



# Thông tin **ĐIỀU DƯỠNG NHÂN KHOA**

Đặc san của Bệnh viện Mắt Trung ương

Số 8  $\frac{12}{2016}$

## BAN BIÊN TẬP:

### Trưởng ban biên tập:

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

### Phó trưởng ban biên tập:

PGS.TS. BS. 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  
THS.BS. TRẦN KHÁNH SÂM  
CN. ĐD. PHẠM THỊ KIM ĐỨC  
THS.ĐD. VŨ THỊ HỒNG HẠNH  
CNĐD. 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

# MỤC LỤC

Trang

## CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- **Sự hài lòng của người bệnh và người nhà với dịch vụ y tế tại một số khoa của Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2015** 2

*Lê Thuý Hạnh, Nguyễn Văn Huy*

## THÔNG TIN HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN

- **Bệnh Bong vông mạc** 11

*Cao Thị Thanh Thủy*

- **Chăm sóc mắt sau phẫu thuật điều trị hở mi** 15

*Nguyễn Thị Thu Hiền, Phạm Hồng Vân,*

*Phó Anh Phương*

- **Tin tức hoạt động Điều dưỡng** 17

*Vũ Hòa Long*

## BÀI DỊCH

- **Khám mắt cho trẻ em** 24

*Tác giả: Amanda I. Bell, md; mary elizabeth rodes, md, med; and lisa collier kellar, md, msce*

*Người dịch: Phạm Phương Nga*

GPXB số 133/GP-XBDS 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

# SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ VỚI DỊCH VỤ Y TẾ TẠI MỘT SỐ KHOA CỦA BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2015

Lê Thuý Hạnh\*, Nguyễn Văn Huy\*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh (NB/NNNB) với dịch vụ y tế (DVYT) tại khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu (KCBTYC) và khoa Glôcôm của Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2015.

**Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 500 người nhà và người bệnh ở khoa Khám Chữa bệnh theo yêu cầu và khoa Glôcôm tại Bệnh viện Mắt Trung ương, sử dụng phiếu điều tra phỏng vấn trực tiếp người nhà và người bệnh.

**Kết quả:** Đa số NB/NNNB nội trú hài lòng với DVYT được cung cấp tại 2 khoa KCBTYC và Glôcôm (ở cả 2 khoa tỷ lệ đáp ứng mong đợi trung bình đều đạt >87%). Tuy nhiên, khoa KCBTYC có tỷ lệ hài lòng của NB/NNNB cao hơn Khoa Glôcôm về 3 yếu tố: Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh (KCB) (86,1% so với 85,1%); cơ sở vật chất (CSVC), phương tiện phục vụ (75,7% so với 60,2%) và thái độ ứng xử, năng lực của nhân viên y tế (NVYT) (81,3% so với 76,3%). Khoa Glôcôm có tỷ lệ hài lòng của NB/NNNB cao hơn khoa KCBTYC về 2 yếu tố: Khả năng tiếp cận (89,6% so với 87,3%) và kết quả cung cấp dịch vụ (88,4% so với 81,3%).

**Kết luận:** Đa số người bệnh và người nhà người bệnh hài lòng với dịch vụ y tế tại khoa KCBTYC và khoa Glôcôm, tuy nhiên với khoa Glôcôm, cần cải thiện sự hài lòng về các thủ tục KCB, cải thiện cơ sở vật chất và thái độ ứng xử của NVYT; với khoa KCBTYC, cần cải thiện về khả năng tiếp cận và kết quả cung cấp dịch vụ, và có thể điều chỉnh cho phù hợp hơn về giá cả DVYT.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân luôn là nhiệm vụ vẻ vang của Ngành Y tế Việt Nam. Ngày nay, trải qua nhiều thời kỳ với nhiều thay đổi, chủ trương lớn nhất của Ngành Y tế Việt Nam là “Xã hội hóa y tế” nhằm phát huy mọi tiềm năng, mọi nguồn lực để đầu tư cho y tế, tạo điều

kiện cho Ngành Y tế phát triển, phục vụ tốt hơn, với chất lượng ngày càng cao trong chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cộng đồng. Với quan điểm “Lấy người bệnh làm trung tâm của hoạt động chăm sóc và điều trị”, ngày 03/12/2013, Bộ Y tế Việt Nam đã ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện tại Quyết định số 4858/QĐ-

\*Khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu

\*\*Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng

BYT [1]. Có thể thấy, mục đích cuối cùng của mọi sự thay đổi trong Ngành Y tế Việt Nam tại bất kỳ thời điểm nào là nâng cao chất lượng DVYT nhằm đáp ứng tốt nhất nhu cầu của khách hàng.

Theo Ke Ping A, sự hài lòng của khách hàng trở thành “thước đo” mức độ đáp ứng của DVYT so với nhu cầu của khách hàng. Người bệnh chưa hài lòng đồng nghĩa với chất lượng DVYT còn chưa được đảm bảo [2]. Do đó, nghiên cứu về sự hài lòng của khách hàng sẽ giúp các cơ sở y tế (CSYT) tìm được những điểm còn hạn chế trong đáp ứng nhu cầu của người bệnh từ đó có những giải pháp khắc phục kịp thời. Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới về sự hài lòng như nghiên cứu tại Yemen [3], Trung Quốc [4], Ấn Độ [5]. Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu liên quan đến tỉ lệ hài lòng của người bệnh như nghiên cứu của Cao Mỹ Phượng tại Bệnh viện đa khoa Trà Vinh [6], Lý Thị Thúy tại Bệnh viện Bạch Mai [7], Lê Hữu Thọ tại Bệnh viện Khánh Hòa [8],... Tuy nhiên, trong bối cảnh Thông tư liên tịch số 37/2015 ra đời quy định thống nhất giá dịch vụ khám chữa bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc, theo đó viện phí sẽ tăng 30% từ ngày 01/3/2016, vì vậy việc tiến hành nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh vẫn rất cần thiết.

Bệnh viện Mắt Trung ương là bệnh viện hạng I, chức năng chính là khám, cấp cứu, điều trị, phòng bệnh và phục hồi chức năng mắt ở tuyến cao nhất. Trong đó, hai Khoa tiếp đón, khám và điều trị cho nhiều người bệnh nhất là

khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu và khoa Glôcôm. Hiện nay, Bệnh viện Mắt Trung ương đã thực hiện theo Nghị định số 43 của Bộ Y tế về tự chủ, tự chịu trách nhiệm về nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính hướng tới năm 2016 sẽ tự chủ hoàn toàn. Câu hỏi được đặt ra là: Dịch vụ y tế của Bệnh viện Mắt Trung ương có đáp ứng được nhu cầu của khách hàng? Bệnh viện cần làm gì để khách hàng hài lòng với những dịch vụ của bệnh viện? Nhằm trả lời những câu hỏi đó và đưa ra những khuyến nghị phù hợp để nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh của Bệnh viện Mắt Trung ương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Sự hài lòng của người bệnh và người nhà với dịch vụ y tế tại một số Khoa của Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2015”** với mục tiêu: *Mô tả sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh với dịch vụ y tế tại khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu và khoa Glôcôm của Bệnh viện Mắt Trung ương, năm 2015*

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh (NB) và người nhà người bệnh (NNNB) nội trú tại khoa KCBTYC và khoa Glôcôm của Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 6/2015 – 6/2016.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n_1 = n_2 = Z^2_{(\alpha, \beta)} \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

- $n_1$  và  $n_2$ : cỡ mẫu tối thiểu ở mỗi nhóm đối tượng cần cho nghiên cứu
- $\alpha$ : Xác suất phạm phải sai lầm loại I,  $\alpha=0,05$  với độ tin cậy 95%.
- $\beta$ : Xác suất phạm phải sai lầm loại II, lấy  $\beta=0,1$ .
- $Z(\alpha,\beta)$ : Giá trị Z tra từ Bảng Z tương ứng với giá trị  $\alpha$ ,  $\beta$  được chọn =10,5
- $p_1$ : tỷ lệ NB và NNNB nội trú hài lòng với DVYT của khoa KCB theo nhu cầu,  $p_1= 0,973$  theo kết quả khảo sát nhanh 30 NB tại khoa KCB theo nhu cầu).
- $p_2$ : tỷ lệ NB và NNNB nội trú hài lòng với DVYT của khoa Glôcôm,

$p_2=0,966$  (theo kết quả khảo sát nhanh 30 NB nội trú tại khoa Glôcôm).

- (P1 - P2): khoảng sai chệch mong muốn giữa hai tỷ lệ hài lòng của nhóm NB và NNNB nội trú tại 2 khoa, lấy  $P_1 - P_2 = 0,05$ .

- Thay các giá trị vào công thức, ta có cỡ mẫu tối thiểu ở mỗi Khoa là  $n_1$  và  $n_2= 248$  (làm tròn thành 250 người) => Cỡ mẫu chung là 500 người.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

### 2.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Biến số nghiên cứu được xác định dựa trên Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện của Bộ Y tế [1].

### Chỉ số chính và tiêu chí đánh giá sự hài lòng của NB/NNNB dùng trong nghiên cứu

$$\text{Tỷ lệ \% hài lòng của NB/NNNB nội trú} = \frac{\text{Số NB/NNNB nội trú hài lòng}}{\text{Tổng số NB/NNNB nội trú tham gia nghiên cứu}}$$

Nghiên cứu sử dụng bộ thang đo của Cục Quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế [9]. Thang đo trong nghiên cứu gồm 31 tiêu mục chia thành 5 yếu tố: Hài lòng về khả năng tiếp cận; Hài lòng về sự minh bạch thông tin và thủ tục KCB; Hài lòng về CSVC và phương tiện; Hài lòng về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT; Hài lòng về kết quả cung cấp dịch vụ. Mức độ hài lòng của NB và NNNB đối với mỗi yếu tố trên được đánh giá dựa trên thang điểm Likert với 5 mức độ: Rất không hài lòng; Không hài lòng; Bình thường; Hài lòng; Rất hài lòng.

Trong phân tích, với mỗi tiêu mục, NB/NNNB lựa chọn mức 1 đến mức 3 được nhóm thành “Không hài lòng” (có mã là 0); lựa chọn mức 4 đến mức 5 được nhóm thành “Hài lòng” (có mã là 1). NB/NNNB được đánh giá là “Hài lòng” với yếu tố X khi hài lòng với tất cả các tiêu mục đánh giá yếu tố đó. Nếu có 01 tiêu mục trở lên ở trong nhóm “Không hài lòng” thì NB/NNNB được đánh giá là “Không hài lòng” với yếu tố X. Sự hài lòng chung của NB/NNNB trong nghiên cứu được tìm hiểu qua 03 câu hỏi về: mức độ hài lòng chung (với thang đo 5 mức); tỷ lệ đáp ứng so



với mong đợi và việc quay trở lại khám hoặc giới thiệu cho người khác đến.

### 2.4 Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

❖ Công cụ thu thập thông tin

Phiếu điều tra được thiết kế sẵn, là một bộ câu hỏi cấu trúc gồm 2 phần chính:

+ Phần 1. Thông tin chung về NB/NNNB, gồm các biến số: Tuổi, giới, trình độ học vấn, chỗ ở hiện tại, dân tộc, nghề nghiệp, thu nhập, lý do nhập viện.

+ Phần 2. Tìm hiểu sử dụng DVYT và sự hài lòng của NB/NNNB với DVYT tại 2 Khoa gồm: 31 câu hỏi tương ứng với 31 tiêu mục đánh giá 05 yếu tố (khả năng tiếp cận; CSVC và phương tiện phục vụ; thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT; kết quả cung cấp dịch vụ) sử dụng thang đo Likert 5 mức độ và 04 câu hỏi tìm hiểu sự hài lòng chung của NB/NNNB với DVYT tại 2 Khoa (đã được mô tả phía trên).

Trước khi điều tra chính thức, phiếu điều tra được tiến hành thử nghiệm trên 30 NB/NNNB nội trú tại mỗi Khoa

để xác định độ tin cậy. Số liệu thử nghiệm được kiểm định bằng hệ số tin cậy Cronback's alpha, kết quả cho thấy phần lớn các tiêu mục thang đo đều đạt hệ số alpha  $\geq 0,70$ . Ngoài ra, việc thử nghiệm đã giúp cho việc điều chỉnh câu hỏi dễ hiểu và phù hợp hơn.

### 2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Nghiên cứu sử dụng phần mềm Epi Data 3.1 để nhập liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 12.0. Thống kê mô tả: dùng số lượng, tỷ lệ (%) để mô tả các biến về đặc điểm của NB/NNNB nội trú và sự hài lòng của họ. Thống kê suy luận: Sử dụng kiểm định khi bình phương ( $\chi^2$ -test) để so sánh tỷ lệ giữa 2 hay nhiều nhóm, kiểm định t (t-test) để so sánh trung bình đối với biến có phân phối tương đối chuẩn; kiểm định phi tham số (Mann Whitney-U test) để so sánh trung bình đối với biến không có phân phối chuẩn. Mức ý nghĩa  $\alpha = 0,05$ , có ý nghĩa thống kê với  $p \leq 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Khả năng tiếp cận DVYT:

**Bảng 3.1. Tỷ lệ NB/NNNB hài lòng về khả năng tiếp cận**

Khả năng tiếp cận	Khoa KCBTYC (n=251)		Khoa Glôcôm (n=249)		p ( $\chi^2$ )
	n	%	n	%	
Các biển báo, chỉ dẫn đường đến BV	241	96,0	242	97,6	0,321
Thời gian KCB, XN vào thăm NB	232	92,4	242	97,6	<b>0,008</b>
Cách đánh số các khối nhà, buồng bệnh	246	98,0	246	99,2	0,450
Các lối đi trong bệnh viện	248	98,8	241	96,8	0,124
NB gọi và hỏi được NVYT khi cần thiết	237	94,4	243	97,6	0,071
<b>Hài lòng chung về khả năng tiếp cận</b>	<b>219</b>	<b>87,3</b>	<b>225</b>	<b>89,6</b>	<b>0,270</b>

Kết quả bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ NB/NNNB nội trú hài lòng với các tiêu mục đánh giá khả năng tiếp cận với DVYT tại 2 khoa KCBTYC và khoa Glôcôm đều đạt trên 90%. Trong đó, 99,2% NB/NNNB nội trú tại khoa Glôcôm hài lòng với tiêu mục “Các khối nhà, cầu thang,

buồng bệnh được đánh số rõ ràng, dễ tìm”. Tỷ lệ hài lòng chung về khả năng tiếp cận DVYT tại khoa Glôcôm là 89,6%, cao hơn so với 87,3% tại khoa KCBTYC.

**3.2. Sự minh bạch thông tin và thủ tục KCB:**

**Bảng 3.2. Tỷ lệ NB/NNNB hài lòng về sự minh bạch thông tin và thủ tục KCB**

Thông tin và thủ tục KCB	Khoa KCBTYC (n=251)		Khoa Glôcôm (n=249)		p (X <sup>2</sup> )
	n	%	n	%	
Quy trình, thủ tục nhập viện	241	96,0	246	98,8	0,051
NB được phổ biến về nội quy khi nằm viện	239	95,2	230	92,4	0,186
NB được giải thích về tình trạng bệnh	230	91,6	240	96,4	<b>0,025</b>
NB được giải thích, tư vấn trước khi xét nghiệm, chụp chiếu	230	91,6	240	96,8	<b>0,014</b>
NB được công khai thuốc trước khi sử dụng	238	94,8	233	94,0	0,673
<b>Hài lòng chung về sự minh bạch thông tin và thủ tục KCB</b>	<b>216</b>	<b>86,1</b>	<b>214</b>	<b>85,1</b>	<b>0,971</b>

Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ NB/NNNB hài lòng đối với các tiêu mục đánh giá sự minh bạch thông tin và thủ tục KCB đều đạt trên 90%. “Quy trình, thủ tục nhập viện rõ ràng, công khai, thuận tiện” là tiêu mục có tỷ lệ NB/NNNB nội trú hài

lòng cao nhất, tại 2 khoa KCBTYC và khoa Glôcôm lần lượt là 96% và 98,8%. Tỷ lệ hài lòng chung về sự minh bạch thông tin và thủ tục KCB tại khoa Glôcôm là 85,1%, thấp hơn hơn so với khoa KCBTYC (86,1%).

**3.3. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ:**

**Bảng 3.3. Tỷ lệ NB/NNNB hài lòng về CSVC, phương tiện phục vụ**

Cơ sở vật chất	Khoa KCBTYC (n=251)		Khoa Glôcôm (n=249)		p (X <sup>2</sup> )
	n	%	n	%	
Buồng bệnh khang trang, sạch sẽ	244	97,2	244	98,0	0,568
Giường bệnh, ga, gối, đệm	247	98,4	229	92,0	<b>0,001</b>
Nhà vệ sinh, nhà tắm sạch sẽ, sử dụng tốt.	238	94,8	240	96,4	0,394
NB được đảm bảo an toàn, an ninh	238	94,8	247	99,2	<b>0,004</b>
NB được cung cấp quần áo đầy đủ, sạch sẽ.	248	98,8	244	98,0	0,503
NB được cung cấp đủ nước uống nóng, lạnh.	237	94,4	245	98,4	<b>0,028</b>
NB được đảm bảo sự riêng tư	213	84,9	205	82,3	0,445
Căng tin BV phục vụ đầy đủ, chất lượng.	226	90,0	173	69,8	<b>&lt;0,0001</b>
Môi trường trong bệnh viện xanh, sạch, đẹp.	240	95,6	244	98,0	0,131
<b>Hài lòng chung về CSVC, phương tiện phục vụ</b>	<b>190</b>	<b>75,7</b>	<b>150</b>	<b>60,2</b>	<b>&lt;0,0001</b>



Bảng 3.3 cho thấy các tiêu mục về: tiện nghi buồng bệnh, nhà vệ sinh, nhà tắm, quần áo cho NB, môi trường khuôn viên, đều có tỷ lệ NB/NNNB hài lòng đạt trên 90%, và không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa 2 khoa ( $p > 0,05$ ). Tiêu mục về “NB được đảm bảo sự riêng tư khi nằm viện” có

tỷ lệ hài lòng thấp hơn (84,9% tại khoa KCB theo nhu cầu; 82,3% tại khoa Glôcôm). Sự hài lòng chung về CSVC khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa hai khoa ( $p < 0,0001$ ).

**3.4. Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT:**

**Bảng 3.4. Tỷ lệ NB/NNNB hài lòng về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT tại 2 khoa**

Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT	Khoa KCBTYC (n=251)		Khoa Glôcôm (n=249)		p (X <sup>2</sup> )
	n	%	n	%	
NVYT không có biểu hiện gợi ý bồi dưỡng	249	99,2	247	99,2	1,000
Bác sỹ, điều dưỡng xử lý công việc thành thạo, kịp thời.	245	97,6	244	98,0	0,771
Bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	243	96,8	243	97,6	0,598
NB được NVYT tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ.	242	96,4	244	98,0	0,285
NB được bác sỹ thăm khám, động viên tại phòng điều trị.	237	94,4	240	96,4	0,295
Nhân viên phục vụ có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	237	94,4	235	94,4	0,983
NB được tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng.	221	88,1	211	84,7	0,280
<b>Hài lòng chung về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn</b>	<b>204</b>	<b>81,3</b>	<b>190</b>	<b>76,3</b>	<b>0,174</b>

Bảng 3.4 cho thấy tỉ lệ NB/NNNB hài lòng về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT tại 2 khoa. Theo đó, “NVYT không có biểu hiện gợi ý bồi dưỡng” là tiêu mục có tỷ lệ NB/NNNB nội trú hài lòng cao nhất với 99,2%. Và tương ứng với điểm trung

bình mức độ hài lòng, “NB được tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng” là tiêu mục có tỷ lệ NB/NNNB nội trú hài lòng thấp nhất với 88,1% tại khoa KCBTYC và 84,7% tại khoa Glôcôm.

### 3.5. Kết quả cung cấp dịch vụ:

**Bảng 3.5. Tỷ lệ NB/NNNB hài lòng về kết quả cung cấp dịch vụ**

Kết quả cung cấp dịch vụ	Khoa KCBTYC (n=251)		Khoa Glôcôm (n=249)		P ( $\chi^2$ hoặc Fisher's Exact test)
	n	%	n	%	
Cấp phát thuốc đầy đủ, chất lượng.	244	97,2	249	100	<b>0,015</b>
Trang thiết bị đầy đủ, hiện đại	238	94,8	246	98,8	<b>0,012</b>
Kết quả điều trị đáp ứng nguyện vọng.	233	92,8	237	95,2	0,268
Tin tưởng về chất lượng DVYT.	246	98,0	247	99,2	0,450
Hài lòng về giá cả DVYT.	217	86,5	234	94,4	<b>0,003</b>
<b>Hài lòng chung về kết quả cung cấp dịch vụ</b>	<b>204</b>	<b>81,3</b>	<b>220</b>	<b>88,4</b>	<b>0,028</b>

Tỷ lệ % NB/NNNB nội trú hài lòng với các tiêu mục đánh giá kết quả cung cấp dịch vụ tại khoa Glôcôm đều cao hơn tại khoa KCBTYC. Trong đó, các tiêu mục “Cấp phát thuốc đầy đủ, chất lượng”, “Trang thiết bị đầy đủ, hiện đại” khác nhau có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) về tỷ lệ % NB/NNNB hài lòng.

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 500 đối tượng ở khoa KCBTYC và khoa Glôcôm tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 6 năm 2015 đến tháng 6 năm 2016. Sự hài lòng chung của NB/NNNB tham gia nghiên cứu được đánh giá qua 05 yếu tố: *khả năng tiếp cận; sự minh bạch thông tin và thủ tục KCB; CSVC và phương tiện phục vụ; thái độ ứng xử, năng lực của NVYT và kết quả cung cấp dịch vụ*. Sự khác biệt về các tiêu chí đánh giá và cách đánh giá mức nào là *hài lòng* và mức nào là *không hài lòng* có thể là một trong những nguyên nhân giải thích sự khác nhau về tỷ lệ hài lòng của NB/NNNB

trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác về sự hài lòng của NB/NNNB. Về yếu tố “Khả năng tiếp cận”, nghiên cứu của chúng tôi đánh giá qua 5 tiêu mục về sơ đồ, biển báo chỉ dẫn, việc thông báo thời gian vào thăm, việc đánh số buồng bệnh và bố trí các khối nhà, lối đi, hỏi và gọi được NVYT khi cần. Trong khi đó, với đa số các nghiên cứu khác, khả năng tiếp cận được đánh giá chủ yếu qua thời gian chờ đợi để được tiếp cận với DVYT. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỷ lệ hài lòng với khả năng tiếp cận DVYT của NB/NNNB là 88,45%. Trong khi đó tỷ lệ hài lòng với thời gian chờ đợi để tiếp cận DVYT tại các nghiên cứu khác rất khác nhau và dao động từ 28% đến 96% [7], [8], [10] [11].

Về yếu tố “Sự minh bạch thông tin và thủ tục KCB”, nghiên cứu đánh giá qua 05 tiêu mục về quy trình, thủ tục nhập viện; phổ biến nội quy; giải thích tình trạng bệnh; tư vấn trước khi yêu cầu làm các xét nghiệm, kỹ thuật cao; minh bạch thông tin về thuốc và chi phí điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ NB/NNNB



nội trú hài lòng về tiêu mục “Quy trình thủ tục nhập viện rõ ràng, công khai, thuận tiện” là 96% tại khoa KCBTYC thấp hơn so với 98,8% tại khoa Glôcôm. Tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu tại Iran năm 2013 [11]; cao hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2014 [7].

Trong nghiên cứu này, yếu tố “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ” được đo lường với 9 tiêu mục. Tỷ lệ hài lòng chung với yếu tố này là 67,9% (75,7% tại khoa KCBTYC cao hơn có ý nghĩa thống kê so với 60,2% tại khoa Glôcôm), kết quả này thấp hơn so với một số nghiên cứu trong nước và ngoài nước [11] [7] nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Nhật Yên, năm 2008 [12]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hài lòng chung về yếu tố CSVC, phương tiện phục vụ của NB/NNNB nội trú tại khoa KCBTYC cao hơn có ý nghĩa thống kê so với khoa Glôcôm. Điều này được giải thích bởi thực tế số lượng NB nội trú trong ngày tại Khoa KCBTYC thường ít hơn và NB được bố trí mỗi người một giường, rất ít trường hợp phải nằm ghép trong khi tại khoa Glôcôm, do số lượng NB/NNNB đông hơn nên việc nằm ghép diễn ra thường xuyên hơn. Mặt khác, vì mức chi phí phục vụ tại khoa KCBTYC cao hơn nên NB nội trú được phục vụ xuất ăn tại giường trong khi đó NB nội trú tại khoa Glôcôm phải trực tiếp xuống xếp hàng tại căng tin. Điều này cho thấy với một số NB/NNNB thì “giấc ngủ” và “bữa ăn” đóng vai trò quan trọng ảnh hưởng đến sự hài lòng của họ khi sử dụng DVYT tại bệnh viện.

Về yếu tố “Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT” với 7 tiêu mục được đánh giá, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hài lòng chung với yếu tố này là 78,8%. So với các nghiên cứu

khác, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Hoàng Anh năm 2015 [10]; nghiên cứu của Ahmad Ameryoun năm 2013 [11], nghiên cứu của Lý Thị Thúy năm 2014 [7]; kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu [13], [14]. Nhìn chung các nghiên cứu trong thời gian gần đây tại Việt Nam (trong đó có nghiên cứu của chúng tôi) thì tỷ lệ NB/NNNB hài lòng với thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT ở mức cao. Có thể đây là hiệu quả của một loạt các văn bản chỉ đạo của Bộ Y tế trong những năm gần đây liên quan đến cải thiện chất lượng bệnh viện, trong đó có mục tiêu nâng cao năng lực chuyên môn và cải thiện thái độ phục vụ của NVYT hướng đến sự hài lòng của người bệnh.

Yếu tố “Kết quả cung cấp dịch vụ” được đánh giá bởi 05 tiêu mục: cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, chất lượng; trang thiết bị, vật tư y tế đầy đủ, hiện đại, đáp ứng nguyện vọng; kết quả điều trị đáp ứng được nguyện vọng; mức độ tin tưởng của NB về chất lượng DVYT; mức độ hài lòng về giá DVYT. Tỷ lệ NB/NNNB hài lòng với kết quả điều trị là 94%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Vũ Hoàng Anh năm 2015 [10] và nghiên cứu của Lý Thị Thúy năm 2014 [7]. Tỷ lệ này cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Nhật Yên năm 2008 [12]. Trong các tiêu mục, tỷ lệ NB/NNNB hài lòng với tiêu mục giá DVYT giữa 2 Khoa có sự khác biệt rõ rệt nhất (tại khoa KCB theo nhu cầu là 86,5% và tại khoa Glôcôm là 94,4%). Sự khác biệt về giá là điều khó tránh vì đó là thực tế, tại nhiều bệnh viện, giá DVYT tại các khoa KCBTYC (hoặc tự nguyện) thường cao hơn các khoa khác, để có thể mang lại những dịch vụ tốt hơn, đáp ứng mong đợi của NB. Tuy nhiên, khi phải trả giá/ chi phí cho DVYT cao hơn đồng nghĩa

với việc NB đòi hỏi cao hơn về mọi mặt của DVYT. Trong khi đó, không phải khoa KCBTYC (hoặc tự nguyện) nào cũng đáp ứng kịp thời được những mong đợi và đòi hỏi đó.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2014), “Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện”.
2. **Ke Ping A., Yang A. và Lillan M.S.** (1999), “Factors influencing nursing - Sensitive outcomes in Taiwanese Nursing Home”, *The Online Journal of Issues Nursing*, **4(2)**.
3. **Anbori A., Ghani S.N. và Yadav H.** (2010), “Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana’s, Yemen”, *International Journal far Quality in Health Care*, **22(4)**, tr. 310-315.
4. **Yan Z., Wan D. và Li L.** (2011), “Patient satisfaction in two provinces: rural and urban differences”, *International Journal far Quality in Health Care*, **23(4)**, tr. 384-389.
5. **Anand Sudhan, Rajiv Khandekar và Subramanyam Deveagonda** (2011), “Patient satisfaction regarding eye care services at tertiary hospital of central India”, *Oman Journal of Ophthalmology*, **4(2)**.
6. **Cao Mỹ Phượng, Nguyễn Thị Nghiệp và Châu Lê Phương** (2012), “Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh tại các bệnh viện đa khoa trong tỉnh Trà Vinh”.
7. **Lý Thị Thúy** (2014), *Sự hài lòng của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân với các dịch vụ tại khoa Khám bệnh- Bệnh viện Bạch Mai năm 2014 và một số yếu tố ảnh hưởng*, Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
8. **Lê Hữu Thọ và Nguyễn Văn Đông** (2014), “Đánh giá thực trạng và các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh nội trú khoa y học cổ truyền tại một bệnh viện Khánh Hòa”.
9. **Cục quản lý khám chữa bệnh và Cục quản lý Y dược cổ truyền** (2015), Tài liệu Hội nghị hướng dẫn kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát sự hài lòng người bệnh, nhân viên y tế năm 2015, *Chương trình hội nghị hướng dẫn triển khai kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát sự hài lòng của người bệnh, nhân viên y tế năm 2015*, chủ biên, Bộ Y tế, Hà Nội.
10. **Vũ Hoàng Anh** (2014), *Sự hài lòng của người bệnh phẫu thuật bệnh lý cột sống tại viện chấn thương chỉnh hình - bệnh viện Việt Đức*, Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
11. **Ahmad Ameryoun, Gholamhossein Pourtaghi và Emad Yahaghi** (2013), “Outpatient and inpatient services satisfaction in Iranian Military Hospitals”, .
12. **Phạm Nhật Yên** (2008), Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Khoa khám bệnh theo yêu cầu của bệnh viện Bạch Mai năm 2008, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng Hà Nội.
13. **Phan Thị Nguyệt Minh** (2012), *Phân tích tổ chức hoạt động quy trình khám thai và sự hài lòng của thai phụ tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2012*, Luận văn thạc sĩ.
14. **Esimai O.A., Omoniye và Esan Go.** (2009), “Wait time and service satisfaction at Antenatal Clinic”, *East afr J public health*, **6(3)**, tr. 111-309.

## BỆNH BONG VỔNG MẠC

Cao Thị Thanh Thủy\*

### 1. Đại cương

Khi xuất hiện tình trạng nhìn thấy những chấm đen di động, trời nổi trước mắt (nhìn thấy các đốm và những đường nhỏ) đột ngột tăng lên và nhìn thấy các đốm lóe sáng bất thành hình, đó có thể là dấu hiệu của bệnh bong võng mạc — một tình trạng nghiêm trọng cần có sự can thiệp y khoa ngay lập tức.

Bong võng mạc là tình trạng võng mạc bị tách ra khỏi lớp biểu mô sắc tố ở phía dưới. Trong tình trạng này, võng mạc không thể hoạt động bình thường và thị lực người bệnh bị giảm sút nghiêm trọng. Nếu không được điều trị kịp thời, bong võng mạc có thể gây mù vĩnh viễn. Do đó, bong võng mạc là một bệnh cấp cứu trong nhãn khoa.

Bong võng mạc có thể do rách võng mạc (bong võng mạc do rách), do co kéo của dịch kính vào võng mạc (bong co kéo) hoặc do dịch rỉ viêm (bong võng mạc thứ phát do viêm hoặc u nội nhãn)

### 2. Những yếu tố nguy cơ của bệnh bong võng mạc

Các yếu tố nguy cơ của bong võng mạc do rách là:

- Cận thị nặng
- Chấn thương vùng mắt hoặc mặt
- Biến chứng sau phẫu thuật mắt
- Có tiền sử gia đình bị bong võng mạc

### 3. Triệu chứng của bong võng mạc

#### 3.1. Triệu chứng cơ năng

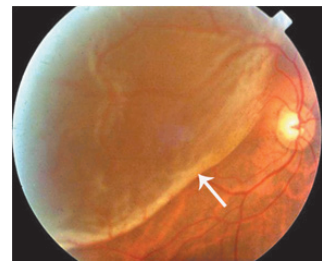
- Dấu hiệu ruồi bay

- Dấu hiệu chớp sáng

- Mất một vùng nhìn (khuyết thị trường)

#### 3.2. Triệu chứng thực thể

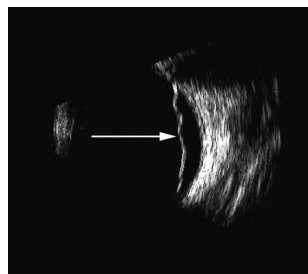
Khám đáy mắt nhỏ giãn đồng tử giúp phát hiện tình trạng võng mạc bị bong ra khỏi lớp biểu mô sắc tố.



Hình 1. Hình ảnh đáy mắt của bong võng mạc

Chẩn đoán sớm là chìa khóa để ngăn ngừa mất thị lực do bong võng mạc.

#### 3.3 . Siêu âm



Hình 2. Hình ảnh siêu âm của bong võng mạc

Là phương tiện rất quan trọng để chẩn đoán bong võng mạc. Trên siêu âm có thể thấy rõ hình ảnh võng mạc bong.

**4. Phân loại bong võng mạc:** có 2 loại bong võng mạc

- **Bong võng mạc có vết rách:** Là trường hợp khi võng mạc bị co kéo dẫn đến lỗ thủng, dịch từ trong mắt chảy qua lỗ thủng đến phía sau võng mạc làm cho võng mạc bong ra khỏi thành nhãn cầu.

- **Bong võng mạc không có vết rách:** Là bệnh bong võng mạc

do sự tăng sinh của các tổ chức sợi, mạch máu dưới võng mạc do đái tháo đường, viêm màng bồ đào, viêm mạch máu võng mạc... làm cho võng mạc bị đẩy bong ra. Hiện tượng này còn có thể do dịch kính dưới võng mạc rỉ ra từ khối u, viêm võng mạc cấp tính gây ra.

## 5. Điều trị

### 5.1. Điều trị nội khoa

Khi võng mạc bị rách nhưng chưa bong, nếu được điều trị sớm có thể ngăn ngừa sự xuất hiện của bong võng mạc hoàn toàn. Nếu võng mạc chỉ mới bị rách, bệnh có thể được điều trị dễ dàng, không gây đau đớn, Người bệnh có thể không cần nhập viện. Bác sĩ nhãn khoa sẽ laser xung quanh bờ vết rách hoặc sử dụng phương pháp áp lạnh. Sau khi điều trị, các triệu chứng bệnh sẽ thuyên giảm.

- **Phương pháp laser quang đông:** Khi những vết rách mới ở võng mạc được tìm thấy cùng với một chút sự bong tróc võng mạc, bác sĩ nhãn khoa sẽ laser xung quanh bờ vết rách tạo ra những vết sẹo có thể “khâu” những cạnh của vết rách ngăn cho chất lỏng chảy qua và dồn chúng lại dưới võng mạc.

- **Phương pháp điều trị lạnh đông:** lạnh đông qua củng mạc từ sau vết rách võng mạc cũng sẽ thúc đẩy các mô sẹo và “khâu” các bờ mép vết rách võng mạc.

### 5.2. Điều trị ngoại khoa (phẫu thuật)

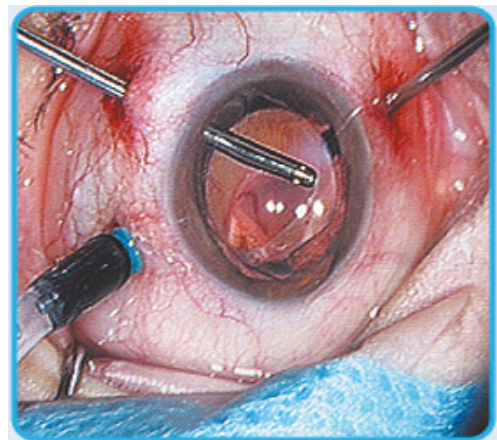
Khi võng mạc bị bong, phải chuyển người bệnh đến bác sĩ chuyên khoa mắt càng sớm càng tốt để được điều trị, xử trí bằng phương pháp phẫu thuật.

Tùy theo thời gian mắc bệnh, vị trí và mức độ tổn thương, bác sĩ sẽ quyết định chọn một trong ba phương pháp phẫu thuật dưới đây:

- **Dán võng mạc bằng khí:** phương pháp này không gây đau, thị lực của người bệnh nhanh phục hồi. Bác sĩ gây tê tại chỗ rồi bơm vào trong mắt một bóng khí. Bóng khí này sẽ tăng dần thể tích, đẩy võng mạc áp sát vào thành mắt. Sau đó, chiếu laser hoặc áp lạnh xung quanh vết rách. Bóng khí sẽ tự tiêu sau 1 - 2 tuần.

- **Dán củng mạc bằng đai silicon:** dùng một miếng silicon đặt ở bên ngoài thành mắt, đẩy võng mạc áp sát vào thành mắt; sau đó chiếu laser và áp lạnh để dán võng mạc. Thị lực của người bệnh sẽ phục hồi trong vài ngày đến vài tuần sau mổ (có thể khoảng sau 6 tháng).

- **Cắt dịch kính:** dùng máy cắt sạch dịch kính và bơm khí nở hoặc dầu nội nhãn ấn độn bên trong nhãn cầu



**Hình 3. Phẫu thuật cắt dịch kính điều trị bong võng mạc**

Tóm lại, nếu võng mạc đã bị bong thì việc điều trị bằng phẫu thuật



càng sớm thì tiên lượng phục hồi thị lực càng tốt.

### 5.3. Các thuốc thường dùng trong điều trị bệnh bong võng mạc

Tùy vào thời gian mắc bệnh, vị trí và mức độ tổn thương của bệnh, bác sĩ sẽ có những chỉ định điều trị phù hợp kết hợp với các thuốc như: kháng sinh, chống viêm và giảm đau tại mắt và toàn thân qua đường uống và tiêm.

### 6. Chăm sóc

Tùy theo từng phương pháp phẫu thuật mà người bệnh có thể phải nằm theo một số tư thế đặc biệt (nằm sấp, nằm nghiêng...) để bóng khí hoặc dầu silicon trong mắt ép đúng vị trí vết rách võng mạc).

Khi võng mạc bị rách nhưng chưa bong, người bệnh cần được nằm nghỉ ngơi, có khi phải bất động tuyệt đối để tránh bong võng mạc lan rộng.

Nên tư vấn, hướng dẫn cho người bệnh ăn thức ăn mềm (cháo, phở...), dễ tiêu trong ngày đầu sau mổ. Từ ngày thứ hai trở đi, người bệnh có thể ăn uống như bình thường (không nên ăn kiêng trừ khi có bệnh toàn thân cần ăn theo chế độ đặc biệt).

Nếu người bệnh được điều trị bằng phương pháp bơm khí nở nội nhãn không được đi máy bay trong thời gian khí nở nội nhãn chưa tiêu hết (thường khí nở nội nhãn sẽ tự tiêu trong vòng 2 tháng sau phẫu thuật).

Khi ra viện, người bệnh sẽ được cấp đơn thuốc để điều trị ngoại trú tiếp, đôi khi cũng có thể được khuyên nên nằm theo tư thế đặc biệt trong những ngày điều trị ngoại trú tại nhà và được hẹn tái khám theo định kỳ.

### 7. Phòng bệnh

Tư vấn, hướng dẫn người bệnh cách nhận biết những dấu hiệu cảnh báo của bệnh bong võng mạc như: Khi mắt xuất hiện dấu hiệu ruồi bay, nhìn thấy chớp sáng trước mắt hoặc thấy vùng tối lan rộng dần cần đến bác sĩ nhãn khoa khám ngay để được tư vấn và có hướng điều trị kịp thời. Phát hiện sớm là quan trọng nhất. Cần chú ý ngay từ những dấu hiệu đầu tiên và đến gặp bác sĩ mắt càng sớm càng tốt.

Đặc biệt nếu đang ở độ tuổi trên 40, cận thị nặng, hoặc một thành viên trong gia đình đã mắc bệnh bong võng mạc, người bệnh cần đến khám bác sĩ chuyên khoa mắt ngay.

Quá trình phục hồi chức năng của mắt tùy thuộc mức độ nặng nhẹ của bệnh, được phát hiện và điều trị sớm hay muộn. Do đó người bệnh cần chú ý và khám mắt định kỳ để được phát hiện và điều trị sớm.

Các tổ chức quản lý của một số bộ môn thể thao nên đưa ra quy định khám mắt định kỳ thường xuyên như: những môn thể thao đối kháng cao và tốc độ cao, bộ môn nâng tạ cũng làm tăng nhãn áp khi đang gắng sức....

Bác sĩ nhãn khoa cũng thường khuyên những người có độ cận thị cao tránh bị chấn thương mắt và vùng mặt, cũng như các hoạt động có sự tăng tốc, giảm tốc nhanh như trò chơi tàu lượn siêu tốc, ...

# CHĂM SÓC MẮT SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỞ MI

*Nguyễn Thị Thu Hiền, Phạm Hồng Vân, Phó Anh Phương\**

## 1. Đặt vấn đề

Hở mi là tình trạng người bệnh không nhắm kín mắt gây ra hở giác mạc và kết mạc. Nếu không được điều trị sẽ gây ra khô mắt, viêm giác mạc, loét giác mạc, gây khó chịu cho người bệnh, ảnh hưởng đến sinh hoạt và thẩm mỹ, thậm chí cả thị lực. Có nhiều nguyên nhân gây ra hở mi. Người bệnh hở mi đến khám cần được khai thác kỹ tiền sử chấn thương, các bệnh hoặc phẫu thuật về mắt, tiền sử nhiễm virus Herpes Simplex, Zoster, tiền sử bệnh toàn thân (bệnh tuyến giáp, cao huyết áp) hoặc tiền sử tai biến trước đó. Ngày nay do đời sống và dân trí ngày càng cải thiện, lượng người bệnh hở mi đến khám và điều trị ngày càng tăng. Để điều trị hở mi đạt hiệu quả cao nhất, bên cạnh việc điều trị và chăm sóc theo đúng phác đồ cần phải trang bị cho người bệnh những kiến thức về phương pháp điều trị và các việc cần làm trước, trong và sau khi phẫu thuật.

Vì vậy chúng tôi thực hiện bài viết này với hai mục tiêu chính:

1. Cung cấp cho người bệnh các kiến thức cơ bản của phương pháp điều trị hở mi.
2. Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc mắt trước, trong và sau phẫu thuật điều trị hở mi.

Người bệnh hở mi thường đến khám bởi các triệu chứng cộm mắt,

chảy nước mắt tăng lên vào buổi sáng sau khi ngủ dậy. Nguyên nhân thường do mắt nhắm không kín gây hở giác mạc cả đêm, màng phim nước mắt không được duy trì gây khô mắt, viêm kết giác mạc, có thể loét giác mạc. Nguyên tắc chung điều trị hở mi nhằm giảm mức độ hở mi và điều trị nội khoa bảo vệ bề mặt nhãn cầu.

## 2. Điều trị

### 2.1. Điều trị nội khoa

Đối với người bệnh chưa có tổn thương bề mặt nhãn cầu hoặc tổn thương mức độ nhẹ chỉ có viêm chấm giác mạc:

- Cần hướng dẫn người bệnh cách sử dụng và bảo quản các loại nước mắt nhân tạo không chứa chất bảo quản. Nước mắt nhân tạo giúp bảo vệ màng phim nước mắt, cung cấp độ ẩm và hạn chế các tổn thương trên bề mặt nhãn cầu.

- Cần hướng dẫn người bệnh vệ sinh tay trước khi tra thuốc vào mắt tối thiểu 4 lần 1 ngày.

- Cần hướng dẫn người bệnh sử dụng phối hợp thêm mỡ kháng sinh khi ngủ hoặc cả ngày theo chỉ định của bác sĩ.

Những trường hợp có tổn thương bề mặt nhãn cầu mức độ nặng, có biến chứng loét giác mạc, bên cạnh việc điều trị thuốc tra tại chỗ theo từng tác nhân có thể phối hợp thêm thuốc

uống và truyền rửa. Người bệnh cần được điều trị nội khoa thật tốt và cần được giải thích thật kỹ về các phương pháp điều trị cũng như các biến chứng có thể gặp đối với bệnh của mình như nhiễm trùng, abscess, loét giác mạc, thủng nhãn cầu.

## 2.2 Điều trị ngoại khoa

Với những trường hợp hở mi nhiều, hở mi có biến chứng hoặc điều trị nội khoa không đủ để bảo vệ bề mặt nhãn cầu cần giải thích cho người bệnh về phương pháp điều trị bằng phẫu thuật. Có rất nhiều cách thức phẫu thuật trong điều trị hở mi, tùy thuộc từng nguyên nhân và mức độ hở mi. Một số phương pháp phẫu thuật được áp dụng điều trị hở mi bao gồm:

- Phẫu thuật lùi cơ nâng mi trên, có thể phối hợp với cắt cơ Muller: chỉ định trong bệnh mắt tuyến giáp.

- Ghép da phối hợp với ghép sụn, giải phóng sẹo co kéo.

- Căng mi dưới: chỉ định trong những trường hợp nếp mi hoặc liệt dây VII giúp cho mi dưới úp vào nhãn cầu, giảm chảy nước mắt.

- Khâu cò mi đối với những trường hợp hở mi nặng có loét giác mạc dọa thủng.

- Đặt tấm vàng: chỉ định trong những trường hợp hở mi do liệt, giúp cho mắt nhắm kín nhờ trọng lượng của tấm vàng. Tấm vàng được thiết kế theo đường cong của mi với trọng lượng khoảng 0,6 - 1,6 gram.

- Sử dụng vật liệu nhân tạo để kéo dài mi.

- Nâng khối cơ mặt: chỉ định trong những trường hợp hở mi nặng do liệt thần kinh mặt.



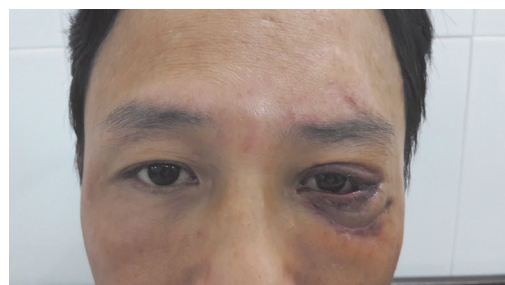
**Ảnh 1: Người bệnh Nguyễn Văn A trước phẫu thuật hở mi mắt phải**



**Ảnh 2: Người bệnh Nguyễn Văn A sau phẫu thuật hở mi mắt phải**



**Ảnh 3: Người bệnh Trần Văn H trước phẫu thuật hở mi mắt trái**



**Ảnh 4: Người bệnh Trần Văn H sau phẫu thuật hở mi mắt trái**

### 3. Chăm sóc

#### 3.1. Trước phẫu thuật

Người bệnh mặc quần áo mỏng, đội mũ che tóc, hướng dẫn cho người bệnh không được cho tay lên các khu vực đã vô trùng và nằm yên trong suốt quá trình phẫu thuật.

#### 3.2. Sau phẫu thuật

Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc vết mổ sau phẫu thuật rất quan trọng, ảnh hưởng tới chất lượng của quá trình điều trị. Ngay sau mổ, vết mổ còn đau, căng tức, người bệnh cần được nghỉ ngơi, ăn nhẹ. Người bệnh sẽ được sử dụng thuốc giảm đau đường uống phối hợp với các loại kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

Chăm sóc tại chỗ:

- Bôi mỡ kháng sinh phối hợp với cortison giúp giảm viêm giảm phù nề và giảm sẹo sau phẫu thuật.

- Tiếp tục sử dụng các thuốc điều trị tổn thương bề mặt nhãn cầu trước phẫu thuật.

- Thay băng và sát trùng vết mổ hàng ngày giúp cho việc theo dõi vết mổ và quá trình lành vết thương.

- Hướng dẫn người bệnh rửa tay sạch trước và sau khi tra thuốc, cách vệ sinh vết mổ tại nhà bằng dung dịch nước muối sinh lý 0,9% và bông vô trùng. Những ngày đầu sau mổ do mắt còn sưng nề nhiều, khó mở mắt và không tự tra thuốc được, Điều dưỡng chăm sóc hướng dẫn người nhà người bệnh cách tra thuốc cũng như chăm sóc người bệnh.

Sau mổ 7 ngày - 10 ngày: Cắt chỉ cho người bệnh. Đánh giá lại các tổn thương bề mặt nhãn cầu, tình trạng vết mổ, thị lực, hiệu quả về chức năng cũng như hiệu quả về thẩm mỹ. Hướng dẫn người bệnh massage vùng sẹo mổ giúp làm mềm sẹo và giảm sẹo.

Sau mổ 3 tháng: Đánh giá tình trạng vết mổ, tình trạng hờ mi và tình trạng bán phần trước nhãn cầu.

#### 3.3. Chế độ ăn uống

Nên sử dụng các loại thức ăn bổ dưỡng cho mắt như các loại thực phẩm giàu vitamin A. Tránh sử dụng các loại rượu, bia, thuốc lá và các chất kích thích.

### 4. Tóm lại

Để điều trị và chăm sóc hờ mi đạt hiệu quả cao và an toàn, người bệnh cần được cung cấp thông tin, hướng dẫn và tư vấn về nguyên nhân gây bệnh, các biến chứng có thể gặp nếu không điều trị, thuốc được sử dụng trong quá trình điều trị, cách thức phẫu thuật đối với từng nguyên nhân gây bệnh và cách chăm sóc vết mổ để đảm bảo hiệu quả của quá trình điều trị.



## TIN TỨC HOẠT ĐỘNG ĐIỀU DƯỠNG

**Vũ Hòa Long \***

1. Ngày 22/1/2016 Trung tâm Đào tạo – Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Mắt TW đã tổ chức Lễ bế giảng lớp đào tạo điều dưỡng chuyên khoa Mắt khóa 1/2015. GS.TS. Đỗ Như Hân – nguyên Giám đốc Bệnh viện, TS. Nguyễn Xuân Hiệp – Phó Giám đốc

phụ trách quản lý điều hành Bệnh viện đã tới dự, phát biểu bế giảng và phát chứng chỉ cho 62 học viên. Khóa học được tổ chức từ tháng 7/2015 đến tháng 1/2016. Kết thúc khóa học 100% học viên tốt nghiệp, trong đó 8% đạt loại xuất sắc, 85% đạt loại khá, giỏi.



**Ảnh 1: Lãnh đạo BVMTW, Phòng QLKH-ĐT chụp ảnh cùng các học viên**

2. Ngày 25/2/2016, Bệnh viện Mắt TW đã long trọng tổ chức lễ mít tinh kỷ niệm 61 năm Ngày Thầy thuốc Việt Nam và sơ kết phong trào thi đua đợt 2/9/2015 – 27/2/2016. Tới dự buổi lễ có ông Vũ Mạnh Cường, Phó Vụ trưởng Vụ Truyền thông & Thi đua khen thưởng, đại diện Bộ Y tế; Ban chấp hành Đảng bộ, Ban Giám đốc, Ban chấp hành Công đoàn Bệnh viện Mắt TW, lãnh đạo cùng đại diện cán bộ

viên chức các khoa, phòng. Tại buổi lễ, TS. Nguyễn Xuân Hiệp – Phó Giám đốc phụ trách quản lý điều hành Bệnh viện đã trao kỷ niệm chương “Vì sức khỏe nhân dân” của Bộ trưởng Bộ Y tế tặng cho các điều dưỡng (Khoa tạo hình - Thẩm mỹ) Phó Anh Phương, Hoàng Thị Minh Tâm, Nguyễn Thị Lan Anh vì có nhiều đóng góp cho sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.



**Ảnh 2: TS. Nguyễn Xuân Hiệp trao Kỷ niệm chương “Vì sức khỏe nhân dân” cho các điều dưỡng**

3. Ngày 06/04/2016, tại Bệnh viện Mắt Trung ương đã diễn ra Lễ công bố và trao quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế bổ nhiệm Giám đốc Bệnh viện Mắt Trung ương. GS.TS Nguyễn Viết Tiến, Ủy viên Ban cán sự Đảng, Thứ trưởng Bộ Y tế; lãnh đạo và chuyên viên các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế; Bà Đinh Thị Lan Duyên, Phó Bí thư thường trực Quận ủy Hai Bà Trưng, Hà Nội; Ông Đường Hoài Nam, Trưởng ban Tổ chức Quận ủy Hai Bà

Trung đã tới dự buổi lễ. TS Phạm Văn Tác, Vụ trưởng Vụ Tổ chức cán bộ đã công bố Quyết định số 1189/QĐ-BT ngày 4/4/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế bổ nhiệm TS.BS. Nguyễn Xuân Hiệp, Phó Giám đốc Phụ trách Quản lý điều hành Bệnh viện Mắt Trung ương giữ chức Giám đốc Bệnh viện Mắt Trung ương với thời hạn 5 năm, kể từ ngày 4/4/2016. TS. Nguyễn Xuân Hiệp hiện cũng là Chủ tịch Hội đồng điều dưỡng của bệnh viện.



**Ảnh 3: Khối điều dưỡng tặng hoa chúc mừng TS. Nguyễn Xuân Hiệp**

4. Sáng ngày 07/05/2016 tại Nghệ An, Công đoàn Y tế Việt Nam đã tổ chức “Hội nghị biểu dương công chức viên chức, công nhân lao động giỏi năm 2016, cá nhân tiêu biểu trong phong trào hiến máu nhân đạo”. Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long đã tới dự và trao bằng khen cho các tập thể và cá nhân đạt thành tích. Bệnh viện Mắt TW vinh dự có 3 cá nhân đạt

đanh hiệu công chức viên chức, công nhân lao động giỏi năm 2016 là các điều dưỡng Nguyễn Thị Bình, Nguyễn Thị Minh Nguyệt (Khoa Gây mê hồi sức), DSTH Nguyễn Duy Trường (khoa Dược); hộ lý Nguyễn Thị Hồng Liên (Khoa KCBTYC) được tặng bằng khen cá nhân tiêu biểu trong phong trào hiến máu nhân đạo.



**Ảnh 4: Các CBVC Bệnh viện Mắt TW nhận bằng khen tại Hội nghị**

5. Từ ngày 12/04/2016 đến ngày 20/05/2016, Bệnh viện Mắt TW đã tổ chức 4 khóa bồi dưỡng kỹ năng giao tiếp, ứng xử cho 300 điều dưỡng, KTV, hộ lý. Mỗi khóa học diễn ra 4 ngày do các giảng viên Khoa Tâm lý Đại học Khoa học xã hội & Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội giảng dạy. Các học viên được trang bị những kiến thức và cách ứng xử với các tình huống, tập trung các vấn đề: Nguyên tắc cơ bản về giao tiếp; Các kỹ năng giải thích, hướng

dẫn và truyền thông hiệu quả; Chăm sóc, động viên người bệnh và người nhà bệnh nhân; kiểm chế vượt qua áp lực công việc; Giao tiếp với lãnh đạo và đồng nghiệp; Xử lý xung đột trong tình huống phức tạp... Các khóa học này nằm trong Kế hoạch triển khai thực hiện “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh” năm 2016 đã được lãnh đạo Bệnh viện ký cam kết với Bộ Y tế và Công đoàn Y tế Việt Nam.

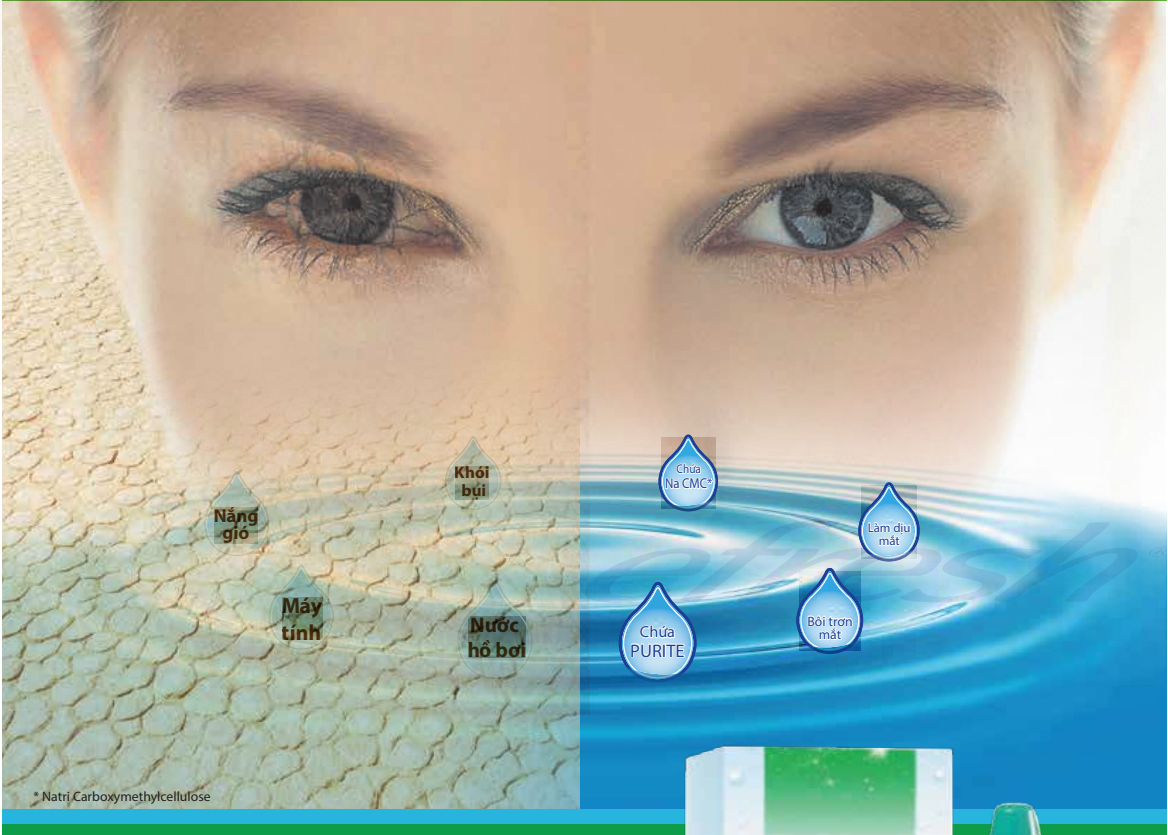


**Ảnh 5: Khóa bồi dưỡng kỹ năng giao tiếp, ứng xử cho các điều dưỡng, KTV, hộ lý**

Thuốc nhỏ làm trơn mắt  
**Refresh** Tears

Thông tin quảng cáo cho công chúng

**Làm dịu nhất thời cảm giác nóng rát,  
kích ứng và khó chịu do khô mắt,  
tiếp xúc với gió hay ánh nắng.**



# Refresh® Tears

(Natri carboxymethylcellulose) 0,5%  
**Thuốc nhỏ làm trơn mắt**



## THÀNH PHẦN

Mỗi mL chứa: **Hoạt chất:** Natri carboxymethylcellulose 0,5%.

## CHỈ ĐỊNH

Làm dịu nhất thời cảm giác nóng rát, kích ứng và khó chịu do khô mắt hoặc do tiếp xúc với gió hay ánh nắng. Thuốc còn được dùng như một chất bảo vệ chống lại các kích thích khác.

## CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định ở bệnh nhân quá mẫn với carboxymethylcellulose hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

**LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG** Thuốc nhỏ làm trơn mắt. Nhỏ 1 hay 2 giọt vào mắt bị đau khi cần thiết. Các thuốc nhỏ mắt được dùng đồng thời nên cách lần nhỏ Refresh Tears™ ít nhất 5 phút để tránh thuốc bị rửa trôi.

## CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG

**Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng.** Nếu cần thêm thông tin xin hỏi ý kiến bác sĩ. Để tránh nhiễm bẩn hoặc tổn thương mắt có thể xảy ra, không để đầu lọ chạm vào bất kỳ bề mặt nào và tránh tiếp xúc với mắt. Đậy nắp lại sau khi dùng. Nếu thấy mắt đau, thay đổi thị lực, mắt tiếp tục bị đỏ hoặc bị kích thích, hoặc nếu tình trạng mắt xấu hơn hay vẫn còn khó chịu quá 72 giờ thì nên ngừng sử dụng thuốc và hỏi ý kiến bác sĩ. Không sử dụng nếu bao bì cho thấy bằng chứng về sự giả mạo. Không dùng nếu dung dịch thuốc bị đổi màu hoặc trở nên vẩn đục. Sử dụng trước ngày hết hạn ghi trên lọ thuốc.

## PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ

Không có cảnh báo đặc biệt nào về sử dụng thuốc cho phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

## SỬ DỤNG Ở TRẺ EM

Độ an toàn và hiệu quả chưa được chứng minh ở bệnh nhân trẻ em.

## SỬ DỤNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Không quan sát thấy sự khác biệt tổng thể về độ an toàn hoặc hiệu quả giữa bệnh nhân cao tuổi và bệnh nhân người lớn khác.

## TÁC ĐỘNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC

Refresh Tears™ có thể gây nhìn mờ thoáng qua, điều này có thể làm suy giảm khả năng lái xe hoặc vận hành máy móc. Bệnh nhân nên đợi cho đến khi nhìn rõ trở lại trước khi lái xe hoặc sử dụng máy móc.

## TÁC DỤNG PHỤ

Khi dùng thuốc đúng theo chỉ dẫn thì không có tác dụng phụ nào đáng kể. Kích thích mắt và các phản ứng dị ứng hiếm khi xảy ra. Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc. Tóm tắt các phản ứng bất lợi của thuốc trong các nghiên cứu lâm sàng: Tiết dịch mắt, kích ứng mắt, nóng rát và khó chịu, đau mắt, ngứa mắt, sung huyết kết mạc mí mắt, rối loạn thị giác.

## BẢO QUẢN

Bảo quản ở nhiệt độ không quá 30°C. Tránh ẩm. Chỉ sử dụng khi dấu niêm phong lọ thuốc còn nguyên vẹn. Hủy bỏ phần thuốc không dùng sau khi mở lọ được 4 tuần. Để xa tầm tay trẻ em. Không dùng thuốc quá hạn sử dụng đã ghi trên bao bì.

## NHẬP KHẨU VÀ PHÂN PHỐI

Công ty TNHH Một thành viên Vimedimex Bình Dương.  
Số 18L1-2 VSIP II, đường số 3, KCN Việt Nam - Singapore 2,  
Phường Hòa Phú, Tp. Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

Giấy xác nhận nội dung quảng cáo  
Số 327/2016/XNQC-QLD;  
Ngày in tài liệu: tháng 4 năm 2017



**Refresh Tears**  
(Natri carboxymethylcellulose) 0,5%  
**Thuốc nhỏ làm trơn mắt**



## KHÁM MẮT CHO TRẺ EM “CHILDHOOD EYE EXAMINATION”

<http://www.aafp.org/afp/2013/0815/p241.html>

Tác giả: Amanda L. Bell, MD; Mary Elizabeth Rodes, MD, Med; and Lisa Collier Kellar, MD, MSCE

**Người dịch: Phạm Phương Nga\***

**Đại học Y tế Wright State Boonshoft, Dayton, Ohio**

Khám mắt sàng lọc cho trẻ em là một quá trình liên tục với những quy trình khác nhau xuất hiện ở mỗi thời điểm trẻ đến khám. Mục đích để phát hiện những yếu tố nguy cơ và những bất thường về thị giác cần được chữa trị kịp thời và cũng để sàng lọc ra những trẻ cần chuyển đến bác sỹ chuyên khoa nhãn nhi. Khám sàng lọc có thể phát hiện những bệnh mắt thường gặp chữa trị bằng chăm sóc mắt ban đầu và có thể giúp thảo luận những vấn đề về thị giác với gia đình và người chăm sóc. Khám mắt sàng lọc bắt đầu với việc tìm hiểu bệnh sử của trẻ và gia đình để phát hiện ra những yếu tố nguy cơ cần được chuyển đến bác sỹ chuyên khoa bao gồm trẻ đẻ non, hội chứng Down, bại não và tiền sử gia đình có người bị lác, nhược thị, ung thư võng mạc, bệnh glôcôm bẩm sinh, đục thể thủy tinh bẩm sinh, các bệnh về mắt hay bệnh về gen. Kiểm tra thị lực và khám bên ngoài mắt để phát hiện tật khúc xạ, bệnh glôcôm bẩm sinh và các bệnh lý khác. Đánh giá sự định thị và thẳng trục có thể phát hiện ra nhược thị hay lác. Khám ánh đồng tử có thể chẩn đoán bệnh ung thư võng mạc,

đục thể thủy tinh bẩm sinh hay các bất thường khác của mắt.

(Am Fam Physician. 2013; 88(4): 241-248. Bản quyền của Hiệp hội bác sỹ gia đình Mỹ)

Khám mắt sàng lọc cho trẻ em là một quá trình liên tục với những quy trình khác nhau xuất hiện ở mỗi thời điểm trẻ đến khám mắt (Bảng 1). Khám sàng lọc là một bước trong chăm sóc mắt ban đầu và có thể hỗ trợ việc trao đổi những bất thường thị giác với cha mẹ hoặc người chăm sóc. Mục đích để phát hiện ra những bất thường về thị giác mà có thể chữa trị được nếu được phát hiện sớm và xác định được những người bệnh cần được các bác sỹ chuyên khoa nhãn nhi khám toàn diện. Việc chuyển cho bác sỹ nhãn khoa được chỉ định sau khi khám sàng lọc phát hiện có bất thường. Học viện bác sỹ gia đình Mỹ và Dịch vụ công tác dự phòng Mỹ khuyến cáo rằng khám mắt sàng lọc ít nhất phải khám một lần ở tất cả những trẻ từ 3 đến 5 tuổi. Những bước khám mắt cho trẻ em có thể tham khảo tại <http://www.aafp.org/afp/2013/0815/p241.html>.



**Bảng 1: Tuổi tương ứng với phương pháp để khám mắt sàng lọc cho trẻ và tiêu chuẩn cho việc chuyển khám**

Phương Pháp	Chỉ định cho việc chuyển lên tuyến trên	Tuổi nên khám				
		Sơ sinh đến 6 tháng	6 tháng đến khi trẻ có thể hợp tác đo thị lực khách quan	3 đến 4 tuổi	4 đến 5 tuổi	Hai năm một sau 5 tuổi
Ánh đồng tử	Mắt hồng, trắng, mờ, đục hay không đối xứng hai mắt	X	X	X	X	X
Khám bên ngoài	Cấu trúc mắt bất thường (sụp mí...)	X	X	X	X	X
Đồng tử	Hình dạng bất thường, không bằng nhau, yếu hay không đều nhau khi phản ứng với ánh sáng	X	X	X	X	X
Test định thị và nhìn theo	Mắt hay không có việc định thị nhìn một vật hay nhìn hướng theo	Phối hợp ở trẻ lớn hơn ba tháng	X			
Khám ánh phản quang trên giác mạc	Không đối xứng hay lệch		X	X	X	X
Các thiết bị khám sàng lọc cơ bản	Không đạt được những tiêu chuẩn sàng lọc			X	X	X
Nghiệm pháp che mắt	Sự chuyển động của mắt để định thị lại (tái định thị)			X	X	X
Thị lực nhìn xa (từng mắt)	Dưới 20/50 Dưới 20/40 Một trong hai mắt kém hơn 3 trong năm chữ ở hàng 20/30 hoặc hai dòng khác nhau giữa hai mắt			X	X X	X X X

**Chú ý:**

- Bảng tham khảo này dựa vào sự đồng thuận của một Hội thẩm. Nếu như kiểm tra sàng lọc không phân loại được người bệnh có qua được kiểm tra hay không hoặc có sự không thoả mái, trẻ nên được kiểm tra lại sau sáu tháng, nếu kết quả kiểm tra lại vẫn không phân loại được hay sự kiểm tra lại không thể hoàn thành, trẻ nên được chỉ định khám mắt toàn diện.
- Đo thị lực khách quan thường được ưa dùng hơn dựa vào những thiết bị khám sàng lọc trên trẻ em mà có thể tin tưởng được. Sàng lọc dựa vào các thiết bị này rất hữu ích cho trẻ nhỏ và những trẻ có sự chậm phát triển.
- Ký hiệu LEA, HOTV và chữ Sloan là những bảng kiểu chữ thường được sử dụng.

**TIỀN SỬ**

Khám mắt sàng lọc bắt đầu bằng việc hỏi tiền sử một cách kỹ càng khi người bệnh đến khám lần đầu tiên. Khai thác tiền sử cá nhân hay tiền sử gia đình với các yếu tố nguy cơ cao về những bất thường của mắt và thị

giác là một việc rất quan trọng. Những yếu tố nguy cơ này bao gồm sinh non, hội chứng Down, bại não và tiền sử gia đình có người bị lác, bệnh glôcôm bẩm sinh, đục thể thủy tinh bẩm sinh hay các bệnh về mắt và toàn thân di truyền. Mỗi lần khám, bác sỹ nên hỏi về đáp ứng thị giác và bất cứ vấn đề gì về mắt hay thị giác của trẻ.

**THỊ LỰC**

Khám mắt bắt đầu với việc đo thị lực. Đánh giá thị lực ở trẻ sơ sinh và trẻ mới biết đi bao gồm đánh giá khả năng định thị và nhìn theo. Hiệp hội Nhãn khoa Mỹ đề nghị sử dụng bảng thử thị lực khi trẻ được ba tuổi. Những bảng thị lực hình (Lea hay Allen) hay bảng thị lực ghép hình (HOTV) có thể sử dụng cho trẻ em chưa biết đọc và bảng thị lực chữ (Snellen) có thể sử dụng cho trẻ đã biết đọc (Ảnh 1). Cần kiểm tra lần lượt thị lực từng mắt. Một nghiên cứu về các bệnh mắt ở những trẻ em đa chủng tộc đã cập nhật tiêu chuẩn về thị lực của trẻ từ hai tuổi rưỡi đến sáu tuổi (Bảng 2). Phần lớn trẻ em không đạt được thị lực 20/20 cho đến khi trên 6 tuổi, nhưng ở bất cứ độ tuổi nào thì thị lực cũng phải xấp xỉ nhau giữa hai mắt. Hiệp hội Nhãn khoa Mỹ khuyên chuyển khám chuyên

**Bảng 2: Thị lực bình thường của trẻ từ 2.5 đến 6 tuổi**

Tuổi (tháng)	Thị lực bình thường
30 đến 35	Xấp xỉ 20/60 (6/20) hoặc hơn
36 đến 47	20/50 (6/15) hoặc hơn
48 đến 59	20/40 (6/12) hoặc hơn
60 đến 72	Xấp xỉ 20/30 (6/10) hoặc hơn

khoa những trẻ 5 tuổi trở lên mà có thị lực một mắt kém hơn 3/5 chữ (chữ thường, số, ký hiệu) ở dòng 20/30 hay giữa hai mắt có sự chênh lệch thị lực lớn hơn hai dòng, sự bất thường này có thể nghĩ tới trẻ bị nhược thị (một mắt có thị lực giảm).

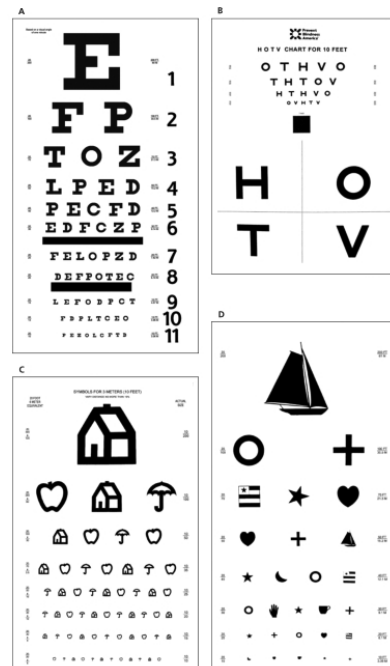
### KHÁM BÊN NGOÀI

Khám sàng lọc sẽ tiếp tục với việc khám phần ngoài của mắt như mi mắt, hốc mắt, kết mạc, củng mạc, giác mạc và móng mắt. Dùng đèn, người khám sẽ phát hiện ra chảy nước mắt, nhiều tiết tố, dử hay ghen mắt, sợ ánh sáng, cương tụ kết mạc và cấu trúc bất thường ở mức đại thể. Tắc lệ đạo thường là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra nhiều dử mắt kéo dài ở trẻ sơ sinh và khi ấn vùng túi lệ, chất dịch nhầy sẽ chảy ra. Bệnh này có thể được chữa trị bằng cách day ấn vùng túi lệ, nếu có dấu hiệu của nhiễm trùng thì có thể sử dụng thuốc kháng sinh tra mắt. Cần theo dõi chặt chẽ sự thoái lui của các triệu chứng bởi vì glôcôm ở trẻ em cũng có biểu hiện tương tự (mặc dù chảy nước mắt ở trẻ bị glôcôm thường đi kèm với đỏ mắt và phù giác mạc). Trẻ bị glôcôm còn kèm theo các dấu hiệu như giác mạc đục, nhạy cảm với ánh sáng và nhãn cầu to. Nếu như có bất kỳ nghi ngờ nào về việc trẻ bị glôcôm cần nhanh chóng chuyển trẻ đến bệnh viện để tránh mù lòa.

### PHẢN XẠ ĐỒNG TỬ

Phản xạ đồng tử được đánh giá bằng cách sử dụng một đèn sáng để khám từng đồng tử nhằm kiểm tra

phản xạ trực tiếp và phản xạ liên ứng. Nếu có thể nên kiểm tra phản xạ điều tiết. Nếu thấy đồng tử mất phản xạ thì phải kiểm tra lại trong phòng tối trước khi kết luận. Đồng tử được đo kích thước và sự đối xứng ở cả lúc chiếu sáng và tối. Sự bất tương xứng giữa hai đồng tử (kích thước khác nhau lớn hơn 1mm) có thể là kết quả bình thường nếu như không kết hợp với các yếu tố bất thường khác, chiếm tỷ lệ khoảng 20% dân số. Tuy nhiên, nó có thể là dấu hiệu của nhược thị hay bất thường của hệ giao cảm (hội chứng Horner) hay phó giao cảm (liệt dây thần kinh III), là những bệnh cần có những khám nghiệm thêm khác.



Hình 1:

Ví dụ một số bảng thị lực. (A) Snellen, (B) HOTV, (C) Lea và (D) Allen

## ĐỊNH THỊ VÀ THẲNG TRỤC

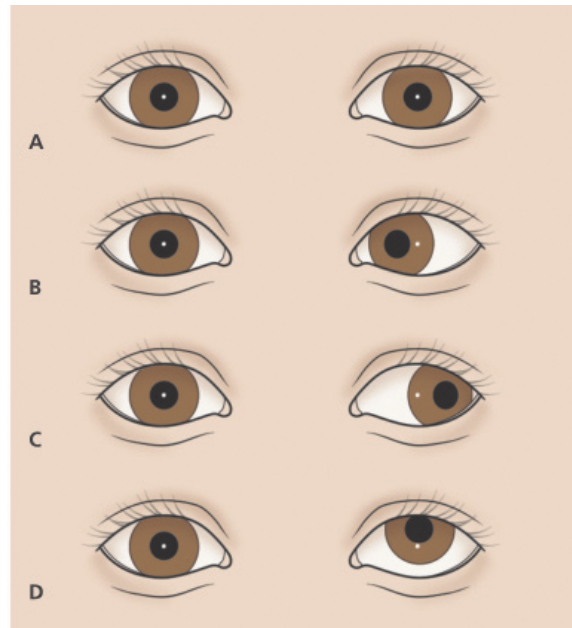
Sự định thị cần được đánh giá thường xuyên. Trẻ 6 tuần tuổi có thể có đáp ứng một chút với khuôn mặt của người khám. Đến tháng thứ hai, trẻ sẽ có khả năng định thị vào một vật hay hướng theo vật đó. Nếu như trẻ được ba tháng tuổi mà mắt không có khả năng định thị và nhìn theo thì cần chuyển lên tuyến trên để khám mắt.

Sự thẳng trục của nhãn cầu nên được đánh giá để xác định có lác hay không. Lác có thể là nguyên nhân do bất thường của thần kinh vận nhãn hay các yếu tố khác như nhược thị, đục thể thủy tinh hay ung thư võng mạc. Trước hai tháng tuổi, có thể sẽ là bình thường nếu một trong hai mắt tạm thời không thẳng trục. Sự lệch này có thể biến mất ở tháng thứ tư, nếu nó vẫn còn tồn tại thì cần được chuyển lên khám mắt chuyên sâu hơn. Chỉ cần thấy một mắt lệch rõ so với mắt kia sẽ cảnh báo các bác sỹ những vấn đề tiềm ẩn. Khám ánh phản quang trên giác mạc và test che mắt cơ bản ở trẻ lớn hơn ba tuổi có thể bộc lộ ra được những vấn đề tiềm ẩn.

### ÁNH PHẢN QUANG TRÊN GIÁC MẠC

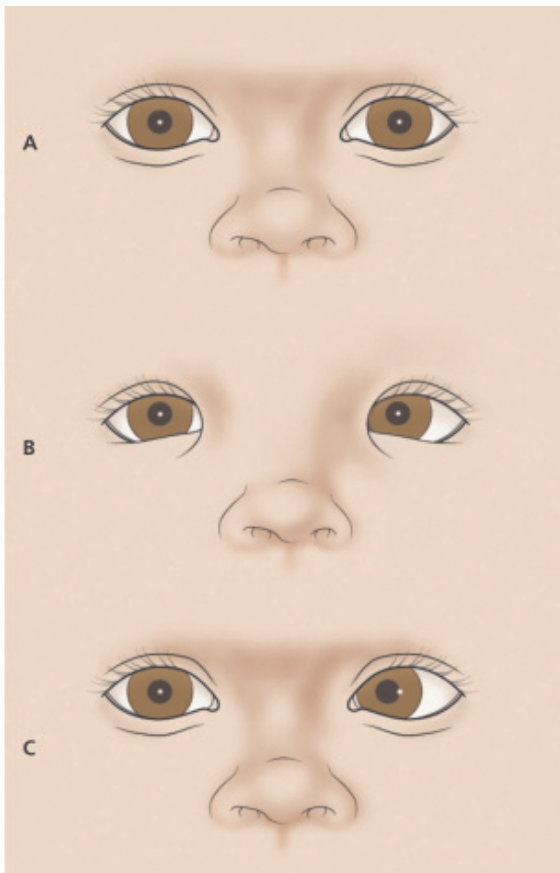
Để kiểm tra ánh phản phản quang trên giác mạc, cho trẻ tập trung nhìn một vật cố định (đèn sáng hay một vật có màu sắc) trong khi đèn được chiếu thẳng đến mắt trẻ. Ánh phản quang sẽ đối xứng trên mỗi đồng tử từ tháng thứ tư đến tháng thứ sáu ở trẻ có hai mắt

thẳng trục bình thường (Hình 2).



**Hình 2: Trong khám nghiệm ánh phản quang trên giác mạc, trẻ tập trung nhìn một vật (điểm sáng hay một vật nhiều màu sắc sáng), trong khi đèn sáng được chiếu trực tiếp lên mắt trẻ. (A) Mắt bình thường, nhìn thẳng thì ánh phản quang sẽ ở chính giữa đồng tử. (B) Ánh phản quang ở mắt bị lác trong. (C) Ánh phản quang trên giác mạc ở mắt lác ngoài. (D) Ánh phản quang trên giác mạc ở mắt bị lác đứng**

Góc mũi rộng hay hai mắt cách xa nhau có thể tạo cảm giác lác mắt; tuy nhiên nếu khám mắt kỹ hơn, sẽ thấy ánh phản quang đối xứng ở hai mắt. Đó là hiện tượng giả lác (Hình 3).



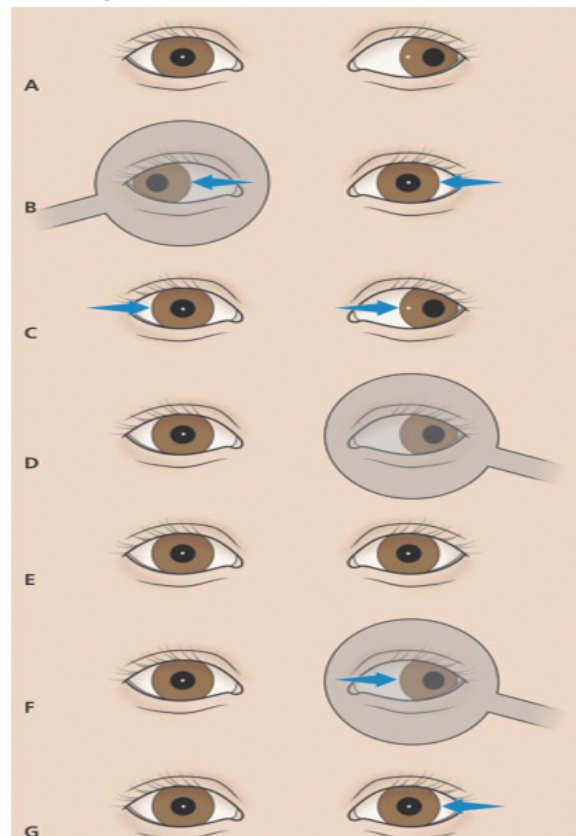
**Hình 3:** (A) Ánh phản quang trên giác mạc bình thường ở mắt trẻ không bị lác. (B) Giả lác. Có vẻ mắt trái lệch vào trong phía mũi do khoảng cách hai mắt xa nhau. Tuy nhiên nếu khám kỹ, sẽ thấy ánh phản quang trên hai đồng tử đối xứng nhau. (C) Trẻ thực sự bị lác. Chú ý ánh phản quang ở đúng chính giữa giác mạc của mắt định thị (mắt phải) nhưng ánh phản quang bị lệch ở mắt không định thị (mắt trái).

#### **NGHIỆM PHÁP CHE, CHE/ BỎ CHE TỪNG MẮT VÀ LUÂN PHIÊN**

Kiểm tra mắt có lác hay không bằng test che mắt (Hình 4). Hướng dẫn trẻ tập trung nhìn vào một vật tiêu. Che một mắt rồi quan sát mắt không bị

che thấy có sự chuyển động của mắt từ vị trí đang bị lác sang vị trí để nhìn thẳng vật tiêu. Sau đó bỏ che mắt, quan sát mắt kia lần nữa xem có bất cứ sự chuyển động nào của mắt để định thị vào vật tiêu hay không.

Ở nghiệm pháp che/bỏ che mắt, miếng che được đặt trước mắt khoảng 1 đến 3 giây trong khi mắt của trẻ tập trung nhìn vào một vật cố định. Sau đó, miếng che nhanh chóng được bỏ ra và quan sát mắt vừa bị che xem có sự chuyển động nào không từ vị trí lệch về trở lại vị trí thẳng trục để nhìn vật tiêu (dấu hiệu của lác ẩn hay còn gọi là lác tiềm tàng). Với một lác ẩn nhỏ thì đó là một biến đổi sinh lý bình thường.



**Hình 4:** Khám sàng lọc lác mắt.

**(A đến D) Nghiệm pháp che mắt.** (A) Lúc quan sát bình thường một mắt (mắt được kiểm tra là mắt trái của người bệnh như hình minh họa) xuất hiện lệch so với mắt bình thường. (B) Mắt được kiểm tra có động tác trả để nhìn thẳng khi mắt kia bị che (trong hình là lác ngoài). Sự chuyển động này có thể từ rất nhiều hướng khác nhau và thường lại xuất hiện nếu ta thực hiện lại test này. (C) Khi mắt còn lại không bị che, mắt lác được kiểm tra sẽ trở lại vị trí ban đầu. (D) Khi mắt kiểm tra là mắt không bị bất thường (là mắt phải trong hình minh họa), nó không chuyển động khi mắt còn lại bị che hay không che mắt. (E đến G) Nghiệm pháp che/bỏ che mắt. (E) Mắt được kiểm tra (là mắt trái trong hình minh họa) được che đi. Với một quan sát đơn giản, trước khi che mắt, mắt thể hiện nhìn thẳng, không lác. (F) Mắt kiểm tra được che đi trong một vài giây. (G) Miếng che nhanh chóng được chuyển ra, mắt kiểm tra thấy có sự chuyển động quay trở lại trạng thái thẳng, chính giữa (trong hình minh họa là biểu hiện lác ngoài ẩn).

Test che mắt luân phiên có thể làm bộc lộ lác ẩn. Che một mắt vài giây rồi sau đó nhanh chóng chuyển sang che mắt kia trong vài giây rồi lại chuyển lại che mắt trước. Việc này được thực hiện một vài lần và mỗi lần chuyển che mắt, quan sát mắt vừa được che xem có động tác trả từ vị trí bị lệch đến vị trí bình thường không.

Nghiệm pháp che, che/bỏ che mắt hay che mắt luân phiên nên được kiểm tra ở cả hai mắt, đầu tiên tập trung nhìn một vật ở gần và sau đó là

tập trung nhìn vật ở xa. Việc kiểm tra nên được làm lại ba lần để kiểm tra lại kết quả. Nếu như phát hiện lác, trẻ nên được chuyển đến tuyến trên. Ở một vài trẻ nhỏ, lác có thể chỉ bị từng lúc đặc biệt khi trẻ mệt. Nếu như phụ huynh hay người chăm sóc thấy mắt trẻ bị lệch, nên chuyển trẻ đi khám mắt thêm, ngay cả khi không thấy mắt bị lác lúc khám.

Khi kiểm tra thị lực và sự thẳng trục của mắt, người khám nên để ý xem có khả năng trẻ bị nhược thị hay không. Nhược thị là hậu quả từ bất kỳ bệnh lý nào làm giảm thị lực của mắt dẫn đến ức chế hình ảnh trong não của mắt đó. Nguyên nhân bao gồm lác, đục thể thủy tinh bẩm sinh, bệnh về thần kinh, chấn thương mắt, bệnh võng mạc hay lệch khúc xạ nhiều giữa hai mắt.

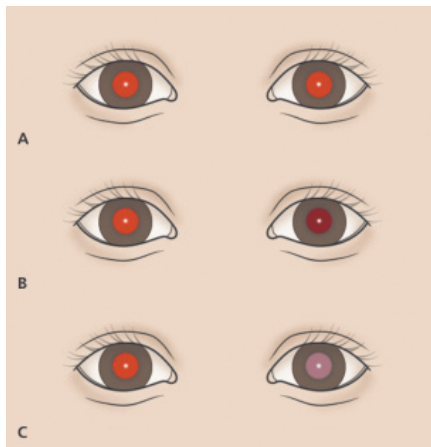
Mặc dù không có một khám nghiệm nào có thể phát hiện ra tất cả các trường hợp nhược thị, đo thị lực, khám sàng lọc mắt xem có thẳng trục hay không và khám ánh hồng đồng tử, tất cả đều có thể giúp để xác định nhược thị. Ở trẻ nhỏ, có thể nghi ngờ nhược thị nếu trẻ dường như luôn muốn chống đối việc che mắt này so với mắt kia. Với những trẻ có dấu hiệu hay nghiêng đầu, có thể là để bù trừ cho nhược thị hay những bất thường khác của mắt. Hiếm khi dấu hiệu của nhược thị là rung giật nhãn cầu, một biểu hiện cần được chuyển đến bệnh viện.

Nếu như không chữa trị, nhược thị sẽ dẫn đến mất thị lực vĩnh viễn. Nhược thị có thể rất khó phát hiện nếu trẻ ở tuổi chưa biết đọc. Một nghiên cứu của Hà Lan cho thấy rằng ngay cả ở những nơi có chăm sóc mắt ban đầu rộng rãi, khám mắt sàng lọc sớm, thì

nhược thị vẫn thường khó có thể phát hiện cho đến khi trẻ đến tuổi đi học. Điều trị các nguyên nhân khác nhau của nhược thị có hiệu quả nhất nếu được bắt đầu sớm. Tuy nhiên, vẫn có thể thấy sự cải thiện ngay cả khi chưa điều trị cho đến khi trẻ trên 12 tuổi. Cần chuyển trẻ đi điều trị mỗi khi phát hiện bị nhược thị.

### ÁNH HỒNG ĐỒNG TỬ

Bắt đầu với việc đánh giá ở trẻ sơ sinh, các bệnh lý về mắt như sự thẳng trục của mắt, tật khúc xạ bất đối xứng, đục thể thủy tinh và những bất thường về võng mạc có thể được đánh giá bằng việc kiểm tra ánh đồng tử (Hình 5).



**Hình 5: Khám ánh đồng tử.** (A) Hình ảnh mắt bình thường, bóng đồng tử đối xứng. (B) Hình ảnh ánh đồng tử bình thường ở mắt phải và bất thường ở mắt trái ánh đồng tử mờ hơn, nguyên nhân thường do lệch khúc xạ giữa hai mắt nhưng cũng có thể do những bệnh lý khác (ví dụ như ung thư võng mạc). (C) Ánh đồng tử bình thường ở mắt phải và mắt trái không có ánh đồng tử, thường xuất hiện khi mà ánh sáng phản chiếu lại bị chặn bởi một vùng đục ví dụ như đục thể thủy tinh.

Máy soi đáy mắt được sử dụng trong phòng tối để soi từng ánh đồng tử riêng biệt ở khoảng cách 30 đến 45 cm từ mắt trẻ và sau đó là quan sát ánh đồng tử của cả hai mắt đồng thời ở khoảng cách 0,6 đến 0,9 mét. Ánh đồng tử hồng cân xứng sẽ được phản xạ từ mỗi đáy mắt, tuy nhiên sự biến đổi màu có thể chuyển thành màu ánh sáng xám với những mắt có sắc tố tối màu. Bất kỳ phát hiện bất thường nào (ví dụ như: sự không đối xứng của màu ánh phản xạ hay sự xuất hiện của đốm đen hay trắng) là lý do để chuyển trẻ đến gặp bác sỹ nhãn khoa (Hình 6).



**Hình 6: Hình ảnh không đối xứng của ánh đồng tử.** Ánh đồng tử thấy giống nhau giữa hai mắt khi mắt được nhìn đồng thời. Một bất thường được nhìn thấy nếu như ánh phản xạ của một mắt sáng hơn so với mắt còn lại hay nếu ánh đồng tử có màu khác hay quá sáng giống như người bệnh này.

Một trong những kết quả đáng lo ngại khi phát hiện ánh đồng tử bất thường là việc xác định có phải bệnh ung thư võng mạc hay không. Đây là

một khối u nguyên bào thần kinh, một u nội nhãn ác tính nguyên phát hay gặp nhất trong các bệnh về mắt và là bệnh ác tính đứng thứ bảy ở trẻ em, xuất hiện với tỷ lệ 1/20.000 trẻ em. Đồng tử trắng là một dấu hiệu phổ biến nhất và thường được phát hiện bởi các thành viên trong gia đình, những người mà thường không nhận ra sự nghiêm trọng của nó. Có rất nhiều dấu hiệu khác của ung thư võng mạc có thể xuất hiện như lác, chảy nước mắt nhiều, mắt đỏ, mỏng mắt dị sắc, giác mạc mờ đục, xuất huyết tiền phòng và glôcôm. Ung thư võng mạc là bệnh gây tử vong nếu không được điều trị, trong khi đó nếu phát hiện sớm và chữa trị kịp thời thì hơn 90% số trẻ có thể cứu được. Vì việc bảo tồn mắt và chức năng thị giác có liên quan đến mức độ của bệnh, nên khi thấy bất kỳ dấu hiệu bất thường nào của trẻ cũng nên nhanh chóng chuyển trẻ đến khám bác sĩ nhãn khoa. Mặc dù dưới 25% người bệnh bị ung thư võng mạc có tiền sử gia đình, nhưng khi trẻ có tiền sử gia đình có người bị bệnh thì cần chuyển đi khám cho dù có biểu hiện tại mắt hay không.

Một nguyên nhân quan trọng khác có thể gặp với sự bất thường ánh đồng tử là đục thể thủy tinh. Đục thể thủy tinh có thể ở một mắt hay hai mắt, có hoặc không có các dấu hiệu liên quan (ví dụ như triệu chứng của cơ xương hay thần kinh), có thể tiến triển hoặc không tiến triển và có thể xuất hiện bẩm sinh hay phát triển trong thời thơ ấu. Phần lớn là vô căn. Ước lượng tỷ lệ khoảng 1-6/10.000 trẻ sống sót sau sinh. Hơn một phần ba bệnh đục

thể thủy tinh là bẩm sinh và có thể do di truyền bản trội, bản lặn hay liên kết nhiễm sắc thể X. Một trẻ có tiền sử gia đình bị bệnh đục thể thủy tinh bẩm sinh cần phải gửi bác sĩ nhãn khoa thăm khám. Khám mắt có thể thấy ánh đồng tử tối, không đều hay mất ánh hồng đồng tử hay đồng tử trắng. Cần nhanh chóng chuyển trẻ đi điều trị vì tiên lượng sẽ tốt hơn nếu có sự can thiệp sớm mặc dù kết quả điều trị có thể thay đổi phụ thuộc vào mức độ và vị trí của đục thể thủy tinh.

Một nguyên nhân phổ biến của mắt đối xứng ánh hồng đồng tử là tật khúc xạ ở một hay hai mắt. Trường hợp này có thể dẫn đến nhược thị nặng nếu như không được điều trị. Tật khúc xạ có thể được điều trị với việc chỉnh kính sớm.

Căn cứ vào bản chất nghiêm trọng của những dấu hiệu bất thường của ánh đồng tử, việc khám mắt nên được thực hiện định kỳ theo lịch, bắt đầu từ lúc trẻ còn ở trong khoa sơ sinh. Sau ba tuổi, cần khám đáy mắt kèm với khám ánh đồng tử để biết thêm chi tiết về tình trạng đĩa thị giác và mạch máu võng mạc. Điều này có thể thực hiện ở các trẻ hợp tác được khi trẻ nhìn vào vật tiêu đơn giản (ví dụ như đồ chơi), tuy nhiên không phải tất cả các nguồn tham khảo đều đồng ý là có thể đánh giá tình trạng đáy mắt trong lần khám mắt toàn diện của trẻ.