



BAN BIÊN TẬP:

Trưởng ban biên tập:

Chịu trách nhiệm xuất bản:
TS.BS. NGUYỄN XUÂN HIỆP

Phó trưởng ban biên tập:

PGS.TS. HÀ HUY TÀI
THS. ĐD. LÊ HOÀNG YẾN

Ủy viên:

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

BAN THƯ KÝ:

THS. ĐD LÊ HOÀNG YẾN
Trưởng ban
CNĐD. 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 133/GP-XBĐS cấp ngày 02/12/2015
In 300 cuốn khổ 19x27 cm

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

MỤC LỤC

Trang

CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- **Nghiên cứu so sánh chi phí dịch vụ trọn gói và Dịch vụ thông thường phẫu thuật đục thủy tinh thể theo phương pháp phaco tại bệnh viện mắt trung ương năm 2014** 2

*Vũ Thị Hồng Hạnh,
Nguyễn Xuân Hiệp,
Nguyễn Thị Bạch Yến.*

THÔNG TIN HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN

- **Kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính sọ não - hóc mắt theo đường P.N.O** 11

Nguyễn Ngọc Diệp

- **Cảm nhận từ "Hội thảo đào tạo điều dưỡng dựa vào chuẩn năng lực điều dưỡng Việt Nam" tổ chức tại Phú Yên** 14

Trần An

- **Một số thuốc kháng sinh sử dụng tại Bệnh viện Mắt Trung ương** 18

Nguyễn Duy Trường

BÀI DỊCH

- **Chỉ định, chống chỉ định và lựa chọn kính tiếp xúc** 26
Tác giả: Claudia Assis Lima, Newton Kara-Jose, and Jason J Nichols

*Người dịch: Trần Minh Anh,
Đông Thị Thu Hồng*



NGHIÊN CỨU SO SÁNH CHI PHÍ DỊCH VỤ TRỌN GÓI VÀ DỊCH VỤ THÔNG THƯỜNG PHẪU THUẬT ĐỤC THỦY TINH THỂ THEO PHƯƠNG PHÁP PHACO TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2014

Vũ Thị Hồng Hạnh*, Nguyễn Xuân Hiệp*, Nguyễn Thị Bạch Yến**

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) So sánh chi phí dịch vụ trọn gói và dịch vụ thông thường phẫu thuật đục thủy tinh thể theo phương pháp phaco tại Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2014. (2) Phân tích tương quan giữa chi phí và mức độ hài lòng của người bệnh (NB) sử dụng dịch vụ trọn gói và dịch vụ thông thường.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 180 NB chia đều cho 2 nhóm dịch vụ trọn gói và dịch vụ thông thường.

Kết quả: Chi phí trung bình điều trị phẫu thuật phaco ở nhóm dịch vụ trọn gói là $9.548.898 \pm 220.575$ VNĐ, ở nhóm dịch vụ thông thường là $9.749.295 \pm 302.395$ VNĐ. Chi phí trực tiếp trung bình của nhóm dịch vụ trọn gói là $9.357.813 \pm 214.165$ VNĐ và nhóm dịch vụ thông thường là $9.491.491 \pm 296.366$ VNĐ. Chi phí gián tiếp trung bình của nhóm dịch vụ trọn gói là 191.085 ± 33.329 VNĐ và nhóm dịch vụ thông thường là 257.803 ± 57.496 VNĐ. Không có mối tương quan giữa chi phí và mức độ hài lòng của NB.

Kết luận: Dịch vụ trọn gói cho thấy tiết kiệm chi phí hơn so với dịch vụ thông thường trong phẫu thuật phaco.

Từ khóa: Đục thủy tinh thể, phẫu thuật phaco, chi phí

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thủy tinh thể là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa trên toàn thế giới, chiếm 51% (khoảng 19,7 triệu người) [1, 2], mặc dù không phải là bệnh gây tử vong nhưng nó gây tổn thương nghiêm trọng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tại Việt Nam, năm 2009 có khoảng 251.700 người bị mù do đục thủy tinh thể (chiếm 66,1%) [3]. Mù lòa do đục thủy tinh thể là một bệnh có thể

điều trị được bằng phẫu thuật đơn giản với độ an toàn và hiệu quả cao [4, 5]. Cho đến nay, hai phương pháp được áp dụng phổ biến trong phẫu thuật đục thủy tinh thể ngoài bao và phương pháp hiện đại hơn là phẫu thuật bằng phương pháp phaco [6], trong đó phẫu thuật bằng phương pháp phaco được coi là có hiệu quả tốt do thời gian phẫu thuật ngắn, thời gian phục hồi thị lực nhanh, giảm thời gian tái khám... [7, 8].

Bệnh viện Mắt Trung ương là bệnh viện chuyên khoa hàng đầu của cả nước trong điều trị các bệnh về mắt, đặc biệt là phẫu thuật đục thủy tinh thể. Qua quá trình phát triển, chất lượng dịch vụ khám và điều trị các bệnh về mắt đã từng bước được cải thiện thông qua các giải pháp cụ thể, trong đó bao gồm việc triển khai dịch vụ trọn gói trong phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp phaco. Khác với điều trị đục thủy tinh thể theo dịch vụ thông thường, NB sử dụng dịch vụ trọn gói sẽ đóng một khoản phí cố định gồm cả tiền phẫu thuật, tiền thuốc (thuốc sau mổ) và tiền giường. NB nhận được hỗ trợ của điều dưỡng nhiều hơn trong chuẩn bị các thủ tục chuyên môn và hành chính nên thời gian chờ đợi và điều trị được rút ngắn, thường là điều trị trong ngày thay bằng 3-5 ngày như sử dụng phương pháp điều trị thông thường. Qua quá trình triển khai từ năm 2000 cho đến nay, loại hình dịch vụ trọn gói đã cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc giảm tải số NB điều trị đục thủy tinh thể nội viện, giảm thời gian chờ đợi cho NB. Nghiên cứu này được tiến hành với 2 mục tiêu: (1) *Xác định và so sánh chi phí dịch vụ trọn gói và dịch vụ thông thường phẫu thuật đục thủy tinh thể theo phương pháp phaco tại Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2014*; (2) *Phân tích tương quan giữa chi phí và mức độ hài lòng của NB sử dụng dịch vụ trọn gói và dịch vụ thông thường phẫu thuật đục thủy tinh thể theo phương pháp phaco tại Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2014*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa điều trị theo yêu cầu và khoa điều trị nội trú tại Bệnh viện Mắt Trung ương (trong khoảng thời gian từ tháng 11/2013 đến tháng 11/2014).

2. Đối tượng nghiên cứu

Chọn thuận tiện theo 2 nhóm (sử dụng dịch vụ trọn gói và dịch vụ thông thường) mỗi nhóm 90 NB với các tiêu chí: được chẩn đoán là đục thủy tinh thể; được chỉ định điều trị phẫu thuật bằng phương pháp phaco với gây tê tại chỗ và cư trú tại Hà Nội để tránh sự khác biệt quá lớn về chi phí do khác biệt về nơi sinh sống (tổng số có 180 NB được chọn thuận tiện mời tham gia nghiên cứu).

3. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu theo dõi dọc, sử dụng kỹ thuật thu thập số liệu tiến cứu để thu thập thông tin về tình trạng bệnh, kết quả điều trị, chi phí phát sinh cho NB và người nhà từ lúc nhập viện điều trị bệnh cho đến khi khỏi hoàn toàn và sự hài lòng của NB về dịch vụ đã sử dụng. Chi phí được ước tính dựa trên số mắt đục thủy tinh thể mới mắc, trên quan điểm của người sử dụng dịch vụ, là quan điểm của NB do vậy các chi phí được đưa vào tính toán gồm chi phí trực tiếp cho điều trị bệnh (chi phí cho y tế), các chi phí trực tiếp ngoài điều trị gồm tiền ăn, tiền đi lại, tiền trọ và các chi phí gián tiếp NB và người nhà phải gánh chịu do mất thời gian làm việc/chăm sóc.

4. Thu thập số liệu:

Sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn phỏng vấn trực tiếp NB/người chăm sóc chính của NB về chi phí và sự hài lòng của NB vào thời điểm NB đã hoàn thành phẫu thuật, chuẩn bị xuất viện. Các thông tin về chi phí gồm chi phí trực tiếp cho điều trị (tiền thuốc men, xét nghiệm, tiền giường bệnh ...), chi phí trực tiếp ngoài điều trị (ăn uống, đi lại, ...) và chi phí gián tiếp (mất thu nhập, công chăm sóc...) và sự hài lòng được đánh giá dựa trên thang điểm Likert scale với 5 thang điểm (từ 1 đến 5), tương đương với các mức: (1 điểm) rất không hài lòng, (2 điểm) không

hài lòng, (3 điểm) bình thường, (4 điểm) hài lòng, (5 điểm) rất hài lòng.

5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng phần mềm Stata 10.0. Các test thống kê thích hợp được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa 2 nhóm (Mann-Whitney test). Phương pháp phân tích mô tả được sử dụng để mô tả và so sánh chi phí phát sinh cho NB, sự hài lòng của NB khi sử dụng dịch vụ trọn gói hoặc dịch vụ thông thường. Phân tích mối tương quan giữa chi phí và sự hài lòng của NB sử dụng hệ số tương quan (r).

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trọng gói		Thông thường	
	n	%	n	%
Nhóm tuổi				
▪ < 60	12	13,3	12	13,3
▪ ≥ 60	78	86,7	78	86,7
Giới				
▪ Nam	30	33,3	30	33,3
▪ Nữ	60	66,7	60	66,7
Nghề nghiệp				
▪ Hưu trí/Mất sức	57	63,3	62	68,9
▪ Nông/Lâm/Ngư nghiệp	13	14,4	7	7,8
▪ Công chức/Viên chức	5	5,6	7	7,8
▪ Khác	15	16,7	14	15,5
Khu vực sinh sống				
▪ Thành thị	63	70,0	62	68,9
▪ Nông thôn	27	30,0	28	31,1
Tổng số	90	100,0	90	100,0



Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy NB của hai nhóm phân bố về nhóm tuổi là tương đương nhau, không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Đa số NB mổ đục thủy tinh thể có độ tuổi bằng hoặc trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 86,7% cả hai nhóm. Về giới, NB nữ chiếm tỷ lệ cao hơn NB nam ở cả hai nhóm. Về nghề nghiệp, NB

là hưu trí/Mất sức chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, trong đó nhóm dịch vụ trọn gói là 63,3%, nhóm thông thường là 68,9%. Nhóm NB là công chức/viên chức có tỷ lệ thấp nhất: nhóm trọn gói 5,6% và nhóm thông thường 7,8%. NB sống ở khu vực thành thị chiếm tỷ lệ cao hơn nông thôn so với cả hai nhóm.

Bảng 2: Đặc điểm về hình thức chi trả và thời gian nằm viện của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trọn gói		Thông thường	
	n	%	n	%
Hình thức chi trả				
▪ Bảo hiểm trả toàn bộ/miễn phí	0	0	0	0
▪ Bảo hiểm y tế trả một phần và gia đình trả một phần	77	85,6	67	74,4
▪ Gia đình trả toàn bộ	13	14,4	23	25,6
Thời gian nằm viện				
▪ < 3 ngày	90	100	53	58,9
▪ ≥ 3 ngày	0	0	37	41,1
Tổng số	90	100,0	90	100,0

Kết quả từ bảng 2 cho thấy trong các hình thức chi trả của NB cho phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp phaco thì hình thức chi trả của NB có bảo hiểm y tế trả một phần và gia đình trả một phần chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm. Nhóm trọn gói: bảo hiểm y tế trả một phần và gia đình trả một phần chiếm 85,6%; gia đình trả toàn bộ chiếm 14,4%. Nhóm thông thường: NB có bảo hiểm y tế trả một phần và gia đình trả một phần chiếm 74,4%; gia

đình trả toàn bộ chiếm 25,6%. Không có NB nào được bảo hiểm y tế trả toàn bộ hoặc miễn phí. Về thời gian nằm viện, không có NB nào sử dụng dịch vụ trọn gói phải nằm viện từ 3 ngày trở lên. Có sự khác biệt về ngày điều trị trung bình trên một NB giữa hai nhóm. Trong đó số ngày điều trị trung bình trên một NB sử dụng dịch vụ trọn gói chỉ bằng 1/2 số ngày điều trị trung bình trên một NB sử dụng dịch vụ thông thường giữa hai hình thức điều trị ($p < 0,01$).

2. So sánh chi phí điều trị đục thủy tinh thể bằng phương pháp phaco giữa hai nhóm dịch vụ.

Bảng 3: So sánh chi phí phẫu thuật phaco theo 2 nhóm dịch vụ trọn gói và thông thường

Loại chi phí	Trọn gói		Thông thường		p
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
Chi phí trực tiếp	9.357.813	214.165	9.491.491	296.366	<0,001
▪ Chi phí trực tiếp cho điều trị	9.045.258	183.767	9.366.613	295.451	<0,001
▪ Chi phí trực tiếp ngoài điều trị	393.289	21.790	192.778	23.398	<0,01
Chi phí gián tiếp	191.085	33.329	257.803	57.496	<0,001
Tổng chi phí	9.548.898	220.575	9.749.295	302.395	

(Đơn vị: Việt Nam đồng)

Kết quả nghiên cứu từ bảng 3 cho thấy chi phí trực tiếp trung bình NB và gia đình phải trả cho điều trị phẫu thuật đục thủy tinh thể ở nhóm dịch vụ trọn gói là 9.357.813 VNĐ trong khi đó chi phí trực tiếp trung bình ở nhóm dịch vụ thông thường là 9.491.491 VNĐ. Tổng chi phí trực tiếp trung bình bao gồm chi phí trực tiếp cho điều trị và chi phí trực tiếp ngoài điều trị. Theo đó, chi phí trực tiếp cho điều trị ở nhóm dịch vụ trọn gói thấp hơn so với dịch vụ thông thường.

Tuy nhiên, chi phí trực tiếp ngoài điều trị ở nhóm dịch vụ trọn gói lại cao hơn so với nhóm dịch vụ thông thường. Về chi phí gián tiếp, chi phí gián tiếp trung bình của nhóm dịch vụ trọn gói là 191.085 VNĐ trong khi nhóm dịch vụ thông thường là 257.083 VNĐ. Từ đó, tổng chi phí cho điều trị phẫu thuật phaco ở nhóm dịch vụ trọn gói là 9.548.898 VNĐ, trong khi mức chi phí này ở nhóm dịch vụ thông thường là 9.749.295 VNĐ.

3. Tương quan giữa chi phí và mức độ hài lòng của NB sử dụng 2 nhóm dịch vụ

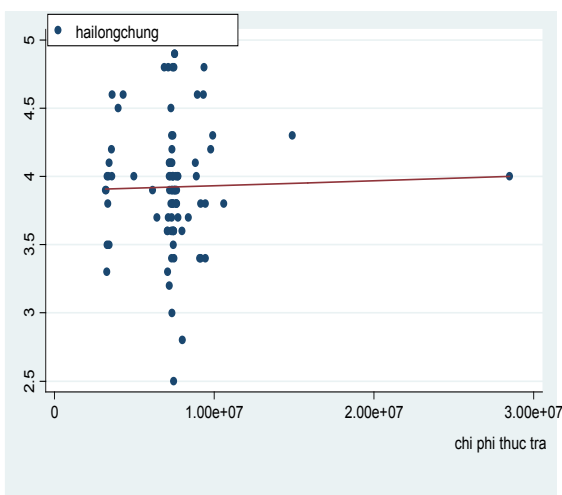
Bảng 4: Điểm trung bình sự hài lòng của NB theo các yếu tố

Giá trị trung bình mức độ hài lòng	Trọn gói		Thông thường		p
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
Cơ sở vật chất và trình độ chuyên môn	4,04	0,39	3,79	0,51	0,0003
▪ Cảnh quan môi trường bệnh viện	3,96	0,62	3,61	0,80	
▪ Điều kiện cơ sở vật chất và trang thiết bị của bệnh viện	4,02	0,56	3,62	0,71	
▪ Trình độ chuyên môn của bác sỹ	4,19	0,52	4,12	0,65	
▪ Chất lượng khám và điều trị	3,98	0,49	3,82	0,59	

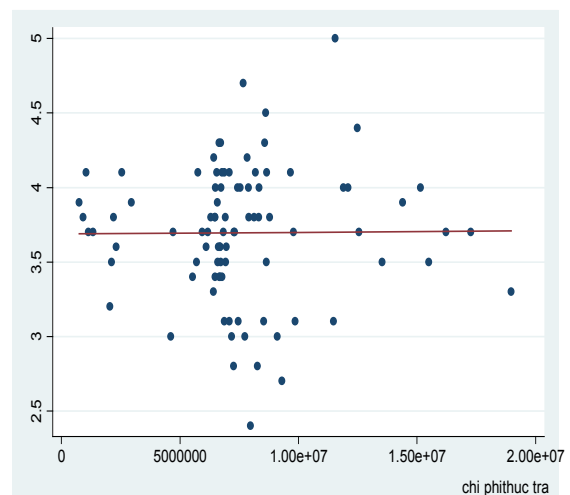
Ứng xử của cán bộ y tế	4,09	0,54	3,91	0,59	0,0183
▪ Tư vấn của cán bộ y tế trước, trong và sau điều trị	4,04	0,67	3,97	0,68	
▪ Sự chăm sóc của điều dưỡng	3,97	0,66	3,66	0,72	
▪ Tinh thần thái độ khám chữa bệnh của bác sỹ	4,24	0,53	4,1	0,74	
Thủ tục và chi phí	3,61	0,61	3,35	0,58	0,0020
▪ Thời gian chờ đợi được khám/tư vấn	3,64	0,83	3,36	0,81	
▪ Thủ tục nhanh gọn thuận tiện	3,64	0,85	3,28	0,89	
▪ Chi phí cho các dịch vụ	3,54	0,66	3,42	0,59	
Tổng hài lòng chung	3,92	0,45	3,7	0,45	0,0004

Bảng 4 cho thấy giá trị trung bình mức điểm hài lòng của NB ở hai nhóm dịch vụ với các yếu tố như cơ sở vật chất và trình độ chuyên môn, ứng xử của cán bộ y tế và thủ tục chi phí cho dịch vụ. Kết quả cho thấy, điểm số sự hài lòng của NB đối với cơ sở vật chất và trình độ chuyên môn ở nhóm dịch vụ trọn gói là $4,04 \pm 0,39$. Trong khi, điểm số này ở nhóm dịch vụ thông thường là $3,70 \pm 0,51$ ($p < 0,05$). Tương tự, có sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê về sự hài lòng của NB với thái độ ứng xử của nhân viên y tế khi so sánh giữa hai nhóm. Xét về sự hài lòng với thủ tục và chi phí, nhóm dịch vụ trọn gói cũng cho thấy điểm số hài lòng cao hơn so với nhóm dịch vụ thông thường. Cuối cùng, xét chung tổng thể các khía cạnh, điểm số hài lòng ở nhóm dịch vụ trọn gói là cao hơn so với nhóm dịch vụ thông thường: $3,92 \pm 0,45$ và $3,7 \pm 0,45$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Nhóm trọn gói



Nhóm thông thường

Hình 1: Mối tương quan giữa chi phí với mức hài lòng chung ở nhóm trọn gói và thông thường

Hình 1 biểu diễn mối tương quan chung giữa chi phí phải trả và mức hài lòng chung của NB giữa hai nhóm dịch vụ trọn gói và thông thường. Kết quả cho thấy ở cả hai nhóm đều có mối tương quan thuận giữa chi phí và điểm số sự hài lòng. Tuy nhiên, cả hai nhóm đều cho thấy mối tương quan rất yếu và không đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

Chi phí trực tiếp của gia đình cho điều trị đục thủy tinh thể bằng phương pháp phaco là khoản tiền mà NB phải chi trả cho tất cả các loại dịch vụ và thủ thuật liên quan đến quá trình khám và điều trị bệnh và những chi phí ăn uống, đi lại, ở trọ... của NB trong quá trình điều trị cho dù người bệnh sử dụng dịch vụ trọn gói hay dịch vụ thông thường. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chi phí trực tiếp cho điều trị đục thủy tinh thể bằng phẫu thuật phaco trung bình là 9.045.258 VNĐ/1NB sử dụng dịch vụ trọn gói và 9.366.613 VNĐ/1 NB sử dụng dịch vụ thông thường. Mức chi phí này khá cao cho dù NB sử dụng dịch vụ trọn gói hay dịch vụ thông thường. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thảo dựa trên hồi cứu các bệnh án điều trị để ước tính chi phí trực tiếp cho phẫu thuật phaco của NB tại Bệnh viện Mắt Hà Nội, chi phí trực tiếp trung bình cho phẫu thuật phaco là 6.429.010 VNĐ (năm 2010), 6.489.076 VNĐ (năm 2011) và 6.706.470 VNĐ (năm 2012) [9]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao

gần gấp rưỡi kết quả nghiên cứu của tại Bệnh viện Mắt Hà Nội.

Chi phí trực tiếp ngoài điều trị trung bình của hai nhóm dịch vụ trọn gói và thông thường lần lượt là 393.289 VNĐ và 192.778 VNĐ. Mức chi phí này bao gồm các khoản như ăn uống, đi lại của NB và gia đình. Điều này cho thấy mức chi phí cho các khoản này ở nhóm dịch vụ trọn gói lại cao hơn so với nhóm dịch vụ thông thường. Điều này một phần là do các NB sử dụng dịch vụ trọn gói thường là nhóm có điều kiện kinh tế khá hơn, do đó sử dụng các dịch vụ đi lại, ăn uống cao cấp hơn so với nhóm còn lại.

Xét về tổng chung, mức chi phí điều trị trực tiếp của hai nhóm dịch vụ lần lượt là 9.357.813 VNĐ ở nhóm dịch vụ trọn gói và 9.491.491 VNĐ ở nhóm dịch vụ thông thường. Kết quả cho thấy tổng chi phí trực tiếp trung bình của nhóm dịch vụ thông thường có cao hơn so với nhóm dịch vụ trọn gói một chút, tuy nhiên, sự chênh lệch là không đáng kể.

Về chi phí điều trị gián tiếp, trung bình ở hai nhóm dịch vụ trọn gói và dịch vụ thông thường lần lượt là 191.085 VNĐ và 257.803 VNĐ. Chi phí này được tính bằng chi phí do mất thu nhập và chi phí cho việc chăm sóc. Nhìn chung, tổng chi phí gián tiếp trung bình cho NB phẫu thuật phaco ở nhóm dịch vụ trọn gói là thấp hơn so với nhóm dịch vụ thông thường. Điều này cho thấy dịch vụ trọn gói giúp tiết kiệm cho NB hơn về chi phí gián tiếp. Điều này dễ hiểu khi mà dịch

vụ trọn gói có thể giúp NB ra viện sớm hơn, giảm số ngày nằm viện, từ đó giảm công chăm sóc cũng như giảm số ngày nghỉ lao động của NB.

Xét về mối tương quan giữa chi phí thực trả với mức hài lòng chung của NB ở cả hai nhóm dịch vụ đều rất thấp và không đáng kể. Điều này cho thấy sự hài lòng của NB nói chung chưa tương xứng với chi phí thực trả. Xét theo khái niệm sự hài lòng, đó là sự đánh giá của NB về một dịch vụ hay dịch vụ đã đáp ứng được mong đợi của khách hàng hay chưa. Nói cách khác, sự hài lòng là một hàm số về sự khác biệt giữa kết quả nhận được và sự kỳ vọng [10]. Như vậy, có thể thấy trong nghiên cứu này, sự kỳ vọng của NB phần nào hướng đến tính hiệu quả, khả năng khỏi bệnh và khả năng nhìn lại được bình thường hơn là chi phí cho điều trị. Đa phần các NB chưa đặt yếu tố chi phí lên để đòi hỏi, kỳ vọng về

chất lượng dịch vụ mà mình nhận được.

V. KẾT LUẬN

Chi phí trung bình điều trị phẫu thuật đục TTT sử dụng dịch vụ trọn gói là $9.548.898 \pm 220.575$ VNĐ, thấp hơn không đáng kể so với sử dụng dịch vụ thông thường $9.749.295 \pm 302.395$ VNĐ. Nhìn chung, dịch vụ trọn gói có tiết kiệm về chi phí cho NB hơn so với nhóm dịch vụ thông thường, đặc biệt là đã hạn chế được thời gian và thuận tiện cho NB.

Mức độ hài lòng của NB với cơ sở vật chất và trình độ chuyên môn, với ứng xử của cán bộ y tế, với thủ tục và chi phí ở nhóm dịch vụ trọn gói cao hơn so với nhóm dịch vụ thông thường. Có mối tương quan giữa chi phí và mức độ hài lòng về cơ sở vật chất và trình độ chuyên môn, về ứng xử của cán bộ y tế, về thủ tục và chi phí ở cả hai nhóm, tuy nhiên đều ở mức rất thấp và không đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. Y LEI AND K YAO (2013)**, "[Research relating the use of systematic drug and cataracts]", *Zhonghua Yan Ke Za Zhi*, **49(5)**, 468-71.
2. **WHO (2012)**, *10 facts about blindness and visual impairment*, WHO media, Geneva, [online] Available at:
http://www.who.int/features/factfiles/blindness/blindness_facts/en/index.html
[Accessed 27 September 2013].
3. **ĐỖ NHƯ HƠN (2009)**, *Kiểm soát các bệnh gây mù ở VN, hướng tới mục tiêu toàn cầu: "Thị giác 2020 - Quyền được nhìn thấy"*, Bệnh viện Mắt Trung ương, Đà Nẵng.
4. **HODGE. W, T HORSLEY, D ALBIANNI AT AL. (2007)**, "The consequences of waiting for cataract surgery: a systematic review", *CMAJ*, **176(9)**, 1285-90.



5. **NGUYỄN XUÂN HIỆP (2010)**, *Bệnh đục thể thủy tinh và phương pháp điều trị*, Bệnh viện Mắt Trung ương, Hà Nội, <<http://www.vnio.vn/Nhan-khoa-thuong-thuc/NBh-c-th-thu-tinh-va-phng-phap-iu-tr.html>>, xem 28/09/2013.
6. **TRƯƠNG QUANG GIỐNG VÀ CỘNG SỰ (2012)**, *Đánh giá kết quả điều trị bệnh đục thể thủy tinh bằng phẫu thuật ngoài bao đặt thể thủy tinh nhân tạo tại các huyện đồng bằng tỉnh Quảng Ngãi*, Trung tâm mắt tỉnh Quảng Ngãi, Quảng Ngãi.
7. **DƯƠNG QUỐC CƯỜNG VÀ TRẦN THỊ PHƯƠNG THU (2004)**, “Đánh giá kết quả phẫu thuật phaco ở người bệnh đục thủy tinh thể già tại BV Mắt TP HCM”, *tạp chí Y học T.P Hồ Chí Minh*, **8(1)**, 134-137.
8. **LINEBARGER.EJ, HARDTENDR, SHAHGKATAL.(1999)**, “Phacoemulsification and modern cataract surgery”, *Surv Ophthalmol*, **44**, 123-47.
9. **VŨ THỊ THẢO (2013)**, *Phân tích chi phí trực tiếp dịch vụ phẫu thuật phaco tại bệnh viện Mắt Hà Nội từ năm 2010 đến năm 2012*, Đại học Dược Hà Nội.
10. **TRẦN THỊ HỒNG CẨM VÀ CỘNG SỰ (2013)**, “Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh tại một số nước trên thế giới”, *Tạp chí Chính sách Y tế*, **11**, 60 - 65.

KỸ THUẬT CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH SỌ NÃO - HỐC MẮT THEO ĐƯỜNG P.N.O

(PLAN-NEURO-OCULAIRE)

Nguyễn Ngọc Diệp*

Kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não-hốc mắt theo đường PNO (mặt cắt thần kinh thị giác) là một phương pháp khảo sát hữu hiệu trong chẩn đoán hình ảnh Y học thần kinh nhãn khoa và bệnh lý hốc mắt như: dây thần kinh thị giác phía trước, giao thoa và dải thị giác nội sọ, các cơ vận nhãn, khối choán chỗ hốc mắt và phần phụ, mạch máu, dị vật hốc mắt, xương ống thị giác, xương hốc mắt... Tùy theo vùng tổn thương khác nhau mà ta có thể khảo sát ở các đường cắt khác nhau sao cho phù hợp với yêu cầu của lâm sàng cũng như yêu cầu trong chẩn đoán hình ảnh.

TỔNG QUAN KỸ THUẬT CHỤP CLVT SỌ NÃO - HỐC MẮT

I. Chuẩn bị người bệnh.

- Nhịn ăn trước 4 giờ nếu có chỉ định tiêm thuốc cản quang (thường có hẹn trước).

- Người bệnh tháo bỏ vật dụng bằng kim loại và vật có tính cản quang như: vòng tai; dây chuyền.

- Cần được yên tĩnh khi khám xét, tránh xúc động mạnh. Đối với những người bệnh không làm chủ được ý thức, nên để người nhà ở cùng (có mặc áo chì bảo vệ).

- Nắm thông tin chẩn đoán ban đầu (chẩn đoán của bác sĩ chỉ định). Để động viên, giải thích, hướng dẫn cho người bệnh cũng như người nhà hiểu và làm theo.

- Đối với những người bệnh nữ đang mang thai bắt buộc phải chụp, phải được bảo vệ xung quanh bằng áo chì.

II. Kỹ thuật chụp.

Chụp cắt lớp vi tính sọ não-hốc mắt thường được khảo sát theo hai hướng cắt **Axial và Coronal**. (Có thể tái tạo hướng cắt **Sargital**; tái tạo hình ảnh 3D trong trường hợp cần thiết).

2.1. Chụp theo hướng Axial: Thường đi từ bờ dưới xoang hàm lên đến bờ trên xoang trán với lớp cắt 5mm qua xoang và 2-3mm qua hốc mắt.

Theo hướng này cho ta thấy rõ được cấu trúc của vùng hốc mắt, đặc biệt là cấu trúc của toàn bộ dây thị giác, các cơ vận nhãn, phần phụ, thân não và giao thoa thị giác.

2.1.1. Tư thế người bệnh:

- Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, hai tay xuôi theo thân mình.

- Đặt đầu người bệnh trên giá đỡ và được cố định 1 băng vải vòng qua trán.

- Chỉnh mặt phẳng dọc giữa vuông góc với mặt bàn, đường nối đuôi mắt lõ tai ngoài vuông góc với mặt bàn.

- Mặt người bệnh hơi ngửa tạo tư thế thoải mái, làm giảm độ nghiêng của bóng. Nhắm mắt và nhìn thẳng để duỗi thẳng dây thị giác.

- Chỉnh đầu người bệnh vào giữa trường quét của bóng với định vị tia ánh sáng khu trú.

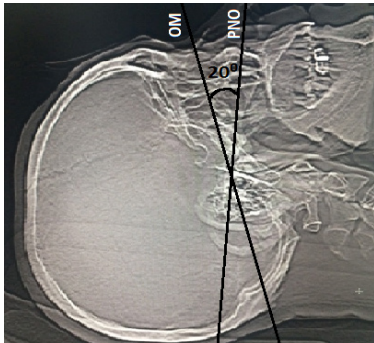
2.1.2. Các thông số cắt lớp:

- Theo đường OM (Orbito-Méatal): Là đường nối từ lỗ ống tai ngoài đến đuôi mắt. Mặt cắt này được sử dụng thường xuyên ở các viện đa khoa để chụp kiểm tra sọ não và chụp sọ não chấn thương.

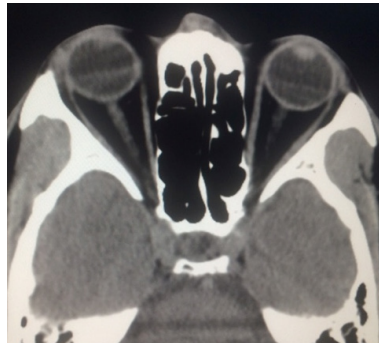
- Theo đường PNO (Plan-Neuro-Oculaire): Là đường phát triển của đường OM. Nó

chéch xuống phía chân một góc khoảng 20° so với mặt phẳng OM và đây chính là đường cắt theo mặt phẳng thần kinh thị giác.

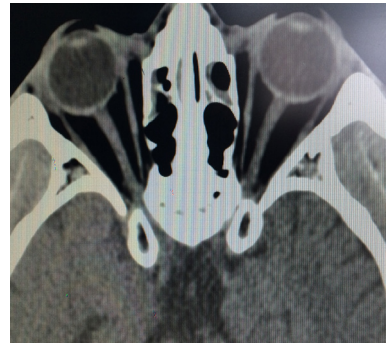
- Lấy liên tiếp các lớp cắt qua nền sọ, vùng xoang 5mm. Qua hốc mắt 2-3mm. Vùng vòm sọ 8-10mm.



OM - PNO



Mặt cắt OM



Mặt Cắt PNO

2.2. Chụp theo hướng Coronal:

Là hướng cắt song song với mặt phẳng trán đi từ bờ sau xoang bướm đến hết bờ trước xoang hàm với lớp cắt từ 2-5mm.

Theo hướng này cho phép ta nghiên cứu và so sánh cả hai hốc mắt, vùng tuyến yên, xương bướm, giao thoa thị giác và xoang hang.

2.2.1. Tư thế người bệnh:

- Người bệnh nằm sấp thoải mái trên bàn chụp, cằm tỳ trên giá đỡ, hai chân duỗi thẳng, hai tay xuôi theo thân mình.

- Chỉnh mặt phẳng dọc giữa vòng góc với mặt bàn, mặt phẳng trán càng gần vòng góc với mặt bàn càng tốt để hạn chế phải nghiêng bóng nhiều.

- Cố định đầu người bệnh bằng 1 băng vải vòng qua đỉnh đầu.

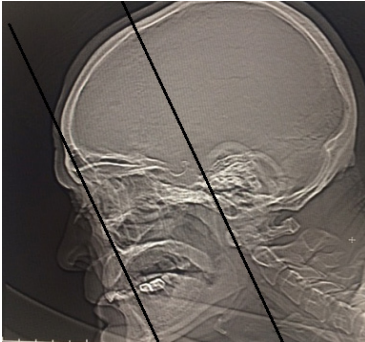
- Chỉnh đầu người bệnh vào giữa trường quét của bóng với định vị tia ánh sáng khu trú.

2.2.2. Các thông số cắt lớp:

- Tạo ảnh định hướng ở tư thế cắt ngang

- Đặt lớp cắt song song với mặt phẳng trán

- Độ dày lớp cắt: Ta thường lấy độ dày lát cắt vùng cắt tùy thuộc vào tổn thương, có thể lấy từ 2-5mm. Mặt cắt này cần thiết khi phát hiện người bệnh có hình ảnh tổn thương bất thường trên hướng cắt Axial, khi ấy cần khảo sát để xác định.



Coronal



Mặt cắt Coronal

2.3. Tiến hành chụp khảo sát.

2.4. Đặt cửa sổ:

Chỉnh cửa sổ phù hợp cho vùng cần xem:

- Cửa sổ hốc mắt (thị thần kinh): Độ rộng cửa sổ: 170 ; Điểm giữa cửa sổ: 10

- Cửa sổ nhu mô não dưới lều: Độ rộng cửa sổ: 100 ; Điểm giữa cửa sổ: 40

- Cửa sổ nhu mô não trên lều: Độ rộng cửa sổ: 80 ; Điểm giữa cửa sổ: 40

- Cửa sổ xương: Độ rộng cửa sổ: 1500; Điểm giữa cửa sổ: 450

2.5. Tùy thuộc vào từng người bệnh (có tổn thương hay không) mà ta có thể tiến hành các bước khảo sát tiếp theo:

Người bệnh có hình ảnh tổn thương bất thường của mạch máu như trong những trường hợp thông động tĩnh

mạch cảnh xoang hang, giãn tĩnh mạch mắt, dị dạng mạch máu hay khối choán chỗ... ta tiến hành tiêm thuốc cản quang. Ở bước khảo sát này rất có giá trị trong chẩn đoán khi đánh giá mức độ ngấm thuốc của tổn thương trước và sau tiêm thuốc cản quang (có ngấm thuốc không, hình thức ngấm thuốc như thế nào...?) Nếu phải tiêm thuốc cản quang nên dùng thuốc có độ thẩm thấu thấp như: Herxabrix, Ultavist...

- Liều dùng: 1ml/kg trọng lượng cơ thể

- Tiêm tĩnh mạch, tiêm nhanh.

- Lưu ý: Cần tìm hiểu tiền sử hen phế quản và bệnh lý toàn thân có thể gây phản ứng sốc phản vệ.

2.6 . Tiến hành in phim:

- In hình ảnh nhu mô hốc mắt, hệ thống xoang: thường từ 10-15 ảnh bao gồm dây thị giác, các cơ vận nhãn, mạch máu và phần phụ.

- In hình ảnh nhu mô sọ não

- In hình ảnh xương phải bao gồm cả ống thị giác, các thành xương hốc mắt và xương hộp sọ.

- Nếu có tổn thương thì cần đo kích thước, tỷ trọng trước và sau tiêm thuốc ở cùng vị trí lớp cắt.

- Nếu có chấn thương xương hốc mắt phải in cửa sổ xương trên Axial và Coronal để xác định vỡ sàn hốc mắt và di lệch thành xương.

III. Kết Quả Đánh Giá:

- Phim có đầy đủ các thông tin của người bệnh (tên, tuổi, ngày tháng năm chụp).

- Phim có đầy đủ các thông số kỹ thuật

- Phim có đầy đủ các hình ảnh cần thiết cho chẩn đoán

CẢM NHẬN TỪ “HỘI THẢO ĐÀO TẠO ĐIỀU DƯỠNG DỰA VÀO CHUẨN NĂNG LỰC ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM” TỔ CHỨC TẠI PHÚ YÊN

Trần An*

Đáp chuyến bay của hãng hàng không quốc gia Vietnam Airlines, chúng tôi đến với mảnh đất Phú Yên nằm ở miền Trung Việt Nam có 3 mặt là núi, phía Bắc có dãy Đèo Cù Mông, phía Nam là dãy Đèo Cả, phía Tây là mạn sườn đông của dãy Trường Sơn và phía Đông là biển Đông. Khí hậu nhiệt đới gió mùa, nóng ẩm với 2 mùa mưa – nắng rõ rệt. Phú Yên thân thiện, yên bình với những con đường rợp bóng dừa xanh. Với những con người hiền hòa, mến khách đón chúng tôi trong không khí cởi mở và tràn đầy tình thân ái.

Được sự đồng ý của Bộ Y Tế và Ủy Ban Nhân dân tỉnh Phú Yên, ngày 12/12/2015 Chi hội giáo viên Điều dưỡng Việt Nam thuộc Hội Điều dưỡng Việt Nam phối hợp với trường Cao đẳng Y tế Phú Yên tổ chức hội thảo **“Đào tạo Điều dưỡng dựa vào chuẩn năng lực Điều dưỡng Việt Nam”**.

Đến tham dự hội nghị có Đại diện Lãnh đạo Bộ Y Tế; một số Bệnh viện trực thuộc Bộ Y Tế và thuộc các Sở Y Tế (những đơn vị là cơ sở đào tạo thực hành); Lãnh đạo và giáo viên các Trường Đại học, Cao đẳng đào tạo nhân lực điều dưỡng của nước ta thuộc 3 miền (Bắc, Trung, Nam).

GS.TS. Lê Quang Cường - Thứ trưởng Bộ Y Tế phát biểu khai mạc và chỉ đạo Hội nghị với nhiều kỳ vọng. Đồng chí

Bí thư tỉnh Ủy, Chủ tịch Hội đồng Nhân dân tỉnh Phú Yên có bài phát biểu chào mừng Hội nghị xúc tích nhưng vô cùng tâm huyết. Đồng chí hy vọng trong tương lai, Phú Yên sẽ có đội ngũ giảng viên điều dưỡng đào tạo đạt chuẩn khu vực đáp ứng được nhu cầu đào tạo nhân lực điều dưỡng Việt Nam. Ths. Nguyễn Bích Lưu – Chủ tịch Chi hội giáo viên điều dưỡng Việt Nam đã có bài tham luận tại Hội nghị. Bài tham luận đã chia sẻ công tác đào tạo điều dưỡng của các nước khu vực và trên Thế giới. Đồng chí cũng mong muốn Việt Nam sẽ có những thay đổi, cải tiến phù hợp trong công tác đào tạo nhân lực điều dưỡng Việt Nam. Trong báo cáo của Ths. Nguyễn Minh Lợi, Phó cục trưởng cục Khoa học – Công nghệ Bộ Y tế trình bày về thực trạng đào tạo nguồn nhân lực điều dưỡng tại Việt Nam và đề xuất một số giải pháp cải thiện. Qua bài trình bày, đồng chí đã mô tả rõ nét về nhân lực điều dưỡng Việt Nam hiện nay.

Hội nghị diễn ra trong một ngày với nhiều bài thuyết trình, tập trung hầu hết vào công tác đào tạo điều dưỡng dựa theo chuẩn năng lực điều dưỡng Việt Nam. Chúng tôi rất ấn tượng với bài báo cáo chia sẻ của Bác sĩ chuyên khoa II Bùi Trần Ngọc - Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Phú Yên về “Những bất cập trong đào tạo điều dưỡng và các giải pháp”, đã



đề cập đến những thiếu hụt trong công tác đào tạo nhân lực điều dưỡng và đưa ra nhiều giải pháp cải thiện tuy nhiên vẫn cần có sự vào cuộc phối hợp của các ban ngành liên quan. Bên cạnh đó còn có rất nhiều bài báo cáo chia sẻ về công tác giảng dạy điều dưỡng như của Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Trường Cao đẳng Y tế Khánh Hòa,...

Cùng Tham dự Hội thảo có Đoàn đại biểu của Bệnh viện Mắt TW gồm: PGS. TS. Trần An, Nguyên Phó giám đốc phụ trách quản lý và điều hành Bệnh viện, Ths. Lê Hoàng Yến – Trưởng phòng Điều dưỡng, CN. Phạm Thị Kim Đức, CN Chu Thị Hằng và CN. Nguyễn Thị Kim Oanh. Chúng tôi có cơ hội được Ths. Nguyễn Thanh Thủy - Trưởng bộ môn điều dưỡng cơ bản, Trường cao đẳng Y tế Hà Nội chia sẻ về kinh nghiệm đào tạo liên tục cho điều dưỡng theo chuẩn năng lực điều dưỡng mà trường đã thực hiện được. Bên cạnh đó cũng được Ths. Phạm Thị Dung, Trưởng phòng ĐD Bệnh viện Việt Đức chia sẻ kinh nghiệm về đào tạo liên tục cho điều dưỡng theo chuẩn năng lực được thực hiện tại Bệnh viện. Hay hơn cả là được CNĐD. Trần Thị Anh Thư, Phó tổng thư ký chi hội giáo viên điều dưỡng, trưởng bộ môn Nhi trường Cao đẳng Y tế Khánh hòa chia sẻ về việc “Đổi mới phương pháp dạy học lâm sàng, nhằm phát huy năng lực điều dưỡng của sinh viên, trường Cao đẳng Y tế Khánh Hòa”.....

Các đại biểu tham dự hội thảo đã thảo luận rất sôi nổi, đã chỉ ra được những bất cập, những việc cần làm tốt hiện nay, định hướng của công việc cần làm tốt trong thời gian tới, đặc biệt là bàn bạc việc thực hiện: Thông tư liên tịch quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y theo thông tư số 26/2015/TTLT – BYT – BNV ngày 07/10/2015.

Hội thảo kết thúc sau một ngày làm việc tích cực và hiệu quả. Các vấn đề được thảo luận và thống nhất tại hội thảo này thực sự góp phần nâng cao hơn nữa, chất lượng đào tạo, phục vụ của các điều dưỡng trong sự nghiệp bảo vệ chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Đối với Bệnh viện Mắt TW, sau hội thảo này phòng Điều dưỡng sẽ có những đề xuất cụ thể với Ban Giám Đốc để triển khai tại Bệnh viện. Điều dưỡng cần được đào tạo về mọi mặt, để nâng cao hơn nữa trình độ tay nghề, chất lượng phục vụ, làm hài lòng người bệnh. Từ ngày 01/01/2021 trình độ đào tạo tối thiểu cho các ngành điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên phải đạt từ cao đẳng trở lên. Theo thông tư liên bộ, đòi hỏi bệnh viện, phòng Điều dưỡng và bản thân từng điều dưỡng của bệnh viện phải phấn đấu nhiều, liên tục và hơn nữa để đạt tiêu chuẩn đó.

Hội thảo quan trọng về công tác đào tạo điều dưỡng diễn ra ở thành phố Tuy Hòa, một địa điểm còn hoang sơ, người dân thân thiện, mến khách. Nơi được

chọn để quay bộ phim “Tôi thấy hoa vàng trên cỏ xanh” thật là đẹp, thật nên thơ. Các thành viên của Đoàn Bệnh viện Mắt TW tranh thủ thời gian đến thăm “mũi rặng đông” để đón tia nắng mặt trời đầu tiên chiếu vào đất liền Việt Nam và một vài điểm du lịch khác (thăm cuốn sách in bằng tiếng Việt đầu tiên của Việt Nam năm 1651, đang trưng bày tại nhà thờ Măng Lăng).

Tạm biệt thành phố Tuy Hòa với bao điều lưu luyến. Các thành viên trong đoàn mang theo về Hà Nội những bồi hồi xao xuyến với bao kiến thức được tiếp thu từ Hội thảo. Chúng tôi ước mong được đóng góp sức mình vào việc nâng cao hơn nữa chất lượng đào tạo điều dưỡng của Bệnh viện Mắt Trung Ương đáp ứng theo chuẩn năng lực điều dưỡng Việt Nam



Ảnh 1: Đoàn BVMTW chụp ảnh lưu niệm cùng Ths. Nguyễn Thị Bích Lưu – phó chủ tịch hội ĐDVN và PGS. TS. Cao Văn Thịnh – TKĐĐ ĐHYK Phạm Ngọc Thạch



Ảnh 2: Đoàn BVMTW chụp ảnh cùng các ĐD trường CĐYT Phú Yên



Ảnh 3: Các đại biểu BVMTW tham dự hội nghị, tham quan mũi Rạng Đông – nơi tia nắng mặt trời đầu tiên chiếu vào đất liền Việt Nam

MỘT SỐ THUỐC KHÁNG SINH SỬ DỤNG TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

*Nguyễn Duy Trường**

Kháng sinh (antibiotics) là những chất kháng khuẩn (antibacterial substances) được tạo ra bởi các chủng vi sinh vật (vi khuẩn, nấm, Actinomycetes), có tác dụng ức chế sự phát triển của các vi sinh vật khác [1].

I. Một số nguyên tắc khi sử dụng kháng sinh:

1.1. Lựa chọn kháng sinh và liều lượng:

- Lựa chọn kháng sinh phụ thuộc vào hai yếu tố: người bệnh và vi khuẩn gây bệnh.

+ Người bệnh cần xem xét: lứa tuổi, tiền sử dị ứng thuốc, chức năng gan - thận, tình trạng suy giảm miễn dịch, mức độ nặng của bệnh, bệnh mắc kèm, cơ địa dị ứng, phụ nữ có thai, cho con bú...

+ Vi khuẩn gây bệnh cần xem xét: loại vi khuẩn, độ nhạy cảm với kháng sinh của vi khuẩn, tình hình kháng kháng sinh để có lựa chọn phù hợp, các biện pháp phối hợp làm giảm mật độ vi khuẩn và tăng nồng độ kháng sinh tại ổ nhiễm khuẩn như làm sạch ổ mủ, dẫn lưu, loại bỏ tổ chức hoại tử,...khi cần.

+ Với những kháng sinh mới, phổ rộng: chỉ sử dụng cho những trường hợp có bằng chứng là các kháng sinh đang dùng đã bị kháng.

- Liều dùng kháng sinh phụ thuộc

vào nhiều yếu tố: tuổi, cân nặng, chức năng gan - thận, mức độ nặng của bệnh, thận trọng với liều lượng của trẻ em đặc biệt là trẻ sơ sinh, nữ nhi... Liều lượng trong các tài liệu hướng dẫn chỉ là gợi ý ban đầu, không có liều chuẩn cho các trường hợp nhiễm khuẩn nặng. Kê đơn không đủ liều sẽ dẫn đến thất bại điều trị và tăng tỷ lệ vi khuẩn kháng thuốc. Ngược lại, với những kháng sinh có độc tính cao, phạm vi điều chỉnh hẹp (ví dụ: các aminoglycosid, polypeptid) phải bảo đảm nồng độ thuốc trong máu theo khuyến cáo để tránh độc tính, do vậy việc giám sát nồng độ thuốc trong máu nên được triển khai.

1.2. Sử dụng kháng sinh điều trị theo kinh nghiệm:

- Khi chưa có bằng chứng về vi khuẩn học do không có điều kiện nuôi cấy vi khuẩn (do không có labo vi sinh, không thể lấy được bệnh phẩm) hoặc khi đã nuôi cấy mà không phát hiện được nhưng có bằng chứng lâm sàng rõ rệt về nhiễm khuẩn.

- Chọn kháng sinh có phổ hẹp nhất gắn với hầu hết các tác nhân gây bệnh hoặc với các vi khuẩn nguy hiểm có thể gặp trong từng loại nhiễm khuẩn

- Kháng sinh phải có khả năng đến được vị trí nhiễm khuẩn với nồng độ hiệu quả nhưng không gây độc



1.3. Sử dụng kháng sinh khi có bằng chứng vi khuẩn học:

- Khi có bằng chứng rõ ràng về vi khuẩn và kết quả của kháng sinh đồ, kháng sinh được lựa chọn là kháng sinh có hiệu quả cao nhất với độc tính thấp nhất và có phổ tác dụng hẹp nhất gắn với các tác nhân gây bệnh được phát hiện.

- Ưu tiên sử dụng kháng sinh đơn độc.

- Phối hợp kháng sinh chỉ cần thiết nếu:

+ Có bằng chứng về việc nhiễm đồng thời nhiều loại vi khuẩn (đặc biệt những trường hợp nghi ngờ có vi khuẩn kỵ khí hoặc vi khuẩn nội bào);

+ Hoặc khi gặp vi khuẩn kháng thuốc mạnh, cần phối hợp để tăng thêm tác dụng;

+ Hoặc khi điều trị kéo dài, cần phối hợp để giảm nguy cơ kháng thuốc (ví dụ: điều trị lao, HIV,...)

1.4. Lựa chọn đường đưa thuốc:

- Đường uống là đường dùng được ưu tiên vì tính tiện dụng, an toàn và giá thành rẻ. Cần lưu ý lựa chọn kháng sinh có sinh khả dụng cao và ít bị ảnh hưởng bởi thức ăn.

- Đường tiêm chỉ được dùng trong các trường hợp sau:

+ Khi khả năng hấp thu qua đường tiêu hóa bị ảnh hưởng (do bệnh lý đường tiêu hóa, khó nuốt, nôn nhiều,...)

+ Khi cần nồng độ kháng sinh trong

máu cao, khó đạt được bằng đường uống: điều trị nhiễm khuẩn ở các tổ chức khó thấm thuốc (viêm màng não, màng trong tim, viêm xương khớp nặng,...), nhiễm khuẩn trầm trọng và tiến triển nhanh.

Tuy nhiên, cần xem xét chuyển đường tiêm sang đường uống ngay khi có thể.

1.5. Thời gian điều trị:

- Thời gian điều trị phụ thuộc vào tình trạng nhiễm khuẩn, vị trí nhiễm khuẩn và sức đề kháng của người bệnh. Các trường hợp nhiễm khuẩn nhẹ và trung bình thường đạt kết quả sau 7 – 10 ngày nhưng những trường hợp nhiễm khuẩn nặng, nhiễm khuẩn ở những tổ chức mà kháng sinh khó thâm nhập (màng tim, màng não, xương khớp, bệnh lao,...) thì thời gian điều trị kéo dài hơn nhiều. Tuy nhiên, một số bệnh nhiễm khuẩn chỉ cần một đợt ngắn như nhiễm khuẩn tiết niệu – sinh dục chưa biến chứng (khoảng 3 ngày, thậm chí một liều duy nhất)

- Sự xuất hiện nhiều kháng sinh có thời gian bán thải kéo dài đã cho phép giảm được đáng kể số lần dùng thuốc trong đợt điều trị, làm dễ dàng hơn cho việc tuân thủ điều trị của người bệnh; ví dụ: dùng azithromycin chỉ cần một đợt 3 – 5 ngày, thậm chí một liều duy nhất.

- Không nên điều trị kéo dài để tránh kháng thuốc, tăng tỷ lệ xuất hiện tác dụng không mong muốn và tăng chi phí điều trị.

1.6. Tác dụng không mong muốn và độc tính khi sử dụng kháng sinh:

- Tất cả các kháng sinh đều có thể gây ra tác dụng không mong muốn (ADR) do đó cần cân nhắc nguy cơ/lợi ích trước khi quyết định kê đơn. Đa số ADR tự khỏi, một số trường hợp có thể bị trầm trọng hơn hoặc có thể gây ra sốc phản vệ. Để tránh ADR cần phải khai

thác tiền sử bệnh, tiền sử dị ứng, tiền sử dùng thuốc ở người bệnh trước khi kê đơn và phải luôn sẵn sàng các phương tiện chống sốc khi sử dụng kháng sinh.

- Cần điều chỉnh lại liều lượng và/hoặc khoảng cách đưa thuốc theo chức năng gan – thận để tránh tăng nồng độ quá mức cho phép với những kháng sinh có độc tính cao trên gan và/hoặc thận [1].

II. Các kháng sinh sử dụng tại Bệnh viện Mắt TW

STT	Nhóm kháng sinh	Tên hoạt chất	Hàm lượng, nồng độ	Tên thuốc biệt dược	Đơn vị tính	Dạng bào chế
NHÓM THUỐC KHÁNG SINH DẠNG TRÁ MẮT						
1	Amino glycosid	Gentamycin	0,3% - 5g	Gentamycin	Tube 5g	Mỡ tra mắt
2		Tobramycin	0,3% - 5ml	Tobrex 5ml	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
3		Tobramycin	0,3% - 3,5g	Tobrex 3,5g	Tube 3,5g	Mỡ tra mắt
4		Tobramycin	0,3% - 5 ml	Tobcimax	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
5	Quinolon	Besifloxacin	0,6%- 5 ml	Besivance	Lọ 5 ml	Hỗn dịch nhỏ mắt
6		Ciprofloxacin	0,3% - 5 ml	Ciloxan	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
7		Ciprofloxacin	0,3% - 5 ml	Philproeye	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
8		Levofloxacin	0,5% - 5ml	Cravit	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
9		Levofloxacin	0,5% - 5 ml	Eylevox	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
10		Levofloxacin	0,5% - 5 ml	Draopha	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
11		Levofloxacin	5 mg/ml	Dropstar	Ống nhựa	Dung dịch nhỏ mắt
12		Moxifloxacin	0,5% - 5ml	Vigamox	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
13		Moxifloxacin	0,5% - 5 ml	Philmoxista	lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
14		Moxifloxacin	0,5% - 5ml	Apdrops	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt

15	Quinolon	Ofloxacin	0,3% 5ml	Oflovid 5ml	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
16		Ofloxacin	0,3% - 3,5g	Oflovid 3,5g	Tube 3,5g	Mỡ tra mắt
17		Ofloxacin	0,3% - 5 ml	Biotra	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
18		Ofloxacin	0,3% - 5 ml	Eyflox 5 ml	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
19		Ofloxacin	0,3% - 3,5g	Eyflox 3,5g	Tube 3,5g	Mỡ tra mắt
20		Ofloxacin	0,3% - 5 ml	Quinovid 5 ml	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
21		Ofloxacin	0,3% - 3,5	Quinovid 3,5g	Tube 3,5g	Mỡ tra mắt
22		Ofloxacin	0,3% - 5g	Ofleye	Tube 5g	Mỡ tra mắt
23	Tetra cycline	Tetracyclin	1% - 5g	Tetracyclin	Tube 5g	Mỡ tra mắt
NHÓM THUỐC KHÁNG SINH + CORTICOID DẠNG TRA MẮT						
24		Framycetin + Dexamethasone	31.500 IU + 5 mg/5ml - 5ml	Frakidex	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
25		MoxifloxacinHCl + Dexamethason phosphat	0,5% + 0,1%	Vigadexa	Lọ 5 ml	Dung dịch nhỏ mắt
26		Neomycin + Polymycin B + Dexamethason	3500UI/ml + 6000 UI/ml + 0,1% - 5 ml	Maxitrol 5ml	Lọ 5 ml	Hỗn dịch nhỏ mắt
27		Neomycin sulfat + Polymycin B sulfat + Dexamethason	3500UI/g + 6000UI/g + 0,1% - 3,5g	Maxitrol 3,5g	Tube 3,5g	Mỡ tra mắt
28		Neomycin sulfat + Polymycin B sulfat + Dexamethason	3500UI/ml + 6000 UI/ml + 0,1% - 10 ml	Eyrus 10 ml	Lọ 10 ml	Hỗn dịch nhỏ mắt
29		PolymycinB sulfat + Neomycin sulfat + Dexamethason	21.000 IU + 12,25 mg + 3,5 mg	Eyrus 3,5g	Tube 3,5g	Mỡ tra mắt
30		Neomycin + Gramicidin + Fludrocortisone acetat	12.500 UI + 125 UI + 5 mg	Dicortineff	Lọ 5 ml	Hỗn dịch nhỏ mắt
31		Neomycin sulfat + PolymycinB sulfat + Prednisolon acetat	5mg/ml + 10.000 UI/ml + 5 mg/ml	Poly-Pred	Lọ 5 ml	Hỗn dịch nhỏ mắt
32		Tobramycin + Dexamethason	0,3% + 0,1% - 5ml	Tobradex 5ml	Lọ 5 ml	Hỗn dịch nhỏ mắt
33		Tobramycin + Dexamethason	0,3% + 0,1% - 3,5g	Tobradex 3,5g	Tube 3,5g	Mỡ tra mắt



STT	Nhóm kháng sinh	Tên hoạt chất	Hàm lượng, nồng độ	Tên thuốc biệt dược	Đơn vị tính	Dạng bào chế
NHÓM THUỐC KHÁNG SINH DẠNG UỐNG, TIÊM						
34	Amino glycosid	Amikacin	500 mg -2ml	Vinphacine	ống	Dung dịch tiêm
35		Gentamicin	80 mg - 2ml	Gentamicin 80 mg	ống	Dung dịch tiêm
36	Beta - lactam	Amoxicilin	0,25g	Amoxycillin 250 mg	Viên	Viên nang
37		Amoxicilin	0,5 g	Amoxicilin 500 mg	Viên	Viên nang
38		Amoxicillin + Acid clavulanic	250mg+ 31,25mg	Augmentin 250 mg /31,25 mg	Gói	Bột pha hỗn dịch uống
39		Amoxicillin + Acid clavulanic	500mg + 62,5mg	Augmentin 500 mg /62,5 mg	Gói	Bột pha hỗn dịch uống
40		Amoxicillin + Acid clavulanic	500 mg + 125 mg	Augmentin BD 625mg	Viên	Viên nén bao phim
41		Amoxicillin + Acid clavulanic	500 mg + 125 mg	Curam 625mg	Viên	Viên nén bao phim
42		Amoxicillin + Acid clavulanic	875mg + 125mg	Augmentin BD 1g	Viên	Viên nén bao phim
43		Amoxicillin + Acid clavulanic	1g + 200mg	Augmentin 1,2g	Lọ	Bột pha dung dịch tiêm truyền
44		Cefalexin	0,5g	Cephalexin 500 mg	Viên	Viên nang
45		Cefpodoxime	100 mg	Pocos 100 mg	Viên	Viên nén bao phim
46		Cefpodoxime	200 mg	Zexif 200 mg	Viên	Viên nang cứng
47		Ceftazidime	1g	Fortum 1g	Lọ	Thuốc bột kèm ống nước cất pha tiêm 3ml
48		Ceftriaxon	1g	Rocephin 1g	Lọ	Bột pha tiêm tĩnh mạch 1g kèm 1 ống dung dịch pha tiêm 10 ml



49	Beta - lactam	Cefuroxime	125 mg/ 5ml	Zinnat 125mg/5 ml	Chai	Bột pha hỗn dịch uống
50		Cefuroxime	125 mg	Zinnat 125mg/5 ml	Gói	Bột pha hỗn dịch uống
51		Cefuroxime	125mg	Zinnat 125 mg	Viên	Viên nén bao phim
52		Cefuroxime	250 mg	Zinnat 250 mg	Viên	Viên nén bao phim
53		Cefuroxime	250 mg	Xorimax 250mg	Viên	Viên nén bao phim
54		Cefuroxime	500 mg	Zinnat 500mg	Viên	Viên nén bao phim
55		Cefuroxime	750 mg	Zinacef 750mg	Lọ	Bột pha tiêm hoặc truyền
56	Macrolid	Azithromycin	500 mg	Zitromax 500mg	Viên	Viên nén bao phim
57		Clarithromycin	250 mg	Orokin 250 mg	Viên	Viên nén bao phim
58	Peptid	Vancomycin	0,5g	Vancomycin 0,5g	Lọ	Bột pha tiêm
59		Vancomycin	1g	Vagonxin 1g	lọ	Bột pha tiêm
60	Quinolon	Ofloxacin	200 mg	Ofloxacin 200mg	Viên	Viên nén
61		Pefloxacin	400 mg - 5ml	Vinpecine	ống	Dung dịch tiêm
62	Tetra cycline	Doxycyclin	100 mg	Doxycyline 100mg	Viên	Viên nang

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BỘ Y TẾ (2015), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Nhà xuất bản Y học; Trang 17; Trang 39-44.
2. BỘ Y TẾ (2005), *Tài liệu tập huấn Sử dụng thuốc hợp lý trong điều trị*, Công ty in Giao thông. Trang 58-66.
3. TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HÀ NỘI (2000), *Dược lâm sàng đại cương*. Nhà xuất bản Y học. Trang 171-187.

Endura™

(Glycerin 1% và polysorbate 80 1%)

Thuốc nhỏ mắt làm trơn mắt

**Giảm tạm thời cảm giác nóng, kích ứng
và khó chịu do khô mắt**



Endura™

(Glycerin 1% và polysorbate 80 1%)

Thuốc nhỏ mắt làm trơn mắt

Với công thức duy nhất, thuốc nhỏ mắt ENDURA™ đem lại nhiều lợi ích hơn ngoài tác dụng làm ướt mắt. Đây là loại thuốc nhỏ mắt đầu tiên tác dụng có lợi lên cả 3 lớp của màng nước mắt: lớp lipid, lớp dịch và lớp mucin.

Thuốc nhỏ mắt ENDURA™ tạo ra một màng bảo vệ êm dịu bằng một lớp ẩm kéo dài lâu để duy trì tác dụng làm giảm các triệu chứng mắt khô dai dẳng.

Thuốc nhỏ mắt ENDURA™ có công nghệ tiên tiến an toàn để sử dụng, đủ để đem lại sự dễ chịu trong 24 giờ cho mắt khô, bị kích ứng.

THÀNH PHẦN:

Mỗi mL chứa:

Hoạt chất: Glycerin 1% khối lượng/ khối lượng (10mg/g), Polysorbate 80 1% khối lượng/ khối lượng (10mg/g).

Tá dược: Dầu thầu dầu, carbomer (Pemulen TR-2), mannitol, sodium hydroxide và nước tinh khiết.

DẠNG BẢO CHẾ

Thuốc nhỏ làm trơn mắt.

CHỈ ĐỊNH

ENDURA™ được chỉ định để làm giảm tạm thời cảm giác nóng, kích ứng và khó chịu do khô mắt hoặc do tiếp xúc với gió và ánh nắng. Thuốc có thể được dùng như một chất tiếp xúc bảo vệ tránh kích ứng mắt thêm nữa.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG

Thuốc tra mắt

Vặn và kéo đầu nắp ống thuốc ra để mở. Nhỏ một hoặc hai giọt vào mắt bệnh khi cần và loại bỏ ống thuốc.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

ENDURA™ chống chỉ định đối với những bệnh nhân đã biết hoặc nghi ngờ quá mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG ĐẶC BIỆT KHI SỬ DỤNG

Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng. Nếu cần thêm thông tin, xin hỏi ý kiến bác sĩ.

Chỉ dùng ngoài. Để tránh nhiễm bẩn, không được để đầu của ống thuốc chạm vào bất cứ bề mặt nào. Không sử dụng lại. Một khi đã mở thì loại bỏ. Bảo đảm đầu của ống thuốc đơn liều không chạm vào mắt. Không dùng nếu dung dịch bị đổi màu. Nếu mắt bị đau, thay đổi thị lực, mắt tiếp tục bị đỏ hoặc bị kích ứng, hoặc nếu tình trạng mắt xấu hơn hay kéo dài quá 72 giờ thì nên ngừng sử dụng và hỏi ý kiến bác sĩ. Nếu lỡ nuốt phải, cần được trợ giúp y tế hoặc liên lạc với một Trung tâm chống độc ngay lập tức.

CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ

Không có đề phòng đặc biệt nào về sử dụng ENDURA™ trong khi có thai và đang cho con bú.

TÁC ĐỘNG KHI LÁI XE VÀ SỬ DỤNG MÁY MÓC

ENDURA™ có thể gây mờ mắt tạm thời do công thức nhũ tương của thuốc. Nếu bệnh nhân bị mờ mắt, cần khuyên bệnh nhân không nên lái xe hay vận hành máy móc cho đến khi thị lực trở nên rõ ràng (điển hình là một vài phút sau khi nhỏ mắt).

TƯƠNG TÁC VỚI CÁC THUỐC KHÁC VÀ CÁC DẠNG TƯƠNG TÁC KHÁC

Chưa được ghi nhận

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Khi dùng theo chỉ dẫn thì không có tác dụng phụ nào đáng kể.

Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc.

QUÁ LIỀU

Chưa có kinh nghiệm về quá liều ở người sử dụng nhũ tương nhỏ mắt ENDURA™.

HẠN DÙNG

18 tháng kể từ ngày sản xuất.

THẬN TRỌNG ĐẶC BIỆT KHI BẢO QUẢN

Bảo quản dưới 25°C

Để thuốc xa tầm tay của trẻ em.

Dùng trước hạn sử dụng được ghi trên ống thuốc.

QUY CÁCH ĐÓNG GÓI

Mỗi ống polyethylene tỷ trọng thấp dùng một lần, có thể tích 0,9 mL chứa 0,4 mL thuốc.

Hộp 30 ống x 0,4mL.



Nhà sản xuất:

Allergan Sales, LLC

Waco, TX 76712, USA

Các nhãn hiệu ® và ™ thuộc sở hữu của Allergan, Inc.

Công ty phân phối: VIMEDIMEX BÌNH DƯƠNG, số 18 L1-2 VSIPII, Đường số 3, KCN Việt Nam - Singapore 2, Thủ Dầu Một, Tỉnh Bình Dương.



CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ LỰA CHỌN KÍNH TIẾP XÚC

“INDICATIONS, CONTRAINDICATIONS, AND SELECTION OF CONTACT LENSES”

www.springer.com/cda/content/document/cda_downloadaddocument/9780387404004-c1.pdf

Tác giả: Claudia Assis Lima, Newton Kara-Jose, and Jason J Nichols

Người dịch: Trần Minh Anh*, Đồng Thị Thu Hồng*

1. Chỉ định chính của kính tiếp xúc

Một quy trình khám mắt kỹ lưỡng bao gồm bệnh sử, sức khỏe toàn thân, mong muốn của người bệnh, nhu cầu khúc xạ và đáp ứng với những lần thử kính sẽ cho biết liệu kính tiếp xúc có phù hợp hay không. Những chỉ định chính của kính tiếp xúc bao gồm:

Chỉ định quang học

Hầu hết người sử dụng kính tiếp xúc thuộc nhóm có chỉ định quang học. Đa số là người bị cận thị có thể có hoặc không có loạn thị kèm theo.

Chỉ định y học

Giác mạc hình chóp

Giác mạc hình chóp là một bệnh mỏng giác mạc tiến triển, thường ở hai mắt nhưng không đều. Những trường hợp này thường được đeo kính tiếp xúc cứng để chỉnh cận thị và loạn thị do giác mạc không đều và giãn phình. Kính tiếp xúc không ngăn được sự tiến triển của bệnh và chỉ được sử dụng khi thị lực với kính gọng không đạt được thị lực tốt.

Loạn thị không đều có hoặc không có sẹo giác mạc

Kính tiếp xúc cứng thấm khí là một

phương tiện tốt để điều trị loạn thị không đều do giác mạc bằng cách loại bỏ quang sai và lóa sáng, đem lại thị lực tốt hơn. Việc thử và đeo kính tiếp xúc trong những trường hợp này luôn được thực hiện trước khi tiến hành phẫu thuật ghép giác mạc. Kính tiếp xúc cứng cung cấp kết quả tốt cho phần lớn các người bệnh, tuy nhiên kính tiếp xúc mềm ưa nước vẫn được lựa chọn cho một số trường hợp.

Lệch khúc xạ

Lệch khúc xạ là khi có sự khác biệt về khúc xạ lớn hơn 2.00 D giữa hai mắt. Lệch khúc xạ không được chỉnh kính ở trẻ sơ sinh có thể dẫn đến nhược thị, đặc biệt khi một mắt bị viễn thị. Ở người lớn, sự khác biệt lớn hơn 3D giữa 2 mắt thường không được đáp ứng tốt với chỉnh kính gọng. Trong những trường hợp này, kính tiếp xúc có thể được chỉ định để làm giảm sự tiến triển của nhược thị và bất đồng ảnh võng mạc do lệch khúc xạ.

Không có thủy tinh thể một mắt

Không có thủy tinh thể một mắt gây ra sự chênh lệch lớn về kích thước ảnh (bất đồng ảnh võng mạc). Chỉnh kính gọng cho lệch khúc xạ này tạo ra sự bất



đồng ảnh võng mạc không chấp nhận được, với sự khác biệt ảnh lên đến 30%. Kính tiếp xúc giảm sự bất đồng ảnh chỉ còn 7% - đây là sự khác biệt mà võ não không nhận ra được. Điều này làm giảm hiệu ứng phóng đại của kính cộng, cho phép phát triển thị giác hai mắt.

Rung giật nhãn cầu

Khi cần thiết chỉnh tật khúc xạ ở người bệnh có rung giật nhãn cầu, kính tiếp xúc cho thấy sự ưu việt hơn kính gọng, bởi vì kính tiếp xúc chuyển động theo vận động của nhãn cầu, trong nhiều trường hợp cho thị lực tốt hơn.

Sau phẫu thuật khúc xạ

Người bệnh với tật khúc xạ tồn dư sau phẫu thuật có thể được chỉnh bằng kính tiếp xúc. Đeo kính tiếp xúc có thể được bắt đầu từ 3 đến 6 tháng sau phẫu thuật. Trong hầu hết các trường hợp, kính tiếp xúc cứng là phù hợp, thiết kế hình học đảo ngược thường được sử dụng phổ biến nhất. Ta cần chú ý đặc biệt tới tình trạng bản đồ giác mạc, nguy cơ tróc biểu mô và tân mạch giác mạc (tại các vết rạch giác mạc).

Sau phẫu thuật ghép giác mạc

Kính tiếp xúc được chỉ định trong trường hợp tật khúc xạ cao, lệch khúc xạ hoặc loạn thị không đều sau ghép giác mạc. Quy trình thử và cấp kính thường được bắt đầu sớm nhất sau 3 tháng, thông thường từ 6 đến 12 tháng sau phẫu thuật. Kính tiếp xúc được sử dụng

chủ yếu khi loạn thị đều hoặc không đều sau khi rút chỉ.

Thẩm mỹ

Kính tiếp xúc có màu nhuộm được sử dụng với những người bệnh sẹo giác mạc hoặc khuyết mống mắt làm tăng thẩm mỹ của một mắt không nhìn thấy được hoặc để che phần mống mắt bị thiếu. Kính tiếp xúc thẩm mỹ cũng có thể được sử dụng đơn thuần để thay đổi màu mắt.

Điều trị/bảo vệ

Kính tiếp xúc điều trị là những kính được sử dụng cho các bệnh lý bề mặt nhãn cầu, giác mạc.

Chống chỉ định chính khi sử dụng kính tiếp xúc

Trước khi bắt đầu thử kính tiếp xúc cho mục đích quang học, điều quan trọng là phải đánh giá được mong muốn của người bệnh, nhu cầu quang học và tiền sử mắt, bệnh toàn thân. Người bệnh không có nhu cầu sử dụng kính gọng (chuyển sang sử dụng kính tiếp xúc) thường không tuân thủ theo đúng quy trình được hướng dẫn chăm sóc vệ sinh kính tiếp xúc, dẫn đến nguy cơ biến chứng cao.

2. Quy trình khám thường quy trước khi sử dụng kính tiếp xúc

Có nhiều yếu tố xác định người bệnh có phù hợp để sử dụng kính tiếp xúc. Trước khi thử kính tiếp xúc ta cần khai thác bệnh sử và khám mắt. Khi hỏi bệnh



sử ta cần thu thập thông tin về tình trạng sức khỏe chung của người bệnh, tình trạng mắt, tiền sử các bệnh về mắt của gia đình, tiền sử sử dụng kính tiếp xúc. Nhu cầu sử dụng là một trong những yếu tố quan trọng nhất để thử kính thành công. Người bệnh với tật khúc xạ từ trung bình đến cao có thể phù hợp hơn so với người bệnh có tật khúc xạ thấp. Có một cách tốt để biết nhu cầu của người bệnh là đánh giá số giờ mỗi ngày người bệnh đeo kính. Người bệnh phụ thuộc ít vào kính gọng thì khả năng thử kính tiếp xúc thành công thấp. Người bệnh ít có nhu cầu đeo kính thường không tuân thủ việc chăm sóc kính tiếp xúc và có thể không phù hợp với việc đeo kính, đặc biệt là kính tiếp xúc cứng.

Bệnh toàn thân

Dị ứng

Người bệnh nên được hỏi về việc dị ứng với thuốc, thức ăn hoặc các tác nhân khác. Người bệnh dị ứng dễ bị mẫn cảm hoặc có phản ứng phụ với kính tiếp xúc và các sản phẩm chăm sóc kính.

Bệnh tiểu đường

Trong trường hợp người bệnh bị tiểu đường vừa và nặng, giác mạc giảm độ nhạy cảm dẫn tới nguy cơ về trượt giác mạc và nhiễm trùng. Người bệnh tiểu đường không có chỉ định sử dụng kính áp tròng đeo kéo dài (đeo qua đêm).

Mang thai và mãn kinh

Phụ nữ mang thai bị giữ nước có thể

không đeo được kính tiếp xúc. Nhìn chung, nên tránh thử kính tiếp xúc trong thời kỳ mang thai. Một số người bệnh trong thời kỳ mãn kinh có thể xuất hiện những thay đổi đáng kể trong chất lượng và số lượng của màng phim nước mắt có thể dẫn đến việc không thích ứng được với kính tiếp xúc.

Bệnh đường hô hấp mãn tính

Người bệnh có bệnh về đường hô hấp mãn tính như hen suyễn, viêm xoang, và bệnh lý tương tự khác có thể gặp khó khăn trong thử kính tiếp xúc. Khi bị co thắt đường hô hấp, họ có thể bị xung huyết kết mạc, chảy nước mắt và nhạy cảm ánh sáng; khó chịu này sẽ tăng thêm nếu sử dụng kính tiếp xúc.

Bệnh tâm lý

Người bệnh đeo kính tiếp xúc cần phải đảm bảo tuân theo đầy đủ các hướng dẫn y tế, bao gồm cả thông tin về thời gian đeo kính, bảo quản kính tiếp xúc, hiểu về các dấu hiệu, triệu chứng, nguy cơ của các vấn đề liên quan đến việc đeo kính tiếp xúc và khi nào cần phải có sự hỗ trợ kịp thời.

Thuốc sử dụng

Người sử dụng kính tiếp xúc cũng cần phải được biết rằng thuốc - thuốc tra hay thuốc uống (như thuốc thông mũi, thuốc lợi tiểu, thuốc benzodiazepine, ức chế miễn dịch, v...v...) đều có thể làm thay đổi phim nước mắt dẫn đến chống chỉ định hoặc làm cho việc sử dụng kính tiếp xúc trở nên khó khăn.



Tình trạng mắt

Cần hỏi những vấn đề như sau:

1. Chấn thương mắt trước đây
2. Viêm hoặc nhiễm trùng mi mắt
3. Viêm kết mạc
4. Đục thể thủy tinh
5. Glôcôm (bao gồm cả bệnh sử gia đình)
6. Khô mắt
7. Phẫu thuật mắt hoặc phần phụ nhãn cầu
8. Tiền sử sử dụng kính tiếp xúc trước đây
9. Phản ứng với thuốc

Tiền sử sử dụng kính tiếp xúc

Những thông tin sau về kính tiếp xúc cần được khai thác:

1. Các loại kính tiếp xúc từng đeo trước đây
2. Phù hợp và biến chứng với các loại kính đã từng sử dụng
3. Lý do sử dụng kính tiếp xúc (thẩm mỹ, không đeo được kính gọng, mắt không có thể thủy tinh, giác mạc chóp, cải thiện thị lực)
4. Nghề nghiệp của người bệnh (người bệnh có làm việc trong môi trường tiếp xúc với sản phẩm hóa học, bụi bẩn..)
5. Phương pháp chỉnh tật khúc xạ trước đây
6. Thể thao và các hoạt động giải trí

Quy trình khám mắt

Tật khúc xạ

Độ cong giác mạc

Các phương pháp phổ biến nhất để đo độ cong giác mạc là sử dụng máy giác mạc kế (đo khúc xạ giác mạc) bằng tay hoặc tự động. Ngoài ra, ta cũng có thể sử dụng máy chụp hình giác mạc hoặc bản đồ giác mạc.

Sinh hiển vi

Khám sinh hiển vi nhằm đánh giá mi mắt, kết giác mạc, phim nước mắt, mống mắt, đồng tử và tiền phòng.

Đánh giá phim nước mắt

Đánh giá phim nước là một trong những yếu tố quan trọng quyết định liệu người bệnh có phù hợp để đeo kính tiếp xúc hay không. (Lấy từ chương 5 trong bản dịch)

Đo độ cao khoảng hở khe mi

Khoảng hở khe mi bình thường vào khoảng 7 tới 13 mm (trung bình khoảng 10mm). Kích thước của khe mi có thể làm giảm độ ổn định của kính tiếp xúc đặc biệt là kính cứng thấm khí. Đo độ cao khe mi được thực hiện bằng đèn khe sinh hiển vi khi người bệnh nhìn vào tai người khám. Cũng có thể đo khoảng hở khe mi theo cách sau:

- Đo bằng thước kẻ, đơn vị mm
- Đo vị trí của mi mắt với rìa giác mạc: Nếu mi mắt nằm ở vùng rìa thì ghi lại là 0mm, nếu mi mắt che vùng rìa thì đo độ

cao che (+1,+2mm), nếu củng mạc bị bộc lộ thì ghi lại là -1, -2 mm).

Trương lực mi

Mi mắt rất căng và chặt có thể làm thay đổi chuyển động của kính tiếp xúc. Không có phương pháp lâm sàng nào có thể đo được trương lực mi một cách chính xác. Chúng ta có thể ước lượng trương lực mi bằng cách giữ mi mắt giữa ngón trỏ và ngón cái và kéo mi xa khỏi nhãn cầu. Đánh giá này có thể được phân loại ra là chặt hoặc lỏng. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối tương quan giữa trương lực mi, độ cao khoảng hở khe mi với việc đeo kính tiếp xúc.

Chớp mắt

Người khám có thể đánh giá tần suất và độ chớp mắt hoàn toàn hay không hoàn toàn. Chớp mắt không hoàn toàn làm thay đổi chuyển động của kính trên mắt và phân bố màng phim nước mắt, hệ quả là khô kết giác mạc và không thích ứng với kính tiếp xúc. Tần số chớp mắt vào khoảng 12 đến 15 lần trong 1 phút, tăng lên khi đầu di chuyển và giảm khi tập trung ví dụ như đọc, xem ti vi, lái xe và sử dụng máy tính.

Đường kính giác mạc

Đường kính ngang giác mạc vào khoảng 11.7mm (thay đổi từ 11 đến 12.5mm). Đường kính dọc ngắn hơn đường kính ngang 1mm. Đây là một số đo quan trọng để xác định đường kính của kính tiếp xúc.

Nhạy cảm giác mạc

Nhạy cảm giác mạc giảm trong các bệnh lý toàn thân như tiểu đường, bệnh lý về mắt (viêm giác mạc herpes), mang thai, chu kỳ kinh nguyệt, đang sử dụng thuốc tại chỗ và toàn thân, hoặc sau phẫu thuật giác mạc. Việc đeo kính tiếp xúc làm giảm nhạy cảm giác mạc và người bệnh này khi đeo kính tiếp xúc sẽ dễ bị tróc giác mạc hoặc/và viêm giác mạc. Nhạy cảm giác mạc có thể được đánh giá bằng đầu tằm bông hoặc bằng máy đo nhạy cảm giác mạc của Cochet-Bonnet.

3. Các tiêu chí lựa chọn người bệnh sử dụng kính tiếp xúc mềm ưa nước loại đeo kéo dài

(Ghi chú: KTX mềm ưa nước loại đeo kéo dài là kính tiếp xúc có thể sử dụng đeo liên tục 6 ngày hoặc 29 ngày, tháo ra cho mắt nghỉ 1 ngày, đêm rồi đeo tiếp)

Sự lựa chọn người bệnh thích hợp cho loại kính hydrogel đeo kéo dài qua đêm này phải dựa vào kết quả đánh giá cẩn thận. Người bệnh phải không có bệnh toàn thân cũng như bệnh về mắt. Người bệnh có tiền sử viêm hoặc nhiễm trùng mắt không phù hợp với kính đeo kéo dài. Mặc dù việc đeo kính tiếp xúc kéo dài thuận tiện, người bệnh cần phải biết những nguy cơ viêm nhiễm và hiểu được trách nhiệm gắn liền với loại kính này bao gồm:

1. Tăng nguy cơ biến chứng, bao gồm nhiễm trùng như loét giác mạc



2. Hiểu được tầm quan trọng của việc giữ sức khỏe cho mắt, sức khỏe toàn thân và tuân thủ nghiêm ngặt phác đồ chăm sóc kính tiếp xúc.

3. Khám lại theo hẹn mỗi 6 tháng.

4. Phát hiện và chú ý đến những triệu chứng đầu tiên của biến chứng

5. Tháo kính ngay khi phát hiện những dấu hiệu kích thích ở mắt

4. Khi nào nên sử dụng kính tiếp xúc cứng thấm khí

Kính tiếp xúc cứng được chỉ định trong các trường hợp sau:

1. Loạn thị > 1.00D

2. Loạn thị không đều

3. Người bệnh khó đặt kính tiếp xúc mềm

4. Sau phẫu thuật (Ví dụ: Phẫu thuật khúc xạ, phẫu thuật ghép giác mạc)

5. Sẹo giác mạc

6. Kiểm soát cận thị

5. Khi nào nên sử dụng kính tiếp xúc mềm ưa nước

Kính mềm hydrogel được chỉ định trong các trường hợp sau:

1. Tật khúc xạ với loạn thị tối thiểu

2. Không phù hợp với kính tiếp xúc cứng

3. Vận động viên

4. Trẻ sơ sinh có bệnh lý ở mắt (ví dụ như không có thể thủy tinh)

5. Người bệnh rung giật nhãn cầu

6. Khoảng hở khe mi quá rộng

7. Người bệnh có lỗ cắt mống mắt lớn

6. Chống chỉ định chính trong sử dụng kính tiếp xúc

1. Bất kỳ hiện tượng viêm cấp tính hoặc bán cấp tính của bán phần trước

2. Viêm mắt cấp tính và mạn tính

3. Bất kỳ bệnh mắt ảnh hưởng tới giác mạc, kết giác mạc và mi mắt (ví dụ: biểu mô dễ bị tổn hại, bệnh nội mô giác mạc, khô mắt, dị ứng, mống)

4. Giảm nhạy cảm giác mạc

5. Glôcôm không kiểm soát

6. Biến chứng tiếp xúc dịch kính – giác mạc trong trường hợp không có thể thủy tinh

7. Người bệnh có cảm giác khó chịu khi đeo kính.

Tất cả các chống chỉ định trên là tương đối. Trong những trường hợp cần phải đặt kính, người bệnh có thể được đánh giá lại, lưu ý rằng việc đặt kính thành công luôn dựa trên một chỉ định hợp lý.

7. Chống chỉ định chung cho việc sử dụng kính tiếp xúc cho mục đích quang học?

1. Những bệnh lý toàn thân hoặc dị ứng ảnh hưởng đến mắt và có thể bị nặng hơn do sử dụng kính tiếp xúc

2. Không có khả năng làm theo hướng dẫn để vệ sinh, bảo quản và vô trùng kính tiếp xúc



3. Vệ sinh cá nhân kém (đặc biệt là tay và móng tay)

4. Không có khả năng hiểu được những nguy cơ liên quan tới việc sử dụng kính tiếp xúc

5. Tật khúc xạ thấp ở người bệnh không mong muốn sử dụng kính

6. Người bệnh suy giảm miễn dịch

7. Người bệnh sử dụng thuốc làm thay đổi chất lượng của phim nước mắt

8. Phụ nữ có thai, cho con bú, mặc kính – những trường hợp có thể đi kèm với không thích nghi kính, và khúc xạ không ổn định. Sẽ tốt hơn nếu chờ đợi tới khi kết thúc thời kỳ mang thai và cho con bú để thử kính áp tròng.

9. Người bệnh quá nhiều tuổi hoặc quá ít tuổi không thể đeo kính, tháo kính hoặc chăm sóc kính mà không có sự trợ giúp.

8. Chống chỉ định tương đối với việc sử dụng kính tiếp xúc mềm ưa nước

1. Thị lực kém do chưa chỉnh được hết loạn thị

2. Gặp vấn đề với việc sử dụng kính tiếp xúc (người bệnh lớn tuổi hoặc người bệnh có bệnh Parkinson, liệt nửa người, viêm khớp dạng thấp có dị tật bàn tay)

3. Tiếp xúc với môi trường không thuận lợi (không khí rất khô, tiếp xúc với các hóa chất dễ bay hơi, v...v...)

4. Khó khăn trong tuân thủ quy trình được hướng dẫn chăm sóc vệ sinh kính.

9. Các chống chỉ định tương đối trong sử dụng kính tiếp xúc cứng?

1. Hoạt động thể thao – Kính tiếp xúc cứng có thể dễ dàng bị lệch bởi vận động đột ngột

2. Cảm giác khó chịu khi đeo kính tiếp xúc cứng

3. Sử dụng không thường xuyên

10. Những nghề nghiệp chính chống chỉ định sử dụng kính tiếp xúc cho mục đích quang học? Bao gồm:

1. Lao động trong môi trường ô nhiễm (ví dụ: thợ cơ khí, lao động nông nghiệp, thợ nề)

2. Môi trường có các sản phẩm hóa học (ví dụ: thuốc trừ sâu, phân bón hóa học)

3. Không khí rất khô

4. Tiếp xúc với vật liệu dễ bay hơi