viêm kết mạc: quy định tại mục 23 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ quan thị giác thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.2.	Sẹo giác mạc quy định tại mục 9 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật cơ quan thị giác thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.3.	Đục thủy tinh thể quy định tại Phụ lục số 23 Thông tư này.	
	<i>Lưu ý</i> Nếu có thêm tổn thương mắt do nguyên nhân khác gây giảm thị lực phải hội chẩn chuyên khoa mắt	
3.	Máu và cơ quan tạo máu	
3.1.	Suy tủy	
	Giảm Hồng cầu: áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể căn cứ mức độ thiếu máu được quy định tại Mục 1. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	Giảm Bạch cầu: quy định tại Mục 5.2. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	Giảm Tiểu cầu: quy định tại Mục 5.3. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể	

Đã ký
Đã ký

	do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	- Giảm từ 1 dòng: tỷ lệ được tính bằng tỷ lệ mục tổn thương một dòng Mục 2.1; Mục 2.2; Mục 2.3 - Giảm từ 2 dòng trở lên: tỷ lệ được tính bằng tỷ lệ tổn thương một dòng tổng hợp với tỷ lệ do giảm các dòng khác.	
3.2.	Bệnh bạch cầu	
3.2.1.	Lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt: quy định tại Mục 2.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.2.2.	Lơ xê mi kinh dòng lympho: quy định tại Mục 2.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc bảng 2 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH.	
3.2.3.	Lơ xê mi cấp: quy định tại Mục 3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý Máu và cơ quan tạo máu thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<i>Lưu ý</i> - Trường hợp có nhiều tổn thương cơ quan tạo máu và máu do bệnh phóng xạ nghề nghiệp thì chỉ lấy một tỷ lệ tổn thương ở mức cao nhất của các tổn thương này.	
4.	Nội tiết và chuyển hoá	
4.1.	Viêm tuyến giáp quy định tại mục 2.2 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý nội tiết và rối loạn chuyển hoá thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.2.	Suy tuyến giáp: quy định tại Mục 2.1.1. bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý nội tiết và rối loạn chuyển hoá thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.3.	Ung thư tuyến giáp quy định tại mục 2.4.2. bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý nội tiết và rối loạn chuyển hoá thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<i>Lưu ý: Nếu mắc nhiều loại tổn thương tuyến giáp thì áp dụng tỷ lệ</i>	

	<i>của tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất.</i>	
5.	Sinh dục	
5.1.	Tổn thương tinh hoàn gây vô sinh áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể như cắt bỏ hai bên tinh hoàn quy định tại mục 7.3.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do hệ tiết niệu sinh dục thuộc bảng 2 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH.	
5.2.	Tổn thương buồng trứng gây vô sinh áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể như cắt bỏ hai bên buồng trứng quy định tại mục 11.3.4 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do hệ tiết niệu sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	Tổn thương khác của tinh hoàn, buồng trứng áp dụng tỷ lệ tương ứng quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do hệ tiết niệu sinh dục thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
6.	Viêm phế quản mạn, viêm phổi kẽ, xơ phổi do phóng xạ	
6.1.	Viêm phế quản: quy định tại phụ lục 6 Thông tư này	
6.2.	Viêm phổi kẽ, xơ phổi do phóng xạ áp dụng tỷ lệ tương ứng quy định tại mục 6.1; mục 6.2; mục 6.3; mục 6.4; mục 6.7 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh tật hệ hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
6.3.	Ung thư phổi, phế quản: quy định tại Mục 9.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<i>Ghi chú: Nếu nhiều loại tổn thương phổi, phế quản thì áp dụng tỷ lệ của loại tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất.</i>	
7.	Xương	
7.1.	Hoại tử xương phải cắt cụt áp dụng tỷ lệ tương ứng quy định tại bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do tổn thương hệ cơ xương khớp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
7.2.	Ung thư xương: quy định tại Mục 10.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ cơ xương khớp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
8.	Thần kinh – tâm thần	

8.1.	Tâm căn suy nhược áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể do các rối loạn tâm căn khác tại Mục 9 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý rối loạn tâm thần và hành vi thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
8.2.	Rối loạn thần kinh thực vật: quy định tại mục 18 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh, tật hệ thần kinh thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
9.	Biến chứng (di chứng) khác do Bệnh Phóng xạ nghề nghiệp áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này.	

Luật
Đu

Phụ lục XXIII
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH ĐỤC THỂ THỦY TINH NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh đục thể thủy tinh nghề nghiệp là bệnh đục thể thủy tinh do tiếp xúc với bức xạ ion hóa hoặc bức xạ không ion hóa trong môi trường lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Bức xạ ion hóa, bức xạ tử ngoại nhân tạo, bức xạ nhiệt, vi sóng trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Tiếp xúc bức xạ ion hóa;
- Luyện cán thép, sử dụng laser, thợ hàn;
- Làm việc tại trạm rada, trạm thu phát sóng phát thanh, truyền hình, hệ thống thông tin liên lạc, lò đốt sóng cao tần, đèn khử trùng;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với bức xạ ion hóa, bức xạ tử ngoại nhân tạo, bức xạ nhiệt, vi sóng.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

- Bức xạ ion hóa, bức xạ không ion hóa (tử ngoại nhân tạo, bức xạ nhiệt, vi sóng) vượt quá giới hạn tiếp xúc cho phép theo QCVN 23:2016/BYT; QCVN 26:2016/BYT; QCVN 21:2016/BYT; Thông tư liên tịch số 13/2014/TTLT-BKHCN-BYT; Thông tư số 19/2012/TT-BKHCN.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Đục thể thủy tinh do bức xạ tử ngoại, bức xạ nhiệt: 12 tháng;
- Đục thể thủy tinh do bức xạ ion hóa không quy định.

4.3. Thời gian bảo đảm

- Đục thể thủy tinh do bức xạ tử ngoại, bức xạ nhiệt, vi sóng: 15 năm;
- Đục thể thủy tinh do bức xạ ion hóa: 05 năm.

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Triệu chứng cơ năng

Có thể có các triệu chứng:

- Thị lực bình thường hoặc giảm;
- Lóa mắt;
- Nhìn thấy chấm đen trước mắt di động theo vận động nhãn cầu;
- Nhìn thấy hai hình.

5.2. Triệu chứng thực thể

Đục thể thủy tinh nghề nghiệp thường đục ở 2 mắt, có thể ở các giai đoạn khác nhau.

Đục thể thủy tinh tùy theo mức độ đục có biểu hiện như sau:

a) Giai đoạn đầu

Có thể có biểu hiện sau:

- Xuất hiện những vẩn đục nhỏ ở phần vỏ xung quanh thể thủy tinh, các chấm đục có thể kết lại thành đám vẩn đục hình vành khăn, hình nôm, chiều rộng của vòng đục lớn nhất $< 1/3$ bán kính thể thủy tinh hoặc tổng phần đục vỏ ít hơn $1/4$ chu vi thể thủy tinh;

- Những điểm vẩn đục nhỏ nằm ở dưới bao sau, cực sau;

- Thị lực không bị ảnh hưởng.

b) Giai đoạn hai

Những tổn thương thể thủy tinh ở giai đoạn đầu tiên triển hơn, có thể có những biểu hiện sau:

- Những vẩn đục nhỏ ở phần vỏ xung quanh thể thủy tinh kết lại với nhau thành hình vành khăn, hình tròn, phạm vi đục từ $1/3$ đến $< 2/3$ bán kính thể thủy tinh hoặc tổng phần đục vỏ từ $1/4$ đến $1/2$ chu vi thể thủy tinh;

- Khu vực nhân phôi hoặc nhân trưởng thành có thể vẩn đục không hoàn toàn hoặc hoàn toàn;

- Những vẩn đục nhỏ dưới bao sau phát triển thành đục hình đĩa, đan xen vào phần vỏ. Có thể kèm theo những chấm đục ở vùng dưới bao trước;

- Thị lực bình thường hoặc giảm ít.

c) Giai đoạn ba

Có thể có những biểu hiện sau:

- Phạm vi vẩn đục của vùng vỏ xung quanh thể thủy tinh $\geq 2/3$ bán kính thể thủy tinh hoặc tổng phần đục vỏ lớn hơn $1/2$ chu vi của thể thủy tinh;

- Bên trong nhân phôi hoặc nhân trưởng thành có thể xuất hiện những vẩn đục kết thành hình cánh hoa hoặc hình đĩa;

- Những vẩn đục ở dưới bao sau hình đĩa phát triển lớn hơn và mỏng dần hướng về xích đạo thể thủy tinh;

- Thị lực giảm nhiều.

5.3 Cận lâm sàng

- Siêu âm mắt trong trường hợp không nhìn được thể thủy tinh khi giác mạc đục

- Các xét nghiệm khác (nếu cần): Đo nhãn áp, soi đáy mắt, chụp đáy mắt, chụp OCT võng mạc.

6. Tiến triển, biến chứng

- Glaucoma;

- Viêm màng bồ đào.

7. Chẩn đoán phân biệt

- Đục thể thủy tinh do tuổi già;

- Đục thể thủy tinh do dùng thuốc như corticosteroid, phenothiazin, amidazon;

Signature

Signature

- Đục thể thủy tinh do bệnh tại mắt: thường gặp là đục thể thủy tinh do viêm màng bồ đào, đục thể thủy tinh do Glaucoma;

- Đục thể thủy tinh do chấn thương: sau chấn thương đụng dập vào mắt, sau chấn thương xuyên nhãn cầu;

- Đục thể thủy tinh do rối loạn chuyển hóa: bệnh đái tháo là nguyên nhân rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất gây đục thể thủy tinh. Cần khai thác kỹ tiền sử bệnh và xét nghiệm đường máu;

- Đục thể thủy tinh do nguyên nhân khác.

II . Hướng dẫn giám định:

- Không giám định bệnh đục thể thủy tinh nghề nghiệp cho những người từ 60 tuổi trở lên mới phát hiện mắc bệnh đục thể thủy tinh (bao gồm cả trường hợp còn thời gian bảo đảm của bệnh).

- Khám giám định lại sau khi phẫu thuật thay thể thủy tinh (trong vòng từ 01 tháng đến 06 tháng sau phẫu thuật).

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Mắt

- Bệnh nghề nghiệp hoặc các chuyên khoa khác (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Áp dụng Mục 4, Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt và chẩn đoán loại trừ

- Đục thể thủy tinh do các nguyên nhân khác

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương đục thể thủy tinh do nguyên nhân nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Đục thể thủy tinh (đục nhân mắt): quy định tại Mục 8 trong Bảng tỷ lệ TTCT do Bệnh, tật cơ quan thị giác thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<i>Lưu ý</i> <i>Trường hợp có thêm các tổn thương mắt do nguyên nhân khác gây giảm thị lực phải hội chẩn chuyên khoa mắt</i>	

Chức
Định

Phụ lục XXIV
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH NỐT DẦU NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025 của Bộ
trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa bệnh

Bệnh nốt dầu nghề nghiệp là bệnh viêm nang lông do thường xuyên tiếp xúc với các loại dầu, mỡ bẩn trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Tiếp xúc với dầu, mỡ bẩn trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Sửa chữa máy móc, xe máy, máy công nghiệp, vệ sinh công nghiệp, thau rửa bồn, bể;

- Nghề, công việc khác tiếp xúc trực tiếp với dầu, mỡ bẩn.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Yếu tố gây bệnh được ghi nhận trong phần đánh giá yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp của Báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

06 tháng.

4.3. Thời gian bảo đảm

06 tháng.

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

a) Toàn thân có thể có các dấu hiệu: mệt mỏi, nhức đầu, ít ngủ, ăn kém, trí nhớ giảm.

b) Vùng da tiếp xúc trực tiếp với dầu mỡ bẩn:

- Lông gãy hoặc rụng, có khi lông không mọc lên mặt da mà quấn lại ở nang lông;
- Nang lông có các nốt thâm màu, kích thước bằng hạt kê, hạt tằm, cạy ra thấy có nhân hơi rắn, mùi hôi dầu mỡ;
- Da khô bong vảy, dày da lichen hóa
- Sạm da.

5.2. Cận lâm sàng

a) Thử nghiệm lấy da với dầu, mỡ: có thể dương tính (+);





b) Đo pH da cẳng tay, mu tay: cẳng tay $\geq 5,5$; mu tay $\geq 5,3$;

6. Chẩn đoán phân biệt: bệnh trứng cá do clo (Chloracne)

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám chuyên khoa da liễu và bệnh nghề nghiệp, chuyên khoa khác (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp dụng theo Mục 6, Phần I của Phụ lục này.

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân bệnh nốt dầu nghề nghiệp gây ra thì phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể
1	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với Nang lông có các nốt thâm màu, cựa ra thấy có nhân hơi rắn, lông gãy hoặc rụng tại Mục 1.3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.
2	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với sạm da Mục 1.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.
3	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với Da khô, bong vảy, mụn nước, da dày lichen tại Mục 1.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.
	Ghi chú: - Nếu diện tích da bị tổn thương chiếm từ 20% diện tích cơ thể trở lên ảnh hưởng điều tiết thì được cộng lùi thêm 10% - Nếu nhiều loại tổn thương (trong mục 1,2,3 nêu trên) trên cùng 1 vị trí thì áp dụng tỷ lệ của loại tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất

Signature

Signature

Phụ lục XXV
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIẢM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH SẠM DA NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa bệnh

Bệnh sạm da nghề nghiệp là tình trạng bệnh lý làm tăng lượng hắc tố ở da do tiếp xúc với yếu tố gây bệnh trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Ánh sáng cực tím và chất làm tăng nhạy cảm của da với ánh sáng trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Tiếp xúc với xăng dầu;
- Luyện cốc, than;
- Sản xuất hóa chất phụ gia cao su;
- Cơ khí;
- Nghề, công việc khác tiếp xúc với ánh sáng cực tím và/hoặc chất làm tăng nhạy cảm của da với ánh sáng.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Yếu tố gây bệnh được ghi nhận trong phần đánh giá yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp của Báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động; Nồng độ hơi, bụi cacbua hydro vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc theo QCVN 03:2019/BYT.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

12 tháng.

4.3. Thời gian bảo đảm

06 tháng.

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

a) Triệu chứng toàn thân có thể có các biểu hiện trước các triệu chứng ngoài da, từ vài tuần đến vài tháng. Người mệt mỏi, mất ngủ, nhức đầu chóng mặt, trí nhớ giảm, ăn uống kém ngon, sút cân, tim đập chậm, huyết áp thường hạ. Bệnh nhân thường thấy cảm giác ngứa, nóng rát tại các vùng tổn thương.

b) Triệu chứng ở da: qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn I: Đỏ da vùng hờ, kèm ngứa. Sau phát triển sạm da hình mạng lưới, thường gặp ở cẳng tay, trán, thái dương. Ở cẳng tay có sạm da kèm dày sừng nang lông.



- Giai đoạn II: Mức độ sạm da tăng rõ, sạm da có thể xuất hiện trên nền da xung huyết. Da càng ngày càng sạm, màu nâu sậm, từng chỗ có thể thấy giãn mạch. Trên bề mặt da xuất hiện bong vảy, có thể có teo da nhẹ kèm dày sừng;

- Giai đoạn III: sạm da hình mạng lưới, da sạm như chì, teo da rõ, nhất là ở vùng da mỏng.

Cơ năng: Bệnh nhân thường thấy cảm giác ngứa, nóng rát tại các vùng tổn thương.

5.2. Cận lâm sàng

- Đo liều sinh học: Dương tính dưới 04 phút.

6. Chẩn đoán phân biệt

- Rám má (melasma);
- Sạm da của Riehl;
- Sạm da quanh miệng của Brocq;
- Dài sạm da ở trán;
- Các bệnh sạm da khác không do nghề nghiệp gây nên.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám chuyên khoa da liễu và bệnh nghề nghiệp, chuyên khoa khác (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp dụng theo Mục 6, Phần I của Phụ lục này.

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân bệnh sạm da nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với đỏ da, sạm da, giãn mạch tại Mục 1.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với bong vảy da tại	

	Mục 1.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với da dày sừng, teo da tại Mục 1.3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<u>Ghi chú:</u> - Nếu diện tích da bị tổn thương chiếm từ 20% diện tích cơ thể trở lên ảnh hưởng điều tiết thì được cộng lùi thêm 10% - Nếu nhiều loại tổn thương (trong mục 1,2,3 nêu trên) trên cùng 1 vị trí thì áp dụng tỷ lệ của loại tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất	




Phụ lục XXVI
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH VIÊM DA TIẾP XÚC NGHỀ NGHIỆP
DO CHROMI

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa bệnh

Bệnh viêm da tiếp xúc nghề nghiệp do chromi là bệnh viêm da do tiếp xúc trực tiếp với chromi trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Chromi VI trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Sản xuất và sử dụng xi măng;
- Mạ chromi, mạ điện;
- Chế tạo ốc quy;
- Luyện kim;
- Sản xuất nệm, sáp, thuốc nhuộm, chất tẩy rửa, thuốc nổ, pháo hoa, diêm, keo dán.
- Đồ gốm, muối chromi, bột màu, men sứ, thủy tinh, bản kẽm, cao su, gạch chịu lửa, xà phòng, hợp kim nhôm;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với chromi VI.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Yếu tố gây bệnh được ghi nhận trong phần đánh giá tiếp xúc nghề nghiệp của Báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động;
- Nồng độ chromi VI vượt quá giá trị giới hạn tiếp xúc ca làm việc theo QCVN 03:2019/BYT.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

- Viêm da tiếp xúc kích ứng: 02 phút;
- Viêm da tiếp xúc dị ứng: 02 tuần;

4.3. Thời gian bảo đảm

- Tồn thương vách ngăn mũi, viêm da kích ứng – loét đặc hiệu do chromi: 30 ngày;
- Các tổn thương khác: 15 ngày.




5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

- Viêm da tiếp xúc dị ứng:
 - + Mảng dát đỏ, phù nề vùng da tiếp xúc, có thể tiến triển thành mụn nước, trợt da, rỉ dịch;
 - + Triệu chứng cơ năng: ngứa;
 - + Triệu chứng đầu tiên xuất hiện vài tuần sau khi tiếp xúc lần đầu với dị nguyên;
 - + Những lần tiếp xúc với dị nguyên sau đó (dù chỉ với 1 lượng nhỏ) có thể làm bùng phát phản ứng dị ứng.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng: Dát đỏ, vảy da, vết nứt và cảm giác nóng rát tại vùng da tiếp xúc. Vị trí hay gặp nhất là bàn tay, bàn chân.
- Loét do chromi: loét sâu, bờ rõ và tròn, thường xuất hiện nền của móng, các khớp ngón tay, vùng da giữa kẽ ngón tay (hiếm khi ở lòng bàn tay), các tổn thương này ít đau, loét khô, khó liền và để lại sẹo sau đó.
- Thủng vách ngăn mũi không đau kèm theo chảy nước mũi hôi. Vị trí loét, thủng thường bắt đầu từ 1,5-2cm kể từ vùng trước dưới của vách ngăn mũi lan rộng ra vùng sau trên vách ngăn.

5.2. Cận lâm sàng

- Viêm da tiếp xúc dị ứng: Thử nghiệm áp da (Patch tests): Dương tính với chromi; thử nghiệm cũng giúp đánh giá mức độ dị ứng với chromi.
- Viêm da tiếp xúc kích ứng: Thử nghiệm áp da (Patch tests): Âm tính, hoặc có biểu hiện kích ứng da (vùng da được test đỏ, giới hạn rõ, cảm giác châm chích, không ngứa).

6. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da tiếp xúc dị ứng không phải do tiếp xúc với chromi;
- Viêm da tiếp xúc kích ứng không phải do tiếp xúc với chromi;
- Loét da, loét và thủng vách ngăn mũi do các nguyên nhân khác.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám chuyên khoa da liễu và bệnh nghề nghiệp, chuyên khoa khác (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán xác định áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp dụng theo Mục 6, Phần I của Phụ lục này.
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân bệnh viêm da tiếp xúc nghề nghiệp do chromi gây ra thì phải căn cứ hồ sơ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

Chun K
Suen

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Tổn thương da để lại di chứng ảnh hưởng đến chức năng da và thẩm mỹ	
1.1	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với da dết đỏ tại Mục 1.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.2	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với mụn nước, trợt da, chảy dịch, bong vảy da tại Mục 1.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.3	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với vết nứt da tại Mục 1.3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2	Loét da: Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với loét do chromi tại Mục 3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<u>Ghi chú:</u> - Nếu diện tích da bị tổn thương chiếm từ 20% diện tích cơ thể trở lên ảnh hưởng điều tiết thì được cộng lùi thêm 10% - Nếu nhiều loại tổn thương (trong mục 1, 2 nêu trên) trên cùng 1 vị trí thì áp dụng tỷ lệ của loại tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất	
3	Tổn thương vách ngăn mũi	
3.1	Loét vách ngăn mũi một bên	3 - 5
3.2	Loét vách ngăn mũi hai bên	6 - 10
3.3	Thủng vách ngăn (chưa hoặc đã phẫu thuật vá không kết quả): Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể quy định tại Mục 6.4.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh tật Tai Mũi Họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Phụ lục XXVII
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH DA NGHỀ NGHIỆP DO TIẾP XÚC
MÔI TRƯỜNG ẨM ƯỚT VÀ/HOẶC LẠNH KÉO DÀI
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa bệnh

Bệnh da nghề nghiệp do tiếp xúc môi trường ẩm ướt và/hoặc lạnh kéo dài là bệnh lý ở da do tiếp xúc thường xuyên với yếu tố gây bệnh trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Ẩm ướt và/hoặc lạnh kéo dài có thể kèm theo các tác nhân khác như hóa chất, vi khuẩn, nấm.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Nuôi trồng thủy sản;
- Chế biến thủy sản, thực phẩm;
- Sơ chế mủ cao su;
- Hầm lò;
- Nạo vết mương, cống;
- Nghề, công việc khác tiếp xúc với ẩm ướt và/hoặc lạnh kéo dài.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Yếu tố gây bệnh được ghi nhận trong phần đánh giá yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp của Báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

02 tháng.

4.3. Thời gian bảo đảm

- Tồn thương móng: 09 tháng;
- Các tổn thương khác: 15 ngày.

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

5.1.1. Viêm da tiếp xúc

- Tổn thương da có thể gặp nhiều hình thái khác nhau như: Da đầu chi mỏng, bóng nhẵn. Nếp da lòng bàn chân, bàn tay nổi rõ. Da dày màu xám bẩn hoặc da sẫm màu. Da khô, đỏ da, bong vảy da. Sẩn phù, mụn nước, mụn mủ, vết trợt loét bờ nhám nhờ. Kẽ tay, chân viêm đỏ, trợt loét, vùng da xung quanh vết loét màu vàng và mủn.

 

- Vị trí tổn thương ở các vùng tiếp xúc trực tiếp với lạnh ẩm như: thóp mũi, dải tai, đầu chi, ngón tay, bàn tay, cẳng tay, ngón chân, bàn chân, cẳng chân, hiem gập ở cánh tay và đùi.

- Các triệu chứng khác: đau hoặc ngứa vùng tổn thương, đầu chi có thể có cảm giác căng nóng, kiến bò, kim châm, đau nhức, tê bì vùng ngón, cẳng tay, cẳng chân.

5.1.2. Viêm quanh móng

Móng tay, móng chân: xung quanh móng tay, móng chân sưng nề, đỏ, có vảy da, đôi khi có mủ. Móng tay, móng chân mất bóng, màu xám bẩn, trên bề mặt móng có những chấm trắng, lõm, có vằn ngang dọc. Móng dày, sần sùi, mọc chậm, gốc móng tụt, rụng móng.

5.1.3. Bỏng lạnh

- Vị trí tổn thương: thường ở vùng tiếp xúc trực tiếp với lạnh và ẩm như bàn tay, bàn chân; hiem gập dải tai và má.

- Hình thái tổn thương: Da thay đổi màu sắc, có thể là màu trắng, màu sáo, màu xám, xanh xám hoặc màu sắc lốm đốm. Bề mặt da xuất hiện các mụn nước, bong nước sau 12-36 giờ. Tổn thương có thể tiến triển đến hoại tử thượng bì, nặng hơn loét đến lớp cân cơ.

- Sờ: Tổn thương nhẹ, trung bình (độ 1, độ 2) sờ thấy bề mặt cứng, lớp sâu mềm mại; Khi bỏng lạnh nặng (độ 3) sờ thấy cả lớp nông và lớp sâu đều cứng.

- Cơ năng: vùng tổn thương tê cóng, lạnh buốt, mất cảm giác.

5.1.4. Hội chứng Raynaud

Hội chứng Raynaud trải qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Giai đoạn "trắng, lạnh" do co thắt tiểu động mạch nên mạng lưới mao quản không nhận được máu đến đầu ngón làm đầu ngón trở nên trắng và lạnh;

- Giai đoạn 2: Giai đoạn "xanh tím" do ứ trệ máu tại các tiểu tĩnh mạch (mô phù nề do thiếu máu gây chèn ép), trên lâm sàng biểu hiện đầu ngón tay xanh tím và đau buốt;

- Giai đoạn 3: Giai đoạn "đỏ, nóng" do mở các cơ tròn tiền mao mạch, máu đến nhanh và nhiều làm các đầu ngón tay trở nên nóng đỏ.

5.2. Cận lâm sàng

a) Đo pH da: Cẳng tay pH $\geq 5,5$; Mu tay pH $\geq 5,3$;

b) Xét nghiệm nấm, vi khuẩn.

6. Chẩn đoán phân biệt

Viêm da tiếp xúc do các nguyên nhân khác, viêm quanh móng không do nguyên nhân nghề nghiệp, bỏng lạnh không do nguyên nhân nghề nghiệp, hội chứng Raynaud không do nguyên nhân nghề nghiệp, hội chứng Raynaud do rung chuyên nghề nghiệp, viêm mao mạch.

Luach
huu

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám chuyên khoa da liễu và bệnh nghề nghiệp, chuyên khoa khác (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán xác định áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp dụng theo Mục 6, Phần I của Phụ lục này.

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân bệnh da nghề nghiệp do tiếp xúc môi trường ẩm ướt và/hoặc lạnh kéo dài gây ra thì phải căn cứ hồ sơ khám bệnh nghề nghiệp và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1	Tổn thương da để lại di chứng ảnh hưởng đến chức năng da và thẩm mỹ (bao gồm cả viêm da tiếp xúc)	
1.1	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với da màu xám bẩn, da sẫm màu, đỏ da tại Mục 1.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.2	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với mụn nước, mụn mủ, da khô, bong vảy da, nếp da lòng bàn tay, bàn chân nổi tại Mục 1.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.3	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với sẩn phù, da đầu chi mồng, bóng nhẫy tại Mục 1.3 trong Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<u>Ghi chú:</u> - Nếu diện tích da bị tổn thương chiếm từ 20% diện tích cơ thể trở lên ảnh hưởng điều tiết thì được cộng lùi thêm 10%	

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
	- Nếu nhiều loại tổn thương (trong mục 2,3,4 nêu trên) trên cùng 1 vị trí thì áp dụng tỷ lệ của loại tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất	
2	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với trợt loét da tại Mục 3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với viêm quanh móng như Mục 8 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4	Hội chứng Raynaud: Xác định tỷ lệ tổn thương cơ thể quy định tại Mục 15.3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật hệ Tim mạch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5	Tổn thương Bỏng lạnh	
	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với bỏng lạnh như Mục 1 và 2 trong Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do tổn thương Phần mềm và Bỏng thuộc Bảng 1 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	




Phụ lục XXVIII
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG BỆNH DA NGHỀ NGHIỆP DO TIẾP XÚC VỚI
CAO SU TỰ NHIÊN VÀ HÓA CHẤT PHỤ GIA CAO SU
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025 của
Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa bệnh

Bệnh da nghề nghiệp do tiếp xúc với cao su tự nhiên và hóa chất phụ gia cao su là bệnh da ở người lao động do tiếp xúc với yếu tố gây bệnh trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh:

Cao su tự nhiên và hóa chất phụ gia cao su trong quá trình lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Trồng và khai thác, sơ chế mủ cao su;
- Sản xuất các sản phẩm có sử dụng cao su tự nhiên làm nguyên liệu;
- Nhân viên y tế;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với cao su tự nhiên và hóa chất phụ gia cao su.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Yếu tố gây bệnh được ghi nhận trong phần đánh giá yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp của Báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu:

01 lần

4.3. Thời gian bảo đảm

15 ngày.

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

- Mày đay: Tổn thương là các sẩn phù tại vị trí tiếp xúc kèm theo ngứa nhiều, có thể gặp mày đay mạn tính (bệnh kéo dài trên 6 tuần). Có thể gặp phù Quincke ở môi, mắt hoặc tổn thương hệ hô hấp gây khó thở, tổn thương hệ tiêu hóa gây đau bụng.

- Viêm da tiếp xúc kích ứng: dát đỏ kèm theo cảm giác châm chích, tổn thương mạn tính với biểu hiện da dày sừng, bong vảy, nứt nẻ. Tổn thương chỉ khu trú vị trí tiếp xúc và giới hạn rõ với vùng da lành;

- Viêm da tiếp xúc dị ứng: Tổn thương da cấp tính với dát đỏ phù nề, xuất tiết; bán cấp với mụn nước tập trung thành từng đám trên nền da đỏ; mạn tính với dày da, bong vảy. Tổn thương có thể gặp ở ngoài vùng tiếp xúc, giới hạn thường không rõ. Cơ năng bệnh nhân ngứa nhiều.

5.2. Cận lâm sàng

a) Thử nghiệm lấy da (Prick tests)

Thử nghiệm lấy da dương tính với cao su tự nhiên. Đây là xét nghiệm đặc hiệu trong chẩn đoán mề đay tiếp xúc với cao su tự nhiên.

b) Thử nghiệm áp da (Patch tests)

- Âm tính hoặc phản ứng kích ứng (vùng da được test đỏ, giới hạn rõ, cảm giác châm chích, không ngứa) với hóa chất phụ gia cao su trong viêm da tiếp xúc kích ứng.

- Dương tính với hóa chất phụ gia cao su. Đây là xét nghiệm đặc hiệu trong chẩn đoán viêm da tiếp xúc dị ứng với hóa chất phụ gia cao su.

c) Cận lâm sàng khác (nếu cần)

Định lượng nồng độ IgE toàn phần trong máu.

6. Tiến triển, biến chứng:

- Dày sừng;
- Lichen hóa;
- Tăng hoặc giảm sắc tố da.

7. Bệnh kết hợp

- Hen phế quản;
- Viêm mũi xoang dị ứng.

8. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da dầu;
- Viêm da cơ địa;
- Bệnh vẩy nến;
- Liken phẳng;
- Bệnh ghẻ.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám chuyên khoa da liễu và bệnh nghề nghiệp, chuyên khoa khác (nếu cần).

2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chí để chẩn đoán xác định áp dụng theo Mục 4; Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp dụng theo Mục 8, Phần I của Phụ lục này.

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do da nghề nghiệp do tiếp xúc với cao su tự nhiên và hóa chất phụ gia cao su gây ra phải căn cứ hồ sơ khám bệnh nghề nghiệp và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1	Có tiền sử mày đay, viêm da tiếp xúc kích ứng, viêm da tiếp xúc dị ứng bệnh tái phát từng đợt, số lần tái phát trên 3 lần. Hiện tại bệnh ổn định, không để lại di chứng nhưng Thử nghiệm lấy da hoặc Thử nghiệm áp da dương tính với cao su tự nhiên và hóa chất phụ gia cao su.	1 – 4
2	Tổn thương da	
2.1	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với dát đỏ da tại Mục 1.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.2	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với da bong vảy, nứt nẻ da, mụn nước, dày da tại Mục 1.2 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.3	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể đối với da dày sừng tại Mục 1.3 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật Da và mô dưới da thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
	<u>Ghi chú:</u> - Nếu diện tích da bị tổn thương chiếm từ 20% diện tích cơ thể trở lên ảnh hưởng điều tiết thì được cộng lùi thêm 10% - Nếu nhiều loại tổn thương (trong mục 2,3,4 nêu trên) trên cùng 1 vị trí thì áp dụng tỷ lệ của loại tổn thương có tỷ lệ tổn thương cơ thể cao nhất	
3	Bệnh kết hợp	
3.1.	Hen phế quản: quy định tại Phụ lục 7 ban hành kèm theo Thông tư này.	
3.2.	Viêm mũi xoang dị ứng: quy định tại mục 6.1; mục 6.2; mục 6.3; mục 6.9 và mục 6.10 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể Bệnh tật hệ Tai mũi họng thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Luật

Đưa

Phụ lục XXIX
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH LEPTOSPIRA NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh Leptospira nghề nghiệp là bệnh truyền nhiễm do xoắn khuẩn Leptospira gây ra trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Xoắn khuẩn Leptospira trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Hầm mỏ, hầm hào, hang hố, cống rãnh;
- Lò giết mổ gia súc;
- Thú y, chăn nuôi gia súc;
- Làm việc ở vùng đầm lầy, suối, ruộng, ao hồ;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với xoắn khuẩn Leptospira.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1 Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với xoắn khuẩn Leptospira quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này.
- Yếu tố gây bệnh được ghi nhận trong phần đánh giá yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp của Báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động.

4.2 Thời gian tiếp xúc tối thiểu

Không áp dụng.

4.3 Thời gian bảo đảm

- Cấp tính: 21 ngày;
- Tổn thương da, viêm não tủy tiến triển, khớp: 10 năm;
- Các tổn thương khác: 06 tháng.

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc;
- Đau cơ tự nhiên, tăng lên khi sờ nắn;
- Hội chứng tổn thương não, gan, thận, phổi.



5.2. Cận lâm sàng

- Soi trực tiếp: Soi tươi dưới kính hiển vi nền đen, bệnh phẩm lấy từ máu (trong 5 ngày đầu của bệnh), dịch não tủy, nước tiểu ly tâm thấy xoắn khuẩn di động;

- Nuôi cấy ở môi trường đặc hiệu (Terkich) hoặc tiêm truyền cho chuột lang;

- Chẩn đoán huyết thanh: Phản ứng ngưng kết tan Martin - Pettit, làm hai lần cách nhau 7 ngày. Phản ứng dương tính khi huyết thanh lần hai có hiệu giá tăng gấp 4 lần huyết thanh lần 1 hoặc làm 1 lần hiệu giá kháng thể cao trên 1/1000;

- Phản ứng miễn dịch huỳnh quang cho kết quả nhanh;

- Phản ứng ELISA nhạy, đặc hiệu.

Chú ý: Có phản ứng chéo giữa các typ huyết thanh.

6. Tiến triển, biến chứng

- Di chứng não, màng não, tủy sống, viêm rễ thần kinh, thần kinh ngoại biên;

- Viêm màng ngoài tim;

- Tổn thương khớp;

- Tổn thương da mạn tính.

7. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh do xoắn khuẩn *Leptospira* không do nguyên nhân nghề nghiệp.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

Chỉ định khám một hoặc các chuyên khoa Truyền nhiễm, Tiêu hóa, chuyên khoa bệnh nghề nghiệp và một số chuyên khoa khác tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể.

2. Chẩn đoán xác định

Có căn cứ thể hiện việc tiếp xúc với xoắn khuẩn *Leptospira* trong môi trường lao động và được chẩn đoán bệnh *Leptospira* nghề nghiệp tại hồ sơ khám bệnh nghề nghiệp đáp ứng tiêu chí ở Mục 4, Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

3. Chẩn đoán loại trừ

- Các bệnh nêu ở Mục 7, Phần I của Phụ lục này.

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân bệnh *Leptospira* nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

Luat R
Stun

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Bị bệnh Leptospira không có biến chứng, điều trị khỏi không để lại di chứng	5
2.	Bị bệnh Leptospira có biến chứng, điều trị khỏi không để lại di chứng.	21 - 25
3.	Biến chứng (di chứng) khác do Bệnh Leptospira áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này.	




Phụ lục XXX
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIẢM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH VIÊM GAN VI RÚT B NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh viêm gan vi rút B nghề nghiệp là bệnh gan do vi rút viêm gan B gây ra trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Vi rút viêm gan B (HBV) trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Nhân viên y tế;
- Quản giáo, giám thị trại giam;
- Công an;
- Người làm trong môi trường bệnh viện: nhân viên vệ sinh, bảo vệ;
- Nghề, công việc khác tiếp xúc với vi rút viêm gan B.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Cấp tính:

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với HBV quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này.

- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định trong trường hợp bị tai nạn rủi ro nghề nghiệp.

4.1.2. Mạn tính:

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với HBV quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;

Yếu tố gây bệnh được ghi nhận trong phần đánh giá tiếp xúc nghề nghiệp của Báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu: 01 lần tiếp xúc.

4.3. Thời gian bảo đảm

- Viêm gan cấp tính: 06 tháng;
- Viêm gan mạn tính: 02 năm;
- Xơ gan: 20 năm;
- Ung thư gan: 30 năm.

 

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Viêm gan vi rút B cấp tính

a) Lâm sàng:

- + Đa số không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng.
- + Trong thể điển hình, có thể xuất hiện các triệu chứng như: sốt (khi chưa vàng da), mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn, vàng da, vàng mắt, tiểu sậm màu, đau tức vùng gan...
- + Viêm gan vi rút B cấp có thể diễn tiến nặng sang suy gan cấp dẫn đến bệnh não gan, tỷ lệ tử vong cao.

b) Cận lâm sàng:

- + AST, ALT tăng, thường trên 5 lần giới hạn trên của mức bình thường.
- + Bilirubin có thể tăng.
- + Anti-HBc IgM dương tính, HBsAg dương tính (hoặc âm tính trong giai đoạn cửa sổ).

5.2. Viêm gan vi rút B mạn tính

- HBsAg và/ hoặc HBV DNA dương tính ≥ 6 tháng, hoặc
- HBsAg dương tính và anti-HBc IgM âm tính.

Có thể có:

- AST, ALT tăng từng đợt hoặc liên tục trên 6 tháng.
- Có bằng chứng tổn thương mô bệnh học tiến triển, xơ gan (được xác định bằng sinh thiết gan hoặc đo độ đàn hồi gan hoặc Fibrotest hoặc chỉ số APRI) mà không do căn nguyên khác.

6. Tiến triển, biến chứng

- Chữa khỏi không di chứng.
- Viêm mạn tính.
- Xơ gan, suy tế bào gan.
- Ung thư gan hoặc viêm gan tối cấp gây tử vong.

7. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh viêm gan B không do nguyên nhân nghề nghiệp.
- Viêm gan cấp do vi rút khác (HAV, HCV, HDV, HEV, CMV, EBV, Dengue,...).
- Viêm gan do các nguyên nhân khác: rượu, nhiễm độc (do thuốc, hóa chất...), tự miễn, bệnh Wilson.
- Một số bệnh có biểu hiện vàng da.
- + Các bệnh nhiễm khuẩn: Bệnh nhiễm Leptospira, sốt rét.
- + Tắc mật sau gan: u đầu tụy, u đường mật, sỏi đường mật.

Signature

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

Chỉ định khám một hoặc các chuyên khoa truyền nhiễm, chuyên khoa tiêu hoá, chuyên khoa khác tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể.

2. Chẩn đoán xác định:

Có căn cứ thể hiện việc tiếp xúc với vi rút viêm gan B trong môi trường lao động và đủ tiêu chí chẩn đoán xác định mắc bệnh viêm gan B quy định tại Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B.

3. Chẩn đoán loại trừ

- Áp dụng theo Mục 7, Phần I của Phụ lục này.
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương do bệnh viêm gan vi rút B nghề nghiệp thì phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khoẻ người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Viêm gan không còn triệu chứng lâm sàng, còn vi rút trên xét nghiệm (HbsAg dương tính và/hoặc định lượng tải lượng vi rút viêm gan B trên ngưỡng phát hiện)	11 - 15
2.	Viêm gan mạn: quy định tại mục 7.1 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể bệnh, tậ tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Xơ gan: quy định tại mục 7.5 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể bệnh, tậ tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Suy chức năng gan: quy định tại mục 7.8 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể bệnh, tậ tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
5.	Ung thư gan: quy định tại mục 7.12.2 bảng tỷ lệ TTCT bệnh, tậ tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 (lưu ý ung thư gan nguyên phát đi căn xa áp dụng mục 7.12.2.2.)	

Luật
Sun

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
	Lưu ý: - Trường hợp có nhiều tổn thương do viêm gan vi rút B nghề nghiệp thì chỉ lấy một tỷ lệ tổn thương ở mức cao nhất của các tổn thương này.	



Phụ lục XXXI
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH LAO NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh lao nghề nghiệp là bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao gây ra trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Vi khuẩn lao trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Nhân viên y tế có nguy cơ tiếp xúc với vi khuẩn lao;
- Làm việc tại lò giết, mổ gia súc;
- Thú y chăn nuôi gia súc, nuôi trồng thủy sản;
- Nghề/công việc khác tiếp xúc với vi khuẩn lao.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1 Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với HBV quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;

Yếu tố gây bệnh được ghi nhận trong phần đánh giá tiếp xúc nghề nghiệp của Báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động.

4.2 Thời gian tiếp xúc tối thiểu: 01 lần tiếp xúc

4.3. Thời gian bảo đảm:

- Lao phổi, xương - khớp, tiết niệu - sinh dục: 01 năm;
- Lao ruột, lao màng (não, tim, phổi, bụng, bao hoạt dịch), da, hạch, lao cơ quan, bộ phận khác: 06 tháng.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán lao phổi

a) Lâm sàng:

- Toàn thân: thường gặp sốt nhẹ về chiều, sốt kéo dài không rõ nguyên nhân trên 02 tuần, ra mồ hôi đêm, kém ăn, mệt mỏi, gầy sút cân,
- Cơ năng: ho kéo dài trên 02 tuần, có thể ho khan, ho có đờm, ho ra máu, đau ngực, khó thở.

- Thực thể: nghe phổi có thể có tiếng bệnh lý (ran ẩm, ran nổ). Triệu chứng có thể nghèo nàn hoặc rầm rộ tùy từng giai đoạn tiến triển của bệnh.

Có các trường hợp không có triệu chứng lâm sàng và được phát hiện chủ động bằng các phương pháp khác.

b) Cận lâm sàng:

- Chẩn đoán hình ảnh: có hình ảnh bất thường nghi lao trên phim chụp Xquang ngực hoặc cắt lớp vi tính ngực.

- Xét nghiệm vi sinh phát hiện vi khuẩn lao trong bệnh phẩm đường hô hấp như đờm, dịch phế quản:

+ Nhuộm soi trực tiếp tìm AFB.

+ Xét nghiệm sinh học phân tử phát hiện lao nhanh.

+ Nuôi cấy tìm vi khuẩn lao.

c) Chẩn đoán xác định

- Có bằng chứng vi khuẩn: tìm thấy bằng chứng vi khuẩn lao khi thực hiện một trong các kỹ thuật vi sinh sau:

+ Nhuộm soi trực tiếp: cho kết quả AFB (+).

+ Xét nghiệm sinh học phân tử chẩn đoán lao ban đầu (GeneXpert, Truenat, TB-LAMP, NAAT, v.v...): cho kết quả MTB (+).

+ Nuôi cấy: định danh phát hiện vi khuẩn lao sống.

+ Xét nghiệm thấy trực khuẩn lao bằng nhuộm Ziehl-Neelsen trên mô đúc nền mảnh sinh thiết mô phổi.

- Có bằng chứng mô bệnh học tổn thương lao điển hình: sinh thiết phổi, phế quản làm xét nghiệm mô bệnh học có tổn thương lao điển hình.

- Không có bằng chứng vi khuẩn, mô bệnh học: khi không hoặc chưa tìm thấy bằng chứng vi khuẩn trong bệnh phẩm bằng các kỹ thuật vi sinh và bằng chứng mô bệnh học nhưng được chẩn đoán hoặc hội chẩn chẩn đoán dựa trên:

+ Triệu chứng lâm sàng nghi lao.

+ Có hình ảnh bất thường nghi lao trên phim chụp X.quang ngực hoặc cắt lớp vi tính ngực.

+ Thăm khám, xét nghiệm khác: xác định nguồn lây, xác định nhiễm lao, chẩn đoán lao tiềm ẩn như test nội bì (TST/TBST) hoặc IGRA.

+ Loại trừ CPA.

+ Không đáp ứng với kháng sinh phổ rộng ngoài lao (không sử dụng nhóm Fluoroquinolon) trong 01- 02 tuần, hoặc không đáp ứng với điều trị theo căn nguyên khác.

+ Thăm khám, xét nghiệm khác (nếu cần).

Chức
Sưu

d) Chẩn đoán phân biệt:

- Người có tiền sử điều trị lao phổi trên phim Xquang hoặc cắt lớp vi tính có hang cần phân biệt với bệnh nấm *Aspergillus* phổi mạn tính (CPA).
- Nhiễm trùng hô hấp:
 - + Viêm nhiễm đường hô hấp trên, nhiễm trùng hô hấp dưới do vi khuẩn, virus, v.v...;
 - + Áp xe phổi.
 - + Viêm phổi do Whitmore (Bệnh Melioidosis: do vi khuẩn *Burkholderia pseudomallei*).
- Ung thư phổi.
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Bệnh phổi do ký sinh trùng.
- Bệnh phổi khác:
 - + Giãn phế quản
 - + Đối với người có HIV cần phân biệt với viêm phổi nhất là viêm phổi PCP, bệnh do *Mycobacterium Avium Complex* (MAC), hội chứng phục hồi miễn dịch;
 - + Bụi phổi, viêm phổi kẽ;
 - + Bệnh phổi do vi khuẩn NTM (Non-Tuberculous *Mycobacteria*)

5.2. Chẩn đoán lao ngoài phổi

- *Lao có bằng chứng vi khuẩn học hoặc mô bệnh học*: là người bệnh được chẩn đoán lao dựa vào kết quả xét nghiệm mẫu bệnh phẩm dương tính với ít nhất một trong các xét nghiệm: xét nghiệm nhuộm soi đờm trực tiếp, hoặc xét nghiệm sinh học phân tử (SHPT) chẩn đoán lao nhanh được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) công nhận (ví dụ như: Xpert MTB/RIF, TrueNat, TB LAM, LF LAM, v.v...) hoặc xét nghiệm nuôi cấy. Hoặc bằng chứng mô bệnh học tổ chức cơ quan nghi lao có các đặc điểm nghi do căn nguyên vi khuẩn lao

- *Lao không có bằng chứng vi khuẩn (chẩn đoán dựa vào lâm sàng và các xét nghiệm khác)*: là khi người bệnh không đáp ứng được tiêu chí “có bằng chứng vi khuẩn học” nhưng vẫn được chẩn đoán lao và không đáp ứng với kháng sinh phổ rộng ngoài lao (không sử dụng nhóm Fluoroquinolon) trong 01-02 tuần, hoặc không đáp ứng với điều trị theo căn nguyên khác, đáp ứng với điều trị lao.

5.2.1. Lao hạch ngoại vi

a) Lâm sàng:

- Hạch sưng to bất thường kéo dài. Vị trí thường gặp là vùng cổ dọc cơ ức đòn chũm.

- Diễn biến: lúc đầu hạch chắc, riêng rẽ, di động, không đau sau đó dính vào nhau và dính vào tổ chức dưới da, kém di động, hạch nhuyễn hóa, rò mủ. Không đáp ứng với điều trị kháng sinh.

- Triệu chứng toàn thân có thể gặp sốt, ra mồ hôi về đêm, sụt cân.

b) Cận lâm sàng:

- Có thể tìm thấy vi khuẩn lao trong bệnh phẩm hạch, mô bệnh hạch có tổn thương lao điển hình hoặc hướng lao.

c) Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm hạch phản ứng do nhiễm khuẩn cấp tính vùng tai mũi họng
- U lympho Hodgkin, non-Hodgkin.
- Hạch di căn ung thư.
- Leucemia.
- Viêm hạch do vi khuẩn ngoài lao.
- Viêm hạch do virus.
- Các bệnh lý hạch khác.

5.2.2. Lao màng phổi

a) **Lâm sàng:** Đau ngực, khó thở tăng dần, khám phổi có hội chứng 3 giảm.

b) Cận lâm sàng:

- Chụp X-quang ngực: có hình ảnh tràn dịch màng phổi.
- Siêu âm màng phổi xác định dịch màng phổi.
- Xét nghiệm dịch màng phổi tế bào lympho chiếm ưu thế. Xét nghiệm ADA trên 40 UI.
- Có thể tìm vi khuẩn lao trong dịch màng phổi, mảnh sinh thiết (kỹ thuật GeneXpert, TRC và nuôi cấy).

- Mô bệnh học màng phổi: có thể thấy tổn thương lao điển hình.

c) Chẩn đoán phân biệt:

- Ung thư màng phổi nguyên phát, thứ phát.
- Viêm mủ màng phổi do vi khuẩn ngoài lao.
- Tràn dịch màng phổi do virus.
- Tràn dịch màng phổi do viêm phổi.
- Tràn dịch màng phổi do bệnh hệ thống.
- Hội chứng Demons Meigs.
- Tràn dịch màng phổi do bệnh lý tim mạch, giảm albumin máu.

Chức
Stun

- Các bệnh lý phổi, màng phổi khác.

5.2.3. Lao màng tim

a) Lâm sàng:

+ Triệu chứng thường gặp bao gồm: đau ngực, khó thở, tĩnh mạch cổ nổi, phù chi dưới.

+ Khám có tim nhịp nhanh, tiếng tim mờ và các dấu hiệu ép tim. Nghe có tiếng cọ màng tim ở giai đoạn sớm..

b) Cận lâm sàng:

- X-quang ngực thấy bóng tim to, hình giọt nước.
- Siêu âm: có tràn dịch màng tim.
- Điện tim có điện thế thấp ở các chuyển đạo, sóng T âm và đoạn ST chênh.
- Tìm vi khuẩn lao trong dịch màng tim bằng kỹ thuật GeneXpert, TRC. và nuôi cấy.

- Chọc hút dịch màng tim: dịch thường màu vàng chanh, dịch tiết, tế bào lympho chiếm ưu thế. Xét nghiệm ADA dịch màng tim giúp định hướng lao.

c) Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm màng ngoài tim do vi khuẩn.
- Viêm màng ngoài tim do virus.
- Tràn dịch màng tim do ung thư di căn.
- Tràn dịch đa màng do giảm Albumin máu.
- Các bệnh lý tim, màng tim khác

5.2.4. Lao màng bụng

a) Lâm sàng:

- Có các dấu hiệu tràn dịch màng bụng tự do, khu trú.
- Giai đoạn muộn có thể sờ thấy các u cục, đám cứng trong ổ bụng.
- Có thể có dấu hiệu tắc hoặc bán tắc ruột.

b) Cận lâm sàng:

- Siêu âm và cắt lớp vi tính: hình ảnh tràn dịch, màng bụng dày, mạc nối lớn thâm nhiễm. Ngoài ra có thể thấy thành ruột dày, hạch to nhiều vị trí.

- Nội soi ổ bụng thấy các hạt lao bám trên phúc mạc hoặc các đám thâm nhiễm phúc mạc. Sinh thiết màng bụng thấy tổn thương viêm lao, hoại tử bã đậu, nang lao.

- Chọc hút màng bụng: dịch màng bụng màu vàng chanh, đôi khi đục. Cần làm xét nghiệm tế bào học, albumin, protein, ADA và LDH.

Handwritten signature and initials.

- Có thể thấy vi khuẩn lao trong dịch màng bụng bằng kỹ thuật GeneXpert, TRC và nuôi cấy.

c) Chẩn đoán phân biệt:

Bệnh cảnh lâm sàng lao màng bụng đặc biệt là thể tràn dịch tự do có thể nhầm với các bệnh:

- Ở giai đoạn đầu và giai đoạn muộn của bệnh dễ nhầm với các tình trạng cấp cứu ngoại khoa: viêm phúc mạc, tắc ruột, viêm ruột thừa, v.v...

- Thể tràn dịch tự do có thể nhầm với tràn dịch do các nguyên nhân khác: Ung thư, xơ gan, suy tim, suy thận, v.v...

- Thể viêm loét hoại tử bã đậu, xơ dính có thể nhầm với áp xe do vi khuẩn, tắc ruột

- Viêm màng bụng do vi khuẩn.

- Bệnh Crohn.

- Các bệnh lý bụng, màng bụng khác.

5.2.5. Lao màng não-não

a) Lâm sàng:

- Khởi phát bằng đau đầu tăng dần, nôn.

- Khám thường thấy có dấu hiệu cổ cứng và dấu hiệu Kernig (+). Có thể có dấu hiệu rối loạn tâm thần tổn thương dây thần kinh sọ não và dấu hiệu thần kinh khu trú (thường liệt dây III, VI, VII, rối loạn cơ tròn). Các tổn thương tuỷ sống có thể gây ra liệt 2 chi dưới (liệt cứng hoặc liệt mềm).

b) Cận lâm sàng:

- Biến đổi dịch não tủy:

+ Áp lực tăng, dịch có thể trong (giai đoạn sớm), ánh vàng (giai đoạn muộn). Xét nghiệm sinh hoá dịch não tủy thường thấy protein tăng và đường giảm.

+ Tế bào trong dịch não tủy tăng và tế bào lympho chiếm ưu thế, ở giai đoạn sớm tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng nhưng không có bạch cầu thoái hóa (mủ).

+ Xét nghiệm ADA dịch màng não giúp định hướng lao.

- Có thể tìm thấy vi khuẩn lao trong dịch não tủy (kỹ thuật GeneXpert, TRC và nuôi cấy).

- Chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ não có thể thấy hình ảnh màng não, đáy não tăng tỷ trọng tự nhiên (cắt lớp vi tính), màng não đáy não ngấm thuốc cản quang mạnh, giãn não thất, nhồi máu ổ nhỏ tại khu vực hạch nhân đáy não. Ngoài ra, có thể thấy tổn thương nhu mô não.




c) Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm màng não do các nguyên nhân khác: vi khuẩn, virus, xoắn khuẩn, nấm, kí sinh trùng, v.v...
- Tổn thương não do các nguyên nhân khác: viêm não, áp xe não, u não, tai biến mạch máu não, bệnh miễn dịch, bệnh ác tính, v.v...
- Các bệnh thần kinh, tâm thần khác.

5.2.6. Lao xương khớp

a) Lâm sàng:

- Hay gặp ở cột sống với đặc điểm: đau lưng, hạn chế vận động, đau tại chỗ tương ứng với đốt sống bị tổn thương (giai đoạn sớm); giai đoạn muộn gây biến dạng gù cột sống hoặc có dấu hiệu chèn ép tuỷ gây liệt.
- Ngoài cột sống lao còn hay gặp ở các xương dài, khớp lớn với biểu hiện: sưng đau khớp kéo dài, không sưng đỏ, không đối xứng, tràn dịch, có thể dò mủ bã đậu, hạn chế vận động, thường ở khớp gối, khớp háng.

b) Cận lâm sàng:

- Chụp X-quang, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ cột sống, khớp thấy hẹp khe liên đốt, hủy xương thân đốt tập trung nhiều ở phần tiếp giáp với đĩa đệm, xếp đốt sống hình chêm, có thể thấy mảnh xương chết và hình áp xe lạnh cạnh cột sống.
- Siêu âm tìm ổ abscess cạnh cột sống, siêu âm ổ khớp.
- Tìm vi khuẩn lao trong dịch viêm ở khớp hoặc ổ áp xe lạnh, dò mủ hoặc mảnh sinh thiết bằng kỹ thuật nhuộm soi trực tiếp AFB, GeneXpert, TRC và nuôi cấy.
- Sinh thiết cột sống, bao hoạt dịch, xương để chẩn đoán mô bệnh tế bào.

c) Chẩn đoán phân biệt:

- Thoái hóa khớp.
- Viêm khớp, viêm cột sống do vi khuẩn.
- Viêm xương vô khuẩn.
- Hoại tử chỏm xương đùi vô khuẩn (Perthes).
- Viêm bao hoạt dịch.
- Thấp khớp cấp thể 1 khớp.
- Ung thư di căn xương, bệnh lí ác tính nguyên phát tại xương.
- Bệnh lí viêm khớp tự miễn.
- Thoát vị đĩa đệm.
- Các bệnh lý khớp khác.

5.2.7. Lao tiết niệu - sinh dục

a) Lâm sàng: Hay gặp triệu chứng rối loạn bài tiết nước tiểu (đái buốt, đái dắt) kéo dài từng đợt, điều trị kháng sinh đỡ sau đó lại bị lại, có thể đái máu không có máu cục, đái đục, đau thắt lưng âm ỉ.

Lao sinh dục nam: Sưng đau tinh hoàn, mào tinh hoàn, ít gặp viêm cấp tính, tràn dịch màng tinh hoàn.

Lao sinh dục nữ: Ra khí hư, rối loạn kinh nguyệt, dần dần “mất kinh”, vô sinh.

b) Cận lâm sàng:

- Chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh gợi ý lao (đài thận cắt cụt, hang lao, niệu quản chít hẹp...).

- Soi bàng quang, soi tử cung và sinh thiết xét nghiệm mô bệnh, tế bào có nang lao, xét nghiệm vi khuẩn lao.

- Chọc hút dịch màng tinh hoàn (có đặc điểm như lao các màng khác trong cơ thể), chọc dò “u” tinh hoàn xét nghiệm tế bào có viêm lao.

- Có thể tìm vi khuẩn lao trong các bệnh phẩm đường tiết niệu sinh dục (nước tiểu, dịch màng tinh hoàn, dịch dò, khí hư) bằng phương pháp GeneXpert, TRC và nuôi cấy.

c) Chẩn đoán phân biệt:

- Lao tiết niệu:

+ Viêm đường tiết niệu.

+ Sỏi tiết niệu.

+ Ung thư.

+ Các căn nguyên khác.

- Lao sinh dục nam: Phân biệt với ung thư tinh hoàn, viêm mào tinh hoàn, tinh hoàn do vi khuẩn, các căn nguyên khác

- Lao sinh dục nữ: Cần phân biệt với viêm phần phụ do tạp trùng, ung thư tử cung, buồng trứng và các bệnh lý sinh dục nữ khác.

- Nước tiểu không có vi khuẩn lao. Trên X- quang tất cả các đài thận đều có hình ảnh nham nhở, toàn trạng bệnh nhân suy sụp, thường gặp ở người bệnh có tiền sử đái tháo đường.

- Các bệnh lý tiết niệu khác, v.v...

5.2.8. Các thể lao khác ít gặp hơn

Các thể lao khác như lao da, lao lách, lao gan, lao ruột, lao màng bồ đào và một số lao ở cơ quan, bộ phận khác có thể phối hợp với lao phổi được chẩn đoán dựa trên bằng chứng vi khuẩn, bằng chứng mô bệnh học, hoặc bằng hội chẩn chẩn đoán.

Signature
Đura

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

Chỉ định khám một hoặc nhiều chuyên khoa sau:

+ Chuyên khoa lao và bệnh phổi

+ Chuyên khoa hô hấp, chuyên khoa khác tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể.

2. Chẩn đoán xác định:

Có căn cứ thể hiện việc tiếp xúc với vi khuẩn lao trong môi trường lao động và đủ tiêu chí chẩn đoán xác định mắc lao quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này, Quyết định 162/QĐ-BYT ngày 19/01/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh Lao”. Nội dung này phải thể hiện ở hồ sơ bệnh nghề nghiệp, tóm tắt hồ sơ bệnh án.

3. Chẩn đoán phân biệt

Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân nhiễm lao nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp), các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có) và hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Lao phổi	
1.1.	Điều trị kết quả tốt, không để lại di chứng áp dụng Mục 6.9.1 quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh tật hệ Hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	11 - 15
1.2.	Lao tái phát hoặc lao kháng một thuốc hoặc lao từ 2 cơ quan bộ phận trở lên, điều trị khỏi, không có di chứng	21 - 25
1.3.	Lao đa kháng, lao tiền siêu kháng thuốc, lao siêu kháng thuốc, điều trị khỏi, không có di chứng.	31 - 35
1.4.	Lao phổi điều trị có kết quả tốt, nhưng để lại di chứng xơ phổi, vôi hóa, giãn phế quản hoặc di chứng nhiễm trùng phổi do NTM hoặc di chứng nấm phổi mãn tính.... áp dụng Mục 6.9.2 quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh tật hệ Hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.5.	Lao phổi điều trị thất bại (điều trị không kết quả) chưa có rối loạn thông khí phổi (Tỷ lệ này đã bao gồm cả tỷ lệ suy nhược cơ thể - nếu có) áp dụng tỷ lệ 6.9.3 quy định tại Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh tật hệ Hô hấp thuộc Bảng 2	

Seunh
Stun

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
	ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.6.	Lao phổi có rối loạn thông khí phổi tổng hợp tỷ lệ với tỷ lệ tổn thương cơ thể do rối loạn thông khí phổi tương ứng quy định tại mục 11 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh tật hệ Hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
1.7.	Lao phổi phải mổ cắt phổi tổng hợp tỷ lệ với tỷ lệ tổn thương cơ thể do mổ cắt phổi quy định tại mục 6.10 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh tật hệ Hô hấp thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
2.	Lao các cơ quan, bộ phận khác	
2.1.	Lao điều trị khỏi, không để lại di chứng	11 - 15
2.2.	Lao tái phát hoặc lao kháng một thuốc hoặc lao từ 2 cơ quan trở lên, điều trị khỏi	21 - 25
2.3.	Lao đa kháng, lao tiền siêu kháng thuốc, lao siêu kháng thuốc, điều trị khỏi	31 - 35
2.4.	Lao điều trị thất bại (điều trị không kết quả), tỷ lệ này đã bao gồm cả tỷ lệ suy nhược cơ thể (nếu có).	61 - 65
3.	Biến chứng (di chứng) khác do Bệnh Lao nghề nghiệp hoặc do dùng thuốc điều trị lao áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 nếu chưa được quy định tại Thông tư này.	

Signature

Signature

Phụ lục XXXII

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG NGƯỜI BỊ NHIỄM HIV DO TAI NẠN RỦI RO NGHỀ NGHIỆP

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp là tình trạng nhiễm vi rút HIV trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Vi rút HIV (Human Immunodeficiency Virus) trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Nhân viên y tế;
- Quản giáo, giám thị trại giam;
- Công an;
- Nghề, công việc khác tiếp xúc với vi rút HIV.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Người lao động bị phơi nhiễm 01 lần được ghi nhận ở Biên bản tai nạn rủi ro nghề nghiệp theo mẫu số 3 - Quyết định số 24/2023/QĐ-TTg ngày 22/9/2023 của Thủ tướng Chính phủ quy định điều kiện xác định người bị phơi nhiễm với HIV, nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu: 01 lần tiếp xúc

4.3. Thời gian bảo đảm: 06 tháng

5. Chẩn đoán xác định

Có Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp được cấp theo quy định tại Quyết định số 24/2023/QĐ-TTg ngày 22/9/2023 của Thủ tướng Chính phủ quy định điều kiện xác định người bị phơi nhiễm với HIV, nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp.

6. Phân loại giai đoạn bệnh

Theo Quyết định 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.

6.1. Phân loại giai đoạn lâm sàng nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp

a) Giai đoạn lâm sàng 1: Không triệu chứng

- Không triệu chứng
- Bệnh lý hạch toàn thân dai dẳng



b) Giai đoạn lâm sàng 2: Triệu chứng nhẹ

- Sụt cân vừa phải không rõ nguyên nhân ($<10\%$ cân nặng cơ thể)
- Nhiễm trùng đường hô hấp tái phát (viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa, viêm họng)
- Bệnh zô-na
- Viêm khóe miệng
- Loét miệng tái phát
- Phát ban sẩn ngứa
- Nấm móng
- Viêm da bã nhờn

c) Giai đoạn lâm sàng 3: Triệu chứng tiến triển

- Sụt cân mức độ nặng không rõ nguyên nhân ($>10\%$ cân nặng cơ thể)
- Tiêu chảy mạn tính kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân
- Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (không liên tục hoặc liên tục trên 1 tháng)
- Nấm candida miệng kéo dài
- Bạch sản dạng lông ở miệng
- Lao phổi
- Nhiễm khuẩn nặng (như viêm màng phổi, viêm mô cơ, nhiễm trùng xương khớp, hoặc viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết)
- Viêm loét miệng, viêm lợi hoặc viêm quanh răng hoại tử cấp
- Thiếu máu ($< 8 \text{ g/dl}$), giảm bạch cầu trung tính ($< 0,5 \times 10^9/\text{l}$) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính ($< 50 \times 10^9/\text{l}$) không rõ nguyên nhân

d) Giai đoạn lâm sàng 4: Triệu chứng nặng

- Hội chứng suy mòn do HIV
- Viêm phổi do *Pneumocystis jirovecii* (PCP)
- Gầy mòn, còi cọc nặng hoặc suy dinh dưỡng nặng không giải thích được không đáp ứng phù hợp với điều trị chuẩn thông thường
- Viêm phổi do vi khuẩn tái phát
- Nhiễm herpes simplex mãn tính (môi miệng, sinh dục, hoặc hậu môn, trực tràng) kéo dài trên 1 tháng, hay herpes nội tạng bất kể vị trí nào)
- Nhiễm nấm candida thực quản (hoặc nấm candida khí quản, phế quản hoặc phổi)
- Lao ngoài phổi
- Kaposi sarcoma
- Nhiễm cytomegalovirus (viêm võng mạc hoặc nhiễm cytomegalovirus tạng khác)

Handwritten signature and initials

- Toxoplasma ở thần kinh trung ương (sau thời kỳ sơ sinh)
- Bệnh lý não do HIV
- Nhiễm nấm cryptococcus ngoài phổi, bao gồm cả viêm màng não
- Nhiễm mycobacteria không phải lao lan tỏa
- Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển
- Nhiễm cryptosporidium mạn tính
- Nhiễm Isosporia mạn tính
- Nhiễm nấm lan tỏa (bệnh do histoplasma ngoài phổi, coccidioidomycosis, bệnh do nấm Talaromyces)
- U lympho (u lympho không Hodgkin não hoặc tế bào B)
- Bệnh lý thận hoặc bệnh lý cơ tim liên quan tới HIV
- Nhiễm khuẩn huyết tái phát (bao gồm cả Salmonella không thương hàn)
- Ung thư cổ tử cung xâm lấn
- Bệnh leishmania lan tỏa không điển hình

6.2. Phân loại giai đoạn miễn dịch nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp

Mức độ	Số tế bào CD4/mm ³
Bình thường hoặc suy giảm không đáng kể	> 500 tế bào/mm ³
Suy giảm nhẹ	350 – 499 tế bào/mm ³
Suy giảm tiến triển	200 – 349 tế bào/mm ³
Suy giảm nặng	< 200 tế bào/mm ³

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám chuyên khoa truyền nhiễm và các chuyên khoa khác tùy từng trường hợp theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể.

2. Chẩn đoán xác định:

Được cấp Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp theo quy định tại Quyết định số 24/2023/QĐ-TTg ngày 22/9/2023 của Thủ tướng Chính phủ quy định điều kiện xác định người bị phơi nhiễm với HIV, nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp.

3. Chẩn đoán giai đoạn, mức độ

Căn cứ Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.

4. Chẩn đoán phân biệt

Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nhiễm HIV nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

Chức

Đức

5. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
	Suy giảm miễn dịch do bệnh HIV nghề nghiệp: quy định tại mục 2.1 Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể do bệnh lý hệ miễn dịch thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

Handwritten signature

Handwritten signature

Phụ lục XXXIII
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH VIÊM GAN VI RÚT C NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh viêm gan vi rút C nghề nghiệp là bệnh gan do vi rút viêm gan C gây ra trong quá trình lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Vi rút viêm gan C (HCV) trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Nhân viên y tế;
- Quản giáo, giám thị trại giam;
- Công an;
- Người làm trong môi trường bệnh viện: nhân viên vệ sinh, bảo vệ;
- Nghề, công việc khác tiếp xúc với vi rút viêm gan C.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1 Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

4.1.1. Cấp tính:

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với HCV quy định tại Mục 3, Phần I;
- Biên bản xác nhận tiếp xúc với yếu tố có hại gây bệnh nghề nghiệp cấp tính theo quy định trong trường hợp bị tai nạn rủi ro nghề nghiệp.

4.1.2. Mạn tính:

Giới hạn tiếp xúc tối thiểu xác định bằng một trong hai tiêu chí sau:

- Làm nghề, công việc tiếp xúc với HCV quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này;
- Yếu tố gây bệnh được ghi nhận trong phần đánh giá tiếp xúc nghề nghiệp của Báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu: 1 lần tiếp xúc .

4.3 Thời gian bảo đảm

- Viêm gan cấp tính: 06 tháng
- Viêm gan mạn tính: 02 năm
- Xơ gan: 20 năm
- Ung thư gan: 30 năm

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

- Phần lớn người nhiễm HCV không có triệu chứng lâm sàng cho đến khi có biểu hiện xơ gan. Đôi khi có mệt mỏi, chán ăn, đầy bụng, đau nhẹ hạ sườn phải, rối loạn tiêu hóa, đau cơ,...

- Có thể có các biểu hiện ngoài gan như: đau khớp, viêm khớp, viêm da, tóc dễ gãy rụng, cryoglobulinemia (globulin lạnh trong máu), đau cơ, bệnh cơ tim, viêm cầu thận tăng sinh màng, ...

5.2. Cận lâm sàng

5.2.1 Kháng thể kháng HCV (anti-HCV)

- Anti-HCV là xét nghiệm ban đầu để xác định tình trạng nhiễm HCV.

- Anti-HCV xuất hiện trong máu người nhiễm HCV sau 8 -12 tuần kể từ khi phơi nhiễm. Kháng thể anti - HCV tồn tại suốt đời. Vì vậy một người có anti - HCV dương tính có thể đang nhiễm vi rút viêm gan C hoặc đã từng nhiễm vi rút viêm gan C nhưng đã tự khỏi hoặc đã khỏi bệnh do điều trị.

+ Trong trường hợp viêm gan vi rút C cấp ở giai đoạn sớm anti-HCV có thể âm tính và HCV RNA dương tính.

5.2.2 Kháng nguyên của HCV (HCVcAg, HCV RNA)

- HCV RNA định tính dương tính hoặc định lượng HCV RNA trên ngưỡng phát hiện: khẳng định đang nhiễm HCV.

- Trong trường hợp không làm được HCV RNA thì làm HCVcAg (HCV core Antigen) nếu dương tính xác định nhiễm HCV.

HCV RNA dương tính 2 tuần sau phơi nhiễm.

Anti - HCV dương tính 12 tuần sau phơi nhiễm.

- Các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng khác (nếu cần) để chẩn đoán giai đoạn, tiến triển và mức độ bệnh.

6. Chẩn đoán giai đoạn bệnh

6.1. Viêm gan vi rút C cấp tính

- Thời gian nhiễm HCV dưới 6 tháng: có chuyển đảo huyết thanh từ anti HCV âm tính sang antin HCV dương tính.

- Biểu hiện lâm sàng kín đáo hoặc có thể có biểu hiện của viêm gan cấp: mệt, vàng mắt, vàng da,...

- AST, ALT thường tăng.

- HCV RNA: dương tính sau 2 tuần phơi nhiễm.

- Anti-HCV có thể âm tính trong vài tuần đầu hoặc dương tính sau 8 - 12 tuần phơi nhiễm.

* Chẩn đoán nhiễm HCV cấp khi:

+ Có chuyển đảo anti-HCV từ âm tính sang dương tính hay anti-HCV âm tính nhưng HCV RNA dương tính.

6.2. Viêm gan vi rút C mạn tính

- Thời gian nhiễm HCV > 6 tháng, tuy nhiên thường khó xác định thời điểm nhiễm HCV

- Có hoặc không có biểu hiện lâm sàng.

- Anti-HCV dương tính và HCV RNA dương tính hoặc HCV core-Ag dương tính.

- Không có/hoặc có xơ hóa gan, xơ gan

7. Tiến triển, biến chứng

- Chữa khỏi không di chứng.
- Viêm mạn tính.
- Xơ gan, suy tế bào gan.
- Ung thư gan hoặc viêm gan tối cấp gây tử vong.

8. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh viêm gan C không do nguyên nhân nghề nghiệp.

II. Hướng dẫn giám định:

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

Chỉ định khám một hoặc các chuyên khoa truyền nhiễm, chuyên khoa tiêu hoá chuyên khoa khác tùy theo tổn thương ở cơ quan, bộ phận của cơ thể.

2. Chẩn đoán xác định:

Có căn cứ thể hiện việc tiếp xúc với vi rút viêm gan C trong một trường lao động và đủ tiêu chí chẩn đoán xác định mắc Viêm gan C quy định tại Quyết định số 2855/QĐ-BYT ngày 25/9/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút C.

3. Chẩn đoán loại trừ

- Áp dụng theo Mục 8, Phần I của Phụ lục này.
- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương do bệnh viêm gan vi rút C nghề nghiệp thì phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
1.	Viêm gan không còn triệu chứng lâm sàng, còn vi rút viêm gan C trên xét nghiệm	11 - 15
2.	Viêm gan mạn: quy định tại mục 7.1 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể bệnh, tạt tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
3.	Xơ gan: quy định tại mục 7.5 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể bệnh, tạt tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	
4.	Suy chức năng gan: quy định tại mục 7.8 bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể bệnh, tạt tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.	

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
5.	Ung thư gan: quy định tại mục 7.12.2 bảng tỷ lệ TTCT bệnh, tạt tiêu hóa thuộc Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014 (lưu ý ung thư gan nguyên phát di căn xa áp dụng mục 7.12.2.2.).	
	Lưu ý: - Trường hợp có nhiều tổn thương do viêm gan vi rút C nghề nghiệp thì chỉ lấy một tỷ lệ tổn thương ở mức cao nhất của các tổn thương này.	




Phụ lục XXXIV

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG DO BỆNH UNG THƯ TRUNG BIỂU MÔ NGHỀ NGHIỆP

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa bệnh

Bệnh ung thư trung biểu mô nghề nghiệp là bệnh ung thư trung biểu mô do tiếp xúc với bụi amiăng trong quá trình lao động.

2. Yếu tố nguy cơ gây bệnh

Bụi amiăng trong không khí môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Khoan, đập phá, khai thác quặng hay đá có amiăng;
- Tán, nghiền, sàng và thao tác khô với quặng hoặc đá có amiăng;
- Chải sợi, kéo sợi và dệt vải amiăng;
- Làm cách nhiệt bằng amiăng;
- Sản xuất, sửa chữa, xử lý tấm lợp amiăng-ximăng, các gioăng bằng amiăng và cao su; má phanh bằng amiăng; bìa các-tông và giấy có amiăng;
- Sản xuất phân lân, thợ sửa chữa ô tô, xe máy;
- Nghề, công việc khác có tiếp xúc với bụi amiăng.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Làm nghề, công việc có tiếp xúc với amiăng quy định tại Mục 3, Phần I của Phụ lục này.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu

03 tháng

4.3. Thời gian ủ bệnh tối thiểu

20 năm.

4.4. Thời gian bảo đảm

Suốt đời

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Lâm sàng

U trung biểu mô phần lớn gặp ở màng phổi, ngoài ra còn có thể thấy ở màng bụng, màng tim và chủ yếu là ở những người có tiếp xúc với amiăng. Tùy thuộc vào vị trí ung thư trung biểu mô (màng phổi, màng bụng, màng tim) mà có thể có các triệu chứng khác nhau:

5.1.1. Ung thư trung biểu mô màng phổi:

- Ho;
- Tức ngực, đau ngực;
- Khó thở;
- Gầy, sút cân không rõ nguyên nhân.

5.1.2. Ung thư trung biểu mô màng ngoài tim:

- Khó thở;
- Đau ngực;
- Gầy, sút cân không rõ nguyên nhân.

5.1.3. Ung thư trung biểu mô màng bụng:

- Đau bụng;
- Cổ trướng;
- Khối thành bụng;
- Gầy sút cân không rõ nguyên nhân.

5.2. Cận lâm sàng

5.2.1. Chẩn đoán hình ảnh

a) Xquang ngực có thể có:

Hình ảnh nốt màng phổi, dày màng phổi, màng màng phổi (đối với ung thư trung biểu mô màng phổi);

- Hình ảnh dày màng tim (đối với ung thư trung biểu mô màng tim);
- Các hình ảnh khác như:

+ Tràn dịch, tràn khí màng phổi, màng tim;

+ Hình ảnh tổn thương nốt mờ không tròn, đều ký hiệu s, t, u trên phim chụp X- quang phổi thẳng tư thế sau trước (theo bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO – RP*) hoặc bộ phim mẫu kỹ thuật số ILO – RP);

b) Chụp phim cắt lớp vi tính có độ phân giải cao: Hình ảnh khối u màng phổi hoặc ở các vị trí khác nhau như màng phổi, màng tim, màng bụng.

c) Siêu âm ổ bụng thấy hiện tượng tràn dịch màng bụng (đối với ung thư trung biểu mô màng bụng).

d) Chụp cộng hưởng từ (nếu cần): MRI rất hữu ích trong việc xác định sự di căn của khối u vào thành ngực, cơ hoành, trung thất, xương sống hoặc tủy sống.

e) PET/CT (nếu cần): PET/CT có thể có độ nhạy và độ đặc hiệu tốt hơn để phân biệt với tổn thương lành tính; phát hiện khối u, đánh giá mức độ tiến triển của khối u, phát hiện di căn.

5.2.2. Giải phẫu bệnh

leung

leung

a) Sinh thiết tại vị trí khối u xác định tế bào ung thư biểu mô.

- Màng phổi: tế bào ung thư biểu mô có thể có các dạng: biểu mô (epithelioid) hoặc hai pha (biphasic) hoặc sarcoma (sarcomatoid) hoặc xơ keo (desmoplastic);

- Màng bụng: tế bào ung thư biểu mô có thể có các dạng: biểu mô (epithelioid) hoặc hai pha (biphasic) hoặc sarcoma (sarcomatoid) hoặc xơ keo (desmoplastic);

b) Xét nghiệm dịch màng phổi, màng bụng, màng tim: Trần dịch màng phổi có ở 95% trường hợp và thường ở một bên, dịch nhiều và màu dịch đỏ.

c) Phẫu thuật sinh thiết chẩn đoán: đối với các trường hợp không sinh thiết được màng phổi dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính hoặc cell -Block dịch màng phổi âm tính, cần phẫu thuật thăm dò sinh thiết chẩn đoán bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ (VATS) hoặc mổ mở.

5.2.3. Hóa mô miễn dịch

- Dương tính với một trong số các chỉ điểm khối u sau: Calretin, D2-40, WT-1, CK5 hoặc 5/6, Thrombomodulin; EGFR, CA125, mesothelin; và

- Âm tính với một trong số các chỉ điểm: CEA, TTF-1, Napsin A, SP-A, Ber-EP4, MOC-31, LeuM1, Ber-Ep4, B72.3, Bg8, PAX-8, hoặc những chỉ điểm đặc trưng khác của ung thư phổi, màng bụng;

- Nhuộm HMMD với các dấu ấn: CK5/6, calretinin, WT-1 (các dấu ấn dương tính), và CEA, Ber-Ep4, LeuM1, Bg8 (các dấu ấn âm tính).

6. Chẩn đoán giai đoạn bệnh

Phân loại giai đoạn ung thư trung biểu mô màng phổi theo AJCC 8:

Giai đoạn	Khối u nguyên phát (T)	Hạch di căn (N)	Di căn xa (M)
IA	T1	N0	M0
IB	T2 - T3	N0	M0
II	T1 - T2	N1	M0
IIIA	T3	N1	M0
IIIB	T1 - T3	N2	M0
	T4	Bất kỳ N nào	M0
IV	Bất kỳ T nào	Bất kỳ N nào	M1

* Riêng với ung thư màng bụng thì được đánh giá dựa theo PCI chỉ số ung thư màng bụng (peritoneal cancer index PCI):

- Giai đoạn 1 – PCI 1-10
- Giai đoạn 2 – PCI 11-20
- Giai đoạn 3 – PCI 21-30
- Giai đoạn 4 – PCI 31-39

Handwritten signature

Handwritten signature

7. Bệnh kết hợp

Ung thư phổi, bệnh bụi phổi amiăng.

8. Chẩn đoán phân biệt

- Các ung thư nguyên phát ở các cơ quan, bộ phận khác di căn màng phổi, màng tim, màng bụng

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

- Chỉ định khám chuyên khoa Hô hấp và/hoặc Ung bướu. Chỉ định khám các chuyên khoa khác tùy thuộc vào vị trí của ung thư trung biểu mô;

- Cận lâm sàng: Theo chỉ định của giám định viên chuyên khoa.

2. Chẩn đoán xác định

- Căn cứ tiêu chí ở Mục 4, Mục 5, Phần I của Phụ lục này.

- Hội chẩn bệnh nghề nghiệp đối với trường hợp có bệnh kết hợp bụi phổi amiăng theo mẫu quy định tại Phụ lục 3 Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 15/3/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành “Mẫu hồ sơ Khám giám định y khoa”.

Lưu ý:

Hội chẩn lại tiêu bản xét nghiệm hoặc xét nghiệm từ khối nén mô bệnh học của đối tượng đang lưu giữ tại cơ sở y tế đã khám, chẩn đoán, điều trị cho đối tượng để xem xét, quyết định (nếu cần) hoặc đề nghị nhập viện sinh thiết làm kết quả giải phẫu bệnh (nếu cần).

Chẩn đoán giai đoạn. Áp dụng theo Mục 6, Phần I của Phụ lục này.

Căn cứ vào kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm khám giám định để đánh giá giai đoạn bệnh.

Trường hợp tại thời điểm khám giám định khối u đã được điều trị can thiệp, bệnh không tiến triển hoặc không còn khối u thì dựa vào hồ sơ bệnh án ngay trước khi điều trị để có căn cứ chẩn đoán xác định giai đoạn bệnh.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp dụng theo Mục 8, Phần I của Phụ lục này.

- Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do bệnh ung thư trung biểu mô nghề nghiệp gây ra thì phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn bệnh (nếu cần).

4. Bảng tỷ lệ tổn thương cơ thể

TT	Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ %
1	Giai đoạn I	61 - 65
2	Giai đoạn II	71 - 75
3	Giai đoạn III	81 - 85

4	Giai đoạn IV	91
	Bệnh kết hợp được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư này	

(*) Bộ phim mẫu phân loại quốc tế bệnh bụi phổi của Tổ chức Lao động quốc tế - ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses (ILO - RP)

Luật

Đu

Phụ lục XXXV
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, GIÁM ĐỊNH SUY GIẢM KHẢ NĂNG
LAO ĐỘNG DO BỆNH COVID-19 NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Hướng dẫn chẩn đoán

1. Định nghĩa

Bệnh COVID-19 nghề nghiệp là bệnh phát sinh trong quá trình lao động do người lao động tiếp xúc với vi rút SARS-CoV-2 có trong môi trường lao động.

2. Yếu tố gây bệnh

Vi rút SARS-CoV-2 trong môi trường lao động.

3. Nghề, công việc thường gặp và nguồn tiếp xúc

- Người làm nghề, công việc tại cơ sở y tế;
- Người làm nghề, công việc trong phòng thí nghiệm, lấy mẫu, vận chuyển mẫu, xử lý, bảo quản và tiêu hủy mẫu SARS-CoV-2;
- Người làm nghề, công việc trong khu cách ly tập trung, cách ly y tế tại nhà, cách ly y tế vùng có dịch, hỗ trợ chăm sóc người bệnh COVID-19 tại nhà;
- Người làm nghề, công việc vận chuyển, phục vụ người bệnh COVID-19;
- Người làm nghề, công việc vận chuyển, khám liệm, bảo quản, hỏa táng, mai táng thi hài người bệnh COVID-19;
- Người làm nghề, công việc phòng chống dịch, phục vụ, cứu trợ người nhiễm SARS-CoV-2 gồm:
 - + Giám sát, điều tra, xác minh dịch;
 - + Nhân viên hải quan, ngoại giao, nhân viên làm công tác xuất nhập cảnh;
 - + Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sĩ quan, binh sĩ, công chức quốc phòng, công nhân và viên chức quốc phòng;
 - + Chiến sỹ, sĩ quan thuộc lực lượng công an;
 - + Người làm nghề, công việc khác được cử tham gia phòng chống dịch COVID-19.

4. Tiêu chí tiếp xúc nghề nghiệp

4.1. Giới hạn tiếp xúc tối thiểu

Yếu tố gây bệnh được ghi nhận tại một trong các văn bản sau: xác nhận tiếp xúc nghề nghiệp với SARS-CoV-2 quy định tại Phụ lục số XXXVI ban hành kèm theo Thông tư này hoặc văn bản cử tham gia phòng chống dịch, phục vụ, cứu trợ người nhiễm SARS-CoV-2 do lãnh đạo đơn vị ký xác nhận và đóng

dầu hoặc phần đánh giá tiếp xúc nghề nghiệp trong Báo cáo kết quả quan trắc môi trường lao động.

4.2. Thời gian tiếp xúc tối thiểu: 01 lần tiếp xúc

4.3. Thời gian bảo đảm: 14 ngày

5. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán bệnh COVID-19 theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID - 19 của Bộ trưởng Bộ Y tế tại Quyết định số 2671/QĐ-BYT ngày 26 tháng 5 năm 2023.

6. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh COVID-19 không do nguyên nhân nghề nghiệp.
- Phân biệt COVID-19 với các bệnh viêm đường hô hấp cấp do các tác nhân hay gặp khác (vi rút cúm mùa, vi rút á cúm, vi rút hợp bào hô hấp, rhinovirus, myxovirus, adenovirus, hội chứng cảm cúm do các chủng coronavirus thông thường, các vi khuẩn, cúm gia cầm A/H5N1, A/H7N9, SARS-CoV-1, MERS-CoV...).
- Chẩn đoán phân biệt các tình trạng nặng của người bệnh (suy hô hấp, suy chức năng các cơ quan...) và các di chứng do các căn nguyên khác hoặc do tình trạng nặng của bệnh lý mạn tính kèm theo.

7. Một số di chứng chính sau khỏi bệnh COVID 19

- Toàn thân: các triệu chứng kéo dài như mệt mỏi (ICD-10: R53), đau khớp (ICD-10: M25.5), đau cơ (ICD-10: M79.1), rối loạn vị giác (ICD-10: R43.1), rối loạn khứu giác (ICD-10: R43.2), rụng tóc (ICD-10: L65).
- Hô hấp: viêm phổi (ICD-10: J12), viêm phổi kẽ (ICD-10: J84), thuyên tắc mạch phổi là các tổn thương xơ phổi (ICD-10: I26), giãn phế nang, xẹp phổi, suy giảm chức năng hô hấp (ICD-10: R06.8).
- Tim mạch: rối loạn nhịp tim (ICD-10: I49.9), viêm cơ tim (ICD-10: I41.1), nhồi máu mạch vành (ICD-10: I21), xơ cơ tim (ICD-10: I42.3), đau ngực (ICD-10: I20.9), tăng huyết áp (ICD-10: I15.8).
- Thần kinh:
 - Liệt vận động (ICD-10: G83.9).
 - Liệt thần kinh sọ não (ICD-10: T90.3).
 - Động kinh (ICD-10: G40).
 - Hội chứng Guillain Barré khởi phát muộn (ICD-10: G61.0).
 - Viêm não-tủy tự miễn sau nhiễm Covid-19 (ICD-10: B94.1)
- Tâm thần:
 - Ảo giác thực tồn (ICD-10: F06.0)
 - Rối loạn căng trương lực thực tồn (ICD-10: F06.1)

- Rối loạn hoang tưởng thực tổn (giống tâm thần phân liệt) (ICD-10: F06.2)
- Rối loạn hưng cảm thực tổn (ICD-10: F06.30)
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực thực tổn (ICD-10: F06.31)
- Rối loạn trầm cảm thực tổn (ICD-10: F06.32)
- Rối loạn cảm xúc hỗn hợp thực tổn (ICD-10: F06.33)
- Rối loạn lo âu thực tổn (ICD-10: F06.4)
- Rối loạn cảm xúc không ổn định (suy nhược thực tổn) (ICD-10: F06.6)
- Rối loạn nhận thức nhẹ (ICD-10: F06.7)

8. Thời gian khám xác định di chứng: sau 6 tháng kể từ khi mắc COVID-19.

II. Hướng dẫn giám định

1. Chỉ định giám định chuyên khoa

Khám một hoặc các chuyên khoa truyền nhiễm, hô hấp và các chuyên khoa khác nếu cần.

Không chỉ định giám định các triệu chứng, dấu hiệu di chứng toàn thân quy định tại Mục 7, Phần I của Phụ lục này.

- Cận lâm sàng
- + Chỉ định cận lâm sàng bắt buộc: chụp X-quang phổi và/hoặc CT- scanner lồng ngực; đo chức năng hô hấp.
- + Chỉ định cận lâm sàng khác: theo chỉ định của giám định viên chuyên khoa.

- Hội chẩn bệnh nghề nghiệp khi có tổn thương, di chứng của bệnh COVID-19 nghề nghiệp ở 02 (hai) cơ quan, bộ phận trở lên theo mẫu quy định tại Phụ lục 3 Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 15/3/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành “Mẫu hồ sơ Khám giám định y khoa”.

2. Chẩn đoán xác định

Có căn cứ thể hiện việc tiếp xúc với vi rút SARS-CoV-2 trong môi trường lao động và đủ tiêu chí chẩn đoán xác định bệnh COVID-19 quy định tại Quyết định số 2671/QĐ-BYT ngày 26 tháng 5 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID -19”.

3. Chẩn đoán phân biệt

Trường hợp khó chẩn đoán tổn thương ở các cơ quan, bộ phận do nguyên nhân bệnh COVID-19 nghề nghiệp gây ra phải căn cứ hồ sơ quản lý sức khỏe người lao động (bao gồm cả hồ sơ bệnh nghề nghiệp) và các giấy tờ chẩn đoán, điều trị khác (nếu có), hội chẩn chuyên khoa (nếu cần).

Chau Z

Chau

4. Xác định tỷ lệ tổn thương cơ thể

Tổn thương cơ thể	Tỷ lệ (%)
Khỏi bệnh COVID-19 nhưng để lại di chứng	Áp dụng tỷ lệ tổn thương cơ thể do di chứng của bệnh COVID-19 ở các cơ quan, bộ phận tương ứng quy định tại Bảng 2 ban hành kèm Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH được sửa đổi bổ sung tại Thông tư liên tịch số 21/2014/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 12/6/2014.

Handwritten signature

Handwritten signature

Phụ lục XXXVI
BIÊN BẢN XÁC ĐỊNH TIẾP XÚC NGHỀ NGHIỆP VỚI
VI RÚT SARS-COV-2

(Ban hành kèm theo Thông tư số/2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BIÊN BẢN
XÁC ĐỊNH TIẾP XÚC NGHỀ NGHIỆP VỚI VI RÚT SARS-COV-2

Họ và tên: Tuổi: Giới tính:
Nghề nghiệp:
Nơi công tác:

1. Hoàn cảnh lây nhiễm vi rút SARS-CoV-2, thông tin về nguồn gây bệnh trong quá trình lao động: (mô tả chi tiết)
.....
.....

2. Có tiếp xúc hoặc lây nhiễm vi rút SARS-CoV-2 từ người trong gia đình, bạn bè, người thân hoặc những người không trong quá trình lao động:
Có ☐ Không ☐

Nếu có: nêu cụ thể hoàn cảnh, thời gian
.....
.....

3. Kết quả xét nghiệm dương tính với vi rút SARS-CoV-2 lần đầu:
ngày... tháng năm

4. Tình trạng sức khỏe sau khi mắc bệnh COVID-19:
.....
.....

Người lao động
(Ký tên, ghi rõ họ tên)

....., ngày...thángnăm 202...
Thủ trưởng đơn vị hoặc lãnh đạo
đơn vị cử tham gia chống dịch
(Ký tên, đóng dấu, ghi rõ họ tên)





Phụ lục XXXVII
BIÊN BẢN HỘI CHẨN BỆNH NGHỀ NGHIỆP
(Ban hành kèm theo Thông tư số/2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CƠ QUAN CHỦ QUẢN
TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BIÊN BẢN HỘI CHẨN BỆNH NGHỀ NGHIỆP

1. Thành phần hội đồng hội chẩn (*)

- Chủ tịch hội đồng: Họ tên: _____ Chức vụ: _____
- Thư ký hội đồng: Họ tên: _____ Chức vụ: _____
- _____

(*) Bác sỹ hội chẩn phim X-quang bệnh bụi phổi phải có giấy chứng nhận/chứng chỉ đào tạo về đọc phim về bệnh bụi phổi.

2. Thời gian hội chẩn

3. Thông tin về bệnh nhân cần hội chẩn

Họ và tên: _____ Năm sinh: _____ Nam/Nữ

Nghề/công việc _____ Thời gian làm nghề/công việc:.....tháng

Tiếp xúc với yếu tố có hại trong quá trình lao động: _____

Phân xưởng/vị trí lao động: _____

Tên đơn vị: _____

Tỉnh/Thành phố: _____

4. Tóm tắt bệnh nghề nghiệp

4.1. Lâm sàng

4.2. Cận lâm sàng

5. Kết luận của hội chẩn

Thư ký hội đồng
(Ký, ghi rõ họ tên)

_____, ngày ____ tháng ____ năm ____
Chủ tịch Hội đồng
(Ký, đóng dấu, ghi rõ họ tên)



