



## BAN BIÊN TẬP:

### Trưởng ban biên tập:

Chịu trách nhiệm xuất bản:  
PGS. TS. BSCC. TRẦN AN

### Phó trưởng ban biên tập:

TS. BS. NGUYỄN XUÂN HIỆP  
THS. ĐD. LÊ HOÀNG YẾN

### Ủy viên:

TS. BS. BÙI THỊ VÂN ANH  
TS. BS. NGUYỄN XUÂN TỊNH  
TS. BS. TRẦN KHÁNH SÂM  
TS. BS. THẨM TRƯỞNG KHÁNH VÂN  
ThS. BS. ĐẶNG TRẦN ĐẠT  
CN. ĐD. PHẠM THỊ KIM ĐỨC  
CN. ĐD. VŨ THỊ HỒNG HẠNH  
ĐD. ĐỖ THỊ HỒNG THU

## BAN THƯ KÝ:

ThS. ĐD. LÊ HOÀNG YẾN  
Trưởng ban  
CN. NGUYỄN HỒNG HẠNH  
CN. NGUYỄN THỊ KIM LINH  
Phó trưởng ban

## THIẾT KẾ:

ThS. Họa sĩ VŨ LONG

## TRỤ SỞ BAN BIÊN TẬP:

Phòng Điều Dưỡng,  
Bệnh viện Mắt Trung ương  
85 Bà Triệu, Hà Nội  
Email: dsddnhankhoa@gmail.com  
Điện thoại: 047.39446630  
Fax: 04.39454956

GPXB số 26/GP-XBDS cấp ngày 24/12/2014  
In 300 cuốn khổ 19x27 cm

Thiết kế, chế bản và in tại Công ty CP SXTM Ngọc Châu  
Địa chỉ: Do Hạ - Tiến Phong - Mê Linh - Hà Nội  
Điện thoại: 04.66757385

# MỤC LỤC

Trang

## CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- **Đánh giá chất lượng thị giác của người bệnh mắc các bệnh lý giác mạc sau điều trị tại khoa Kết Giác Mạc, Bệnh viện Mắt TW năm 2013** 2  
*Nguyễn Hồng Hạnh  
Nguyễn Kim Oanh,  
Lê Xuân Cung\*\* và CS*
- **Khảo sát sự hài lòng của NB BHYT đúng tuyến khám tại Bệnh viện Mắt TW năm 2013** 10  
*Phó Anh Phương  
Phạm Thị Kim Đức  
Phạm Văn Tấn*

## THÔNG TIN HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN

- **Điều trị và chăm sóc bệnh viêm kết mạc** 17  
*Đỗ Hương Huyền*
- **Kiểm soát điều tiết trong khám khúc xạ** 19  
*Nguyễn Thúy Hải  
Nguyễn Thị Thu Hiền*
- **Bế giảng khóa đào tạo quản lý điều dưỡng** 22  
*Vũ Hòa Long*

## BÀI DỊCH

- **Lác** 26  
*Tác giả: Gary Heiting, OD  
Người dịch: Trần Thúy Anh*
- **Tôi không bị mù, tôi chỉ không nhìn rõ mà thôi** 29  
*Tác giả: J. Kirk Horton and Renn Fuller  
Người dịch: Mai Thị Thuỷ  
Ngô Minh Trang*

# ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG THỊ GIÁC CỦA NGƯỜI BỆNH SAU ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÝ GIÁC MẠC TẠI KHOA KẾT GIÁC MẠC BỆNH VIỆN MẮT TW

Nguyễn Hồng Hạnh\*, Nguyễn Kim Oanh, Lê Xuân Cung\*\* và CS

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá chất lượng thị giác (CLTG) của người bệnh (NB) sau điều trị các bệnh lý giác mạc. Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến CLTG của NB có bệnh lý giác mạc.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 80 NB có bệnh lý giác mạc đã được điều trị tại khoa Kết giác mạc (KGM) nay đến khám lại tại khoa KGM, Bệnh viện Mắt TW. CLTG của NB được định lượng bằng phiếu điều tra đánh giá mức độ ảnh hưởng của việc thực hiện các hoạt động sống, tinh thần, mối quan hệ xã hội, công việc, ... theo 5 mức độ với thang điểm 100.

**Kết quả:** Trong 80 đối tượng nghiên cứu có 50 nam (chiếm 62,5%); chủ yếu sống ở nông thôn (66,2%). Điểm trung bình CLTG chung của nhóm nghiên cứu là  $54,9 \pm 24,1$  đạt mức độ khá. NB mắc bệnh lý một mắt chiếm 58,8% (47 NB). Điểm CLTG trung bình của nhóm mắc bệnh lý 1 mắt đạt mức độ khá ( $62,42 \pm 21,74$ ) cao hơn nhóm NB bị bệnh lý 2 mắt đạt mức độ trung bình ( $44,39 \pm 23,70$ ) ( $p=0,001$ ). Điểm CLTG trung bình của NB nam đạt mức độ khá ( $60,43 \pm 23,68$ ) cao hơn của nữ ( $45,90 \pm 22,42$ ) ( $p=0,008$ ). Điểm CLTG trung bình của nhóm có thị lực nhìn xa theo mắt tốt mức 6/6-6/18 là  $68,3 \pm 17,9$  và giảm dần đến nhóm  $<1/60 - ST (+)$  là  $23,5 \pm 10,6$  ( $p<0,001$ ). CLTG có mối liên quan tuyến tính với thị lực nhìn xa theo mắt tốt (với  $r = 0,66$ ) tức là thị lực nhìn xa càng kém thì CLTG càng đạt mức kém.

**Kết luận:** CLTG của người mắc bệnh lý giác mạc đạt ở mức độ khá với điểm TB CLTG là  $54,9 \pm 24,1$ . Bên cạnh đó CLTG bị ảnh hưởng bởi sự khác nhau về giới tính, số lượng mắt bị bệnh và thị lực nhìn xa. CLTG còn có mối liên quan tuyến tính với thị lực nhìn xa nghĩa là thị lực nhìn xa càng kém thì CLTG càng đạt ở mức thấp và ngược lại.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Như chúng ta đã biết, trên 80% thông tin từ bên ngoài được con người tiếp nhận qua hệ thống thị giác[1], bởi vậy khi hệ thống này không hoàn chỉnh sẽ ảnh hưởng trực tiếp tới những hoạt động trong cuộc sống, ảnh hưởng đến CLTG. CLTG là một thuật ngữ chỉ sự ảnh hưởng của những thay đổi thị giác đến sức khỏe chung và các hoạt động trong cuộc sống. Bởi vậy muốn đánh giá chất lượng cuộc sống của một NB có thị lực kém người ta chủ yếu dựa vào yếu tố CLTG. Hiện nay có rất nhiều bệnh lý nhãn cầu gây tổn hại hệ thống thị giác, gây suy giảm thị lực của NB, đặc biệt là các bệnh lý về giác mạc. Chính vì

những di chứng nặng nề về thị lực sau điều trị mà trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có rất nhiều đề tài nghiên cứu về đặc điểm, phương pháp điều trị các bệnh mắt cũng như chữa trị các di chứng để lại.

Tuy nhiên, các nghiên cứu về ảnh hưởng của sự suy giảm thị lực đến CLTG của NB sau điều trị các bệnh lý về giác mạc còn rất ít. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá CLTG của NB sau điều trị các bệnh lý giác mạc. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến CLTG của NB mắc các bệnh lý giác mạc.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

\* Phòng Điều Dưỡng

\*\*Khoa Kết Giác Mạc

## 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

### Tiêu chuẩn chọn lựa

- Các NB trên 18 tuổi, có bệnh lý về giác mạc, đã được điều trị tại khoa Kết Giác Mạc - Bệnh Viện Mắt TW từ tháng 7/2013 đến tháng 9/2013
- NB có khả năng đọc, viết và nhận thức tốt để có thể phối hợp thử các chức năng thị giác và trả lời các câu hỏi phỏng vấn.

**Tiêu chuẩn loại trừ NB:** Các NB đang mắc các bệnh cấp tính, NB tinh thần không ổn định và từ chối nghiên cứu.

- Cỡ mẫu: 80 NB (tính theo công thức)

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Phương tiện nghiên cứu: Phiếu điều tra nghiên cứu xây dựng dựa theo bộ câu hỏi đánh giá CLTG VFQ 25; Bảng thử thị lực
- Cách thức nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành theo các trình tự các bước:
  - + NB đến khám lại tại khoa Kết Giác Mạc đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được thử thị lực nhìn xa, thị lực nhìn gần (với kính nếu có).
  - + NB sau khi được bác sỹ khám sẽ trả lời phỏng vấn bằng bộ câu hỏi đã được xây dựng.

### Tiêu chí đánh giá:

Bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 20 câu chia làm 5 cấp độ từ 0 – 100 điểm

1. Không khó khăn : 100 điểm
2. Khó khăn ít : 75 điểm
3. Khó khăn vừa : 50 điểm
4. Khó khăn nhiều : 25 điểm
5. Không làm được : 0 điểm

- Cách tính điểm CLTG của từng NB là điểm trung bình cộng các nội dung.

\* Loại tốt: 75 – 100 điểm Loại khá: 50 - < 75 điểm

\* Loại trung bình: 25 - < 50 điểm Loại kém: 0 - < 25 điểm.

### 2.3. Xử lý số liệu:

phần mềm xử lý số liệu SPSS 16.5

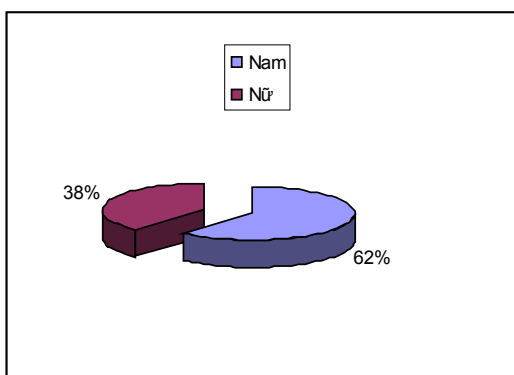
## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

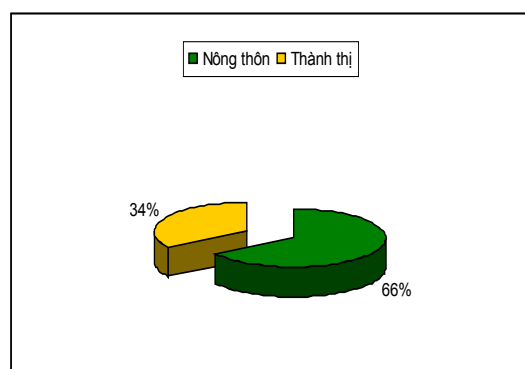
CLTG của NB nói chung và của NB có bệnh lý giác mạc nói riêng đều mang tính chủ quan của người được phỏng vấn, nó phụ thuộc nhiều vào các yếu tố như khả năng nhận thức, tâm lý của NB. Vấn đề CLTG của NB mắc các bệnh lý về giác mạc chưa từng được đề cập đến ở Việt Nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 80 NB có tuổi từ 18 trở lên và tập trung chủ yếu ở lứa tuổi lao động

Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong biểu đồ 1 như sau:



Biểu đồ 1: tỷ lệ giới



Biểu đồ 2: Phân bố người bệnh theo nơi ở

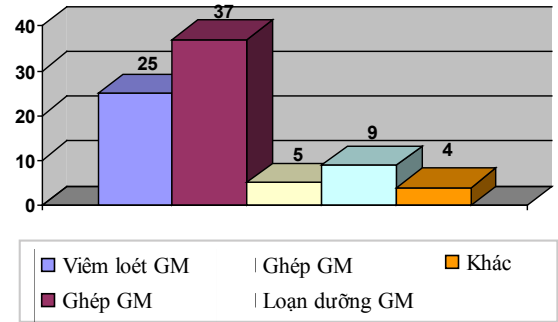
**Bảng 1: Đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu**

Nghề nghiệp	N	%
Trí thức	18	22.5
Công nhân	12	15.0
Nông dân	31	38.8
Nghề khác	19	23.8

Tỷ lệ NB nam (chiếm 62%). Trong 80 NB có 66% NB sống tại nông thôn và nông dân chiếm 38.8%. Điều này cho thấy đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu là nam giới và là nông dân chiếm số đông. Tương tự tác giả Phạm Văn Tần (2004) nhóm NB ở lứa tuổi lao động chiếm 78.9%, nông dân chiếm 64% và NB ở nông thôn chiếm 81,5% [3]. Đa số trong các tài liệu cho thấy tỷ lệ nam nhiều hơn nữ có thể được lý giải do nam giới thường là lao động chính và làm các công việc nặng nhọc hơn nữ giới nên họ có thể dễ bị các tổn thương giác mạc trong các hoạt động công việc cũng như công việc gia đình. Mặt khác, nam giới khả năng giữ gìn vệ sinh và bảo vệ mắt kém hơn nữ giới nên thường dễ mắc bệnh hơn. Nông dân và nông thôn chiếm tỷ lệ cao điều này cũng có thể giải thích được là do nhóm NB này có hạn chế về kiến thức cũng như khả năng bảo vệ và giữ vệ sinh mắt.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu được thể hiện tại biểu đồ sau:



**Biểu đồ 3: Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 2. Phân loại thị lực nhìn xa theo mắt tốt nhất của NB**

Thị lực nhìn xa	Số lượng	Tỷ lệ %
6/6 – 6/18 (10/10 – 3/10)	44	55.0
< 6/18 – 6/60 (< 3/10 – 1/10)	17	21.2
< 6/60 – 3/60 (< 1/10 ĐNT 3m)	8	10.0
< 3/60 – 1/60 (< ĐNT 3m – ĐNT 1m)	5	6.2
< 1/60 – ST (+) (< ĐNT 1m – ST (+))	6	7.5
ST (-)	0	0

Trong 80 NB có 37 trường hợp đã được mổ ghép giác mạc do các bệnh lý giác mạc và 25 trường hợp có bệnh viêm loét giác mạc, còn lại tỷ lệ ít các bệnh lý khác của giác mạc. Mức độ thị lực nhìn xa của NB còn ở mức tốt 6/6 – 6/18 chiếm 55%, <6/18 – 6/60 chiếm 21.2%. Như vậy thị lực nhìn xa của NB theo mắt tốt vẫn còn đạt ở mức độ tốt.

### 3.3. Đánh giá CLTG:

CLTG của NB trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đạt ở mức khá (điểm trung bình CLTG chung là  $54.98 \pm 24.13$ ). Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền năm 2010 trên 85 BN bị khiếm thị, điểm trung bình CLTG là  $70.5 \pm 14$  đạt mức trung bình (thang điểm 125) [4], kết quả nghiên cứu của Wolffsohn trên 278 NB khiếm thị, điểm trung bình thị giác chung là  $60.9 \pm 25.1$  đạt mức độ trung bình [16], theo nghiên cứu của Mangione trên 96 NB khiếm thị, điểm trung bình CLTG chung là  $41 \pm 16$  [4]. Kết quả này cho thấy CLTG của nhóm NB mắc

các bệnh lý về giác mạc cao hơn so với nhóm NB khiếm thị. Điều này có thể giải thích là do nhóm NB bị khiếm thị nặng và vừa (nhóm NB có thị lực kém chiếm tỷ lệ đông) trong các nghiên cứu trên chiếm tỷ lệ cao hơn và trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm NB có thị lực tốt (6/6 – 6/60) chiếm tỷ lệ cao 55%. Ngoài ra cũng có thể do số lượng NB của chúng tôi ít và do nhu cầu về CLTG của người Việt Nam không cao, họ chấp nhận và cam chịu với tình trạng thị giác ít ỏi của mình, còn ở các nước phát triển, điều kiện sống cao, NB cũng đòi hỏi một cuộc sống chất lượng cao, ví dụ họ cần cải thiện thị lực

**Bảng 3. Đánh giá tình trạng CLTG**

Câu hỏi	Điểm TB
Có khó khăn khi nhìn biển tên phố trên đường	$54.38 \pm 33.93$
Có khó khăn khi lên xuống bậc cầu thang	$47.50 \pm 34.13$
Có khó khăn khi tham gia các hoạt động thể thao hoặc xem phim	$71.25 \pm 30.32$
Có khó khăn khi xem vô tuyến	$50.63 \pm 34.9$
Có khó khăn khi đọc báo in chữ bình thường	$41.56 \pm 37.73$
Có khó khăn khi làm việc nhìn gần (khâu vá, nấu ăn,...)	$49.44 \pm 35.71$
Có khó khăn khi tìm đồ đạc ở nơi bừa bộn	$63.75 \pm 31.30$
Có khó khăn khi quan sát người đối diện khi nói chuyện	$72.81 \pm 28.74$
Có khó khăn khi đi thăm bạn bè và gia đình	$71.56 \pm 32.01$
Có cảm giác đau hoặc khó chịu tại mắt	$56.31 \pm 30.57$
Cảm giác đau hoặc khó chịu tại mắt ảnh hưởng đến công việc bạn đang làm	$48.50 \pm 32.06$
Bị hạn chế thời gian làm việc vì mắt	$31.94 \pm 29.70$
Cảm thấy chán nản do mắt của mình	$53.75 \pm 36.48$
Kém kiểm soát những việc mình làm vì vấn đề mắt	$65.00 \pm 33.42$
Lo lắng việc mình làm sẽ ảnh hưởng đến người khác vì vấn đề mắt	$51.63 \pm 39.97$
Dành thời gian ở nhà vì vấn đề mắt	$46.25 \pm 37.97$
Cần người khác chỉ dẫn trong các hoạt động vì mắt	$78.44 \pm 31.00$
Cần người khác giúp đỡ trong các hoạt động vì vấn đề mắt	$78.13 \pm 30.39$

nhìn xa để họ có thể lái xe an toàn ... bởi vậy khi thị lực giảm họ cảm thấy rất khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày và họ thường đến các cơ sở y tế ngay để được tư vấn, chăm sóc, phục hồi chức năng khi gặp các vấn đề về mắt.

Tình trạng thị giác nhìn xa của 80 NB hầu hết ở mức độ khá như xem vô tuyến, nhìn biển tên phố trên đường; hầu hết NB gặp khó khăn khi lên xuống bậc cầu thang (điểm trung bình CLTG:  $47.50 \pm 34.13$ ) đạt mức độ trung bình. Điều này có thể do việc lên xuống cầu thang là công việc có thể gây nguy hiểm như ngã nên với NB chưa quen với tình trạng thị giác của mình sau điều trị thì cảm giác khó khăn khi thực hiện công việc này sẽ càng tăng lên.

Đối với tình trạng thị giác ở khoảng cách gần thì NB thường gặp khó khăn khi đọc báo in chữ thường (điểm TB  $41.56 \pm 37.73$ ) và làm các công việc nhìn gần như khâu vá, nấu ăn (điểm TB  $49.44 \pm 35.71$ ). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền. Điều này cho thấy CLTG ở khoảng cách gần của nhóm NB trong nghiên cứu kém hơn ở khoảng cách nhìn xa.

Như vậy, trong các hoạt động nhìn gần hay nhìn xa thì NB đều bị ảnh hưởng đến CLTG dù ít hay nhiều. Điều này cũng được giải thích nguyên nhân là do tình trạng mắt thị giác hai mắt làm NB cảm thấy khó khăn trong các hoạt động cần đến thị lực bao gồm các hoạt động nhìn xa, nhìn gần...

Trong các vấn đề bị ảnh hưởng được đánh giá thì NB bị ảnh hưởng ít nhất là các hoạt động giao tiếp xã hội của mình (điểm TB đều  $> 70$  điểm đạt mức độ

khá tốt) và bị ảnh hưởng nặng nề nhất là khả năng làm việc điểm trung bình CLTG đạt mức độ trung bình kém (hoàn thành công việc kém hơn, hạn chế thời gian làm việc:  $31.94 \pm 29.70$ ). Điều này có thể do thời điểm đánh giá NB trong nhóm nghiên cứu là giai đoạn đầu sau điều trị nên NB vẫn chưa kịp thích nghi với tình trạng thị giác hiện tại của mình nên gây ảnh hưởng đến công việc. Mặt khác, người Việt Nam thường có truyền thống kiên cố. Họ cho rằng sau điều trị vẫn cần phải nghỉ ngơi hoàn toàn hoặc chỉ làm việc nhẹ nhàng kể cả những công việc không đòi hỏi tình trạng thị giác cao.

Nhóm NB trong nghiên cứu đều có cảm giác đau, khó chịu tại mắt điểm TB là  $56.31 \pm 30.57$  đạt mức độ khá nhưng ảnh hưởng của nó đến công việc lại mức độ trung bình (điểm trung bình là  $48.5 \pm 32.06$ ). Sự ảnh hưởng không tương ứng với mức độ đau, khó chịu của mắt có thể do mắt là giác quan nhạy cảm nên ảnh hưởng của nó sẽ nặng nề hơn đến khả năng làm việc. NB hầu như ít bị ảnh hưởng đến tinh thần do các vấn đề về mắt, điểm TB CLTG về vấn đề này đều đạt mức độ khá. Điều này cho thấy họ chấp nhận với tình trạng thị giác của mình. Tuy NB dành thời gian ở nhà nhiều (điểm TB  $46.25 \pm 37.97$ ) nhưng NB ít bị phụ thuộc vào người khác trong việc thực hiện các hoạt động (điểm TB đều đạt mức tốt). Lý giải cho vấn đề này có thể là do trong giai đoạn được đánh giá, NB chỉ thực hiện các hoạt động có khả năng những hoạt động đòi hỏi tình trạng thị giác tốt thì NB không thực hiện nên họ cho rằng việc thực hiện các hoạt động của họ không cần người khác chỉ dẫn hoặc giúp đỡ.



**3.4. Một số yếu tố ảnh hưởng đến CLTG:**

**3.4.1. Đánh giá CLTG theo giới tính**

**Bảng 4. Tình trạng CLTG theo tuổi**

Giới	n	Điểm TB	<b>p = 0.008</b>
Nam	50	60.43 ± 23.68	
Nữ	30	45.90 ± 22.42	

Điểm CLTG của nam (điểm trung bình CLTG: 60.43± 23.68 đạt mức độ khá) cao hơn của nữ (điểm trung bình CLTG: 45.90 ± 22.42), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.008. Điều này cho thấy nữ giới thường đòi hỏi tình trạng thị giác có chất lượng cao hơn nam giới có thể do trong cuộc sống thì nữ giới thường phải làm các công việc cần đến sự tinh tế hơn nam giới.

**3.4.2. Đánh giá CLTG theo nghề nghiệp**

**Bảng 5. Tình trạng CLTG theo nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	n	Điểm TB	<b>p = 0.001</b>
Trí thức	18	55.65 ± 23.66	
Công nhân	12	67.92 ± 27.04	
Nông dân	31	43.16 ± 21.55	
Nghề khác	19	65.47 ± 19.52	

Hầu hết NB ở các ngành nghề đều có điểm CLTG đạt mức độ khá riêng nhóm NB nông dân có điểm trung bình CLTG đạt mức độ trung bình (43.16 ± 21.55). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.001. Sự khác biệt này có thể do nhóm NB là nông dân chiếm tỷ lệ cao và ý thức vệ sinh và chăm sóc mắt kém

thường để bệnh trở nên trầm trọng mới điều trị thì sau điều trị sẽ để lại di chứng nặng nề hơn, ảnh hưởng đến tình trạng thị giác nhiều hơn.

**3.4.3. Đánh giá CLTG theo địa dư**

**Bảng 6. Tình trạng CLTG theo địa dư**

Địa dư	n	Điểm TB	<b>p = 0.6</b>
Thành thị	27	61.26 ± 25.60	
Nông thôn	53	51.78 ± 22.94	

Điểm CLTG ở nhóm NB ở thành thị và nông thôn đều đạt mức độ khá và sự khác biệt giữa 2 nhóm NB này không có ý nghĩa thống kê (với p=0.6) có thể do số lượng NB trong nghiên cứu chưa đủ lớn để thấy sự khác biệt giữa hai nhóm.

**3.4.4. Đánh giá CLTG theo số lượng mắt bệnh**

**Bảng 7. Tình trạng CLTG theo số lượng mắt bệnh lý**

Số mắt bệnh lý	n	Điểm TB	<b>p = 0.001</b>
1 mắt	47	62.42 ± 21.74	
2 mắt	33	44.39 ± 23.70	

Nhóm NB có bệnh lý 1 mắt có điểm trung bình CLTG đạt mức độ khá (62.42 ± 21.74) cao hơn nhóm NB bị bệnh lý 2 mắt đạt mức độ trung bình (44.39 ± 23.70) sự khác biệt với p=0.001. Như vậy, mặc dù NB bị bệnh lý một mắt thì vẫn gây ảnh hưởng đến tình trạng thị giác chung của NB. Điều này có thể giải thích trong cuộc sống có rất nhiều công việc phải sử dụng tình trạng thị giác tốt cả hai mắt.

### 3.4.5. Đánh giá CLTG theo thị lực nhìn xa.

**Bảng 8. Tình trạng CLTG theo thị lực nhìn xa**

Thị lực nhìn xa	n	Điểm TB	p < 0.001
6/6 – 6/18 (10/10 – 3/10)	44	68.32 ± 17.97	
< 6/18 – 6/60 (< 3/10 – 1/10)	17	49.50 ± 20.87	
< 6/60 – 3/60 (< 1/10 ĐNT 3m)	8	32.81 ± 18.49	
< 3/60 – 1/60 (< ĐNT 3m – ĐNT 1m)	5	29.50 ± 13.74	
< 1/60 – ST (+) (< ĐNT 1m – ST (+))	6	23.54 ± 10.59	

CLTG của nhóm NB có thị lực nhìn xa tốt (6/6 – 6/18) đạt mức độ khá (68.32 ± 17.79) và giảm dần với các mức thị lực kém dần, với mức thị lực nhìn xa kém nhất (<1/60 – ST (+)) điểm CLTG đạt mức độ kém (23.54 ± 10.59), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0.001. Như vậy, giữa thị lực nhìn xa của NB và tình trạng thị giác chung có mối

liên quan tuyến tính với mức độ trung bình (r = 0.66), tức là thị lực nhìn xa càng thấp thì CLTG chung càng đạt mức kém. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Wolffsohn, của Suzukamo và cộng sự, của Scott và cộng sự, của Nguyễn Thị Thu Hiền [2,5,6,7].

### IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu mô tả 80 NB sau điều trị bệnh lý giác mạc tại khoa Kết Giác Mạc, Bệnh viện Mắt TW chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

1. CLTG của NB có bệnh lý giác mạc đạt mức độ khá với điểm trung bình CLTG là 54.98 ± 24.13. Trong đó NB bị ảnh hưởng nhiều nhất là đến khả năng làm việc, hạn chế thời gian làm việc; NB ít bị ảnh hưởng nhất là trong các hoạt động giao tiếp xã hội.
2. Một số yếu tố liên quan đến CLTG của NB có bệnh lý giác mạc.

CLTG của NB có bệnh lý giác mạc bị ảnh hưởng của một số yếu tố như: giới tính, mắc bệnh một mắt hay hai mắt và thị lực nhìn xa. Trong đó, thị lực nhìn xa có mối liên quan tuyến tính với CLTG nghĩa là thị lực nhìn xa ở mức càng thấp thì CLTG cũng đạt ở mức thấp và ngược lại.

### \* TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu Bài giảng Khiếm thị, Bệnh viện Mắt TW.

NGUYỄN THỊ THU HIỀN, “Đánh giá CLTG của NB khiếm thị”, Tạp chí nghiên cứu y học 70 (5) – 2010, Tr 44 – 48.

PHẠM VĂN TẤN (2004) “Nghiên cứu tình hình viêm loét giác mạc do nấm điều trị tại Bệnh viện Mắt TW năm 2004”, Tạp chí Y học Việt Nam 2011, số 2 tháng 6, tập 382, Tr 23 – 27.

MAGIONE, C. M. And Lee, P. P. (1998), Psychometric properties of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire, Arch Ophthalmol, 116, 1496 – 1504.





SCOTT, I.U. And Smiddy, W. E. (1999), Quality of Low vision patients and the impact of low vision services, *AJO*, 128 (1), 54 – 62.

SUZUKAMO, Y. OSHIKA, T. AND YUZAMA, M. (2005), Psychometric properties of 25 – item National Eye Institute Visual Function Questionnaire, Japanese version, Health and quality of life outcomes, 3, 65 – 76.

WOFLSOHN, J. S. (2000), Design of low vision quality of life questionnaire and measuring the outcome of low vision rehabilitation, *AJO*, 130 (6), 793 – 802.

### **SUMMARY EVALUATION OF VISUAL QUALITY OF PATIENTS WITH CONEAL DISORDERS AFTER TREATMENT AT DEPARTMENT OF CORNEA AND EXTERNAL DISEASES IN VNIO**

**Objective:** To evaluate the visual quality of patients with cornea disorders after treatment. Identify some factors related with visual quality of patients with coneal disorders.

**Subjects and methods:** Cross sectional study was conducted. 80 out- patients with cornea disorders at the department of Cornea and external, VNIO. Visual quality was measured by visual quality questionnaire which evaluate the effective level of completing life actions, spirit, social relations, occupation, following 5 categories with highest score equal 100.

**Results:** Among 80 subjects, male percentage accounted for 62.5%; subjects live mostly in rural areas (66.2%). Mean visual quality of subjects:  $54,9 \pm 24,1$ , which is in good level. Patients with 1 eye disorder are 58.8%. Mean visual quality scores of 1 eye disorder group ( $62.42 \pm 21.74$ ) is higher than 2 eyes disorders group ( $44.39 \pm 23.70$ ) ( $p=0,001$ ). Mean visual quality scores of male patients' ( $60.43 \pm 23.68$ ) is higher than female patients ( $45.90 \pm 22.42$ ), with the difference equal  $14,5 \pm 5,4$  ( $p=0.008$ ). Mean visual quality score of distance vision group with high functional eyes at level of 6/6-6/18 ( $68,3 \pm 17,9$ ) and decrease by the group of  $<1/60$ -ST (+) ( $23,5 \pm 10,6$  ;  $p<0,001$ ). There is linear relationship between visual quality score and distance vision ( $r=0.66$ ).

**Conclusion:** Visual quality of patients with cornea disorders at good level, with the mean score of  $54,9 \pm 24,1$ . Besides, visual quality is affected by the differences in gender, the numbers of eyes disorders and distance vision. Visual quality also have the linear relationship with distance vision ( $r=0.66$ ).

# KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH CÓ BHYT ĐÚNG TUYẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2013

Phó Anh Phương\*, Phạm Thị Kim Đức\*\*, Phạm Văn Tần\*\*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả tỷ lệ % sự hài lòng của người bệnh (NB) có bảo hiểm y tế (BHYT) đúng tuyến khám tại Bệnh viện Mắt TW. Đề xuất giải pháp khắc phục nhằm nâng cao sự hài lòng của NB có BHYT khám tại bệnh viện (BV).

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** 390 NB hoặc người nhà người bệnh (NNNB) khám tại phòng khám BHYT đúng tuyến BVMTW từ tháng 7 - 9/2013. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Kết quả:** 85,1% là NB chủ yếu trong độ tuổi lao động (67,3%), sống ở vùng đồng bằng. 90,3% NB chọn khám tại BV vì tin tưởng chất lượng chuyên môn. Thời gian khám cho NB về lâm sàng (LS): 135 phút  $\pm$  20; LS, cận lâm sàng (CLS) và hội chẩn: 240 phút  $\pm$  35. NB hài lòng về sắp xếp thời gian khám là hợp lý (85,8 %); về cơ sở vật chất (CSVC), trang thiết bị (TTB) của Khoa Khám bệnh (KKB) (75,7%); về sự phục vụ của điều dưỡng (ĐD) (86,7%); của bác sỹ (BS) (89,5%). Không có sự khác biệt về sự hài lòng của NB giữa các lần khám.

**Kết luận:** đa số là NB tham gia NC, chủ yếu trong độ tuổi lao động; chọn khám tại BV vì tin tưởng chất lượng chuyên môn (90,3%); Thời gian khám chữa bệnh (KCB) cho NB có BHYT: khám LS 135 phút  $\pm$  20; LS, CLS và hội chẩn: 240 phút  $\pm$  35; NB hài lòng về việc sắp xếp thời gian khám, CSVC, TTB của KKB, sự phục vụ của ĐD và BS của BV; chưa thấy có sự khác biệt về sự hài lòng của NB giữa các lần khám.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BVMTW là BV chuyên khoa đầu ngành về Nhãn khoa của cả nước, thường xuyên nằm trong tình trạng quá tải về KCB. Những năm gần đây, việc thực hiện BHYT toàn dân cũng góp phần làm tăng thêm lượng NB đến khám và điều trị tại BV. Trước thực trạng này, BV đã không ngừng nâng cao chất lượng KCB cho NB nói chung và NB có thẻ BHYT nói riêng, thông qua việc đảm bảo chất lượng chuyên môn tốt, tích cực nâng cấp cơ sở vật chất, bổ sung các trang thiết bị hiện đại, mở thêm nhiều phòng khám, nâng cao tinh thần trách nhiệm của Cán bộ viên chức Bệnh viện, đặc

biệt chú trọng vấn đề giao tiếp, ứng xử. Việc KCB cho người có thẻ BHYT là một chính sách lớn được Đảng và nhà nước quan tâm. Đã có rất nhiều văn bản quy định về vấn đề này, gần đây nhất Bộ Y tế ban hành công văn 1313/QĐ - BHYT ký ngày 22/4/ 2013 về việc hướng dẫn qui trình khám bệnh BV với mục đích: Thống nhất quy trình khám bệnh tại KKB của các BV. Đồng thời, hướng dẫn các BV thực hiện các giải pháp cải tiến quy trình và thủ tục trong khám bệnh, rút ngắn thời gian chờ, tránh gây phiền hà và tăng sự hài lòng của NB, đặc biệt đối với NB BHYT [5].

NB BHYT thường mang theo sự mặc cảm,

\* Khoa tạo hình thẩm mỹ

\*\* Phòng Điều dưỡng

\*\*\* Khoa khám bệnh ngoại trú

lo ngại vì sợ sẽ bị phân biệt đối xử, phải chờ đợi lâu, nhiều thủ tục hành chính rườm rà do KCB bằng thẻ BHYT. Bởi vậy việc đem lại sự yên tâm, tin tưởng và hài lòng cho NB và NNNB ngay từ nơi đây có một ý nghĩa rất to lớn đối với BV. Quan tâm, tìm hiểu thực trạng KCB của NB có BHYT hiện nay tại khoa Khám bệnh và Điều trị ngoại trú (KB – ĐTNT) là việc làm cần thiết giúp cho công tác phục vụ NB được tốt hơn, hiệu quả hơn. Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Khảo sát sự hài lòng của NB có BHYT đúng tuyến khám tại BVMTW năm 2013*” với 2 mục tiêu:

1. *Khảo sát sự hài lòng của NB có BHYT đúng tuyến khám tại BVMTW.*

2. *Đề xuất giải pháp khắc phục nhằm nâng cao sự hài lòng của NB.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** NB(NNNB) từ 18 tuổi trở lên, được khám tại phòng khám BHYT đúng tuyến BVMTW tỉnh táo, biết đọc, biết viết, tự nguyện tham gia NC.

- Loại trừ: NB(NNNB) thiếu năng trí tuệ, không đồng ý tham gia NC.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Mẫu nghiên cứu được chọn theo

$$\text{công thức: } n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Trong đó:

n: số lượng NB (NNNB) cần thiết để nghiên cứu có ý nghĩa.

Khi  $\alpha = 0,05$  độ tin cậy là 95%

p: tỷ lệ NB hài lòng 76,3% (Phạm Thị Vui, năm 2004)

$$q = 1 - p$$

d: tỷ lệ sai số tối đa cho phép, lấy = 5%

Theo công thức trên, n tính được là: 322

Dự phòng tỷ lệ bỏ cuộc: 20%

Số mẫu cần thu thập là:  $322 \times 120\% = 386$   
=> lấy tròn 390

- **Công cụ NC:** Sử dụng phiếu khảo sát được thiết kế theo mẫu, bao gồm: Thông tin về NB(NNNB); Mức độ hài lòng của NB(NNNB) đối với cơ sở vật chất, cách tổ chức phục vụ; Mức độ hài lòng của NB(NNNB) đối với ĐD và BS phục vụ.

### - Phương pháp thu thập số liệu:

• Giải thích để NB(NNNB) hiểu và đồng ý tham gia nghiên cứu

• Phát phiếu khảo sát vào tất cả những ngày làm việc trong tuần tại nơi NB vừa được lĩnh thuốc BHYT ra về.

• NB tự điền vào phiếu khảo sát.

• Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

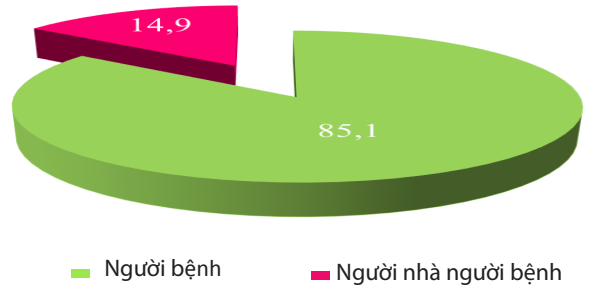
#### 3.1.1. Tuổi và giới

**Bảng 1. Phân bố người bệnh nhân theo tuổi và giới**

Giới Tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
18 – 20	23	5,89	44	11,28	67	17,17
21 – 30	22	5,64	38	9,74	60	15,38
31 – 40	17	4,35	36	9,23	53	13,59
41 – 49	32	8,20	49	12,56	81	20,77
50 – 60	18	4,61	36	9,23	54	13,84
> 60	25	6,43	50	22,06	75	19,25
Tổng số	137	35,12	253	64,88	390	100

Có 64,88 % NB là nữ, chỉ có 35,12 % NB là nam; các đối tượng rải đều ở các nhóm tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi từ 41- 49 tuổi (20,77%), thấp nhất là nhóm tuổi từ 31-40 (13,59%) lý giải sự chênh lệch này có thể do thời gian NC của chúng tôi ngắn, số lượng NB ít.

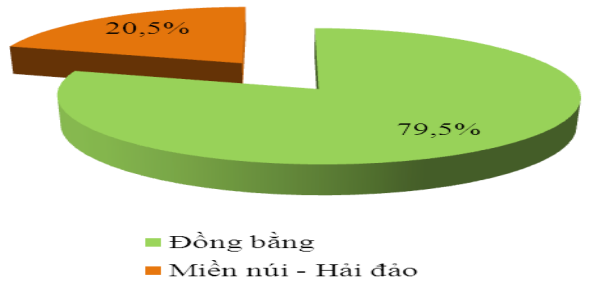
**3.1.2. Phân loại đối tượng nghiên cứu**



**Biểu đồ 1. Phân loại đối tượng nghiên cứu**

Đa số đối tượng nghiên cứu là NB (85,1%); chỉ có 14,9% NNNB

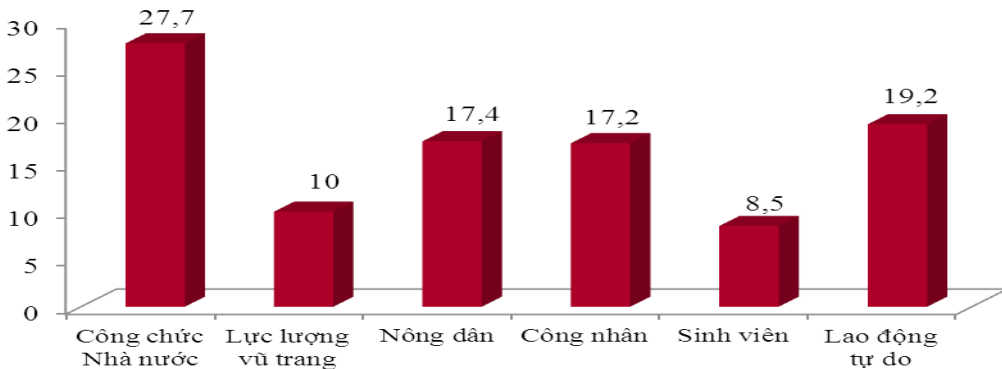
**3.1.3. Nơi sống**



**Biểu đồ 2. Phân bố theo nơi sống**

Đa số NB sống ở vùng đồng bằng (79,5%); chỉ có 20,5% NB sống ở vùng miền núi, hải đảo

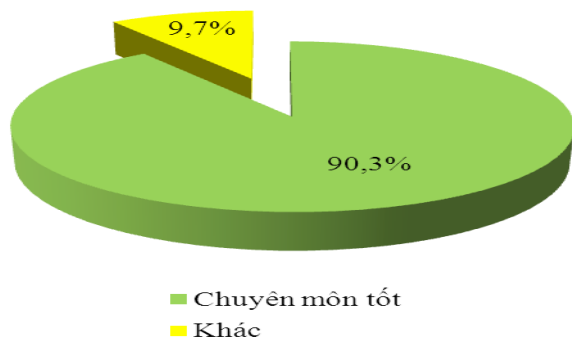
**3.1.4. Nghề nghiệp**



**Biểu đồ 3: Phân bố theo nghề nghiệp**

NB là công chức nhà nước chiếm cao nhất (27,7%), sinh viên thấp nhất chiếm (8,5%)

### 3.1.5. Lý do chọn khám tại bệnh viện



Biểu đồ 4: Lý do chọn khám bệnh viện

90,3% đối tượng chọn khám tại BV vì tin tưởng vào chuyên môn của CBCC trong BV.

### 3.2. Đánh giá của NB về các thủ tục KCB

**3.2.1. Thời gian chờ làm thủ tục hành chính và KB theo đánh giá của NB(NNNB) (bình thường: 30 phút; lâu : >30 phút – 60 phút; quá lâu : >60 phút)**

Bảng 2: Tỷ lệ NB đánh giá thời gian chờ khám bệnh theo mức độ

Tiểu mục khám	NB chờ theo mức độ		Bình thường (30 phút)		Lâu (> 30–60 phút)		Quá lâu (>60 phút)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đăng ký BHYT	224	57,4	151	38,8	15	3,8		
Khám chức năng	226	57,9	150	38,5	14	3,6		
Bác sỹ khám	237	60,7	139	35,6	14	3,6		
Đóng dấu làm CLS (n = 305)	171	56,1	120	39,3	14	4,6		
Siêu âm, ĐVM, TT, OCT (n = 207)	117	56,5	80	38,7	10	4,9		
Chụp Xquang, CT Scanner (n = 168)	94	56,1	65	38,8	9	5,1		
Xét nghiệm máu (n = 137)	78	56,9	53	38,5	6	4,5		
Xét nghiệm Vi sinh (n = 92)	53	57,6	35	38,1	4	4,3		
Khám nội khoa (n = 156)	88	56,4	60	38,3	8	5,0		
Hội chẩn tại khoa lâm sàng (n = 148)	79	53,3	61	41,1	8	5,6		
Lĩnh thuốc, nhận lại thẻ BHYT (n=235)	138	58,3	87	37,1	9	4,1		

Qua bảng trên ta thấy, phần đông NB đánh giá thời gian trong các quy trình KCB là bình thường với tỷ lệ trên 50%, tuy nhiên, BV vẫn cần cải tiến để rút ngắn thời gian chờ khám và khám hơn nữa. Đặc biệt có một số khâu được cho là lâu và quá lâu như: hội chẩn chuyên khoa (5,6%), chụp XQ, CT scanner (5,1%), xét nghiệm máu (4,5%) nhất là một số ngày trong tuần, một số tháng trong năm theo NC của Lê Thúy Hạnh năm 2010-2011 [2], điều này cho thấy sự cố gắng nỗ lực phấn đấu của nhân viên y tế (NVYT) trong việc đảm bảo phục vụ cho NB tại khoa KCB – BVMTW là nhanh và tốt nhất.

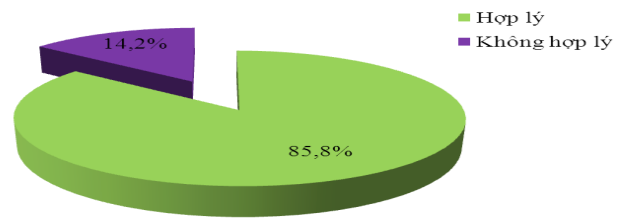
### 3.2.2. Về thời gian khám lâm sàng, cận lâm sàng, hội chẩn

**Bảng 3. Tổng thời gian theo hình thức khám**

Thời gian(phút)	Khám		
	Lâm sàng	LS + CLS	LS+CLS+ Hội chẩn
$\bar{X} \pm SD$	135 ± 20	180 ± 25	240 ± 35

Thời gian khám LS đơn thuần TB là 135 ± 20 phút ; Thời gian khám LS kết hợp thủ thuật và CLS TB là 180 ± 25 phút ; thời gian TB khám các ca bệnh có hội chẩn là 240 ± 35 phút. Kết quả cho thấy trung bình NB phải mất từ hơn 2h00 – 4h00 mới khám xong, theo tiêu chí phần đông là chưa đạt nên BV đã đang rất cố gắng cải tiến quy trình KCB, để rút ngắn thời gian chờ khám và tăng thời gian khám bệnh cũng như tư vấn cho NB hơn nữa để nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc và tăng sự hài lòng của NB.

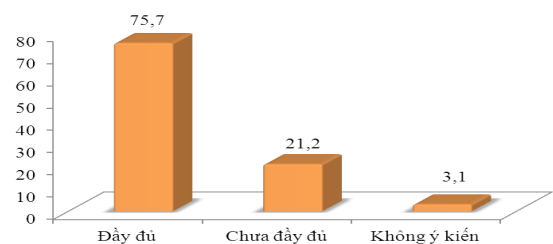
### 3.2.3. Sự hợp lý trong sắp xếp NB chờ khám



**Biểu đồ 5. Sắp xếp NB chờ khám**

Vẫn còn có đến 14,2% đối tượng đánh giá việc sắp xếp chờ khám là không hợp lý, điều này cho thấy rất cần phải cải thiện công tác sắp xếp chờ khám để đáp ứng tốt hơn nữa nhu cầu của NB.

### 3.3. Đánh giá của NB về cơ sở vật chất và trang thiết bị của khu KBH



**Biểu đồ 6. CSVC và trang thiết bị của khu KB BHYT (phòng, ghế, quạt, nước, màn hình, điện, máy móc, khu vệ sinh...)**

Có đến 75,7% NB cho rằng CSVC và trang bị của khu KB là đầy đủ; chỉ có 21,2% cho rằng chưa đầy đủ, điều này cho thấy việc bố trí được liên hoàn hệ thống đăng ký phòng khám, xét nghiệm gần nhau, cùng tầng sẽ đem lại nhiều tiện ích hơn cho NB góp phần làm NB hài lòng hơn khi đến KCB tại BV.

### 3.4 sự đánh giá của NB về chất lượng



### 3.4.1. Sự hướng dẫn, giải thích của Điều dưỡng

**Bảng 4. Sự hướng dẫn, giải thích của ĐD**

Mức độ	Số NB (n)	Tỷ lệ %
Đầy đủ	275	70,6
Chưa đầy đủ	77	19,7
Không ý kiến	38	9,7
Tổng số	390	100

Vẫn còn 19,7% NB cho rằng ĐD giải thích, hướng dẫn chưa đầy đủ, điều này cho thấy nếu NB không được hướng dẫn kỹ về các thủ tục và chỉ dẫn sơ bộ về quy trình khám sẽ dễ sợ hãi, gặp nhiều khó khăn có thể ảnh hưởng đến tâm lý, thái độ của họ đối với ĐD và tới BV.

### 3.4.2. Thái độ của ĐD đối với NB

**Bảng 5: Thái độ của ĐD đối với NB**

Mức độ	Số NB (n)	Tỷ lệ %
Niềm nở	293	75,1
Chưa niềm nở	70	17,9
Không ý kiến	27	7
Tổng số	390	100

Có đến 75,1% NB cho rằng thái độ của ĐD là niềm nở; chỉ có 17,9 % NB đánh giá chưa niềm nở, điều này cho thấy đội ngũ ĐD đã có nhiều cố gắng trong việc nâng cao chất lượng phục vụ, đáp ứng tốt nhu cầu của NB

### 3.4.3. Sự hài lòng với chất lượng chăm sóc, phục vụ NB của ĐD

**Bảng 6: Sự hài lòng của NB với ĐD**

Mức độ	Số NB (n)	Tỷ lệ %
Hài lòng	338	86,7
Chưa hài lòng	43	11,0
Không ý kiến	9	2,3
Tổng số	390	100

Vẫn còn đến 86,7% NB hài lòng với sự phục vụ, chăm sóc của ĐD, kết quả này tương tự với NC của Chu Thị Hằng (92%) [3]; Đào Thị Nga và CS (92%).

### 3.5. Sự đánh giá của NB về chất lượng phục vụ của Bác sỹ:

#### 3.5.1. Cách giải thích của bác sĩ về bệnh tật và điều trị

**Bảng 7: Cách giải thích của bác sĩ**

Mức độ	n	Tỷ lệ %
Đầy đủ	346	88,7
Chưa đầy đủ	42	10,8
Không ý kiến	2	0,5
Tổng số	390	100

Có 88,7 % NB hài lòng với cách giải thích của BS, kết quả này phù hợp với NC về sự hài lòng của NB tại BV đa khoa Phú Thọ (81,8%); BV Thanh Nhàn (90%); BV Bạch Mai (89,8%),...

#### 3.5.2. Thái độ của bác sĩ

**Bảng 8: Thái độ của bác sĩ**

Mức độ	n	Tỷ lệ %
Niềm nở	348	89,2
Chưa niềm nở	39	10,0
Không ý kiến	3	0,8
Tổng số	390	100

89,2% NB đánh giá thái độ của BS niềm nở; chỉ 10,0% cho rằng chưa niềm nở

### 3.5.3. Sự hài lòng của NB đối với bác sĩ

**Bảng 9: Sự hài lòng của NB đối với bác sĩ**

Mức độ	n	Tỷ lệ %
Hài lòng	349	89,5
Chưa hài lòng	39	10,0
Không ý kiến	2	0,5
Tổng số	390	100

Vẫn còn 10,5% NB (NNNB) không hài lòng với BS khám bệnh

### 3.5.4 Sự liên quan giữa số lần khám và mức độ hài lòng của NVYT

**Bảng 10: Tỷ lệ % của NB hài lòng về BS, ĐD giữa các số lần khám**

Đối tượng	Hài lòng		Chưa hài lòng	
	BS	ĐD	BS	ĐD
Khám lần đầu (%)	48,1	43,9	5,6	5,8
Khám >2 lần (%)	41,4	42,8	4,4	5,2
Tổng số	89,5	86,7	10,0	11,0

Tỷ lệ hài lòng của NB về BS và ĐD giữa lần khám đầu và những lần khám sau là tương đương nhau: BS là 48,1% ở lần khám đầu, 41,4% ở những lần khám sau; ĐD là 43,9% ở lần khám đầu, 42,8% ở những lần khám sau.

## IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 390 đối tượng, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Đặc điểm đối tượng NC: 85,1% là NB, chủ yếu trong độ tuổi lao động (67,3%), sống ở vùng đồng bằng; 90,3% NB chọn khám tại BV vì tin tưởng chất lượng chuyên môn.

Thời gian KCB cho NB có BHYT: Thời gian TB khám LS: 135 phút  $\pm$  20; khám LS, CLS: 180 phút  $\pm$  25; khám LS, CLS hội chẩn: 240 phút  $\pm$  35

Đánh giá sự hài lòng của NB: 85,8 % NB đánh giá việc sắp xếp thời gian khám là hợp lý; 75,7% NB hài lòng với CSVC, TTB của KKB; 86,7% NB hài lòng với phục vụ của ĐD; 89,5% NB hài lòng với phục vụ của BS

Một số vị trí khám được coi là lâu hơn: hội chẩn chuyên khoa (46,7%), chụp Xquang (43,9%)...

Không có sự khác biệt về sự hài lòng của NB giữa các lần khám

## V. KIẾN NGHỊ

Cần rút ngắn thời gian KCB đặc biệt ở một số công đoạn: hội chẩn chuyên khoa Xquang, siêu âm, xét nghiệm... bằng tăng cường bác sĩ trực hội chẩn, tăng số lượng máy cận lâm sàng (Xquang, siêu âm, XN máu...)

Nâng cao nhận thức, thái độ phục vụ của NVYT đối với NB.



Đẩy mạnh tuyên truyền, thông báo để NB biết lịch KCB của BV vào hầu hết các ngày trong tuần nhằm giảm tải BV, đồng thời tăng cường dịch vụ đặt khám qua điện thoại để giảm thời gian chờ khám của NB.

- Tăng cường công tác hướng dẫn, tư vấn cho NB tại các vị trí của KKB, bổ sung hệ thống biển báo, sơ đồ chỉ dẫn để thuận lợi cho NB trong KCB.

### \* TÀI LIỆU THAM KHẢO

- NGUYỄN THỊ LAN ANH và cộng sự (2011), “Khảo sát sự hài lòng của NB tại khoa KB theo yêu cầu BV Mắt TW 2011”, Kỷ yếu Hội nghị KHĐD BV Mắt TW lần thứ III năm 2011, 63 – 71.

- ĐẶNG VĂN CHÍNH, ĐÀO THỊ NGA và cs (2007), “Thực trạng giao tiếp ứng xử của điều dưỡng và hiệu quả của xây dựng các quy định, tập huấn về kỹ năng giao tiếp, ứng xử tại BV Thanh Nhàn”, Hội nghị KHĐD BV Mắt TW lần thứ II, Hội Điều dưỡng Việt Nam, tr 116-123.

- ĐỖ THỊ MINH HÀ và cộng sự, (2006), “Đánh giá sự hài lòng của NB đối với giao tiếp điều dưỡng tại Bệnh viện Lao và bệnh Phổi năm 2006”, Hội nghị KHĐD Bệnh viện Mắt TW lần thứ 2, trang 106.

- LÊ THÚY HẠNH và cs (2010-2011), “Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến tần suất khám chữa bệnh tại khoa KCB theo yêu cầu Bệnh viện mắt TW trong 2 năm”, Kỷ yếu hội nghị khoa học điều dưỡng Bệnh viện Mắt TW lần thứ III năm 2011, tr 9.

- CHU THỊ HẰNG và cộng sự (2008), “Đánh giá sự hài lòng của NB đến khám tại BV Mắt TW”, Tạp chí Nhân Khoa VN, số 129.

- ĐOÀN THỊ MINH HUỆ và cộng sự (2011), “Đánh giá thực trạng giao tiếp của điều dưỡng với kỹ thuật viên, hộ lý tại BV Mắt TW năm 2011”, Kỷ yếu Hội nghị KHĐD BV Mắt TW lần thứ III năm 2011, 16 – 23.

- PHẠM THỊ VÂN (2009), “Khảo sát thực trạng giao tiếp và ứng xử của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang từ 4/2009 đến 8/2009”, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu tại hội nghị KHĐD Toàn quốc lần thứ nhất, Hội Điều dưỡng VN, 20-22.

- BỘ Y TẾ (2013), CV số 1313 – QĐ/BYT – Quyết định về việc ban hành. Hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện.

# VIÊM KẾT MẠC CẤP

Đỗ Hương Huyền\*

**1. Viêm kết mạc cấp** là một viêm nhiễm cấp tính của kết mạc, bệnh có thể lây lan thành dịch (gọi là dịch đau mắt đỏ). Bệnh gặp phổ biến ở nước ta, ở các thành phố lớn gặp nhiều hơn ở nông thôn do mật độ dân cư đông hơn.



Ảnh 1: Viêm kết mạc

Kết mạc là phần của mắt tiếp xúc trực tiếp với môi trường bên ngoài nên rất dễ bị nhiễm các yếu tố gây viêm và ngược lại khi bị viêm kết mạc thì các yếu tố gây bệnh dễ phát tán ra ngoài và lây cho những người khác. Viêm kết mạc cấp có thể do vi khuẩn (tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn, tạp khuẩn...), do virus (Adeno virus), kí sinh trùng... Nhưng những trường hợp viêm kết mạc cấp lây lan nhanh thành dịch thường là do virus. Thời gian ủ bệnh (thời gian từ khi bị nhiễm đến khi xuất hiện bệnh) khoảng 3 ngày.

Khi bị bệnh người bệnh (NB) sẽ thấy: mắt bị ngứa, cộm, chói, đau nhức, sợ ánh sáng, chảy nước mắt và có nhiều dử mắt. Đôi khi sáng ngủ dậy dử mắt làm cho hai mí dính chặt lại nên NB rất khó mở mắt (dử mắt có thể màu xanh hoặc vàng, tùy tác

nhân gây bệnh).

Người bệnh thấy khó nhìn, nhưng không giảm thị lực trừ khi có biến chứng gây viêm giác mạc.

**Khám mắt sẽ thấy:** mí mắt có thể sưng nề, tiết tố bám vào lông mi, đỏ mắt (do cương tụ mạch máu lớp nông của kết mạc), kết mạc có nhiều nhú mạch máu và hột. Trường hợp nặng kết mạc có thể phù nề, xuất huyết, có thể có giả mạc. Khi bệnh biến chứng gây viêm giác mạc sẽ làm cho giác mạc bị mờ, đục do thâm nhiễm tế bào viêm, khi đó thị lực của người bệnh Toàn thân người bệnh có thể có sốt nhẹ, có sưng hạch góc hàm hoặc hạch sau tai, họng đỏ, amidan sưng to.

## 2. Con đường lây lan của bệnh:

Bệnh có thể lây từ người này sang người khác, nguồn lây là vi khuẩn hoặc virus gây bệnh có rất nhiều trong nước mắt và dử mắt người bệnh và có thể lây cho người khác qua các đường:

– Lây qua các vật dụng sinh hoạt: do dùng chung khăn mặt và chậu rửa mặt, người bệnh dụi mắt và cầm nắm vào các đồ vật và sẽ lây cho những người dùng chung đồ vật đó (hay gặp ở những người trong cùng gia đình, cùng cơ quan, các nhà trẻ, mẫu giáo), hoặc lây qua môi trường bể bơi, ở một số nơi do vệ sinh kém (như ở một số vùng nông thôn) có thể lây qua vật trung gian là ruồi.

– Lây qua đường nước bọt: nước mắt được tiết ra sau khi làm nhiệm vụ dinh dưỡng và làm sạch cho mắt sẽ thoát qua đường dẫn nước mắt (lệ đạo) để xuống



mũi, họng. Ở người bị viêm kết mạc cấp trong nước mắt có chứa rất nhiều yếu tố gây bệnh, khi người bệnh nói chuyện, ho hoặc hắt hơi thì nước bọt bắn ra ngoài mang theo yếu tố gây bệnh và lây bệnh cho người khác.

### 3. Điều trị và chăm sóc bệnh viêm kết mạc cấp do virus:

Khi bị bệnh, người bệnh nên đến các cơ sở khám chữa mắt để được khám và điều trị. Tránh trường hợp người bệnh tự mua thuốc về nhỏ gây ra những biến chứng nguy hiểm. Thuốc điều trị gồm có: Kháng sinh tra tại mắt (hiện nay có rất nhiều kháng sinh phổ rộng như: Tobrex, Cébemyxine, ... có thể tra mắt 4-6 lần mỗi ngày); khi người bệnh có sốt, sung hạch, viêm họng có thể dùng kháng sinh toàn thân đường uống (erythromyxin, cephalaxine,..); có thể dùng thêm thuốc hạ sốt, chống viêm giảm phù nề như: Paracetamol, Alphachymotrypsine, Amitase...

#### \* Cách chăm sóc toàn thân:

Người bệnh cần nâng cao thể trạng bằng cách uống nhiều nước, ăn thêm nhiều rau, củ, quả chứa vitamin C, D như: cam, chanh, bưởi...

Kiêng các chất kích thích như : rượu, bia...sẽ làm mắt đỏ lên, lâu khỏi. Tránh tiếp xúc chỗ đông người, sử dụng mắt quá lâu.

#### \* Chăm sóc tại chỗ:

Vệ sinh mắt, hướng dẫn người bệnh cách tra thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ, có thể dùng nước muối 0,9% nhỏ mắt cho sạch, lau khô rồi mới tra kháng sinh. Trong trường hợp người bệnh bị nặng gây viêm Giác mạc, có Giả mạc, cần bóc giả mạc. Nên cho người bệnh nghỉ ngơi, tránh làm việc nhiều, hạn chế tiếp xúc với ánh sáng và thăm khám thường xuyên.

### 4. Hậu quả của bệnh đau mắt đỏ (viêm kết mạc cấp):

Bệnh có thể khỏi hoàn toàn trong vòng 1 đến 2 tuần không để lại di chứng gì. Tuy nhiên, nó có thể gây ra một số hậu quả như ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động, gây tổn thương giác mạc (viêm giác mạc đốm, viêm giác mạc chấm nông) làm giảm thị lực kéo dài và có thể lây lan thành dịch làm cho nhiều người cùng bị bệnh.

### 5. Phương pháp phòng bệnh:

– Luôn vệ sinh môi trường và vệ sinh cá nhân sạch sẽ. Khi đi đường bụi phải đeo kính, tra nước muối sinh lý (NaCl 0,9%) để rửa mắt. Khi bị viêm kết mạc cấp phải có ý thức phòng tránh lây nhiễm cho người khác như: dùng riêng khăn và chậu rửa mặt, đeo kính và đeo khẩu trang, hạn chế đến những nơi đông người khi không cần thiết (trẻ em nên cho nghỉ học để tránh lây nhiễm cho những em khác). Trước khi dùng các vật dụng chung phải rửa tay xà phòng.

– Không tự ý dùng thuốc của người khác tra, nhỏ cho người bệnh.

– Không tự đắp lá trầu, lá dâu vào mắt vì có thể gây nhiễm trùng nặng thêm.

– Bệnh viêm kết mạc có thể gây nhức, ngứa mắt, hạn chế dụi mắt, sờ vào mắt vì có thể gây trầy xước giác mạc và làm bệnh nặng thêm.

– Nên ăn các thức ăn giàu vitamin C, D như: bánh mỳ, yến mạch, quả hạnh, rau diếp vì chúng sẽ nâng cao được hệ miễn dịch và bảo vệ mắt tránh nguy cơ lây nhiễm.

# KIỂM SOÁT ĐIỀU TIẾT TRONG KHÁM KHÚC XẠ

Nguyễn Thúy Hải, Nguyễn Thị Thu Hiền\*

## 1. Đặt vấn đề

Hiện nay, tình hình tật khúc xạ ở trẻ em ngày càng gia tăng, hàng ngày tại các phòng khám của bệnh viện Mắt Trung ương tiếp nhận rất nhiều trẻ đến khám vì tật khúc xạ. Với số lượng người có nhu cầu khám tật khúc xạ ngày càng đông và yêu cầu chất lượng khám ngày càng cao, việc kiểm soát điều tiết trong khám khúc xạ là vô cùng cần thiết để đảm bảo chỉ định kính đeo đúng số cho người bệnh.

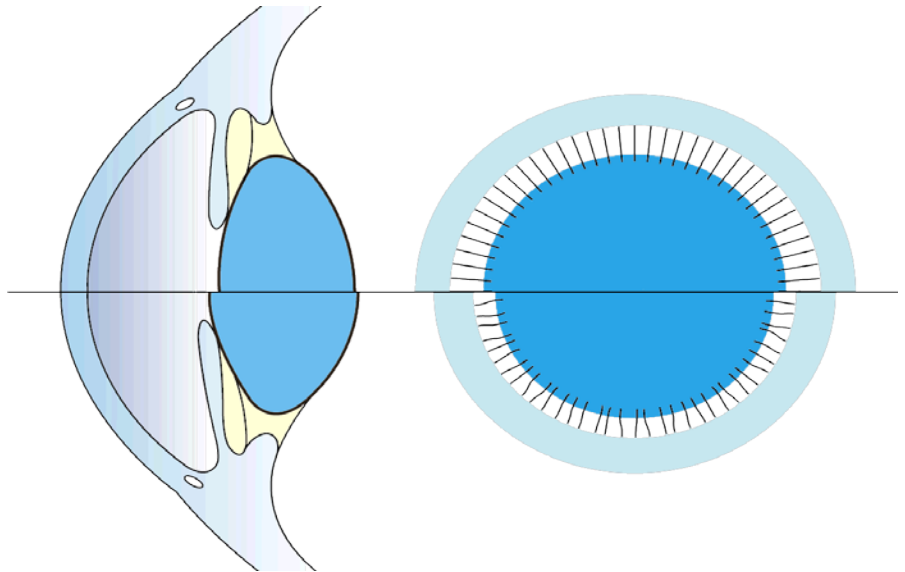
Điều tiết là khả năng thích ứng đặc biệt của con mắt nhờ đó mắt có thể hiệu chỉnh hệ thống quang học để nhìn rõ một vật khi nó thay đổi khoảng cách tới mắt trong một giới hạn nào đó. Điều tiết là một tính năng của nhìn gần, khi một vật ở khoảng cách xa hơn 6m trong điều kiện mắt chính thị, các tia sáng tới mắt từ

vật là song song và được hội tụ tại võng mạc. Khi vật di chuyển lại gần mắt hơn, nếu mắt không điều tiết các tia sáng sẽ hội tụ đằng sau võng mạc. Để có hình ảnh rõ nét, mắt cần phải điều tiết để đưa ảnh của vật từ sau ra trước và hội tụ trên võng mạc. Quá trình điều tiết này diễn ra là nhờ có sự thay đổi hình dạng của thể thủy tinh (bề mặt thể thủy tinh tăng độ cong và tăng độ dày ở trung tâm) những thay đổi này giúp làm tăng công suất khúc xạ của thể thủy tinh, nhờ đó khúc xạ của mắt cũng tăng lên.

Sai lầm thường gặp khi khám khúc xạ là nếu người bệnh điều tiết nhiều đặc biệt trẻ em, dễ bị cho công suất kính cầu quá trừ hoặc non cộng, dẫn đến đơn kính chỉ định không chính xác. Nếu người bệnh đeo kính không đúng làm cho mắt phải

Mắt nghỉ ngơi

Mắt điều tiết



Hình 1: Mắt ở trạng thái nghỉ ngơi và trạng thái điều tiết

liên tục điều tiết có thể gây ra mỏi mắt, đau đầu. Đôi khi những triệu chứng này làm người bệnh khó chịu đến mức không thể đeo kính được cấp, ngay cả khi với kính đó người bệnh nhìn rõ. Vậy để tránh sai lầm khi thử kính cần kiểm soát tốt điều tiết của người bệnh.

## 2. Các phương pháp kiểm soát điều tiết trong khám khúc xạ

### 2.1 Cần tuân thủ nguyên tắc thử kính cầu tối ưu

a. Bao giờ cũng cho kính cộng trước khi cho kính trừ

b. Khi thử kính cộng cần đặt mắt kính cộng thứ hai vào gọng thử trước khi lấy mắt kính cộng thứ nhất ra, ngược lại khi thử mắt kính trừ cần rút kính trừ thứ nhất ra khỏi gọng thử trước khi đặt kính trừ thứ hai vào.

c. Căn cứ vào thị lực xa không kính để quyết định bắt đầu bằng mắt kính nào:

Nếu thị lực không kính:

- $\geq 20/60$  → bắt đầu bằng +0.50D sau đó -0.50D
- $< 20/60$  và  $\geq 20/200$  → bắt đầu bằng +1.50D sau đó -1.50D
- $< 20/200$  → bắt đầu bằng +3.00D sau đó -3.00D

Kính cầu tối ưu là kính khi thêm +0.25D làm cho thị lực giảm đi hoặc khi thêm -0.25D làm cho thị lực giảm đi hoặc không thay đổi

Kính cầu tối ưu là kính cầu cộng cao nhất cho thị lực tốt nhất hoặc kính cầu trừ thấp nhất cho thị lực tốt nhất.

### 2.2 Đo khúc xạ bằng soi bóng đồng tử:

Ánh sáng trong phòng thích hợp (đủ sáng để người bệnh nhìn vật tiêu và ánh sáng đèn không chiếu vào mắt người bệnh làm ảnh hưởng đến việc soi bóng đồng tử), đảm bảo người bệnh luôn nhìn vào vật tiêu ở xa, sau khi trung hòa bóng đồng tử mắt trái cần kiểm tra lại bóng đồng tử của mắt phải để đảm bảo hai mắt đều giãn được điều tiết. Trong những trường hợp trẻ nhỏ, trẻ không hợp tác, trẻ bị viễn thị, người bệnh điều tiết mạnh hoặc không ổn định,...nên dùng thuốc liệt điều tiết để soi bóng đồng tử

### 2.3. Làm test +1.00 và cân bằng 2 mắt:

– Test +1.00: Khi thêm kính +1.00 có làm thị lực của người bệnh giảm ít nhất 2 dòng không? Test +1.00 là cách tốt để đảm bảo điều tiết của người bệnh được giãn trong khi thử kính và đảm bảo người bệnh không bị quá trừ hoặc non cộng.

– Cân bằng 2 mắt: Với những trường hợp thị lực 2 mắt trước khi làm test +1.00 phải như nhau hoặc hơn kém nhau không quá 3 chữ ta có thể làm cân bằng 2 mắt. Sau khi thêm kính +1.00 vào 2 mắt, ta che mắt luân phiên, nếu 2 mắt nhìn như nhau ta tiếp tục làm các bước của test +1.00; nếu 2 mắt nhìn không như nhau ta sẽ thêm kính +0.25 vào mắt nhìn rõ hơn cho đến khi 2 mắt nhìn như nhau thì dừng lại. Điều này để đảm bảo 2 mắt luôn điều tiết như nhau trong quá trình làm test +1.00.

## 3. Kết luận

Nếu chúng ta tuân thủ các bước kiểm soát điều tiết trên trong khám khúc xạ thì sẽ giảm thiểu được tình trạng người bệnh đeo kính không đúng số

# BẾ GIẢNG KHÓA ĐÀO TẠO QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG

*Vũ Hòa Long (\*)*

Chiều ngày 3/4/2015 Bệnh viện Mắt TW tổ chức Bế giảng khóa đào tạo quản lý điều dưỡng do bệnh viện phối hợp với Trung tâm Tư vấn dịch vụ điều dưỡng hỗ trợ cộng đồng thuộc Hội Điều dưỡng Việt Nam tổ chức. Đây là khóa học nhằm mục tiêu đào tạo người điều dưỡng có đủ kiến thức, kỹ năng cơ bản về quản lý chuyên ngành điều dưỡng, áp dụng được các kỹ năng đó vào việc lập kế hoạch, quản lý và chăm sóc người bệnh tại đơn vị, đồng thời có thể tham gia công tác đào tạo, nghiên cứu khoa học, đóng góp có hiệu quả vào công tác

chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Khóa học được tổ chức từ tháng 11/2014 đến tháng 4/2015 gồm 40 học viên của 17 khoa phòng trong bệnh viện. Tới dự buổi lễ Bế giảng khóa học có BSKII Hoàng Văn Thành – P.Cục trưởng Cục Quản Lý Khám Chữa Bệnh (QLKCB) - Bộ Y tế, ThS. Phạm Đức Mục - Chủ tịch Hội điều dưỡng Việt Nam, Giám đốc Trung tâm Tư Vấn Dịch Vụ Điều Dưỡng (TVDVĐD) hỗ trợ cộng đồng, CN. Nguyễn Thị Minh Tâm -Tổng thư ký Hội Điều dưỡng Việt Nam, Chủ tịch Hội điều dưỡng Hà Nội, về phía Ban Giám đốc Bệnh viện có TS. Nguyễn Xuân Hiệp và ThS. Nguyễn Đức Thành.



Ảnh 1: BSKII Hoàng Văn Thành và ThS. Phạm Đức Mục tặng phần thưởng cho các học viên xuất sắc

Phát biểu tổng kết khóa học, bà Nguyễn Thị Minh Tâm – Tổng thư ký Hội Điều dưỡng Việt Nam, Chủ tịch Hội điều dưỡng Hà Nội, giảng viên phụ trách lớp cho biết sau khóa học các học viên đã được tăng cường năng lực và tư duy quản lý và lãnh đạo công tác điều dưỡng, biết cách xây dựng kế hoạch và đề ra giải pháp thực hiện các hoạt động điều dưỡng, nâng cao kỹ năng giám sát kiểm tra, báo cáo và kiến thức thực tế về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn, biết cách xây dựng đề cương đề tài nghiên cứu khoa học, tổ chức và tuyên truyền tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Kết quả kiểm tra cuối khóa 97,5% học viên đạt loại khá giỏi.

Thay mặt lãnh đạo Bệnh viện, P. Giám đốc TS. Nguyễn Xuân Hiệp đã cảm ơn sự hợp tác, hỗ trợ hết sức tận tình, trách nhiệm của lãnh đạo Hội Điều dưỡng Việt Nam, Trung tâm TVDVĐD hỗ trợ cộng đồng và đội ngũ giảng viên đã giúp cho khóa học thành công tốt đẹp. TS. Nguyễn Xuân Hiệp chúc mừng các học viên đã vượt qua khó khăn, thu xếp thời gian, công việc gia đình để hoàn thành tốt khóa học, chúc các học viên sẽ áp dụng những kiến thức, kỹ năng được đào tạo vào công việc thực tế tại bệnh viện. Trong thời gian tới bệnh viện sẽ tiếp tục hợp tác với Trung tâm TVDVĐD hỗ trợ cộng đồng triển khai các khóa quản lý điều dưỡng tiếp theo.



Ảnh 2: Lãnh đạo Hội Điều dưỡng Việt Nam, Cục QLKCB Bộ Y tế, Trung tâm TVDVĐD và Bệnh viện Mắt TW chụp ảnh với các học viên

**Bảng 8. Tình trạng CLTG**

<b>Thị lực nhìn xa</b>	
6/6 – 6/18 (10/10 – 3/10)	
< 6/18 – 6/60 (< 3/10 – 1/10)	
< 6/60 – 3/60 (< 1/10 ĐNT 3m)	
< 3/60 – 1/60 (<ĐNT 3m – ĐNT 1m)	
< 1/60 – ST (+) (< ĐNT1m – ST (+))	

CLTG của nhóm NB có thị lực nhìn xa tốt và giảm dần với các mức thị lực kém dần, với điểm CLTG đạt mức độ kém ( $23.54 \pm 10.59$ ),  $p < 0.001$ . Như vậy, giữa thị lực nhìn xa của NB tuyến tính với mức độ trung bình ( $r = 0.66$ ), tức là càng đạt mức kém. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Suzukamo và cộng sự, của Scott và cộng sự, của





### **CLTG theo thị lực nhìn xa**

<b>n</b>	<b>Điểm TB</b>	<b>p &lt; 0.001</b>
44	68.32 ± 17.97	
17	49.50 ± 20.87	
8	32.81 ± 18.49	
5	29.50 ± 13.74	
6	23.54 ± 10.59	

Ốt (6/6 – 6/18) đạt mức độ khá (68.32 ± 17.79) mức thị lực nhìn xa kém nhất (<1/60 – ST (+)), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với và tình trạng thị giác chung có mối liên quan là thị lực nhìn xa càng thấp thì CLTG chung phù hợp với nghiên cứu của Wolffsohn, của Nguyễn Thị Thu Hiền [2,5,6,7].

# LÁC

Tác giả: Gary Heiting, OD

<http://www.allaboutvision.com/conditions/strabismus.html>

Người dịch: Trần Thúy Anh\*

**Lác** là mất khả năng duy trì sự thẳng trục và phối hợp đồng thời của hai mắt.

Nếu người bệnh bị lác, một mắt sẽ nhìn thẳng vào vật khi quan sát, trong khi mắt còn lại lệch vào phía trong (lác trong), ra ngoài (lác ngoài), phía trên (lác đứng lên trên) hoặc phía dưới (lác đứng xuống dưới).

Lác có thể ổn định hoặc luân hồi. Sự lệch trục này có thể luôn chỉ xuất hiện ở một mắt (lác một mắt) hoặc luân phiên giữa hai mắt (lác luân phiên).

Để tránh tình trạng song thị do bị lác bẩm sinh hoặc lác khi còn nhỏ, bộ não sẽ bỏ qua các hình ảnh từ mắt bị nhìn lệch, điều này dẫn đến nhược thị hoặc hiện tượng “mắt lười” ở mắt bị lác.

Theo Hiệp hội Nhân nhĩ và lác của Mỹ, có khoảng 4% dân số Hoa Kỳ bị lác trong hoặc các dạng lác khác.

## Triệu chứng cơ năng và thực thể của lác

Dấu hiệu cơ bản của lác là sự lệch trục có thể thấy được của mắt, với một mắt lệch vào trong, ra ngoài, lên trên, xuống dưới hoặc một góc chéo.

Khi sự lệch trục của mắt lớn và rõ ràng, lác được gọi là lác có độ lác lớn, là góc lệch rõ ràng giữa trục nhìn của mắt nhìn thẳng và mắt nhìn lệch. Mắt nhìn lệch ít rõ ràng hơn gọi là lác có độ lác nhỏ.

Thường thì những trường hợp lác có độ lác lớn ổn định không phải là nguyên nhân gây ra các triệu chứng như mỏi mắt và đau đầu bởi hầu như không có sự gắng sức của bộ não giúp cho mắt nhìn thẳng. Bởi vậy, lác có độ lác

lớn thường gây nhược thị sâu ở mắt lác nếu không được điều trị.



Ảnh 1. Lác trong cần được điều trị sớm để tránh nhược thị

Những trường hợp lác có độ lác nhỏ ít được để ý hơn có khả năng gây ra các rối loạn thị giác, đặc biệt nếu lác là luân hồi và luân phiên. Thêm vào các triệu chứng đau đầu và mỏi mắt, có thể bao gồm thêm các triệu chứng đọc không thoải mái, mệt mỏi khi đọc và nhìn sự vật không ổn định hoặc “chập chờn”. Nếu lác có độ lác nhỏ ổn định và ở một mắt, nó có thể dẫn đến nhược thị đáng kể ở mắt lác.

Cả lác có độ lác lớn và có độ lác nhỏ đều có thể làm ảnh hưởng đến tâm lý và sự tự tin ở cả trẻ em và người trưởng thành bị lác, vì nó ảnh hưởng đến việc giao tiếp bình thường bằng mắt với người khác, thường gây bối rối và lúng túng.

Những trẻ mới sinh thường có lác trong không ổn định thường do sự phát triển chưa hoàn thiện của thị giác, nhưng hiện tượng này sẽ mất đi khi trẻ lớn lên và hệ thống thị giác phát triển hoàn chỉnh. Tuy nhiên, hầu hết các loại lác đều không mất đi khi đứa trẻ lớn lên.

Kiểm tra mắt trẻ thường quy là cách tốt nhất để phát hiện lác. Thông thường, lác được phát hiện và được điều trị càng sớm thì kết quả càng thành công. Nếu không được điều trị, trẻ có thể bị song thị, nhược thị hoặc các triệu chứng thị giác gây ảnh hưởng đến việc đọc và học ở lớp.

### Nguyên nhân gây lác?

Mỗi mắt đều có 6 cơ vận nhãn ngoại lai kiểm soát vị trí và vận động của mắt. Để có thị giác hai mắt bình thường, vị trí, chi phối của hệ thần kinh và chức năng của các cơ này ở hai mắt phải được phối hợp một cách hoàn hảo.

Lác xảy ra khi có vấn đề về mặt thần kinh hoặc giải phẫu, mà ảnh hưởng đến việc chi phối và chức năng của các cơ vận nhãn. Vấn đề có thể bắt nguồn từ chính các cơ này hoặc tại các dây thần kinh hoặc trung tâm thị giác ở não điều khiển thị giác hai mắt.

Di truyền cũng có thể có vai trò: Nếu bạn hoặc vợ (chồng) bạn bị lác, con bạn có nguy cơ bị lác cao hơn.

Thỉnh thoảng, khi một đứa trẻ bị viễn thị cố gắng nhìn để bù cho số viễn chưa được chỉnh kính, nó sẽ phát triển một loại lác được gọi là lác trong điều tiết, mà nguyên nhân là do hai mắt cố gắng tập trung nhìn quá mức. Loại hình lác này thường xuất hiện ở trẻ dưới 2 tuổi nhưng cũng có thể xảy ra ở tuổi lớn hơn. Thông thường lác trong điều tiết có thể điều chỉnh được hoàn toàn bằng việc đeo kính gọng hoặc kính áp tròng.

### Phẫu thuật lác

Trong hầu hết các trường hợp, phương

pháp điều trị hiệu quả duy nhất đối với những trường hợp lác thường xuyên là phẫu thuật lác. Nếu bác sĩ nhãn khoa của bạn thấy con bạn bị lác, họ sẽ gửi con bạn đến một bác sĩ nhãn khoa chuyên phẫu thuật lác.

Thành công của phẫu thuật lác phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, bao gồm cả hướng và độ lác. Trong một số trường hợp có thể cần phẫu thuật không chỉ một lần. Bác sĩ chuyên phẫu thuật lác có thể cung cấp cho bạn thêm nhiều thông tin về điều này trong suốt buổi tư vấn trước phẫu thuật.

Phẫu thuật lác cũng có thể có hiệu quả trong việc điều chỉnh thẳng trục cho những người trưởng thành đã bị lác trong thời gian dài. Tuy nhiên, trong rất nhiều trường hợp lác ở người trưởng thành nhược thị vẫn còn sau khi mắt đã hoàn toàn hết lác. Điều này cho thấy tại sao lác được điều trị sớm là rất quan trọng.

Lác được điều trị càng sớm bằng phẫu thuật thì càng có nhiều khả năng mắt đó sẽ phát triển thị lực bình thường và hai mắt đó sẽ cùng hoạt động đồng thời cùng lúc.

### Điều trị lác không phẫu thuật

Trong một số trường hợp lác luân hồi và độ lác nhỏ, có thể cải thiện sự thẳng trục của mắt bằng liệu pháp thị giác không cần phẫu thuật.



Hình 2. Lác là tình trạng hai mắt không nhìn cùng hướng khi nhìn vào một vật



Ví dụ, thiếu năng quy tụ (CI) là một hình thái cụ thể của lác ngoài luân hồi, trong đó hai mắt thường nhìn thẳng khi nhìn các vật ở xa, nhưng không đạt được hoặc duy trì sự thẳng trục khi nhìn các vật ở gần như đọc sách, kết quả là một mắt trượt theo hướng ra ngoài. Thiếu năng quy tụ có thể dẫn đến việc đọc không thoải mái, gây mỏi mắt, nhìn mờ, nhìn hai hình và đau đầu.

Ngoài ra còn một số bằng chứng cho thấy CI có thể làm mất chú ý và ảnh hưởng đến việc học tập ở trẻ. Một nghiên cứu được tiến hành gần đây bởi các nhà nghiên cứu của Mayo Clinic cho thấy trẻ em có lác ngoài (bao gồm cả thiếu năng quy tụ) ở lứa tuổi nhỏ có nhiều khả năng mắc rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD), rối loạn điều chỉnh và khả năng học tập ở tuổi thiếu niên.

Một số loại lác cũng liên quan tới tăng nguy cơ cận thị. Một nghiên cứu khác của Mayo Clinic công bố vào năm 2010 cho thấy 135 đứa trẻ bị lác ngoài luân hồi trong khoảng hơn 20 năm đã cho thấy rằng hơn 90% những trẻ này mắc cận thị khi chúng được 20 tuổi.

Theo hướng tích cực thì dường như liệu pháp thị giác không cần phẫu thuật có thể là hướng điều trị hiệu quả đối với những trường hợp thiếu năng quy tụ. Trong một nghiên cứu công bố trên tạp chí *Archives of Ophthalmology*, có 73% trong tổng số 221 trẻ có các triệu chứng thiếu năng quy tụ đã điều trị thành công hoặc được cải thiện tình trạng sau 12 tuần tập luyện các bài tập thị giác cơ bản tại viện kết hợp với việc tập luyện mắt tại nhà.

Đôi khi, bác sĩ phẫu thuật lác có thể đề nghị một chương trình điều trị thị giác trong một khoảng thời gian sau phẫu thuật để điều trị nhược thị và những vấn đề nhỏ về thị giác hai mắt tồn tại sau phẫu thuật. Trong những trường hợp này, thuật ngữ “chỉnh thị” (“ortho” = thẳng, “opics” = mắt) có thể dùng để mô tả

cách điều trị này chứ không phải “liệu pháp thị giác”, cách điều trị này có thể được cung cấp bởi một chỉnh thị viên làm việc gắn bó với phẫu thuật viên hơn là một chỉnh quang viên.

### Những câu hỏi cần đặt ra

Khi tham khảo ý kiến của bác sĩ nhãn khoa hoặc bác sĩ phẫu thuật lác trước khi điều trị, có một vài câu hỏi quan trọng bạn cần phải hỏi:

- Nếu cần thiết phải phẫu thuật thì một phẫu thuật là đủ hay cần bổ sung thêm các phẫu thuật khác nữa không.

- Hỏi phẫu thuật viên về tỉ lệ thành công của loại hình lác và phẫu thuật mà họ đề nghị.

- Hỏi xem tiêu chuẩn nào được sử dụng để xác định nếu phương pháp điều trị thành công. Hay nói cách khác, thành công được định nghĩa là mắt nhìn thẳng hơn và trông tự nhiên hơn, hoặc thành công được định nghĩa như là mắt thật sự thẳng trục với thị lực bình thường, hai mắt cùng làm việc và phủ thị.

- Đối với chỉnh quang viên hoặc chỉnh thị viên, hỏi về tỉ lệ thành công, thời gian và chi phí cho liệu pháp thị giác.

- Hỏi chi phí phẫu thuật hoặc không phẫu thuật với lác mà bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thị giác chi trả.

Hãy nhớ, trẻ em không tự khỏi lác. Để đạt được thị lực tốt nhất và ngăn ngừa chậm phát triển cũng như các vấn đề khác, cần phải tìm cách điều trị lác càng sớm càng tốt.



I AM NOT BLIND, I JUST DO NOT SEE CLEARLY SUGGESTIONS TO HELP PEOPLE WHO HAVE LOW VISION FUNCTION BETTER

## (TÔI KHÔNG BỊ MÙ, TÔI CHỈ KHÔNG NHÌN RÕ MÀ THÔI)

Made possible by The United Kingdom Committee for Thai Charities UKCTC

**Tác giả:** J. Kirk Horton and Renn Fuller

**Người dịch:** Mai Thị Thuỷ; Ngô Minh Trang\*

### Lời mở đầu

Nhiều người có thị lực kém hơn bình thường. Họ có nhiều mức độ thị lực khác nhau. Họ được gọi là những người khiếm thị.

Cuốn sổ tay này chứa những lời khuyên hữu ích cho những người khiếm thị có thể hoạt động tốt hơn. Những lời khuyên này không làm tăng thị lực, nhưng có thể giúp họ sử dụng tốt hơn phần thị lực còn lại.

Không phải tất cả mọi người khiếm thị đều nhìn mọi vật theo cách giống nhau. Một số người không thể nhìn rõ vật ở ngay trước mắt họ, còn một số khác không thể nhìn rõ vật ở hai bên. Vì những người khiếm thị có tình trạng thị giác khác nhau, họ nhận biết môi trường xung quanh theo các cách khác nhau. Những gợi ý trong cuốn sách này rất đơn giản, thực tế và không hề tốn kém. Các phương pháp chủ yếu dựa vào việc cải thiện điều kiện ánh sáng của môi trường và tạo ra sự tương phản rõ hơn giữa sáng và tối.

Có rất nhiều cách học để thích nghi dễ dàng hơn với người khiếm thị. Chúng tôi hy vọng rằng cuốn sách này sẽ giúp ích cho những người khiếm thị cũng như gia đình và bạn bè của họ.

### Thông tin chung

Những gợi ý sau có thể trợ giúp cho những người khiếm thị:

Việc người khiếm thị được bác sĩ nhãn khoa kiểm tra là rất quan trọng. Có rất nhiều tật về mắt có thể điều trị được bằng thuốc hoặc phẫu thuật. Bác sĩ nhãn khoa có thể giúp bạn xác định phương pháp nào phù hợp với người bệnh nhất.

#### 1. Người khiếm thị nên:

- a. Xác định rõ vật họ có thể/không thể nhìn thấy
- b. Chấp nhận những hạn chế về tầm nhìn của mình

c. Tránh làm những công việc nguy hiểm.

Những gợi ý trên không có ý muốn hạn chế những hoạt động của người khiếm thị, mà được đưa ra với hy vọng khuyến khích người bệnh nhận thức những gì họ có thể làm một cách an toàn.

2. Trừ khi họ bị khiếm thính, các thành viên trong gia đình nên nói chuyện với người khiếm thị với một âm lượng vừa phải. Không cần thiết phải la lớn.

3. Sắp đặt môi trường xung quanh sẽ giúp cho người khiếm thị dễ dàng hơn trong thực hiện các hoạt động thường ngày. Người khiếm thị và thành viên trong

\* khoa kết giác mạc



gia đình của họ sau khi dùng vật gì thì nên đặt lại đồ vật đó vào chỗ cũ.

4. Cố gắng điều chỉnh ánh sáng trong nhà. Đôi khi người khiếm thị sẽ nhìn rõ hơn với một bóng đèn có công suất lớn, hoặc khi rèm cửa được gỡ khỏi cửa sổ.

5. Luôn luôn mở to hoặc đóng hoàn toàn cửa sổ hoặc cửa ra vào để người khiếm thị tránh bị va vào chúng

6. Có rất ít việc mà người khiếm thị không thể thực hiện một cách an toàn. Thay vì đặt giới hạn cho họ, nên khuyến khích họ tham gia các hoạt động thường nhật.

7. Người khiếm thị nên nhớ 1 số thông tin cơ bản: âm thanh, mùi và cảm giác có thể cung cấp thông tin hữu ích. Ví dụ, người không nhìn thấy trong phim có 2 cô gái nhưng vẫn biết có sự hiện diện của họ ở đó. Việc nghe thấy giọng nói của họ sẽ giúp người khiếm thị nhận biết họ đang đứng gần đây.

### **Gợi ý về nội thất.**

1. Không nên sắp đặt lại nội thất trong nhà mà không báo trước cho người khiếm thị biết về sự thay đổi này.

2. Nếu đồ vật lớn như sofa, bàn học, piano được kê sát vào tường, thì người khiếm thị có thể di chuyển quanh phòng dễ dàng hơn.

3. Đánh dấu mép tường, cửa sổ, cầu thang với màu tương phản sẽ giúp người khiếm thị có thể nhận ra dễ dàng hơn và tránh các tai nạn hoặc chấn thương.

4. Nếu có bàn ghế thấp trong phòng, việc phủ vải màu sáng lên chúng sẽ giúp người khiếm thị có thể dễ dàng thấy mà không vấp phải chúng.

5. Nếu có thảm hoặc giẻ lau trên sàn, chúng nên được dính trên sàn để không bị trượt chân.

6. Sử dụng loại thảm có màu đơn sắc hơn là loại có hoa văn hoặc nhiều màu. Điều này giúp cho người khiếm thị có thể dễ dàng thấy đồ họ đánh rơi.

7. Tránh dùng khăn trải bàn có quá nhiều màu hoặc họa tiết. Người khiếm thị có thể xác định đồ vật trên bàn dễ hơn với một chiếc khăn trải bàn đơn sắc.

8. Phủ vải sáng màu trên một chiếc ghế hay sofa màu tối cạnh tường màu tối sẽ giúp người khiếm thị dễ dàng hơn, nhìn rõ hơn phía sau ghế.

9. In các số kích cỡ lớn lên điện thoại bằng màu tương phản để người khiếm thị sử dụng điện thoại.

10. Sơn mép các bậc thang bằng màu sáng hoặc dán băng dính màu sáng sẽ giúp người khiếm thị có thể thấy các bậc thang mà không bị ngã.

11. Dán một miếng vải hoặc mẫu giấy có màu tương phản vào tường sẽ giúp người khiếm thị nhìn thấy tường từ xa và có thể phòng tránh họ bị tai nạn

12. Sẽ dễ dàng hơn cho người khiếm thị khi xác định vị trí của các đồ vật sau nếu chúng có màu sắc tương phản:

a. Tay nắm và khóa cửa có màu khác so với cửa

b. Công tắc đèn và ổ cắm điện có màu khác so với tường.

### **Gợi ý cho nhà bếp.**

1. Nên có cốc màu sáng lẫn màu tối. Người khiếm thị có thể dùng cốc màu sáng khi rót đồ uống màu tối như café hoặc trà.



Sự tương phản về màu sắc sẽ giúp dễ dàng hơn khi đồ đầy. Ngược lại cốc màu tối dùng với đồ uống có màu sáng như sữa.

2. Dùng đĩa ăn màu tối khi ăn thức ăn màu sáng. Cơm nên cho vào đĩa màu tối.

3. Chia tủ bếp thành 2 phần: phần thứ nhất có bề mặt sáng và mặt còn lại có màu tối. Rau củ màu sáng như tỏi hoặc hành sẽ dễ thấy hơn khi để ở nơi bề mặt tối. Những rau có màu tối như ớt và cà tím dễ được thấy hơn ở những bề mặt có màu sáng.

4. Đồ xà phòng lỏng hay xà phòng bột trực tiếp vào tay thay vì vào bồn rửa hoặc chậu đựng đồ giặt để giúp người khiếm thị có thể ước lượng lượng xà phòng được sử dụng. Cũng làm tương tự khi dùng dầu gội đầu.

5. Khi quét nhà người khiếm thị nên bỏ giày dép. Họ có thể dùng bàn chân xác định xem sàn đã sạch chưa.

6. Khi lau nhà hoặc hút bụi, người khiếm thị nên lau 2 lần, 1 lần từ trái sang phải, lần hai từ trên xuống dưới.

7. Vì lí do an toàn, người khiếm thị nên dùng bật lửa bấm thay vì diêm khi bật bếp ga. Họ sẽ biết được khi nào bếp bật hoặc tắt bằng cách:

- a. Nhớ vị trí của nút tắt
- b. Đánh dấu bằng sơn móng tay hoặc màu vẽ để dễ nhìn thấy vị trí nút "tắt";
- c. Nghe tiếng "tạch" khi bếp được tắt
- d. Ngửi mùi ga, hoặc cảm thấy nóng

### **Đọc và viết**

1. Nhiều người khiếm thị có thể thuận lợi hơn khi sử dụng một kính có độ phóng đại lớn khi đọc. Giữ tài liệu đọc gần mắt hơn cũng có thể hữu ích.

2. Chiếu sáng tốt là rất quan trọng khi đang cố gắng đọc. Các nguồn ánh sáng nên đến từ phía bên. Đèn có thể điều chỉnh có thể hữu ích cũng như ngôi gần cửa sổ đó sẽ làm tăng lượng ánh sáng tự nhiên cho người đọc,

3. Một bảng trắng có thể hữu ích để viết tin nhắn ngắn. Một bút màu đen nên được sử dụng để tạo ra một sự tương phản màu sắc.

4. Tránh giấy viết có màu hoặc trang trí. Thiết kế hoặc hình ảnh gây khó nhìn những dòng trên giấy.

5. Viết chữ lớn với một cây bút đen trên giấy trắng. Tăng kích thước của chữ và tạo ra một sự tương phản màu sắc sẽ làm cho người khiếm thị dễ nhìn thấy chữ hơn.

6. Một thẻ chữ ký có thể hữu ích cho những người khiếm thị. Điều này có thể được thực hiện bằng cách lấy một mảnh nhỏ bìa các tông và cắt bỏ một hình chữ nhật nhỏ ra khỏi nó. Khi những người khiếm thị muốn đăng ký tên của họ, họ đặt thẻ sao cho không gian đã được cắt nằm ngay trên không gian nơi mà họ muốn đăng ký. Sau đó, họ có thể viết tên của họ trong khoảng trống của thẻ.

7. Khi đọc một cuốn sách, đôi khi rất khó để giữ cho đôi mắt trên dòng in và nhìn theo nó. Gợi ý có thể rất hữu ích cho người khiếm thị trong khi đọc là:

a. Sử dụng một ngón tay để chỉ theo những gì đang được đọc.

b. Đặt một mảnh giấy tối màu dưới dòng đang được đọc. Di chuyển mảnh giấy xuống mỗi khi đọc dòng mới.

c. Cắt một "cửa sổ" vào một mảnh bìa các tông và đặt nó trên dòng chữ sẽ được



đọc. Tấm bìa này sẽ che tất cả các dòng khác, ngoại trừ dòng đang được đọc. Điều này cũng giúp làm giảm độ chói trên trang in và cải thiện độ tương phản của các chữ cái.

8. Có rất nhiều cuốn sách có sẵn dưới dạng băng cassette âm thanh. Nó rất thú vị để “đọc” một cuốn sách bằng cách lắng nghe băng cassette. Những băng cassette thường có sẵn miễn phí từ thư viện địa phương cho người mù.

### **Gợi ý cho việc di chuyển và đi bộ một cách an toàn**

1. Người khiếm thị nên chú ý đặc biệt đến hình bóng của người, kích thước, cách đi đứng, và âm thanh của tiếng nói của họ. Những thông tin này sẽ giúp xác định nhận diện những người khác.

2. Khi đi bộ với một người khác, người khiếm thị nên cố gắng nhớ màu sắc và kiểu quần áo của người đó. Điều này sẽ giúp người khiếm thị dễ dàng hơn khi đi theo người đó trong một khu vực đông đúc.

3. Trước khi băng qua một đường phố, tất cả mọi người nên dừng lại, nhìn, lắng nghe. Mọi người chỉ nên băng qua đường khi họ cảm thấy an toàn. Nếu những người khiếm thị có bất kỳ nghi ngờ, họ nên yêu cầu trợ giúp.

4. Khi băng qua một đường phố, nơi có những người khác chờ đợi để qua, người khiếm thị nên đợi cho đến khi những người khác bắt đầu đi qua. Nó cũng an toàn hơn khi đi ở giữa các nhóm người khi họ qua các đường phố.

5. Một cây gậy có thể hữu ích cho việc tìm kiếm các lỗ hổng trên đường, bờ của bậc lên xuống, v...v... những người khiếm thị có thể sử dụng gậy để tìm vật cản trong

khi họ sử dụng tầm nhìn của họ để khám phá môi trường. Điều quan trọng của cây gậy là chiều dài phù hợp để người dùng có thể đi bộ với tư thế tốt. Gậy nên dài bằng khoảng cách từ ngực của người đó xuống đất. Nếu gậy quá ngắn, người khiếm thị sẽ phải cúi xuống khi sử dụng nó.

6. Sẽ an toàn hơn cho tất cả mọi người mặc quần áo màu sáng khi đi vào ban đêm để lái xe có thể dễ dàng nhìn thấy một người đi bộ.

7. Khi đi bộ trong ánh sáng mặt trời chói chang, kính râm sẽ giúp làm giảm chói. Một chiếc mũ có vành cũng sẽ giúp giảm ánh sáng chói của mặt trời.

8. Khi đi bộ vào ban đêm, những người khiếm thị có thể mang theo một đèn pin nhỏ. Khi họ đi bộ, họ có thể dọi đèn qua lại trước mặt họ. Điều này sẽ giúp họ phát hiện nếu có bất kỳ vật gì trên đường.

### **Gợi ý khác**

1. Trong phòng tắm, sử dụng đĩa nhựa màu sáng cho scooper nước. Việc này giúp người khiếm thị tìm dễ dàng hơn.

2. Buộc một dải ruy băng màu sáng hoặc băng xung quanh cây chổi. Điều này sẽ làm cho người khiếm thị tìm cây chổi dễ hơn trên mặt đất.

3. Học cách xác định tiền giấy qua màu sắc và kích cỡ tiền, không nhìn vào các con số.

4. Học cách phân biệt giữa các đồng tiền khác nhau qua kích thước, hình dạng, và viền của chúng.

5. Khi có thứ gì đó vô tình rơi xuống, hãy dừng lại và lắng nghe xem nó rơi ở đâu. Việc này sẽ giúp nhận biết khoảng vùng khu vực rơi để tìm kiếm.