



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 68/GP-XBĐS cấp ngày 10/05/2022
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 kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh sau phẫu thuật bong võng mạc tại Bệnh viện Mắt trung ương** 3

Hoàng Thị Thanh Hà, Đặng Trần Đạt, Nguyễn Xuân Hiệp

- **Đánh giá chăm sóc nội trú người bệnh viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt trung ương giai đoạn 2020-2021** 12

Hoàng Ngọc Trâm, Phạm Hồng Vân

THÔNG TIN CHUYÊN MÔN

- **Chăm sóc bệnh lý viêm bờ mi** 19

Nguyễn Kim Oanh

- **Tư vấn chăm sóc người bệnh xuất huyết dịch kính** 21

Đỗ Hoàng Diễm, Bùi Việt Hưng

BÀI DỊCH

- **Covid 19 và trạng thái bình thường mới chúng ta có thể nhìn thấy những thay đổi gì trong nhãn khoa** 26

*Dịch theo TL của bác sĩ Vidushi Sharma,
Giám đốc Bệnh viện mắt Savi
và trung tâm Laser Lasik, Kota, Rajasthan
Người dịch: Hà Thị Tô Phương*

BẢN TIN

- **Nhiệm vụ hàng đầu** 29

Nguyễn Thị Thùy Vân

- **Lễ kỷ niệm ngày Quốc tế điều dưỡng 12/5/2022** 30

Vũ Hòa Long

- **Tin vắn** 32

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. TS. Thẩm Trương Khánh Vân, Trưởng Khoa Chấn thương mắt.
2. TS. Trần Khánh Sâm, Phó Trưởng Khoa Giác mạc
3. TS. Nguyễn Thu Thủy, Phó Trưởng Khoa Giác Mạc.
4. TS. Đặng Trần Đạt, Trưởng Khoa khám bệnh và điều trị theo yêu cầu.
5. TS. Nguyễn Văn Huy, Trưởng Khoa Mắt trẻ em.
6. TS. Hoàng Cương, Trưởng phòng Công tác xã hội.

BAN BIÊN TẬP

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT BONG VỔNG MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thị Thanh Hà, Đặng Trần Đạt**, Nguyễn Xuân Hiệp***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh bong võng mạc và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh bong võng mạc tại bệnh viện Mắt Trung ương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 84 người bệnh được phẫu thuật điều trị bong võng mạc tại khoa Dịch kính – Võng mạc bệnh viện Mắt Trung ương trong thời gian từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 03 năm 2021.

Kết quả: Trước điều trị, chỉ có 21,4% người bệnh có kiến thức về tuân thủ điều trị. Trong quá trình điều trị, 98,81% người bệnh hiểu được tầm quan trọng của việc tuân thủ tự thê và 100% người bệnh tuân thủ tự thê điều trị, tuy nhiên chỉ có 86,9% tuân thủ tốt và 13,1% còn lại tuân thủ kém, không có người bệnh nào không tuân thủ điều trị. Tại thời điểm tái khám lần đầu sau phẫu thuật 100% người bệnh có kiến thức về tầm quan trọng tự thê.

Không có mối liên quan giữa việc tuân thủ điều trị và tuổi, giới, dân tộc, nghề nghiệp cũng như cận thị, tiền sử chấn thương mắt, đã phẫu thuật thay thể thủy tinh trước đó với p lần lượt là 2,13; 1,21; 0,71; 0,491; 0,423; 0,487; 0,541. Trình độ học vấn, khu vực sinh sống, laser võng mạc, đã phẫu thuật bong võng mạc có mối liên quan với kiến thức người bệnh với $p < 0,05$.

Kết luận: Người bệnh có kiến thức tuân thủ điều trị trước phẫu thuật thấp nhưng với quá trình giáo dục sức khỏe trong thời gian nằm viện. Thực trạng tuân thủ điều trị cho thấy 100% người bệnh đều tuân thủ y lệnh điều trị trong đó tuân thủ tự thê tốt đạt 86,9%. Các yếu tố liên quan đến kiến thức tuân thủ về nhân khẩu học là trình độ học vấn và nơi ở; về tiền sử bệnh đã từng làm thủ thuật laser võng mạc và phẫu thuật bong võng mạc.

Từ khóa: Bong võng mạc, tuân thủ điều trị, tự thê nằm sấp.

*Phòng Điều dưỡng

** Khoa Khám bệnh và điều trị theo yêu cầu

Người thẩm định: TS. Thẩm Trương Khánh Vân – Khoa Chấn thương mắt

PATIENTS' KNOWLEDGE OF COMPLIANCE AFTER RETINAL DETACHMENT SURGERIES AT VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: To describe the patients' knowledge of compliance and evaluate the factors affecting patients compliance after retinal detachment surgeries at Vietnam national eye hospital in 2021.

Methods: Descriptive cross-sectional study with 84 patients treated for retinal detachment by surgeries at Vitreo - Retinal department of Vietnam National Eye Hospital from December 2020 to March 2021.

Results: Only 21.4% of patients had knowledge about treatment compliance preoperatively. Postoperatively, 98.81% of patients understood the importance of postural compliance and 100% of patients adhered to treatment postures. However, only 86.9% of patients had good compliance, the rest had bad compliance. There are no patients not complying with treatment postures. At the time of the first follow-up, 100% of patients had knowledge about the importance of treatment postures.

There was no significant relationship between patients' compliance and age, gender, ethnicity, career, myopia, history of ocular trauma and intraocular lens implantation with $p = 2,13; 1,21; 0,71; 0,491; 0,423; 0,487; 0,541$, respectively. Educational level, living area, history of retinal laser and retinal detachment surgery had a significant relationship with patients' knowledge of compliance with $p < 0.05$.

Conclusion: The number of patients having knowledge of compliance preoperatively was low. However, 100% of patients acknowledge the importance of treatment compliance thanks to health education. The proportion of patients having good compliance was 86,9%. Affecting factors were education level, living area, history of retinal laser and retinal detachment surgeries.

Key words: Retinal detachment, patients' compliance, face-down position (FDP).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong võng mạc là bệnh lý cấp cứu trong nhãn khoa gây giảm thị lực trầm trọng và có thể dẫn đến mù lòa.

Hàng năm bệnh viện Mắt Trung Ương tiếp nhận số lượng người bệnh bong võng mạc có chỉ định phẫu thuật điều trị ngày càng tăng [1]. Việc không

tuân thủ đầy đủ điều trị sau phẫu thuật là nguyên nhân quan trọng gây ra một số biến chứng như tăng nhãn áp... hay gây bong võng mạc tái phát sớm [4].

Để nâng cao chất lượng phẫu thuật và điều trị thành công cho người bệnh bong võng mạc, thì việc nâng cao sự tuân thủ điều trị của người bệnh sau phẫu thuật đã trở thành mối quan tâm hàng đầu của Ban Giám đốc bệnh viện, lãnh đạo khoa, các phẫu thuật viên Dịch kính – Võng mạc và khối điều dưỡng tại khoa Dịch kính – Võng mạc bệnh viện Mắt Trung ương [2].

Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có đề tài nào nghiên cứu về thực trạng việc tuân thủ điều trị của người bệnh sau phẫu thuật bong võng mạc. Nhằm nâng cao chất lượng điều trị, nhóm nghiên cứu đã tiến hành đề tài: **“Thực trạng kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh sau phẫu thuật bong võng mạc tại bệnh viện Mắt Trung ương”** với 2 mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh bong võng mạc.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh bong võng mạc.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh sau phẫu thuật bong võng mạc điều trị nội trú tại khoa Dịch Kính - Võng mạc, bệnh viện Mắt Trung ương.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả người bệnh được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị bong võng mạc tại khoa Dịch kính - Võng mạc.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh kèm các tổn thương khác của mắt gây cản trở tới thăm khám và điều trị. Ví dụ như: người bệnh bị suy tim, tâm phế mãn, mắc bệnh tâm thần... không thể tuân thủ tốt điều trị sau phẫu thuật. Người bệnh hôn mê, bất tỉnh sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Để đánh giá tuân thủ tự thể của người bệnh sau điều trị, Điều dưỡng sẽ đi kiểm tra ít nhất 6 lần/ngày và ghi nhận số lần tuân thủ đúng tự thể của người bệnh

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 12/2020 đến tháng 03/2021.

Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Dịch kính - Võng mạc, bệnh viện Mắt Trung ương.

2.4. Cách chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện lấy toàn bộ những người bệnh bị bong võng mạc điều trị nội trú tại khoa Dịch kính – Võng mạc bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 12/2020 đến tháng 3/2021 vào nghiên cứu.

2.5. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.6. Công cụ, tiêu chí, tiêu chuẩn đánh giá

Tuân thủ tự thể của người bệnh

sau phẫu thuật được phân theo 3 mức độ:

Tốt: Khi người bệnh tuân thủ tư thế điều trị 4-6 lần/ngày.

Kém: Khi người bệnh tuân thủ tư thế điều trị 2-4 lần/ngày.

Không tuân thủ tư thế: Khi người bệnh tuân thủ tư thế điều trị dưới 2 lần/ngày

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được

kiểm tra và làm sạch; sau đó, được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 4.0 và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0.

Sử dụng Chi-square test để xác định mối liên quan giữa 2 biến định tính.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi

Nội dung	Tổng số (n)	Tỉ lệ (%)	Tuổi trung bình
Nhóm tuổi			
< 18	5	5,96	Min: 12 Max: 87 TB= 50,79± 16,971
18 - 40	18	21,43	
41 - 60	32	38,1	
>60	29	34,52	
Tổng số	84	100	

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 50,79. Nam giới có tỉ lệ cao hơn chiếm 63,1%. Về trình độ học vấn, kết quả nghiên cứu cho thấy hơn một nửa (52,38%) đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn thấp

cấp I và cấp II (44/84). Trình độ đại học chiếm tỉ lệ thấp 14,29%. Tỉ lệ người bệnh sống ở khu vực nông thôn chiếm tỉ lệ cao hơn (59,53%) so với ở khu vực thành thị (40,47%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

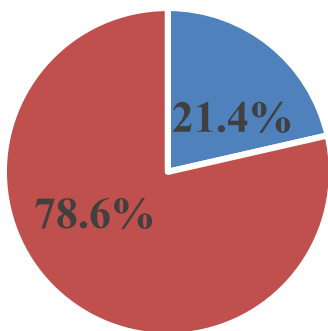
Bảng 2. Tình trạng thị lực của người bệnh khi vào viện

Thị lực	Mắt bị BVM	
	Tổng số (n)	Tỉ lệ (%)
Sáng tối (ST) (+)	2	2,38
Bóng bàn tay (BBT)	17	20,24
Đếm ngón tay (ĐNT) < 3m	45	53,57

Đếm ngón tay (ĐNT) 3m - <20/200	5	5,95
20/200 - < 20/ 100	7	8,33
20/100 – ≤20/50	8	9,52
>20/50	0	0
Tổng số	84	100

Thị lực của các mắt nghiên cứu đều giảm trầm trọng trước phẫu thuật, có đến 76,19% số mắt bị mù (từ ST (+) đến ĐNT < 3m). Phần lớn người bệnh đều phát hiện sớm bong võng mạc trong vòng 1 tuần (84,5%), số còn lại có thời gian phát hiện bong võng mạc từ 1 tuần đến dưới 1 tháng. Số mắt bong võng mạc trải qua 1 lần phẫu thuật là 66/84 mắt, chiếm tỉ lệ 78,57%. Tỉ lệ mắt phải trải qua từ 2 lần phẫu thuật trở lên là 21,43%. Số ngày nằm viện trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 4,4 ngày (1-13 ngày).

3.3.Thực trạng về kiến thức tuân thủ điều trị



■ Đạt ■ Không Đạt

Biểu đồ 1: Phân loại kiến thức về tuân thủ điều trị đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 1 cho thấy trước phẫu thuật chỉ có 21,4% đối tượng có kiến thức về tuân thủ điều trị, 78,6% đối tượng chưa có kiến thức về tuân thủ điều trị trước khi phẫu thuật. Hầu hết người bệnh đều biết rõ về tầm quan trọng của việc tuân thủ tự thể sau phẫu thuật bong võng mạc (83/84 người bệnh tương đương 98,81%).

Trong thời gian nằm viện, tất cả người bệnh đều được các bác sĩ hướng dẫn về tự thể sau phẫu thuật bong võng mạc và được điều dưỡng nhắc nhở tuân thủ đúng tự thể và hướng dẫn về chăm sóc sau phẫu thuật, tư vấn và giáo dục sức khỏe về bệnh bong võng mạc.

Ở lần đầu đến khám lại sau phẫu thuật 100% người bệnh trong nghiên cứu khi phỏng vấn đều biết về việc cần phải tuân thủ đúng tự thể sau phẫu thuật bong võng mạc để đạt được hiệu quả điều trị tốt cũng như tránh được các biến chứng không đáng có.

Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu đều tuân thủ theo tự thể sắp mặt (84,53%). Còn lại là các tự thể khác như nghiêng mũi (7,14%), nghiêng thái dương (5,95%) và tự thể ngồi thẳng (2,38%).

Đánh giá việc tuân thủ đúng tự

thể, tra và uống thuốc đúng giờ, tuân thủ chế độ dinh dưỡng cho thấy: 100% người bệnh trong nghiên cứu này đều tuân thủ tra và uống thuốc đúng theo y lệnh của bác sĩ. Về chế độ dinh dưỡng, 97,62% người bệnh tuân thủ theo y lệnh, chỉ có 2,38% người bệnh không tuân thủ theo y

lệnh, 100% người bệnh đều tuân thủ tư thế sau phẫu thuật theo yêu cầu của bác sĩ, tuy nhiên tỉ lệ tuân thủ tốt là 86,9%, tuân thủ kém chiếm 13,1%, không có người bệnh nào không tuân thủ tư thế sau phẫu thuật.

3.4. Một số yếu tố liên quan với tuân thủ điều trị

Bảng 3. Liên quan giữa tuân thủ điều trị và thông tin nhân khẩu học

Yếu tố Đạt (n,%)		Kiến thức		p-value (*Chi-square test hoặc **Fisher exact test)	OR	95%CI
		Không đạt (n,%)				
Giới	Nam	12 (22,65)	41 (77,35)	0,723*	1,21	0,27-2,46
	Nữ	6 (19,35)	25 (80,65)			
Nhóm tuổi	< 60	14 (25,45)	41 (74,55)	0,185**	2,13	0,07-1,16
	≥ 60	4 (13,79)	25 (86,21)			
Dân tộc	Kinh	16 (20,25)	63 (79,75)	0,710**	0,38	0,09-8,70
	Khác	2 (20,0)	3 (80,0)			
Học vấn	Đại học, sau đại học	9 (75,0)	3 (25,0)	0,029**	5,31	1,06-7,55
	Cấp III, dưới cấp III	9 (12,68)	63 (87,32)			
Nghề nghiệp	Cán bộ, làm ruộng, lao động tự do	16 (20,25)	63 (79,75)	0,491**	0,38	0,04-6,26
	Nội trợ	2 (40,0)	3 (60,0)			
Khu vực	Thành thị	4 (11,76)	30 (88,24)	0,001**	0,34	2,12-22,56
	Nông thôn	14 (48,0)	36 (52,0)			

Bảng 3 cho thấy không có mối liên quan giữa việc tuân thủ điều trị và tuổi, giới, dân tộc, nghề nghiệp. Tuy nhiên, có mối liên quan giữa tuân

thủ điều trị và trình độ học vấn cũng như khu vực sinh sống với P lần lượt là 0,029 và 0,001.

Bảng 4. Liên quan giữa tuân thủ điều trị và các đặc điểm lâm sàng

Yếu tố Không Đạt (n,%)		Kiến thức		p-value (*Chi-square test hoặc **Fisher exact test)	OR	95%CI
		Đạt (n,%)				
Cận thị	Có	14(66,70)	7(33,3)	0,423*	1	0,13-1,29
	Không	52 (82,54)	11 (17,46)		0,42	
Chấn thương mắt	Có	10 (71,43)	4(28,57)	0,487*	1	0,17-2,29
	Không	56 (81,16)	14 (18,84)		0,62	
Laser võng mạc	Có	9 (56,25)	7(43,75)	0,016*	1	0,07-0,81
	Không	57 (83,82)	11 (16,18)		0,24	
Tiền sử phẫu thuật thủy tinh thể	Có	18 (85,72)	3(14,28)	0,541**	1	0,48-7,25
	Không	48 (76,19)	15 (23,81)		1,87	
Đã phẫu thuật bong võng mạc	1 lần	55 (83,33)	11 (0,167)	0,042*	1	1,01-10,02
	2 lần trở lên	11 (61,11)	7(38,89)		3,18	

Bảng 4 cho thấy không có mối liên quan giữa việc tuân thủ điều trị và cận thị, chấn thương mắt, tiền sử phẫu thuật thủy tinh thể. Tuy nhiên, có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và laser võng mạc, đã phẫu thuật bong võng mạc với P lần lượt là 0,016 và 0,042.

4. BÀN LUẬN

Khi đánh giá về mức độ hiểu biết của người bệnh, chúng tôi nhận thấy số người bệnh có kiến thức tuân thủ

điều trị sau phẫu thuật bong võng mạc tại thời điểm trước phẫu thuật là tương đối thấp chỉ đạt 21,4%. Lý giải cho kết quả này chúng tôi thấy rằng có 3 nguyên nhân: Thứ nhất, bệnh lý bong võng mạc là một bệnh lý nhãn khoa cấp tính thường diễn ra đột ngột, diễn biến gây mất thị lực nhanh với bằng chứng là đa số người bệnh nhập viện chỉ trong vòng 1 tuần sau khi bị bệnh (84,5%) do đó hầu hết người bệnh chưa được chuẩn bị và

có thời gian tìm hiểu về bệnh. Thứ hai, nguyên nhân của bệnh bong võng mạc thường là xuất hiện trên một nhóm đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình tương đối cao (tuổi trung bình xấp xỉ 51 tuổi) nên người bệnh thường chỉ nghĩ mờ mắt do đục thể thủy tinh, đây là nguyên nhân gây mù hàng đầu tại Việt Nam[3]. Thứ ba, trình độ nhận thức của người bệnh cũng có liên quan chặt chẽ đến trình độ học vấn của họ. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 34,52% đối tượng nghiên cứu là có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên.

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa tuân thủ điều trị với khu vực sinh sống. Người bệnh ở thành thị thường tuân thủ tốt hơn so với người bệnh ở nông thôn. Có thể do người bệnh ở thành thị có các điều kiện sống tốt hơn, thu nhập cao hơn, tiếp cận các dịch vụ chăm sóc y tế tốt hơn cũng như cập nhật các thông tin nhanh nhạy hơn. Do vậy, có nhiều thông tin kiến thức về tuân thủ điều trị tốt hơn người bệnh sinh sống tại các vùng nông thôn.

Trình độ học vấn là yếu tố liên quan chặt chẽ thứ hai. Kiến thức tuân thủ điều trị là một kiến thức chuyên môn sâu, do đó những người có trình độ học vấn tốt sẽ dễ dàng tiếp thu và lĩnh hội được nhanh hơn. Vì vậy trong nghiên cứu có đến gần 75% số người bệnh có trình độ học vấn từ đại học trở lên có kiến thức tuân thủ điều trị đạt chuẩn.

Về mối liên quan đến các yếu tố lâm sàng, nhóm người bệnh có tiền sử laser võng mạc hay đã phẫu thuật bong võng mạc có tỉ lệ tuân thủ điều trị cao hơn nhóm chưa laser võng mạc và nhóm chưa phẫu thuật. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (OR = 0,25, 95% CI: 0,07 – 0,81 với nhóm laser võng mạc) và (95% CI: 1,01 – 10,02 với nhóm phẫu thuật bong võng mạc từ 2 lần trở lên). Mối liên quan này là do 2 nhóm người bệnh trên đã được nhân viên y tế giải thích trước khi làm thủ thuật laser và phẫu thuật bong võng mạc. Vì vậy người bệnh và người nhà đã có những kiến thức về bệnh bong võng mạc cũng như các biện pháp chăm sóc, theo dõi sau khi làm thủ thuật và phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kiến thức tuân thủ điều trị của 84 người bệnh sau phẫu thuật bong võng mạc tại khoa Dịch kính - Võng mạc bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 12/2020 đến tháng 3/2021, nhóm nghiên cứu rút ra một số kết luận như sau

5.1. Thực trạng kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh

Kiến thức: Trước điều trị, chỉ có 21,4% người bệnh có kiến thức về tuân thủ điều trị. Trong quá trình điều trị, 98,81% người bệnh hiểu được tầm quan trọng của việc tuân thủ tự thể và 100% người bệnh tuân thủ tự thể điều trị, tuy nhiên chỉ có 86,9% tuân thủ tốt và 13,1% còn lại

tuân thủ kém, không có người bệnh nào không tuân thủ điều trị. Tại thời điểm tái khám lần đầu sau phẫu thuật 100% người bệnh có kiến thức về tầm quan trọng tư thế.

Thực hành: 7,14% người bệnh nghiêng mũi, 84,53% người bệnh sắp mặt; 5,95% nghiêng thái dương; 2,38% ngò; 100% uống thuốc và tra thuốc đúng y lệnh.

5.2. Một số yếu tố liên quan

Không có mối liên quan giữa việc tuân thủ điều trị và tuổi, giới, dân tộc, nghề nghiệp cũng như cận thị, tiền sử chấn thương mắt, đã phẫu thuật thay thể thủy tinh trước đó.

Trình độ học vấn, khu vực sinh sống, laser võng mạc, đã phẫu thuật bong võng mạc có mối liên quan với kiến thức người bệnh với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Minh Châu (2004), *Nhận xét tình hình bệnh nhân bong võng mạc điều trị tại khoa Đáy Mắt- Bệnh viện Mắt Trung Ương năm 2003*, Thạc sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
2. Vũ Thị Kim Dung, Từ Thị Thu Thủy và Dương Trúc Quỳnh (2009), *Khảo sát tình hình chăm sóc bệnh nhân sau mổ bong võng mạc tại khoa Đáy Mắt – MBĐ bệnh viện Mắt Trung ương*, ed. Kỷ yếu hội nghị khoa học điều dưỡng – Bệnh viện mắt Trung ương lần thứ II, Bệnh viện Mắt Trung ương, Hà Nội, 46-50.
3. Đỗ Như Hân (2012), *Bong võng mạc* Nhân khoa tập 3, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Hà Huy Tiến và Nguyễn Đức Anh (1994), *Bài giảng lâm sàng nhãn khoa*, Nhà xuất bản Y học.
5. Yui Seno and et al. (2015), “Compliance with the face-down positioning after vitrectomy and gas tamponade for rhegmatogenous retinal detachments”. 35(7), tr. 1436-1440.
6. R. Velez-Montoya, A. G. León và E. Hernández-Quintela (2019), “Assessment of Postural Compliance After Pneumatic Retinopexy”, *Transl Vis Sci Technol.* 8(3), tr. 4.

6. KIẾN NGHỊ

Trong khuôn khổ của nghiên cứu này, do thời gian nghiên cứu có hạn chúng tôi xin đề xuất hướng nghiên cứu tiếp theo như sau:

Tuyên truyền và giáo dục sức khỏe trong cộng đồng về bệnh bong võng mạc, để người bệnh có thể phát hiện và đến bệnh viện khám, điều trị kịp thời. Đặc biệt là cách nhận biết dấu hiệu bệnh bong võng mạc.

Nhân viên y tế cần tư vấn và hướng dẫn thường quy tư thế và tuân thủ điều trị sau phẫu thuật để người bệnh tuân thủ tốt tư thế sau phẫu thuật bong võng mạc.

Tiếp tục nghiên cứu này với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

ĐÁNH GIÁ CHĂM SÓC NỘI TRÚ NGƯỜI BỆNH VIÊM LOÉT GIÁC MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2020-2021

Hoàng Ngọc Trâm*, Phạm Hồng Vân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá công tác chăm sóc nội trú bệnh nhân viêm loét giác mạc (VLGM) tại bệnh viện Mắt Trung ương năm 2020- 2021.

Phương pháp: Nghiên cứu quan sát mô tả 173 bệnh nhân viêm loét giác mạc tại Khoa Giác mạc Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2021. Đánh giá công tác chăm sóc, tư vấn của điều dưỡng với những bệnh nhân này.

Kết quả: Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Tỷ lệ nam, nữ bị VLGM tương đương nhau (51,8% và 48,2%) với độ tuổi trung bình là $54,44 + 14,52$. Kết quả chăm sóc và điều trị qua hồ sơ bệnh án: Tỷ lệ thực hiện các bước của quy trình điều dưỡng được ghi nhận đầy đủ trong bệnh án chiếm tỷ lệ giao động từ 45,3% đến 99,4%. Có 39,4% BN đánh giá quá trình chăm sóc điều dưỡng VLGM của điều dưỡng viên là tốt, 57,6% trung bình và 2,9% kém. Đánh giá thực hành chăm sóc điều dưỡng qua phỏng vấn: mức tốt 57,6%, mức trung bình 45,3% và mức kém là 2,9%. Kết quả tư vấn: 99,4% BN được hướng dẫn vệ sinh mắt, 98,8% được hướng dẫn sử dụng thuốc, 98,3% được hướng dẫn theo dõi biến chứng. Nội dung hướng dẫn được BN cho là dễ hiểu, dễ làm theo dao động từ 60,6% - 80,6%, dễ hiểu nhưng khó làm theo (18,2% - 32,4%), khó hiểu (1,2% - 2,4%), không được hướng dẫn (0,6% - 2,4%).

Kết luận: VLGM là bệnh lý hay gặp, diễn biến phức tạp, tỷ lệ người bệnh không khỏi/tăng nặng sau khi xuất viện còn khá cao. Chăm sóc điều dưỡng theo đánh giá chung của người bệnh còn chưa hoàn hảo, một số hướng dẫn chăm sóc khó hiểu và khó thực hiện. Đây là tiền đề để thực hiện các nghiên cứu tiếp theo nhằm nâng cao chất lượng và hiệu quả của điều trị.

Từ khóa: viêm loét giác mạc, chăm sóc, tư vấn, hướng dẫn

* Khoa Khám bệnh và điều trị ngoại trú.

** Khoa Tạo hình thẩm mỹ mắt & vùng mắt

Người thẩm định: TS. Trần Khánh Sâm – Khoa Giác mạc

EVALUATE CORNEAL ULCER INPATIENT CARE AT VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL (VNEH) PERIOD 2020- 2021

ABSTRACT

Objective: To evaluate corneal ulcer inpatient care at VNEH, period 2020- 2021.

Method: prospective descriptive study on 173 patients diagnosed with corneal ulcer and treated in Corneal Department at VNEH from October 2020 to October 2022. Evaluate nursing care and counseling with these patients.

Results: Clinical characteristics of the study group: The proportions of men and women with corneal ulcer were similar (51.8% and 48.2%) with an average age of 54.44 + 14.52. Outcomes of care and treatment through medical records: The proportion of nursing procedures fully recorded in the medical records ranged from 45.3% to 99.4%. The most overlooked process is the nursing assessment. 39.4% of patients noted the nursing care process of corneal ulcer as good, 57.6% noted it as average and 2.9% as poor. Assessment of nursing practice through interviews: good 57.6%, average 45.3% and poor 2.9%. Results of consultation: 99.4% of patients were instructed on eye hygiene, 98.8% were instructed to use the drug, 98.3% were instructed to monitor complications. The content of the instructions that patients consider easy to understand, easy to follow ranges from 60.6% - 80.6%, easy to understand but difficult to follow (18.2% - 32.4%), difficult to understand (1,2% - 2.4%), no instructions (0.6% - 2.4%).

Conclusion: corneal ulcer is a common disease, complicated process, the rate of patients not cured/aggravated after coming out of hospital is still quite high. Nursing care according to the general assessment of the patient is not perfect, some care instructions are confusing and difficult to follow. This is a premise to carry out further studies to improve the quality and effectiveness of treatment.

Keywords: corneal ulcer, nursing care, consultations, guidelines

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét giác mạc là bệnh thường gặp và có thể dẫn đến các di chứng nghiêm trọng như gây mờ

đục giác mạc, giảm thị lực trầm trọng, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể dẫn đến mù lòa. VLGGM là nguyên nhân hàng đầu gây

nên mù một mắt tại nhiều quốc gia trên thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển như Việt Nam. VLGM có nguyên nhân đa dạng, các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng khá phức tạp. Kết quả điều trị có phần đóng góp quan trọng của các quy trình chăm sóc điều dưỡng. Các quy trình này bao gồm qui trình trước, trong và sau quá trình điều trị nhằm giúp người bệnh nhận được chăm sóc và điều trị toàn diện, nâng cao hiệu quả điều trị cũng như giúp người bệnh có kiến thức, kỹ năng trong tự chăm sóc và dự phòng bệnh tật. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: Đánh giá chăm sóc nội trú người bệnh viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt trung ương giai đoạn 2020 - 2021

Với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng viêm loét giác mạc của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Mắt Trung ương giai đoạn 2020-2021.*
2. *Đánh giá kết quả chăm sóc, điều trị và phân tích một số yếu tố liên quan*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân (BN) được chẩn đoán và điều trị VLGM tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 10 năm 2021.

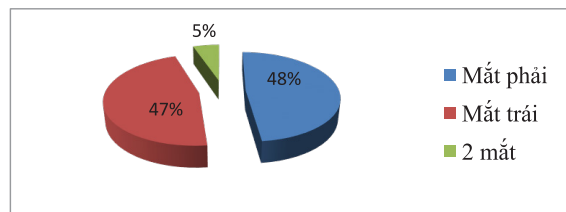
2.2 Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu không đối chứng và phỏng vấn, điều tra bệnh nhân

2.3 Các bước tiến hành: Nghiên cứu các biến số lâm sàng, cận lâm sàng qua bệnh án mẫu. Sau đó BN được tiến hành tư vấn, giáo dục sức khỏe. Đánh giá các thực hành chăm sóc điều dưỡng dựa trên quy trình điều dưỡng 5 bước. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

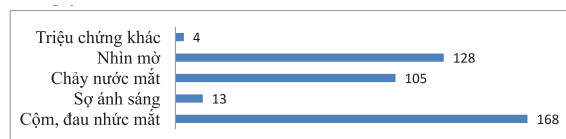
3.1 Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là $54,44 \pm 14,52$. Số ĐTNC là nam giới chiếm tỷ lệ 51,8% cao hơn nhóm nữ giới. Tỷ lệ ĐTNC bị VLGM ở mắt phải chiếm 48,2%; 46,5% ở mắt trái và 5,3% bị cả hai mắt.



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh theo mắt

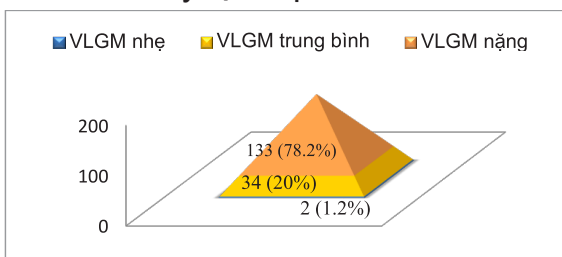
Các triệu chứng chính khiến đối tượng phải nhập viện nhiều nhất là cộm hoặc đau nhức mắt (98,8%) Đa số đã từng điều trị VLGM tại một cơ sở y tế khác trước khi đến viện. Thời gian bị bệnh trung bình từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện là $30,05 \pm 27,78$ ngày.



Biểu đồ 2: Triệu chứng cơ năng của ĐTNC

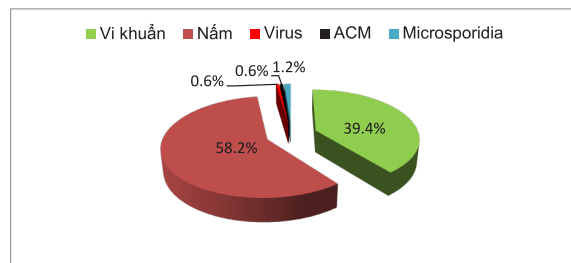
Chấn thương mắt các loại được cho là nguyên nhân chủ yếu khởi phát VLGM với tỷ lệ chung là 28,2%. Các yếu tố thuận lợi khác bao gồm đã phẫu thuật mắt, dị dạng mi và mang kính tiếp xúc

Có đến 50% ĐTNC có thị lực mắt phải trong khoảng ST- ĐNT 3m, tỷ lệ này ở mắt trái là 32,4%. Điều này phản ánh mức độ nguy hiểm, nguy cơ đe dọa thị lực của VLGM đối với BN. Vị trí VLGM chủ yếu ở trung tâm GM và cạnh trung tâm với tỷ lệ lần lượt là 66,5% và 19,4%. Kích thước ổ loét từ 4-6mm chiếm ưu thế với 48,2%. Độ sâu của ổ loét chủ yếu từ 1/3-2/3 chiều dày GM (chiếm 38,2%); tỷ lệ ổ loét có độ sâu <1/3 chiều dày GM chiếm 31,8% số ĐTNC và 26,5% ĐTNC có các ổ loét sâu >2/3 chiều dày GM. Tình trạng đáy ổ loét bẩn, nhầy chiếm đa số với 58,8%; có 38,2% ĐTNC có đáy ổ loét sạch trong khi đó tỷ lệ đáy ổ loét khô, gồ cao chiếm tỷ lệ thấp với chỉ 3,0%.



Biểu đồ 3: Kết quả chẩn đoán của nhóm ĐTNC

Mặc dù đã có rất nhiều cố gắng về tuyên truyền phòng bệnh, dân trí và ý thức phòng bệnh của nhân dân ngày một cao, phương tiện chẩn đoán và thuốc men có nhiều tiến bộ nhưng vẫn có 133/170 = 78% mắt thuộc nhóm VLGM nặng, chắc chắn gây giảm thị lực hoặc mù lòa.



Biểu đồ 4: Nguyên nhân VLGM của nhóm ĐTNC

Nấm và vi khuẩn là 2 nhóm vi sinh vật gây VLGM chủ yếu ở nước ta. Kết quả này tương đồng với các nước đang phát triển, nông nghiệp, nhiệt đới. Điều trị khó khăn, lâu dài đặc biệt là VLGM do nấm. Việc chăm sóc, điều trị loét GM do nấm khó khăn hơn so với các loét do vi khuẩn vì nấm ít nhạy cảm với kháng sinh, các thuốc kháng sinh chống nấm không nhiều, nguy cơ thủng giác mạc cao. Khoảng 3% - 5% VLGM do vi khuẩn; 23% - 30% số người bệnh loét GM do nấm không đáp ứng với thuốc điều trị.

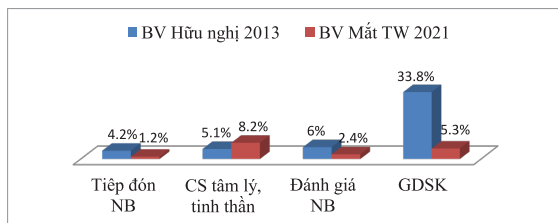
Bảng 1: Điều trị VLGM

Đặc điểm	Giá trị	n	Tỷ lệ (%)
Phương pháp điều trị	Nội khoa	127	74,7
	Kết hợp nội, ngoại khoa	43	25,3

Đặc điểm	Giá trị	n	Tỷ lệ (%)
Thời gian điều trị	Min-Max: 2- 44	TB:15,92	SD:9,06

Theo Lê Anh Tâm năm 2008 tại bệnh viện Mắt Trung ương, số người bệnh VLGM điều trị nội khoa và ngoại khoa tỷ lệ thành công là 89,03%; thất bại/bỏ mắt chiếm 10,97%. Như vậy, cho dù được chăm sóc, điều trị tối đa bằng các thuốc kháng sinh đặc hiệu thì vẫn có một tỷ lệ thất bại nhất định. VLGM có thị lực ra viện thấp hoặc tiến triển nặng, phải ghép giác mạc điều trị hoặc bỏ nhãn cầu làm suy giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

3.2 Đánh giá kết quả chăm sóc, điều trị và phân tích một số yếu tố liên quan



Biểu đồ 5: Tỷ lệ chưa thực hiện đầy đủ các chăm sóc điều dưỡng

Phần lớn các quy trình điều dưỡng trong hồ sơ bệnh án đều được điều dưỡng viên thực hiện đầy đủ. Có 98,8% số hồ sơ cập nhật một cách đầy đủ tình trạng toàn thân

của người bệnh, 1,2% số hồ sơ ghi nhận còn thiếu sót như không nêu cụ thể mức độ tỉnh táo. Hồ sơ không ghi nhận các sàng lọc đánh giá dinh dưỡng của người bệnh là 2,4%, có 8,2% số hồ sơ không ghi nhận các đánh giá tinh thần của người bệnh và 10% số hồ sơ bệnh án không ghi nhận kế hoạch chăm sóc. Qua thời gian, cùng với cuộc vận động chăm sóc toàn diện người bệnh do Bộ Y tế phát động, tỷ lệ bỏ sót các qui trình chăm sóc điều dưỡng ngày càng giảm thiểu.

Chăm sóc điều dưỡng theo đánh giá chung của người bệnh; 39,4% đánh giá tốt; 57,6% đánh giá trung bình và 2,9% đánh giá kém. Kết quả này tốt hơn so với nghiên cứu của Dương Thị Bình Minh và Lê Văn Thạch về công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh tại các khoa lâm sàng bệnh viện Hữu nghị 2013 khi người bệnh đánh giá mức không đạt giao động từ 4,2%-33,8% tùy từng hoạt động chăm sóc. Điều này cho thấy việc tập huấn và quản lý điều dưỡng cần được bổ sung để nâng cao chất lượng công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh VLGM.

Bảng 2: Đánh giá thực hành hướng dẫn người bệnh qua phỏng vấn

Nội dung	Dễ hiểu, dễ làm theo		Dễ hiểu- khó làm theo		Khó hiểu		Không được hướng dẫn	
	n	%	n	%	n	%	n	%
HD vệ sinh mắt	112	65,9	55	32,4	2	1,2	1	0,6

HD cách dùng thuốc	126	74,1	40	23,5	2	1,2	2	1,2
HD vệ sinh tay	118	69,4	31	18,2	4	2,4	17	10,0
HD chế độ ăn	118	69,4	46	27,1	1	0,6	5	2,9
HD chế độ nghỉ ngơi	137	80,6	26	15,3	2	1,2	5	2,9
HD theo dõi biến chứng	102	60,0	61	35,9	4	2,4	3	1,8
HD dự phòng biến chứng	117	68,8	46	27,1	3	1,8	4	2,4
HD dự phòng lây nhiễm	123	72,4	41	24,1	2	1,2	4	2,4

Tỷ lệ ĐTNC được hướng dẫn vệ sinh mắt 99,4%, có 32,4% ĐTNC cho thấy các hướng dẫn của điều dưỡng viên dễ hiểu nhưng khó thực hiện theo và 1,2% cho rằng các hướng dẫn vệ sinh mắt của điều dưỡng viên khó hiểu. Các hướng dẫn về cách sử dụng thuốc của điều dưỡng viên dễ hiểu, dễ làm theo (74,1%); 23,5% dễ hiểu nhưng khó làm theo; khó hiểu và không được hướng dẫn ở mức 1,2%. Điều này gợi ý việc nâng cao kỹ năng giao tiếp và giáo dục sức khỏe của điều dưỡng viên cần được chú trọng hơn nữa đồng thời tập trung điều chỉnh nội dung giáo dục sức khỏe và điều chỉnh các hướng dẫn cho phù hợp.

Tỷ lệ người bệnh VLGM không được điều dưỡng viên hướng dẫn vệ sinh tay ở mức 10% và có đến 18,2% số ĐTNC cho rằng hướng dẫn vệ sinh tay của điều dưỡng viên dễ hiểu nhưng khó làm theo. Nghiên cứu cũng cho thấy đại đa số người bệnh đều được hướng dẫn theo dõi các biến chứng, dự phòng biến chứng,

dự phòng lây nhiễm, chế độ ăn và chế độ nghỉ ngơi. Kết quả tích cực là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đánh giá của người bệnh về hướng dẫn vệ sinh tay, hướng dẫn theo dõi biến chứng, hướng dẫn dự phòng biến chứng, hướng dẫn dự phòng lây lan, hướng dẫn chế độ ăn và nghỉ ngơi đối với kết quả điều trị, chăm sóc VLGM của ĐTNC (POR giao động từ 3,93-13,20; $p < 0,05$).

Kết luận: VLGM là bệnh lý hay gặp, diễn biến phức tạp, tỷ lệ người bệnh không khỏi/tăng nặng sau khi xuất viện còn khá cao. Chăm sóc điều dưỡng theo đánh giá chung còn chưa hoàn hảo. Tỷ lệ các quy trình điều dưỡng được ghi nhận đầy đủ trong bệnh án chiếm tỷ lệ giao động từ 45,3%-99,4%. Một số hướng dẫn chăm sóc còn khó hiểu và khó thực hiện. Các hướng dẫn được người bệnh cho là dễ hiểu, dễ làm theo dao động từ 60,6% - 80,6%. Đây là cơ sở để thực hiện các nghiên cứu tiếp theo nhằm nâng cao chất lượng và hiệu quả của điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Ngọc Đông và cộng sự** (2007). Đặc điểm viêm loét giác mạc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Mắt Trung ương. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 50 (92-97),
2. **Dương Thị Bình Minh và Lê Văn Thạch** (2013). Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh tại các khoa lâm sàng bệnh viện Hữu Nghị. *tạp chí y học thực hành*, 876 (7), 125-129.
3. **Mai Thị Liên** (2018). Tình hình viêm loét giác mạc nhiễm trùng tại bệnh viện Mắt Trung Ương trong 5 năm 2013-2017. *Luận văn thạc sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Quốc Linh** (2015). Nhận xét tình hình viêm loét giác mạc nhiễm trùng tại Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2014. *Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa - Đại học Y Hà Nội*,
5. **Nguyễn Thị Thuỳ Trâm** (2014). Thực trạng hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu tỉnh Bến Tre năm 2014. *luận văn thạc sĩ Quản Lý bệnh viện*, Trường đại học y tế công cộng.
6. **Lê Thị Bình và Trần Thúy Hạnh**. *Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật* (2018). Điều dưỡng cơ bản và nâng cao.
7. **Cao Yan. Et al** (2017). Peripheral Ulcerative Keratitis Associated with Autoimmune Disease: Pathogenesis and Treatment. *Journal of Ophthalmology*, 2017, 7298026.
8. **Chidambaram Jaya Devi et al** (2018). Epidemiology, risk factors, and clinical outcomes in severe microbial keratitis in South India. *Ophthalmic Epidemiology*, 25 (4), 297-305.
9. **Dominguez-Casas Lucia C. Et al** (2020). Biologic therapy in severe and refractory peripheral ulcerative keratitis (PUK). Multicenter study of 34 patients. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 50 (4), 608-615.
10. **Gupta Yogita. Et al** (2021). Peripheral ulcerative keratitis. *Survey of Ophthalmology*, 66 (6), 977-998.
11. **G. Moussa, J. Hodson, N. Gooch và cộng sự** (2021). Calculating the economic burden of presumed microbial keratitis admissions at a tertiary referral centre in the UK. *Eye*, 35 (8), 2146-2154.
12. **Yazdanyar Amirfarbod. Et al** (2018). Gout Keratitis: A Case of Peripheral Ulcerative Keratitis Secondary to Gout With a Review of the Literature. *Cornea*, 37 (3),
13. **Zbiba W. & Abdesslem N. Ben** (2018). Acanthamoeba keratitis: An emerging disease among microbial keratitis in the Cap Bon region of Tunisia. *Experimental Parasitology*, 192, 42-45.
14. **Rohilla Ranjana. Et al** (2020). Etiological spectrum of infectious keratitis in the era of MALDI-TOF-MS at a tertiary care hospital. *Journal of family medicine and primary care*, 9 (9), 4576-4581.
15. **Daas L. et al** (2015). The German Acanthamoeba keratitis register: Initial results of a multicenter study. *Ophthalmologe*, 112 (9), 752-76



CHĂM SÓC BỆNH LÝ VIÊM BỜ MI

Nguyễn Kim Oanh*

I. Đại cương:

Viêm bờ mi là một tình trạng viêm mãn tính của bờ mi, có thể ảnh hưởng đến da mi, kết mạc, lông mi hay các tuyến Meibomius của mi – nằm ở phía sau vị trí mọc của lông mi. Các tuyến Meibomius ở bờ mi sản xuất ra một lớp chất dầu, là một thành phần cấu tạo nên lớp nước mắt, hạn chế sự bay hơi của nước mắt.

Viêm bờ mi có thể do nhiễm trùng hay dị ứng, thường xảy ra ở cả 2 mắt, và có xu hướng trở thành mãn tính, tuy rất hiếm khi gây nguy hiểm, ảnh hưởng đến thị lực nhưng lại gây cảm giác khó chịu kéo dài và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

II. Nguyên nhân gây viêm bờ mi:

Có 2 loại viêm bờ mi với các nguyên nhân khác nhau:

Viêm bờ mi cấp tính: thường do nhiễm trùng bao gồm vi khuẩn thường gặp nhất là tụ cầu, ở bờ mi mà cụ thể là chân lông mi, ảnh hưởng đến nang lông và tuyến Meibomius, cũng có thể là do virus (virus Herpes simplex, thủy đậu hay zona) hoặc phản ứng dị ứng liên quan đến một khu vực, viêm bờ mi dị ứng, viêm bờ mi dị ứng theo mùa hoặc do nhiễm nấm bờ mi (thường là do nhiễm nấm men *Pityrosporum*).

Viêm bờ mi mãn tính là một tình

trạng viêm không nhiễm trùng gây ra bởi sự tắc nghẽn các ống của tuyến Meibomius thường liên quan đến bệnh trứng cá đỏ Rosacea và chắp.

III. Triệu chứng:

Các triệu chứng của viêm bờ mi: khi viêm nặng cấp tính có thể gây phù mi, biến dạng hoặc loét bờ mi. Viêm mạn tính bờ mi thì có đỏ mắt, ngứa ở bờ mi, rụng lông mi, vảy bám chân lông mi, thường gặp khô mắt, nhất là khi mới ngủ dậy, đôi khi có dính bờ mi, nhưng thường không gây ảnh hưởng đến thị lực.

IV. Các phương pháp điều trị và chăm sóc viêm bờ mi:

Với viêm bờ mi cấp tính: điều trị dựa theo nguyên nhân nhiễm trùng hay dị ứng mà thầy thuốc sẽ đưa ra đơn thuốc phù hợp

Với viêm mãn tính: việc người bệnh cần tự vệ sinh và chăm sóc mi hàng ngày đóng vai trò hết sức quan trọng, song song cùng với việc tuân thủ tra thuốc theo đơn bác sĩ.

Người bệnh có thể làm sạch bờ mi bằng việc sử dụng những sản phẩm được chế tạo chuyên dụng cho vệ sinh bờ mi như Ocusoft, hay TTO SWAB, hay đơn giản hơn sử dụng miếng bông tẩy trang tẩm nước sạch ấm để vệ sinh bờ mi, hay dung dịch sữa tắm cho trẻ sơ sinh Johnson baby

*Khoa Giác mạc

Người thẩm định: TS. Nguyễn Thu Thủy – Khoa Giác mạc

pha loãng để làm sạch chân lông mi, ngày 2 lần sáng – tối. Khi vệ sinh bờ mi, tránh không để nước dung dịch sát khuẩn này tiếp xúc vào trong mắt. Chườm ấm mi bằng thiết bị hoặc miếng chườm chuyên dụng trong ít nhất 20 – 30 phút, hoặc chườm bằng khăn ấm, để các ống tuyến Meibomius giãn nở ra, rồi massage mi nhẹ nhàng với các ngón tay đã rửa sạch, theo chiều vuốt xuống với mi trên, và vuốt lên với mi dưới, ép nhẹ vào bờ mi để các chất tiết trong lòng các ống tuyến Meibomius được đổ ra ở bờ mi, tránh tình trạng ứ đọng trong lòng tuyến, cải thiện chất lượng lớp nước mắt do được bổ sung thêm lớp dầu hạn chế sự bay hơi của nước mắt. Việc chườm ấm và massage mi cũng nên được thực hiện 2 lần mỗi ngày vào buổi sáng và tối.

Tùy tình trạng viêm bờ mi, bác sỹ có thể kê đơn có các thuốc kháng sinh, chống viêm và nước mắt nhân tạo cho người bệnh để đem đến cảm giác thoải mái cho người bệnh mà vẫn đảm bảo an toàn và phù hợp. Để tránh tình trạng bị kê nhiều thuốc chống viêm có corticoid có thể dẫn đến một số biến chứng nguy hiểm lâu dài cho mắt, người bệnh nên được thăm khám và theo dõi bởi một bác sỹ, hoặc đem theo các đơn thuốc đã

sử dụng những lần trước để bác sỹ cho đơn phù hợp.

V. Một số mẹo nhỏ điều trị chắp:

Với những người bệnh bị viêm bờ mi mãn tính, thỉnh thoảng họ có nguy cơ phải đối mặt với chắp. Đây là tình trạng sưng đau ở bờ mi do các ống tuyến Meibomius bị tắc nghẽn kết hợp với bội nhiễm tụ cầu, do vi khuẩn xâm nhập vào lòng ống. Tùy mức độ viêm và nhiễm khuẩn, người bệnh có thể được kê kháng sinh uống hay chỉ tra tại mắt, thuốc chống viêm, giảm phù đường uống, hoặc tại mắt. Người bệnh có thể sử dụng một quả trứng gà rửa sạch, luộc lên, để nguyên vỏ, lúc nóng nhiều dùng khăn giấy sạch bọc lại cho đỡ nóng, kiểm tra độ nóng trên mu bàn tay, nóng quá có thể làm bỏng da, nguội quá thì kém hiệu quả, để chườm lên vùng chắp đang sưng đau, nhưng tuyệt đối không được day, ấn, bóp nặn chắp khi còn sưng đau, để tránh tình trạng khối viêm lan rộng và nguy cơ phát tán vi khuẩn, gây nhiễm khuẩn huyết rất nguy hiểm. Việc chườm ấm tích cực trong những ngày đầu ngay khi mới bị chắp kết hợp dùng thuốc đúng cách sẽ khiến chắp có thể tan đi hoàn toàn, không cần phải chích, rạch. Vì thế khi có biểu hiện bị chắp ở mi hãy đến khám sớm bạn nhé.

TƯ VẤN CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XUẤT HUYẾT DỊCH KÍNH

*Đỗ Hoàng Diễm, Bùi Việt Hưng**

I. Đại cương

Xuất huyết dịch kính (XHDK) có tỉ lệ khoảng 7/100.000 người, và là một tình trạng cấp, bán cấp gây suy giảm thị lực. Mặc dù việc chẩn đoán không khó khăn, nhưng điều trị và theo dõi còn nhiều phức tạp do cơ chế bệnh sinh và nguyên nhân đa dạng.

1. Giải phẫu dịch kính (DK)

Dịch kính chiếm 90% là nước, phần còn lại tạo bởi collagen và acid hyaluronic, làm cho dịch kính sánh và trong suốt. Buồng Dịch kính được giới hạn phía trước với biểu mô không sắc tố của thể mi, mặt sau thủy tinh thể và dây chằng Zinn, phía sau với võng mạc. Buồng dịch kính chiếm khoảng 80% thể tích nhãn cầu (khoảng 4ml). Dịch kính dính rất chặt phía trước với nền dịch kính và phía sau với đầu thị thần kinh và mạch máu võng mạc.

2. Cơ chế bệnh sinh của xuất huyết

Cơ chế XHDK xảy ra do 3 yếu tố chính: mạch máu bất thường vỡ, đứt mạch máu bình thường, máu lan ra từ nguồn lân cận.

Mạch máu bất thường: là kết quả điển hình của tân mạch hóa do bệnh lý thiếu máu như bệnh võng mạc đái tháo đường, tắc tĩnh mạch võng mạc, bệnh võng mạc trẻ đẻ non hoặc hội chứng thiếu máu nhãn cầu.

Tại võng mạc quá trình thiếu oxy lâu dài sẽ sinh ra các yếu tố tăng sinh nội mạc (VEGF) và các yếu tố hóa hướng động khác gây ra tình trạng tân mạch hóa. Các mạch máu mới hình thành không có liên kết chặt của nội mạc mạch, thành mạch yếu và dễ vỡ, yếu tố xơ co kéo tác động lên mạch máu mỏng và chuyển động của nhãn cầu cũng gây nên co kéo dịch kính và gây đứt mạch.

Đứt mạch máu bình thường: có thể xảy ra đứt do lực cơ học tác động lên hệ mạch. Khi có bong dịch kính sau co kéo lên hệ thống mạch võng mạc gây ra vết rách võng mạc hoặc không. Xuất huyết dịch kính ở mắt có bong dịch kính sau cấp tính có nguy cơ cao rách võng mạc (70-95%).

Chấn thương đụng dập hoặc chấn thương xuyên có thể gây tổn thương trực tiếp đến mạch máu lành và là nguyên nhân hàng đầu gây XHDK ở người trẻ dưới 40 tuổi.

Một nguyên nhân hiếm gặp khác là hội chứng Terson, do xâm lấn máu từ khoang dưới nhện vào nội nhãn sau xuất huyết não.

Máu từ nguồn lân cận: Xuất huyết từ phình mạch võng mạc, khối u hoặc tân mạch hóa hắc mạc có thể lan rộng qua màng ngăn trong và buồng dịch kính.

*Khoa Dịch kính võng mạc

Người thẩm định: TS. Đặng Trần Đạt – Khoa Khám bệnh & điều trị theo yêu cầu

3. Triệu chứng

Tiền sử: Cần khai thác tiền sử chấn thương, tiền sử phẫu thuật mắt, bệnh đái tháo đường, bệnh máu, bệnh lý mạch cảnh và cận thị nặng.

Cơ năng: Bệnh XHDK rất đa dạng, nhưng thường có biểu hiện ruồi bay hoặc giảm thị lực mắt bên xuất huyết. Xuất huyết sớm hoặc nhẹ có thể được mô tả như ruồi bay, nhìn mờ, bóng mờ hoặc chấm đỏ trước mắt. Xuất huyết nhiều gây giảm thị lực và cản trở thị trường hoặc ám điểm. Bệnh nhân thường có biểu hiện nhìn mờ vào buổi sáng do máu lắng và che phủ vùng hoàng điểm.

Thực thể: Thăm khám mắt toàn diện bao gồm khám đáy mắt có ấn củng mạc, soi góc tiền phòng đánh giá tân mạch góc, đo nhãn áp và siêu âm mắt nếu không quan sát được hậu cực. Khám đáy mắt bên còn lại có thể giúp định hướng bệnh lý toàn thân như bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh.

Xuất huyết dịch kính không khó để phát hiện, trên sinh hiển vi các tế bào hồng cầu có thể nhìn thấy ngay mặt sau thủy tinh thể khi chiếu sáng chéo với cường độ sáng tối đa. Với xuất huyết khu trú, có thể quan sát được võng mạc và có thể xác định được nguồn chảy máu.

II. Tiến triển tự nhiên

Máu thường tiêu khoảng 1% hàng ngày. Máu tự do tiêu nhanh hơn. Máu cũng tiêu nhanh hơn ở mắt đã cắt dịch kính, và tiêu chậm trên người trẻ khi dịch kính còn đặc. Tiến triển tự nhiên của máu tùy thuộc vào

bệnh lý nền, tiên lượng nặng trên bệnh nhân đái tháo đường và thoái hóa hoàng điểm tuổi già.

Nếu không có bệnh lý tăng sinh dịch kính võng mạc, biến chứng của XHDK thường xuất hiện sau 1 năm hoặc hơn.

Nhiễm sắt võng mạc là biến chứng nặng do ngộ độc sắt trong hemoglobin giải phóng.

Bệnh dịch kính võng mạc tăng sinh do các đại thực bào và yếu tố tăng sinh xơ dẫn đến sẹo hóa và bong võng mạc do co kéo.

Ngoài ra còn có thể có biến chứng Glacom do tế bào ma và Glacom tan máu...,

III. Điều trị

Điều trị nội khoa: XHDK nếu không có bong võng mạc người bệnh cần được nghỉ ngơi, hạn chế vận động, nằm cao đầu khi ngủ để máu lắng xuống để dễ dàng quan sát võng mạc phía trên. Người bệnh cần được theo dõi sát và dùng Thuốc tra nhỏ tại mắt kết hợp với tam thất uống ngày 5-10gram.

Điều trị Phẫu thuật cắt dịch kính cấp cứu trong trường hợp XHDK kèm bong võng mạc và rách võng mạc. Vết rách võng mạc đơn thuần có thể hàn bằng lạnh đông hoặc laser. Khi võng mạc có thể quan sát được, điều trị theo nguyên nhân cụ thể sẽ đặt ra. Nếu tân mạch do bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh, laser quang đông toàn võng mạc sẽ được thực hiện tối đa giúp thoái triển tân mạch. Điều trị hỗ trợ bao gồm tiêm nội nhãn chất chống tăng sinh tân mạch (anti



VEGF) giúp giảm tân mạch cho đến khi laser có thể thực hiện được.

Phẫu thuật cắt dịch kính cũng được chỉ định cho XHDK dày đặc, tân mạch hóa mống mắt và/hoặc góc tiền phòng, hoặc glacom tế bào ma. Thời gian của phẫu thuật tùy thuộc vào bệnh lý nền.

Điều trị theo nguyên nhân: XHDK ít quan sát được nguyên nhân như vết rách võng mạc thì tiến hành laser ngay vết rách. Do bệnh lý tăng sinh tiền mạch Anti VEGF.

IV. Tư vấn chăm sóc

Nguyên nhân triệu chứng bệnh XHDK rất đa dạng và phức tạp, khi bệnh nhân thấy xuất hiện nhìn thấy như ruồi bay, nhìn mờ, bóng mờ hoặc chấm đỏ trước mắt. Xuất huyết nhiều gây giảm thị lực và cản trở thị trường hoặc ám điểm. Bệnh nhân thường có biểu hiện nhìn mờ vào buổi sáng do máu lắng và che phủ vùng hoàng điểm. Đặc biệt những người bị chấn thương vùng mắt, những người có bệnh nền như đái tháo đường, bệnh lý về mạch máu và những người bị cận thị nặng, việc người bệnh phát hiện sớm được các triệu chứng này là rất quan trọng, cần phải đến ngay cơ sở y tế chuyên khoa để được khám và điều sớm. Bác sĩ khám cho làm các xét nghiệm tìm nguyên nhân dẫn đến XHDK để đưa ra phương pháp điều trị thích hợp mang lại hiệu quả điều trị cao nhất cho bệnh nhân.

1. Tư vấn chăm sóc điều trị nội khoa:

Người bệnh cần được nghỉ ngơi tại giường, tránh vận động mạnh. Về dinh dưỡng uống nhiều nước, ăn

thức ăn mềm dễ tiêu như cháo phở súp và sữa..., ăn nhiều hoa quả trái cây để tăng vitamin và sức đề kháng, lưu ý chế độ ăn phải tuân theo chế độ bệnh lý nền như: Đái tháo đường, tăng HA, Tim mạch..., không dùng các chất kích thích như: Rượu, beer, thuốc lá...,

Chăm sóc tại mắt: giữ cho mắt luôn sạch sẽ tránh va chạm mạnh vào vùng mắt, rửa mắt hàng ngày bằng khăn mềm với nước sạch. Không dùng nước muối tự pha để rửa mắt.

Dùng thuốc theo đúng chỉ định của bác sỹ: thuốc uống uống sau khi ăn theo liều lượng của Bs, thuốc tra tại mắt phải tra đúng số lần và liều lượng, khi tra thuốc lưu ý không để đầu lọ thuốc chạm vào mi kéo nhẹ mi dưới xuống và tra 1-2 giọt thuốc vào cùng đồ dưới.

Động viên tinh thần người bệnh để họ có tinh thần lạc quan yên tâm điều trị tránh lo lắng quá mức.

2. Tư vấn chăm sóc điều trị ngoại khoa:

Chăm sóc ngay sau mổ, người bệnh được điều dưỡng thay băng tra thuốc tại mắt mới phẫu thuật, đánh giá tình trạng mắt mổ nếu có gì bất thường phải báo ngay với bác sỹ như: mắt đau nhức nhiều hoặc đau dữ dội, kết mạc phù nề xung huyết nhiều, chảy máu tại vết mổ..., người bệnh cần tuân thủ nghiêm ngặt chế độ dùng thuốc theo đơn của bác sỹ, tra thuốc đúng cách đúng thời gian quy định. Khoảng thời gian giữa các lần tra thuốc phải tương đối đều nhau, chia theo các buổi sáng, trưa, chiều, tối.

Các thuốc khác nhau phải tra cách nhau tối thiểu 10 phút để tránh các phản ứng chéo có thể xảy ra. Khi tra thuốc cách tốt nhất là kéo nhẹ mi dưới xuống và nhỏ thuốc vào cùng đồ dưới.

Bệnh nhân cần giữ vệ sinh sạch sẽ, không đưa tay bẩn xoa lên mắt, đặc biệt là không chạm tay bẩn vào mắt, tránh va chạm mạnh vào mắt như: vắt tay lên trán, va đập, vận động mạnh..., bệnh nhân cũng nên có tâm lý thoải mái, tránh lo lắng thái quá về bệnh tật gây căng thẳng thần không đan.

Những ngày đầu sau mổ, bệnh nhân cần được có chế độ ăn đảm bảo dinh dưỡng, không cần ăn kiêng nhưng tránh dùng các chất kích thích như: rượu, bia, cà phê..., Các gia vị có thể khiến ngon miệng hơn nhưng dễ gây kích thích như ớt, hạt tiêu cũng nên tránh.

Chăm sóc sau khi ra viện: bệnh nhân vẫn tiếp tục giữ vệ sinh vùng mắt, tránh hoạt động, vận động nặng cho đến khi bác sỹ cho phép. Bệnh nhân tuyệt đối không để mắt bị bụi hay nước dính vào, thường xuyên đeo kính bảo hộ mắt, nhỏ thuốc mắt và uống thuốc theo chỉ dẫn của bác sỹ, tái khám đúng thời gian.

Do sau mổ có thể có thể gặp một số biến chứng như: đau nhức, nhìn mờ đi do xuất huyết tiền phòng, tăng nhãn áp..., vì thế trong tuần đầu sau mổ, bệnh nhân cần tuân thủ nghiêm ngặt chế độ khám và dùng thuốc theo đơn của bác sỹ. Khi thấy mắt có biểu hiện đau nhức nhìn mờ thì cần phải đến khám lại ngay

3. Tư vấn chăm sóc điều trị dự phòng theo nguyên nhân:

Như chúng ta đã biết nguyên nhân gây xuất huyết dịch kính rất đa dạng, có nguyên nhân từ các bệnh toàn thân như: bệnh đái tháo đường, bệnh lý về máu, bệnh mạch cảnh, suy thận..., nhưng không phải là không phòng tránh được:

Đối với những người bị tiểu đường phải khám và điều trị kiểm soát tốt đường huyết, và định kỳ 4-6 tháng đi khám chuyên khoa đáy mắt để phát hiện những mạch máu bất thường dễ vỡ gây xuất huyết để điều trị bằng laser hoặc tiêm anti VEGF ...

Người bị cận thị, đặc biệt những người cận thị cao cần thường xuyên khám chuyên khoa đáy mắt 3-6 tháng, để phát hiện và điều trị kịp thời những biến chứng có thể gây xuất huyết và nguy cơ bong võng mạc.

Những người có bệnh lý máu, bệnh mạch vành phải khám bệnh chuyên khoa về huyết học và tim mạch, và tuân thủ điều trị nghiêm để phòng ngừa chung bệnh toàn thân và tại mắt.

Những người đã từng phẫu thuật về mắt đặc biệt là bệnh võng mạc cần khám định kỳ để được phát hiện những yếu tố nguy cơ gây XHDK để được điều trị dự phòng sớm.

Khi lao động cần có phương tiện bảo hộ mắt, tránh bị va đập gây chấn thương vùng mặt và mắt.

Tư vấn về dinh dưỡng:

Bệnh nhân sau mổ nên ăn thực phẩm giàu protein: có khả năng giúp vết thương chóng lành nhờ cung cấp

nguyên liệu giúp tái tạo mô cụ thể như thịt, cá, pho mai, sữa, sữa chua, trứng, họ đậu.

Thực phẩm nguyên chất: người bệnh mới mổ mắt ưu tiên dùng thực phẩm nguyên chất, thức ăn tốt cho mắt sau khi mổ nên hạn chế nhiều sự chế biến, thực phẩm qua chế biến có nhiều chất béo, đường, muối, hóa chất, phụ gia ...

Ví dụ: bạn nên ăn cam tươi hơn là uống nước cam ép, ăn khoai tây hấp hơn là chiên rán, ăn luộc thay cho xào.

Ăn nhiều rau xanh, trái cây: sau phẫu thuật người bệnh hay bị táo bón, mà táo bón là hoạt động gắng sức với bệnh nhân XHDK. Khắc phục tốt nhất là ăn nhiều thực phẩm nhiều chất xơ, trái cây tươi, rau xanh

tốt cho mắt như cà chua, cà rốt, bơ, chuối, khoai tây...chứa nhiều vitamin và khoáng chất chứa nhiều chất tốt cho mắt.

Hạn chế ăn các chất cay nóng như ớt, hạt tiêu, mù tạt...và hạn chế dùng các chất kích thích rượu, bia, chè, cà phê, thuốc lá...

Bệnh nhân khi được xuất viện tránh những tác nhân gây mất ngủ, sinh hoạt điều độ, giữ vệ sinh mắt.

Bệnh nhân bị đái tháo đường, bệnh về máu, bệnh lý mạch cảnh thì phải ăn theo chế độ bệnh toàn thân.

Sau khi ra viện bệnh phải nhớ đi khám lại theo hẹn của bác sỹ, dựa trên tình trạng tiến triển của bệnh mà bs sẽ cho phác đồ điều trị thích hợp hơn./

COVID 19 VÀ TRẠNG THÁI BÌNH THƯỜNG MỚI CHÚNG TA CÓ THỂ NHÌN THẤY NHỮNG THAY ĐỔI GÌ TRONG NHÃN KHOA

*Dịch theo TL của Bác sĩ Vidushi Sharma, Giám đốc Bệnh viện Mắt SuVi và Trung tâm Laser Lasik, Kota, Rajasthan
Người dịch: Hà Thị Tô Phương**

COVID 19 đã cuốn toàn bộ thế giới vào guồng quay dịch bệnh và cuộc sống bình thường của chúng ta từ trước cho tới giờ đang trở thành một mớ hỗn độn. Những từ vựng mới như Phong Tỏa, Giãn cách xã hội, các dấu hiệu, triệu chứng, vệ sinh đường hô hấp, và PPE (Thiết bị bảo hộ cá nhân) càng ngày càng trở nên phổ biến và bình thường trong cuộc sống thường nhật. Tuy nhiên, sự bình thường luôn là điều có thể thay đổi bất cứ lúc nào; những điều bình thường trong 10 năm hay thậm chí 50 năm trước, giờ đây lại trở thành bất thường. Kiểu như chúng ta đã có những sự thay đổi nhanh chóng chỉ trong vài thập kỷ và chúng ta cũng sẽ nhanh chóng làm quen với những quy luật của trạng thái “bình thường” mới. Thực tế thì những giai đoạn và những khủng hoảng kiểu như thế này dù khó khăn nhưng luôn thúc đẩy rất nhiều sự thay đổi và đôi khi là sự thay đổi tích cực.

Với lĩnh vực Y tế nói chung và Nhãn khoa nói riêng, luôn có những thay đổi hoạt động cần thiết để có thể nhanh chóng phù hợp bình thường mới dù sớm hay muộn. Điều này giúp chúng ta có thể thực hiện tiếp chức năng nhiệm vụ chuyên môn là cung

cấp các dịch vụ y tế thiết yếu với nhiều sự thận trọng đến với người bệnh.

Một vài sự thay đổi trọng điểm chắc chắn có thể thấy được trong tương lai gần, gồm có:

Khám chữa bệnh từ xa: Telemedicine

Công nghệ kỹ thuật số đã tác động rất lớn đến cuộc sống của chúng ta trong mọi lĩnh vực. Tuy nhiên, trong lĩnh vực y tế, việc khám chữa bệnh vẫn luôn là thách thức bất chấp sự ảnh hưởng ngày càng lớn của công nghệ trong điều hành quản lý bệnh viện và các lĩnh vực liên quan. Đại dịch covid 19 đã dạy chúng ta rằng cần phải thích ứng với vai trò lớn hơn của công nghệ để làm cho việc tư vấn về bệnh tật trở nên chân thật và thoải mái. Đối với nhiều tình trạng bệnh lý, có thể đánh giá bệnh nhân thông qua các cuộc gọi video và tư vấn điều trị. Khám và chẩn đoán qua mạng giúp bệnh nhân tiết kiệm được rất nhiều thời gian, đồng thời tránh được việc đi lại, thời gian chờ đợi và ô nhiễm xe cộ không cần thiết. Điều cần làm là tạo ra một phần mềm có thể kết hợp nhuần nhuyễn vai trò của tư vấn qua video, thanh toán phí trực tuyến, kê đơn thuốc điều trị và giúp toàn bộ đội ngũ y tế như bác sĩ, trợ lý, điều

*Khoa Mắt trẻ em

Người thẩm định: TS. Nguyễn Văn Huy – Khoa Mắt trẻ em

dưỡng, kỹ thuật viên... có thể tương tác trên một nền tảng ứng dụng nhiều người dùng.

Đào tạo qua mạng

Một lĩnh vực có lẽ đã chứng kiến sự phát triển nhanh chóng nhất là sự xuất hiện của các hội thảo trên web và các nền tảng giáo dục / thảo luận ảo khác. Các hội nghị, hội thảo, CME (đào tạo y khoa liên tục) và các chuyến công tác liên quan trở nên mệt mỏi, lặp đi lặp lại và mở rộng trong vài năm qua. Số người tham dự của những sự kiện này thường rất thấp, đặc biệt là trong bối cảnh yêu cầu sự chuẩn bị để sắp xếp các sự kiện như vậy. Việc tổ chức các hội nghị, hội thảo trực tuyến sẽ phù hợp trong trạng thái bình thường mới, cực kỳ hiệu quả, tiết kiệm thời gian và tránh được việc phải di chuyển nhiều. Nói một cách nhẹ nhàng hơn, một lợi ích khác với hội thảo trực tuyến là ngay cả khi lượng người tham dự thực sự thấp thì vẫn hơn là phát biểu trong một hội trường gần như trống vắng người tham dự trực tiếp.

Sự thay đổi trong Văn hóa làm việc

Trước đây chúng ta thường chứng kiến các phòng khám mất tập trung nhiều bệnh nhân và người nhà chờ khám bệnh, khoa phẫu thuật với nhiều ca phẫu thuật được thực hiện trong một ngày. Hầu hết các bác sĩ nhãn khoa cũng đã quen với việc thực hiện một số lượng lớn các ca phẫu thuật trong một ngày, đặc biệt là vào những thời điểm nhất định trong năm cũng như tùy thuộc vào văn hóa địa phương. Tuy nhiên, những hoạt động khám chữa bệnh tập trung đông như

vậy giờ sẽ không thấy trong trạng thái bình thường mới. Điều này tốt cho cả bệnh nhân và bác sĩ phẫu thuật để tránh việc có quá nhiều các ca phẫu thuật trong một ngày. Đồng thời, các phòng khám ngoại trú cũng sẽ phải sửa đổi quy trình làm việc để giảm thiểu thời gian chờ đợi, chuyển sang khám theo lịch hẹn nhiều hơn và làm mọi cách để tránh tụ tập đông người.

Tầm quan trọng của các Quy trình chuẩn

Một trong những điểm khác biệt chính trong cách tiếp cận chăm sóc sức khỏe ở các quốc gia phát triển là xây dựng và tuân theo các Quy trình chuẩn. Sự xuất hiện của đại dịch COVID đã giúp chúng ta nhận thấy rằng bắt buộc phải đưa ra các quy trình chuẩn để xử lý các vấn đề quan trọng, để giúp chúng ta an toàn trước các vấn đề pháp lý y tế. Các quy trình an toàn, quy trình sàng lọc, khai báo y tế cần tuân thủ nghiêm để giảm sự lây lan của Coronavirus. Cần phải có các hướng dẫn liên quan đến chăm sóc mắt trong đại dịch.

Những thay đổi trong công nghệ nhãn khoa

Trên thực tế chúng ta đã thấy nhiều thay đổi mới được sử dụng rộng rãi như tấm chắn hơi thở cho sinh hiển vi đèn khe và kính soi mắt gián tiếp, ngành công nghiệp y tế đã nhanh chóng tăng cường khả năng sản xuất các thiết bị bảo hộ cá nhân, Mặt nạ, Tấm che mặt và những thứ tương tự. Với sự gia tăng sản xuất, rất may là chi phí cũng giảm xuống, mặc dù nguy cơ về thiết bị kém chất lượng cũng hiện hữu. Trong tương



lai, chúng ta có thể sẽ thấy nhiều cải tiến mới giúp bác sĩ nhãn khoa an toàn hơn trong việc khám và điều trị bệnh nhân. Tôi chắc chắn rằng chúng ta sẽ thấy những chiếc đèn khe có thể làm khoảng cách giữa bệnh nhân và bác sĩ nhãn khoa được tăng lên đáng kể và kính hiển vi phẫu thuật

có thêm các tấm che cho khuôn mặt của bệnh nhân để làm giảm nguy cơ nhiễm trùng do giọt bắn.

Những đổi mới nhanh chóng về công nghệ, dịch vụ và quy trình làm việc đảm bảo rằng một cuộc sống “bình thường” mới vẫn tiếp tục bất chấp các mối đe dọa do COVID 19 gây ra.



Nhiệm vụ hàng đầu

*Nguyễn Thị Thùy Vân**

Bác Hồ dạy “Lương y như Từ mẫu”
Câu nói, hơn liều thuốc quý nhiệm mầu
Nên mỗi lần gặp nỗi đau người bệnh
Lại thấy lòng canh cánh mối thương nhau!
Ai ốm đau mà không mong chóng khỏi
Gặp thuốc, gặp thầy chăm sóc nghĩa tình sâu!
Bệnh viện ta có chức năng đặc biệt
Trả lại cho người “ánh sáng cuộc đời”
Các Cụ xưa cũng từng nhắc một lời:
Cuộc sống con người “giàu hai con mắt”
Câu nói chí tình mãi mãi ghi sâu
Tự thấy riêng mình phải càng phấn đấu
Phục vụ bệnh nhân, nhiệm vụ hàng đầu!

Hà Nội ngày 27/2/2022

LỄ KỶ NIỆM NGÀY QUỐC TẾ ĐIỀU DƯỠNG 12/5/2022

Vũ Hoà Long *

Hội đồng Điều dưỡng thế giới đã chọn ngày 12/5 – ngày sinh của bà Florence Nightingale là ngày Quốc tế điều dưỡng nhằm tưởng nhớ những cống hiến to lớn của bà Nightingale đối với việc hình thành và phát triển của ngành điều dưỡng hiện đại cũng như sự ghi nhận, tôn vinh của xã hội về vai trò của người điều dưỡng trong công tác điều trị, chăm sóc người bệnh.

Chiều ngày 12/5/2022 Bệnh viện Mắt TW đã tổ chức lễ kỷ niệm ngày Quốc tế điều dưỡng với chủ đề: Đầu tư bảo vệ và hỗ trợ phát triển nghề điều dưỡng để củng cố hệ thống y tế toàn cầu. Hoạt động này nhằm tôn vinh giá trị nghề nghiệp, vinh danh tập thể, cá nhân có thành tích xuất sắc trong công tác chăm sóc người bệnh tại đơn vị, đồng thời cũng động viên người điều dưỡng yêu ngành nghề, yên tâm công tác, nâng cao năng lực cá nhân, tiếp tục cống hiến sức lực, trí tuệ trong sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân, tiến tới hội nhập khu vực và quốc tế. Đến dự buổi lễ có PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp – Bí thư Đảng ủy, Giám đốc bệnh viện; các đ/c trong BGĐ, BCH Công đoàn; lãnh đạo các khoa phòng và đông đảo điều dưỡng, KTV bệnh viện.

Buổi lễ đã diễn ra hết sức sôi nổi và trang trọng với các tiết mục văn nghệ và nghi thức thắp đèn của các điều dưỡng để tưởng nhớ ánh đèn dầu của bà Florence Nightingale

thăm các bệnh nhân hàng đêm. Ths. Hoàng Thanh Hà – P. Trưởng phòng Điều dưỡng đã thay mặt ban tổ chức nhắc lại tiểu sử và lời thề của bà Nightingale: “Tôi long trọng tuyên thệ trước các đấng tối cao và sự hiện diện của người trong buổi lễ này, sẽ sống trong sạch và thực hành nghề nghiệp một cách trung thực. Tôi sẽ dùng mọi năng lực của mình để duy trì và phát triển những chuẩn mực nghề nghiệp và sẽ giữ kín tất cả những bí mật riêng tư của người bệnh và thân nhân người bệnh. Với lòng trung thành, tôi sẽ nỗ lực để giúp các thầy thuốc thực hiện công việc và sẽ cống hiến bản thân vì sức khỏe của những người mà tôi chăm sóc” như một sự khẳng định quyết tâm với một nghề nghiệp cao cả.

Thay mặt khối điều dưỡng - KTV, CN. Trần Thanh Trúc – trưởng phòng Điều dưỡng trưởng đã ôn lại truyền thống của ngành điều dưỡng, báo cáo những thành tích mà khối điều dưỡng - KTV bệnh viện đã đạt được trong những năm qua, đặc biệt trong thời gian đại dịch Covid-19. Bên cạnh đó, đại diện điều dưỡng các khoa phòng cũng trình bày các báo cáo tham luận làm rõ thêm hoạt động của khối từ công tác KCB lâm sàng, cận lâm sàng; công tác chăm sóc người bệnh toàn diện; tham gia phòng chống dịch tại Tp. Hồ Chí Minh và tại bệnh viện...

Phát biểu tại buổi lễ, PGS.TS.

Nguyễn Xuân Hiệp – Bí thư Đảng ủy, Giám đốc bệnh viện đã thay mặt lãnh đạo bệnh viện chúc mừng và biểu dương những nỗ lực cố gắng, những thành tích của khối điều dưỡng - KTV. Đây là lực lượng đông đảo nhất, đóng vai trò vô cùng quan trọng trong mọi hoạt động của bệnh viện. PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp cũng đề nghị trong thời gian tới, khối điều dưỡng - KTV bệnh viện mà đại diện là phòng Điều dưỡng trưởng và các điều dưỡng trưởng khoa cần phát huy tính chủ

động, sáng tạo, thúc đẩy khối hoàn thành tốt các nhiệm vụ chăm sóc người bệnh, quản lý khoa phòng, xứng đáng là đội ngũ quản gia của các đ/c lãnh đạo khoa phòng và lãnh đạo bệnh viện. Người đứng đầu bệnh viện cũng khẳng định Đảng ủy, BGĐ đã, đang và sẽ tạo mọi điều kiện tốt nhất để khối điều dưỡng - KTV học tập, làm việc và phát triển đúng như tinh thần Chủ đề của ngày Quốc tế điều dưỡng năm nay.



Nghi thức thắp đèn tưởng nhớ bà Florence Nightingale



CN. Trần Thanh Trúc – trưởng phòng Điều dưỡng trưởng đọc diễn văn tại buổi lễ



PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp – Giám đốc bệnh viện phát biểu chúc mừng khối điều dưỡng – KTV



Các đại biểu chụp ảnh kỷ niệm

TIN VĂN

Vũ Hoà Long *

Ngày 16/2/2022 CN điều dưỡng Hoàng Ngọc Trâm – ĐDT khoa khám bệnh và điều trị ngoại trú đã bảo vệ thành công luận văn cao học: “Kết quả chăm sóc, điều trị người bệnh viêm loét giác mạc và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Mắt Trung ương, năm 2020 - 2021” với điểm số 9.6 tại Trường Đại học Thăng Long

Ngày 16/3/2022 CN điều dưỡng Hoàng Thị Thanh Hà – P.Trưởng phòng Điều dưỡng đã nhận bằng Thạc sĩ điều dưỡng tại trường Đại học Điều dưỡng Nam định. Trước

đó Cn. Hoàng Thị Thanh Hà đã bảo vệ thành công luận văn cao học với đề tài “Thực trạng kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh bong võng mạc tại bệnh viện Mắt Trung ương năm 2021” với điểm số 9.5

Ngày 29/3/2022 Chi bộ Dược-Xét nghiệm đã tổ chức Lễ kết nạp Đảng cho KTV Trần Văn Thành – KTV trưởng khoa Xét nghiệm. PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp – Bí thư Đảng uỷ, Giám đốc bệnh viện đã tới dự và chúc mừng chi bộ Dược- Xét nghiệm cũng như cá nhân KTV Trần Văn Thành.



Lễ bảo vệ thành công luận văn cao học của Ths. Hoàng Ngọc Trâm



Ths. Hoàng Thị Thanh Hà nhận bằng tốt nghiệp tại trường Đại học Điều dưỡng Nam Định



Lễ kết nạp Đảng cho KTV Trần Văn Thành