



## BAN BIÊN TẬP:

### Trưởng ban biên tập:

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

### Phó trưởng ban biên tập:

PGS.TS.BS. PHẠM NGỌC ĐÔNG  
CNĐD. TRẦN THANH TRÚC

### Ủy viên:

PGS.TS. BÙI THỊ VÂN ANH  
TS. BS. ĐẶNG TRẦN ĐẠT  
THS. ĐD. PHẠM THỊ KIM ĐỨC  
TS. NGUYỄN VĂN HUY  
TS.BS. TRẦN KHÁNH SÂM  
TS. BS. HOÀNG ANH TUẤN  
TS. BS. THẨM TRƯỞNG KHÁNH VÂN

## BAN THƯ KÝ:

CNĐD. NGUYỄN HỒNG HẠNH  
CN. NGUYỄN THỊ KIM LINH

## 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: 024.39446630

Fax: 024.39454956

GPXB số 67/GP-XBĐS cấp ngày 29/04/2020  
In 300 cuốn khổ 19x26,5 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: 024.66757385

# MỤC LỤC

Trang

## CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- **Thực trạng khô mắt theo thang điểm OSDI và các yếu tố liên quan đến người bệnh khô mắt đến khám tại Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2018** 3  
*Tác giả: ThS. Phạm Thanh Thủy, PGS. Bùi Thị Vân Anh  
ThS. Nguyễn Thị Bích Ngọc  
Người thẩm định: TS. Trần Khánh Sâm*
- **Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật nối thông túi lệ mũi tại khoa Kết – Giác mạc** 14  
*Tác giả: CNĐD. Trần Thị Kim Dung, CNĐD. Nguyễn Kim Oanh, TS. Trần Khánh Sâm  
Người thẩm định: TS. Ngô Văn Thắng*

## THÔNG TIN CHUYÊN MÔN

- **Chăm sóc người bệnh bị lỗi mắt** 21  
*Tác giả: CNĐD. Nguyễn Hồng Hạnh  
Người thẩm định: TS. Nguyễn Quốc Anh*
- **Những lưu ý khi sử dụng kính tiếp xúc kính áp tròng** 25  
*Tác giả: BS. Phạm Thị Hải Yến, CNKX. Phạm Phương Nga  
Người thẩm định: TS. Nguyễn Thị Thu Hiền*

## BẢN TIN

- **Bài thơ “Nhân ngày quốc tế Điều dưỡng”** 27  
*Tác giả: CNĐD. Nguyễn Thị Thùy Vân  
Người thẩm định: TS. Hoàng Cương*
- **Công bố quyết định bổ nhiệm lại chức vụ Phó giám đốc bệnh viện Mắt Trung ương** 28  
*Tác giả: Vũ Hòa Long*
- **Bệnh viện Mắt Trung ương nâng cao các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm covid-19 trong Bệnh viện** 30  
*Tác giả: Vũ Hòa Long*
- **Bệnh viện Mắt Trung ương tổ chức kiểm tra tay nghề cho các Bác sĩ và Điều dưỡng trẻ** 32  
*Tác giả: Vũ Hòa Long*

## LỜI CẢM ƠN

Ban Biên tập Đặc san Điều dưỡng Nhân khoa xin trân trọng cảm ơn các nhà khoa học đã tham gia thẩm định bài viết trong số Đặc san này:

1. PGS.TS Bùi Thị Vân Anh, Trưởng phòng Quản lý khoa học và đào tạo.
2. TS. Trần Khánh Sâm, Phó Trưởng Khoa Giác mạc
3. TS. Đỗ Tấn, Trưởng khoa Glôcôm.
4. TS. Nguyễn Xuân Tịnh, Bệnh viện Mắt Hà Nội
5. TS. Thẩm Trương Khánh Vân, Trưởng Khoa Chấn thương mắt.

BAN BIÊN TẬP

# THỰC TRẠNG KHÔ MẮT THEO THANG ĐIỂM OSDI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NGƯỜI BỆNH KHÔ MẮT ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2018

*Tác giả: ThS. Phạm Thanh Thủy\*, PGS. Bùi Thị Vân Anh\*\*,  
ThS. Nguyễn Thị Bích Ngọc\*\*  
Người thẩm định: TS. Trần Khánh Sâm \*\*\**

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng khô mắt theo thang điểm OSDI và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tình trạng khô mắt nặng đến người bệnh mắc bệnh khô mắt.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các người bệnh đến khám và được chẩn đoán khô mắt ( $\geq 16$  tuổi), tại bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 04-07/2018. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi OSDI (Ocular surface Disease Index) trong cuộc sống hàng ngày.

**Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 178 đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của người tham gia nghiên cứu là 44,6 tuổi; 80,9% là nữ giới; 39,9% được xác định mắc khô mắt nặng. Một số yếu tố được chỉ ra là có liên quan đến mức độ khô mắt nặng, gồm: tuổi OR=1,03 (95%CI: 1,01-1,05;  $p=0,005$ ), tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu OR=17,09 (95%CI: 2,24-130,25;  $p<0,0001$ ), tật khúc xạ OR=0,14 (95%CI: 0,04-0,48;  $p<0,0001$ ), hội chứng Sjogren OR=31,13 (95%CI: 7,08-136,76;  $p<0,0001$ ).

**Kết luận:** Một số yếu tố nguy cơ được chỉ ra có liên quan đến tình trạng khô mắt nặng, gồm: tuổi (178 ĐTN có tuổi trung bình 44,6 tuổi, nữ mắc cao hơn nam), tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu, hội chứng Sjogren.

**Từ khóa:** khô mắt, hội chứng Sjogren, chất lượng cuộc sống, OSDI.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý khô mắt đang là một vấn đề sức khỏe cộng đồng ngày càng được quan tâm do sự khó chịu và tổn hại thị lực ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống Q<sub>o</sub>L, bao gồm các khía

chạm chức năng về thể chất, xã hội tâm lý, các hoạt động hàng ngày và năng suất lao động.

Khô mắt là bệnh lý bề mặt nhãn cầu phổ biến nhất trên toàn thế giới, xảy ra từ 4,4 % đến trên 50% ở độ tuổi

\* Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn

\*\* Phòng Quản lý khoa học và đào tạo

\*\*\* Khoa Giác mạc

trung niên và người già. Tại Hoa Kỳ, ước tính từ các nghiên cứu lớn nhất cho thấy rằng khô mắt ảnh hưởng đến khoảng 5 triệu người từ 50 tuổi trở lên. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng bệnh là nguyên nhân gây rối loạn thị giác (nhìn mờ, nhìn nhòe), có thể làm suy giảm chất lượng cuộc sống hàng ngày và ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe[1].

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về chất lượng cuộc sống trên người bệnh khô mắt trên các khía cạnh khác nhau. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện nay có rất ít nghiên cứu nào báo cáo về vấn đề này. Chúng tôi cho rằng vấn đề này có ý nghĩa rất quan trọng vì nó cung cấp thông tin liên quan đến khô mắt trong chất lượng cuộc sống, cho phép các bác sĩ nhãn khoa chú ý nhiều hơn các khía cạnh khiếm khuyết ở người bệnh khô mắt tìm kiếm sự chăm sóc mắt, tạo điều kiện cho bác sĩ hiểu rõ hơn về nhu cầu của người bệnh và đưa ra một phương pháp điều trị đúng mục tiêu hơn. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: “Chất lượng cuộc sống của người bệnh khô mắt đến khám tại Bệnh viện Mắt Trung Ương và một số yếu tố liên quan”. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng 2 thang điểm đánh giá OSDI và DESQ. Trong bài báo này chúng tôi chỉ đề cập đến phần nghiên cứu thực trạng khô mắt theo thang điểm OSDI và các yếu tố liên quan đến người bệnh khô mắt đến khám tại bệnh viện mắt TW năm 2018.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng là các người bệnh được chẩn đoán khô mắt và được điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong khoảng thời gian từ 4/2018 tới tháng 7/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng có độ tuổi từ 16 đến 72 tuổi được chẩn đoán khô mắt. Tiêu chuẩn chẩn đoán khô mắt: có điểm OSDI trên 12 và 2 trong số 3 test khám khô mắt dương tính (Test BUT  $\leq$  5s, Test Schirmer  $\leq$  5mm, Test Fluorescein hoặc Rose Bengal có bắt màu)

Tiêu chuẩn loại trừ: Các người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không có khả năng trả lời (người bệnh tâm thần, có vấn đề về ngôn ngữ)

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích.

Kỹ thuật thu thập số liệu: Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp người bệnh, thu thập thông tin bằng cách sử dụng kết hợp cả 2 bộ câu hỏi. Chúng tôi lựa chọn số người bệnh đến khám có chẩn đoán khô mắt -> Lấy vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu 178 người bệnh

Bộ câu hỏi OSDI (Ocular surface Disease Index) được sử dụng để chẩn đoán xác định tình trạng người bệnh bị khô mắt. Điểm được tính theo công thức sau:

$$\text{OSDI} = \frac{25 \times \text{tổng số điểm của tất cả các câu hỏi}}{\text{Tổng số câu trả lời}}$$

Bình thường: OSDI = 1-12 điểm;  
 Khô mắt nhẹ: OSDI = 13-22 điểm;  
 Khô mắt trung bình: OSDI = 23 -32 điểm;  
 Khô mắt nặng: OSDI = 33 - 100 điểm

Nhập số liệu bằng Epidata 3.0, phân tích số liệu bằng phần mềm

SPSS 16.0.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

*Đặc điểm dịch tễ học:* Nghiên cứu được tiến hành trên 178 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC), có tuổi trung bình là 44,6 tuổi ( $\pm$  SD=14,649), trẻ nhất 16 tuổi, lớn tuổi nhất là 72.

**Bảng 3.1. Thông tin xã hội - nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=178)**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	16 - 39	62	38,4
	40 - 59	78	43,7
	$\geq 60$	38	21,3
Giới tính	Nam	34	19,1
	Nữ	144	80,9
Trình độ học vấn/ chuyên môn cao nhất	Cấp 2	14	7,9
	Cấp 3	96	53,9
	Trung cấp, cao đẳng	28	15,7
	Đại học	36	20,2
	Sau đại học	4	2,2
Dân tộc	Kinh	175	98,3
	Khác	3	1,7
Nghành nghề	Nhân viên văn phòng	45	25,3
	Công nhân	7	3,9
	Nông dân	67	37,6
	Buôn bán	24	13,5
	Khác	35	19,7
Địa dư	Nông thôn	89	50
	Miền núi	01	0,6
	Thành Thị	88	49,4
Thu nhập trung bình/ tháng	<5 triệu đồng	113	63,5
	$\geq 5$ triệu đồng	65	36,5

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 44,6 tuổi ( $\pm$  SD=14,649). ĐTNC tập trung nhiều nhất ở nhóm 40-59 tuổi (43,7%), Đặc điểm này cũng tương ứng với kết quả của tác giả Alyscia Cheema [2]. Tác động khô mắt xảy ra ở mọi lứa tuổi, trong nghiên cứu này cho thấy tác động của khô mắt đối với cá nhân về sức khỏe của họ là đáng kể và có tầm quan trọng như là một vấn đề sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ hiện mắc các triệu chứng khô mắt tăng theo tuổi tác ( $p < 0,05$ ); phù hợp với nghiên cứu của BOSS [3]. Nữ giới có tỷ lệ tham gia nghiên cứu (80,9%) cao hơn so với nam (19,1%) tương đồng với các nghiên cứu dịch tễ học của bệnh được nêu trong các tài liệu trước đó [4].

Một số yếu tố về thông tin xã hội, nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu được chúng tôi khai thác bao gồm trình độ học vấn, dân tộc, ngành nghề, địa dư và thu nhập trung bình/tháng. Đa số đối tượng có trình độ học vấn chuyên môn  $\leq$  cấp 3 với 61,8%; 98,3% ĐTNC là người dân tộc kinh. Tỷ lệ nghề nghiệp của các đối tượng phân bố không đồng đều, cao nhất là nhóm nông dân 37,6%, tiếp theo lần lượt là nhân viên văn phòng 25,3%; nghề khác 19,7%, buôn bán 13,5% và thấp nhất ở nhóm công nhân 3,9%. Không có sự khác biệt về địa dư, đa số ĐTNC có thu

nhập trung bình  $< 5$  triệu đồng/tháng (63,5%). Trên thực tế, các đối tượng có trình độ học vấn thấp, có nguồn thu nhập thấp hơn thường phải làm việc trong các điều kiện môi trường khó khăn như quá nóng, quá lạnh, ngoài trời nắng gió bụi,... đây chính là các yếu tố khiến tình trạng bốc hơi của nước mắt nhanh hơn, bờ mi dễ bị viêm hơn gây ảnh hưởng đến chất lượng bám dính của nước mắt trên bề mặt giác mạc dẫn đến biểu hiện của khô mắt. Tỷ lệ người bệnh miền núi bị khô mắt rất thấp không chỉ do đối tượng người bệnh vùng núi thường gặp khó khăn khi di chuyển tới bệnh viện để khám thường xuyên mà còn có thể do môi trường mát, ẩm và khá trong lành khu vực miền núi có thể đã giúp giảm đáng kể tỷ lệ khô mắt của người bệnh khi đến khám.....

Trong nghiên cứu, đa số ĐTNC có thị lực 2 mắt sau khi kiểm tra qua kính lỗ/đeo kính ở mức tốt (mắt phải 50% và mắt trái 52,2%), tiếp theo là thị lực trung bình (mắt phải 25,8% và mắt trái 27,5%) và cuối cùng là mức thấp và mù (mắt phải 24,2% và mắt trái 20,3%). Điều này hoàn toàn phù hợp vì khô mắt thường chỉ làm thị lực giảm không đáng kể do làm biến đổi lớp phim nước mắt chứ không làm tổn thương sâu của môi trường trong suốt như giác mạc, thể thủy tinh,...

## Đặc điểm tiền sử bệnh

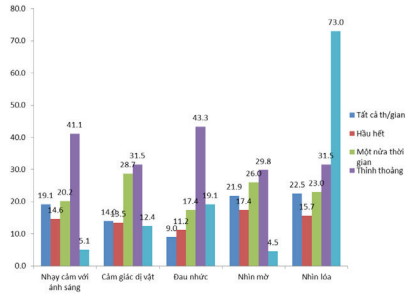
**Bảng 3.2. Tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu (n= 178)**

Tiền sử bệnh		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử bệnh của ĐTNC	Có	156	87,6
	Không	22	12,4
Viêm kết mạc kéo dài	Có	27	17,4
	Không	128	82,6
Tật khúc xạ	Có	24	15,5
	Không	131	84,5
Dị ứng	Có	40	25,8
	Không	115	74,2
Đái tháo đường	Có	2	1,3
	không	152	98,7
Tăng huyết áp	Có	8	5,2
	Không	147	94,8
Hội chứng Sjogren	Có	32	20,6
	Không	123	79,4
Viêm khớp	Có	47	30,3
	Không	108	69,7
Các bệnh tự miễn dịch khác	Có	3	1,9
	Không	152	98,1
Khác	Có	31	19,9
	Không	125	80,1

Trong 178 người tham gia nghiên cứu có 87,6% từng có ít nhất một tiền sử bệnh, trong đó: cao nhất là ở tiền sử viêm khớp 30,3%, tiếp theo lần lượt là ở các nhóm tiền sử dị ứng 25,8%, tiền sử mắc hội chứng

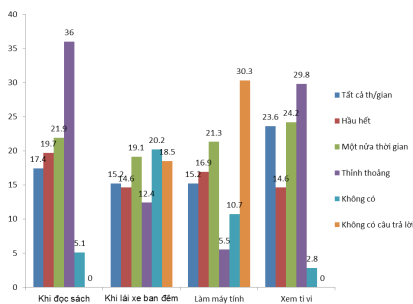
Sjogren 20,6%, tiền sử viêm kết mạc kéo dài 17,4%, tiền sử có tật khúc xạ 15,5%, tiền sử tăng huyết áp (THA) 5,2%, tiền sử đái tháo đường (ĐTĐ) 1,3%, tiền sử từng mắc các bệnh tự miễn dịch khác 1,9%.

### 3.2. Mô tả chất lượng cuộc sống liên quan đến thị giác theo điểm số thang đo OSDI



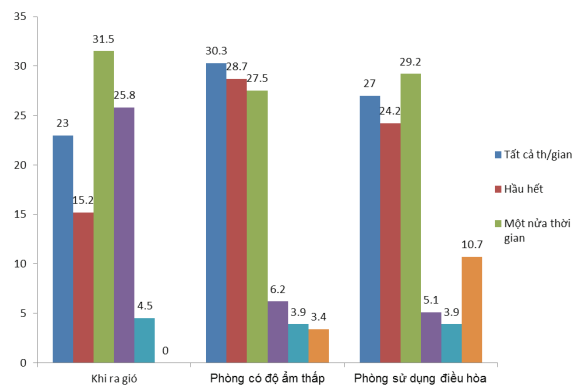
**Biểu đồ 3.1. Nhóm triệu chứng khó chịu bề mặt nhãn cầu**

Theo biểu đồ 3.1, trong nhóm triệu chứng khó chịu bề mặt nhãn cầu thì đa số ĐTNC thấy thỉnh thoảng có triệu chứng nhạy cảm với ánh sáng 41,1%, cảm giác dị vật 31,5%, đau nhức 43,3%, nhìn mờ 29,8%. Mặt khác, ở nhóm triệu chứng nhìn lóa thì đa số người bệnh thấy xuất hiện tình trạng này ở tất cả thời gian 73,0%. Nhóm triệu chứng khó chịu bề mặt nhãn cầu trong nghiên cứu có số điểm OSDI trung bình là  $48,6 \pm 26,15$ . Các triệu chứng bề mặt có điểm số khá cao đồng thời thường xuyên xuất hiện làm ảnh hưởng khá nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh khô mắt.



**Biểu đồ 3.2. Nhóm triệu chứng rối loạn khả năng nhìn**

Theo biểu đồ 3.2, trong nhóm đọc sách và nhóm xem tivi gặp khó chịu khi nhìn đa số ở mức độ tần suất thỉnh thoảng (36% và 29,8%), ở nhóm làm việc trên máy tính thì do đa số ĐTNC làm nghề nông dân nên ít tiếp xúc với máy vi tính nên hầu như ĐTNC đã chọn mức độ là không có câu trả lời 30,3%, khi lái xe ban đêm thì tần suất các mức độ rối loạn là gần tương đương nhau. Nhóm triệu chứng rối loạn khả năng nhìn trong nghiên cứu có số điểm OSDI trung bình là  $43,64 \pm 25,29$ . Tình trạng khô mắt gây khó chịu trong quá trình sinh hoạt hàng ngày cũng được thể hiện với điểm số khá cao cho thấy tác động của khô mắt lên cuộc sống của người bệnh đạt ở mức khá nặng.



**Biểu đồ 3.3. Nhóm triệu chứng do kích hoạt yếu tố môi trường**

Đa số ĐTNC đã trả lời có triệu chứng khó chịu khi nhìn ở mức tần suất một nửa thời gian trong nhóm khi ra gió 31,5% và nhóm phòng sử dụng điều hòa 29,2%, ở nhóm phòng





có độ ẩm thấp đa số ĐTNC đã trả lời gặp khó chịu khi nhìn ở các mức độ tất cả thời gian 30,3%, hầu hết 28,7% và một nửa thời gian 27,5%. Nhóm triệu chứng kích hoạt do yếu tố môi trường trong nghiên cứu có số điểm OSDI trung bình là  $53,37 \pm 28,81$ . Điểm số

trung bình của khô mắt tăng lên dưới tác động của môi trường khô, gió và độ ẩm thấp. Chính vì vậy để giảm ảnh hưởng của khô mắt lên cuộc sống của người bệnh cần hạn chế sống trong các môi trường quá khô, độ ẩm thấp và quá gió.

**Bảng 3.3. Tình trạng khô mắt của ĐTNC theo thang điểm OSDI**

Mức độ	Số Lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khô mắt nhẹ (13-22 điểm)	14	7,9
Khô mắt trung bình (23-32 điểm)	93	52,2
Khô mắt nặng (33 – 100 điểm)	71	39,9

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ khô mắt trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất trong 3 nhóm, khô mắt

trung bình 52,2%, tiếp theo lần lượt là khô mắt nặng 39,9% và thấp nhất là khô mắt mắt nhẹ 7,9 %.

### 3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố xã hội-nhân khẩu học và khô mắt nặng

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa một số yếu tố xã hội-nhân khẩu học nhóm khô mắt nặng**

Yếu tố Khô mắt nặng	Có		Không		OR 95%CI	p	
	n	%	n	%			
Tuổi					1,03 (1,01 – 1,05)	0,005*	
Giới tính	Nam	12	35,3	22	64,7	1,27(0,59 - 2,77)	0,543
	Nữ	59	41	85	59		
Trình độ học vấn > cấp 3	Có	28	41,2	40	58,8	1,09 (0,59 - 2,02)	0,782
	Không	43	39,1	67	60,9		

Ngành nghề	Khác	24	36,4	42	63,6	—	—
	Nhân viên văn phòng	21	46,7	24	53,3	1,53(0,71-3,31)	0,279
	Nông dân	26	38,8	41	61,2	1,11(0,55-0,24)	0,771
Thị lực 2 mắt tốt	Có	13	15,3	72	84,7	0,11(0,05- 0,23)	0,0001*
	Không	58	62,4	35	37,6		

(OR: Tỷ suất chênh; 95% CI: Khoảng tin cậy; \*:  $p < 0,05$ )

Theo phân tích hồi quy logistic đơn biến, ta thấy có mối liên quan giữa tuổi và tình trạng khô mắt nặng ( $p < 0,05$ ), khi tuổi tăng thêm một tuổi thì nguy cơ mắc khô mắt nặng tăng lên 1,03 lần. Điều này có thể được lý giải khi tuổi cao các biểu hiện thay đổi nội tiết xuất hiện, rất nhiều tuyến ngoại tiết của cơ thể (bao gồm cả tuyến nước mắt) bị giảm tiết, đặc điểm này khiến các dấu hiệu của tình trạng khô mắt rất dễ được bộc lộ gây ra biểu hiện khô mắt trở nên rõ rệt. Đồng thời, tác động của yếu tố nội tiết lên nữ giới cũng làm tỷ lệ khô mắt nặng trên nữ giới cao hơn trong nghiên cứu này (64,7% so với 59% ở nam).

Theo kết quả của nghiên cứu, không có sự khác biệt về tỷ lệ khô

mắt nặng với các biến trình độ học vấn và ngành nghề sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Nhóm có trình độ học vấn > cấp 3 có tỷ lệ khô mắt (58,8%) thấp hơn so với nhóm không có trình độ học vấn > cấp 3 (60,9%), trong các nhóm ngành nghề: tỷ lệ khô mắt nặng cao nhất là ở nhóm nghề nhân viên văn phòng 46,7%, tiếp theo lần lượt là nhóm nghề nông dân 38,8% và thấp nhất ở nhóm nghề khác 36,4%.

Mặt khác, biến tuổi và thị lực 2 mắt tốt được chỉ ra là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với bệnh khô mắt nặng ( $p < 0,05$ ). Nhóm có thị lực tốt có nguy cơ mắc khô mắt nặng thấp chỉ bằng 0,11 lần so với nhóm còn lại.

### 3.4. Mối liên quan giữa bệnh khô mắt nặng và các yếu tố tiền sử bệnh

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa bệnh khô mắt nặng và các yếu tố tiền sử bệnh**

Yếu tố		Có		Không		OR 95%CI	p
		n	%	n	%		
Tiền sử bệnh của ĐTNC	Có	70	44,9	86	55,1	17,09 2,24 – 130,25	0,0001*
	Không	1	45	21	95,5		
Viêm kết mạc kéo dài	Có	7	25,9	20	74,1	0,36 0,14 - 0,91	0,027*
	Không	63	49,2	65	50,8		
	Không	67	51,1	64	48,9		
Bệnh dị ứng	Có	13	32,5	27	67,5	0,49 0,23-1,04	0,062
	Không	57	49,6	58	50,4		
ĐTĐ	Có	1	50	1	50	1,2 0,07-19,59	1
	Không	69	45,4	83	54,6		
THA	Có	5	62,5	3	37,5	2,1 0,48-9,13	0,47
	Không	65	14,2	82	55,8		
Hội chứng Sjogren	Có	30	93,8	2	6,3	31,13 7,08-136,76	0,0001*
	Không	40	32,5	83	67,5		
Khớp	Có	22	46,8	25	53,2	1,1 0,55-2,19	0,786
	Không	48	44,4	60	55,6		
Bệnh tự miễn dịch khác	Có	3	100	0	0	0,44 0,37-0,53	0,09
	Không	67	44,1	85	55,9		

(OR: tỷ suất chênh; 95%CI: Khoảng tin cậy; \*:  $p < 0,05$ )

Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bệnh khô mắt nặng với nhóm các bệnh: dị ứng, ĐTĐ, THA, khớp và một số bệnh tự miễn dịch khác (luput ...) ( $p > 0,05$ ). Mặt khác các biến có nhóm tiền sử bệnh liên quan đến khô mắt

nặng, gồm: tiền sử bệnh viêm kết mạc kéo dài; tật khúc xạ, nhóm bệnh mắc hội chứng Sjogren được chỉ ra là mối liên quan có ý nghĩa thống kê với bệnh khô mắt nặng ( $p < 0,05$ ). Hội chứng Sjogren là một căn bệnh tự miễn dịch có đặc điểm là khô miệng

và có các dấu hiệu khô mắt do thoái triển các tuyến ngoại tiết. Hội chứng này là một bệnh tự miễn dịch phổ biến thứ 2 sau viêm khớp dạng thấp [5]. Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan người bệnh dị ứng, bệnh khớp, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Biljana và cộng sự [6]. Chúng tôi không khẳng định được mối liên quan giữa khô mắt và người bệnh đeo kính áp tròng, bệnh tự miễn khác (luput), bệnh tuyến giáp vì số lượng này trong nghiên cứu của chúng tôi quá ít chỉ có 1-2 người.

#### IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là một trong các nghiên cứu đầu tiên về chất lượng cuộc sống của người bệnh khô mắt được triển khai ở Việt Nam.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phaulsen, Adam J.** (2014), "Dry Eye in the Beaver Dam Offspring Study: Prevalence, Risk Factors, and Health - Related Quality of life", *Am J Ophthalmol*, 157(4), pp. 799-806.
2. **A. Cheema, T. Aziz, and Mirza, S. A.** (2012), "Sodium hyaluronate eye drops in the treatment of dry eye disease: an open label, uncontrolled, multi-centre", *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 24(3-4), pp. 14-16
3. **Baudouin C, et al.** (2008), "Severe impairment of health-related quality of life in patients suffering from ocular surface diseases", *J fr ophthalmol*, 31(4), pp. 369-378.
4. **Qihua Le, Xiaodong Zhou, and Ling Ge** (2012), "Impact of Dry Eye Syndrome on Vision Related Quality of life in a Non-clinic-Based General population", *BMC Ophthalmology*, 12, pp. 22.
5. **Fox RI, Michelson P, and Casiano CA, 'Hayashi J** (2000), "Sjogern'S syndrome", *Clin Dermatol*, 18, pp. 589-600

Nghiên cứu đã đạt được các kết quả:

Nghiên cứu được tiến hành trên 178 ĐTNC. Độ tuổi trung bình là 44,6 ±14,649 tuổi. Độ tuổi gặp nhiều nhất là từ 40-59 tuổi chiếm 43,7%. Tỷ lệ hiện mắc các triệu chứng khô mắt tăng theo tuổi tác ( $P < 0,05$ ). Khô mắt nặng chiếm tỷ lệ tương đối cao 39,9%. Điểm số các triệu chứng OSDI trung bình 48,6; điểm số các triệu chứng rối loạn khả năng nhìn OSDI trung bình 43,64.

Khô mắt có tác động đáng kể đến chức năng thị giác và nó làm giảm chất lượng cuộc sống hàng ngày của người bệnh. Các yếu tố đã được chỉ ra là có mối liên quan đến tình trạng khô mắt nặng gồm: tuổi, thị lực, tiền sử bệnh của ĐTNC, hội chứng Sjogren.



6. Miljanovic, Biljana, et al. (2007), "Impact of dry eye syndrome on vision-related quality of life", *Am J Ophthalmol*, 143(3), pp. 409-415.

## DRY EYES STATUS ON A SCALE OSDI AND RELATED FACTORS OF DRY EYE SYNDROME IN THE CENTRAL EYE HOSPITAL

**SUBJECT:** Describe the dry eye syndrome according to the OSDI scale and find out the relative factors of those syndrome.

**Materials and methods:** Patients were examined and diagnosed with dry eyes ( $\geq 16$  years), at the Vietnam National Institute Of Ophthalmology from April to July 2018. Cross-sectional descriptive study. Data collection using the OSDI questionnaire

**Results:** Our study conducted on 178 subjects. The average age of study was 44.6 years; 80.9% were female; 39.9% were determined to have severe dry eyes

The related factors have been identified that associated with severe dry eye patients, including aging OR=1.03 (95%CI: 1.01-1.05,  $p=0.005$ ), fair eyesight OR=0.11 (95%CI: 0.05-0.23;  $p<0.0001$ ), medical history OR=17.09 (95%CI: 2.24-130.25;  $p<0.0001$ ), chronic conjunctivitis OR=0.36 (95%CI: 0.14-0.91;  $p=0.027$ ), refractive errors OR=0.14 (95%CI: 0.04-0.48;  $p<0.0001$ ), Sjogren's syndrome OR=31,13 (95%CI: 7.08-136.76;  $p<0.0001$ ).

**Conclusion:** Several related factors have been identified associated with severe dry eye, including: aging, fair eyesight, medical history of patients in the study, chronic conjunctivitis, refractive error, Sjogren's syndrome.

**Key words:** dry eyes syndrome, Sjogren's syndrome, quality of life, OSDI

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ DÙNG THUỐC GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT NỐI THÔNG TÚI LỆ MŨI TẠI KHOA GIÁC MẠC

Tác giả: CNĐD. Trần Thị Kim Dung\*, CNĐD. Nguyễn Kim Oanh\*,

TS. Trần Khánh Sâm\*

Người thẩm định: TS. Ngô Văn Thắng \*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nhận xét hiệu quả của việc dùng thuốc giảm đau được cấp phát chủ động (theo giờ) trên những NB được phẫu thuật nối thông túi lệ mũi (NTLM), và đưa ra các kiến nghị đề xuất nhằm tăng chất lượng chăm sóc hậu phẫu.

**Phương pháp nghiên cứu:** phương pháp mô tả lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Thời gian nghiên cứu từ 10/5/2013 – 10/8/2013.

**Kết quả:** 60 NB sau phẫu thuật NTTLM từ 18-60 tuổi được chia thành 2 nhóm, nhóm A là nhóm nghiên cứu uống thuốc sau mỗi 1 giờ, nhóm B là nhóm chứng chỉ được dùng thuốc khi đã có biểu hiện đau rõ rệt. Nhận thấy: NB nhóm A không phải chịu đựng cơn đau sau phẫu thuật NTTLM, sự hài lòng đối với ca mổ thông qua việc dùng thuốc giảm đau cao (86,67%). NB phải chịu đau ở mức độ vừa và nhiều sau 2 giờ là 63,33%, mức độ đau có ý nghĩa thống kê  $p=0,002$ , thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình là  $127,06 \pm 19,8$  phút.

**Kết luận:** việc cấp phát thuốc giảm đau chủ động theo giờ đều sau phẫu thuật NTTLM đã đem lại hiệu quả cao, tránh cho NB phải chịu cơn đau cấp tính sau phẫu thuật và đem lại sự hài lòng với ca mổ, điều này làm tăng chất lượng chăm sóc hậu phẫu.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Phẫu thuật nối thông túi lệ mũi là 1 phẫu thuật thường xuyên được tiến hành tại khoa Giác mạc (GM) để điều trị tình trạng chảy nước mắt do các bệnh lý gây tắc lệ đạo. Phẫu thuật này can thiệp vào vùng góc trong của mắt và trực tiếp vào xương và khoang mũi trong điều kiện người bệnh được tiền mê và gây tê tại chỗ. Đau sau phẫu

thuật là một cảm giác đau do tổ chức bị phẫu thuật can thiệp mũi, được xếp vào loại đau cấp tính và tương đối phổ biến, xuất hiện sau khi mổ. Mức độ đau tùy thuộc vào loại phẫu thuật, kỹ thuật mổ và mức chịu đựng của người bệnh, vị trí đau cũng rất khác nhau tùy thuộc vào các nguyên nhân gây đau như:

- Tại da, tổ chức dưới da (đau rát).

- Tổn thương mô cơ, xương, niêm mạc.

- Tăng áp lực trong khoang mũi khi phải đặt gạc mũi (đau tức vùng mũi).

- Yếu tố tâm lý như lo lắng, căng thẳng, mất ngủ.

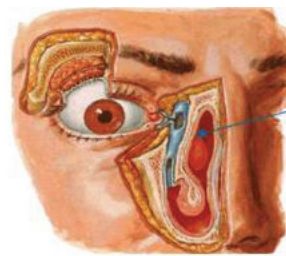
Việc hiểu biết và trấn an sớm sẽ tăng hiệu quả giảm đau cho người bệnh. Khi thuốc tê, thuốc mê đã hết tác dụng, nếu điều trị đau không tốt, người bệnh vẫn có thể chịu đựng được nhưng cảm giác đau sẽ trở thành cảm xúc lo lắng, sợ hãi. Ngoài ra, bị đau nhiều có thể làm tăng nặng các bệnh lý nội khoa như tim mạch, tiểu đường, hô hấp... Cùng với mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, đau được xem là dấu hiệu sinh tồn thứ 5 trong quá trình điều trị. Thực hiện giảm đau sau mổ tốt sẽ ảnh hưởng tích cực đến tâm lý và giúp người bệnh phục hồi nhanh sau khi được phẫu thuật.

Sau phẫu thuật, hầu hết các người bệnh đều có nhu cầu dùng thuốc giảm đau. Tâm lý ngại dùng thuốc giảm đau, vì sợ tác dụng phụ hay “quen” thuốc là có thật ở cả phía người bệnh lẫn nhân viên y tế nên một số trường hợp khi người bệnh đau nhiều mới được dùng thuốc giảm đau và việc này dẫn đến việc người bệnh sẽ phải cố chịu đau, làm giảm chất lượng chăm sóc hậu phẫu. Vì vậy gần đây, tại khoa GM chúng tôi đã chủ động cho người bệnh uống thuốc giảm đau ngay trong 30 phút đầu sau mổ để nối tiếp tác dụng giảm đau của thuốc tiền mê mặc dù người bệnh chưa có các triệu chứng đau.

**Mục tiêu:** nhận xét hiệu quả của việc dùng thuốc giảm đau được cấp phát chủ động (theo giờ) trên những người bệnh phẫu thuật nối thông túi lệ mũi. Khuyến nghị để thay đổi cách dùng thuốc giảm đau sau phẫu thuật (PT).

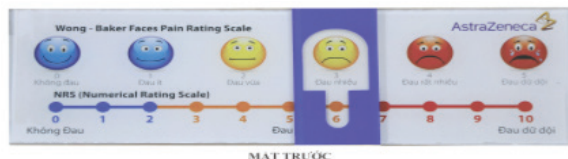
## II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU:

**1. Phẫu thuật NTTLM :** Phương pháp này nhằm tạo ra đường thông trực tiếp từ túi lệ xuống ổ mũi



Lỗ thông nước mắt sau khi mổ

### 2. Thang lượng giá cường độ đau

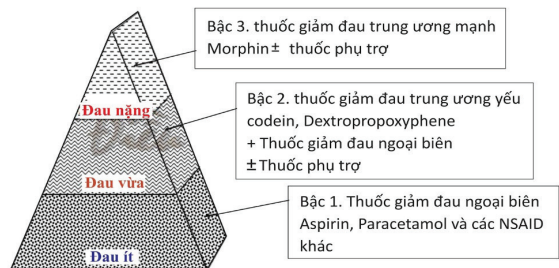


MẶT TRƯỚC



MẶT SAU

### 3. Thang điều trị đau (Pain ladder)



#### **4. Các nghiên cứu điều trị đau sau PT trước đây:**

Theo “nghiên cứu (NC) đánh giá tâm lý người bệnh (BN) trước và sau PT”- Nguyễn Đình Chính:

- Lo lắng, sợ đau: 46.4 %.
- Nữ lo lắng nhiều hơn nam.
- Khi thoát mê, khó chịu đau nhiều: 65.8%.
- Muốn giảm đau: 56.8%.

\* Chuyên khoa mắt chưa có NC nào về hiệu quả thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau PT

### **III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Thời gian nghiên cứu:** 3 tháng, từ 10/5/2013 đến 10/8/2013.

**2. Địa điểm nghiên cứu:** Khoa GM.

#### **3. Đối tượng:**

##### **3.1. Tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân:**

- 60 NB >18 tuổi sau phẫu thuật tiếp khẩu nối thông túi lệ mũi hoàn toàn tỉnh táo, tự trả lời được các câu hỏi đánh giá đau.

- Người bệnh không mắc các bệnh về dạ dày, tá tràng.

- Không có tiền sử cao huyết áp hay dị ứng với các thành phần của thuốc giảm đau.

- Loại trừ các trường hợp người bệnh tắc lệ mũi do chấn thương.

- Phương pháp vô cảm và thời gian phẫu thuật như nhau

##### **3.2. Phương tiện nghiên cứu:**

- Thang điểm NRS (Numerical Rating Scale).

- Bộ câu hỏi xác định vị trí, cảm giác đau và thái độ hài lòng.

- Tập huấn cán bộ...

- Thuốc trong NC: Paracetamol 500mg- Codein 30mg dạng viên sủi uống

##### **3.3. Loại hình nghiên cứu:**

- Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng.

- Xử lý số liệu với SPSS 15.0.

##### **3.4. Các bước tiến hành:**

- NB vào khoa: làm các thủ tục hành chính, hướng dẫn nội qui.

- Đo các DHST, khai thác tình trạng toàn thân để loại trừ người bệnh có tiền sử đau dạ dày, tá tràng, cao huyết áp, người bệnh dị ứng với các thuốc giảm đau...

- Người bệnh có chỉ định mổ nối thông túi lệ mũi.

- Người bệnh sau phẫu thuật được chuyển lên khoa theo dõi:

+ Toàn trạng: M-T<sup>0</sup>-HA

+ Phỏng vấn theo bộ câu hỏi, đánh giá đau theo thang điểm NRS.

- Mẫu NC chia thành 2 nhóm:

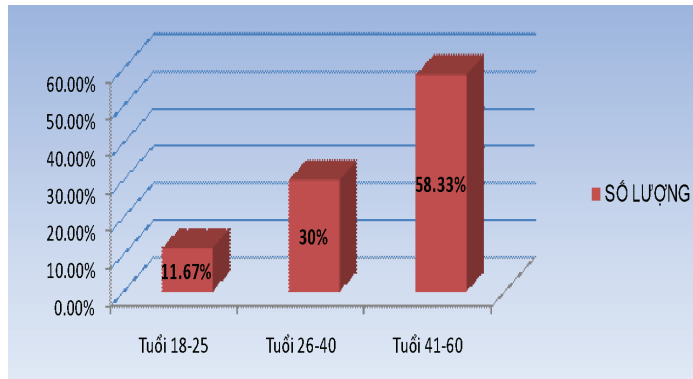
• Nhóm A (30 NB): là nhóm NC được uống thuốc giảm đau một giờ sau mổ khi chưa có cơn đau.

• Nhóm B (30 NB): là nhóm chứng về thời gian NB cần dùng thuốc giảm đau khi đau vừa và nhiều.



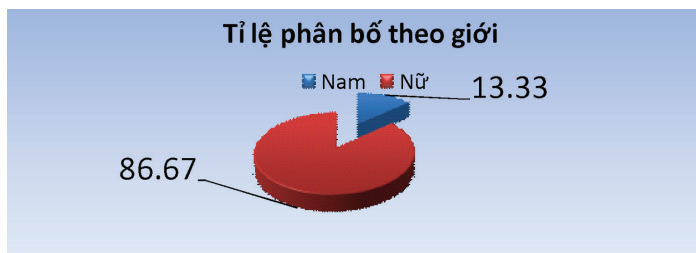
## IV. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm nhóm người bệnh nghiên cứu:



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ phân bố theo tuổi của nhóm NC**

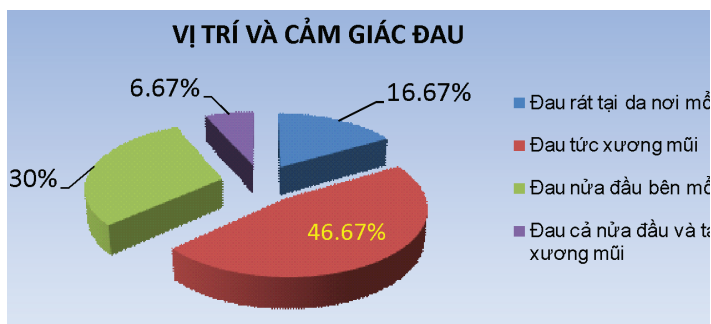
**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy 60 người bệnh gồm các lứa tuổi từ 18-25 chiếm 11,67%, từ 26-40 chiếm 30% và 41-60 chiếm 58,33%. Như vậy, lứa tuổi trong nhóm nghiên cứu này phần lớn là độ tuổi từ 41-60.



**Biểu đồ 2 : Tỷ lệ phân bố theo giới**

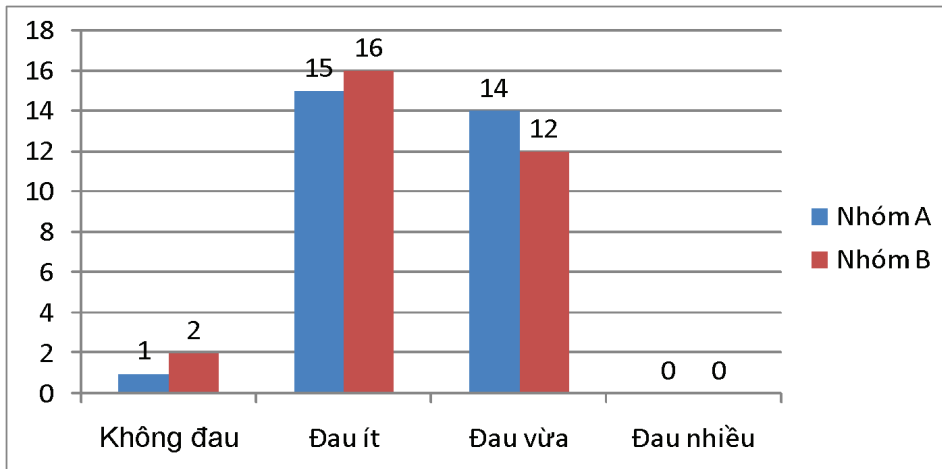
**Nhận xét:** Bệnh thường gặp ở nữ giới với tỷ lệ là 86,67%, nam giới là 13,33%.

### 2. Đánh giá đau:



**Biểu đồ 3: Vị trí và cảm giác đau**

**Nhận xét :** Vị trí đau nhiều nhất là đau tức xương mũi.



**Biểu đồ 4: Đánh giá mức độ đau 1 giờ sau mổ khi chưa dùng thuốc**

*Nhận xét:* Mức độ đau của 2 nhóm tương đương như nhau. Ở thời điểm này người bệnh đã xuất hiện đau ít và đau vừa.

**Bảng 5: Đánh giá mức độ đau 2 giờ sau mổ khi nhóm A đã uống thuốc, nhóm B chưa uống thuốc giảm đau**

Mức độ đau	A (n=30)		B (n=30)		P (A-B)
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Không đau	26	86,67	0	0	P=0,002
Đau ít	4	13,33	11	36,67	
Đau vừa	0	0	18	60	
Đau nhiều	0	0	1	3,33	

*Nhận xét:* Có thay đổi rõ rệt mức độ đau vừa và nhiều ở 2 nhóm với  $P < 0.05$

**Bảng 6: Thời điểm cần dùng thuốc giảm đau trung bình của nhóm B**

Mức độ đau	Thời gian		
	120 phút – 160 phút	161 phút – 190 phút	191 phút – 220 phút
Đau vừa	18	6	2
Đau nhiều	1	2	1

*Nhận xét :* Giờ cần uống thuốc trung bình là 127,06 + 19,8 phút



**Bảng 7: Kết quả giảm đau sau khi uống thuốc 1 giờ ở cả 2 nhóm**

Nhóm N/C Mức độ đau	Nhóm A (n = 30)		Nhóm B (n = 30)		P (A-B)
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Không đau	26	86,67	22	73,33	P > 0,05
Đau ít	4	13,33	8	26,67	
Đau vừa	0	0	0	0	
Tổng số	30	100	30	100	

Nhận xét: sau khi uống thuốc giảm đau, cả 2 nhóm đều đạt hiệu quả giảm đau cao.

**Bảng 8: Đánh giá mức độ đau 4 giờ - 6 giờ sau mổ**

Nhóm N/C Mức độ đau	Nhóm A (n=30)		Nhóm B (n=30)		P (A-B)
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Không đau	25	83,33	23	76,67	P > 0,05
Đau ít	5	16,67	7	23,33	
Đau vừa	0	0	0	0	
Đau nhiều	0	0	0	0	
Tổng số	30	100	30	100	

Nhận xét: Sau 4 giờ - 6 giờ sau mổ cả 2 nhóm đều không có biểu hiện đau vừa và đau nhiều.

**Bảng 9: Nhận định thái độ hài lòng của NB với việc dùng thuốc giảm đau theo giờ**

Nhóm N/C Mức độ đau	Nhóm A		Nhóm B		P (A-B)
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Thoải mái	26	86,67	10	33,33	P < 0,05
Khó chịu ít khi đau	2	6,67	14	46,67	
Căng thẳng khi đau	0	0	4	13,33	
Không ý kiến	2	6,67	2	6,67	
Tổng số	30	100	30	100	

Nhận xét: thái độ hài lòng của nhóm A cao hơn nhóm B, có ý nghĩa thống kê với P<0,05.

## V. KẾT LUẬN

- NB sau phẫu thuật đều đau với mức độ vừa và nhiều và thời điểm cần uống thuốc giảm đau trung bình là 127,06 phút.

- Nhóm dùng thuốc chủ động theo giờ: NB không phải chịu đau sau PT, hài lòng với phương pháp này, không ảnh hưởng đến tâm lý NB (86,67%). Điều này cho thấy việc NB được dùng thuốc giảm đau ngay sau

phẫu thuật 30 phút là cần thiết nhằm tăng chất lượng điều trị.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

- Đưa việc sử dụng thuốc giảm đau sau mổ 1 giờ trở thành thường qui.

- Tập huấn cho ĐD về tác dụng thuốc và sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả.

- Tăng cường công tác tư vấn trước và sau phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eric L. Krakauer**, (2005), "Pain assessment and treatment", The Massachusetts General Hospital of pain Management, second edition.
2. **Nguyễn Phi Yên**, (2000), "Đánh giá nhanh đau sau phẫu thuật tại khoa ngoại Tam Hiệp, Bệnh viện K", đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở Bệnh viện K.
3. **Aveline C, Bonnet F.** (1998), "Anesthésie locoregionale", Oxford Textbook of Oncology, second edition.
4. **Nguyễn Đình Chính** (2006), "Kiểm soát và điều trị đau sau phẫu thuật", đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở Bệnh viện K Hà Nội.
5. **Ngô Trung Dũng** (2003), "Lượng giá đau – Giảm đau sau phẫu thuật", đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở Bệnh viện K Hà Nội.
6. **Phạm Ngọc Đông** (1996), "Nghiên cứu phẫu thuật NTTLM cải tiến". Luận văn cao học, Đại học Y Hà Nội.

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỊ LỖI MẮT

*Tác giả: CNĐD. Nguyễn Hồng Hạnh\**

*Người thẩm định: TS. Nguyễn Quốc Anh\*\**

### I. ĐẠI CƯƠNG

Lỗi mắt là tình trạng nhãn cầu bình thường bị đẩy ra trước do tăng thể tích tổ chức trong hốc mắt. Mắt lồi khi nhãn cầu bị di lệch về phía trước so với vị trí của nó.

Cần phân biệt lỗi mắt giả hiệu với lỗi mắt thực sự.

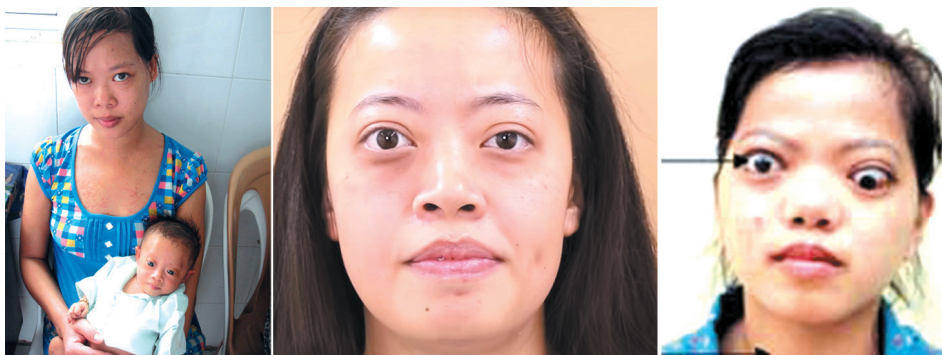
Mắt to: nhãn cầu to chứ không di lệch ra trước. Trục trước sau của nhãn cầu

dài hơn bình thường trong trường hợp cận thị cao độ.

### II. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Có ba nhóm nguyên nhân gây lỗi mắt:

- Lỗi mắt do cường năng tuyến giáp trạng (bệnh Basedow).
- Lỗi mắt do viêm.
- Lỗi mắt do khối u



Hình ảnh lỗi mắt do Basedow



Hình ảnh lỗi mắt do viêm xoang



Hình ảnh mắt lồi do khối u

\*Phòng Điều dưỡng

\*\* Khoa Tạo hình – Thẩm mỹ Mắt và vùng mặt

### III. CÁC VẤN ĐỀ CẦN NHẬN ĐỊNH Ở NGƯỜI BỆNH LÒI MẮT

#### 3.1. Khai thác thông tin người bệnh:

- Tình trạng toàn thân có hiện tượng run tay chân, hồi hộp, tim đập nhanh, đau đầu, buồn nôn và nôn, ù tai, sốt, ....

- Người bệnh (NB) có dùng thuốc tự túc điều trị bệnh toàn thân hay không?

- Tình trạng lòi mắt xuất hiện từ bao giờ (xuất hiện từ từ hay đột ngột, lòi một mắt hay cả hai mắt). Khi xuất hiện lòi mắt có dấu hiệu toàn thân kèm theo không? (đau nhức mắt, đau đầu, buồn nôn, sút cân nhanh, tim đập nhanh...) NB có biểu hiện nhìn song thị hay không? Có cảm giác chói cộm, chảy nước mắt không?

- Tiền sử NB có mắc bệnh Basedow, khối u, các bệnh toàn thân khác. NB có bị tai nạn giao thông? Có bị bệnh đau dạ dày?

- Khai thác thông tin trong bệnh án: chẩn đoán bệnh, y lệnh xét nghiệm, y lệnh điều trị.

#### 3.2. Quan sát và khám chức năng:

- Quan sát thể trạng chung: da, niêm mạc (hồng , hay vàng, ...); tình trạng nhiễm trùng (sốt, ...); Tình trạng hô hấp (khó thở) không?; Tình trạng thần kinh (có biểu hiện tăng áp lực nội sọ, Chân tay có run...) không?; Mức độ lo lắng và không thoải mái của NB; Sự hiểu biết của NB về bệnh lòi mắt.

- Quan sát tại mắt: Lòi một mắt hay hai mắt; hình dạng 2 mắt có cân xứng không; Mắt có đau nhức; Mắt có nhắm kín không, có cộm chói đỏ mắt, chảy nước mắt; Mắt liếc có hạn chế hướng nào?; Tình trạng mi mắt: có bị sưng tấy, mi mắt có nhắm kín; Tình trạng kết mạc có cương tụ kết mạc; Tình trạng giác mạc có nhìn thấy ổ loét giác mạc bằng mắt thường hay không?

- Khám chức năng: Đo dấu hiện sinh tồn, đo thị lực, nhãn áp, khám vận nhãn, đo độ lòi mắt.

- Khai thác bệnh sử là phần quan trọng gợi ý cho chẩn đoán nguyên nhân, bao gồm những nội dung chính sau đây: Lòi mắt mới có hay đã có từ lâu? Tiến triển nhanh hay chậm? Có xuất hiện sau chấn thương không? Có tăng thêm khi thay đổi tư thế như cúi đầu, nín thở và rặn? Có kèm theo mờ mắt hay song thị? Có kèm theo các dấu hiệu khác như ù tai, đau đầu và có tiếng ù trong đầu?

- Tiền sử các bệnh toàn thân như lao, viêm nhiễm, bệnh máu, u ác tính (tiền liệt tuyến, phổi hay vú), bệnh xoang mãn tính rất quan trọng. Lòi mắt có thể do u di căn hốc mắt hay do viêm tổ chức hốc mắt sau viêm xoang sàng. Bệnh nhân HIV (+) có thể lòi mắt do viêm tổ chức hốc mắt do nấm.

- Ngoài ra còn phải đặc biệt chú ý đến lứa tuổi của người bệnh (u mạch dạng hang thường xuất hiện ở tuổi trung niên. U cơ vân ác tính hay xuất hiện ở tuổi nhỏ. Phình mạch hay búi giãn mạch thường xuất hiện ở lứa tuổi thanh niên).

### IV. PHƯƠNG PHÁP CHĂM SÓC NB NỘI KHOA CHỮA PHẪU THUẬT:

#### 4.1. Giảm đau đầu, buồn nôn

- Theo dõi tình trạng đau đầu và các dấu hiệu thần kinh của NB, thông báo với bác sỹ điều trị về tình trạng đau đầu của NB.

- Sử dụng thuốc giảm đau theo hướng dẫn của nhân viên y tế

- Theo dõi tình trạng buồn nôn và nôn của NB

- Nếu NB có nôn theo dõi số lần nôn, số lượng dịch nôn, tính chất chất nôn.

- Sử dụng thuốc chống nôn nếu có chỉ định của bác sỹ.



## 4.2. Giảm đau nhức mắt

- Theo dõi nhãn áp cho NB nếu có nhãn áp cao

- Nếu nhãn áp cao: thực hiện y lệnh thuốc: acetazolamid, kaliorid.

## 4.3. Giữ và cải thiện tình trạng thị lực

- Theo dõi tình trạng thị lực: thử thị lực. Nếu thị lực giảm báo bác sỹ.

- Kiểm tra tình trạng nhìn song thị.

- Đối với NB mất thị lực, điều dưỡng phải hướng NB thích nghi và NB có thể tự chăm sóc cá nhân ở mức độ tối thiểu nhất khi ra viện

## 4.4. Chăm sóc mắt lồi, phòng chống nguy cơ viêm loét giác mạc

- Đo độ lồi mắt bằng thước Hertel để phân cấp độ lồi mắt. Độ lồi trung bình trên người Việt Nam bình thường là  $12\text{mm} \pm 1.75\text{mm}$

- NB lồi mắt thường cảm thấy chói mắt, chảy nước mắt, cảm giác bụi bay vào mắt, nặng hơn NB có thể bị khô và loét giác mạc, NB thường không nhắm kín khi ngủ.

- Thường phải đeo kính sẫm màu khi đi ra ngoài

- Tra nước mắt nhân tạo tránh biến chứng khô giác mạc.

- Đối với trường hợp lồi mắt nặng, khi ngủ cần hướng dẫn NB băng che mắt

- Chống bội nhiễm bằng kháng sinh tra tại chỗ, tăng cường thuốc dinh dưỡng giác mạc

## 4.5. Thực hiện y lệnh thuốc

- Thực hiện y lệnh thuốc kịp thời, chính xác để tránh biến chứng khô giác mạc, loét giác mạc.

- Đối với NB có dùng thuốc corticoid cần chú ý phải cho NB uống sau ăn no.

- Đối với NB có biến chứng loét giác mạc tuyệt đối không được tra các chế phẩm có chứa corticoid.

- Thực hiện y lệnh dùng thuốc giảm đau và an thần cho NB

- Thực hiện y lệnh, xử trí các biểu hiện bệnh lý toàn thân

- Thực hiện các y lệnh về xét nghiệm.

## 4.6. Theo dõi

- Theo dõi: mạch – nhiệt độ - huyết áp

- Theo dõi cân nặng đối với NB mắc Basedow

- Theo dõi các tác dụng phụ của thuốc corticoid như: viêm loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, phù do giữ nước....

- Theo dõi tình trạng tâm thần của NB: rối loạn ý thức, lơ lửng hoang

## 4.7. Tư vấn giáo dục sức khỏe:

### Chế độ ăn uống, vệ sinh hàng ngày

- Hướng dẫn NB nghỉ ngơi thoái mái cả về thể xác lẫn tinh thần, giúp NB tránh mọi lo âu suy nghĩ, tránh các tác động làm cho NB có cảm xúc mạnh

- Hướng dẫn người nhà và NB vệ sinh răng miệng hàng ngày, vệ sinh cá nhân sạch sẽ.

- Hướng dẫn NB chế độ ăn giàu calo, tùy theo sở thích của NB, tránh nhịn đói, không dùng các chất kích thích như: chè, cà phê, rượu, thuốc lá,...

### Phòng bệnh

- Điều trị bệnh viêm nhiễm xoang lân cận để phòng biến chứng viêm tổ chức hốc mắt.

- Khám và điều trị bệnh Basedow

Bệnh lồi mắt do nhiều nguyên nhân gây ra và dựa theo nguyên nhân mà có

cách điều trị và chăm sóc phù hợp. NB và người nhà cần có những kiến thức về bệnh lồi mắt để có thể phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

## V. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT:

- Kiểm tra các thủ tục hành chính:

+ Hồ sơ bệnh án, giấy tờ xét nghiệm đã dán đủ, đúng, có biên bản duyệt phẫu thuật.

+ Phiếu đăng ký dự trữ máu đối với người bệnh truyền máu có chỉ định của bác sỹ.

- Thực hiện làm các xét nghiệm chức năng mắt: làm thủ tục cần thiết trước mổ theo y lệnh (bơm rửa lệ đạo, thử thị lực, đo nhãn áp, khúc xạ, thị trường,...).

- Thực hiện y lệnh thuốc:

+ Thuốc tra: Vệ sinh mắt phẫu thuật bằng thuốc Betadin 5% và thuốc kháng sinh, thuốc tra khác theo chỉ định của Bác sỹ.

+ Thuốc uống theo chỉ định và thuốc ngủ cho NB uống buổi tối trước ngày phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ.

+ Thuốc tiêm theo chỉ định.

- Hướng dẫn NB và gia đình:

+ Thông báo ngày giờ phẫu thuật, phẫu thuật gây mê hay gây tê.

+ Hướng dẫn người nhà và NB các thủ tục hành chính chuẩn bị cho phẫu thuật.

+ Hướng dẫn NB: vệ sinh tắm rửa, gội đầu, cắt tóc, cắt móng tay, móng chân, vệ sinh răng miệng (chú ý tháo răng giả nếu có). Ăn uống: Tùy vào phương pháp phẫu thuật của bác sỹ điều trị mà thực

hiện việc hướng dẫn NB trước phẫu thuật: NB phẫu thuật gây tê có thể ăn uống bình thường, NB phẫu thuật gây mê cần nhịn ăn uống trước phẫu thuật 6 tiếng.

- Ngày phẫu thuật: cần thực hiện đo dấu hiệu sinh tồn, tết tóc gọn gàng cho NB, thay quần áo mới, thay ga, vỏ gối, phát biển mổ cài áo cho NB, cho NB uống thuốc theo y lệnh. Đánh dấu mắt mổ bằng bút mực dạ. Đặt đường truyền và thực hiện truyền dịch theo chỉ định của bác sỹ tránh trường hợp NB đói, hạ đường huyết khi chờ phẫu thuật (đối với trường hợp NB phẫu thuật gây mê).

## VI. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và tình trạng toàn thân của NB sau phẫu thuật.

- Theo dõi, phát hiện tình trạng chảy máu của NB như: Thay băng, đặt gạc, băng ép cho cầm máu cho NB nếu cần. Đánh giá tình trạng mắt và băng khi thay băng, báo bác sỹ và ghi phiếu chăm sóc.

- Thực hiện y lệnh thuốc sau phẫu thuật: Thuốc chống chảy máu (thuốc tiêm, thuốc uống); thuốc kháng sinh, thuốc chống viêm theo chỉ định.

- Đối với NB phẫu thuật gây mê cần theo tác dụng phụ của thuốc gây mê như có nôn hay không? Nếu có nôn báo bác sỹ và thực hiện y lệnh thuốc chống nôn cho NB.

- Theo dõi và phòng chống viêm, nhiễm trùng, giảm phù nề cho NB tại mắt và toàn thân: thực hiện y lệnh thuốc chống viêm (uống, tra, tiêm, ...)

- Hướng dẫn chế độ ăn và vệ sinh sau phẫu thuật cho NB và người nhà.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hân**, Nhãn khoa Tập 2, Nhà Xuất bản y học, 2011.
2. **Đỗ Như Hân**, Điều dưỡng nhãn khoa, Nhà xuất bản y học, 2011.



## NHỮNG LƯU Ý KHI SỬ DỤNG KÍNH ÁP TRÒNG

*Tác giả: BS. Phạm Thị Hải Yến, CNKX. Phạm Phương Nga\*  
Người thẩm định: TS. Nguyễn Thị Thu Hiền \**

Kính tiếp xúc (kính sát tròng/ kính áp tròng) là một thiết bị y tế được đặt trực tiếp lên bề mặt giác mạc để chỉnh tật khúc xạ hoặc điều trị một số bệnh lý của giác mạc. Kính tiếp xúc có thể điều chỉnh các tật cận, viễn, loạn, kể cả lão thị. Kính tiếp xúc giúp người bệnh có hình ảnh trung thực, mang tính thẩm mỹ cao, thuận tiện trong các hoạt động thể thao hoặc nghệ thuật.



Trong khoảng vài năm trở lại đây, kính tiếp xúc ngày càng trở nên phổ biến nhờ những ưu điểm về mặt thẩm mỹ cũng như tính tiện dụng trong cuộc sống. Tuy nhiên, hiện nay có tình trạng một số bạn trẻ tự ý đặt mua kính trên mạng mà không được khám, tư vấn

đúng, đầy đủ về cách sử dụng, vệ sinh, bảo quản kính nên có thể dẫn đến một số vấn đề như lựa chọn thông số kính không phù hợp, thậm chí có thể dẫn đến một số biến chứng nguy hiểm, đe dọa thị lực như viêm, loét giác mạc. Để hạn chế những biến chứng không mong muốn do việc sử dụng kính tiếp xúc mang lại, sau đây là những điều cần lưu ý khi lựa chọn và sử dụng kính áp tròng:

### 1. Khi lựa chọn kính áp tròng:

– Lựa chọn kính áp tròng của các thương hiệu uy tín, tuyệt đối không đặt mua kính của những hãng bán hàng trôi nổi trên mạng, không rõ xuất xứ, nhà sản xuất.

– Lưu ý hạn sử dụng được ghi trên bao bì, không sử dụng các sản phẩm đã quá hạn hoặc bao bì đóng gói, vỏ hộp bị rách, không còn nguyên vẹn.

– Khi chuyển đổi từ kính gọng sang kính sát tròng, các thông số sẽ bị thay đổi và kính sát tròng được đặt trực tiếp trên bề mặt giác mạc nên các thông số rất thay đổi theo từng người nên khi lựa chọn kính áp tròng cần có ý kiến của nhân viên y tế, tốt nhất là người bệnh nên đến thăm khám tại cơ sở y tế chuyên về mắt/ kính áp tròng để được tư vấn, thăm khám và lựa chọn thông số kính phù hợp nhất.

\* Khoa Khúc xạ

## 2. Khi đeo kính và tháo kính:

– Luôn luôn cắt ngắn móng tay, rửa tay sạch bằng xà phòng trước khi đeo và tháo kính. Tuyệt đối không để móng tay dài vì đây là nơi trú ngụ của các loại vi sinh vật có thể gây viêm nhiễm cho mắt, ngoài ra khi thao tác, móng tay dài còn có thể làm xước, rách kính, ảnh hưởng đến chất lượng kính cũng như sự an toàn cho mắt.

– Cần được hướng dẫn đeo và tháo kính đúng cách để thao tác nhanh, chính xác, không làm tổn thương mắt.

– Nếu sử dụng dụng cụ đeo/ tháo kính thì cần đảm bảo dụng cụ luôn được giữ khô ráo, sạch sẽ, được vệ sinh định kỳ bằng dung dịch rửa chuyên dụng.

## 3. Khi vệ sinh và bảo quản kính:

– Lựa chọn dung dịch ngâm rửa, bảo quản kính phù hợp với loại kính đang sử dụng.

– Lưu ý hạn sử dụng của dung dịch ngâm rửa kính. Khi đã mở nắp chai, không được sử dụng quá 3 tháng.

– Đóng nắp ngay sau khi đã sử dụng xong. Không để đầu chai dung dịch chạm vào các bề mặt bẩn.

– khay đựng kính phải được để ở nơi khô thoáng, sạch sẽ, không được để trong nhà vệ sinh. Sau khi lấy kính ra, đổ hết nước ngâm cũ, vệ sinh khay đựng bằng dung dịch ngâm rửa, để khay khô ráo. Lần tháo kính tiếp theo cần được đổ đầy nước ngâm mới, tuyệt đối không được giữ nước ngâm cũ và chỉ đổ đầy thêm.

– Định kỳ thay khay đựng kính mỗi lần thay chai dung dịch ngâm rửa kính.

## 4. Những lưu ý khác khi sử dụng kính áp tròng:

– Khi sử dụng kính áp tròng, cần được thăm khám định kỳ tại các cơ sở chuyên khoa mắt nhằm phát hiện sớm, xử trí kịp thời các biến chứng.

– Ngưng sử dụng kính ngay lập tức nếu mắt có các biểu hiện đỏ, cộm chói, đau nhức, nhìn mờ, chảy nước mắt nhiều...

– Khi sử dụng bất cứ loại thuốc nhỏ mắt nào cần có ý kiến của nhân viên y tế.



– Kính tiếp xúc đem lại rất nhiều lợi ích về chất lượng hình ảnh, tính thẩm mỹ và tiện dụng. Bên cạnh những ưu điểm đó, kính tiếp xúc cũng làm tăng nguy cơ viêm nhiễm cho mắt, đe dọa thị lực nếu không sử dụng đúng cách. Vì vậy, người sử dụng cần tuân thủ những khuyến cáo nêu trên để hạn chế đến mức thấp nhất nguy cơ viêm nhiễm và những biến chứng không mong muốn khác. Người sử dụng cần đến thăm khám tại các cơ sở chuyên khoa để được tư vấn lựa chọn loại kính phù hợp, sử dụng những thương hiệu uy tín, được hướng dẫn đeo tháo, vệ sinh và bảo quản đúng cách. Cần phải thăm khám định kỳ và ngưng sử dụng kính và khám lại ngay khi có bất thường.



## NHÂN NGÀY QUỐC TẾ ĐIỀU DƯỠNG

*Tác giả: CNĐD. Nguyễn Thị Thùy Vân\**  
*Người thẩm định: TS. Hoàng Cương\*\**

Quốc tế Điều dưỡng năm nay  
 Bệnh viện tạm hoãn mitting chào mừng  
 Tránh không hoạt động tưng bừng  
 Tập trung chống dịch tại từng các khoa

Con rưng rưng nhớ về Cha  
 Người Thầy dẫn bước hướng nghề cho con  
 Bóng Cha giờ khuất sườn non  
 Mà lời Cha dặn sắc son trong lòng  
 Một đời Cha chỉ ước mong  
 Con đường Bác sỹ nối dòng nghiệp Cha  
 Điểm thi báo, nỗi buồn qua  
 Con học điều dưỡng cả nhà chơi với

Nhưng Cha không một lời trách móc  
 Còn động viên, giải thích về nghề  
 “Điều dưỡng viên cũng là nghề cao quý  
 Dẫn công việc sẽ có lúc gian truân  
 Đòi hỏi con phải có lòng nhân  
 Tôn trọng, ân cần hy sinh vì Người bệnh”  
 Con đã thấu những lời Cha dặn

Và hiểu Điều dưỡng viên cao quý bội phần  
 Coi người bệnh như thể người thân  
 Góp việc nhỏ thành niềm vui lớn  
 Cuộc đời con càng vững bước hơn

Hai mươi năm qua hết mực chân thành  
 Khoác trên mình Blu trắng viền xanh  
 Vượt khó khăn tự hào người điều dưỡng./

\* Khoa Dinh dưỡng, tiết chế  
 \*\* Phòng Công tác xã hội

## CÔNG BỐ QUYẾT ĐỊNH BỔ NHIỆM LẠI CHỨC VỤ PHÓ GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

*Tác giả: Vũ Hòa Long\**

Ngày 29/7/2020, tại Bệnh viện Mắt Trung ương, Bộ Y tế đã long trọng tổ chức Lễ công bố quyết định bổ nhiệm lại chức vụ Phó Giám đốc đối với PGS.TS. Cung Hồng Sơn và Ths.BS. Nguyễn Đức Thành. Tham dự buổi lễ: Về phía Lãnh đạo Bộ Y tế có PGS.TS. Nguyễn Trường Sơn - Ủy viên Ban cán sự Đảng, Thứ trưởng Bộ Y tế, Đ/c Nguyễn Hồng Sơn - Vụ trưởng Vụ Tổ chức Cán bộ, Về phía Bệnh viện có PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp – Bí thư Đảng ủy, Giám đốc Bệnh viện, cùng toàn thể Đảng ủy, BGĐ, BCHCD, trưởng, phó các Khoa, Phòng, và đông đảo cán bộ, viên chức, người lao động.

Phát biểu tại buổi lễ, PGS.TS. Nguyễn Trường Sơn chúc mừng, ghi nhận và đánh giá cao những thành tựu đạt được của tập thể lãnh đạo Bệnh viện Mắt Trung ương trong thời gian vừa qua. Việc bổ nhiệm lại chức vụ Phó Giám đốc cho 2 đồng chí PGS.TS. Cung Hồng Sơn và Ths.BS. Nguyễn Đức Thành là kết quả của quá trình theo dõi, đánh giá cán bộ hết sức khách quan, có trách nhiệm của Ban Cán sự Đảng Bộ Y tế, Đảng ủy, Ban Giám đốc Bệnh viện Mắt

Trung ương và sự tin tưởng, tín nhiệm của cán bộ viên chức trong Bệnh viện. PGS.TS. Nguyễn Trường Sơn đề nghị với trình độ chuyên môn được đào tạo, kinh nghiệm và lòng nhiệt huyết, PGS.TS. Cung Hồng Sơn và Ths.BS. Nguyễn Đức Thành trong nhiệm kỳ mới cùng tập thể lãnh đạo, các cán bộ công chức viên chức, người lao động Bệnh viện tiếp tục đoàn kết, nêu cao tinh thần trách nhiệm, đẩy mạnh phát triển chuyên môn kỹ thuật cũng như xây dựng Bệnh viện ngày càng lớn mạnh, hiện đại, tiếp tục cống hiến hơn nữa cho Ngành Y tế.

Thay mặt Bệnh viện Mắt Trung ương, PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp cảm ơn sự quan tâm chỉ đạo của lãnh đạo Bộ Y tế, chúc mừng PGS.TS. Cung Hồng Sơn và Ths.BS. Nguyễn Đức Thành và mong muốn trong nhiệm kỳ tiếp theo, 2 đồng chí sẽ tiếp tục hoàn thành tốt những nhiệm vụ được giao đặc biệt trong lĩnh vực nghiên cứu khoa học, đào tạo, chỉ đạo tuyến, kinh tế y tế, phát huy tinh thần đoàn kết, nỗ lực phấn đấu đưa Bệnh viện ngày một phát triển vững mạnh, góp phần vào sự nghiệp chăm sóc sức khỏe người dân.



*PGS.TS. Nguyễn Trường Sơn trao QĐ bổ nhiệm lại chức vụ PGĐ BVMTW cho PGS.TS. Cung Hồng Sơn và ThS. BS. Nguyễn Đức Thành*



*PGS.TS. Nguyễn Trường Sơn phát biểu tại buổi lễ*



*PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp phát biểu tại buổi lễ*



*PGS.TS. Cung Hồng Sơn phát biểu tại buổi lễ*

Đại diện phát biểu nhận nhiệm vụ, PGS.TS. Cung Hồng Sơn trân trọng gửi lời cảm ơn đến lãnh đạo Bộ Y tế, Đảng ủy, Ban Giám đốc, lãnh đạo các khoa, phòng cùng toàn thể cán bộ, viên chức, người lao động trong Bệnh viện đã luôn dành sự ủng hộ và tin nhiệm cho cá nhân mình và tập thể lãnh đạo bệnh viện. PGS.TS. Cung Hồng Sơn bày tỏ

quyết tâm sẽ cống hiến, phát huy năng lực và tinh thần trách nhiệm của mình, cùng với tập thể lãnh đạo và toàn thể cán bộ, viên chức, người lao động cùng nhau chung sức, nỗ lực phấn đấu vượt qua khó khăn, quyết tâm đổi mới để đưa Bệnh viện ngày một phát triển vững mạnh, góp phần vào sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân.

## BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NÂNG CAO CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA LÂY NHIỄM COVID-19 TRONG BỆNH VIỆN

*Tác giả: Vũ Hòa Long\**

Sáng ngày 8/8/2020 Đoàn kiểm tra phòng chống COVID-19 số 2 của Bộ Y tế do TS. Cao Hưng Thái, Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh làm Trưởng đoàn đã đến làm việc tại Bệnh viện Mắt TW. Sau khi nghe lãnh đạo Bệnh viện báo cáo và kiểm tra thực tế, TS. Cao Hưng Thái đã biểu dương những nỗ lực của bệnh viện, đồng thời chỉ ra những tồn tại, đóng góp những ý kiến để bệnh viện có những giải pháp, phương án tốt hơn trong công tác phòng chống dịch bệnh Covid-19. Theo đó Bệnh viện sẽ tiếp tục hoàn thiện công tác phòng dịch theo Bộ tiêu chí An toàn phòng chống dịch COVID-19 do Bộ Y tế ban hành. Phòng khám cách ly được trang bị đầy đủ theo hướng dẫn Bộ Y tế sẵn sàng đón người đến bệnh viện có dấu hiệu nghi ngờ. Các khoa lâm sàng đã thực hiện giãn cách và có phòng cách ly chuyên dụng để lưu bệnh nhân nghi COVID tạm thời. Các phương án sẵn sàng để triển khai phẫu thuật cấp cứu, thực hiện xét nghiệm, xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng tại khu cũng đã được các phòng ban hoàn thiện. Các phòng ban tham mưu đã

chuẩn bị 4 kịch bản ứng phó tương ứng với 4 tình huống cụ thể, bao gồm: khi chưa ghi nhận trường hợp bệnh, khi xuất hiện các trường hợp bệnh, khi người bệnh bị mắc COVID-19 có chỉ định điều trị chuyên khoa và khi dịch bệnh lây lan trong cộng đồng. Các văn bản, quyết định, qui trình, nguồn lực về con người, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, thuốc và phương tiện vận chuyển người bệnh đã sẵn sàng cho trường hợp bệnh nhân nghi nhiễm hoặc nhiễm COVID đến khám chữa bệnh tại Bệnh viện.

Trước đó bệnh viện đã thường xuyên thực hiện việc khai báo y tế, đo kiểm tra thân nhiệt tại cổng, thực hiện đầy đủ, đúng quy trình việc đeo khẩu trang và vệ sinh sát khuẩn tay, phun thuốc khử khuẩn môi trường làm việc, đẩy mạnh hoạt động tuyên truyền qua hệ thống loa phóng thanh, bảng biển, pano, áp phích... Ngoài ra Bệnh viện còn tổ chức các khóa tập huấn nhắc lại về qui định đón tiếp, phân luồng, sàng lọc bệnh nhân, về hồi sức tim phổi, qui định sử dụng phòng khám cách ly, xử lý môi trường khi có người nghi nhiễm SARS-CoV-2...



*PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp – Giám đốc bệnh viện báo cáo công tác phòng chống Covid-19 tại BVMTW*



*TS. Cao Hưng Thái kiểm tra công tác khám sàng lọc*



*Đoàn kiểm tra phòng khám cách ly*



*Đoàn kiểm tra khu vực nhà ăn cho BN*

## BỆNH VIỆN MẮT TW TỔ CHỨC KIỂM TRA TAY NGHỀ CHO CÁC BÁC SĨ VÀ ĐIỀU DƯỠNG TRẺ

*Tác giả: Vũ Hòa Long\**

Thực hiện quyết định số 1583/QĐ-BVMTW ngày 28/10/2020 của Giám đốc Bệnh viện Mắt TW về việc tổ chức thi tay nghề cho nhân viên công tác dưới 5 năm, trong các ngày 9 – 10/11/2020 Hội đồng chấm thi đã kiểm tra tay nghề 15 bác sĩ, 21 điều dưỡng hiện đang công tác tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng. Nội dung kiểm tra bao gồm các kỹ năng cơ bản: khối bác sĩ: laser mỏng mắt chu biên, laser bao sau, laser võng mạc chu biên, khâu giác – củng mạc cấp cứu, phẫu thuật cắt mộng và kết mạc... ; khối điều dưỡng: bơm thông lệ đạo, thay băng - tra thuốc, đánh bờ mi, rửa bông,

đo nhãn áp, thử thị lực, thử kính, đặt đường truyền tĩnh mạch (khoa Gây mê hồi sức), lấy máu xét nghiệm (khoa Xét nghiệm). Mỗi điều dưỡng đều phải trải qua 2 phần thi lý thuyết và thực hành. Phần lý thuyết Hội đồng hỏi các kiến thức liên quan đến bệnh nhân và các kiến thức chung của điều dưỡng (nhận biết, xử trí cấp cứu chống sốc, chăm sóc người bệnh...). Phần thực hành mỗi điều dưỡng, KTV bốc thăm và thực hiện 1 kỹ thuật, thủ thuật trực tiếp trên người bệnh. Kết quả 100% thí sinh dự thi đều đạt và vượt yêu cầu.



*Hội đồng kiểm tra tay nghề bác sĩ khoa CDHA*



*Hội đồng kiểm tra tay nghề điều dưỡng KTV khoa Xét nghiệm*