



BAN BIÊN TẬP:

Trưởng ban biên tập:

Chịu trách nhiệm xuất bản:
PGS. TS. BSCC. TRẦN AN

Phó trưởng ban biên tập:

TS. BS. NGUYỄN XUÂN HIỆP
THS. ĐD. LÊ HOÀNG YẾN

Ủy viên:

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

BAN THƯ KÝ:

ThS. ĐD. LÊ HOÀNG YẾN
Trưởng ban
CN. NGUYỄN HỒNG HẠNH
CN. NGUYỄN THỊ KIM LINH
Phó trưởng ban

THIẾT KẾ:

ThS. Họa sĩ VŨ LONG

TRỤ SỞ BAN BIÊN TẬP:

Phòng Điều Dưỡng,
Bệnh viện Mắt Trung ương
85 Bà Triệu, Hà Nội

Email: dsddnhankhoa@gmail.com

Điện thoại: 047.39446630

Fax: 04.39454956

GPXB số 26/GP-XBĐS cấp ngày 12/2/2014

In 300 cuốn khổ 19x27 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: 04.66757385

MỤC LỤC

Trang

CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- **Kết quả test nhanh HIV và HBSAG trên người bệnh xét nghiệm máu tại Bệnh viện Mắt Trung ương** 3
*Trần Văn Thành
Đỗ Thế Hoàn
Cao Vũ Thư*
- **Khảo sát trị số nhãn áp đo bằng nhãn áp kế Maklakov và Icare ở trẻ dưới 5 tuổi** 10
*Trần Thúy Anh
Trần Thị Thu Thủy
Lê Thúy Quỳnh*

THÔNG TIN HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN

- **Chăm sóc người bệnh bong mắt** 16
Đoàn Thị Minh Huệ
- **Uông Bí, Quảng Ninh những trải nghiệm khó quên** 19
Phạm Thị Kim Đức
- **Một số điều cần biết để sử dụng Glucocorticoid (GC) hợp lý, an toàn, hiệu quả trong chăm sóc người bệnh** 22
Phạm Thị Hoàng Ngân

BÀI DỊCH

- **Đục thủy tinh thể: Vai trò điều dưỡng trong chẩn đoán, phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu** 28
*Tác giả: Janet Marsden
Người dịch: Nguyễn Hồng Hạnh*



LỜI MỞ ĐẦU

Đặc san Điều dưỡng Nhãn khoa là diễn đàn lớn, dành riêng cho các điều dưỡng làm trong lĩnh vực nhãn khoa, là nơi trao đổi nghiệp vụ, kinh nghiệm, nhằm nâng cao hơn nữa chất lượng phục vụ người bệnh.

Đặc san này được xuất bản lần đầu năm 2013, phạm vi phát hành trong cả nước. Bệnh viện Mắt TW là cơ sở thứ 2 thuộc Bộ Y tế, xuất bản đặc san dành cho các điều dưỡng (sau Bệnh viện Nhi TW).

Đặc san bao gồm các nội dung:

- Đề tài nghiên cứu khoa học của các điều dưỡng, trước mắt là của các điều dưỡng nhãn khoa của Bệnh viện Mắt TW, Ban biên tập kính mời các điều dưỡng nhãn khoa trong cả nước gửi bài đăng tại đây.

- Bài dịch tóm tắt, dịch lại các bài viết về công tác chăm sóc người bệnh.

- Phần trao đổi kinh nghiệm, thu hoạch ... phản ánh các hoạt động đa dạng của các điều dưỡng.

Việc xuất bản "**Đặc san Điều dưỡng Nhãn khoa**" số 4 vào tháng 9 năm 2014, là một hoạt động đặc biệt, chào mừng Hội Nghị ngành Nhãn khoa Việt Nam năm 2014 tại thành phố Ban Mê Thuột, tỉnh Đắk Lắk. Các báo cáo khoa học của điều dưỡng tại Hội nghị này là một minh chứng về vai trò ngày càng quan trọng của các điều dưỡng nhãn khoa trong việc chăm sóc, điều trị người bệnh.

Ban Biên tập xin trân trọng giới thiệu **Đặc san Điều dưỡng Nhãn khoa** số 4, với các đồng nghiệp nhãn khoa trong cả nước.

Kính chúc Hội Nghị ngành 2014 thành công. Chúc sức khỏe các đại biểu tham dự Hội nghị và kính mong sự lãnh đạo, tạo điều kiện để các điều dưỡng nhãn khoa làm việc ngày một tốt hơn.

TRƯỞNG BAN BIÊN TẬP

PGS.TS. Trần An

PHÓ GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN MẮT TW

KẾT QUẢ TEST NHANH HIV VÀ HBsAg TRÊN NGƯỜI BỆNH XÉT NGHIỆM MÁU TẠI BỆNH VIỆN MẮT TW

Trần Văn Thành, Đỗ Thế Hoàn, Cao Vũ Thu*

TÓM TẮT

Mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV và HBsAg trong số người bệnh (NB) làm xét nghiệm máu tại Bệnh viện Mắt Trung ương.
2. Mô tả một số đặc điểm NB dương tính với test nhanh HIV và HBsAg.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, NB đã được tư vấn, đồng ý và được chỉ định làm xét nghiệm test nhanh HIV và HBsAg, có kết quả lưu trên phần mềm quản lý thông tin xét nghiệm của Bệnh viện.

Kết quả: Tỷ lệ NB dương tính với test nhanh HIV là 0,14%, tỷ lệ NB dương tính với test nhanh HBsAg là 5,96%. Tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV gặp nhiều hơn ở lứa tuổi 16-55 tuổi, ít gặp ở trẻ em. Tỷ lệ này gặp nhiều hơn ở nam giới, chủ yếu trên NB có chẩn đoán viêm, loét giác mạc. Tỷ lệ dương tính với test nhanh HBsAg gặp nhiều hơn ở nam giới và trên NB có chẩn đoán chấn thương, tật khúc xạ, glôcôm.

Kết luận:

- Tỷ lệ NB dương tính với test nhanh HBsAg là 5,96%, với test nhanh HIV là 0,14%.

- Tỷ lệ dương tính với test nhanh HBsAg cao hơn ở độ tuổi 16 - 40, ít gặp hơn ở độ tuổi ≤ 15 . Tỷ lệ này ở nam giới là 6,4% còn ở nữ giới là 5,56%, ít gặp hơn ở khoa Mắt trẻ em, gặp nhiều hơn tại tất cả các khoa phòng còn lại.

- Tỷ lệ dương tính test nhanh HIV cao hơn ở độ tuổi 16 - 40 và 41 - 55, ít gặp hơn ở độ tuổi ≤ 15 và không gặp trường hợp nào ở độ tuổi > 55 . Tỷ lệ này ở nam giới là 0,23% và ở nữ giới là 0,06%, gặp tại hầu hết các khoa lâm sàng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, Hepatitis B Virus (HBV) và Human Immunodeficiency Virus (HIV)[2] là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, được sự quan tâm, theo dõi đặc biệt của ngành y tế. Ở các cơ sở y tế, hàng năm luôn có báo cáo thống kê tỷ lệ nhiễm virus HBV và HIV để có các biện pháp phòng tránh kịp thời, ngăn ngừa sự lây nhiễm của virus.

Tại Bệnh viện Mắt Trung ương, mỗi ngày có hàng ngàn lượt NB đến khám và điều trị. Trong số NB này, việc xét nghiệm test nhanh HIV và HBsAg là điều rất cần thiết. Từ trước đến nay, chưa có một báo cáo thống kê nào tại Bệnh viện Mắt Trung ương đề cập đến tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV và HBsAg. Chính vì vậy, chúng

* Khoa Xét nghiệm Tổng hợp



NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu sau:

- Xác định tỷ lệ NB dương tính với test nhanh HIV và HBsAg trong số NB làm xét nghiệm máu tại Bệnh viện Mắt Trung ương.
- Mô tả một số đặc điểm NB dương tính với test nhanh HIV và HBsAg trong số NB đến xét nghiệm máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu: là các NB đã được tư vấn, đồng ý và được chỉ định làm xét nghiệm test nhanh HIV và HBsAg bao gồm cả NB nội trú và NB ngoại trú, có kết quả lưu trên phần mềm quản lý thông tin xét nghiệm của bệnh viện.
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa XNTH - Bệnh viện Mắt Trung ương.
- Thời gian nghiên cứu: từ 01/07/2013 đến 31/10/2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả thông tin NB làm xét nghiệm test nhanh HIV và HBsAg được lưu trong phần mềm quản lý thông tin tại khoa XNTH từ 01/07/2013 đến 31/10/2013.

2.3. Phương pháp thu thập xử lý số liệu

- Thu thập số liệu qua phần mềm quản lý thông tin xét nghiệm NB của bệnh viện.
- Số liệu được làm sạch trước khi nhập. Tất cả số liệu được nhập 2 lần và được kiểm tra chéo. Phần mềm Epidata 3.01 được sử dụng để nhập số liệu
- Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.4. Vấn đề Y đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được sự đồng ý và phê duyệt của Hội đồng nghiên cứu khoa học kỹ thuật và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Bệnh viện Mắt Trung ương.
- Tất cả thông tin thu thập đều được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích trong nghiên cứu này.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV và HBsAg

Bảng 1: Tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV và HBsAg

Người bệnh		Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
HIV	+	9	0,14
	-	6452	99,86
HBsAg	+	385	5,96
	-	6076	94,04

Trong tổng số 6461 NB tham gia nghiên cứu, có 9 NB dương tính với test nhanh HIV chiếm tỷ lệ 0,14% và có 385 NB dương tính với test nhanh HBsAg chiếm tỷ lệ 5,96%.

3.2. Một số đặc điểm NB dương tính với test nhanh HIV và HBsAg

Bảng 2: Tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	HIV				P
	-	%	+	%	
≤ 15(1065)	1064	99,91	1	0,09	P>0,05
16 - 40(1110)	1106	99,64	4	0,36	
41 - 55(1058)	1054	99,62	4	0,38	
> 55(3328)	3328	100	0	0	

Tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV ở độ tuổi 41 - 55 (0,38%), tiếp đến là độ tuổi 16-40 (0,38%)

Bảng 3: Tỷ lệ dương tính với test nhanh HBsAg theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	HBsAg				P
	-	%	+	%	
≤ 15(1065)	1046	98,22	19	1,78	P>0,05
16 - 40(1110)	1002	90,27	108	9,73	
41 - 55(1058)	987	93,29	71	6,71	
> 55(3328)	3141	94,21	187	5,79	

Tỷ lệ dương tính với test nhanh HBsAg cao ở độ tuổi 16 - 40 là 9,73%, gặp ít ở độ tuổi ≤ 15 là 1,78%, tuy nhiên chưa tìm được mối liên quan giữa nhóm tuổi và test nhanh HBsAg.

Bảng 4: Tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV theo giới tính

Giới tính	HIV				P
	-	%	+	%	
Nam (3064)	3057	99,77	7	0,23	P>0,05
Nữ (3397)	3395	99,94	2	0,06	

Qua kết quả cho thấy tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV của NB nam cao gần gấp 4 lần so với NB nữ, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$)

Bảng 5: Tỷ lệ dương tính với test nhanh HBsAg theo giới tính

Giới tính	HBsAg				P
	-	%	+	%	
Nam (3064)	2868	93,60	196	6,40	P>0,05
Nữ (3397)	3208	94,44	189	5,56	

Tỷ lệ dương tính với test nhanh HBsAg của nam giới là 6,40% còn nữ giới là 5,56% nhưng chưa tìm thấy mối liên quan giữa giới tính và tỷ lệ nhiễm HIV ($p>0,05$).

*Bảng 6: Tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV theo vùng địa lý*

Địa chỉ	HIV				P
	-	%	+	%	
Các tỉnh miền Bắc(5136)	5130	99,88	6	0,12	P>0,05
Các tỉnh miền Trung(906)	904	99,78	2	0,22	
Các tỉnh miền Nam(12)	12	100	0	0	
Không xác định(407)	406	99,75	1	0,25	

Chưa tìm được mối liên quan giữa nhiễm HIV với các vùng địa lý ($p>0,05$)

Bảng 7: Tỷ lệ dương tính với test nhanh HBsAg theo vùng địa lý

Địa chỉ	HBsAg				P
	-	%	+	%	
Các tỉnh miền Bắc(5136)	4829	94,02	307	5,98	P>0,05
Các tỉnh miền Trung(906)	849	93,70	57	6,30	
Các tỉnh miền Nam(12)	12	100	0	0	
Không xác định(407)	386	94,84	21	5,16	

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa nhiễm HBsAg và vùng địa lý ($p>0,05$)

Bảng 8: Tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV theo khoa lâm sàng

Khoa - phòng	HIV				P
	-	%	+	%	
KCB TYC(628)	627	99,84	1	0,16	P>0,05
Đáy mắt(667)	667	100	0	0	
Mắt trẻ em(220)	220	100	0	0	
Glôcôm(777)	775	99,74	2	0,26	
Chấn thương(784)	782	99,74	2	0,26	
Kết giác mạc(366)	365	99,73	1	0,27	
KB và ĐT NT(775)	773	99,74	2	0,26	
Khúc xạ(3)	3	100	0	0	
Không xác định(2241)	2241	99,96	1	0,04	

Tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV ở các khoa Glôcôm, Chấn thương, Kết giác mạc, Khám bệnh và điều trị ngoại trú là tương đương nhau (0,26-0,27%), không gặp trường hợp nào ở khoa Đáy mắt, Mắt trẻ em, Khúc xạ, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 9: Tỷ lệ dương tính với test nhanh HBsAg theo khoa lâm sàng

Khoa - phòng	HBsAg				P
	-	%	+	%	
KCB TYC(628)	594	94,59	34	5,41	P>0,05
Đáy mắt(667)	629	94,30	38	5,70	
Mắt trẻ em(220)	212	96,36	8	3,64	
Glôcôm(777)	715	92,02	62	7,98	
Chấn thương(784)	723	92,22	61	7,78	
Kết giác mạc(366)	341	93,17	25	6,83	
KB và ĐT NT(775)	741	95,61	34	4,39	
Khúc xạ(3)	2	66,67	1	33,33	
Không xác định(2241)	2119	94,56	122	5,44	

Tỷ lệ dương tính với test nhanh HBsAg ở khoa Glôcôm là 7,98%, tiếp đến là khoa Chấn thương 7,78%, khoa Kết giác mạc 6,83%,....

Bảng 10: Tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV theo chẩn đoán ban đầu

Chẩn đoán ban đầu	HIV				P
	-	%	+	%	
Tật khúc xạ (50)	50	100	0	0	P>0,05
Viêm - LGM,...(558)	554	99,28	4	0,72	
Glôcôm (510)	510	100	0	0	
Đục thể thủy tinh (855)	885	100	0	0	
Chấn thương (252)	251	99,60	1	0,40	
Bong võng mạc (407)	407	100	0	0	
Các bệnh khác (928)	928	100	0	0	
Không xác định (2901)	2897	99,86	4	0,14	

Theo chẩn đoán ban đầu thì tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV gặp nhiều hơn ở NB viêm - LGM là 0,72%, gặp ít hơn ở NB chấn thương là 0,4%.



Bảng 11: Tỷ lệ dương tính với test nhanh HBsAg theo chẩn đoán ban đầu

Chẩn đoán ban đầu	HBsAg				P
	-	%	+	%	
Tật khúc xạ (50)	46	92,00	4	8,00	P>0,05
Viêm - LGM,...(558)	519	93,01	39	6,99	
Glôcôm (510)	474	92,94	36	7,06	
Đục thể thủy tinh (855)	835	94,15	50	5,85	
Chấn thương (252)	232	92,06	20	7,94	
Bong võng mạc (407)	381	93,61	26	6,39	
Các bệnh khác (928)	869	93,64	59	6,36	
Không xác định (2901)	2750	94,79	151	5,21	

Tỷ lệ dương tính ở NB có tật khúc xạ là 8,0%, tiếp đến là chấn thương 7,94%, ... chưa tìm thấy mối liên quan giữa dương tính HBsAg với chẩn đoán ban đầu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm NB nghiên cứu

Kết quả thống kê NB theo độ tuổi tại khoa Xét nghiệm tổng hợp cho thấy tỷ lệ NB trên 55 tuổi chiếm tỷ lệ cao - gần 50% trong tổng số NB. Kết quả này phù hợp với đặc điểm các bệnh về mắt gặp nhiều hơn ở người già, cao tuổi, gặp ít hơn ở các độ tuổi còn lại và phản ánh đúng thực trạng NB tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Tỷ lệ nữ giới bao giờ cũng cao hơn nam giới ở độ tuổi cao.

Do đặc điểm địa lý, nên Bệnh viện Mắt Trung ương tiếp nhận các NB khu vực miền bắc và miền trung nước ta là chủ yếu, rất ít gặp NB ở khu vực miền nam nước ta đến khám và chữa bệnh. Hà Nội là nơi có lượng NB đến khám chữa bệnh nhiều nhất, chiếm hơn 1/4 tổng số NB. Tiếp sau đó là các tỉnh Bắc Ninh, Hải Phòng, Nam Định, Hải Dương, Hưng Yên, Hà Nam....

4.2. Tỷ lệ NB dương tính với Test nhanh HIV và HBsAg

Tỷ lệ NB dương tính với test nhanh HIV là 0,14%. Tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng tại Việt Nam là 0,27%[1].

Tỷ lệ NB dương tính với test nhanh HBsAg là 5,96%, thấp hơn khá nhiều so với tỷ lệ 10 - 20% tại Việt Nam[4].

Tỷ lệ NB dương tính với test nhanh HIV và HBsAg tại Bệnh viện Mắt Trung ương thấp hơn so với trong cộng đồng có thể do NB nhiễm HIV và HBsAg thường khám và điều trị các bệnh toàn thân nhiều hơn, chưa thực sự chú trọng đến các bệnh về mắt. Bên cạnh đó, kết quả thu được chỉ ở nhóm NB có tiến hành xét nghiệm test nhanh HIV và HBsAg, còn một lượng lớn NB chỉ đến khám và điều trị mà không tiến hành làm xét nghiệm nên không thể tầm soát hết được. Tuy nhiên, đây cũng là một tỷ lệ cao cần lưu ý trước khi thực hiện các thao tác khám chữa bệnh đối với NB. Đặc biệt, đối với các NB thuộc các tỉnh thành có diễn biến nhiễm HIV và HBsAg phức tạp như Hà Nội, Lai Châu, Hải Phòng....[3]

Theo dữ liệu từ nhà sản xuất, test nhanh Alere DetermineTM HIV-1/2 có độ nhạy 99,87%, độ đặc hiệu 100%[6] và Alere DetermineTM HBsAg có độ nhạy 95,16%, độ đặc hiệu 99,95%[5]. Đây là hai trong số test nhanh trên thị trường có ý nghĩa quan trọng trong việc sàng lọc NB ban đầu. Test hiện được tin tưởng và sử dụng tại hầu hết



tất cả các trung tâm xét nghiệm, khoa xét nghiệm thuộc bệnh viện lớn trong cả nước. Kết quả âm tính không loại trừ trường hợp âm tính giả, do vậy không loại trừ khả năng tiếp xúc hay nhiễm virus. Để chẩn đoán việc nhiễm virus, vẫn cần thêm việc phát hiện các triệu chứng của NB và kết hợp với các phương pháp chẩn đoán khác.

4.3. Đặc điểm NB dương tính với Test nhanh HIV và HBsAg

Tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV gặp nhiều hơn ở lứa tuổi 16-55, ít gặp ở lứa tuổi trẻ em. Tỷ lệ này gặp nhiều hơn ở nam giới, chủ yếu trên các đối tượng có chẩn đoán viêm, loét giác mạc. Điều này đúng với các thống kê báo cáo tình hình nhiễm HIV trong cộng đồng hiện nay. Theo báo cáo mới nhất 9 tháng đầu năm 2013, hiện nay tình hình nhiễm HIV diễn biến rất phức tạp, liên tục lan rộng trên hầu hết các địa bàn [1].

Theo các kết quả trên, tỷ lệ dương tính với test nhanh HBsAg gặp nhiều hơn ở nam giới và trên NB có chẩn đoán chấn thương, tật khúc xạ, glôcôm.

Tuy tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV và HBsAg thấp hơn so với các báo cáo thống kê trên cộng đồng, nhưng vẫn ở mức cao, có thể gây nguy hiểm tới các cán bộ viên chức đang khám và chữa bệnh cho NB hàng ngày. Vì thế, chúng ta vẫn luôn phải thực hiện đúng quy trình kỹ thuật và áp dụng các biện pháp an toàn lao động, tránh gặp các tai nạn đáng tiếc có thể xảy ra.

V. KẾT LUẬN

5.1. Tại khoa Xét Nghiệm tổng hợp - Bệnh viện Mắt Trung ương, tỷ lệ NB dương tính với test nhanh HBsAg là 5,96%, với test nhanh HIV là 0,14%.

5.2. Một số đặc điểm tỷ lệ NB dương tính với test nhanh HIV và HbsAg

Tỷ lệ dương tính với test nhanh HIV cao hơn ở độ tuổi 16 - 40 và 41 - 55, ít gặp hơn ở độ tuổi ≤ 15 và không gặp trường hợp nào ở độ tuổi > 55 . Tỷ lệ này ở nam giới là 0,23% và ở nữ giới là 0,06%, gặp tại hầu hết các khoa lâm sàng.

Tỷ lệ dương tính với test nhanh HBsAg cao hơn ở độ tuổi 16 - 40, ít gặp hơn ở độ tuổi ≤ 15 . Tỷ lệ này ở nam giới là 6,4% còn ở nữ giới là 5,56%, ít gặp hơn ở khoa Mắt trẻ em, gặp nhiều tại tất cả các khoa lâm sàng còn lại.

VI. KIẾN NGHỊ

Tư vấn cho NB làm xét nghiệm test nhanh HIV và HBsAg trước khi điều trị là việc rất quan trọng.

Thường xuyên tập huấn và kiểm tra các kiến thức an toàn lao động đối với nhân viên y tế nhằm tránh lây nhiễm HIV và HBV.

Tiến hành nghiên cứu trên số lượng mẫu lớn hơn, thời gian dài hơn.

Đề xuất bổ sung hoàn thiện tất cả các thông tin của NB trên phần mềm quản lý thông tin của bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), "Kết quả thực hiện các chỉ tiêu y tế", Báo cáo tổng kết: công tác y tế năm 2012, nhiệm vụ và các giải pháp thực hiện trong năm 2013, tr 30.
2. Bộ Y tế (2007), Vi sinh vật y học, NXB Y học, tr 326.tr 358 - 359, tr 361.
3. Bùi Xuân Trường (2011), Nhiễm virus viêm gan B: tại sao cần chú ý - Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec.
4. Đinh Quý Lan (2012), "Cần ngăn chặn dịch viêm gan virus ở nước ta"; Hội nghị gan mật toàn quốc 17-18/08/2012.
5. Manual Alere Determine™ HBsAg - Alere Medical Co., Ltd.
6. Manual Alere Determine™ HIV - 1/2 - Alere Medical Co., Ltd.



KHẢO SÁT TRỊ SỐ NHÃN ÁP ĐO BẰNG NHÃN ÁP KẾ MAKLAKOV VÀ ICARE Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI

Trần Thúy Anh, Trần Thị Thu Thủy, Lê Thúy Quỳnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát sự khác biệt về trị số nhãn áp đo bằng nhãn áp kế Maklakov và Icare ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi có chỉ định đo nhãn áp

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 57 người bệnh dưới 5 tuổi có chỉ định đo nhãn áp (114 mắt) tại khoa Mắt trẻ em từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2013.

Kết quả: 57 người bệnh (114 mắt) đã được đo nhãn áp: Trị số nhãn áp khi đo bằng nhãn áp kế Maklakov là $20,29 \pm 3,75$ mmHg; Icare là $16,17 \pm 11,19$ mmHg. Sự khác biệt trong kết quả đo nhãn áp theo hai phương pháp trên có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0096$ ($p < 0,01$). Trị số nhãn áp trung bình theo tuổi và giới không có sự khác biệt. Sự chênh lệch về trị số nhãn áp giữa hai phương pháp Maklakov và Icare ở nhóm những mắt đã phẫu thuật là 1,28 và nhóm chưa phẫu thuật là 5,85.

Kết luận: Nhãn áp kế Maklakov và Icare đều là những phương tiện đáng tin cậy để đo nhãn áp. Tuy nhiên kết quả đo giữa hai phương pháp này có sự khác biệt.

Từ khóa: Maklakov, Icare

I. Đặt vấn đề

Nhãn áp là một yếu tố quan trọng bên cạnh các bất thường như giác mạc to, lõm gai teo, sợ ánh sáng, chảy nước mắt.... để

chẩn đoán Glôcôm ở trẻ nhỏ. Tuy nhiên việc đo nhãn áp ở trẻ nhỏ gặp nhiều khó khăn do trẻ không phối hợp trong kỹ thuật đo, thường phải đo khi trẻ ngủ hoặc khi gây mê. Tại Khoa Mắt trẻ em, có nhiều phương pháp đo nhãn áp được thực hiện để có được kết quả nhãn áp chính xác nhất cho bác sĩ trong chẩn đoán bệnh như: Maklakov, Tonopen, Icare... Trong quá trình đo nhãn áp trên những trẻ em đến khám và điều trị, chúng tôi nhận thấy kết quả đo nhãn áp giữa các phương pháp này là không đồng nhất, đặc biệt là giữa nhãn áp kế Maklakov và Icare. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

- Khảo sát kết quả đo nhãn áp bằng nhãn áp kế Icare và Maklakov ở trẻ dưới 5 tuổi

- Nhận xét các yếu tố có liên quan đến kết quả đo

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ mắc glôcôm hoặc nghi ngờ mắc glôcôm đến khám và điều trị tại khoa phòng khám Mắt trẻ em và khoa Mắt trẻ em - Bệnh viện Mắt trung ương từ tháng 4 - tháng 8 năm 2013.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Tất cả trẻ dưới 5 tuổi có chỉ định đo nhãn áp

* Khoa Mắt trẻ em

+ Cha mẹ trẻ đồng ý để trẻ tham gia vào nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có 57 trẻ tham gia nghiên cứu. Gia đình trẻ được giải thích các phương pháp đo nhãn áp cho trẻ. Tất cả trẻ đều ngủ trong quá trình đo nhãn áp, không sử dụng thuốc an thần trong quá trình đo. Trẻ được đo nhãn áp bằng nhãn áp kế Icare trước, sau đó là nhãn áp kế Maclakov. Trong quá trình đo nhãn áp

cho trẻ, chúng tôi không sử dụng thuốc tê vì có thể làm trẻ tỉnh giấc và không sử dụng vành mi.

* Các chỉ số nghiên cứu

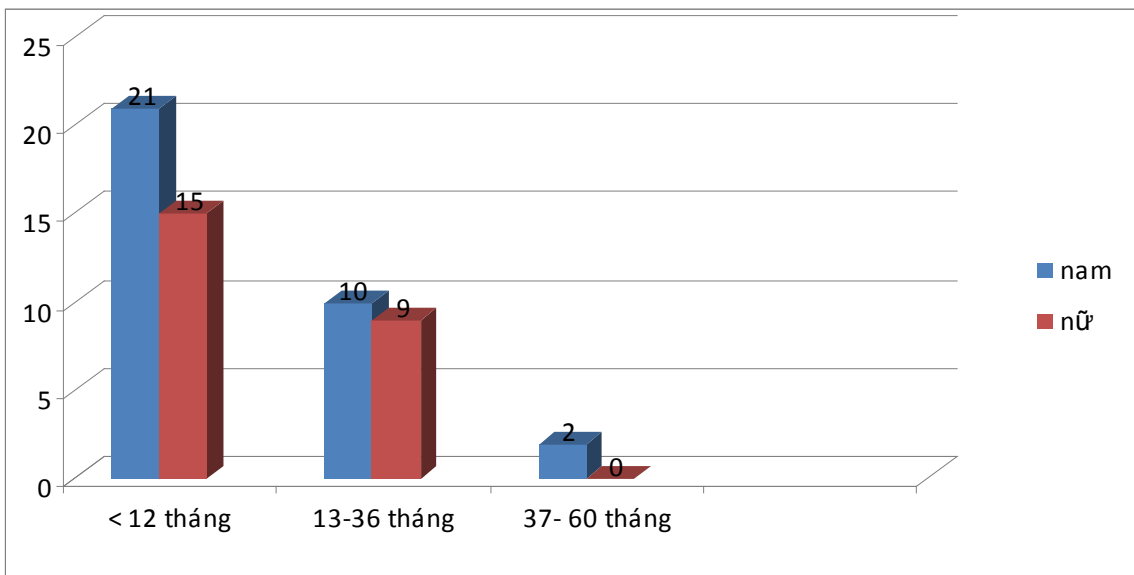
- Tuổi.
- Giới
- Tình trạng bệnh lý

* Xử lý số liệu

Xử lý số liệu theo phần mềm thống kê y học.

III. Kết quả và bàn luận

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

57 người bệnh tham gia nghiên cứu có 33 trẻ nam (57,89%) và 24 trẻ nữ (42,11%), trong đó 36 trẻ < 12 tháng (63,16%), có 2 trẻ nam trong độ tuổi 37 - 60 tháng. Kết quả này phù hợp với đặc điểm người bệnh

glocôm bẩm sinh của Vũ Thị Bích Thủy [3] (75% trẻ bị glocôm bẩm sinh trong giai đoạn 1 tháng đến 2 tuổi và tỉ lệ trẻ mắc glocôm theo giới tính là nam:nữ = 65:35)

3.2. Kết quả nhãn áp với Maklakov và Icare

* Kết quả nhãn áp trung bình theo hai phương pháp



Bảng 1: Kết quả nhãn áp trung bình theo hai phương pháp đo

Nhãn áp kế	Trị số nhãn áp trung bình (mmHg)	Sự chênh lệch giữa hai phương pháp đo
Maclakov	20,29 ± 3,75	1,56 [1,02-7,21] p < 0,01
Icare	16,17 ± 11,19	

Trị số nhãn áp trung bình khi đo bằng Maclakov là 20,29 ± 3,75 mmHg, Icare là 16,17 ± 11,19 mmHg. Kết quả này tương ứng với p = 0,0096 ⇒ có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Khi so sánh kết quả nhãn áp giữa hai loại nhãn áp kế này ta thấy có sự chênh lệch về trị số nhãn áp. Điều này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới khi dùng nhãn áp kế Goldmann làm thước đo để đánh giá. Theo ML Salvetat và cộng sự [7], khi so sánh nhãn áp đo bằng

Icare và Goldmann trên những người bệnh bình thường, giá trị của nhãn áp đo bằng Goldmann cao hơn 3,5 ± 3,5mmHg so với nhãn áp kế Icare. Còn theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thu và Trần Thị Nguyệt Thanh năm 2002 [8], trị số nhãn áp trung bình ở những người bình thường khi đo bằng nhãn áp kế Maclakov cao hơn so với nhãn áp kế Goldmann là 3,09mmHg. Chính vì vậy giá trị nhãn áp khi đo giữa Icare và Maclakov có thể chênh lệch đến 6,59 ± 3,5 mmHg.

*** Trị số nhãn áp trung bình theo tuổi**

Bảng 2: Trị số nhãn áp trung bình theo tuổi theo hai phương pháp đo

PP		Tuổi	≤ 12 tháng	13-60 tháng
NA kế	Maclakov(mmHg)		20,48 ± 3,87	19,95 ± 3,69
	Icare (mmHg)		16,04 ± 10,81	16,38 ± 12,10
n			72	42

(n: số mắt của trẻ tham gia nghiên cứu)

Nhóm trẻ ≤ 12 tháng có trị số nhãn áp (20,48 ± 3,87 mmHg) khi đo bằng Maclakov và cao hơn so với nhóm trẻ 13 - 60 tháng (19,95 ± 3,69 mmHg). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Khi đo bằng Icare, nhãn áp của trẻ ≤ 12 tháng (16,04 ± 10,81 mmHg) lại thấp hơn so với nhóm trẻ 13 - 60 tháng (16,38 ± 12,10 mHg) là 0,34 mmHg. Sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê.

*** Trị số nhãn áp trung bình theo giới**

Bảng 3: Trị số nhãn áp trung bình theo giới theo hai phương pháp đo

PP		Giới	Nam	Nữ
NA kế	Maklakov (mmHg)		20,83 ± 3,69	19,54 ± 3,78
	Icare (mmHg)		17,82 ± 10,86	13,89 ± 8,32
n			66	48

(n: số mắt của trẻ tham gia nghiên cứu)



Khi đo bằng nhãn áp kế Maclakov và Icare, nhãn áp trung bình của trẻ nam luôn cao hơn so với trẻ nữ. Với nhãn áp kế Maclakov, nhãn áp trung bình ở trẻ nam ≤ 60 tháng ($20,83 \pm 3,69$ mmHg) cao hơn so với trẻ nữ ($19,54 \pm 3,78$ mmHg) là $1,29$ mmHg. Khi đo bằng Icare nhãn áp trung bình của trẻ nam ($17,82 \pm 10,86$ mmHg) cao hơn trẻ nữ ($13,89 \pm 8,32$ mmHg) là $3,93$ mmHg. Mức độ chênh lệch này không có ý nghĩa thống kê nên giữa nhóm trẻ nam và nữ không có sự khác biệt khi đo bằng hai loại nhãn áp kế này.

Theo Afsun Sahin (2008)[9], kết quả nhãn áp trung bình khi đo bằng Icare ở trẻ nam từ 7 -12 tuổi là $16,76 \pm 3,08$ mmHg, ở trẻ nữ là $16,86 \pm 3,21$ mmHg. Theo nghiên cứu này, sự khác biệt giữa hai nhóm trẻ nam và nữ không có ý nghĩa thống kê. Còn

*** Trị số nhãn áp trung bình theo tình trạng người bệnh**

Bảng 4: Trị số nhãn áp trung bình theo tình trạng người bệnh theo hai phương pháp đo

Tình trạng		Đã phẫu thuật	Chưa phẫu thuật
NA kế	Maklakov (mmHg)	$20,56 \pm 3,65$	$19,88 \pm 4,40$
	Icare (mmHg)	$17,30 \pm 10,66$	$14,03 \pm 13,89$
Sự chênh lệch giữa hai phương pháp đo		$1,28 [0,754 - 5,825]$ $p < 0,05 (p=0,0113)$	$5,85 [0,857 - 10,842]$ $p < 0,05 (p=0,0223)$
n		78	36

(n: số mắt của trẻ tham gia nghiên cứu)

Với 78 mắt đã được phẫu thuật khi đo bằng nhãn áp kế Maclakov, trị số nhãn áp là $20,56 \pm 3,65$ mmHg còn đo bằng Icare trị số này là $17,30 \pm 10,66$ mmHg. Sự khác biệt giữa hai phương pháp có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0113$.

Sự chênh lệch về trị số nhãn áp trong nhóm 36 mắt chưa phẫu thuật là $p = 0,0223$ lớn hơn so với nhóm mắt đã phẫu thuật. Tuy nhiên vẫn có ý nghĩa thống kê

theo nghiên cứu của Dương Trung Dũng (1995)[10], trị số nhãn áp trung bình khi đo bằng nhãn áp kế Maclakov với trẻ 6 - 14 tuổi ở trẻ nam là $18,50 \pm 1,79$ mmHg cao hơn trẻ nữ là $18,50 \pm 1,82$ mmHg. Tuy nhiên nghiên cứu của Pensiero và cộng sự (1992) [11] lại cho thấy có sự biến đổi nhãn áp theo tuổi và không có sự đồng nhất theo giới nam và nữ. Theo Pensiero ở giai đoạn sơ sinh không có sự khác biệt giữa nhãn áp trẻ nam và nữ (nhãn áp trung bình của trẻ nam là $9,57 \pm 1,87$ mmHg, trẻ nữ là $9,6 \pm 2,66$ mmHg). Sau đó nhãn áp ở trẻ nam sẽ tăng nhanh và dừng lại lúc 4 tuổi còn ở trẻ nữ tăng chậm đến khi trẻ được 9 tuổi.

Những nghiên cứu trên cho thấy có một sự khác biệt giữa hai giới trong giá trị nhãn áp. Ở trẻ dưới 5 tuổi, nhãn áp của trẻ nam cao hơn so với trẻ nữ

với $p < 0,05$. Trong nhóm người bệnh đã được phẫu thuật, do nhãn áp được điều chỉnh nhờ phẫu thuật nên mức độ chênh lệch khi đo bằng hai loại nhãn áp kế là không đáng kể. Nhưng với những người bệnh chưa được phẫu thuật, nhãn áp của mỗi người bệnh là khác nhau và chưa được kiểm soát. Vì vậy, mức độ biến thiên của giá trị nhãn áp cũng lớn hơn, kéo theo sự chênh lệch giữa hai phương pháp đo cũng lớn hơn.



Với những trẻ đã được phẫu thuật, do nhãn áp đã được kiểm soát nên tình trạng giác mạc phù đục cũng giảm hơn so với những trẻ chưa được phẫu thuật. Ở những trẻ có nhãn áp cao, giác mạc sẽ phù đục ở vùng trung tâm nhiều hơn. Do vậy độ

dày của trung tâm giác mạc cũng cao hơn. Theo Afsun Sahin (2008)[12], khi chiều dày giác mạc trung tâm tăng 100µm thì nhãn áp tăng 3,7mmHg và 2,2 mmHg với nhãn áp kế Icare.

Bảng 5: Tổng hợp kết quả đo nhãn áp

Các chỉ số nghiên cứu		Nhãn áp kế	
		Maclakov (mmHg)	Icare (mmHg)
Trị số nhãn áp trung bình		20,29 ± 3,75	16,17 ± 11,19
Tuổi	≤ 12 tháng	20,48 ± 3,87	16,04 ± 10,81
	13 - 60 tháng	19,95 ± 3,69	16,38 ± 12,10
Giới	Nam	20,83 ± 3,69	17,82 ± 10,86
	Nữ	19,54 ± 3,78	13,89 ± 8,32
Tình trạng người bệnh	Đã phẫu thuật	20,56 ± 3,65	17,30 ± 10,66
	Chưa phẫu thuật	19,88 ± 4,40	14,03 ± 13,89

Nhìn vào bảng tổng hợp kết quả đo nhãn áp bằng 2 phương pháp đo có thể nhận thấy độ biến thiên của trị số nhãn áp trung bình khi đo bằng Icare cao hơn nhiều so với đo bằng Maclakov. Đáng chú ý là với những người bệnh khi có trị số

nhãn áp trung bình là 16-17 mmHg khi đo bằng Maclakov thì kết quả đo bằng Icare là 11-12 mmHg. Tuy nhiên khi kết quả đo bằng Maclakov >22mmHg thì giá trị đo được bằng Icare là khoảng 36-37mmHg.

IV. Kết luận

- Số trẻ tham gia nghiên cứu chủ yếu dưới 12 tháng tuổi (63,16%)

- Đa phần trẻ tham gia nghiên cứu mắc bệnh glacom bẩm sinh (72,81%), trong đó có 37 trẻ được chẩn đoán là glacom bẩm sinh ở 2 mắt và 09 trẻ có chẩn đoán là glacom 1 mắt

- Trị số nhãn áp trung bình khi đo bằng nhãn áp kế Maclakov là 20,29±3,75 mmHg, trị số nhãn áp trung bình khi đo bằng nhãn áp kế Icare là 16,17 ± 11,19 mmHg. Sự chênh lệch về trị số nhãn áp khi đo bằng hai phương pháp này có ý nghĩa thống kê với p = 0,0096.

- Không có sự khác biệt về giá trị nhãn áp ở hai giới nam và nữ

- Với nhóm người bệnh đã được phẫu thuật, trị số nhãn áp khá ổn định ở mức 20,56 ± 3 mmHg khi đo bằng nhãn áp kế Maclakov và 17,30 ± 10,66 mmHg khi đo bằng nhãn áp kế Icare. Tuy nhiên vẫn có sự chênh lệch giữa hai phương pháp đo và độ chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với p = 0,0113.

- Với nhóm người bệnh chưa được phẫu thuật, trị số nhãn áp khi đo bằng cả hai phương pháp có sự chênh lệch cao hơn (5,85) và mức độ chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với p = 0,0223.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quigley (2006)**, *“The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020”*. Br J Ophthalmol. 2006;90(3):262-267. doi: 10.1136/bjo.2005.081224
2. **Weinreb RN, Khaw PT (2004)**, *“Primary open-angle glaucoma”*. Lancet. 2004;363:1711-1720. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16257-0.
3. **Vũ Thị Bích Thủy, Trần An, Lê Thị Kim Xuân, Nguyễn Xuân Tịnh và cộng sự (2009)**, *“Các bệnh mắt trẻ em”*, Tập bài giảng: tr 65-72
4. **Phan Dẫn và cộng sự (2004)**, *“Nhãn khoa giản yếu”*.
5. **Icare Tonometer - User’s and maintenance manual**
6. **Icare-TA01i- Product sheet letter**
7. **Salvetat ML, Zeppieri M, Tosoni C, Parisi L, Brusini P (2010)**, *“Non-conventional perimetric methods in the detection of early glaucomatous functional damage”*. Eye (Lond) 2010;24(5):835-842. doi: 10.1038/eye.2009.216
8. **Nguyễn Thị Thanh Thu (2002)**, *“Nghiên cứu nhãn áp trung bình của một nhóm người Việt Nam trưởng thành bằng nhãn áp kế Goldmann”*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Afsun Sahin, Hikmet Basmak, Leyla Niyaz (2007)**, *“Reproducibility and tolerability of the Icare rebound tonometer in school children”*, J Glaucoma, 16:185-188
10. **Dương Trung Dũng (1995)**, *“Nhãn áp bình thường của trẻ em Việt Nam từ 6 tuổi đến 14 tuổi”*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
11. **Pensiero S, Da-pozzo S, Perissuti P, Cavallini GM, Guera R (1992)**, *“Normal intraocular pressure in children”*. J Pediatric Ophthalmol Strabismus, 9:84
12. **Afsun Sahin, Hikmet Basmak, Nilgun Yidirim (2008)**, *“The influence of central corneal thickness and corneal curvature on intraocular pressure measured by tonopen and rebound tonometer in children”*, J Glaucoma, 17:57-61

EVALUATE THE INTRAOCULAR PRESSURE VALUE MEASURED BY MAKLAKOV AND ICARE TONOMETER IN CHILDREN UNDER AGE OF FIVE

Trần Thúy Anh, Trần Thị Thu Thủy, Lê Thúy Quỳnh*

ABSTRACTS

Proposes: To evaluate the difference in intraocular pressure values measured by Maklakov and Icare tonometer in children under 5 years old

Objectives and methods: cross sectional - study on 57 patients (114 eyes) under 5 years old at Pediatric Department of VNIO from April to August 2013.

Results: 57 patients (114 eyes) were checked IOP: Intraocular pressure value measured by Maklakov tonometer was 20.29 ± 3.75 mmHg and Icare tonometer

was 16.17 ± 11.19 mmHg. The difference in the results of two methods is statistically significant with $p = 0.0096$ ($p < 0.01$). There is no differences in ages and sex. The difference in intraocular pressure values measured by Maklakov and Icare in post operation eyes is 1.28 and pre - operation is 5.85.

Conclusion: Maklakov and Icare tonometer are both reliable means to measure intraocular pressure. However, test results between two methods show differences.

Keywords: Maklakov, Icare



CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG MẮT

*Đoàn Thị Minh Huệ**

Bỏng mắt là một cấp cứu đặc biệt trong nhãn khoa, bỏng có thể bị ở một mắt hoặc bị cả hai mắt và có thể để lại di chứng rất nặng nề. Bỏng mắt có thể gây tổn thương cả mi cũng như kết giác mạc và tổ chức nội nhãn làm cho việc điều trị gặp nhiều khó khăn. Tiên lượng bệnh thường dè dặt có thể gây mù không hồi phục.

Thái độ xử trí ban đầu và chăm sóc một người bệnh bỏng mắt giúp nhiều đến tiên lượng của bệnh. Chính vì vậy chăm sóc bỏng mắt có một vai trò rất quan trọng trong công tác điều trị người bệnh. Chăm sóc bỏng mắt ngoài vấn đề nắm được bệnh học, diễn biến bệnh còn cần phải hiểu biết tâm lý của người bệnh.

Bỏng mắt do nhiều nguyên nhân gây ra. Bỏng có thể do axit hoặc bazơ thường xảy ra trong công nghiệp, phòng thí nghiệm. Trong sinh hoạt và công việc hàng ngày hay gặp bỏng vôi. Ngoài ra chúng ta còn gặp các nguyên nhân gây bỏng mắt khác như bỏng mắt do nhiệt, bỏng mắt do kim loại nóng chảy, bỏng mắt do các tia như tia cực tím, bỏng mắt do hàn...

Để giúp chăm sóc mắt được chu đáo cần nắm được một số dấu hiệu và triệu chứng chính của bỏng mắt:

- Đau rất mắt, kích thích dữ dội, khó mở mắt, chảy nước mắt dàn dụa.
- Nhìn mờ hoặc không nhìn thấy gì.

- Mi mắt bỏng các mức độ, đặc biệt bờ mi, có thể điểm lệ cũng bị tổn thương.
- Kết mạc có thể gặp: cương tụ, phù kết mạc, chấm xuất huyết xung quanh rìa, xuất huyết dưới kết mạc, thiếu máu kết mạc test Amler (+).
- Giác mạc có thể mờ đục nhẹ, có thể tuột biểu mô giác mạc hay nặng hơn là giác mạc mờ đục thậm chí đục trắng sứ, nên không thấy mống mắt, thể thủy tinh bên dưới.
- Có phản ứng với màng bồ đào: Tyndal (+), dính mống mắt, có thể tăng nhãn áp.
- Đo độ pH xác định tính chất bỏng là axit hay bỏng kiềm.
- Toàn thân người bệnh mệt mỏi, lo lắng, hoảng hốt.
- Nếu bỏng nặng phối hợp với bỏng toàn thân có diện tích bỏng rộng có thể gây sốc.

Các xét nghiệm cận lâm sàng trong bỏng mắt giúp xác định các tổn thương phối hợp và tiên lượng bệnh. Chúng bao gồm đo thị lực, đo nhãn áp (có thể đo nhãn áp hơi hoặc Icare, nếu giác mạc tổn thương rộng có thể siêu âm, chụp X- quang mắt để xác định tổn thương phối hợp như dị vật nội nhãn) ví dụ: nổ bình ắc quy.

1. Điều trị và chăm sóc

- Rửa mắt, cần tiến hành càng sớm càng

* Khoa Chấn Thương



tốt nhằm loại trừ chất gây bỏng, làm loãng và làm giảm độc tố chất gây bỏng.

- Ở tuyến cơ sở: Tiến hành rửa mắt ngay sau khi bị bỏng, bằng bất kỳ nước gì miễn là nước sạch như: nước cất, nước máy, nước giếng... rửa nhanh, rửa nhiều và kéo dài. Thời gian rửa kéo dài ít nhất từ 15 – 20 phút.
- Ở tuyến chuyên khoa:

1.1. Hỏi người bệnh và ghi đầy đủ vào hồ sơ bệnh án:

- Tác nhân gây ra bỏng là loại gì?...
- Cần hỏi kỹ giờ, ngày và hoàn cảnh xảy ra bỏng
- Đã điều trị gì trước khi đến khám chưa?

1.2. Dụng cụ và thuốc rửa:

- Dung dịch NaCl 0.9%, dung dịch glucose 30%, dung dịch ringer lactac hoặc dung dịch kháng sinh pha loãng, thuốc tê (Dicain....)
- Bơm tiêm 20ml, bơm tiêm 5ml, kim cong đầu tù, kim đầu tù, pank có mấu, kim Kocher.
- Khay quả đậu, vành mi, đĩa thủy tinh, giấy quỳ tím, nilon.
- Hộp bông thấm nước.

1.3. Chuẩn bị người bệnh:

- Người bệnh được giải thích trước khi rửa mắt.
- Có thể tra thuốc tê trước khi rửa mắt và lấy dị vật kết giác mạc, giúp giảm đau nhờ đó người bệnh phối hợp tốt hơn.
- Đo độ pH trước rửa để xem người bệnh bỏng acid hay bỏng kiềm?

- Đặt miếng nilon dưới vai và đầu, đặt khay quả đậu vào vành tai, dùng miếng gạc đặt vào lỗ tai.

1.4. Tiến hành rửa:

- Dùng bơm tiêm 20ml lấy nước muối sinh lý 0.9% → lắp kim cong đầu tù vào → dùng vành mi bộc lộ mi trên và rửa mi trên theo nguyên tắc từ trong ra ngoài, tiếp tục đổi vành mi và bộ lộ mi dưới cũng rửa theo nguyên tắc từ trong ra ngoài (rửa như vậy từ 15 - 30 phút tùy mức độ nặng của hóa chất).
- Tra thuốc tê lần 2 → lấy nước muối sinh lý 0.9% vào bơm tiêm 5ml → lắp kim đầu tù vào → đuổi khí → dùng que long điểm lệ → dùng bơm tiêm 5ml đã lắp kim đầu tù bơm rửa lệ đạo cho người bệnh (chú ý khi bơm lệ quản phải bộc lộ 2 điểm lệ trên và điểm lệ dưới).
- Đo độ pH sau rửa → thực hiện thuốc theo y lệnh → hướng dẫn người bệnh đảo liếc mắt → thông báo với người bệnh kết thúc quy trình.

* Chú ý

Nếu bỏng vôi cục phải gấp hết vôi cục mới được rửa mắt (chú ý trước khi lấy vôi cục tuyệt đối không được tra bất kỳ thuốc gì kể cả thuốc gây tê), sau đó rửa bằng dung dịch glucose 30%, glucose có tác dụng với hydroxyt calci tạo thành hợp chất calci gluconat không hòa tan làm mất tác dụng gây bỏng của vôi.

1.5. Ghi chăm sóc

- Hỏi người bệnh và ghi đầy đủ vào hồ sơ bệnh án:
- + Cần hỏi kỹ giờ, ngày và hoàn cảnh xảy ra bỏng, tác nhân gây ra bỏng là loại gì?...



THÔNG TIN HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN

- + Đã điều trị gì trước khi đến khám chưa?
- + Chống dính, chống nhiễm trùng: thực hiện y lệnh dùng thuốc nước, thuốc mỡ, kháng sinh và kháng sinh toàn thân theo phác đồ điều trị.
- Không băng mắt.
- Hướng dẫn người bệnh tập liếc mắt để chống dính mi cầu. Tách dính bằng que thủy tinh, mỡ kháng sinh khi có dính mi cầu.
- Thực hiện y lệnh theo dõi sát các diễn biến bệnh lý hàng ngày tại mắt và toàn thân, ghi kết quả vào phiếu điều trị trong bệnh án.
- Thực hiện y lệnh dùng thuốc giảm đau và an thần.
- Thực hiện y lệnh dùng thuốc tăng cường dinh dưỡng.
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện đúng chế độ ăn uống: không uống rượu, chè đặc, cà phê, thuốc lá, không ăn các chất cay, nóng gây kích thích.
- Cung cấp cho người bệnh và người nhà một số kiến thức cần biết về bệnh. Đặc biệt cần thuyết phục, động viên để người bệnh yên tâm, tin tưởng và phối hợp tốt với nhân viên y tế trong điều trị bệnh.
- Giải thích rõ cho người bệnh về tiến triển của bệnh và những biến chứng có thể xảy ra.
- Hướng dẫn giải thích cho người bệnh và người nhà về các biện pháp phòng biến chứng.
- Hướng dẫn cho người bệnh và người nhà cách để phòng bỏng mắt và cách sơ cứu khi bị bỏng mắt.

2. Phòng bệnh:

- Giáo dục ý thức phòng chống tai nạn bỏng mắt cho tất cả mọi người.
- Đối với những người làm nghề có nguy cơ bỏng cao phải được trang bị đồ dùng bảo hộ lao động và chấp hành tốt các nội qui quy định về an toàn lao động.
- Cải thiện điều kiện làm việc: nơi làm việc phải thoáng khí, đủ ánh sáng, đủ rộng, không quá chật chội.
- Tổ chức tuyến sơ cứu, cấp cứu và xử trí tốt từ cơ sở lên đến tuyến trên. Cần phải chẩn đoán, xử trí, chăm sóc kịp thời trong giai đoạn cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ayanniyi AA, Fasasi MK (2013)** *Unilateral blindness following thermal injury*. Malays J Med Sci 20(1):88-91
2. **Singh P, Tyagi M, Kumar Y, Gupta KK, Sharma PD (2013)** *Ocular chemical injuries 1. Ayanniyi AA, Fasasi MK (2013) Unilateral blindness following thermal injury*. Malays J Med Sci 20(1):88-91 and their management. Oman J Ophthalmol
3. **Vazirani J, Basu S, Sangwan V.(2013)** *Successful simple limbal epithelial transplantation (SLET) in lime injury-induced limbal stem cell deficiency with ocular surface granuloma*. BMJ Case Rep



ÔNG BÍ, QUẢNG NINH NHỮNG TRẢI NGHIỆM KHÓ QUÊN

*Phạm Thị Kim Đức**

Ông Bí, Quảng Ninh vùng đất nên thơ, tươi đẹp thu hút con người không chỉ bởi những ánh mắt, nụ cười rạng rỡ, mà còn thu hút bởi truyền thống văn hóa đa dạng nơi đây: như được trở về vùng đất Phật giáo linh thiêng của cả nước, Yên Tử; được chiêm bái tượng Phật hoàng Trần Nhân Tông lần đầu tiên được thực hiện bằng kỹ thuật đúc đồng nguyên khối và tại chỗ, hay được đắm mình trong không gian của những lễ hội cổ và tận hưởng cảnh sắc, không khí của các danh lam thắng cảnh nổi tiếng,..... Đến với Ông Bí, tôi nhận ra nơi đây không chỉ là địa điểm du lịch mà còn là một trong những cơ sở đào tạo thực hành Thạc sỹ quản lý bệnh viện, sinh viên y tế Việt Nam, Thụy Điển,....

Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Ông Bí do Chính phủ và Nhân dân Vương quốc Thụy Điển giúp đỡ xây dựng tại thị xã Ông Bí nay là thành phố Ông Bí, tỉnh Quảng Ninh, cách Hà Nội 120 km về phía Đông. Bệnh viện được đưa vào sử dụng từ năm 1981 và là Bệnh viện đa khoa loại 1 trực thuộc Bộ Y tế, với chức năng là Bệnh viện Vùng của khu Đông Bắc..... Là một bệnh viện được đầu tư xây dựng bằng sự hỗ trợ

của nước ngoài nên công tác quy hoạch, tổ chức và quản lý của bệnh viện khá đồng bộ và quy củ, vì vậy đây chính là địa điểm được Ban Giám đốc Bệnh viện Mắt TW lựa chọn để cử cán bộ, viên chức của Bệnh viện tham quan học tập và trao đổi kinh nghiệm.

Với mục tiêu bồi dưỡng và nâng cao kiến thức, kỹ năng quản lý cho cán bộ, viên chức trong Bệnh viện thông qua chuyến tham quan học tập, trao đổi kinh nghiệm về công tác quản lý, chăm sóc người bệnh (NB),giữa Bệnh viện Mắt TW và Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Ông Bí trong thời gian 2 ngày từ 25 – 26/7/2014. Đoàn công tác Bệnh viện Mắt TW do TS. Nguyễn Xuân Hiệp - Phó Giám đốc làm Trưởng đoàn, PGS.TS. Trần An - Phó Giám đốc cùng 51 cán bộ, viên chức của Bệnh viện là Lãnh đạo các Khoa, Phòng ban chức năng, điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng hành chính và điều dưỡng trưởng các nhóm chăm sóc cùng tham quan học tập và trao đổi kinh nghiệm với Bệnh viện bạn. Thông qua các lĩnh vực đã được Lãnh đạo 2 bên Bệnh viện định hướng, trao đổi từ trước như: mô hình phân công chăm sóc NB theo đội, công tác quản lý trang thiết

* Phòng Điều Dưỡng



THÔNG TIN HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN

bị, vật tư tiêu hao, nhiệm vụ thường quy đi buồng của điều dưỡng trưởng, công tác quản lý thuốc, tài chính, nhân lực, quản lý chất lượng bệnh viện, ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý Bệnh viện,... nên khi Đoàn công tác của Bệnh viện Mắt TW đến nơi đã được Bệnh viện bạn đón tiếp nồng nhiệt, chân tình và cởi mở.

Qua phần báo cáo chia sẻ thông tin của đại diện 2 Bệnh viện, những nội dung được trao đổi tại đây đã phần nào làm sáng tỏ những băn khoăn mà thành viên trong Đoàn công tác quan tâm như: mô hình chăm sóc NB theo đội với nguyên tắc lấy NB là trung tâm, trong đó đội trưởng là điều dưỡng cùng các thành viên trong đội bao gồm bác sỹ điều trị, điều dưỡng chăm sóc, hộ lý, học sinh, người nhà NB; mô hình quản lý chất lượng tại bệnh viện trong đó áp dụng tiêu chuẩn ISO ở bộ phận hành chính, xét nghiệm và theo tiêu chuẩn CQM (cải tiến liên tục) tại các bộ phận chuyên môn lâm sàng vì vậy mỗi khi có khiếm khuyết, sai sót sẽ được đánh giá để cải tiến ngay; công tác kiểm soát nhiễm khuẩn được bệnh viện rất quan tâm đầu tư về nhân lực và phương tiện để bảo đảm thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn theo tiêu chuẩn; công tác quản lý dược, ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện cũng là những điểm sáng với nhiều ưu điểm nổi bật....

Cùng tham gia chuyến tham quan học tập và trao đổi kinh nghiệm giữa 2 bệnh viện đợt này, TS. Trần Quang Huy - Trưởng Phòng Điều dưỡng tiết chế, Bộ Y tế nguyên là Trưởng Phòng Điều dưỡng

của Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí, người được đào tạo rất bài bản, quy chuẩn về công tác quản lý theo chương trình y tế của Thụy Điển đã chia sẻ thêm về công tác phân công chăm sóc NB theo đội, công tác quản lý điều dưỡng và kiểm soát nhiễm khuẩn... đã giúp tôi và thành viên trong Đoàn công tác hiểu rõ hơn những ưu điểm mà Bệnh viện bạn đã đạt được trong quá trình xây dựng và phát triển.

Chuyến tham quan học tập và trao đổi kinh nghiệm với Bệnh viện bạn lần này đã để lại trong tôi nhiều cảm xúc. Tôi cảm nhận được sự quan tâm sâu sắc và có định hướng đúng của Ban Lãnh đạo Bệnh viện giành cho Khối Điều dưỡng. Sự thành công của chuyến đi đã vượt qua mức kỳ vọng của Ban Lãnh đạo Bệnh viện, Ban tổ chức và của mỗi thành viên trong đoàn. Sau khi tham quan học tập tại bệnh viện là chương trình giao lưu với các đơn vị y tế trong địa bàn đầy sôi nổi và hấp dẫn giúp thành viên trong Đoàn công tác gần nhau hơn, thân thiết hơn, đoàn kết hơn, yêu ngành nghề hơn và hơn cả là gắn bó hơn với Bệnh viện nơi họ cùng làm việc và phấn đấu. Mong rằng, mỗi thành viên trong Đoàn có thể áp dụng được những ưu điểm của Bệnh viện bạn trong công tác chăm sóc NB, hay trong công tác quản lý tại các khoa/phòng nơi mình làm việc để công tác quản lý và chăm sóc NB ở Bệnh viện Mắt TW ngày một tốt hơn, ngày càng phát triển để xứng đáng là Bệnh viện đầu ngành Mắt của cả nước và ngang tầm với các nước trong khu vực và Khối Điều dưỡng tiếp tục nhận được sự quan tâm hơn nữa của Ban lãnh đạo Bệnh viện để liên tục phát triển.



Ảnh 1: TS. Nguyễn Xuân Hiệp - Phó Giám đốc Bệnh viện Mắt TW tặng TS. Đoàn Thị Hồng Hạnh - Phó Giám đốc Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí quà lưu niệm.



Ảnh 2: Bệnh viện Mắt TW và Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí đang thảo luận về công tác quản lý và chăm sóc NB



MỘT SỐ ĐIỀU CẦN BIẾT ĐỂ SỬ DỤNG GLUCOCORTICOID (GC) HỢP LÝ, AN TOÀN, HIỆU QUẢ TRONG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

Phạm Thị Hoàng Ngân*

Glucocorticoid (GC) là nhóm thuốc được sử dụng rất rộng rãi trong nhiều chuyên khoa nói chung và chuyên ngành mắt nói riêng, tuy nhiên cũng có rất nhiều điểm phải lưu ý. Nắm vững được những điểm này, người điều dưỡng sẽ sử dụng được thuốc GC hợp lý, an toàn, hiệu quả để hướng đến công tác chăm sóc người bệnh ngày càng tốt hơn.

1. Glucocorticoid là gì: GC là một trong 2 nhóm hormon được tiết ra ở vỏ tuyến thượng thận, có vai trò quan trọng trong điều hòa chuyển hóa các chất. GC được coi là nhóm hormon có liên quan trực tiếp đến các hoạt động có tính chất sinh mạng của cơ thể bởi vì sự suy giảm mức hormon hoặc suy giảm hoạt động ở tuyến sẽ đe dọa sự sống. Ngoài vai trò trên chuyển hóa các chất, GC còn có nhiều tác dụng như: Chống viêm, chống dị ứng, ức chế miễn dịch...[1]

2. Tác dụng của GC đối với cơ thể người:

- Tác dụng trên chuyển hoá các chất.
- Tác dụng trên mô liên kết.
- Tác dụng trên sự tạo máu.
- Tác dụng chống viêm.

- Tác dụng trên hệ miễn dịch.
- Các tác dụng khác như: kích thích thần kinh trung ương, tăng cường tiết acid dịch vị, tăng huyết áp, ...[1]

3. Liều dùng:

Theo y lệnh của bác sỹ. Tuy nhiên, nếu có thắc mắc điều dưỡng nên hỏi lại ý kiến bác sỹ.

4. Chống chỉ định:

- Loét dạ dày tiến triển.
- Các trường hợp nhiễm nấm và virus mà chưa có thuốc đặc hiệu.
- Tiêm chủng vaccin sống.
- Không có chống chỉ định tuyệt đối cho những trường hợp điều trị khẩn cấp hoặc để điều trị các bệnh đe dọa tính mạng.[1]

5. Tác dụng phụ và cách khắc phục:[1]

5.1. Tác dụng trên sự tăng trưởng ở trẻ em: Gây chậm lớn ở trẻ em

Khắc phục:

- Hạn chế việc kê đơn nhóm thuốc này ở trẻ em.

* Khoa Dược



- Khi bắt buộc phải dùng thì nên sử dụng ở mức liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất có thể.
- Khi phải dùng kéo dài thì nên dùng kiểu điều trị cách ngày thay cho lối dùng hàng ngày.
- Khuyến khích trẻ vận động, chơi thể dục thể thao và tăng cường chế độ dinh dưỡng giàu chất đạm và calci, tốt nhất là dùng chế phẩm chế biến từ sữa.

5.2. Tác dụng gây xốp xương: Có tới 50% người bệnh cao tuổi bị gãy xương không có chấn thương do dùng GC liều cao kéo dài.

Khắc phục:

- Tăng vận động để kích thích tạo xương
- Tăng dinh dưỡng giàu chất đạm và calci, tốt nhất là dùng chế phẩm chế biến từ sữa.

5.3. Tác dụng gây loét dạ dày tá tràng:

Tỷ lệ gây tai biến đường tiêu hoá tuy không nhiều nhưng nếu gặp thường rất nặng, thậm chí có thể gây thủng dạ dày hoặc tử vong. Các tai biến loại này thường gặp nhiều ở người bệnh cao tuổi. Loét và thủng xảy ra cả khi dùng thuốc ngoài đường tiêu hoá (tiêm, viên đặt..).

Khắc phục:

- Có thể dùng thuốc trung hoà dịch vị (antacid) nhưng không được uống đồng thời với GC.
- Có thể dùng các chất kháng thụ thể H2 (famotidin, ranitidin...). Có quan điểm cho rằng không cần dùng thuốc hỗ trợ vì ít có tác dụng mà nên theo dõi chặt chẽ và xử lý sớm hoặc ngừng thuốc kịp thời khi có tai biến.

5.4. Tác dụng phụ do dùng GC tại chỗ:

Các dạng bôi ngoài hoặc nhỏ mắt có chứa GC khi sử dụng tại biến thường gặp bao gồm:

Teo da, xơ cứng bì, viêm da ửng đỏ, mụn trứng cá hoặc bội nhiễm nấm và vi khuẩn virus.

Hiện tượng chậm liền sẹo không chỉ gặp với dạng bôi ngoài mà còn gặp khi dùng đường toàn thân.

Tai biến tại mắt thường gặp nhất là làm giảm khả năng đề kháng của mắt với nhiễm trùng nên dễ mắc bệnh, nhất là nhiễm nấm và virus, chậm liền vết thương, đục thủy tinh thể. Đặc biệt khi tra GC kéo dài sẽ gây tăng nhãn áp (glaucoma do corticoid), một trong những nguyên nhân gây mù lòa. Mức độ tăng nhãn áp khác nhau tùy từng sản phẩm corticoid. Ví dụ: các chế phẩm dexamethason hoặc betamethason gây tăng nhãn áp hơn những loại khác.[2]

Khắc phục:

- Hạn chế nhỏ mắt các chế phẩm chứa GC khi nhiễm virus hoặc nấm.
- Hạn chế sử dụng kéo dài.
- Khuyến người bệnh tuyệt đối không tự ý dùng thuốc GC.

5.5. Hiện tượng ức chế trục dưới đồi - tuyến yên - thượng thận (HPA):

Khi dùng những loại GC có tác dụng kéo dài như dexamethason, nồng độ thuốc trong máu luôn ở mức cao nên trục HPA bị ức chế mạnh hơn những loại có thời gian bán thải ngắn như hydrocortison hoặc prednisolon.

Khắc phục:

- Sử dụng GC một liều duy nhất vào buổi sáng tạo sự ức chế HPA ít hơn khi chia



THÔNG TIN HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN

thuốc làm 2-3 lần trong ngày.

- Trong điều trị kéo dài, nên dùng lối uống cách ngày. Sau điều trị dài ngày, việc ngừng thuốc từ từ là điều bắt buộc.
- Những người bệnh dùng thuốc kéo dài phải được giám sát chặt chẽ không chỉ trong thời gian điều trị mà cả tới 1 năm kể từ khi ngừng thuốc. Trong thời gian đó, nếu xảy ra bất thường (ví dụ chấn thương nặng, phẫu thuật...) thì việc đưa lại GC là bắt buộc.

5.6. Tình trạng thừa corticoid và bệnh Cushing do thuốc: Khi sử dụng GC kéo dài sẽ tạo hình ảnh Cushing như khi u thượng thận.

Khắc phục: Ngừng thuốc phải tuân theo quy tắc giảm liều từng bậc chứ không được ngừng đột ngột. Sau khi ngừng thuốc, nếu bệnh tái phát thì nên sử dụng các thuốc đặc hiệu điều trị triệu chứng tốt hơn là quay lại dùng GC.

5.7. Tác dụng phụ trên chuyển hóa khác:

- Tăng đường huyết.[3]

Khắc phục: Chế độ ăn giảm glucid, đường, theo dõi đường huyết...

- Teo cơ, chậm liền sẹo khi dùng GC kéo dài. [3]

Khắc phục: Chế độ ăn tăng cường protein...

- Ảnh hưởng lên cân bằng điện giải: giữ Na⁺ và nước, tăng bài xuất K⁺ do đó tăng giữ muối, nước gây phù và gây hạ Kali.

Khắc phục: Chế độ ăn giảm muối, giàu Kali (nếu cần có thể bổ sung thêm Kali)[1]

5.8. Ngoài ra, để tăng cường tác dụng điều trị, hạn chế các tác dụng phụ của GC, điều dưỡng cần thực hiện:

- Dẫn dò người bệnh giữ vệ sinh răng miệng, vệ sinh da, vệ sinh ăn uống và tránh bị nhiễm lạnh vì thuốc gây ức chế miễn dịch nên người bệnh dễ bị nhiễm khuẩn.
- Đối với thuốc tra mắt hỗn dịch: phải lắc kỹ, đều trước khi tra.
- Khi người bệnh được kê đơn nhóm thuốc GC cần tư vấn cho người bệnh là việc tái khám là bắt buộc để bác sĩ đánh giá lại tình trạng bệnh và có chỉ định tiếp theo.

6. Theo dõi phản ứng có hại của thuốc (ADRs):

- Khi cho người bệnh dùng thuốc, cần theo dõi, phát hiện kịp thời các ADRs nếu xảy ra.
- Thông báo ngay cho bác sĩ về các ADRs xảy ra và ghi chép, viết báo cáo ADRs theo mẫu quy định.

7. Chỉ định điều trị của GC trong nhãn khoa:

Glucocorticoid được chỉ định trong điều trị các tổn thương viêm và dị ứng tại mắt đáp ứng với corticoid như: Viêm kết mạc dị ứng, viêm kết mạc mùa xuân, viêm mống mắt, viêm mống mắt thể mi, viêm thần kinh thị giác, viêm màng bồ đào, viêm củng mạc hoặc thượng củng mạc, viêm kết mạc bọng, viêm giác mạc chấm nông, viêm giác mạc sâu, viêm sau phẫu thuật...[4]

8. Một số thuốc có chứa GC đang được sử dụng tại Bệnh viện Mắt TW



STT	Đường dùng	Tên gốc của thuốc	Tên biệt dược của thuốc
1	Tiêm	- Dexamethason 4mg/ 1ml - Methylprednisolon 40 mg/ 1ml - Hydrocortison 125 mg/ 5ml	- Dexamethason 4mg/1ml - Solumedrol 40mg/ 1ml - Hydrocortison 125 mg/ 5ml
2	Uống	- Prednisolon 5 mg - Methylprednisolon	- Prednisolon 5 mg - Medrol 16 mg, 4 mg
3	Tra mắt	- Hydrocortison 1% - Prednisolon 1% - Fluorometholon 0,02%; 0,1% - Tobramycin + Dexamethason - Neomycin + Dexamethason - Neomycin + Polymycin B + Dexamethason - Neomycin + Polymycin B + Prednisolon - Framycetin + Dexamethason - Moxifloxacin + Dexamethason - Cloramphenicol + Hydrocortison	- Hydrocortison 1% - Pred-forte - Flumetholon 0,02%; 0,1%; FML - Tobradex - Ozia-decordex - Maxitrol, Eyrus - Poly-Pred - Frakidex - Vigadex - Cloroxit H; Mediclophencid H

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. PGS. TS. Hoàng Thị Kim Huyền và cộng sự (2006)**, *Dược lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, trang 205 - 219.
- 2. PGS. TS. Hoàng Thị Kim Huyền và cộng sự (2001)**, *Dược lâm sàng và điều trị*, Nhà xuất bản Y học, trang 104 - 106.
- 3. PGS. TS. Mai Tất Tố; TS. Vũ Thị Trâm (2007)**, *Dược lý học - Tập 2*, Nhà xuất bản Y học, trang 290 - 293.
- 4. PGS. TS. Hoàng Thị Phúc và cộng sự (2011)**, *Nhãn khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, trang 149.

CẢI THIỆN SỰ CHĂM SÓC CHO ĐÔI MẮT



TÂM NHÌN CỦA CHÚNG TÔI HƯỚNG ĐẾN CÁC LOẠI THUỐC NHỎ MẮT TỐT HƠN

Nói một cách đơn giản, mục tiêu theo đuổi của chúng tôi là tiềm năng cuộc sống. Allergan Eye Care tập trung vào việc phát hiện, phát triển và thương mại hóa các liệu pháp điều trị tiên tiến giúp cho mọi người nhìn thấy rõ ràng hơn để có thể tận hưởng cuộc sống trọn vẹn nhất.

Allergan được thành lập chuyên về lĩnh vực chăm sóc cho mắt cách nay 60 năm, đưa ra thị trường một loại thuốc duy nhất. Mặc dù ngày nay Allergan có nhiều bộ phận chuyên ngành tập trung vào các nhóm thuốc chuyên khoa khác nhau, Allergan Eye Care vẫn giữ vai trò nòng cốt trong công việc kinh doanh của chúng tôi, đưa ra rất nhiều sản phẩm thuốc nhỏ mắt vượt trội trên toàn thế giới.

Chúng tôi đã nghiên cứu ra các loại thuốc mới để điều trị các bệnh đe dọa tổn thương thị lực như glaucoma, khô mắt, và các bệnh lý về võng mạc, lĩnh vực đầu tư ưu tiên.



Mục tiêu của chúng tôi là cung cấp cho các bác sĩ chuyên khoa mắt đầy đủ các sản phẩm trong tất cả các lĩnh vực trị liệu. Chúng tôi cộng tác chặt chẽ với các bác sĩ trên toàn thế giới để nhận biết, thấu hiểu, và đưa ra giải pháp đáp ứng các nhu cầu chưa được thỏa mãn của bệnh nhân. Kết quả là, chăm sóc mắt tốt hơn thực sự là "tâm nhìn chúng tôi sẽ chia cùng bạn" - Tâm nhìn đó đã được phản ánh rõ ràng trong các loại thuốc mà chúng tôi phát triển.

Các bệnh về mắt tiếp tục làm giảm chất lượng cuộc sống của vô số người ở Châu Á và vùng Thái Bình Dương cũng như trên toàn cầu. Với các loại thuốc do Allergan Eye Care phát triển, chúng tôi có thể cải thiện triển vọng tương lai cho những bệnh nhân này. Chúng tôi tin rằng tầm nhìn này thực sự xứng đáng được chia sẻ.

David E. I. Pyott

Chủ tịch Hội đồng quản trị, Tổng giám đốc điều hành

Tập đoàn Allergan, Inc.

QUY MÔ RỘNG

CÁC LOẠI THUỐC NHỎ MẮT DÀNH CHO NHIỀU LOẠI BỆNH LÝ KHÁC NHAU

Là một công ty dược phẩm hàng đầu trong việc phát hiện và phát triển các loại thuốc điều trị mới cho các bệnh về mắt trong một thời gian dài, ngày nay Allergan Eye Care cung cấp đầy đủ các dòng dược phẩm cho rất nhiều các bệnh lý về mắt gồm khô mắt, viêm kết mạc do vi khuẩn, dị ứng, viêm nhãn cầu và glaucoma. Danh mục các sản phẩm ưu việt của chúng tôi bao gồm các loại thuốc nhỏ mắt hàng đầu trên thị trường đã được công nhận và đánh giá cao trên toàn thế giới.

DANH MỤC SẢN PHẨM TRÊN TOÀN CẦU*





ĐỤC THỦY TINH THỂ: VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHẨN ĐOÁN, PHẪU THUẬT VÀ CHĂM SÓC HẬU PHẪU

(Nguồn: NT 17 February 2004 Vol 100 No7 www.nursingtimes.net)

Tác giả: Janet Marsden

*Người dịch: Nguyễn Hồng Hạnh**

Đục thủy tinh thể (TTT) là tình trạng ảnh hưởng đến rất nhiều người cao tuổi và gây giảm thị lực, làm giảm chất lượng cuộc sống. Toàn bộ vấn đề đục TTT, từ lúc phát hiện đến phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu đều có vai trò của điều dưỡng trong việc chăm sóc người bệnh (NB) đục TTT.

Đục TTT có thể bị ngay khi mới sinh (di truyền) hoặc có thể xảy ra trong suốt cuộc đời. Nó có liên quan đến một số bệnh như đái tháo đường, các loại thuốc ví dụ như steroids, các bệnh về mắt và di truyền. Cho đến nay, lão hóa là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất; 95% những người trên 65 tuổi bị đục TTT, và một nghiên cứu ở Mỹ cho thấy khoảng 15% những người có độ tuổi từ 52-85 bị đục TTT làm ảnh hưởng đến khả năng nhìn (Newell,

1996). Reidy và những cộng sự (1998) thực hiện nghiên cứu ở Anh Quốc, phát hiện ra rằng 30% những người trên 65 bị đục TTT. Đục TTT được cho là nguyên nhân của 17 triệu ca mù lòa có thể chữa trị được trên thế giới và là nguyên nhân chính của tình trạng này. (Gregory và Talamo, 1996)

1. Nhận biết dấu hiệu của đục TTT.

Các triệu chứng của bệnh đục TTT.

Các hình ảnh mờ có thể là do TTT không thể nhận biết được 2 điểm riêng biệt trên một hình ảnh nào đó. Thị lực bị giảm đi, đặc biệt là khi nhìn gần. Khi TTT bắt đầu đục, NB sẽ có thể bị lóa mắt đến mức chói mắt khi nhìn ánh sáng tập trung nhiều.

Những người đục TTT sẽ được cảnh báo về việc thay đổi tầm nhìn khi lái xe

* Phòng Điều Dưỡng



vào ban đêm, khi mà ánh sáng từ đèn pha bị phân tán. Do vậy việc lái xe vào ban đêm dường như là điều không thể. Đục TTT cũng có thể gây biến dạng và những đường thẳng có thể xuất hiện thành đường gợn sóng hoặc đường cong. “Bóng ma” của hình ảnh (nơi mà một hình ảnh ở xa được nhìn thấy kèm theo bóng của 1 vật khác ở gần nó) có thể xảy ra, và NB gọi nó là hình ảnh đôi (mặc dù hiện tượng này xảy ra khi mà chúng ta đang nhìn bằng 2 mắt và biến mất khi một mắt bị che lại).

Việc gia tăng mật độ đục TTT có thể dẫn đến việc TTT bị vàng và đồng thời dẫn đến việc mất sự nhận biết về một số màu, các đồ vật sẽ có màu vàng hơn và ít xanh hơn là hình ảnh thực của nó. Trong một số trường hợp, đục TTT phát triển nhanh hơn ở một bên mắt so với bên còn lại, và việc mất thị lực có thể được giải thích khi NB đột ngột nhắm bên mắt tốt của mình.

Dấu hiệu của sự hình thành đục TTT.

Đục TTT thường không được phát hiện cho đến khi xuất hiện đồng tử trắng.

2. Các nguyên nhân gây ra đục TTT.

- Chấn thương
- Dùng các loại thuốc.

- Các bệnh liên quan đến trao đổi chất.
- Tổn thương từ bức xạ.
- Các bệnh về mắt
- Người cao tuổi

TTT nhân tạo đầu tiên đặt vào mắt người được giới thiệu vào năm 1949 bởi Ridley (Stein và CS, 1994). Sự phát triển và nghiên cứu sâu hơn về các loại TTT nhân tạo đã cải thiện kết quả của việc phẫu thuật đục TTT, sự phóng đại và méo hình ảnh đã dường như không còn xảy ra.

Các TTT nhân tạo được đặt ở nhiều vị trí bên trong mắt, tùy thuộc vào từng loại phẫu thuật. Vị trí tốt nhất là đặt trong “bao” TTT, phần còn lại sau khi đã lấy phần nhân TTT khỏi bao.

Hầu hết các TTT đều là loại đơn tiêu cự. Các TTT nhân tạo đơn tiêu cự này có thể khắc phục được việc nhìn xa hay nhìn gần nhưng không thể khắc phục được cả 2 cùng lúc, vì vậy NB vẫn có thể phải đeo kính sau phẫu thuật. Sự phát triển hơn của các TTT nhân tạo dẫn đến sự ra đời của TTT đa tiêu cự (nghiên cứu này đã rất thành công). Những TTT nhân tạo điều tiết, có thể thay đổi vị trí khi mà người nhìn thay đổi điểm tập trung, cũng được sử dụng trong việc phát triển để cho ra đời TTT mới và tốt hơn nữa.



BÀI DỊCH VỀ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

3. Đánh giá trước phẫu thuật

NHS đã thực hiện hơn 170.000 ca phẫu thuật đục TTT từ 1998 - 1999 (Báo cáo của NHS, 2000). Thời gian chờ đợi để được khám và phẫu thuật cùng với sự già hóa dân số ở Anh Quốc cho thấy cần tổ chức các dịch vụ này một cách tối ưu để cho phép sử dụng tốt nhất thời gian và nguồn lực để điều trị cho NB đúng thời điểm.

“Hành động đối với bệnh đục TTT” (NHSE, 2000) được coi là một cuốn sách hướng dẫn tốt nhất để hỗ trợ các dịch vụ nhãn khoa cho chăm sóc NB. Nó từng là một trong những cẩm nang chính để tổ chức và thực hiện các phẫu thuật đục TTT nhanh hơn, điều này đã trở thành tiêu chuẩn trong hầu hết các dịch vụ nhãn khoa. NB có chỉ định phẫu thuật cần phải được đánh giá chi tiết hơn không chỉ tư vấn từ một bác sĩ nhãn khoa. Việc phẫu thuật trong ngày đòi hỏi phải có một đánh giá toàn diện trước mổ với bác sĩ nhãn khoa, có thể diễn ra trong ngày thăm khám, tránh cho NB phải di chuyển nhiều (Rose và cs, 1999; Prasad và cs, 1998; NHSE, 2000).

Đánh giá trước phẫu thuật bao gồm:

Đánh giá y tế, gồm ghi chép chi tiết về tiền sử bệnh và tiền sử dị ứng

Đo các chỉ số sinh học của mắt: đây

là 1 chuỗi hoạt động thăm khám mắt, bao gồm đánh giá độ cong của giác mạc và chiều dài trục nhãn cầu để tính toán công suất TTT nhân tạo cần thiết khi phẫu thuật. Nói chuyện với NB về thói quen sống hàng ngày để xác định vấn đề nhìn gần hay nhìn xa là quan trọng với họ.

Việc xác định các vấn đề xã hội để NB được hỗ trợ là cần thiết, nhất là việc sắp xếp bố trí để ca mổ được thực hiện đúng lịch.

Xác định và bắt đầu điều trị các bệnh lý có thể gây nhiễm trùng nặng sau mổ (viêm nội nhãn) như nhiễm trùng mi và kết mạc.

Một phần quan trọng của cuộc đánh giá là quan tâm đến việc giáo dục cho NB nhận thức về những nguy cơ có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật. Những lợi ích và rủi ro này phải được thông báo rõ ràng với NB trước khi họ đồng ý cam kết.

Điều quan trọng là NB cần phải được nhận thức về những điều gì mong đợi trước trong và sau phẫu thuật, và được thông tin về bất cứ thuốc nào sẽ được sử dụng sau phẫu thuật. Thông tin phải dễ hiểu và kịp thời, các giải pháp sáng tạo để cung cấp thông tin cho NB cần phải được xem xét.

Trong quá trình phẫu thuật, NB cần



phải nằm yên và cần phải được nhận thức về việc họ không được cử động đầu hoặc mắt của họ. Họ cũng cần phải chuẩn bị tinh thần cho việc bị che mặt, bởi vì đây là trải nghiệm khá đáng sợ lúc ban đầu.

Một nhân viên trong phòng mổ sẽ đóng vai trò như cầu nối giữa NB và kíp mổ, họ thường giúp đỡ NB vượt qua cuộc phẫu thuật này cũng như cuộc gây tê tại chỗ. Nhân viên chăm sóc chuyên nghiệp này thường được gọi là “người giữ tay” tuy nhiên việc gọi như vậy là đánh giá thấp vai trò của họ.

4. Chăm sóc sau phẫu thuật

Tất cả các NB đục TTT trước đây được khám bởi các bác sĩ vào ngày đầu tiên sau mổ. Việc này được gọi là “first dressing”, khi điều dưỡng bỏ băng mắt của NB ra, khám bằng đèn bút, làm sạch mắt, tra các loại thuốc và bàn giao NB cho bác sĩ khám. Việc thăm khám mang tính hình thức này nhanh chóng thay đổi, đặc biệt là với phương pháp phẫu thuật mới và cũng vì việc xảy ra biến chứng chỉ là một tỷ lệ rất nhỏ.

Các hướng dẫn SIGN (2001) gợi ý rằng không có bằng chứng nào cho thấy sự cần thiết của việc thăm khám vào ngày đầu sau mổ, nhưng khuyến cáo các trường hợp phức tạp cần phải

khám trong ngày đầu tiên. SIGN cũng khuyến cáo rằng NB cần được theo dõi trong một tuần đầu. Vì vậy NB cần được cung cấp thông tin chính xác và dễ hiểu về việc cần phải làm cái gì nếu có sự cố hoặc khi họ cảm thấy lo lắng. Điều này có nghĩa là họ cần được cung cấp danh sách các số điện thoại và những sự việc có thể xảy ra mà họ có thể tìm kiếm sự giúp đỡ hàng đầu. Ít nhất họ phải được cảnh báo về các dấu hiệu bất thường như bị đau, mắt hoặc giảm thị lực.

Ngoài ra SIGN còn khuyến cáo rằng NB nên tránh mọi hoạt động có thể gây đau ở mắt.

Khi mà tình trạng viêm trong mắt được giải quyết thì không cần thiết phải sử dụng thuốc nhỏ mắt nữa, NB sẽ được kiểm tra mắt để biết được kết quả cuối cùng của cuộc phẫu thuật. Từ thời điểm này có thể chỉnh kính cho NB. NB có thể được xuất viện không cần theo dõi tiếp từ thời gian này.

5. Vai trò của điều dưỡng.

Mặc dù việc chăm sóc NB đục TTT là sự nỗ lực từ nhiều phía, tuy nhiên các điều dưỡng dường như là những người chăm sóc chính trong suốt quá trình phẫu thuật.

Việc đánh giá tình trạng bệnh được



BÀI DỊCH VỀ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

thực hiện một cách thường xuyên và các điều dưỡng đóng vai trò quan trọng thực hiện nhiều công đoạn trước mổ như khám mắt, đo các thông số của mắt, yêu cầu NB ký cam kết phẫu thuật (Stanford, 1998; Gregory và Lowe, 1991)... các điều dưỡng cũng đóng vai trò quan trọng trong phòng mổ bao gồm hỗ trợ gây tê và hỗ trợ bác sĩ mổ, đóng vai trò như người phụ giúp ban đầu cho bác sĩ trong giai đoạn đặc biệt này.

Trong một số trường hợp, điều dưỡng thực hiện toàn bộ các công đoạn chăm sóc sau mổ, đối với những NB mổ đục TTT không phức tạp, bao gồm cả việc điều chỉnh một số loại thuốc sử dụng cho nhóm NB chính hoặc bổ sung

thuốc, kiểm tra khúc xạ tự động và là người cho NB xuất viện. Thông thường NB chỉ tiếp xúc được với bác sĩ trong phòng mổ vào thời gian phẫu thuật. Điều này có nghĩa là NB cảm thấy dịch vụ này được thực hiện liền mạch từ cùng một nhóm điều dưỡng và sự hài lòng giành cho họ ngày càng tăng lên khi mà họ thực hiện chăm sóc thực sự toàn diện, làm việc theo đội được dự tính bởi hầu hết các thành viên trong nhóm khi xuất hiện thay đổi trọng tâm. Tuy nhiên, những cách sáng tạo để tổ chức và phân bố khắp Anh Quốc đang có những tác động đến các dịch vụ phẫu thuật đục TTT để NB chấp nhận đúng thời điểm phẫu thuật để cải thiện chất lượng thị lực qua đó cải thiện chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gregory, D., Lowe, K.J. (1991)** *An enhanced role for the ophthalmic nurse. Professional Nurse*; 7:1, 43-50.
2. **National Health Service Executive (2000)** *Action on Cataracts. London: DoH.*
3. **Newell, F. (1996)** *Ophthalmology: principles and concepts.* St Louis, MO: Mosby.
4. **Reidy, A. et al (1998)** *Prevalence of serious eye disease and visual impairment in a north London population: population-based, cross-sectional study.* British Medical Journal; 316: 7145, 1643-1646.
5. **Stein, H.A. et al (1994)** *The Ophthalmic Assistant.* St Louis, MO: Mosby.