

Số: 167/1997/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 04 tháng 2 năm 1997

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành bổ sung 5 bệnh nghề nghiệp vào danh mục các loại bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Điều 106 của Bộ Luật Lao động về việc ban hành Danh mục các loại bệnh nghề nghiệp;

Căn cứ Nghị định số 68/CP ngày 11/10/1993 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của tổ chức bộ máy Bộ Y tế;

Căn cứ Công văn số 334/LĐT BXH-BHLĐ ngày 29 tháng 01 năm 1997 của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội uỷ nhiệm cho Bộ Y tế ký quyết định bổ sung 5 bệnh nghề nghiệp vào Danh mục các loại bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm năm 1997;

Sau khi có ý kiến thoả thuận của Tổng liên đoàn Lao động Việt Nam tại Công văn số 1592/TLĐ ngày 31 tháng 12 năm 1996;

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1.- Ban hành bổ sung 5 bệnh nghề nghiệp vào Danh mục các loại bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm (có phụ lục kèm theo).

1. Bệnh nhiễm độc Asen và các hợp chất Asen nghề nghiệp (Phụ lục 1).
2. Bệnh nhiễm độc Nicotin nghề nghiệp (Phụ lục 2)
3. Bệnh nhiễm độc hoá chất trừ sâu nghề nghiệp (Phụ lục 3).
4. Bệnh giảm áp nghề nghiệp (Phụ lục 4).
5. Bệnh viêm phế quản mạn tính nghề nghiệp (Phụ lục 5)

Điều 2.- Người lao động đã được giám định là bị bệnh quy định tại Điều 1 của Quyết định này được hưởng các chế độ quy định tại Bộ Luật Lao động và các văn bản hướng dẫn thi hành Bộ Luật này.

Điều 3.- Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4.- Các ông Chánh Văn phòng, Vụ trưởng Vụ Vệ sinh Phòng dịch và các Vụ thuộc cơ quan Bộ Y tế, thủ trưởng các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, thủ trưởng y tế ngành, thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thực hiện Quyết định này.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

(Đã ký)

Nguyễn Văn Thương

PHỤ LỤC 1

BỆNH NHIỄM ĐỘC ASENI VÀ HỢP CHẤT ASENI NGHỀ NGHIỆP (Ban hành kèm theo Quyết định số 167 ngày 4/2/1997)

I. CÁC NGHỀ VÀ CÔNG VIỆC CHÍNH CÓ THỂ GÂY BỆNH

Mọi công việc phải tiếp xúc hay thở hít bụi, hơi Asen và các hợp chất có chứa Asen.

- Xử lý quặng Asen.
- Sản xuất sử dụng hoá chất trừ sâu có Asen.
- Xử lý quặng trong luyện kim màu có Asen.
- Sử dụng các hợp chất Asen và chất vô cơ trong xử lý da, sản xuất thuỷ tinh, điện tử...

II. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN:

1. Đối tượng chẩn đoán:

Đối tượng chẩn đoán là người lao động làm việc trong môi trường có hơi, bụi Asen hay các hợp chất vô cơ của Asen.

2. Thời gian tiếp xúc:

Được xác định theo nồng độ tiếp xúc và thể bệnh.

- . Thể bệnh cấp tính: thường thời gian tiếp xúc ngắn với nồng độ cao.
- . Thể bệnh mạn tính: với nồng độ thấp hơn tiêu chuẩn cho phép nhưng thời gian tiếp xúc dài cũng có thể bị bệnh.

3. Dấu hiệu cận lâm sàng:

Lượng Asen niệu: Lượng Asen trong nước tiểu phải lớn hơn hoặc bằng 100 g/l (hay g creatinin) (cần lấy nước tiểu 24 giờ).

Ăn cá và thực phẩm biển làm tăng cao lượng Asen niệu. Do đó, đối tượng chẩn đoán phải tránh ăn các loại thực phẩm biển ít nhất là trong 2 ngày trước khi lấy nước tiểu định lượng Asen.

4. Dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng:

4.1. Nhiễm độc cấp tính:

- Nôn, tiêu chảy.
- Đau bụng dữ dội
- Đái ít
- Thân nhiệt và huyết áp giảm
- Chuột rút và co giật.

Đối với nhiễm độc cấp tính do AsH₃, có các biểu hiện bệnh sau đây:

- Đái ra huyết sắc tố

- Vàng do tiêu huyết
- Viêm thận tăng đạm huyết
- Nhiễm độc thần kinh trung ương (hôn mê)

4.2. Nhiễm độc mạn tính:

. Các triệu chứng đầu tiên: khó chịu, đau bụng, các cơn ngứa, đau các khớp, suy nhược.

. Các dấu hiệu: Tiêu chảy hoặc táo, ban đỏ, hốc hác, phù mí mắt dưới. Niêm mạc tổn thương, viêm lợi, viêm họng, viêm đường hô hấp trên (chảy nước mũi, khàn giọng, ho...), viêm màng kết hợp.

. Các triệu chứng thần kinh: Cảm giác tê cứng, bỏng da, kiến bò hoặc ngứa kèm theo run, co giật cơ, teo cơ, liệt chi. Viêm nhiều dây thần kinh là biểu hiện chủ yếu.

. Tổn thương da, niêm mạc: Viêm, loét, loạn sừng lòng bàn tay, bàn chân.

. Sạm da, rụng lông tóc.

. Suy gan

. Viêm, suy thận

4.3. Ung thư:: Ung thư da, phổi, xương sàng, mụn cơm ác tính.

III. HƯỚNG DẪN GIÁM ĐỊNH

Tổn thương - Di chứng sau điều trị	Thời gian bảo đảm	Tỷ lệ % mất khả năng lao động	Ghi chú
I. Asen và các hợp chất hữu cơ của Asen			
1. Tổn thương da, niêm mạc:			
a. Viêm da tiếp xúc gây loét trường diễn	1 tháng	5-10	Điều trị trên 3 lần vẫn tái phát
Nếu có nhiều ổ loét (trên 3mm và trên 5 ổ loét)		11-15	
b. Loét da đã điều trị khỏi sẹo ổn định	-nt-	1-5	
c. Thủng vách ngăn mũi	-nt-	11-15	
d. Viêm kết mạc, viêm bờ mi mãn tính	-nt-	11-15	

Viêm giác mạc để lại sẹo có ảnh hưởng đến thị lực			Đánh giá theo bảng thị lực trung tâm (Bảng 1)
e. Sạm da (tuỳ vùng và diện tích):	3 tháng		
- Dưới 50% diện tích vùng mặt, cổ		11-15	
- Trên 50% diện tích vùng mặt, cổ		16-20	
- Dưới 50% diện tích vùng tay, chân		6-10	
- Trên 50% diện tích vùng tay chân		11-15	
g. Loạn sừng lòng bàn tay, bàn chân	-nt-	5-10	
2. Tổn thương thần kinh cơ	6 tháng		
a. Viêm da thần kinh cơ ảnh hưởng vận động			
- Mức độ nhẹ (ít ảnh hưởng vận động).		21-25	
- Mức độ trung bình (vận động có khó khăn)		26-31	³ 2 chi=31%
- Mức độ nặng (vận động rất khó khăn).		31-40	³ 2 chi=41%
b. Liệt mềm, teo cơ:	6 tháng		
* Với các chi:			
. Mức độ nhẹ (hạn chế lao động).		21-25	
. Mức độ trung bình (lao động khó khăn)		35-40	2 chi=41%
. Mức độ nặng (mất khả năng lao động)		61-65	
* Liệt mềm teo cơ, không ở các chi		16-20	
c. Di chứng tổn thương thần kinh trung			Xếp loại ương theo di chứng VII nhóm bệnh thần kinh của tiêu chuẩn phân loại MSLĐ (Bảng 2)
3. Ung thư các dạng do Asen:	30 năm		
- Ung thư biểu mô da nguyên phát.		61-65	

- Sarcome gan		81-95	
- Ung thư phổi nguyên phát		81-95	
II. Asen hydro hay Arsin (AsH ₃)	30 ngày		
1. Vàng da tiêu huyết sau nhiễm độc cấp			
a. Hồng cầu Ê 3 T. HST Ê 11 g%		31-35	
b. Hồng cầu Ê 2,5 T. HST Ê 10 g%		41-45	Xếp tạm thời sau 1 năm giám định lại.
2. Suy gan			
a. Chức năng biến loạn ít (Xét nghiệm sau điều trị)		31-35	
b. Chức năng gan biến loạn nhiều		41-45	Xếp tạm thời sau 1 năm giám định lại.
3. Viêm thận tăng đạm huyết	60 ngày		
a. Ure huyết Ê 0,6 g/l		31-35	
b. Ure huyết thường xuyên từ 0,6 - 1 g/l		41-45	
c. Ure huyết thường xuyên ³ 1 g/l		51-55	
4. Suy thận mãn không hồi phục: (phù cổ trướng, HC < 2 triệu, Ure huyết > 1,5 g/l Creatinin > 100 mmol/l)		61-70	
Nếu có tai biến nghiêm trọng như liệt, mù mắt		81-85	

Ghi chú:

. Khi bị nhiễm độc Asen và các hợp chất Asen cấp tính phải được cấp cứu và điều trị cho đến khi ổn định, nếu để lại di chứng mới đưa ra Hội đồng giám định y khoa (GDYK) để giám định.

. Khi bệnh tái phát cũng phải được điều trị ổn định sau đó mới giám định lại.

. Những đối tượng có các bệnh đã quy định ở trên (được xác định trong hồ sơ khám tuyến) không được giám định y khoa để xác định bệnh nghề nghiệp.

PHỤ LỤC 2

BỆNH NHIỄM ĐỘC NICOTIN NGHỀ NGHIỆP (Ban hành kèm theo Quyết định số 167 ngày 4/2/1997)

I. CÁC NGHỀ VÀ CÔNG VIỆC CHÍNH CÓ THỂ GÂY BỆNH

Mọi công việc phải tiếp xúc hay thở hít bụi thuốc lá, nicotin như:

- . Các công việc trong quá trình sản xuất thuốc lá: tước cọng, sấy, sàng, tẩm nguyên liệu, thái sợi, cuộn điếu, đóng bao...
- . Các công việc thu hoạch lá thuốc, đóng kiện, vận chuyển...

II. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN:

1. Đối tượng chẩn đoán: đối tượng chẩn đoán là người lao động làm việc trong môi trường có bụi thuốc lá, nicotin.

2. Thời gian tiếp xúc:

Được xác định theo nồng độ tiếp xúc và thể bệnh

- . Thể bệnh cấp tính: thường thời gian tiếp xúc ngắn với nồng độ cao.
- . Thể bệnh mạn tính: với nồng độ thấp hơn tiêu chuẩn cho phép nhưng thời gian tiếp xúc dài cũng có thể bị bệnh.

3. Dấu hiệu cận lâm sàng:

Lượng Nicotin niệu

- Đối với người không hút thuốc lá: lượng nicotin niệu là trên 0,3 mg/l.
- Đối với người hút thuốc lá: lượng nicotin niệu là trên 1,2 mg/l.

4. Dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng:

4.1. Nhiễm độc cấp tính:

- 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.

4.2. Nhiễm độc mạn tính:

- Niêm mạc: có hiện tượng kích thích, niêm mạc mũi họng khô, viêm miệng, viêm kết mạc (chảy nước mắt, nhức mắt, giảm thị lực).
- Da, móng: viêm da dị ứng, móng tay mỏng, dễ gãy.
- Tim mạch: cơn đau tim, thay đổi nhịp tim, nhịp ngoại tâm thu, biến đổi huyết áp.

- Thần kinh: nhức đầu, kém ngủ, trí nhớ giảm sút, dễ quên, thính lực và thị lực giảm sút, run.

- Tiêu hoá: buồn nôn, ăn không ngon miệng, khó tiêu, tiêu chảy, ợ chua, đau thượng vị.

- Hô hấp: viêm phế quản mạn, giãn phế nang, giảm thông khí phổi..

III. HƯỚNG DẪN GIÁM ĐỊNH

Tổn thương - Di chứng sau điều trị	Thời gian bảo đảm	Tỷ lệ % mất khả năng lao động	Ghi chú
1. Da niêm mạc	3 tháng		
a. Viêm kết mạc mạn tính		5-10	
b. Viêm da, chỗ da hở mạn tính do dị ứng:			
- Diện tích bị viêm $\geq 20\%$ của bộ phận (tay chân, mặt, cổ...)		21-25	
- Diện tích bị viêm $\hat{E} 20\%$		10-20	
2. Rối loạn chức năng bộ máy tuần hoàn	3 tháng		
a. Huyết áp giảm (huyết áp tâm thu $\hat{E} 90$ mmHg; huyết áp tâm trương $\hat{E} 60$ mmHg)		16-20	Bảng 3
b. HA tăng $> 160/90$ mmHg, giai đoạn 1-2		16-20	-nt-
c. Loạn nhịp ngoại tâm thu			
- Thưa ≥ 12 nhịp/phút		10-15	
- Nhanh (phải sử dụng thuốc chống loạn nhịp thường xuyên)		25-30	
d. Nhịp chậm (dưới 55 lần/phút)		21-25	
- Có Bloc nhĩ thất cấp 3 nhưng không ngắt		35-40	
- Có Bloc nhĩ thất cấp 3, có ngắt, điều trị có kết quả.		45-50	
- Có Bloc nhĩ thất cấp 3, có ngắt, điều trị không có kết quả.		61-70	Xếp loại tạm thời, sau 1 năm giám định lại
e. Các tổn thương động mạch vành, cơ tim		35-40	

3. Hội chứng suy nhược thần kinh	3 tháng	25-30	
(Đau đầu, mệt mỏi, khó ngủ, giảm trí nhớ phải điều trị kéo dài trên một năm)			

Ghi chú:

- . Khi bị nhiễm độc nicotin cấp tính phải được cấp cứu và điều trị cho đến khi ổn định, nếu để lại di chứng mới đưa ra Hội đồng GDYK để giám định.
- . Khi bệnh tái phát cũng phải được điều trị ổn định sau đó mới giám định lại.
- . Những đối tượng có các bệnh đã quy định ở trên (được xác định trong hồ sơ khám tuyển) không được giám định y khoa để xác định bệnh nghề nghiệp.

PHỤ LỤC 3

BỆNH NHIỄM ĐỘC HOÁ CHẤT TRỪ SÂU NGHỀ NGHIỆP

(lân hữu cơ, clo hữu cơ, cacbamat)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 167 ngày 4/2/1997)

I. CÁC NGHỀ VÀ CÔNG VIỆC CHÍNH CÓ THỂ GÂY BỆNH

Mọi công việc phải tiếp xúc với hoá chất trừ sâu:

- Sản xuất công nghiệp.
- Đóng gói
- Vận chuyển
- Lưu kho bảo quản
- Pha, trộn, phun, rắc, xông hơi...

II. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN

1. Đối tượng chẩn đoán:

Đối tượng chẩn đoán là người lao động phải tiếp xúc với hoá chất trừ sâu.

2. Thời gian tiếp xúc:

Được xác định theo nồng độ tiếp xúc và thể bệnh

. Thể bệnh cấp tính: thường thời gian tiếp xúc ngắn với nồng độ cao

. Thể bệnh mạn tính: với nồng độ thấp hơn tiêu chuẩn cho phép nhưng thời gian tiếp xúc dài cũng có thể bị bệnh.

3. Dấu hiệu cận lâm sàng:

Lượng hoạt tính men Acetylcholinesteraza (AChE): Lượng hoạt tính men AChE giảm trên 25% so với lượng AChE trước khi tiếp xúc hay so với hằng số hoạt tính men AChE ở người bình thường.

4. Dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng:

4.1. Nhiễm độc cấp tính:

- Nôn, đau bụng
- Đổ mồ hôi, chảy nước mắt nước mũi, ứa nước bọt...
- Co đồng tử
- Phù phổi
- Co giật và co cứng cơ
- Liệt, hôn mê.

4.2. Nhiễm độc mạn tính:

- Nhức đầu, choáng váng
- Mệt mỏi

- Ngủ kém
- Ăn không ngon
- Run tay
- Giật nhãn cầu
- Liệt nhẹ
- Biểu hiện da: sản ngứa, chàm...
- Rối loạn thần kinh thực vật.

III. HƯỚNG DẪN GIÁM ĐỊNH

Tổn thương - Di chứng sau điều trị	Thời gian bảo đảm	Tỷ lệ % mất khả năng lao động	Ghi chú
1. Da: Viêm da, chàm tiếp xúc	30 ngày	5-10	
2. Di chứng thần kinh	90 ngày		
a. Rung giật nhãn cầu có ảnh hưởng sức nhìn.			
- Một mắt		5-10	
- Hai mắt		11-15	
b. Rung cơ cục bộ		5-10	
c. Liệt cơ (tuỳ nhóm cơ bị liệt, ở một hay nhiều chi, ở vùng nào của cơ thể và mức độ liệt)			
- Mức độ nhẹ (hạn chế lao động)		21-25	
- Mức độ trung bình (lao động có khó khăn)		35-40	
- Mức độ nặng (liệt toàn bộ một chi, mất khả năng lao động)		61-65	
d. Hội chứng suy nhược thần kinh, rối loạn thần kinh thực vật.	9 ngày	25-30	
3. Nhiễm độc mãn tính hoá chất trừ sâu Clo hữu cơ	180 ngày		

a. Suy gan, chức năng gan giảm, kéo dài hàng tháng			
- Mức độ nhẹ		31-35	
- Mức độ vừa, nặng		45-58	
- Nếu tiến triển thành xơ gan cổ chướng		61-70	
b. Viêm thận mãn tính tăng đạm huyết sau			Xác định tổn thương ống thận tỷ lệ mất sức lao động theo lượng Ure huyết tương, tương tự nhiễm độc AsH ₃
c. Thiếu máu bất sản tuỷ (Sau nhiễm độc Chlordan và Lindan)			
- HC Ê 3 triệu, HST Ê 11 g%		31-35	
- HC Ê 2,5 triệu, HST Ê 10 g%		41-45	
- HC Ê 2 triệu, HST Ê 8 g%		61-65	

Ghi chú:

. Khi bị nhiễm độc hoá chất trừ sâu cấp tính phải được cấp cứu và điều trị cho đến khi ổn định, nếu để lại di chứng mới đưa ra Hội đồng GDYKK để giám định.

. Khi bệnh tái phát cũng phải được điều trị ổn định sau đó mới giám định lại.

. Những đối tượng có các bệnh đã quy định ở trên (được xác định trong hồ sơ khám tuyến) không được giám định y khoa để xác định bệnh nghề nghiệp.

PHỤ LỤC 4

BỆNH GIẢM ÁP NGHỀ NGHIỆP

(Ban hành kèm theo Quyết định số 167 ngày 4/2/1997)

I. CÁC NGHỀ VÀ CÔNG VIỆC CHÍNH CÓ THỂ GÂY BỆNH

Mọi công việc thực hiện trong điều kiện áp suất cao hơn áp suất không khí: thợ lặn, làm việc trong hầm chìm...

II. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN:

1. Đối tượng chẩn đoán:

Đối tượng chẩn đoán là người lao động làm việc trong điều kiện áp suất cao hay không khí nén (thợ lặn và thợ làm việc trong hầm chìm).

2. Thời gian tiếp xúc:

Thời gian tiếp xúc thay đổi theo thể bệnh: cấp tính hay mạn tính.

. Thời gian xuất hiện thể bệnh cấp tính có thể ngay sau khi giảm áp.

. Đối với thể bệnh mạn tính, thời gian tiếp xúc thường là 1 năm.

3. Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng:

3.1. Bệnh giảm áp cấp tính:

- Đau ở các chi
- Nôn, đau vùng thượng vị
- Choáng váng
- Ngứa ran và tê đầu chi
- Khó thở
- Đau đầu
- Động kinh
- Rối loạn thị giác, loá mắt hay ám điểm
- Cơ đau tin, rối loạn mạch vành, nhịp tim không đều.
- Giảm huyết áp.

3.2. Bệnh giảm áp mạn tính:

- Đau mỗi chi
- Cử động khó: cứng khớp, giới hạn ít hoặc nhiều các cử động.
- Teo cơ
- Giảm thính lực.

4. Dấu hiệu cận lâm sàng (giảm áp mạn tính)

4.1. Dấu hiệu XQ: phát hiện các biến đổi về xương:

- Loạn Canxi: mất khoáng
- Cấu trúc xương: hốc xương
- Tiêu xương
- Phản ứng màng xương (gai xương, dày xương)

Biến đổi xương gặp ở góc chi: vai, háng. Còn gặp ở đầu trên và đầu dưới xương đùi, đầu xương chày, ở đầu và thân xương cánh tay.

4.2. Đo thính lực âm: để xác định giảm thính lực

III. HƯỚNG DẪN GIÁM ĐỊNH

Tổn thương - Di chứng sau điều trị	Thời gian bảo đảm	Tỷ lệ % mất khả năng lao động	Ghi chú
1. Hội chứng tiền đình (chóng mặt, mất thăng bằng) xác định bằng nghiệm pháp mê đạo	3 tháng		
- Mức độ nhẹ		15-20	
- Mức độ vừa (hạn chế lao động)		31-35	
- Mức độ nặng (trở ngại cho lao động)		45-50	
2. Viêm tai giữa mạn tính, thủng màng nhĩ	3 tháng		
- Một tai		10-15	
- Hai tai		25-31	
3. Giảm thính lực nghề nghiệp, có hay không có rối loạn mê đạo, không tiến triển sau khi ngừng lao động trong áp suất cao, xác định bằng đo thính lực âm hoàn chỉnh 3-6 tháng sau khi ngừng lao động trong áp suất cao.	12 tháng		
- Giảm thính lực nhẹ 2 tai		15-20	
- Giảm thính lực vừa 2 tai		26-31	
- Giảm thính lực nặng 2 tai		41-51	
- Điếc hoàn toàn 2 tai		61-70	Bảng 5

4. Thiếu máu cơ tim cục bộ			
a. Con thừa, nhẹ (loại 2 theo NYHA).		35-40	Bảng 3
b. Con mau ảnh hưởng đến sinh hoạt (loại 3 theo NYHA).		51-60	-nt-
c. Tim to, suy tim, có nhồi máu cơ tim cũ.		71-80	
5. Hoại tử xương (xác định bằng XQ)	20 năm		
- Ở 1 khớp, hay 1 xương		21-30	
- Ở 1 khớp, hay 2 xương		31-40	
- Trên 2 khớp hay 2 xương		45-60	
6. Liệt các chi	3 tháng		Xếp loại theo di chứng VII nhóm bệnh TK của tiêu chuẩn phân loại MSLĐ (Bảng 2)

Ghi chú:

. Các tai biến do lao động trong áp suất cao phải được cấp cứu và điều trị cho đến khi ổn định, nếu để lại di chứng thì mới giới thiệu ra Hội đồng GDYK để giám định.

. Khi bệnh tái phát cũng phải được điều trị ổn định sau đó mới giám định lại.

. Những đối tượng có các bệnh đã quy định ở trên (được xác định trong hồ sơ khám tuyến) không được giám định y khoa để xác định bệnh nghề nghiệp.

PHỤ LỤC 5

BỆNH VIÊM PHẾ QUẢN MÃN TÍNH NGHỀ NGHIỆP (Ban hành kèm theo Quyết định số 167 ngày 4/2/1997)

I. CÁC NGHỀ VÀ CÔNG VIỆC CHÍNH CÓ THỂ GÂY BỆNH

Mọi công việc phải tiếp xúc với bụi vô cơ, hữu cơ hay một số hơi khí độc như CO, SO₂, H₂S, C₁, HCL v.v...

II. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN:

1. Đối tượng chẩn đoán

Đối tượng chẩn đoán là người lao động phải tiếp xúc với các loại bụi hoặc một số hơi khí độc như SO₂, H₂S v.v...

2. Thời gian tiếp xúc: Thời gian tiếp xúc được quy định là 3 năm.

3. Dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng:

Ho và khạc đờm trên 2 tháng trong một năm và liên tục trên 2 năm.

4. Dấu hiệu cận lâm sàng:

Đo chức năng hô hấp: thể tích thở ra tối đa/giây (FEV₁) giảm sút.

III. HƯỚNG DẪN GIÁM ĐỊNH

Tổn thương - Di chứng sau điều trị	Thời gian bảo đảm	Tỷ lệ % mất khả năng lao động	Ghi chú
1. Viêm phế quản mạn tính thể thông thường chưa ảnh hưởng đến tim	12 tháng		
FEV ₁ giảm sút không hồi phục:			
- Độ I		15-20	
- Độ II		21-30	
- Độ III		31-40	
2. Viêm phế quản mạn tính thể dị ứng, co thắt	12 tháng		
FEV ₁ giảm sút không hồi phục			
- Độ I		31-35	
- Độ II		41-45	
- Độ III		51-55	

3. Viêm phế quản mạn tính đã suy hô hấp, suy tim (thể tâm phế mạn)			
- Giai đoạn I		41-50	
- Giai đoạn II		51-60	
- Giai đoạn III		61-75	
- Giai đoạn VI		81-90	

Ghi chú:

Những đối tượng được đưa ra giám định bệnh viêm phế quản mạn tính nghề nghiệp phải có kết quả đo chức năng hô hấp ở giới hạn sinh lý bình thường tối thiểu trước đó 3 năm.

BẢNG 1**BẢNG TỶ LỆ % MẤT KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG DO GIẢM THỊ LỰC VÌ CHÂN THƯƠNG CƠ QUAN THỊ GIÁC**

Thị lực	9/10 8/10	7/10 6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	Dưới 1/20	ST (-)
9/10 8/10	0	5	8	11	14	17	21 20	25	31 30	41
7/10 6/10	5	8	11	14	17	21 20	25	31 30	35	45
5/10	8	11	14	17	21 20	25	31 30	35	41 40	51 50
4/10	11	14	17	21 20	25	31 30	35	41 40	45	55
3/10	14	17	21 20	25	31 30	35	41 40	45	51 50	61
2/10	17	21 20	25	31 30	35	41 40	45	51 50	55	65
1/10	21 20	25	31 30	35	41 40	45	51 50	55	61 60	71 70
1/20	25	31 30	35	41 40	45	51 50	55	61 60	71 70	81
Dưới 1/20	31 30	35	41 40	45	51 50	55	61 60	71 70	81 80	85
ST (-)	41	45	51 50	55	61	65	71 70	81	85	91

BẢNG 2**VI NHÓM BỆNH THẦN KINH**

TT	Tên bệnh - Loại bệnh	Tỷ lệ % mất sức lao động
(1)	(2)	(3)
1	Di chứng liệt nửa người hoặc hai chân (bất kỳ nguyên nhân gì) đơn thuần	
	a. Di chứng liệt nửa người:	
	- Mức độ nhẹ: đi lại vận động gần như bình thường	41-45
	- Mức độ trung bình: đi lại vận động có khó khăn	
	Nếu không rối loạn cơ tròn	55-60
	Nếu có rối loạn cơ tròn	65-70
	- Mức độ nặng: không đi lại vận động được (không rối loạn cơ tròn hoặc có rối loạn cơ tròn)	81-85
	b. Di chứng liệt hai chân:	
	- Mức độ nhẹ chưa có rối loạn cơ tròn	50-55
	- Mức độ vừa: đi lại vận động khó, có hoặc không có rối loạn cơ tròn	65-70
	- Mức độ nặng	81-85
2	Di chứng liệt một chân hoặc tay	
	- Mức độ nhẹ	30-35
	- Mức độ trung bình	35-40
	- Mức độ nặng	55-60
3	Di chứng tổn thương 1 hay nhiều dây thần kinh vận động hay cảm giác do viêm hay do đau	
	- Mức độ nhẹ	25-30
	- Mức độ trung bình	35-40
	- Mức độ nặng	41-45
4	Hội chứng tiểu não	
	- Mức độ nhẹ	25-30

	- Mức độ trung bình	55-60
	- Mức độ nặng	61-65
	- Mức độ rất nặng	81-85
5	Hội chứng Parkinson	
	. Mức độ nhẹ: còn làm việc được	41-45
	. Mức độ trung bình: không làm được việc, còn tự phục vụ	61-65
	. Mức độ nặng: không tự phục vụ được	81-85
6	Xơ cứng cột bên, teo cơ:	
	. Mức độ nhẹ	41-45
	. Mức độ trung bình	61-65
	. Mức độ nặng	81
7	Các bệnh và các hội chứng khác của hệ thần kinh trung ương	
	* Hội chứng Migren	
	. Năm xảy ra 1 - 2 lần	10-15
	. Tháng xảy ra 1 - 2 lần	21-25
	. Xảy ra hàng tuần ảnh hưởng đến công việc	31-35
	* Động kinh cục bộ	
	. Tỉnh thoảng mới bị	20-25
	. Tháng 1 - 2 lần	21-25
	. Xảy ra thường xuyên	35-40
	* Động kinh toàn thể	
	. Con hiếm	25-30
	. Con thưa	35-40
	. Con mau	61-65
	. Nếu có sa sút trí tuệ	81-85
	* Trạng thái tương đương động kinh hoặc vắng tinh thần	
	. Năm xảy ra 1 - 3 cơn	10-15
	. Tháng 1 - 2 cơn	25-30
	. Xảy ra hàng tuần	35-40

	. Xảy ra hàng ngày	45-50
	* Động kinh tâm thần	
	. Mức độ nhẹ	40-45
	. Mức độ trung bình	50-55
	. Mức độ nặng	70-75
	* Ra mồ hôi chân tay	
	. Ảnh hưởng ít đến sinh hoạt và lao động	21-25
	. Ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt và lao động	30-35

BẢNG 3

PHÂN LOẠI TIM MẠCH THEO NYHA

(new york heart association)

(Hiện đang được Tổ chức Y tế thế giới áp dụng)

Loại I: Không có triệu chứng (khó thở, đau ngực, trớ ngực) lúc nghỉ ngơi hoặc gắng sức.

Loại II: Không có triệu chứng (như trên) lúc nghỉ ngơi nhưng xuất hiện triệu chứng khi làm công việc thường nhật.

Loại III: Không có triệu chứng lúc nghỉ ngơi nhưng triệu chứng xuất hiện khi làm một công việc nhẹ hơn thường nhật.

Loại IV: Các triệu chứng xuất hiện cả lúc nghỉ ngơi và chỉ có thể hoạt động rất nhẹ.

BẢNG 4

PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

(Theo Tổ chức Y tế thế giới)

I. PHÂN LOẠI

Giai đoạn I:

Bệnh nhân không có dấu hiệu khách quan về tổn thương thực thể nào (xem dưới).

Giai đoạn II:

Bệnh nhân có ít nhất một trong các dấu hiệu thực tổn sau đây:

- + Dày thất trái thấy được khi khám lâm sàng hay điện quang, điện tâm đồ, siêu âm tâm đồ v.v...
- + Hẹp các động mạch võng mạc lan rộng hay khu trú.
- + Protein niệu và/hoặc Creatinin huyết tương tăng nhẹ.

Giai đoạn III:

Bệnh tăng huyết áp đã gây ra những tổn thương ở các cơ quan khác nhau, thể hiện bởi các triệu chứng cơ năng và dấu hiệu thực thể sau đây:

- + Ở tim: suy thất trái.
- + Ở não: suất huyết não, tiểu não hay thân não, bệnh não do tăng huyết áp (Cecaphalopathic hypertensive)
- + Ở đáy mắt: xuất huyết võng mạc và xuất tiết, có thể có hay không có phù gai thị. Các dấu hiệu này đặc trưng cho giai đoạn ác tính tiến triển nhanh.

Ngoài ra trong tăng huyết áp giai đoạn III, còn hay có những biểu hiện khác nhưng không rõ nét là những hậu quả trực tiếp của tăng huyết áp bằng các biểu hiện trên, đó là:

- + Ở tim: cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim.

+ Ở não: huyết khối động mạch trong sọ

+ Ở các mạch máu: phình mạch tách (anevrisme dissequant) viêm tắc động mạch.

+ Ở thận: suy thận.

II. PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ

NẶNG NHẸ CỦA CON SỐ TĂNG HUYẾT ÁP (THA)

(Đo 3 lần cách nhau 2 tuần)

Phân loại	Huyết áp tâm thu (mm Hg)	Huyết áp tâm trương (mm Hg)
1. THA giới hạn	140 - 159	90 - 94
2. THA nhẹ	160 - 189	95 - 104
3. THA vừa	190 - 219	105 - 114
4. THA nặng	220 trở lên	115 trở lên