



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 - Tiến Phong - Mê Linh - Hà Nội

Điện thoại: 024.66757385

MỤC LỤC

Trang

CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- **Đặc điểm lâm sàng viêm loét giác mạc điều trị nội trú tại Bệnh viện Mắt trung ương năm 2020-2021** 3
Hoàng Ngọc Tâm, Phạm Hồng Vân
- **Khảo sát hoạt động thị giác của bệnh nhân Glôcôm sử dụng bảng VF-14** 10
Đỗ Thùy Dung, Dương Quỳnh Chi, Phạm Thị Thu Thủy

THÔNG TIN CHUYÊN MÔN

- **Chăm sóc bệnh nhân trước và sau phẫu thuật điều trị lạt mi** 21
Nguyễn Minh Hà, Nguyễn Ngân Hà
- **Chăm sóc mắt thời kỳ Covid-19: Giảm nguy cơ lây nhiễm cho nhân viên y tế** 24
Hoàng Thị Phương Thúy, Bùi Thanh Sơn

BẢN TIN

- **Lễ công bố quyết định bổ nhiệm lại Phó Giám đốc Bệnh viện Mắt trung ương đối với PGS.TS. Phạm Ngọc Đông** 27
Vũ Hòa Long
- **Hợp tác đào tạo điều dưỡng chuẩn quốc tế giữa Bệnh viện Mắt TW và Trung tâm mắt Quốc gia Singapore** 30
Vũ Hòa Long
- **Kiểm tra tay nghề cho các điều dưỡng, kỹ thuật viên trẻ** 31
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. Lê Xuân Cung, Trưởng Khoa Giác mạc
2. PGS.TS Bùi Thị Vân Anh, Trưởng phòng Quản lý khoa học và đào tạo.
3. TS. Nguyễn Quốc Anh, Trưởng khoa Tạo hình thẩm mỹ mắt & vùng mặt.
4. TS. Đoàn Thu Lan, Phó Trưởng khoa Gây mê hồi sức.

BAN BIÊN TẬP



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VIÊM LOÉT GIÁC MẠC ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2020-2021

Hoàng Ngọc Trâm*, Phạm Hồng Vân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng viêm loét giác mạc (VLGM) điều trị nội trú tại bệnh viện Mắt Trung ương năm 2020- 2021.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 173 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm loét giác mạc tại Khoa Giác mạc Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2021. Đánh giá ổ loét về các đặc điểm: vị trí, kích thước, độ sâu, đáy ổ loét, độ thâm nhiễm, tổn thương trên giác mạc, tác nhân gây bệnh.

Kết quả: Tỷ lệ nam 51.8% và nữ 48.2 % với độ tuổi trung bình là 54.44 ± 14.52 , vị trí ổ loét 66.5% trung tâm, 19.4% cạnh trung tâm, 13.5% vùng rìa. Kích thước ổ loét 48.2% 4-6mm, 35.9% <4mm, 14.7% >6mm. Độ sâu ổ loét 38.2% 1/3-2/3 chiều dày giác mạc, 31.8% < 1/3 chiều dày, 26,5% >2/3 chiều dày. Tổn thương trên giác mạc 58.2% tủa, xuất tiết sau GM, 33.5% thâm lậu vệ tinh, 7.1% vòng thâm nhiễm. Tác nhân gây bệnh 58.2% nấm, 39.4% vi khuẩn, 2.4% do virus, ACM, microsporidia. Viêm loét giác mạc nặng 78.2%, trung bình 20.0%, nhẹ 0.8%, 21.8% biến chứng thủng GM.

Kết luận: VLGM thường gặp ở độ tuổi trung niên với độ tuổi trung bình 54.44 ± 14.52 . Vị trí thường gặp nhất là ở vùng trung tâm, ít gặp ở vùng rìa. Tác nhân gây bệnh nhiều nhất là nấm, tiếp đến là vi khuẩn, virus, ACM, microsporidia chiếm tỷ lệ không đáng kể.

DESCRIPTION OF CLINICAL CHARACTERISTICS OF TREATMENT CORNEAL ULCERS AT VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL IN 2020-2021

ABSTRACT

Objectives: To describe clinical characteristics of corneal ulcers in inpatients treatment at the Vietnam National Eye Hospital in 2020-2021.

*Khoa Khám bệnh và điều trị ngoại trú.

** Khoa Tạo hình thẩm mỹ mắt & vùng mặt

Người thẩm định: TS. Lê Xuân Cung – Khoa Giác mạc

Materials methods: A prospective descriptive study on 173 patients diagnosed and treated corneal ulcers at the Department of Cornea of the Vietnam National Eye Hospital from October 2020 to October 2021. Assess the ulcer on the characteristics: location, size, depth of ulcer bottom, penetration, corneal lesions, causative agent.

Results: The rate of men 51.8% and women 48.2% with mean age 54.44 ± 14.52 , ulcer location 66.5% central, 19.4% paracentral, 13.5% limbus. Ulcer size 48.2% 4-6mm, 35.9% <4mm, 14.7% >6mm. Ulcer depth 38.2% 1/3-2/3 corneal thickness, 31.8% <1/3 thickness, 26.5% >2/3 thickness. Corneal lesions 58.2% precipitate, exudate after corneal, 33.5% satellite gonorrhoea, 7.1% ring infiltrate. Pathogens are 58.2% fungal, 39.4% bacterial, 2.4% viral, ACM, microsporidia. Corneal ulcer is severe 78.2%, moderate 20.0%, mild 0.8%, 21.8% complication corneal perforation.

Conclusion: Corneal Ulcer is the most popular in the middle age which an average of age is 54.44 ± 14.52 . The most common position of the lesion is in the center of cornea and rarely found at the edge. Fungus is the main cause of the disease and following are bacteria, virus, ACM, microsporidia with very low rate

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét giác mạc là bệnh thường gặp và có thể dẫn đến các hậu quả 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. Viêm loét giác mạc 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. Việc điều trị Viêm loét giác mạc cũng tạo nên gánh nặng kinh tế cho người bệnh. Viêm loét giác mạc đứng thứ 3 trong số các nguyên nhân gây mù lòa sau Glôcôm và đục thủy tinh thể. Các nguyên nhân khác gây nên viêm loét giác mạc có thể là nấm, virus hay ký sinh trùng. Do có nguyên nhân đa

dạng, các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VLGM cũng rất phức tạp. Việc xác định và đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng quyết định việc xây dựng các phác đồ chăm sóc, điều trị hiệu quả, hạn chế biến chứng, di chứng. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: “Mô tả đặc điểm lâm sàng viêm loét giác mạc điều trị nội trú tại bệnh viện Mắt Trung ương năm 2020-2021”

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu không đối chứng

Các bước tiến hành: Các bệnh nhân được tiến hành hỏi bệnh, khám bệnh, các thông tin về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, lý do đến khám, tiền sử điều trị. Đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng VLGM: tác nhân gây bệnh, vị trí, kích thước, độ sâu, độ thâm nhiễm ổ loét GM, biến chứng. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $54,44 \pm 14,52$, cho thấy tỷ lệ mắc VLGM gặp nhiều ở lứa tuổi trung niên và người cao tuổi. Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Anh Tâm tại bệnh viện Mắt Trung ương trong 10 năm từ 1998-2007 51,5% VLGM gặp ở nhóm 45-60 tuổi và 23,6% ở nhóm >60 tuổi.

Bảng 1: Triệu chứng cơ năng chính

Đặc điểm	Giá trị	n	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Cộm, đau nhức mắt	168	98,8
	Sợ ánh sáng	13	7,6
	Chảy nước mắt	105	61,8
	Nhìn mờ	128	75,3
	Triệu chứng khác	4	2,3

Các triệu chứng cơ năng chính (98,8%); nhìn mờ (75,3%); chảy nước mắt bao gồm: cộm hoặc đau nhức mắt mắt (61,8%); sợ ánh sáng (7,6%).

Bảng 2: Đặc điểm thương tổn VLGM

Đặc điểm	Giá trị	n	Tỷ lệ (%)
Vị trí ổ loét	Trung tâm	113	66,5
	Cạnh trung tâm	33	19,4
	Vùng rìa	23	13,5
	Không được ghi nhận	1	0,6
Kích thước ổ loét	$\leq 3\text{mm}$	61	35,9
	4-6mm	82	48,2
	>6mm	25	14,7
	Không được ghi nhận	2	1,2

Đặc điểm	Giá trị	n	Tỷ lệ (%)
Độ sâu ổ loét	<1/3 chiều dày GM	54	31,8
	1/3-2/3 chiều dày GM	65	38,2
	>2/3 chiều dày GM	45	26,5
	Không được ghi nhận	6	3,5
Tình trạng đáy ổ loét	Sạch	65	38,2
	Khô gồ cao/ khác	100	58,8
	Bần nhày	5	3,0
Tổn thương khác trên GM	Tân mạch	9	5,3
	Tủa, xuất tiết sau GM	99	58,2
	Thẩm lậu vệ tinh	57	33,5
	Vòng thâm nhiễm	12	7,1
Tình trạng tiền phòng	Sạch	80	47,1
	Tyndall(+)-Mủ TP<1mm	41	24,1
	Mủ TP ≥1mm	49	28,8
Biến chứng	Thủng giác mạc	37	21,8
	Tăng nhãn áp	9	5,3

Các đặc điểm thương tổn của VLGM cũng cho thấy nhận định trên khi đa số các thương tổn của mắt bị VLGM đều hướng đến chẩn đoán lâm sàng mức độ nặng: 66,5% các ổ loét nằm ở khu vực trung tâm giác mạc, 19,4% vị trí ổ loét cạnh trung tâm; về kích thước ổ loét >3mm chiếm đến 64,1% số ĐTNC; số ổ loét có độ sâu <1/3 chiều dày GM chỉ chiếm 31,8% trong khi có đến 38,2% ổ loét có chiều dày từ 1/3-2/3 GM và 26,5% ổ loét có chiều dày >2/3 GM; số ổ loét có đáy sạch chỉ chiếm 38,2%, có 58,8% đáy ổ loét ghi nhận trong

tình trạng khô-gồ cao và 2,4% đáy ổ loét bần nhày. Ngoài ra nghiên cứu cũng ghi nhận các tổn thương khác trên GM như tân mạch, tủa, xuất tiết sau GM, thẩm lậu vệ tinh hay vòng thâm nhiễm với tỷ lệ các tổn thương giao động từ 5,3%-58,2%. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ mắt VLGM có tiền phòng sạch chiếm 47,1%, tỷ lệ mắt có Tyndall(+)-Mủ TP<1mm và Mủ TP 1-3mm đều chiếm 24,1%, một tỷ lệ nhỏ ĐTNC có mủ TP>3mm (chiếm 4,7%). Biến chứng thủng GM ghi nhận trong 21,8% người bệnh và 5,3% ghi nhận biến chứng tăng

nhấn áp. Tỷ lệ biến chứng thủng GM trong nghiên cứu này thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây của Phạm Ngọc Đông với tỷ lệ thủng GM là 32,4% và nghiên cứu của Lê Anh Tâm ghi nhận tỷ lệ thủng GM là 30,49% và 9,30% doạ thủng GM. Các đặc điểm lâm sàng ở trên cũng đã thể hiện mức độ VLGM nặng của ĐTNC. Trong hồ sơ bệnh án, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán VLGM mức độ nặng là 78,2%; mức độ trung bình là 20,0%

và chỉ 1,2% người bệnh VLGM mức độ nhẹ. Điều này là hoàn toàn phù hợp với các đặc điểm lâm sàng đã nêu ở trên. Tỷ lệ người bệnh VLGM do tác nhân là nấm chiếm đa số với tỷ lệ 58,2%, vi khuẩn chỉ chiếm 39,4%, các tác nhân khác như Microsporidia, ACM hay Virus chỉ chiếm dưới 2%. Trong nghiên cứu của Lê Anh Tâm, tỷ lệ các tác nhân gây VLGM lần lượt là 50,8%; vi khuẩn 30,6%; virus chiếm 15,3%, ACM chiếm 1,4% và Mooren chiếm 1,9%.

Bảng 3: Phân loại viêm loét giác mạc

Đặc điểm	Giá trị	n	Tỷ lệ (%)
Phân loại	VLGM nhẹ	2	1,2
	VLGM trung bình	34	20,0
	VLGM nặng	133	78,2

Số ĐTNC bị VLGM nặng ở mức cao ghi nhận mắc VLGM ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 78,2%; chỉ 20,0% ĐTNC được và 1,2% ĐTNC mắc VLGM mức nhẹ.

Bảng 4: Tác nhân gây bệnh

Đặc điểm	Giá trị	n	Tỷ lệ (%)
Tác nhân	Vi khuẩn	67	39,4
	Nấm	99	58,2
	Virus	1	0,6
	ACM	1	0,6
	Microsporidia	2	1,2

Tác nhân gây viêm loét giác mạc chủ yếu là nấm (chiếm 58,2%), tiếp đến là vi khuẩn (chiếm 39,4%), tỷ lệ VLGM do các tác nhân khác như Microsporidia, virus hay ACM rất thấp (lần lượt là 1,2%; 0,6%; 0,6%).

KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của người bệnh viêm loét giác mạc là $54,44 \pm 14,52$. Vị trí ổ loét chủ yếu ở trung tâm. Kích thước ổ loét 4-6mm chiếm tỷ lệ cao. Tác nhân gây viêm loét giác mạc chủ yếu là nấm, tiếp đến là vi khuẩn, các

tác nhân khác như Microsporidia, virus hay ACM chiếm tỷ lệ rất nhỏ. Phân loại VLGM của đối tượng nghiên cứu; VLGM nặng chiếm tỷ lệ 78,2%; 20,0% VLGM mức độ trung bình và 1,2% VLGM nhẹ. Tỷ lệ biến chứng thủng giác mạc chiếm 21,8%.

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. **Nguyễn Văn Khôi** (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm loét giác mạc do nấm. *Luận án chuyên khoa cấp II ngành Nhãn khoa - Đại học Y Dược Huế*,
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 Nga Dương** (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và kết quả điều trị viêm giác mạc do Microsporidia. *Luận văn thạc sĩ Y học - Đại học Y Hà Nội*,
6. **Trần Anh Tuấn và Nguyễn Thị Quỳnh Như** (2014). Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm loét giác mạc do nấm và vi khuẩn. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 18 (1), 46-51
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. **Kibret Tihtina & Bitew Adane** (2016). Fungal keratitis in patients with



- corneal ulcer attending Minilik II Memorial Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Ophthalmology*, 16 (1), 148.
12. **Lim C. H. L. et al** (2016). Risk factors for contact lens-related microbial keratitis in Singapore. *Eye*, 30 (3), 447-455.
13. **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.
14. **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),
15. **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.
16. **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.
17. **Daas L. et al** (2015). The German Acanthamoeba keratitis register: Initial results of a multicenter study. *Ophthalmologe*, 112 (9), 752-76.

KHẢO SÁT HOẠT ĐỘNG THỊ GIÁC CỦA BỆNH NHÂN GLÔCÔM SỬ DỤNG BẢNG VF-14

*Đỗ Thùy Dung, Dương Quỳnh Chi, Phạm Thị Thu Thủy**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Sử dụng bảng VF-14 đánh giá mức suy giảm hoạt động thị giác của người bệnh glôcôm cũng như tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ suy giảm chức năng hoạt động thị giác do glôcôm của bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú khoa Glôcôm – Bệnh viện Mắt Trung Ương.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng bảng câu hỏi VF-14 phỏng vấn 1-1 bởi cán bộ đã qua đào tạo trên 100 bệnh nhân glôcôm đến khám tại phòng khám và điều trị ngoại trú (phòng khám Dixpance) khoa Glôcôm – Bệnh viện Mắt Trung Ương. Mức độ suy giảm chức năng hoạt động thị giác của người bệnh được xác định dựa theo thang điểm VF-14. Các khám nghiệm chức năng như thị lực, nhãn áp, thị trường và thực thể tại mắt cùng với các yếu tố toàn thân, gia đình cũng được đánh giá

Kết quả: Qua khảo sát 100 người bệnh glôcôm tham gia nghiên cứu (55% góc mở nguyên phát, 30% góc đóng nguyên phát, 14% glôcôm thứ phát, 1% glôcôm bẩm sinh) điểm VF -14 trung bình là 80.02 ± 20.29 , trong đó, tỷ lệ gặp khó khăn khi lái xe, đi xe máy hoặc xe đạp vào ban đêm là cao nhất, chiếm 73%, tỷ lệ gặp khó khăn kể cả khi đeo kính để nhận biết người ở gần là thấp nhất (24%). Tình trạng suy giảm hoạt động thị giác ở các mức độ không suy giảm, suy giảm tối thiểu, suy giảm nhẹ, vừa, nặng, nghiêm trọng lần lượt là 11%, 30%, 29%, 28%, 1% và 1%. Có mối liên quan giữa sự suy giảm hoạt động chức năng thị giác với nhóm tuổi, hình thái glôcôm và mức thị lực với $p < 0,05$.

Kết luận: Bảng câu hỏi VF-14 là một công cụ hữu ích trong việc đánh giá hoạt động thị giác nói riêng và chất lượng cuộc sống của người bệnh glôcôm nói chung.

Từ khóa: bảng VF-14, hoạt động thị giác, bệnh glôcôm

EVALUTED THE FUNCTIONAL IMPAIRMENT OF GLAUCOMA PATIENTS USING A VERSION OF VF-14 QUESTIONNAIR

Abstract

Purpose: Using table VF-14 to assess the degree of visual impairment

* Khoa Glôcôm

Người thẩm định: PGS.TS. Bùi Thị Vân Anh – Phòng Quản lý khoa học & đào tạo



in glaucoma patients as well as learn some factors related to the degree of visual impairment due to glaucoma of patients at the outpatient clinic of the Department of Glaucoma - VNIO.

Methods: *Descriptive study on 100 glaucoma patients One-to-one interview by trained interviewers was conducted on glaucoma patients seen in the Glaucoma Department of VNIO, using a version of VF-14 questionnaire. Visual acuity, visual field, IOP, gonioscopy, optic disc, history were evaluated. The severity of glaucoma was determined based on the better-eye Advanced Glaucoma Intervention Study Scale (AGIS) score of visual field analysis on the latest most reliable visual field.*

Results: *A total of 100 glaucoma patients were recruited (55% primary open-angle glaucoma, 30% primary angle-closure glaucoma, 14% secondary glaucoma and 1% congenital glaucoma) and majority with bilateral involvement. Mean VF-14 was 80.02 ± 20.29 score. The percentage of difficulty driving during the day and at night were 73% and difficulty recognizing people were 24%. 89% reduced functional impairment with 30% of mild, 29% of mild, 28% moderate, 1% of severe. There was a significant association between VF-14 scoring with age, the better-eye visual acuity and type of glaucoma ($p < 0.05$).*

Conclusion: *The version of VF-14 questionnaire is a useful tool in evaluating the functional impairment of glaucoma patients and quantifying quality of life among glaucoma patients.*

Key words: *VF-14, functional impairment, glaucoma*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là bệnh lý gây tổn hại thần kinh thị giác, tiến triển mãn tính, có thể dẫn đến mất thị lực và thị trường không hồi phục, làm ảnh hưởng tới sinh hoạt hàng ngày của người bệnh như học tập, làm việc và các hoạt động xã hội khác. Người bệnh glôcôm không chỉ gặp khó khăn khi vận động mà còn phải chịu nhiều tác động tâm lý khác nhau như sợ bị mù, hay các tác dụng phụ tiềm ẩn của can thiệp y tế và phẫu thuật, cũng như khó khăn tài chính do chi phí khám

bệnh và điều trị. Trước đây, chúng ta mới chỉ tập trung đánh giá lâm sàng, quản lý sát người bệnh glôcôm nhằm khống chế bệnh tiến triển. Gần đây, ngày càng có nhiều quan tâm đến việc đánh giá năng lực chức năng và chất lượng cuộc sống (QOL) của những người bệnh glôcôm¹.

Bảng VF-14 do Steinberg E.P người Đức đề xuất năm 1994, gồm 14 tiêu chí đánh giá các hoạt động hàng ngày từ việc đọc các bản in có kích thước khác nhau đến việc lái xe... theo 5 mức độ khó khăn, với

thang điểm từ 0 – 100². Bảng VF-14 được đánh giá là nhạy cảm hơn so với bảng câu hỏi “Chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe” (HRQOL) thông thường. Ban đầu, VF-14 chủ yếu sử dụng đánh giá trên người bệnh đục thể thủy tinh. Hiện nay, với tính hữu ích, tiện dụng (ngắn, đơn giản, phản hồi tốt), VF-14 đã được áp dụng đánh giá trên cả người bệnh glôcôm cũng như các bệnh mắt khác ở rất nhiều nước như Anh, Mỹ, Đức, Pháp, Canada, Hàn Quốc, Trung Quốc, Malai, Thái Lan³ Một số nghiên cứu đã chứng minh độ nhạy của bảng VF-14 khi đánh giá các hoạt động chức năng của người bệnh glôcôm. Tuy nhiên, tại Việt Nam, mới chỉ có 1 nghiên cứu đánh giá chức năng hoạt động thị giác dựa trên bảng VF-14 đối với bệnh nhân sau mổ thể thủy tinh⁴, chưa có nghiên cứu nào thực hiện với người bệnh glôcôm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá sự suy giảm chức năng hoạt động thị giác của người bệnh Glôcôm đến khám tại khoa Glôcôm bệnh viện Mắt trung ương sử dụng bảng VF-14
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ suy giảm chức năng hoạt động thị giác do glôcôm của người bệnh

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người

bệnh glôcôm đến khám tại Phòng Khám và điều trị ngoại trú khoa Glôcôm - Bệnh viện Mắt Trung Ương trong thời gian từ tháng 2/2021 đến tháng 11/2021, đủ sức khỏe để có thể cộng tác và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện

Phương tiện nghiên cứu: gồm phương tiện phục vụ khám và đánh giá kết quả chức năng, thực thể như bảng thị lực Snellen và hộp kính, nhãn áp kế không tiếp xúc, thị trường kế Humphrey, máy sinh hiển vi, kính soi đáy mắt gián tiếp Volk, kính soi góc tiền phòng. Bộ câu hỏi VF14.

Cách thức nghiên cứu: Chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Hỏi bệnh khai thác các thông tin chung của người bệnh như tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tiền sử glôcôm (thời gian mắc bệnh, đã can thiệp điều trị, theo dõi như thế nào), tiền sử bệnh mắt khác, bệnh toàn thân, tiền sử gia đình. Khám mắt: đánh giá tình trạng chức năng (thị lực, nhãn áp, thị trường) và tình trạng thực thể (bán phần trước, đĩa thị ...). Phỏng vấn người bệnh về các hoạt động hàng ngày theo bộ câu hỏi VF-14 và ghi nhận theo các mức độ của thang điểm VF14.

Đánh giá kết quả: gồm các thông tin chung về người bệnh (tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp). Đặc điểm bệnh lý glôcôm (mắt bị bệnh, thời gian mắc bệnh, hình thái, giai



đoạn glôcôm, tình trạng chức năng, 14 hoạt động đánh giá theo các thực thể). Tiền sử bệnh mắt, toàn mức độ ảnh hưởng: thân, gia đình. Điểm VF 14:

C: ô đã chọn	Không khó khăn (4đ)	Khó khăn ít (3đ)	Khó khăn vừa (2đ)	Thật sự khó khăn (1đ)	Không thể thực hiện được (0đ)
F: tổng điểm	× 4 =	× 3 =	× 2 =	× 1 =	× 0 =

Điểm VF- 14: $V = (F/C) \times 25$, trong mức độ khó khăn của mỗi hoạt động đó: C: là tổng số ô đã khoanh trong cột; F Đánh giá mức độ suy giảm chức năng hoạt động thị giác: là tổng điểm sau khi đã nhân hệ số theo

Điểm VF	Mức Độ Suy Giảm chức năng thị giác
Từ 0 đến 9	Nghiêm trọng
Từ 10 đến 29	Nặng
Từ 30 đến 74	Vừa phải
Từ 75 đến 92	Nhẹ
Từ 93 đến 98	Tối thiểu
Từ 99 đến 100	Không suy giảm

Số liệu sau khi thu thập, được xử lý bằng phần mềm SPSS 22. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %. Phân tích đơn biến tìm hiểu yếu tố liên quan. Trong thống kê so sánh, sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0.05$

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu trên 100 người bệnh, có tuổi trung bình là $48,22 \pm 15,7$ (cao nhất là 77, thấp nhất là 13 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ = 1,04. Về trình độ học vấn: tỷ lệ ≤ Trung học phổ thông chiếm đa số 65%, trình độ Trung cấp, cao đẳng, trình độ đại học, sau đại học lần lượt

là 17%, 15%, 3%. Đa số người bệnh có nghề nghiệp công nhân, nông dân (40%), số làm công việc khác chiếm tỷ lệ 29%, số công chức, viên chức chiếm 19% và buôn bán chiếm 12%. 36 % người bệnh nghiên cứu không có bệnh lý toàn thân, còn lại 64% có mắc bệnh toàn thân như bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường... 63% người bệnh có tiền sử bệnh khác tại mắt, trong đó tật khúc xạ chiếm tỷ lệ cao nhất 40%, tiếp theo là đục thể thủy tinh chiếm 15%, chấn thương 4%, bệnh giác mạc 3%, dịch kính võng mạc 1%. Số người bệnh có tiền sử gia đình mắc glôcôm chiếm tỷ lệ ít: 21%. 100% bệnh nhân

đã được can thiệp điều trị bằng thuốc, laser, phẫu thuật

Đặc điểm bệnh lý glôcôm: nhóm nghiên cứu có đa số bệnh nhân là hình thái glôcôm nguyên phát chiếm tỷ lệ 85%, trong đó glôcôm góc mở chiếm 55%, glôcôm góc đóng chiếm 30%, glôcôm thứ

phát chỉ có 14%. Về giai đoạn glôcôm **tính theo mắt** tốt hơn, tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn sơ phát chiếm 31%, giai đoạn tiến triển có 28%, giai đoạn trầm trọng có 19% và không có trường hợp nào ở giai đoạn gần mù hoặc mù. Thời gian mắc bệnh được phân bố như sau:

Bảng 1. Thời gian mắc bệnh

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 6 tháng	3	3.0%
6 tháng - < 2 năm	17	17.0%
2 năm - < 5 năm	26	26.0%
≥ 5 năm	54	54.0%
Tổng	100	100

Phần đông bệnh nhân đều đã mắc bệnh trên 5 năm, chiếm tỷ lệ 54%, thời gian mắc bệnh từ 2 năm - < 5 năm có 26%, và dưới 6 tháng chỉ có 3%.

3.2. Chức năng hoạt động thị giác theo thang điểm VF-14

Bảng 2. Phân bố người bệnh theo thị lực (Dựa theo thị lực mắt tốt)

Thị lực	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< ĐNT 3m	0	0.0%
ĐNT 3m - < 20/70	16	16.0%
20/70 - 20/30	34	34.0%
≥ 20/30	50	50.0%
Tổng	100	100

Trong nhóm nghiên cứu, không tỷ lệ có thị lực ≥ 20/30 chiếm 50% và trường hợp nào có thị lực của mắt tốt hơn dưới đếm ngón tay (ĐNT) 3m, 34% có thị lực mức 20/70-20/30

Bảng 3. Nhu cầu thị lực của người bệnh nghiên cứu

Nhu cầu thị lực	Nhìn xa		Nhìn trung Gian		Nhìn gần	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Thường xuyên	44	44	61	61	73	73

Thỉnh thoảng	51	51	34	34	21	21
Hiếm khi	5	5	5	5	6	6
Tổng	100	100	100	100	100	100

Hầu hết người bệnh đều có nhu cầu nhìn ở khoảng cách gần và trung gian với tần suất thường xuyên chiếm tới 73% và 61%.

Đánh giá điểm VF-14: Số điểm VF-14 trung bình là $80,02 \pm 20,29$, giá trị lớn nhất là 100 (11%), giá trị thấp nhất là 9 (1%).

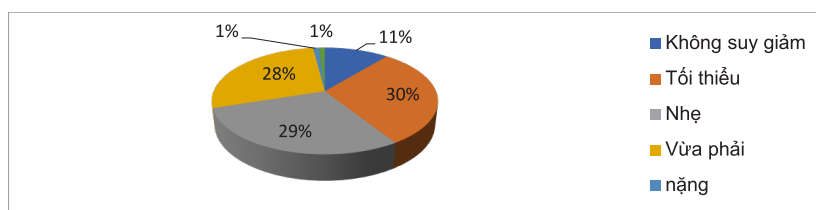
Bảng 4. Kết quả khảo sát hoạt động thị giác bằng VF14

Hoạt động	Khó khăn trong việc thực hiện		Tổng (n,%)
	Không (n,%)	Có (n,%)	
V1	35(35%)	65(65%)	100(100)
V2	46(46%)	54(54%)	100(100)
V3	65(65%)	35(35%)	100(100)
V4	76(76%)	24(24%)	100(100)
V5	71(71%)	29(29%)	100(100)
V6	54(54%)	46(46%)	100(100)
V7	42(42%)	58(58%)	100(100)
V8	60(60%)	40(40%)	100(100)
V9	62(62%)	38(38%)	100(100)
V10	42(42%)	58(58%)	100(100)
V11	64(64%)	36(36%)	100(100)
V12	61(61%)	39(39%)	100(100)
V13	48(48%)	52(52%)	100(100)
V14	27(27%)	73(73%)	100(100)

Như vậy, tỷ lệ người bệnh gặp khó khăn khi lái xe, đi xe máy hoặc xe đạp vào ban đêm là cao nhất (73%), tỷ lệ người bệnh gặp khó khăn kể cả khi đeo kính để nhận biết người ở

gần là thấp nhất (24%)..

Có 89% người bệnh bị suy giảm chức năng hoạt động thị giác ở các mức độ khác nhau.



Biểu đồ 1. Mức độ suy giảm chức năng hoạt động thị giác

3.3. Yếu tố liên quan đến suy giảm chức năng hoạt động thị giác

Tuổi:

Bảng 5. Liên quan giữa tuổi và suy giảm CNHĐTG

Nhóm tuổi	Suy giảm hoạt động thị giác		Tổng	p
	Không (%)	Có (%)		
< 40	4(12,9%)	27(87,1%)	31(100%)	p=0.03 <0,05
40 -< 60	7(15,9%)	37(84,1%)	44(100%)	
≥ 60	0(0%)	25(100%)	25(100%)	

Có mối liên quan giữa sự suy giảm nghiên cứu, tuổi càng cao tỷ lệ có hoạt động thị giác với độ tuổi ở nhóm giảm hoạt động thị giác càng nhiều.

Hình thái Glôcôm:

Bảng 6: Liên quan giữa hình thái glôcôm và suy giảm CNHĐTG

Hình thái glôcôm Không(%)		Suy giảm hoạt động thị giác		Tổng	p
		Có(%)			
Glôcôm nguyên phát	Góc đóng	1(3,3%)	29(96,7%)	30(100%)	p = 0.028 <0,05
	Góc mở	8(14,5%)	47(85,5%)	55(100%)	
Glôcôm thứ phát		2(14,3%)	12(85,7%)	14(100%)	
Glôcôm bẩm sinh		0(0%)	1(100%)	1(100%)	

Như vậy, có mối liên quan giữa cao hơn ở nhóm glôcôm nguyên phát sự suy giảm CNTG với hình thái góc đóng glôcôm, tỷ lệ giảm chức năng thị giác **Thị lực:**

Bảng 7: Liên quan giữa thị lực và suy giảm CNHĐTG

Thị Lực	Suy giảm hoạt động thị giác		Tổng	p
	Không (%)	Có (%)		
ĐNT 3m- <20/70	1(6,2%)	15(93,8%)	16(100%)	p= 0.007 <0,05
20/70- 20/30	2(5,9%)	32(94,1%)	34(100%)	
≥ 20/30	8(16%)	42(84%)	50(100%)	

Về thị lực, đánh giá CNTG dựa quan giữa sự suy giảm chức năng thị theo mắt tốt hơn, cho thấy có mối liên giác đối với thị lực chỉnh kính tối đa,

thị lực càng kém tỷ lệ giảm hoạt động thị giác càng nhiều, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0.007$)

IV. BÀN LUẬN

Thị giác là khả năng nhận và diễn giải thông tin từ ánh sáng đi vào mắt, thực hiện bởi hệ thị giác. Hoạt động thị giác thể hiện khả năng nhìn của mắt bao gồm nhận diện hình ảnh, phân biệt màu sắc, cảm nhận ánh sáng thường được đánh giá thông qua thị lực và thị trường, giúp con người duy trì các sinh hoạt hàng ngày, đảm bảo chất lượng cuộc sống. Khi biết được chất lượng cuộc sống của người bệnh đang bị ảnh hưởng như thế nào sẽ giúp bác sỹ điều trị ý thức tốt hơn về việc liệu có cần điều trị tích cực hơn hay không. Mặt khác, khi người bệnh hiểu được ảnh hưởng thực tế của bệnh glôcôm *đang tiến triển trong sinh hoạt hàng ngày sẽ thường dễ tuân thủ điều trị hơn*. Trong y văn đã có nhiều nghiên cứu sử dụng các bộ câu hỏi khác nhau liên quan tới các hoạt động thường ngày nhằm đánh giá hoạt động thị giác của bệnh nhân có các bệnh lý về mắt như đục thể thủy tinh, bệnh giác mạc, lác, võng mạc, glôcôm^{2,5,6,7}. Bảng VF-14 được Steinberg E.P đề xuất năm 1994, gồm 14 tiêu chí đánh giá các hoạt động hàng ngày như đọc các bản in có kích thước khác nhau, nhận biết người xung quanh, lên xuống cầu thang hay tham gia các phương tiện giao thông trong điều kiện trời sáng cũng như tối theo 5 mức độ khó khăn, với thang điểm từ 0 – 100. Dựa theo mức độ khó khăn của người bệnh khi

thực hiện mỗi hoạt động để đánh giá sự suy giảm hoạt động thị giác của họ. Ban đầu, thang điểm VF-14 được thực hiện trên bệnh nhân đục thể thủy tinh, sau đó đã được áp dụng trên bệnh nhân có các bệnh lý mắt khác mang lại kết quả khá tốt nhờ tính đơn giản và gần gũi của các câu hỏi.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 100 bệnh nhân glôcôm khám và điều trị tại phòng khám ngoại trú khoa Glôcôm – Bệnh viện Mắt Trung Ương với tuổi trung bình là $48,22 \pm 15,7$ (cao nhất là 77, thấp nhất là 13 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ = 1,04. Về hình thái glôcôm, chúng tôi gặp chủ yếu là hình thái glôcôm nguyên phát chiếm tỷ lệ 85% (trong đó glôcôm góc mở có 55% và góc đóng có 30%). Các hình thái glôcôm khác chiếm tỷ lệ ít với 14% glôcôm thứ phát và 1% glôcôm bẩm sinh. Tỷ lệ nhóm glôcôm nguyên phát trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Maharajah nghiên cứu trên bệnh nhân glôcôm ở Malaisia⁵. Đánh giá giai đoạn glôcôm dựa theo mắt tốt hơn, chúng tôi không có người bệnh nào ở giai đoạn gần mù và mù vì trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá theo thị lực của mắt tốt hơn có thể do trong thời gian dịch covid nên những bệnh nhân thị lực kém cả 2 mắt (giai đoạn gần mù, mù ở cả 2 mắt không đến khám). các giai đoạn khác chiếm tỷ lệ lần lượt là: 22% tiềm tàng, 31% sơ phát, 28% tiến triển và 19% trầm trọng. So với nghiên cứu của Maharajah, chúng tôi có tỷ lệ người bệnh ở giai đoạn nhẹ

nhiều hơn và giai đoạn nặng ít hơn, có thể bởi số liệu được thu thập trong giai đoạn dịch bệnh, những người già yếu, bệnh nặng thường hạn chế đi khám tại bệnh viện. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều đã có thời gian mắc bệnh glôcôm dài trên 2 năm (80%), chỉ 3% mới mắc bệnh dưới 6 tháng.

Hoạt động thị giác được thực hiện khi nhìn bằng cả 2 mắt nên khảo sát chức năng thị giác của nhóm nghiên cứu, chúng tôi đánh giá thị lực dựa theo mắt tốt hơn, thấy rằng tất cả người bệnh đều có mức thị lực từ ĐNT 3m trở lên và tỷ lệ người bệnh có thị lực tốt tăng dần. Cụ thể, tỷ lệ người có thị lực ĐNT 3m- <20/70; 20/70- 20/30; $\geq 20/30$ tương ứng là 16%, 34%, 50%. Trong sinh hoạt hàng ngày, số người bệnh có nhu cầu thị lực nhìn xa, nhìn trung gian, nhìn gần ở mức thường xuyên là 44%, 61% và 73%, ở mức thỉnh thoảng lần lượt là (51%, 34% và 21%) và ở mức hiếm khi lần lượt là (5%, 5% và 6%). Trong nghiên cứu này, thị trường được đánh giá theo từng mắt để phân giai đoạn bệnh, chúng tôi chưa có điều kiện đánh giá thị trường hai mắt để phân tích sự ảnh hưởng của thị trường trên bệnh nhân glôcôm với hoạt động thị giác. Toàn bộ nhóm nghiên cứu có nhãn áp điều chỉnh ở cả 2 mắt. Đánh giá theo thang điểm của bảng VF-14, nhóm nghiên cứu của chúng tôi có mức điểm trung bình là: $80,02 \pm 20,29$. Trong đó, tỷ lệ người bệnh gặp khó khăn khi lái xe, đi xe máy hoặc xe đạp vào ban đêm là cao nhất (73%), tỷ lệ người bệnh gặp

khó khăn kể cả khi đeo kính để nhận biết người ở gần là thấp nhất (24%). Tỷ lệ người bệnh glôcôm có suy giảm chức năng hoạt động thị giác chung là 89%, với tỷ lệ theo từng mức độ suy giảm tối thiểu, nhẹ, vừa, nặng, nghiêm trọng lần lượt là 30%, 29%, 28%, 1% và 1%. Cho đến nay, không có đủ dữ liệu lâm sàng để chứng minh một cách rõ ràng rằng bằng câu hỏi chất lượng cuộc sống có thể thay đổi điều trị và tạo ra kết quả tốt hơn. Tuy nhiên, việc người bệnh điền vào bảng câu hỏi như vậy sẽ mang lại một số lợi ích, giúp người bệnh hiểu rõ hơn về ảnh hưởng trực tiếp của bệnh đến cuộc sống hàng ngày và có thể tuân thủ điều trị tốt hơn cũng như quan tâm đến sức khỏe của mình hơn trước.

Đánh giá mối liên quan của suy giảm hoạt động thị giác với một số yếu tố khác nhau, chúng tôi nhận thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê với tuổi, hình thái glôcôm và thị lực mắt của mắt tốt hơn. Tuổi dưới 60, hình thái glôcôm góc mở nguyên phát bị ảnh hưởng hoạt động thị giác nhiều hơn và thị lực càng kém càng giảm hoạt động thị giác. Tác giả Maharajah K.R (2008) cũng thấy có mối liên quan yếu giữa suy giảm chức năng thị giác và tuổi ($r=-0,313$, $p= 0,001$)⁵. Nghiên cứu của Thomas (2004) cho rằng: hai bệnh nhân có cùng mức độ tổn thương glôcôm có thể bị ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ theo những cách hoàn toàn khác nhau. Nếu một người 65 tuổi đã nghỉ hưu và ít vận động, việc giảm định hướng không

gian và độ nhạy tương phản có thể không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống như đối với một bệnh nhân tương tự đang làm việc và năng động⁶. Ngoài ra, chúng tôi cũng khảo sát mối liên quan giữa giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, bệnh lý toàn thân, tiền sử gia đình, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh glôcôm với sự suy giảm hoạt động chức năng thị giác nhưng không thấy sự liên quan có ý nghĩa, có thể do số lượng bệnh nhân chưa nhiều và phân bố không đồng đều ở các nhóm. Trong nghiên cứu của Maharajah (2008) thấy rằng có mối liên quan giữa suy giảm chức năng thị giác với tổn thương thị trường cũng như giai đoạn bệnh glôcôm, tỷ lệ bệnh nhân có khó khăn khi nhận ra người xung quanh chiếm 73,7% ở giai đoạn bệnh nặng nhưng chỉ có 10,5% với giai đoạn sớm. Rất khó khăn để xác định tổn thương hình ảnh ở mức độ nào trên người bệnh tổn hại thị trường. Những người có tổn hại về thị trường mức tiến triển trở lên sẽ gặp nhiều khó khăn hơn trong thực hiện các hoạt động hàng ngày của họ. Khả năng đọc viết cũng như trình độ học vấn cũng có thể ảnh hưởng. Kết quả VF-14 cũng có thể bị

ảnh hưởng bởi sự hiện diện của các bệnh đi kèm khác tại mắt như bệnh mạch máu võng mạc hoặc bệnh lý hoàng điểm^{8,9,10}. Theo tác giả Thomas (2004), chất lượng cuộc sống có thể bị giảm đáng kể do bệnh glôcôm ngay cả ở giai đoạn rất sớm và bệnh nhân có thể cần nhiều sự trợ giúp hơn những gì mà chúng ta đang cung cấp như chỉ kiểm tra thị lực đơn thuần, tình trạng nhãn áp, thị trường hay *đánh giá đĩa thị*.

KẾT LUẬN

Sử dụng bảng VF-14 có ý nghĩa trong đánh giá sự suy giảm chức năng hoạt động thị giác của người bệnh glôcôm. Điểm VF-14 trung bình của nhóm nghiên cứu là: $80.02 \pm 20,29$. Tỷ lệ người bệnh glôcôm có suy giảm chức năng hoạt động thị giác chung là 89%, với tỷ lệ theo từng mức độ suy giảm tối thiểu, nhẹ, vừa, nặng, nghiêm trọng lần lượt là 30%, 29%, 28%, 1% và 1%. Có mối liên quan giữa tuổi, hình thái glôcôm và thị lực đến mức độ suy giảm hoạt động thị giác. Tuổi dưới 60, hình thái glôcôm góc mở nguyên phát bị ảnh hưởng hoạt động thị giác nhiều hơn và thị lực càng kém càng giảm hoạt động thị giác

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Parrish RK II** (1996). Visual impairment, visual functioning, and quality of life assessments in patients with glaucoma. *Trans Am Ophth Soc*, 94: 919-1028 (page 924).
2. **Steinberg EP, Tielsch JM, et al** (1994). The VF-14, An index of functional impairment in patients with cataract. *Arch Ophthalmol*, 112: 630-638.
3. **Fumiko Kishimotoa, and Hiroshi Ohtsuki** (2012). Comparison of VF-14 Scores among Different Ophthalmic Surgical Interventions. *Acta Med. Okayama*, Vol. 66, No. 2, pp. 101-110

- 4. Ngô Thị Xuân Thao, Ngô Thị Tiên, Trần Hải (12/2021).** Suy giảm hoạt động thị giác và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động thị giác ở bệnh nhân đục thể thủy tinh được khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học, tập 147, số 11, 110 -117
- 5. Maharajah K.R et al (2008).** Modified Bahasa Malaysia version of VF-14 questionnaire: assessing the impact of glaucoma in rural area of Malaysia' Clinical and Exp Opth 2008, 36, pp222-231
- 6. Thomas E.B et al (2004).** Glaucoma: the Quality of Life Factor. Review of Opth
- 7. Shutimapom T et al (2005)** "Health Related Quality of Life Instruments for Glaucoma: A comprehensive Review: J Med Assoc Thai, Vol 88 Supl 9
- 8. Spaeth G, Walt J and Keener J (2006)** Evaluation of quality of life for patients with glaucoma. Am J Ophthalmol 141: 3-14.
- 9. Mckean-Cowdin R, Wang Y, MS J Wu, Azen SP and Varma R (2008)** Los Angeles Latino Eye Study Group: Impact of visual field loss on health-related quality of life in glaucoma. The Los Angeles Latino Eye Study. Ophthalmology 115: 941-948.
- 10. Evans K, Law SK, Walt J, Buchholz P and Hansen J (2009)** The quality of life impact of peripheral versus central vision loss with a focus on glaucoma versus age-related macular degeneration. Clin Ophthalmol 3: 433-445.



CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LẬT MI

Nguyễn Minh Hà*, Nguyễn Ngân Hà**

TÓM TẮT:

Lật mi là tình trạng bờ mi lật ra ngoài không áp vào nhãn cầu gây chảy nước mắt vì điểm lệ không thực hiện vai trò dẫn thoát, lâu ngày dẫn đến dày kết mạc do sừng hóa, loét giác mạc do hở mi. Trong bài tổng quan này, chúng tôi trình bày chẩn đoán, chỉ định phẫu thuật lật mi và chăm sóc bệnh nhân trước, sau phẫu thuật điều trị lật mi.

Từ khoá: Lật mi, chăm sóc hậu phẫu.

1. Bệnh lật mi

1.1. Khái niệm

Lật mi là tình trạng bờ mi lật ra ngoài không áp vào nhãn cầu gây chảy nước mắt vì điểm lệ không thực hiện vai trò dẫn thoát, lâu ngày dẫn đến dày kết mạc do sừng hóa, loét giác mạc do hở mi. Lật mi thường được ghi nhận là tại mi dưới, có một số trường hợp lật mi trên có thể thấy trong lật mi do sẹo, sau bỏng, u mi và lật mi bẩm sinh với những trẻ em mắc các hội chứng biến đổi gen (hội chứng Down, hội chứng Collins...).

Nguyên nhân gây lật mi rất phức tạp và đa dạng: do nhão cơ ở người già, do sẹo sau chấn thương mi mắt, do các u xuất hiện trên mi mắt, biến chứng sau phẫu thuật mi mắt, phản ứng với các loại thuốc nhỏ mắt, liệt dây thần kinh VII....

1.2. Chẩn đoán lật mi

Bệnh nhân lật mi thường đến khám với triệu chứng kích thích hoặc

đỏ mắt, chảy nước mắt. Bệnh nhân có thể có tiền sử sử dụng 1 số loại thuốc nhỏ mắt (thuốc điều trị glôcôm), tiền sử bỏng, phẫu thuật hoặc chấn thương mi mắt, ung thư da mi, liệt dây thần kinh mặt. Bệnh có 2 thể: thể nhẹ và thể nặng. Thể nhẹ gồm các dấu hiệu lật điểm lệ, co kéo bờ mi, hở củng mạc. Thể nặng được chẩn đoán khi có các dấu hiệu sừng hóa kết mạc và bệnh lý giác mạc do hở mi. Chẩn đoán lật mi dựa trên các dấu hiệu lâm sàng.

1.3. Phẫu thuật điều trị lật mi

Phẫu thuật điều trị lật mi được chỉ định trong các trường hợp:

- Lật mi gây bệnh lý giác mạc do hở mi
- Lật mi gây bệnh lý kết mạc mãn tính
- Lật mi gây chảy nước mắt do lật điểm lệ
- Lật mi ảnh hưởng đến thẩm mỹ

*Khoa Gây mê hồi sức

**Khoa Tạo hình thẩm mỹ mắt & vùng mặt.

Người tham định: TS. Nguyễn Quốc Anh – Khoa Tạo hình thẩm mỹ mắt & vùng mặt.

2. Chăm sóc bệnh nhân trước và sau phẫu thuật điều trị lật mi

2.1. Trước phẫu thuật

- Đo thị lực
- Hỏi bệnh các triệu chứng chủ quan: kích thích, đỏ mắt, chảy nước mắt
- Theo dõi bệnh lý giác mạc do hở mi. Nếu có, điều trị kháng sinh và nước mắt nhân tạo dạng gel.
- Đánh giá toàn trạng trước mổ: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, thể trạng.

2.2. Sau phẫu thuật

- Thuốc: Thuốc giảm đau, kháng sinh, chống phù nề, mỡ kháng sinh,...
- Thay băng hàng ngày
- Cắt chỉ khâu da sau 10 ngày
- Khám lại sau 10 ngày, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng
- Ghi nhận các chỉ số theo dõi và phát hiện biến chứng sau phẫu thuật:
 - Trong thời kỳ hậu phẫu (10 ngày đầu):
 - + Đánh giá tình trạng mi: phù nề, tấy đỏ
 - + Đánh giá sự liền mép mổ
 - + Các biến chứng: chảy máu, tụ máu, nhiễm trùng
 - Sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng:
 - + Đánh giá tình trạng đảo mi, phù mi, tình trạng da mi và mô dưới da

- + Đánh giá mức độ cải thiện các triệu chứng chủ quan
- + Đánh giá cải thiện mức độ lật mi
- + Đánh giá độ hở khi nhắm mắt
- + Đánh giá cải thiện triệu chứng bệnh giác mạc do hở mi
- + Đánh giá cải thiện về mặt thẩm mỹ
- + Với các trường hợp lật mi cần ghép da:

Đánh giá tình trạng mảnh da ghép sống hay không sống. Với các mảnh ghép sống, đánh giá:

- Kết quả tốt: mảnh ghép phẳng, màu sắc tương ứng vùng mi xung quanh, độ cong bờ mi dưới đều
- Kết quả trung bình: mảnh ghép phẳng, màu sắc gần tương ứng vùng mi xung quanh, độ cong bờ mi dưới đều
- Kết quả kém: Mảnh ghép co kéo hoặc màu sắc không tương ứng vùng mi xung quanh hoặc độ cong bờ mi dưới không đều

3. Kết luận

Lật mi thường được bệnh nhân tự phát hiện tương đối sớm do chảy nước mắt nhiều, gây ảnh hưởng đến cuộc sống, sinh hoạt. Cùng với đó việc bị lật mi ra ngoài cũng khiến cho bệnh nhân cảm thấy không hài lòng với thẩm mỹ khuôn mặt. Biến chứng lâu ngày của lật mi cũng rất nghiêm trọng, do việc không thể khép kín mắt nên phần nhãn cầu bên trong có thể tiếp xúc với các tác nhân bên ngoài



gây ra các hiện tượng khô mắt, viêm kết mạc, viêm loét giác mạc... ảnh hưởng đến thị lực của bệnh nhân, một số trường hợp có thể gây mù lòa. Việc chăm sóc trước và sau phẫu thuật lật mi là đặc biệt quan trọng, giúp phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng nhằm bảo vệ bề mặt nhãn cầu và phục hồi chức năng mi mắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Phạm Trọng Văn** (2011), “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hờ mi “, Y học thực hành 711, tr. 143 - 145.
2. **Đỗ Như Hơn** (2012), “Nhãn khoa tập 1”, NXB Y học.
3. **Đỗ Như Hơn** (2012), “Nhãn khoa tập 2”, NXB Y học.
4. **R. W. Damasceno, M. H. Osaki, P. E. Dantas và các cộng sự** (2011), “Involitional entropion and ectropion of the lower eyelid: prevalence and associated risk factors in the elderly population”, Ophthal Plast Reconstr Surg, 27(5), tr. 317-20.
5. **Daliborka Miletić, Biljana Kuzmanović Elabjer, Damir Bosnar và các cộng sự** (2010), “Our approach to operative treatment of lower lid ectroion”, Acta Clin Croat, 49, tr. 283-287

CHĂM SÓC MẮT THỜI KỲ COVID-19: GIẢM NGUY CƠ LÂY NHIỄM CHO NHÂN VIÊN Y TẾ

*Hoàng Thị Phương Thúy, Bùi Thanh Sơn**

Vi rút Corona (CoV) là một họ vi rút ARN lớn, có thể gây bệnh cho cả động vật và con người. Ở người, coronavirus có thể gây ra một loạt bệnh, từ cảm lạnh thông thường đến các tình trạng bệnh nặng như Hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS-CoV) năm 2002 và Hội chứng hô hấp Trung Đông (MERS-CoV) năm 2012. Từ tháng 12 năm 2019, một chủng vi rút corona mới (SARS-CoV-2) đã được xác định là căn nguyên gây dịch Viêm đường hô hấp cấp tính (COVID-19) tại thành phố Vũ Hán (tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc), sau đó lan rộng ra toàn thế giới gây đại dịch toàn cầu. Từ đó đến nay, vi rút cũng đột biến tạo ra nhiều biến thể khác nhau. Điều thú vị là người đầu tiên phát hiện ra chủng vi rút này là một bác sĩ nhãn khoa người Trung Quốc (Li Wenliang) thông qua việc khám cho bệnh nhân nghi nhiễm có triệu chứng về mắt. Bên cạnh nguồn lây nhiễm chủ yếu qua đường giọt bắn hô hấp thì các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy khả năng lây nhiễm qua nước mắt của bệnh nhân nhiễm Covid-19. Do vậy việc phòng tránh chống lây nhiễm đối với nhân viên y tế trong chăm sóc mắt bệnh nhân là hết sức quan trọng.

1. Đường lây truyền

SARS-CoV-2 lây trực tiếp từ người sang người qua đường hô hấp (qua giọt bắn là chủ yếu khi hắt hơi, ho, nói chuyện trực tiếp...) và qua tiếp xúc với các bề mặt bị ô nhiễm (như tay nắm cửa). SARS-CoV-2 cũng có khả năng lây truyền qua khí dung ở trong những không gian kín, đông người và thông gió hạn chế hoặc nơi có nhiều thao tác tạo khí dung như trong các cơ sở điều trị. Khả năng vi rút tồn tại trong môi trường phụ thuộc vào nhiệt độ, độ ẩm, bản chất bề mặt ô nhiễm. Trên bề mặt là nhựa, vi rút có thể tồn tại đến vài ngày, trên bìa cứng là 24 tiếng còn các hạt khí dung trong không khí là vài tiếng.

SARS-CoV-2 gắn vào tế bào vật

chủ thông qua protein ACE2 trên bề mặt. Bên cạnh việc hiện diện trên các tế bào biểu mô ở phổi, đường tiêu hóa... ACE2 cũng được tìm thấy ở các mô nhãn cầu như kết mạc, giác mạc, thủy dịch và dịch kính. Tuy nhiên vẫn chưa có bằng chứng rõ ràng về việc lây nhiễm vi rút thông qua ACE2 ở mắt. Một giả thuyết khác được nêu ra có thể vi rút được lan truyền từ nước mắt trên bề mặt nhãn cầu (thông qua việc phát hiện vi rút trong nước mắt bằng PCR) qua hệ thống lệ đạo xuống mũi và xâm nhập đường hô hấp trên.

2. Biểu hiện lâm sàng

Người bệnh COVID-19 có thể phát tán vi rút từ 2 ngày trước khi có triệu chứng đầu tiên và phát tán



manh nhất trong 3 ngày đầu từ khi biểu hiện các triệu chứng. Phổ bệnh của COVID-19 đa dạng từ người nhiễm không có triệu chứng, có các triệu chứng nhẹ như viêm đường hô hấp trên cho tới những biểu hiện bệnh lý nặng như viêm phổi nặng, hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) nhiễm khuẩn huyết suy chức năng đa cơ quan và tử vong. Người cao tuổi, người có bệnh mạn tính hay suy giảm miễn dịch, hoặc có đồng nhiễm hay bội nhiễm các căn nguyên khác như vi khuẩn, nấm sẽ có nguy cơ diễn biến nặng nhiều hơn.

Biểu hiện ở mắt thường gặp là viêm kết mạc cấp, với việc có thể phát hiện vi rút thông qua PCR với bệnh phẩm lấy từ bề mặt kết mạc. Các nghiên cứu cho thấy vi rút được phát hiện ở khoảng 25% số mắt viêm kết mạc cấp, chiếm khoảng 10% tổng số bệnh nhân nhiễm Covid-19. Do vậy tiếp xúc với nước mắt và các chất tiết từ mắt viêm kết mạc của bệnh nhân có thể lây nhiễm vi rút. Trong thực tế thực hành lâm sàng nhãn khoa, nhân viên y tế thường xuyên phải tiếp xúc với các chất tiết từ mắt cũng như giọt bắn từ đường hô hấp khi giao tiếp gần làm tăng đáng kể nguy cơ lây nhiễm.

3. Phòng tránh lây nhiễm

3.1. Hạn chế tiếp xúc

Việc giảm thiểu nguy cơ tiếp xúc với bệnh nhân nhiễm Covid-19 có thể thực hiện thông qua trì hoãn các cuộc hẹn khám hoặc phẫu thuật thường quy không cấp thiết. Trong trường hợp cấp cứu về nhãn khoa hay cần thiết phải hẹn thăm khám và

phẫu thuật, bệnh nhân trước khi đến khám cần được hỏi kỹ thông tin về dịch tễ cũng như các triệu chứng nghi nhiễm Covid-19 nếu có. Việc này có thể được thực hiện qua điện thoại khi bệnh nhân đặt lịch khám hoặc tại khu vực riêng trước khi vào khám bệnh. Nếu bệnh nhân nghi nhiễm cần được khám tại khu vực cách ly riêng để loại trừ Covid-19. Bệnh nhân mắc Covid-19 nếu có cấp cứu về nhãn khoa thì cần thăm khám và điều trị riêng với đầy đủ trang bị phương tiện phòng hộ cá nhân.

3.2. Các biện pháp dự phòng lây truyền

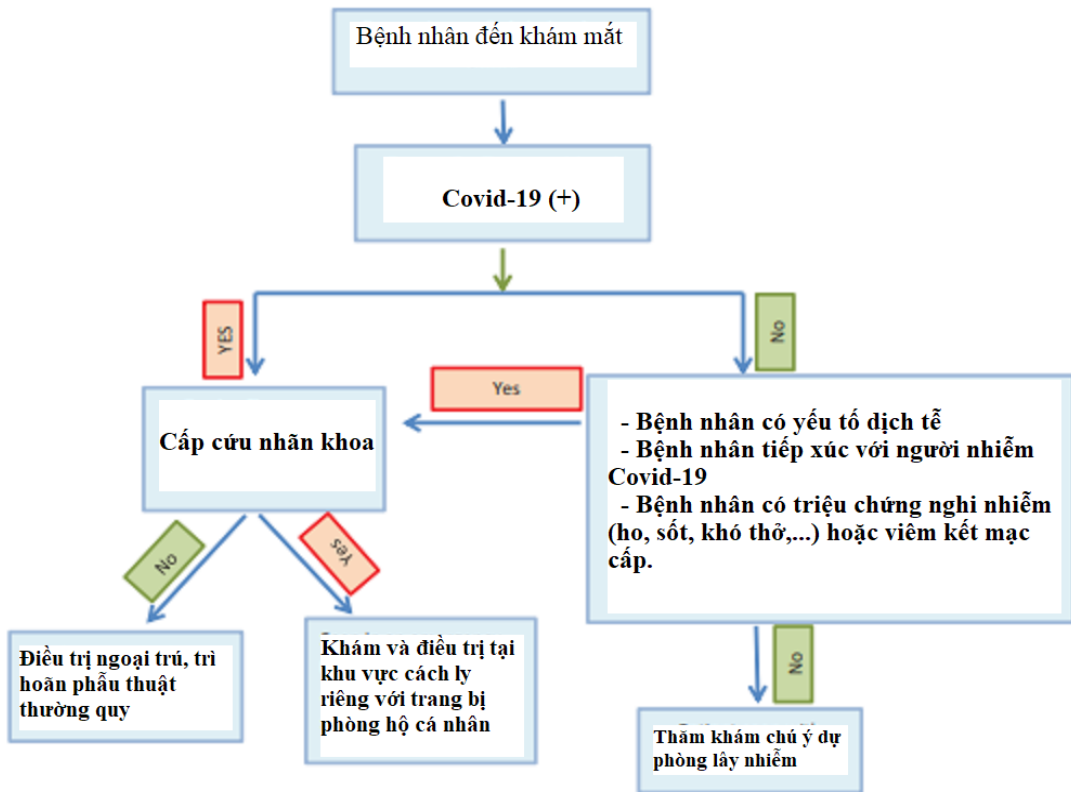
- *Đối với bệnh nhân*: đeo khẩu trang, bảo đảm khoảng cách giữa các người bệnh $\geq 2m$, hướng dẫn che mũi miệng khi ho, hắt hơi và rửa tay ngay sau khi tiếp xúc dịch hô hấp.

- *Đối với nhân viên y tế*: giảm thiểu tối đa thời gian tiếp xúc với bệnh nhân, hạn chế làm các thủ thuật xét nghiệm không thực sự cần thiết, khi thăm khám chăm sóc cần đeo khẩu trang y tế (N95), có dụng cụ bảo vệ mắt (tấm chắn, kính bảo hộ), thường xuyên vệ sinh tay thường quy với nước sát khuẩn tay có chứa 70-90% ethanol hoặc 0,1% sodium hypochlorite, găng tay sau khi sử dụng cần được loại bỏ tránh sát khuẩn ngoài găng cũng như tái sử dụng trên nhiều bệnh nhân. Khi làm thủ thuật hoặc phẫu thuật có nguy cơ tiếp xúc trực tiếp với dịch tiết của bệnh nhân cần mặc đồ bảo hộ cá nhân (PPE) theo đúng quy trình.

- *Đối với bề mặt tiếp xúc*: các dụng cụ thăm khám trực tiếp (sinh

hiển vi, nhãn áp kế, kính soi góc, máy xét nghiệm như siêu âm, điện võng mạc, dụng cụ thủ thuật phẫu thuật...) cần được vệ sinh khử khuẩn thường xuyên theo đúng quy trình. Sinh hiển

vi có thể lắp thêm tấm che để hạn chế nguy cơ tiếp xúc giọt bắn. Các vật dụng bề mặt xung quanh như tay nắm cửa, mặt bàn... cũng cần được vệ sinh thường xuyên.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soumen S., Rupesh A., Richa P. et al (2020). COVID-19: Limiting the Risks for Eye Care Professionals, *Ocular Immunology and Inflammation*, 3,28(5), 714-720.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19. Bộ Y tế, 2022.

LỄ CÔNG BỐ QUYẾT ĐỊNH BỔ NHIỆM LẠI PHÓ GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG ĐỐI VỚI PGS.TS. PHẠM NGỌC ĐÔNG

*Vũ Hòa Long **

Sáng 07/11/2022 tại bệnh viện Mắt Trung ương, Bộ Y tế tổ chức Lễ công bố quyết định bổ nhiệm lại Phó Giám đốc phụ trách chuyên môn Bệnh viện Mắt Trung ương đối với PGS.TS. Phạm Ngọc Đông. Tới dự buổi lễ có đồng chí Đỗ Xuân Tuyên, Phó Bí thư Ban Cán sự Đảng, Thứ trưởng Bộ Y tế; đồng chí Nguyễn Hồng Sơn, Vụ trưởng Vụ Tổ chức cán bộ; đại diện một số Vụ, Cục, Văn phòng Bộ Y tế; Đảng ủy, Ban Giám đốc; lãnh đạo các khoa phòng và cán

bộ viên chức Bệnh viện Mắt Trung ương.

Tại buổi lễ, thừa ủy quyền của Bộ trưởng Bộ Y tế, đồng chí Nguyễn Hồng Sơn, Vụ trưởng Vụ Tổ chức cán bộ công bố quyết định số 2960/QĐ/BYT ngày 31/10/2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế quyết định bổ nhiệm lại Phó Giám đốc phụ trách chuyên môn Bệnh viện Mắt Trung ương đối với PGS.TS. Phạm Ngọc Đông. Quyết định có hiệu lực 05 năm kể từ ngày ký.



Thứ trưởng Đỗ Xuân Tuyên trao QĐ bổ nhiệm lại cho PGS.TS. Phạm Ngọc Đông

Đồng chí Thứ trưởng Đỗ Xuân Tuyên, thay mặt lãnh đạo Bộ Y tế chúc mừng cá nhân PGS.TS. Phạm Ngọc Đông tiếp tục được tin nhiệm giữ chức vụ Phó Giám đốc phụ trách chuyên môn Bệnh viện Mắt Trung ương, đây không chỉ là niềm vinh dự đối với cá nhân PGS.TS. Phạm Ngọc Đông mà còn là niềm vinh dự đối với tập thể Đảng ủy, Ban giám đốc cũng như toàn thể CBVC bệnh viện.

Thứ trưởng đề nghị PGS.TS. Phạm Ngọc Đông tiếp tục cùng tập thể Ban giám đốc bệnh viện phát huy tinh thần đoàn kết, nêu cao trách nhiệm, kế thừa thành tích đạt được tiếp tục phấn đấu hoàn thành tốt nhiệm vụ được giao, xây dựng bệnh viện ngày càng phát triển đáp ứng được nhu cầu ngày càng cao của xã hội xứng đáng là Bệnh viện Mắt đầu ngành của Bộ Y tế.



Thứ trưởng Đỗ Xuân Tuyên phát biểu ý kiến tại buổi lễ



PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp phát biểu tiếp nhận những ý kiến chỉ đạo của Thứ trưởng

Tiếp thu ý kiến chỉ đạo của Thứ trưởng Đỗ Xuân Tuyên, PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp, Bí thư Đảng ủy - Giám đốc bệnh viện trân trọng cảm ơn sự quan tâm chỉ đạo sát sao của Ban cán sự Đảng, lãnh đạo Bộ Y tế, khẳng định sẽ cùng Đảng ủy,

tập thể Ban Giám đốc, lãnh đạo các khoa phòng và viên chức người lao động trong bệnh viện tiếp tục kế thừa sự phát triển của các thế hệ đi trước, phát huy tinh thần đoàn kết, đưa Bệnh viện Mắt Trung ương ngày càng phát triển.



PGS.TS. Phạm Ngọc Đông phát biểu nhận nhiệm vụ PGĐ phụ trách chuyên môn



Phòng Điều dưỡng tặng hoa chúc mừng PGS.TS. Phạm Ngọc Đông

Phát biểu tại buổi lễ nhận nhiệm vụ Phó Giám đốc phụ trách chuyên môn Bệnh viện PGS.TS. Phạm Ngọc Đông trân trọng gửi lời cảm ơn đến Ban cán sự Đảng, Lãnh đạo Bộ Y tế, Ban Giám đốc Bệnh viện Mắt Trung ương, lãnh đạo các Khoa, phòng cùng toàn thể các cán bộ, viên chức trong bệnh viện đã dành sự ủng hộ và tín nhiệm đối với đồng chí. PGS. TS. Phạm Ngọc Đông cũng ý thức được trách nhiệm và những khó

khăn, thử thách trước mắt mà lãnh đạo bệnh viện phải vượt qua để đưa bệnh viện ổn định phát triển. PGS. Phạm Ngọc Đông bày tỏ tin tưởng dưới sự chỉ đạo của Bộ Y tế, sự lãnh đạo của Đảng uỷ, BGĐ bệnh viện, sự quyết tâm đồng lòng của tập thể CBVC bệnh viện Mắt TW sẽ vượt qua mọi khó khăn, hoàn thành tốt nhất nhiệm vụ được giao, xứng đáng là bệnh viện chuyên khoa đầu ngành của cả nước.

HỢP TÁC ĐÀO TẠO ĐIỀU DƯỠNG CHUẨN QUỐC TẾ GIỮA BỆNH VIỆN MẮT TW VÀ TRUNG TÂM MẮT QUỐC GIA SINGAPORE

Vũ Hòa Long *

Từ ngày 6 - 10/6/2022 đoàn chuyên gia Trung tâm Mắt Quốc gia Singapore do ông Thiyagarajan Jayabaskar - Giám đốc đào tạo làm trưởng đoàn đã đến thăm và làm việc tại Bệnh viện Mắt TW. Mục đích chuyến thăm và làm việc giữa 2 bên nhằm tăng cường mối liên kết chặt chẽ giữa các thành viên cấp lãnh đạo và nhóm điều hành; Đào tạo thí điểm đội ngũ giảng viên tại Bệnh viện Mắt TW bằng giảng dạy và thảo luận tương tác trực tiếp, tiến tới xây dựng chương trình cho toàn hệ thống nhãn khoa Việt Nam. PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp – Giám đốc bệnh viện, PGS.TS. Cung Hồng Sơn – P. Giám đốc bệnh viện, Giám đốc Trung tâm Đào tạo – Chỉ đạo tuyến, PGS.TS. Bùi Thị Vân Anh – Trưởng phòng

QLKH- Đào tạo và các bác sĩ, chuyên viên phòng Đào tạo đã dành nhiều thời gian làm việc với đoàn.

Trong 1 tuần làm việc, 2 bên đã có 5 phiên họp và thảo luận nhằm trao đổi thông tin, thống nhất nội dung giảng dạy và hoạch định chiến lược phát triển chương trình đào tạo tại Việt Nam. Đặc biệt 2 bên đã tổ chức thành công lớp đào tạo thí điểm cho 10 học viên là các bác sĩ, điều dưỡng nhiều kinh nghiệm của bệnh viện. Lớp học cung cấp cho các học viên kiến thức và kỹ năng đào tạo trực tuyến LMS và kỹ năng giảng dạy thực hành lâm sàng. Đây sẽ là đội ngũ giảng viên nòng cốt cho các khóa đào tạo điều dưỡng đạt chuẩn quốc tế sau này.



Lớp đào tạo thí điểm đội ngũ giảng viên tại Bệnh viện Mắt TW



Ông Thiyagarajan Jayabaskar phát biểu khai giảng lớp học

KIỂM TRA TAY NGHỀ CHO CÁC ĐIỀU DƯỠNG, KỸ THUẬT VIÊN TRẺ

Vũ Hòa Long *

Thực hiện quyết định số 1000/QĐ-BVMTW, chiều ngày 25/10/2022 Bệnh viện Mắt TW đã tổ chức kiểm tra tay nghề cho các điều dưỡng, kỹ thuật viên trẻ công tác dưới 5 năm tại bệnh viện. Đây là hoạt động thường niên nhằm nâng cao trình độ chuyên môn cho các nhân viên y tế. Đối với các điều dưỡng chuyên khoa mắt, nội dung thi tập trung vào các kiến

thức chuyên sâu về khúc xạ như cân bằng 2 mắt test +1, sử dụng trụ chéo Jackson, đọc và thử kính trên kết quả soi bóng đồng tử... Đối với các điều dưỡng khoa GMHS, KTV khoa Xét nghiệm, KSNK sẽ bốc thăm câu hỏi thi theo kỹ thuật chuyên khoa. Kết quả 18/18 thí sinh dự thi đạt, 8/18 thí sinh đạt điểm giỏi.



Hội đồng kiểm tra tay nghề các điều dưỡng trẻ