

trong nối LQ bằng phương pháp vòng nhẫn do ống silicon quá ngắn tạo thành vòng nhỏ tì vào lỗ lệ, kéo hai lỗ lệ vào gần nhau gây rách lỗ lệ hoặc rách dọc LQ.

3.3.4. Sẹo mi co kéo lật điểm lệ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 BN ghi nhận biến chứng sẹo xấu gây lật mi, lỗ lệ đồng thời với tuột ống sớm (chiếm 3,2%), Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Gia Hồng Vân (2019) với 9,38% [2]. Tuy nhiên, kết quả này cao hơn các nghiên cứu ngoài nước của Lin C.H. (2019), Hakak B. (2022), Corak E.F. (2024) khi biến chứng này hầu như không xuất hiện [10].

IV. KẾT LUẬN

Phương pháp sử dụng ống Mini - Monoka trong phẫu thuật điều trị đứt lệ quản mang lại tỉ lệ thành công cao cả về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Tỉ lệ thành công chung được đánh giá tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật là 88,57%. Trong đó, thành công về giải phẫu đạt 94,29%, thành công về chức năng đạt 83,9% và thành công về thẩm mỹ đạt 93,5%. Sử dụng ống Mini - Monoka trong phẫu thuật nối lệ quản có nhiều ưu điểm: không bị lạc đường, không gây tổn thương lệ quản lành cùng bên, giảm tỉ lệ mất ống sớm, giảm biến chứng tổn thương kết giác mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lý, M. Đức.** (2023). Đánh giá kết quả phẫu thuật nối lệ quản đứt do chấn thương kết hợp đặt ống silicone tại bệnh viện 19-8. Tạp Chí Y học Việt Nam, 529(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1.6231>.
2. **Đỗ Long và Cs** (2013), " Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị đứt lệ quản do chấn

thương". Y học thực hành. 6: p. 83-85.

3. **Nguyễn Thị Tuyết Nga** (2010), "Đánh giá kết quả phương pháp đặt ống silicon một lệ quản điều trị đứt lệ quản do chấn thương", Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Han J, Chen H, Wang T, Zhang X, Jin X.** A case series study of lacrimal canalicular laceration repair with the bi-canalicular stent. Gland Surg. 2022 Nov; 36518799, 11(11):1801-1807. doi: 10.21037/gs-22-556. PMID:; PMC9742051.
5. **Alam MS, Mehta NS, Mukherjee B.** Anatomical and functional outcomes of canalicular laceration repair with self retaining mini-MONOKA stent. Saudi J Ophthalmol. 2017 Jul-Sep; 28860909, 31(3):135-139. doi: 10.1016/j.sjopt.2017.04.009.
6. **Pandey TR, Limbu B, Sthapit PR, Gurung HB, Saiju R, et al.** (2021) Clinical Outcome of Reconstruction of Lacrimal Canalicular Laceration with Monocanalicular Intubation System. Int J Ophthalmic Pathol 10:7.
7. **Men, C. J., Ko, A. C., Ediriwickrema, L. S., Liu, C. Y., Kikkawa, D. O., & Korn, B. S.** (2020). Canalicular laceration repair using a self-retaining, bicanalicular, hydrophilic nasolacrimal stent. Orbit, 40(3), 239–242. <https://doi.org/10.1080/01676830.2020>.
8. **Ali MJ, Paulsen F.** Human Lacrimal Drainage System Reconstruction, Recanalization, and Regeneration. Curr Eye Res. 2020 Mar; 30793623., 45(3):241-252. doi: 10.1080/02713683.2019.1580376.
9. **Kim T, Yeo CH, Chung KJ, Lee JH, Kim YH.** Repair of Lower Canalicular Laceration Using the Mini-Monoka Stent: Primary and Revisional Repairs. J Craniofac Surg. 2018 Jun; 29561477., 29(4): 949-952. doi: 10.1097/SCS.0000000000004423.
10. **ÇORAK EROĞLU, Emine ŞEN, Burcu KAZANCI Türkiye Klinikleri J Ophthalmol.** 2024; 33(2): 87-93, doi: 10.5336/ophthal.2023-100635.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG THÔNG KHÍ PHỔI VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC Ở CẢNH SÁT GIAO THÔNG ĐƯỜNG BỘ KHU VỰC HÀ NỘI

Phạm Ngọc Hào¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu tình trạng thông khí phổi và hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực ở cảnh sát giao thông đường bộ khu vực Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 435 cán bộ chiến sỹ cảnh sát giao thông có tiếp xúc khói bụi trên 5 năm, được sàng lọc đạt 3/5 điểm ở câu hỏi COPD, trong đó chọn 30 cán bộ có rối loạn thông khí

từ mức độ nặng đến nhẹ để chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. **Kết quả:** tuổi trung bình là $42,5 \pm 9,6$, tỷ lệ nam/nữ: 9,87, thời gian điều hành giao thông: $19,5 \pm 7,9$, chỉ số BMI: $22,6 \pm 2,8$, các chỉ số thông khí phổi lần lượt: FEV1, FVC, FEV1/FVC: $2,99 \pm 0,78$, $3,24 \pm 0,88$, $86,8 \pm 12,38$, rối loạn thông khí tắc nghẽn, hạn chế, hỗn hợp lần lượt là: 14,8%, 19,6%, 6,5%. Hình ảnh cắt lớp vi tính: Tổn thương dày tổ chức kẽ, Giãn phế nang, Tổn thương ứ khí, thể khảm, Giãn phế quản, Tổn thương xơ, dải xơ lần lượt là: 93,33%, 56,67%, 93,33%, 36,67%, 70,0%. **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn thông khí phổi ở cảnh sát giao thông Hà Nội cao hơn so với đối tượng cùng lứa tuổi và do chức năng thông khí và chụp cắt lớp vi tính là công cụ hữu hiệu để đánh giá nguy cơ bệnh lý hô hấp ở cảnh sát giao thông. **Từ khóa:** Thông khí phổi cảnh sát giao thông,

¹Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Hào

Email: phamngochao198@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025

cắt lớp vi tính lồng ngực cảnh sát giao thông, cảnh sát giao thông đường bộ khu vực Hà Nội, Rối loạn thông khí phổi.

SUMMARY

STUDY ON LUNG VENTILATION STATUS AND THORACIC COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES IN TRAFFIC POLICE IN HANOI AREA

Study on lung ventilation status and thoracic computed tomography images in traffic police in Hanoi area. **Research subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 435 traffic police including officers and soldiers who had been exposed to smoke and dust for more than 5 years, and were screened for 3/5 points on the COPD question, of which 30 were selected. Staff with severe to mild ventilation disorders for chest computed tomography. **Results:** mean age was 42.5 ± 9.6 , male/female ratio: 9.87, traffic operation time: 19.5 ± 7.9 , BMI: 22.6 ± 2 , 8, pulmonary ventilation indices: FEV1, FVC, FEV1/FVC: 2.99 ± 0.78 , 3.24 ± 0.88 , 86.8 ± 12.38 , obstructive ventilation disorder, limited, the mixture is: 14.8%, 19.6%, 6.5%, respectively. Computed tomography image: Thickening of the interstitial tissue, Alveolar dilation, Air stasis, mosaicism, Bronchiectasis, Fibrous lesions, fibrous bands, respectively: 93.33%, 56.67%, 93.33%, 36.67%, 70.0%. **Conclusion:** The rate of pulmonary ventilation disorder in Hanoi traffic police is 40% higher than that of the same age group.

Keywords: Traffic police lung ventilation, traffic police chest computed tomography, road traffic police in Hanoi area, Pulmonary ventilation disorder

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng ô nhiễm môi trường đặc biệt là khói bụi do các phương tiện giao thông, các công trình xây dựng gây lên là yếu tố đặc biệt tác hại đến sức khỏe con người nhất là người trực tiếp tiếp xúc hàng ngày như cán bộ chiến sỹ cảnh sát giao thông. Cho đến nay các rối loạn về sức khỏe nhất là rối loạn về hô hấp do ô nhiễm môi trường gây lên vẫn còn chiếm tỷ lệ cao các bệnh lý do ô nhiễm môi trường gây lên [1].

Các rối loạn hô hấp do ô nhiễm môi trường gây lên chủ yếu là các rối loạn tình trạng thông khí phổi và các biến đổi tổ chức phế nang là do hậu quả hít phải các hạt bụi trong không khí. Bệnh nguy hiểm nhất là những bệnh dẫn đến rối loạn chức năng thông khí phổi, thay đổi xơ hóa đáng kể như các bệnh bụi phổi [1] [2].

Hiện nay các bệnh lý rối loạn thông khí phổi và các tổn thương xơ hóa phổi do ô nhiễm môi trường chưa có thuốc điều trị nhưng có thể dự phòng được. Ngoài các biện pháp phòng bệnh nhằm giảm tiếp xúc khói bụi với người tiếp xúc và giảm tình trạng ô nhiễm tại môi trường làm việc, trong các tiến bộ về y học dự phòng hiện đại người ta còn áp dụng các biện pháp kỹ thuật chẩn đoán dựa vào sự biến đổi chức năng thông

khí và các tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Đây là những biện pháp cần được triển khai rộng rãi và rất cần thiết giúp chẩn đoán sớm và giám định các rối loạn thông khí phổi ở những người tiếp xúc với khói bụi do ô nhiễm môi trường thường xuyên.

Trong lực lượng Công an nhân dân lực lượng Cảnh sát giao thông đường bộ là những lực lượng thường xuyên phải tiếp xúc với khói bụi do ô nhiễm môi trường từ các phương tiện giao thông và từ các công trường xây dựng gây lên. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu đánh giá tình trạng thông khí phổi và mô tả một số hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính lồng ngực ở cảnh sát giao thông Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là cán bộ chiến sỹ cảnh sát giao thông khu vực Hà Nội. Tiêu chuẩn chọn là cán bộ chiến sỹ cảnh sát giao thông Hà Nội có thời gian tiếp xúc khói bụi trên 5 năm và có điểm GOLD $\geq 3/5$ điểm [3] và các đối tượng chụp cắt lớp vi tính có rối loạn thông khí phổi. Tiêu chuẩn loại trừ các cán bộ chiến sỹ không đáp ứng tiêu chuẩn trên hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả, cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu chúng tôi chọn là 435 cán bộ chiến sỹ và 30 cán bộ có rối loạn thông khí từ nặng đến nhẹ. Công cụ thu thập số liệu là mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, bộ câu hỏi GOLD . Các biến số nghiên cứu: + Tuổi (năm), giới(nam, nữ), thời gian tiếp xúc khói bụi: thời gian trực tiếp tiếp xúc khói bụi (5 – 10 năm), (10 – 15 năm), (≥ 15 năm), tiền sử thuốc lá (tính theo (bao / năm), tiền sử bệnh hô hấp mạn tính (viêm mũi dị ứng, hen phế quản, dị ứng ngoại lai), triệu chứng cơ năng(ho đờm liên tục trong vòng 3 tháng trong 2 năm liên tục, khó thở, tức ngực), triệu chứng thực thể (rale rít, ngáy, rale nổ), kết quả đo thông khí phổi (FEV1/FVC (%), % FEV1, % FVC), (bình thường, rối loạn thông khí hạn chế, rối loạn thông khí tắc nghẽn, rối loạn thông khí hỗn hợp), hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực (dày thành phế quản, giãn phế quản, giãn phế nang, khí phế thũng, thể khảm).

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, tính tỷ lệ trung bình. Sử dụng test X², OR để phân tích mối liên quan giữa các biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n= 435)		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	395	90,8
	Nữ	40	9,2
Tuổi	20 – 30	54	12,4
	31 – 40	63	14,5
	41 – 50	189	43,4
	> 51	129	29,66
		Mean ± SD	Min-max
		42,5 ± 9,6	20 – 57
Thời gian điều hành giao thông	5 – 10 năm	118	27,1
	10 – 15 năm	113	26,0
	≥ 15 năm	204	46,9
		Mean ± SD	Min-max
		19,5±7,9	5 - 25

Nhận xét: Sự phân bố đối tượng nghiên cứu cho thấy đa số là nam giới chiếm tỷ lệ 90,8%, nữ giới là 9,2%, tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là 42,5±9,26, tuổi thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 57 tuổi, trong đó tuổi trên 51 tuổi là 29,66%, độ tuổi từ 41 – 50 là 43,4%, tuổi từ 31-40 là 14,5%, tuổi từ 20-30 là 12,4%. Sự khác nhau về đối tượng tham gia nghiên cứu theo nhóm tuổi giữa hai nhóm nam và nữ có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

Thời gian điều hành giao thông trung bình của đối tượng nghiên cứu là 19,5±7,9 năm. Trong đó thời gian trực tiếp điều hành giao thông đường bộ trên 15 năm chiếm 46,9%, thời gian trực tiếp điều hành giao thông từ 5 đến 10 năm là 26,0%, thời gian tham gia điều hành trực tiếp giao thông từ 5 – 10 năm chiếm 27,1%.

3.2. Đặc điểm các chỉ số thông khí phổi của nhóm nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của 30 đối tượng nghiên cứu được chụp CLVT

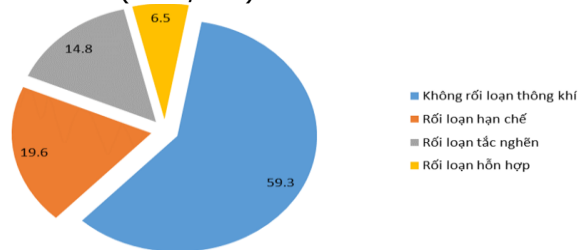
Đặc điểm hình ảnh CLVT gặp ở ĐTNC	Phổi phải		Phổi trái		Cả 2 phổi	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương dày tổ chức kẽ	29	96,67%	29	96,67%	29	93,33%
Giãn phế nang	16	53,33%	16	53,33%	17	56,67%
Tổn thương ứ khí, thể khảm	28	93,33%	29	96,67%	28	93,33%
Giãn phế quản	12	40,0%	10	33,33%	11	36,67%
Tổn thương xơ, dải xơ	21	70,0%	19	63,33%	21	70,0%

Nhận xét: Kết quả dày tổ chức kẽ ở đối tượng có rối loạn thông khí gặp chủ yếu ở cả hai phổi chiếm 96,7%, gặp phổi trái là 96,67%, phổi phải 96,67%, tổn thương giãn phế nang phân bố ở cả hai phổi chiếm 56,67%, phổi phải 53,33%, phổi trái 53,33%, tổn thương ứ khí, thể khảm gặp ở hai phổi 93,33%, phổi trái 96,67%, phổi phải gặp 93,33%, tổn thương giãn phế quản

Bảng 2. Giá trị các chỉ số thông khí phổi của nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Tối thiểu (Min)	Tối đa (Max)	X ± SD (Mean±SD)
FVC (lít)	2,6	5,9	3,24±0,88
FEV1 (lít)	2,28	5,71	2,99±0,78
FEV1/FVC (%)	58,8	116	86,8±12,38

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy dung tích sống gắng sức (FVC) trung bình là 3,24 ± 0,88 lít, dung tích sống gắng sức thấp nhất 2,6 lít, cao nhất là 5,9 lít, thể tích thở ra gắng sức giây đầu tiên (FEV1) trung bình là 2,99±0,78, trong đó thể tích thở ra gắng sức giây đầu tiên (FEV1) thấp nhất là 2,28 lít, thể tích thở ra gắng sức giây đầu tiên (FEV1) cao nhất là 5,71 lít. Chỉ số Graensler (FEV1/FVC) trung bình là 86,8 ± 12,38%, trong đó Chỉ số graensler (FEV1/FVC) tối thiểu là 58,8, Chỉ số Graensler (FEV1/FVC) tối đa 116%.



Biểu đồ 1. Đánh giá tình trạng thông khí phổi ở đối tượng nghiên cứu

Kết quả trên cho thấy 59,3% đối tượng nghiên cứu không có rối loạn thông khí phổi, 40,7% có rối loạn thông khí phổi, trong đó 19,6% có rối loạn thông khí hạn chế, 14,8% có rối loạn thông khí tắc nghẽn và 6,5% rối loạn thông khí hỗn hợp.

3.3. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực nhóm đối tượng nghiên cứu

phân bố ở hai phổi là 36,67%, phổi phải 40%, phổi trái 33,33%, tổn thương xơ phổi và các dải xơ ở hai phổi chiếm 70%, phổi phải 70%, phổi trái 63,33%. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương trên cắt lớp vi tính gặp chủ yếu là tổn thương dày tổ chức kẽ, tổn thương ứ khí, thể khảm và tổn thương xơ, và các tổn thương gặp đồng đều cả hai phổi là như nhau

không có sự khác biệt ($p > 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Trong số 435 đối tượng nghiên cứu được sàng lọc và chọn lựa tại lực lượng cảnh sát giao thông khu đường bộ khu vực Hà Nội. Qua phỏng vấn, khám sức khỏe cho thấy có 90,8% là nam giới, nữ giới chiếm 9,2%. Theo Phan Văn Mai nghiên cứu về một số đặc điểm sức khỏe công an thành phố Hà Nội [4] tiến hành hồi cứu 332 hồ sơ khám sức khỏe định kỳ của Cảnh sát giao thông đường bộ Hà Nội tại Bệnh viện Công an thành phố Hà Nội từ 01/01/2008 đến 31/12/2008 cho thấy 96,1% cảnh sát giao thông thành phố Hà Nội là nam giới và 3,9% là nữ giới. Theo Phạm Thị Lan Anh và cs (2021) nghiên cứu điều kiện môi trường làm việc và sức khỏe, bệnh tật của cảnh sát giao thông đường bộ, nghiên cứu 1595 đối tượng là Cảnh sát giao thông đường bộ trong phạm vi 7 tỉnh, thành phố trong cả nước nam giới chiếm 93,5% và nữ giới chiếm 6,5% [5]. Kết quả nghiên cứu của Leela Paudel (2019), nam giới tham gia nghiên cứu chiếm đa số là 90,1% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình ở nhóm đối tượng nghiên cứu là $42,5 \pm 9,6$ tuổi, trong đó tuổi trên 51 tuổi là 29,66%, độ tuổi từ 41 – 50 là 43,4%, tuổi từ 31-40 là 14,5%, tuổi từ 20-30 là 12,4%. Theo nghiên cứu của Phan Văn Mai nghiên cứu về một số đặc điểm sức khỏe công an thành phố Hà Nội (2009) nhóm tuổi 20-30 chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7% [4]. Theo Phạm Thị Lan Anh và cộng sự (2021) [5] về nghiên cứu điều kiện môi trường làm việc và sức khỏe, bệnh tật của cảnh sát giao thông đường bộ độ tuổi trong nghiên cứu trung bình $34,5 \pm 8,9$, trong đó tuổi trung bình nam CSGTĐBHN là $34,7 \pm 8,9$ tuổi, nữ CSGTĐBHN là $31,8 \pm 8,2$. Nghiên cứu của Ganesh KS (2014) hầu hết trong số cảnh sát giao thông ở đô thị Puducherry, Ấn độ thuộc nhóm tuổi 25 – 39 tuổi (68%) [7]. Theo Czaja – Miturai I (2013) nghiên cứu ở 126 cảnh sát có tuổi đời $37,8 \pm 7,3$ [8]. Theo Phạm Thị Lan Anh và cộng sự thời gian công tác trung bình là $14,0 \pm 9,6$ năm [5]. Nghiên cứu của Czajja – Miturai I (2013), cảnh sát giao thông có thâm niên công tác trung bình $14,4 \pm 7$ năm [8].

Đo chức năng thông khí phổi là tiêu chuẩn để chẩn đoán rối loạn thông khí tắc nghẽn và rối loạn thông khí hạn chế, cũng như rối loạn thông khí hỗn hợp và là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 435 cán bộ cảnh sát giao thông đường bộ khu vực Hà Nội, có điểm sàng lọc GOLD ≥ 3 điểm

cho thấy chỉ số dung tích sống gắng sức (FVC) trung bình là $2,94 \pm 0,88$ lít, chỉ số thể tích sống tối đa trong giây đầu tiên (FEV1) trung bình là $2,79 \pm 0,78$ lít, chỉ số Gaensler trung bình là $80,8 \pm 12,38\%$. Theo Lê Nhật Huy (2020) nghiên cứu cộng đồng bệnh phổi mạn tính chỉ số Gaensler trung bình là $80,32 \pm 8,03\%$ [9]. Theo Nguyễn Thị Ly và cộng sự (2016) nghiên cứu khoa hô hấp về đặc điểm bệnh phổi mạn tính cho biết chỉ số dung tích sống tối đa (FVC) là $2,1 \pm 0,41$ lít, thể tích gắng sức tối đa giây đầu tiên (FEV1) là $1,1 \pm 0,24$ lít, chỉ số Gaensler trung bình là $52,2 \pm 4,69\%$ [10].

Các nốt kê bờ nhỏ, kích thước từ 1 -3 mm hoặc hơn cho đến 1 cm xuất hiện vùng ngoại vi phổi, đây là loại nốt của dạng tổn thương tổ chức kẽ hay gặp trong các bệnh viêm có tổ chức hạt, sarcoid, các di căn ung thư và bệnh bụi phổi. Theo nghiên cứu của Vũ Văn Triển và cs (2014) [10] nghiên cứu ở công nhân thi công cầu Nhật Tân có 29/368 chiếm 7,9 % công nhân có tổn thương phổi kẽ trên chụp Xquang phổi thẳng, kết quả này thấp hơn nhiều nghiên cứu của chúng tôi, điều này được giải thích có lẽ trong nghiên cứu của chúng tôi, 30 trường hợp chụp cắt lớp vi tính lồng ngực là những đối tượng có rối loạn thông khí nặng, và đối tượng được chụp trên cắt lớp vi tính do vậy tỷ lệ phát hiện tổn thương tổ chức kẽ của chúng tôi cao hơn.

Hình ảnh khí phế thũng, thể khám được xác định bằng trực quan thấy các ổ sáng nhỏ không đều, xen kẽ vùng phổi lành tạo nên hình ảnh "sâu ăn lá" gặp trong khí phế thũng đa tiểu thùy, hay vùng giảm đồng đều nhu mô phổi gọi là "phổi đen" trong khí phế thũng đa tiểu thùy hoặc những ổ sáng nằm sát màng phổi, sát vách liên thùy có bờ rõ trong khí phế thũng cạnh vách, đôi khi có gặp hình ảnh bóng khí to với đường kính tới 5cm. Những hình ảnh này gặp với tần suất chiếm ưu thế là khí phế thũng trung tâm tiểu thùy và đa tiểu thùy. Nghiên cứu trong nước của Ngô Quý Châu (2011) về mô tả hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực ở 46 bệnh nhân mắc bệnh phổi mạn tính được thực hiện tại Bệnh Viện Bạch Mai ghi nhận có 95,73% bệnh nhân có khí phế thũng trung tâm tiểu thùy, khí phế thũng đa tiểu thùy, tổn thương khí phế thũng cạnh vách và thể khám [10].

Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 40% trường hợp có giãn phế quản trên chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Giãn phế quản là tình trạng biến dạng phế quản thường xuyên không hồi phục kèm theo thành phế quản bị phá hủy. Có ba nhóm nguyên nhân chính gây nên giãn phế quản là viêm nhiễm, tắc nghẽn và co kéo, ngoài ra

giãn phế quản còn có thể do bất thường cấu trúc bẩm sinh, do nguyên nhân miễn dịch hay vô căn. Nghiên cứu của chúng tôi khi chụp cắt lớp vi tính lồng ngực ở 30 cán bộ cảnh sát giao thông khu vực Hà Nội có rối loạn thông khí phổi cho thấy 40 % đối tượng nghiên cứu có hình ảnh giãn phế quản trên chụp cắt lớp vi tính lồng ngực.

V. KẾT LUẬN

Chức năng thông khí phổi ở cảnh sát giao thông khu vực Hà Nội có mức độ rối loạn thông khí trên 40% cao hơn với đối tượng cùng lứa tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Báo cáo tình trạng ô nhiễm môi trường số Tài nguyên và Môi trường Hà Nội** 2015.
2. **Vấn đề ô nhiễm bụi.** Bài giảng kinh tế môi trường, Đại học Y tế công cộng (2016).
3. **Lê Thị Huyền Trang và cộng sự** (2011). Vai trò các bảng câu hỏi tầm soát trong chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
4. **Phan Văn Mai và cộng sự** (2009). Nghiên cứu một số đặc điểm sức khỏe của công an Hà Nội, Tạp chí Y học thực hành (2009).

5. **Phạm Thị Lan Anh và cộng sự** (2021). Nghiên cứu điều kiện, môi trường làm việc sức khỏe, bệnh tật của cảnh sát giao thông đường bộ, Luận văn tiến sỹ y tế công cộng, Trường đại học Y Hà Nội (2021).
6. **Leela Paudel và cộng sự** (2019), Exposure assessment for estimation of the global burden of disease attributable to outdoor air pollution. Environ Sci Technol, 01.
7. **Ganesh KS và cộng sự** (2014). Prevalence and risk factors of hypertension among male police personnel in Urban puducherry, India, Open journal of Nephrology, vol 6, No.4, November 22,2016
8. **Czaja – Miturai I** (2013). Cardiovascular risk factors and life and occupational stress among policemen. Madycyna Pracy, 2013; 64 (3):335-48.
9. **Lê Nhật Huy và cộng sự** (2020). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và đánh giá kết quả can thiệp điều trị bệnh phổi mạn tính tại Nghệ An, Luận văn tiến sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội (2020).
10. **Nguyễn Thị Ly** (2016). Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính phổi độ phân giải cao ở bệnh nhân COPD tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Luận văn bác sỹ nội trú bệnh viện

PHÁT TRIỂN VÀ ĐÁNH GIÁ TÍNH GIÁ TRỊ VÀ ĐỘ TIN CẬY BỘ CÂU HỎI KHẢO SÁT KIẾN THỨC VÀ SỰ TỰ TIN CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG HỖ TRỢ DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH UNG THƯ

Phùng Thị Hạnh^{1,2,3}, Nguyễn Thị Nguyệt^{4,5}, Hoàng Lan Vân⁶, Trương Quang Trung², Natalie Bradford¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Đánh giá kiến thức và sự tự tin của điều dưỡng trong hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh ung thư đóng vai trò quan trọng trong việc xây dựng các chương trình đào tạo cho điều dưỡng. **Mục tiêu:** phát triển và đánh giá bộ câu hỏi có tính giá trị và độ tin cậy trong việc đo lường kiến thức và sự tự tin của điều dưỡng viên khi hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh ung thư. **Phương pháp:** Một bộ công cụ được phát triển và đánh giá tính giá trị thông qua chỉ số giá trị nội dung - Content Validity Index (CVI) và phương pháp trung bình - Scale-Content Validity Index/Average (S-CVI/AVE). Độ tin cậy của bộ công cụ được

đánh giá bằng chỉ số Kuder Richardson 20 (KR-20) cho phần kiến thức và chỉ số Cronbach-alpha cho phần tự tin. **Kết quả:** Chỉ số CVI của phần kiến thức dao động từ 0,7 đến 1, với S-CVI/AVE đạt 0,94; phần đánh giá sự tự tin có chỉ số CVI từ 0,9 đến 1, với S-CVI/AVE đạt 0,95. Chỉ số KR-20 của phần kiến thức là 0,84 và chỉ số Cronbach-alpha cho phần tự tin là 0,98. **Kết luận:** Bộ công cụ này đã chứng minh được tính giá trị và độ tin cậy cao, phù hợp để sử dụng trong việc đánh giá kiến thức và sự tự tin của điều dưỡng viên trong hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh ung thư. **Từ khóa:** ung thư, hỗ trợ dinh dưỡng, tính giá trị, độ tin cậy, bộ câu hỏi

SUMMARY

DEVELOPMENT AND EVALUATION OF THE VALIDITY AND RELIABILITY OF A QUESTIONNAIRE ASSESSING NURSES' KNOWLEDGE AND CONFIDENCE IN PROVIDING NUTRITIONAL SUPPORT TO CANCER PATIENTS

Background: Assessing the knowledge and confidence of nurses in providing nutritional support to cancer patients plays a crucial role in developing training programs for nursing staff. **Objective:** To develop and evaluate a questionnaire that is both valid

¹Trường Điều dưỡng, Đại học Công nghệ Queensland, Úc

²Khoa Điều dưỡng – Hộ sinh, Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁵Trường Điều dưỡng và Hộ sinh, Đại học Griffith, Úc

⁶Khoa Khoa học sức khỏe, Trường Đại học VinUni

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Hạnh

Email: phungthihanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025