





## **LỜI CHÀO MỪNG CỦA BAN BIÊN TẬP!**



**B**an biên tập “Đặc san Điều dưỡng Nhân khoa” trân trọng gửi lời chào đến các Giáo sư, Phó Giáo sư, các đồng chí Lãnh đạo các cấp, Quý đại biểu, bạn bè đồng nghiệp trong nước và Quốc tế đã tới dự Hội nghị Nhân khoa Đông Nam Á lần thứ 2, Hội nghị Nhân khoa Việt Nam năm 2015.

### ***Kính thưa Quý đại biểu!***

“Đặc san Điều dưỡng Nhân khoa” là tạp chí đăng tải những công trình nghiên cứu khoa học điều dưỡng, các bài dịch, trao đổi về chuyên môn và nhiều sự kiện nổi bật, có ý nghĩa của khối Điều dưỡng Bệnh viện Mắt Trung ương. Đây là diễn đàn để điều dưỡng, thầy thuốc Nhân khoa chia sẻ, trao đổi kinh nghiệm nhằm nâng cao hơn nữa chất lượng chăm sóc mắt tại Bệnh viện Mắt Trung ương nói riêng và ngành mắt Việt Nam nói chung. Nhân dịp khai mạc Hội nghị AOS2 và Hội nghị Nhân khoa Việt Nam năm 2015, Bệnh viện Mắt Trung ương trân trọng giới thiệu tới Quý đại biểu, đồng nghiệp cùng độc giả cuốn đặc san “Điều dưỡng Nhân khoa số 6” với nội dung phong phú, được chọn lọc và khá nổi bật về những hoạt động của khối Điều dưỡng Bệnh viện Mắt Trung ương trong thời gian qua.

Ước mong cuốn “Đặc san Điều dưỡng Nhân khoa số 6” được xuất bản lần này sẽ là món quà ý nghĩa của Bệnh viện Mắt Trung ương kính tặng đến Quý đại biểu, đồng nghiệp, bạn bè trong nước và Quốc tế đã tới dự Hội nghị lần này.

Kính chúc Quý đại biểu, bạn bè đồng nghiệp cùng bạn đọc sức khỏe, hạnh phúc và thành công.

*Ban Biên tập trân trọng cảm ơn!*

**Trưởng ban**

**PGS.TS Trần An**



## ***WELCOME LETTER FROM EDITION BOARD!***

The Edition Board of Ophthalmic Nurses Journal would like to send warm greetings to Professors, Associate Professors, leaders at all level, delegates, Vietnamese and International colleagues who come to attend the second Asean Ophthalmology Society Congress (AOS II) and the Vietnam Ophthalmological Society Congress 2015.

### ***Dear delegates!***

The Ophthalmic Nurses Journal is consisting of scientific researches, translations, professional exchanges and highlight, significant events to the Nurses in the Vietnam National Institute of Ophthalmology (VNIO). This is the forum for ophthalmic nurses, doctors to share, exchange experiences for further improving the eye care quality in the VNIO particular and the Vietnam Ophthalmology in general. On the occasion of opening of the AOS II and the Vietnam Ophthalmological Society Congress 2015, the Vietnam National Institute of Ophthalmology would like to introduce the ophthalmic nurses journal Number 6 to delegates, colleagues and readers with plentiful, selected and outstanding contents about the activities of nurses in the VNIO in recent years.

The wish of ophthalmic nurses journal number 6 is to be published this time which will be a significant gift from the VNIO to present the delegates, colleagues, Vietnamese and International friends attending the Congress.

Wishing delegates, colleagues and readers good health, happiness and success!

Thank you!

**Head of Edition Board**

**A/Prof. Tran An**



# THÔNG TIN ĐIỀU DƯỠNG VỀ BỆNH GLÔCÔM

( tài liệu dịch )

*Phùng Thị Mai Loan\**

**Sự hiểu biết, thái độ và hành vi tự chăm sóc liên quan tới bệnh Glôcôm của nhân viên bệnh viện tuyến huyện ở Bắc Ấn Độ.**

## **TÓM TẮT:**

**Mục đích:** Để xác định mức độ hiểu biết một cách đúng đắn về bệnh lý Glôcôm và thái độ hướng tới phòng chống mù loà và phương thức điều trị những yếu tố này ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc trong nhân viên bệnh viện.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu ngẫu nhiên của 119 nhân viên bệnh viện bao gồm 23 bác sỹ (Không phải bác sỹ chuyên khoa mắt) và 96 điều dưỡng được hỏi về kiến thức, thái độ và hành vi về bệnh Glôcôm theo các câu hỏi tự thiết kế.

## **Kết quả:**

Tất cả 119 nhân viên 34 nam (28,57%) , 85 nữ (71,42%) đã nhận thức được về Glôcôm. Hầu hết các bác sỹ (80,76%) và điều dưỡng (65,26%) đã hiểu glôcôm liên quan đến nhãn áp cao và có tác động thị thần kinh. 24% bác sỹ và điều dưỡng không biết tầm quan trọng là những thành viên trong gia đình bệnh nhân glôcôm cần quan tâm hơn về nguy cơ mắc bệnh này. Về việc “ ưu tiên điều trị” giữa bệnh đục thủy tinh thể, glôcôm và bệnh vông mạc tiểu đường. 76,91% bác sỹ, 60% điều dưỡng viên đã đặt glôcôm lên hàng đầu. Trong các bệnh mù, đột quy, hoặc liệt, ung thư, tâm thần phân liệt và bệnh tim 9 (34,6%) bác sỹ, 15(15,8%) điều dưỡng coi phòng chống mù loà là ưu tiên số 1. Lần đi khám thầy thuốc chuyên khoa mắt gần đây là yếu tố tiên đoán quan trọng về hiểu biết bệnh glôcôm là căn bệnh mù loà.

**Kết luận:** Đào tạo nhân viên y tế về các triệu chứng glôcôm, giảm thị lực có thể là bước quan trọng trong chăm sóc dự phòng chuyên khoa mắt.

**Từ khoá:** Thái độ, ý thức, glôcôm, bệnh nhãn áp, kiến thức.

**Trích dẫn báo:  
Nguồn trợ giúp  
Xung đột lợi ích**

## I. GIỚI THIỆU

Dân số thế giới tiếp tục già đi, thị lực giảm sút là nguyên nhân gây ra các bệnh về mắt tiếp tục tăng và bệnh glôcôm là nguyên nhân gây mù đứng thứ 2 hoặc thứ 3 trên thế giới. Theo ước tính hầu hết 90% các trường hợp gây mù từ bệnh glôcôm có thể ngăn ngừa sớm và phục hồi được.

Các nghiên cứu khác nhau trên cộng đồng dân cư cho thấy rằng nhận thức, hiểu biết về bệnh glôcôm ở các vùng nông thôn và thành thị là rất thấp, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Sự hiểu biết thấp này có tác động tiêu cực đến hành vi chăm sóc sức khỏe. Người ta cho rằng hệ thống chăm sóc sức khỏe ở các nước đang phát triển còn thấp hơn nhiều so với mức lý tưởng, do vậy điều cơ bản là mỗi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần hiểu biết hơn về bệnh glôcôm để có thể phổ biến kiến thức về bệnh đến nhiều người dân hơn, những người không có điều kiện tiếp cận với các trung tâm chăm sóc mắt toàn diện.

Mặc dù có ý nghĩa như vậy, nhưng có rất ít thông tin có sẵn về kiến thức, thái độ và những hành vi tự chăm sóc liên quan tới glôcôm cho nhân viên bệnh viện, với nghiên cứu sâu về vấn đề này từ Negiria.

Mẫu nghiên cứu cắt ngang này nghiên

cứu dựa trên bảng câu hỏi để xác định mức độ hiểu biết về glôcôm và thái độ phòng chống mù lòa và điều trị, và đánh giá sự ảnh hưởng của những yếu tố này đến hành vi tự chăm sóc trong những nhân viên y tế.

## II. PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu được thực hiện tại Viện Đại học Y quốc gia, Chandigarh, bệnh viện tuyến huyện, kết hợp với chương trình đào tạo đại học và sau đại học đa ngành tại vùng đô thị ở phía Bắc Ấn Độ.

Một bộ câu hỏi 9 điểm về Glôcôm được tự thiết kế để phỏng vấn một nhóm nhân viên bệnh viện được chọn ngẫu nhiên. Những người phỏng vấn cùng đánh giá mỗi người trả lời về kiến thức, thái độ và những hành vi chăm sóc bản thân của họ liên quan đến bệnh glôcôm.

Nhận thức được định nghĩa là “đã nghe tới bệnh glôcôm”. Sự hiểu biết được định nghĩa là khi đối tượng đã có một số hiểu biết về bệnh glôcôm về nguyên nhân hoặc những triệu chứng; nhãn áp cao; gây tổn hại thị thần kinh vì áp lực cao; gây tổn hại cho võng mạc, và sự hiện diện của quầng màu và nhức mắt. Đầu tiên, người được phỏng vấn được hỏi xem Anh/chị đã nghe về bệnh glôcôm hay chưa? Chỉ hỏi về kiến thức bệnh glôcôm khi đối người



đó khẳng định là đã nghe về bệnh này và hỏi người đó giải thích xem họ đã biết gì về căn bệnh này.

Kiến thức, thái độ và hành vi tự chăm sóc liên quan đến glôcôm cho nhân viên bệnh viện tuyến huyện.

**Bảng 1: Kiến thức, thái độ và hành vi tự chăm sóc liên quan đến glôcôm**

**\*Nhận thức**

- *Bạn có biết về bệnh "Glôcôm"*
  - Biết
  - Không biết
- *Nếu biết, nguồn thông tin của bạn là gì?*
  - Chương trình Y tế
  - Phương tiện truyền thông dạng in ấn (sách báo tạp chí/sức khỏe)
  - Internet
  - Người thân/bạn bè đã bị bệnh Glôcôm
  - Bác sĩ nhãn khoa
  - Học từ các khóa đào tạo y khoa.

**\* Kiến thức**

- *Bạn biết về "bệnh Glôcôm" là gì?*
  - Áp lực cao trong mắt
  - Tổn thương thần kinh của mắt do áp lực cao
  - Tổn thương võng mạc

- Quầng màu và đau ở mắt

● *Bạn có nghĩ rằng tổn hại do bệnh Glôcôm có thể hồi phục được không?*

- Có

- Không

● *Sắp xếp các bệnh theo "ưu tiên điều trị". Đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, bệnh lý võng mạc đái tháo đường?*

● *Bạn có nghĩ rằng việc các thành viên gia đình của bệnh nhân bệnh Glôcôm cần quan tâm hơn đến việc họ có thể bị bệnh là quan trọng không?*

- Có

- Không

● *Phòng chống mù loà nằm ở vị trí trong danh sách ưu tiên của bạn?*

Mù, đột quỵ hoặc bại liệt, ung thư, tâm thần phân liệt, bệnh tim

**\*Hành vi tự chăm sóc**

● *Lần gần đây nhất bạn được khám bác sĩ nhãn khoa hoặc chính quang viên khám mắt là khi nào?*

- <1 năm

- 2 năm

- 3 năm trở lên

- Không bao giờ

- Không nhớ

● Nếu bạn được chẩn đoán bị bệnh glôcôm, bạn sẽ theo quá trình điều trị như thế nào?

- Đi khám mắt thường xuyên để có lời khuyên điều trị liên tục (thuốc nhỏ mắt)

- Chẳng có vấn đề khi lờ 1 lần khám mắt hoặc bỏ thuốc nhỏ mắt (thường xuyên)

- Thích được phẫu thuật điều trị bệnh glôcôm hơn để tránh những rắc rối của việc tra thuốc nhỏ mắt suốt đời?

● Nếu chỉ có phẫu thuật là lựa chọn điều trị, bạn sẽ làm gì?

- Sẽ nhanh chóng để được phẫu thuật?

- Cố gắng trì hoãn việc phẫu thuật và tiếp tục thuốc nhỏ mắt

- Nhỏ thuốc mắt và bắt đầu thay thế thuốc, chẳng hạn như Ayurvedic hoặc tự chữa ở nhà hoặc yoga.

Bộ câu hỏi chứa một danh sách trả lời có thể về nhãn áp cao, tổn hại thị thần kinh do cao nhãn áp, gây tổn hại võng mạc và các triệu chứng quầng màu và đau nhức ở mắt. Người phỏng vấn đánh dấu vào câu trả lời giống nhất và câu trả lời của người được hỏi. Trong trường hợp nếu câu trả lời không phù hợp với bất kỳ câu trả lời nào trong bảng câu hỏi thì cần phải ghi chép lại chi tiết hơn câu trả lời của người được phỏng vấn. Hành vi tự chăm sóc được xác định bằng một bộ ba câu hỏi về thái độ

của họ đối với công tác phòng, điều trị mù lòa của bệnh tăng nhãn áp. Tất cả những người tham gia được hỏi phải cung cấp xem lần cuối cùng mà họ đi khám mắt ở phòng khám bác sỹ mắt hoặc chỉnh quang viên và thời gian kể từ lần khám cuối cùng này đến hiện tại được đánh dấu là <1, 2 hoặc 3 năm hoặc hơn, hoặc không bao giờ.

### III. PHÂN TÍCH DỮ LIỆU

Trong quá trình xử lý số liệu, những đối tượng nghiên cứu được phân loại thành nhóm điều dưỡng hoặc bác sĩ. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 16.00 (Chicago, Illinois, Hoa Kỳ). Mối quan hệ giữa nhận thức về bệnh glôcôm và yếu tố nhân khẩu học, chẳng hạn như tuổi, giới tính và tình trạng giáo dục được khảo sát bằng cách kiểm định khi bình phương. Mức ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0.05$  (2 phía) được áp dụng.

### IV. KẾT QUẢ

Trong 119 nhân viên bệnh viện (96 điều dưỡng, 23 bác sỹ không phải là nhân khoa) người đồng ý tham gia nghiên cứu và trả lời các câu hỏi, có 85 (71,42%) là nữ và 34 (28,57%) nam giới. Nhìn chung, 96 (80,7%) người có trình độ trung học trong đó có 23 (19,3%) người có trình độ đại học.

#### 4.1. Nhận thức

100% đối tượng đã nhận thức được bệnh glôcôm. 18 người (15,1%) có nguồn thông tin về bệnh glôcôm đến từ các chương trình y tế, 21 người (17,6%) từ ấn bản truyền thông và 17 người (14,3%) từ Internet. 15 người (12,6%) cho rằng họ hiểu biết về bệnh Glôcôm khi có họ hàng/bạn bè bị bệnh, trong khi 22 người khác chiếm (18,5%) có thông tin từ các cuộc thảo luận với bác sĩ nhãn khoa và tham dự học tập trong quá trình nghiên cứu (điều dưỡng/y tế) và 94 (78,9%) đối tượng tương ứng. Như là hiển nhiên từ sự phân bố, một số đối tượng báo cáo nhiều hơn một nguồn thông tin về quá trình bệnh.

#### 4.2. Kiến thức

Hầu hết các bác sĩ (80,76%) và điều dưỡng (65,26%) đều nhận thức được sự liên quan giữa bệnh glôcôm với một tình trạng tăng áp lực và có ảnh hưởng đến thần kinh thị giác (Bảng 2). Hai bốn phần trăm các bác sĩ và điều dưỡng đã không biết rằng tầm quan trọng đối của việc các thành viên gia đình của bệnh nhân glôcôm là cần quan tâm hơn đến nguy cơ mắc bệnh 47,39.5% đối tượng nghĩ rằng những tổn hại do bệnh glôcôm có thể phục hồi “Ưu tiên điều trị” giữa đục thủy tinh thể, bệnh glôcôm và bệnh vông mạc

đái tháo đường; 76,91% các bác sĩ và 60% điều dưỡng chọn bệnh glôcôm ưu tiên hàng đầu. Trên tổng số: mù, đột quy hoặc bại liệt, ung thư, tâm thần phân liệt và bệnh tim, phòng chống mù loà là ưu tiên hàng đầu của 26 người được hỏi (21,8%) [9 (34,6%) bác sĩ; 15 (15,78%) điều dưỡng]. Yếu tố dự báo có ý nghĩa duy nhất của kiến thức về bệnh glôcôm như một căn bệnh gây mù là lần khám gần đây một bác sĩ nhãn khoa ( $p = 0.001$ ); trong khi nghề y ( $p = 0,227$ ) và giới tính nữ ( $p = 0.482$ ) không được cho là yếu tố dự báo có ý nghĩa về kiến thức của căn bệnh này.

#### 4.3. Thực hành tự chăm sóc

Chỉ có 50 (42%) người được hỏi đã được bác sĩ nhãn khoa khám trong vòng một năm qua. Nhìn chung 92 (77,3%) người được hỏi trả lời rằng nếu họ được chẩn đoán bị bệnh glôcôm, họ sẽ đi khám mắt thường xuyên và dùng thuốc (thuốc nhỏ mắt) liên tục. Nếu phẫu thuật là lựa chọn điều trị thì có 103 (86,6%) người được hỏi sẵn sàng chấp nhận phẫu thuật (Bảng 3).

#### 4.4. Bàn luận

Nâng cao nhận thức của các bệnh về mắt thông thường và thực hiện chương trình chăm sóc sức khỏe trong một cộng đồng nhất định có thể làm cho mọi người



phải đi khám mắt. Với một bệnh như bệnh glôcôm, chẩn đoán và điều trị sớm sẽ làm giảm nguy cơ mất thị lực và mù lòa, vì nguyên nhân chính là bệnh nhân mù là đi khám và điều trị muộn.

Các nghiên cứu khác nhau đã nhấn mạnh sự thiếu hiểu biết của các bệnh về mắt trong dân số nói chung với khoảng 50% bệnh nhân bị glôcôm là không biết về bệnh của họ tại thời điểm chẩn đoán và đến khám khi bệnh ở giai đoạn nặng.

### **Bảng 2: Tìm hiểu về bệnh tăng nhãn áp**

Sự hiểu biết về bệnh glôcôm p (n = 119)

Tăng áp lực trong mắt 80 (67,2%)

Tổn hại thị thần kinh do áp lực cao 56 (47,1%)

Tổn hại võng mạc 26 (21,8%)

Quảng sáng màu và đau nhức mắt 24 (20,2%)

(Một số người đã có hơn 1 câu trả lời)

### **Bảng 3: Tự chăm sóc trong quá trình điều trị bệnh glôcôm**

Hành vi trong quá trình điều trị bệnh glôcôm (n = 119)

Khám bác sĩ nhãn khoa thường xuyên và điều trị bệnh (thuốc nhỏ mắt) liên tục 92 (77,3%)

Không có vấn đề gì khi bỏ lỡ việc tới khám

bác sĩ nhãn khoa hoặc thường xuyên quên một liều thuốc 8 (6,7%)

Thích được phẫu thuật bệnh glôcôm hơn để tránh những rắc rối của việc dùng thuốc nhỏ mắt suốt đời? 18 (15,1%)

*Nếu phẫu thuật là lựa chọn điều trị duy nhất?*

*Muốn được phẫu thuật sớm?* 103 (86,6%)

Cố gắng trì hoãn việc phẫu thuật và tiếp tục dùng thuốc nhỏ mắt 10 (8,4%)

Thuốc nhỏ mắt; bắt đầu bỏ trợ thay thế thuốc 4 (3,4%)

Cần lưu ý rằng có một vài nghiên cứu về mối tương quan của việc phát hiện muộn bệnh glôcôm với các yếu tố xã hội đã được thực hiện ở Vương Quốc Anh và Ấn Độ, nơi mà bệnh glôcôm là một nguyên nhân chính gây mù lòa. Nghiên cứu tại bệnh viện mắt Moorefield rằng thấy rằng việc chẩn đoán bệnh glôcôm đã bị các kỹ thuật viên khúc xạ và đôi lúc là bác sĩ nhãn khoa bỏ sót vì quá trình khám bệnh toàn diện không được tuân thủ.

Thực tế, phân tích trên các bệnh nhân tham gia cuối cùng tại phòng khám tiết lộ rằng người tham gia bất kỳ khác hơn là một chuyên viên đo mắt (người đã thực hiện chẩn đoán chính xác bệnh glôcôm) là 4,5 lần, nhiều khả năng là người tham

gia muộn hơn người bệnh. Kết quả tương tự đã được ghi nhận trong các nghiên cứu mắt Barbados, nơi thăm các kỹ thuật viên khúc xạ không cung cấp cho bệnh nhân thông tin về bệnh glôcôm. Do đó, bắt buộc nhân viên trong bệnh viện có nhận thức bệnh glôcôm và biến chứng của nó để tránh bỏ sót ca bệnh và người bệnh có thể được điều trị ở giai đoạn sớm hơn.

Trong nghiên cứu này, một thực tế đáng ngạc nhiên nổi lên nhiều như 20% các bác sĩ và 35% điều dưỡng làm việc trong một trung tâm chăm sóc đại học trực thuộc một tổ chức giảng dạy đại học đã không hiểu bệnh glôcôm đã được liên kết với nhãn áp cao và có ảnh hưởng đến thần kinh thị giác. Gần 1 trong 4 các bác sĩ và điều dưỡng đã không nhận ra rằng điều quan trọng là kiểm tra các thành viên trong gia đình người bệnh bị bệnh glôcôm, kể từ khi họ có một nguy cơ cao của bệnh. Bốn mươi phần trăm người được phỏng vấn thực sự tin rằng những tổn thương do bệnh glôcôm có thể ngăn ngừa được.

Ý nghĩa của những phát hiện này rằng có một trong bốn bác sĩ không chuyên khoa mắt và điều dưỡng có thể không được coi là nguồn tiềm năng của kiến thức cho người bệnh người đã đến bệnh viện tuyến huyện này, và trong thực tế, nếu

được hỏi, có thể gây hiểu lầm cho những người bệnh.

Trong việc nghiên cứu với các bác sĩ, các điều dưỡng và nhân viên bệnh viện không thuộc ngành y từ Bệnh viện giảng dạy bậc đại học Obefemi Awolowo tại Negeria cho thấy kết quả thất vọng như nhau.

Gần như một trong hai (48,8%) đối tượng bao gồm 38 các bác sĩ, 53 điều dưỡng 9 nhân viên không thuộc ngành y không biết liệu có phải mù mắt thị lực do bệnh glôcôm là vĩnh viễn hoặc phục hồi hay không. Không giống như các nghiên cứu của chúng tôi, giới tính nữ ( $p = 0.003$ ), cấp trung học hoặc đại học giáo dục ( $p = 0.001$ ), đã tìm thấy là yếu tố dự báo quan trọng của kiến thức về bệnh glôcôm như một căn bệnh gây mù. Như trong nghiên cứu của chúng tôi, một cuộc gặp gỡ gần đây với một học viên chuyên khoa mắt ( $p = 0,012$  ở Nigeria vs 0.001 trong nghiên cứu của chúng tôi) là một yếu tố dự báo quan trọng của kiến thức về bệnh glôcôm.

Gần một nửa các đối tượng ở Nigeria tin rằng điều trị bệnh glôcôm nên được ưu tiên cao nhất so với các bệnh khác, so với 61% trong nghiên cứu của chúng tôi (73/119; 76,9% các bác sĩ và điều dưỡng 60%).



Điều đó cũng phải được lưu ý rằng hơn 20% đối tượng (2 bác sĩ và 22 điều dưỡng) đã không nói các kiến thức đã được học về bệnh của họ như là nguồn thông tin về bệnh glôcôm và ý nghĩa của nó. Do đó nó phải được xem xét như là một khiếm khuyết nghiêm trọng trong thiết kế của chương trình giáo dục cho cả hai (bác sĩ và điều dưỡng). Mặc dù làm việc trong một bệnh viện, dễ dàng và miễn phí truy cập về chăm sóc sức khỏe, chỉ có 42% của các đối tượng đã đến khám một bác sĩ nhãn khoa trong vòng một năm qua. Rào cản đối với tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe, do đó, không chỉ là truy cập vào giá cả phải chăng về dịch vụ chăm sóc sức khỏe và kiến thức về căn bệnh này và sự liên quan giữa chúng.

Người bệnh không thoải mái khi khám thường xuyên về nhãn khoa và việc sử dụng các loại thuốc (thuốc nhỏ mắt) đã được báo cáo hơn 20% đối tượng trong trường hợp chẩn đoán có thể xảy ra với bệnh glôcôm. Ngược lại, ít hơn 15% báo cáo một chút do dự, nếu phẫu thuật đã được cung cấp cho họ như các lựa chọn điều trị chỉ có sẵn.

## V. KẾT LUẬN

Cho rằng các bác sĩ và điều dưỡng không phải chuyên khoa mắt thường là

điểm liên lạc đầu tiên khi người bệnh đến khám, các nhân viên y tế này phải có thêm thông tin về bệnh hoặc nguy cơ thông tin sai lệch và tư vấn sai là rất cao, ngay cả trong trung tâm chăm sóc sức khỏe tuyến 3. Nhớ rằng không có số liệu chính xác việc có kiến thức đầy đủ và thái độ thích hợp cho các điều dưỡng và các bác sĩ không chuyên khoa mắt liên quan đến bệnh glôcôm.

Điều đó cho thấy, quan trọng để nhấn mạnh vào việc phổ biến giáo dục sức khỏe và các thông tin về mắt chuyên sâu, đặc biệt là giữa các nhân viên y tế. Việc giáo dục nhân viên bệnh viện về trình bày và kết quả của “kê cấp thị lực tầm lạng” có thể là một bước quan trọng hướng tới phòng ngừa chăm sóc mắt. Đào tạo liên tục về triệu chứng bệnh glôcôm và suy giảm thị lực theo sau, do đó, phải được ưu tiên khi thiết kế chương trình cho việc tiếp cận cộng đồng...

### \*Phòng Kế Hoạch Tổng Hợp

# TỔN HẠI MẮT VÀ THỊ LỰC Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI OMAN: MỘT NGHIÊN CỨU CAN THIỆP Y TẾ CÔNG CỘNG

Hoàng Thị Thanh Hà\*

## TÓM TẮT

**Mục đích nghiên cứu:** Xác định tổn hại mắt và thị lực ở trẻ em dưới 5 tuổi tại 2 tỉnh miền trung của Oman năm 2006

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp y tế công cộng.

**Phương pháp nghiên cứu:** Ở Manah Wilayat việc khám mắt do các điều dưỡng của trung tâm y tế cơ sở (PHC) thực hiện. Còn ở Mudhalby Wilayat thì công việc này lại do 1 chỉnh quang viên thực hiện. Các dấu hiệu như kích thước nhãn cầu bất thường, lác, rung giật nhãn cầu, đồng tử trắng được ghi lại. Với những trẻ trên 2 tuổi, thị lực được đánh giá bằng bảng LOGMAR với những hình biểu tượng của Lea. Với những trẻ dưới 2 tuổi thì hướng nhìn thiên vị được đánh giá bằng bảng phân độ của Lea (Lea's grating paddle) hoặc bảng hình "Án Heidi". Số liệu được xử lý bằng gói thống kê dành cho các nghiên cứu về xã hội (SPSS 12).

**Kết quả:** Trong số 1.520 trẻ em được khám, 3 trẻ không có nhãn cầu ở 2 mắt và 3 trẻ không có nhãn cầu ở 1 mắt. Có 44 trẻ (2.9%) bị lác và 18 trẻ (1.2%) bị rung giật nhãn cầu. Test "Án Heidi" bình thường ở 530/537 (87%) số trẻ khác. Thị lực nhìn xa ( $\geq 0.32$ ) ghi nhận ở 386/448 trẻ (86.2%). Test hướng nhìn thiên vị cho thấy một nửa số trẻ em có tổn hại thị lực ( $> 2\text{cpcm}$ ). Khám sàng lọc ở các cháu nhóm "1-2 tuổi" và "3-4 tuổi" có thể dự đoán khá chính xác các tổn hại của mắt ( $P \leq 0.001$ ).

**Kết luận:** Khám sàng lọc về mắt và thị lực của trẻ em dưới 5 tuổi giúp phát hiện các bệnh lý về mắt ở giai đoạn đầu. Thay vì phải khám trên diện rộng thì người ta chỉ cần tập trung vào các nhóm dân cư có nguy cơ cao hoặc đánh giá thị lực ở nhóm trẻ 3-4 tuổi, phát hiện các bất thường của nhãn cầu ở nhóm trẻ từ 1-2 tuổi. Hệ thống y tế hiện tại không thể phát hiện một số trẻ em có những vấn đề về mắt và các tổn thương trên chỉ được phát hiện qua các đợt khám sàng lọc như thế này.

\*Khoa Đáy mắt-Màng bồ đào, Bệnh viện Mắt Trung Ương



## LỜI GIỚI THIỆU

Mù lòa ở trẻ em là 1 vấn đề về mắt được ưu tiên trong **Thị Giác 2020 - Quyền được nhìn thấy**. Phát hiện sớm các bệnh lý thông thường cũng như các bệnh gây mù ở mắt, đặc biệt ở trẻ em, là việc rất quan trọng giúp cho việc can thiệp. Các trẻ khi vào trường tiểu học (5-6 tuổi) thì cần được kiểm tra thị lực. Tuy nhiên, tỷ lệ tuyển sinh thấp và thiếu nhân lực đào tạo ở các nước đang phát triển là rào cản đối với công việc này. Các bệnh về mắt như giảm thị lực, mù một mắt và lác thường được phát hiện lần đầu tiên ở giai đoạn này. Do đó, Hiệp Hội Nhi Khoa Mỹ khuyến cáo nên khám mắt và kiểm tra thị lực cho trẻ em dưới 5 tuổi và cho rằng can thiệp sớm sẽ giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của trẻ. Trước khi áp dụng việc khám sàng lọc này ở các nước đang phát triển thì cần phải xác định cụ thể khối lượng công việc cần thực hiện để có thể đảm bảo hiệu quả và tính bền vững của nó.

Oman đã xây dựng được hệ thống chăm sóc sức khỏe (PHC) tốt, giúp mọi người dân có thể tiếp cận dễ dàng. Bất kỳ chương trình khám sàng lọc cho nhóm trẻ dưới 5 tuổi nào cũng sẽ được thực hiện tốt nhất thông qua hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu PHC. Do vậy, chương trình chăm sóc sức khỏe cho trẻ đã thực

hiện việc giám sát thông qua các đợt tầm soát cho trẻ tại các cơ sở y tế. Việc phát hiện các tổn thương mắt như: rung giật nhãn cầu, lác, đục thể thủy tinh và không có nhãn cầu ở các lứa tuổi cụ thể cũng được yêu cầu tiến hành thông qua chương trình chăm sóc mắt tại Oman. Không may là các đợt tầm soát lại không thật phù hợp cho việc khám mắt này.

Khám thị lực của trẻ em khi nhập học tại Oman được tiến hành hàng năm, sử dụng bảng Snellen chữ "E" cho trẻ chưa biết chữ. Bảng thị lực được đặt cách 6 mét từ cháu bé được thử thị lực. Kết quả thị lực cho biết khả năng nhìn của trẻ. Bằng cách sử dụng các phương pháp thông thường thì việc khám thị lực cho trẻ nhỏ thường rất khó khăn và tốn nhiều thời gian. Ngày nay, việc kiểm tra thị lực ở trẻ nhỏ hơn đã được thực hiện nhờ sử dụng các dụng cụ rẻ tiền, có thể mang đi được để đánh giá trẻ có thị lực thấp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khám sàng lọc cho trẻ dưới 5 tuổi để phát hiện các bệnh về mắt và tổn hại thị lực. Kết quả này sẽ được sử dụng để xác định các chính sách đối với việc khám sàng lọc trẻ dưới 5 tuổi ở Oman.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu can thiệp y tế công cộng. Ban nghiên cứu và đạo đức

của Bộ Y Tế Oma đã có văn bản đồng ý cho nghiên cứu được thực hiện. Chúng tôi đã lựa chọn 2 trung tâm y tế: Manah (HC) của vùng Dhakhiliya và Sinaw của vùng North Sharqiya. Đây là 2 khu vực được phân cách tương đối rõ và cư dân ở đây ít khi phải sang các trung tâm y tế khác khám bệnh. Trẻ em dưới 5 tuổi sống ở 2 khu vực trên nằm trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 9 năm 2006 đến tháng 12 năm 2006. Sau khi thông báo và vận động tại các khu vực nghiên cứu, chúng tôi ghi tên trẻ lại và mời trẻ khám mắt tại 2 trung tâm y tế trên. Nếu cha mẹ từ chối tham gia, các con của họ sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

Tại Trung tâm y tế Manah, các y tá có trình độ sẽ được đào tạo về phương pháp nghiên cứu. Họ tham gia khám sàng lọc thị lực học sinh trung học.

Tại bệnh viện Sinaw, một chuyên viên chính quang là điều tra viên của chúng tôi. Chúng tôi sử dụng một phiếu kiểm tra trước và thu thập những thông tin cá nhân như giới tính, ngày sinh và các lần khám trước đây tại PHC hoặc gặp bác sĩ nhãn khoa khám mắt hay đeo kính. Các điều tra viên khám mắt trên thực địa bằng lúp phóng đại 2,5 lần và đèn pin. Họ được đào tạo để phát hiện nhanh rung giật nhãn cầu, đồng tử trắng và lác. Người khám để

đèn pin cách mặt trẻ 0,5m và bảo trẻ nhìn vào ánh đèn và quan sát điểm phản chiếu của ánh đèn trên giác mạc. Nếu ánh sáng đó không nằm ở trung tâm của giác mạc, trẻ sẽ được chẩn đoán là bị lác.

Lúc đầu thị lực trẻ được kiểm tra bằng hộp thử thị lực và bảng thị lực nhìn xa với ký tự Lea. Nếu một đứa trẻ đang đeo kính thì y tá sẽ thử thị lực với kính. Bảng thị lực đặt cách trẻ 3 mét. Các trẻ được giải thích về cách thử thị lực với việc sử dụng các ký tự của bảng Lea. "Chỉ tay" là phương pháp được sử dụng để kiểm tra thị lực. Giá trị thị lực theo bảng LOGMAR được sử dụng để ghi lại kết quả thị lực của từng mắt. Nếu trẻ không thể nhận diện được hơn 50% các ký tự một cách chính xác trong một dòng thì thị lực của mỗi mắt được tính ở dòng trên. Nếu thị lực tốt hơn 0,1 chúng tôi ghi nhận thị lực mắt đó là rất tốt. Nếu thị lực dưới 0,3 giá trị bảng thị lực LOGMAR ở trẻ 4-5 tuổi và 0,4 giá trị bảng thị lực LOGMAR ở trẻ 3-4 tuổi, mắt được coi là bị tổn hại thị lực. Nếu trẻ không thể xác định được những ký tự của hàng trên cùng, ký tự sẽ được đặt gần với khoảng cách nửa mét và thao tác đó được lặp đi lặp lại.

Nếu trẻ không đáp ứng với các thử nghiệm bằng cách sử dụng bảng thị lực nhìn xa thì các điều tra viên sử dụng bảng thị lực Lea để xác định sự nhận thức thị

lực theo phương pháp nhìn thiên vị. Ở trẻ dưới 2 tuổi, thị lực 0,6 LOGMAR được xem là bình thường. Thị lực này được kiểm tra ở khoảng cách 1 mét. Nếu trẻ liếc mắt hay nghiêng mặt về phía bảng có hình sọc, chúng tôi coi là có hiện tượng nhìn thiên vị. Với sọc nhỏ nhất mà đứa trẻ có thể phân biệt được từ bảng thử thị lực được xem là thị lực tốt nhất của trẻ. Chúng tôi thử thị lực cả hai mắt cùng một lúc trong đợt khám sàng lọc này. Kết quả thị lực được thể hiện bằng số chu kỳ đen trắng trên 1cm (cpCm). Thị lực được ghi bình thường nếu trẻ có thể nhìn thấy các đường sọc bằng hoặc hơn 2 chu kỳ trong 1cm. Nếu ký hiệu dưới hai cpCm thị lực đã được coi là tổn hại. Trẻ quá nhỏ không đáp ứng với bảng thị lực “Lea paddles” sẽ được cho nhìn hình ảnh “Án Heidi” với độ tương phản 100% và đặt ở khoảng cách 1 mét. Nếu trẻ nhìn thấy hình ảnh của búp bê và cho thấy phản ứng tích cực, chúng tôi coi là có hiện tượng nhìn thiên vị.

Trẻ có tổn hại thị lực được kiểm tra lại sau 1 tuần. Nếu kết quả giữa hai lần kiểm tra khác nhau, thị lực tốt nhất trong số hai lần kiểm tra sẽ được ghi nhận. Nếu trước đó bố mẹ chưa cho trẻ đi khám mắt thì trẻ sẽ được gửi đến bác sĩ nhãn khoa để khám. Nếu trẻ đã được khám và điều trị thì bố mẹ trẻ được khuyến khích tham khảo ý

kiến bác sĩ nhãn khoa định kỳ và liên hệ với Bộ Xã Hội để phục hồi chức năng cho trẻ. Chúng tôi sử dụng phần mềm “EPI Data 2” để vào số liệu và phần mềm SPSS 12 dành cho các nghiên cứu xã hội để phân tích số liệu. Chúng tôi tính toán tần số, tỷ lệ phần trăm, tỷ lệ S và 95% khoảng tin cậy bằng cách sử dụng phương pháp tham số của phân tích đơn biến.

Dự đoán vấn đề tổn hại về mắt và thị lực ở trẻ đã được xác định bằng nghiên cứu phân tích hồi quy nhị phân. Biến phụ thuộc là “Trẻ có vấn đề về mắt” và “Trẻ có tổn hại về thị lực”. Nhóm tuổi, giới tính, khu vực nghiên cứu, lịch sử huyết thống của cha mẹ, cân nặng khi sinh thấp (<1,5 kg), sinh non (<32 tuần) và thứ tự sinh là những biến độc lập. Chúng tôi sử dụng “step out method” trong mô hình nghiên cứu hồi quy. Giới tính, khu vực nghiên cứu và thứ tự sinh không phải là các biến quan trọng về mặt thống kê nên đã được bỏ ra từ bảng hồi quy chính thức.

## KẾT QUẢ

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã khám cho 1,520 trẻ (615 tại Manah và 905 tại Sinaw). Bảng 1 cho thấy đặc điểm của trẻ em đã khám. Tỷ lệ trẻ em trong các nhóm tuổi khác nhau tương đối tương đồng. Cha mẹ của 522 (34,2%) trẻ đã đưa

con đến khám bác sĩ ở PHC khi các trẻ có vấn đề về mắt. Trước đó bác sĩ mắt đã khám cho 240(15,8%) trẻ và điều trị cho các trẻ có bệnh về mắt.

Bảng 2 cho biết tình trạng về mắt của trẻ. Trong quá trình khám chúng tôi phát hiện 69 (4,5%) trẻ có vấn đề về mắt. Tỷ lệ mù hai mắt ở trẻ dưới 5 tuổi là 2/1,000. Thị lực từng mắt của trẻ được ghi theo bảng LOGMAR ở khoảng cách 3 mét. Nhưng cả hai mắt của trẻ được khám cùng một lúc bằng bảng thị lực của Lea's và bảng thị lực "Ấn Heidi". Trẻ trên hai tuổi đáp ứng với các ký tự trên bảng thị lực Lea và phù hợp với bảng hình đồ chơi. Trẻ dưới 2 tuổi đáp ứng thử nghiệm nhìn thiên vị tốt hơn so với các bảng thử thị lực khác. Khi thử bằng bảng LOGMAR thì thấy 323 (21,2%) trẻ có tổn hại thị lực khi sử dụng các phương pháp khác.

Tại trung tâm Y Tế Manah, các nhân viên y tế (bác sĩ và y tá) đã phát hiện 6,1% số trẻ có vấn đề về mắt và nghi ngờ 149 (24,2%) trẻ có tổn hại thị lực. Các chính quang viên của bệnh viện Sinaw đã phát hiện 28 (3.1%) trẻ có vấn đề về mắt và nghi ngờ 172 (19%) trẻ bị tổn hại thị lực. Các dự đoán của trẻ có vấn đề về mắt và tổn hại thị lực cùng với tỷ lệ điều chỉnh của tỷ suất chênh, 95% khoảng tin cậy và giá trị P được đưa ra trong bảng 4.

Các trẻ nhẹ cân và tiền sử huyết thống không có mối liên quan tới các bất thường của mắt (rung giật nhãn cầu, không có nhãn cầu, lác và đồng tử trắng). Cân nặng khi sinh, huyết thống của cha mẹ, nhóm tuổi '1-2 tuổi' và '3-4 tuổi' là yếu tố dự đoán có ý nghĩa thống kê.

### **BÀN LUẬN**

Khám sàng lọc mắt trẻ em dưới 5 tuổi được thực hiện ở nhiều quốc gia với những tên khác nhau như chương trình sàng lọc nhược thị, kiểm tra sự phát triển cho trẻ và phát hiện lác ở trẻ mầm non. Tuy nhiên, các chương trình khám sàng lọc này đều có mục đích chung là phát hiện trẻ bị tổn hại chức năng thị giác và can thiệp sớm nhất, cải thiện chất lượng cuộc sống của trẻ.

Ở Oman, tất cả người dân đều được chăm sóc sức khỏe, bao gồm chăm sóc mắt miễn phí và người dân có thể dễ dàng tiếp cận với dịch vụ này. Mặc dù vậy, chúng tôi thấy rằng nhiều trẻ em được phát hiện có vấn đề về mắt và tổn hại thị lực lần đầu trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này ủng hộ cho quan điểm cho rằng các nước nên thông qua qui trình khám sàng lọc mắt và thị lực chung cho trẻ em trước khi đến trường. Ngay cả khi các trẻ được phát hiện bệnh kịp thời thì cha mẹ cũng không



thấy thỏa mãn.

Hai đối tượng được sử dụng trong nghiên cứu này:

1. Nhân viên y tế hiện tại của PHC

2. Một thực tập sinh về chỉnh quang

Chúng tôi nhận thấy rằng nhân viên chỉnh quang phát hiện nhiều ca có bệnh lý mắt hơn nhân viên của PHC. Nhưng trường hợp không có bệnh về mắt, trong cả hai khu vực nghiên cứu, so sánh như vậy cần được tiến hành một cách thận trọng. Bác sĩ gia đình được giao trách nhiệm khám mắt cho trẻ mầm non. Nhân viên PHC sau khi được đào tạo ngắn hạn cũng đã khám mắt và thị lực, so sánh kết quả thị lực do các nhân viên khác thử cho thấy kết quả của họ kém hơn so với việc thử thị lực trong phòng khám mắt với đầy đủ dụng cụ. Giá trị của thử thị lực và khám mắt của y tá y tế công cộng thấy chưa tốt với trẻ dưới 41 tháng tuổi nhưng lại tốt ở trẻ ba đến bốn tuổi.

Phương pháp của chúng tôi về khám sàng lọc đối với trẻ ở các nhóm tuổi khác nhau cho phép xác định các bệnh về mắt và mức độ tổn hại thị lực ở trẻ dưới năm tuổi. Các phương pháp và thời gian khám cho trẻ dưới 3 tuổi và trẻ từ ba đến năm tuổi là khác nhau. Tập trung vào nhóm có nguy cơ cao hoặc khám trẻ ở những nhóm

tuổi đặc biệt có thể nâng cao hiệu quả của việc khám sàng lọc.

Dự đoán các bệnh về mắt đã được xác định trong nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy rằng trẻ ba đến bốn tuổi là nhóm có nguy cơ cao nên được sàng lọc về thị lực và khiếm khuyết về giải phẫu. Quan sát tương tự đã được thực hiện trong một nghiên cứu tiến hành tại Canada. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiểm tra thị lực của trẻ nhỏ tuổi đã được thực hiện bằng phương pháp khác với phương pháp đã được áp dụng cho trẻ từ ba đến năm tuổi. Ngoài ra, nhân viên kiểm tra cả hai mắt cùng lúc trên một trẻ với bảng thị lực Lea's và "Ấn Heidi". Một vài trường hợp nhược thị có thể đã bị bỏ qua chính vì thế tỷ lệ nhược thị có thể thấp hơn thực tế. Do đó, dự đoán tổn hại thị lực ở tuổi "một đến hai" mà chúng tôi thấy trong nghiên cứu này nên được xem xét một cách thận trọng và cần được xác nhận bằng cách tiến hành một nghiên cứu có giá trị thông qua kiểm tra thị lực bằng phương pháp nhìn thiên vị với mẫu nghiên cứu lớn hơn.

Do nghiên cứu không thực hiện việc giám sát lẫn nhau giữa các nhân viên nên sự so sánh các kết quả nghiên cứu của 2 khu vực này cần được diễn giải một cách thận trọng. Chúng tôi đề nghị một phương pháp sàng lọc có giá trị thích hợp được sử

dụng như lần sàng lọc đầu tiên. Đào tạo và giám sát tốt hơn có thể cải thiện kết quả khám sàng lọc. Tuy nhiên, các nhân viên y tế cần đảm bảo rằng sau khi sàng lọc mức độ một, các bậc cha mẹ cần được tư vấn để cải thiện sự tuân thủ đối với việc theo dõi tiếp. Tránh lo lắng cho các bậc cha mẹ về tình trạng mắt của con và những căng thẳng xuất hiện sau khi được các chuyên gia giải thích chính là một phần của công tác tư vấn.

Chúng tôi không có thông tin về trẻ em bị nghi ngờ có vấn đề về mắt và được giới thiệu đến bác sĩ nhãn khoa. Điều này là do không có các bác sĩ nhãn nhi tại khu vực nghiên cứu. Do đó, chúng tôi chỉ có thể báo cáo kết quả khám sàng lọc ở mức độ 1. Dự đoán đáng tin cậy của bệnh lác, đục thể thủy tinh và tổn hại thị lực cần được các nghiên cứu tiếp theo đánh giá.

Dù không có quan hệ huyết thống giữa cha mẹ nhưng cân nặng sơ sinh bình thường ở trẻ lại có liên quan đến các vấn đề về mắt. Chúng tôi không thể giải thích được mối liên quan này và cần có nhiều nghiên cứu với phương pháp tốt hơn tạo ra thông tin về các biến để xác nhận những liên quan này.

Việc khám sàng lọc này có thể bị ảnh hưởng bởi đường cong cấu thành từ cam

kết của họ đối với việc khám sàng lọc và sự hợp tác của trẻ em và cha mẹ. Để cải thiện việc khám sàng lọc, Biagioli và cộng sự đề nghị việc kiểm tra được làm lại sau vài ngày và nếu kết quả vẫn như vậy thì yêu cầu nhóm nghiên cứu tiếp tục tiến hành nghiên cứu.

### KẾT LUẬN

Khám sàng lọc thị lực và mắt được tiến hành trong 1 mẫu nhỏ của trẻ dưới 5 tuổi tại Oman cho phép chúng tôi phát hiện những trẻ có vấn đề về mắt lần đầu tiên, mặc dù dịch vụ chăm sóc mắt của các cấp tiểu học và trung học trong cộng đồng đã được thực hiện tốt. Vì vậy, việc khám sàng lọc này nên được khuyến khích. Thay vì khám sàng lọc ở diện rộng thì chỉ cần tập trung vào nhóm dân số có nguy cơ cao hoặc thị lực trẻ '3 đến 4' tuổi và '1 đến 2' tuổi để phát hiện các bệnh lý về mắt của trẻ. Hiệu quả của việc khám sàng lọc mắt ở trẻ có độ tuổi nhỏ hơn nên được thực hiện trước khi khuyến nghị khám sàng lọc mắt ở quy mô lớn hơn.

# MỘT SỐ VẤN ĐỀ CẦN LƯU Ý KHI LẤY MÁU LÀM XÉT NGHIỆM ĐÔNG CẦM MÁU

Hoàng Anh Tuấn\*

**B**ình thường, máu lưu thông trong lòng mạch nhờ cân bằng giữa hai quá trình đông và chống đông máu. Nếu mất cân bằng giữa đông và chống đông máu: giảm đông có thể gây chảy máu, còn tăng đông có thể gây tắc mạch. Khi tổn thương mạch máu, quá trình đông cầm máu sẽ được khởi động, tạo cục đông bít chỗ tổn thương làm ngừng chảy máu. Sau khi hoàn thành nhiệm vụ cầm máu, cục đông sẽ bị tiêu đi, trả lại lưu thông bình thường cho lòng mạch máu. Quá trình đông cầm máu gồm ba giai đoạn: (1) Cầm máu kỳ đầu có sự tham gia của thành mạch và tiểu cầu. (2) Đông máu huyết tương có sự tham gia của các yếu tố đông máu, chia thành ba đường: nội sinh, ngoại sinh và đường chung. (3) Giai đoạn tiêu sợi huyết để trả lại lưu thông bình thường cho lòng mạch.

Ngày nay, bộ xét nghiệm đông cầm máu “tiền phẫu” để chuẩn bị phẫu thuật bao gồm: Số lượng tiểu cầu để đánh giá chức năng cầm máu kỳ đầu, thời gian prothrombin (PT) để đánh giá đường đông máu ngoại sinh, thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT) để đánh giá đường đông máu nội sinh, fibrinogen hoặc thời gian thrombin (TT) để đánh giá

đường đông máu chung đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Tuy nhiên, xét nghiệm đông máu là một loại xét nghiệm dễ bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố trong đó có các yếu tố tiền phân tích (trước xét nghiệm, trước khi chạy máy).

## 1. Ống lấy máu

Phải dùng loại ống nghiệm và nắp ống nghiệm không gây hoạt hóa quá trình đông máu và không hấp thụ các yếu tố đông máu. Nếu phải dùng ống nghiệm thủy tinh thì phải được tráng silicon và loại bỏ hết silicon thừa. Tốt nhất là dùng loại ống nhựa chuyên dụng, đã được hút chân không và có chất chống đông natri citrat nồng độ 0,109 mol (3,2%).

## 2. Kim lấy máu

Loại kim phù hợp là loại có kích thước từ 22 gauge đến 19 gauge. Nếu kim to quá - đường kính trên 1mm (19gauge) - thì có thể làm tổn thương mạch máu và tổ chức, làm giải phóng yếu tố tổ chức và thay đổi điều kiện đông cầm máu; nhưng nếu kim nhỏ quá - đường kính nhỏ hơn 7mm (22 gauge) - có thể làm thời gian lấy máu kéo dài và làm áp lực dòng máu mạnh quá có thể gây vỡ hồng cầu và hoạt hóa tiểu cầu.

### 3. Bơm tiêm lấy máu

Không được dùng bơm thủy tinh vì sẽ gây dính và hoạt hóa tiểu cầu, tạo thành các cục đông nhỏ trong lòng bơm tiêm. Chỉ sử dụng bơm tiêm nhựa và sau khi lấy đủ số lượng máu cần thiết thì bơm nhẹ nhàng cho máu chảy dọc theo thành ống nghiệm, không phun mạnh dòng máu xuống đáy ống nghiệm. Không nên lấy máu từ catheter, dây truyền hoặc sử dụng luôn bơm tiêm vừa tiêm thuốc để lấy máu làm xét nghiệm vì có thể ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm đông máu do chất heparin hoặc các thuốc có trong catheter, dây truyền hoặc bơm tiêm.

### 4. Cách lấy máu

Trước khi lấy máu cần chọn trước vị trí tĩnh mạch định lấy máu và khi lấy máu thì phải tránh động tác thô bạo gây sang chấn tổ chức để tránh hiện tượng hoạt hóa quá trình đông máu. Không để garo quá lâu (tốt nhất là <1 phút) và tháo ngay garo khi kim đã vào tĩnh mạch máu bắt đầu chảy vì nếu để garo lâu quá có thể làm ứ đọng máu, gây tăng một số yếu tố đông máu và gây hoạt hóa tiêu sợi huyết. Nên lấy máu vào ống xét nghiệm đông máu trước (ống nắp xanh dương có chất chống đông natri citrate), sau đó mới bơm máu vào các ống nghiệm khác như ống nắp tím chứa chất chống đông Ethylene diamine tetraacetic acid (EDTA) dành cho xét nghiệm công thức máu hoặc ống nắp đen chứa chất chống đông heparin dành

cho xét nghiệm sinh hóa để tránh nguy cơ dính các chất chống đông này vào ống máu xét nghiệm đông máu. Khi trộn máu với chất chống đông chỉ cần lộn nhẹ nhàng 3-4 lần là đủ, không nên lắc mạnh. Đặc biệt, tuyệt đối không được đổ máu từ ống nghiệm nọ sang ống nghiệm kia vì mỗi ống khác nhau có chứa các chất chống đông khác nhau. Lượng máu phải lấy đến đúng vạch trên ống theo như quy định vì nếu lấy không đúng vạch có thể ảnh hưởng đến kết quả đông máu do thay đổi tỷ lệ pha loãng máu với chất chống đông có sẵn trong ống nghiệm.

### 5. Bảo quản mẫu máu

Tốt nhất là máu được để ở nhiệt độ phòng, không nóng quá (>30 độ), không lạnh quá (<4 độ) và cần được xử lý trong vòng một giờ, tối đa là hai giờ sau khi lấy máu. Nếu không thể xét nghiệm trong hai giờ đầu, mẫu máu phải được ly tâm trong vòng 30 phút sau khi lấy để tách huyết tương và bảo quản tối đa 4 tiếng ở nhiệt độ 4°C.

Tóm lại, các phương tiện và cách thức lấy máu là một trong những yếu tố quan trọng, ảnh hưởng đáng kể đến kết quả xét nghiệm đông máu. Vì vậy, để có một kết quả xét nghiệm đông máu chính xác thì trước hết cần phải lấy máu, bảo quản máu và vận chuyển máu đúng cách với các vật liệu lấy máu chuẩn, theo đúng quy định.

**\*Khoa Xét Nghiệm**



# HỘI THẢO TẬP HUẤN ĐIỀU DƯỠNG CỦA BỆNH VIỆN BAY ORBIS TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2015

*Lê Hoàng Yến\**

Tổ chức Orbis đóng góp vào công cuộc phòng chống mù loà của Việt Nam thông qua các chương trình đào tạo thực hành cho các nhân viên y tế, truyền thông giáo dục cộng đồng, tăng cường tiếp cận của người dân với các dịch vụ chăm sóc mắt chất lượng cao và truyền thông vận động chính sách hỗ trợ công tác phòng chống mù loà địa phương.

Với sự hỗ trợ của Tập đoàn FedEx, Tổ chức Orbis đã thực hiện chương trình đào tạo nhân viên y tế Việt Nam thông qua chương trình Bệnh viện Bay Orbis. Chương trình Bệnh viện Bay Orbis là một mô hình đào tạo nhãn khoa tiên tiến và duy nhất trên thế giới được thực hiện trên máy bay DC-10 nhằm đạt mục tiêu nâng cao kỹ năng phẫu thuật các bệnh mắt. Chương trình Bệnh viện Bay Orbis cũng tổ chức các lớp đào tạo chuyên biệt cho bác sĩ, kỹ thuật viên gây mê, điều dưỡng, kỹ thuật viên trang thiết bị và các nhân viên y tế trong lĩnh vực nhãn khoa. Thông qua chương trình Bệnh viện Bay, Tổ chức Orbis cũng mong muốn nâng cao nhận thức của người dân và tăng cường sự ủng hộ

của các cơ quan quản lý trong việc phòng ngừa và điều trị sớm các bệnh gây mù cho trẻ em tại Việt Nam. Chương trình Bệnh viện Bay Orbis đã tổ chức thành công tại Huế ngày 15/04/2015 và đến Hà Nội từ ngày 25/05 – 05/06/2015 với mục tiêu đào tạo cho các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên của Bệnh viện Mắt Trung ương, các bệnh viện khác và phẫu thuật miễn phí các bệnh về mắt có thể gây mù.

Trong thời gian Bệnh viện Bay Orbis làm việc tại Bệnh viện Mắt Trung ương, các chuyên gia điều dưỡng đã tổ chức 2 hội thảo tập huấn cho điều dưỡng với các chủ đề về giao tiếp, tư vấn giáo dục sức khỏe, chăm sóc người bệnh, quản lý chất lượng.

**Hội thảo 1:** có 90 điều dưỡng đến từ Bệnh viện Mắt Trung ương, Bệnh viện Mắt Hà Nội, Bệnh viện Mắt – Tai Mũi Họng – Răng Hàm mặt, Bệnh viện Mắt Ánh Sáng,...và các điều dưỡng trưởng, điều dưỡng viên của các khoa Mắt trực thuộc bệnh viện đa khoa như Bệnh viện đa khoa Thái Bình, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, trường Cao đẳng Y tế Hà nội



### Hội thảo 1

Nội dung tập huấn Hội thảo 1 với các chủ đề:

- Kỹ thuật cơ bản trong khám mắt và thị lực:
- Kiểm soát nhiễm khuẩn:
- An toàn nơi làm việc:
- Bảo dưỡng dụng cụ:
- Chăm sóc người bệnh trước và sau phẫu thuật:
- Bảng kiểm an toàn phẫu thuật của Tổ chức Y tế thế giới:
- Kỹ năng giao tiếp của người bệnh và người nhà người bệnh.

**Hội thảo 2:** có 24 học viên, chủ yếu là

các điều dưỡng trưởng khoa của Bệnh viện Mắt Trung ương và Bệnh viện đa khoa Huế. Nội dung tập huấn về các chủ đề:

- Ghi chép và lưu giữ hồ sơ
- Kiểm soát nhiễm khuẩn
- Quản lý nhân sự

Đến dự hội thảo có đại diện lãnh đạo bệnh viện Mắt Trung ương: Phó giám đốc TS. Nguyễn Xuân Hiệp, Trưởng phòng Tổ chức cán bộ, Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Phó giám đốc Trung tâm đào tạo và một số lãnh đạo khoa là minh chứng cho sự quan tâm của lãnh đạo bệnh viện với



### Hội thảo 2

khối điều dưỡng, là nguồn động viên cho các điều dưỡng phát huy tính chủ động trong công tác chăm sóc người bệnh.

Ngoài 2 hội thảo, một số điều dưỡng được học thực hành chăm sóc người bệnh tại phòng phẫu thuật của Bệnh viện Bay và các điều dưỡng trưởng khoa tham quan cơ sở vật chất và các hoạt động làm việc của nhân viên Bệnh viện Bay.

Bên cạnh các buổi tập huấn đào tạo, các chuyên gia điều dưỡng Bệnh viện Bay đã chia sẻ và tặng những bộ sách chuyên môn của điều dưỡng nhân khoa cho các

điều dưỡng nhân khoa Việt Nam. Những quyển sách đó là tài liệu quan trọng giúp cho điều dưỡng bệnh viện tham khảo, học hỏi trong quản lý và chăm sóc người bệnh.

Kết thúc 2 tuần làm việc và đào tạo của Bệnh viện Bay Orbis, các điều dưỡng đã thu nhận được nhiều kiến thức mới về công tác quản lý chất lượng, ghi chép hồ sơ bệnh án, chăm sóc người bệnh và đặc biệt là phương pháp tổ chức làm việc hiệu quả, chủ động của các bác sỹ và điều dưỡng Bệnh viện Bay.

**\* Phòng Điều dưỡng**



## NHỮNG VIỆC CẦN LÀM ĐỂ BỆNH NHÂN ĐƯỢC MỔ IOL LẦN ĐẦU HÀI LÒNG

Lori Baker Schena, "Working to Make the Premium IOL Patient Happy" AAO online

Hoàng Cương(\*), Nguyễn Bá Hòa(\*\*)

Mặc dù với số lượng rất nhỏ bệnh nhân (BN) đục thể thủy tinh được phẫu thuật thủy tinh (T3) đặt IOL lần đầu cảm thấy không hài lòng với kết quả phẫu thuật, rất hiếm khi diễn đạt được đầy đủ bằng lời. Vì vậy cần có những chiến lược trước và sau mổ để tối ưu hóa kết quả đầu ra của phẫu thuật. Không còn nghi ngờ gì nữa, điều không thể tránh khỏi trong đời phẫu thuật viên là việc bệnh nhân không hài lòng. Cho dù bạn có bao nhiêu kinh nghiệm, bất kể bạn cẩn thận và nỗ lực bao nhiêu, cho dù là ít nhưng vẫn có nhóm bệnh nhân than phiền về kết quả phẫu thuật của họ. Bác sĩ Steven I. Rosenfeld, hành nghề tại một cơ sở khám bệnh tư nhân tại Delray Beach, bang Florida - Mỹ nhận xét như vậy.

Nhóm bệnh nhân tạo cho chúng ta cảm giác là họ không hài lòng với phẫu thuật IOL, theo thuật ngữ của Bs. Rosenfeld, là những BN phiền lòng vì phẫu thuật IOL. Trên mạng của văn phòng bác sĩ những bệnh nhân này đã không ngần ngại đi thẳng vào những bất bình của họ khi phải trải qua phẫu thuật T3. Với những thể thủy tinh loại mới thì chính nhà sản xuất sẽ nói với bạn rằng họ có nhiều

BN không hài lòng. Họ có thị lực nhìn xa, trung bình và nhìn gần đều tốt bất chấp những hạn chế về mặt lý thuyết của kính nội nhãn. Tuy nhiên vẫn có những BN nhìn không rõ. Điều này phần lớn là do tồn tại một sự thật, đó là không có loại IOL nào có thể giải quyết được mọi vấn đề của BN, thực tế ngày khiến mọi phẫu thuật viên phải cẩn trọng.

### Những khiếm khuyết của IOL thế hệ đầu

Mỗi loại IOL thế hệ đầu đều có những khiếm khuyết dẫn tới sự không hài lòng của BN. Ví dụ như:

**Crystalens** có phần càng dẻo làm cho phần quang học di chuyển được, do vậy khi mắt điều tiết và cơ thể mi co sẽ làm phần quang học uốn cong ra trước giúp bệnh nhân nhìn gần rõ. Duy có một nhược điểm là khả năng nhìn gần rõ rất thay đổi do cơ thể mi co giãn không ai giống ai. Hậu quả là IOL không lùi về được cũng như không nhô ra trước hữu hiệu, như vậy họ không thể đọc tốt. Tuy nhiên loại đơn tiêu của Crystalens thường không gây ra cảm giác lóa hay quang sáng.

**ReStor đa tiêu** với đặc điểm đa vòng





đồng tâm cho phép BN nhìn tốt cả xa và gần. Theo kinh nghiệm của Bs. Rosenfeld loại kính này có 3 nhược điểm: *Thứ nhất* thiết kế của kính làm tăng cảm giác lóa và nhìn quang ban đêm. *Thứ hai* thị lực chung gian bị hạn chế. *Thứ ba* kính tốt hay không còn phụ thuộc vào khả năng dung nạp của hệ thần kinh. Ông giải thích thêm mỗi người có khả năng dung nạp thần kinh khác nhau để thích nghi với kính, ở tuổi già chúng ta khó mà tiên lượng được ai thích hợp với loại kính nào.

**ReZoom** cũng có những nhược điểm theo Dr. Rosenfeld. Loại kính đa tiêu thể hệ II này phân bố ánh sáng theo 5 vùng quang học để đảm bảo cả thị lực nhìn xa và gần. Nhưng khi tiếp xúc với bệnh nhân được đặt kính này ông nhận thấy BN có thị lực tầm trung tốt hơn ReStor nhưng nhìn gần lại kém hơn. Với người già, khả năng giãn đồng tử trong bóng tối khá hạn chế, với thiết kế của ReZoom khi đồng tử không giãn tốt BN khó mà đọc tốt được. Loại kính này theo ông cũng gây tỷ lệ nhìn lóa và quang cao hơn các đối thủ cạnh tranh

**ReStor và ReZoom** đa tiêu hội tụ ánh sáng trên võng mạc nhiều hơn một tiêu điểm trên võng mạc. Giảm độ tương phản, tăng cảm giác quang là vì hình ảnh ngoài tiêu điểm luôn có phần chồng lên nhau do cơ chế tạo ảnh của kính đa tiêu. Quá trình tiếp nhận của hệ thống thần kinh liên quan tới não sẽ dung nạp, loại bỏ

hay đồng nhất các hình ảnh trên

### Những ý kiến trên internet

Những khiếm khuyết của kính đa tiêu được tập hợp từ những phản hồi của các BN không hài lòng. Họ không hề né tránh đối chất với văn phòng bác sĩ. Nhờ có web mà những than phiền của họ ngày càng lan rộng.

### Nhận định vấn đề:

Trong nghiên cứu của Drs. Hagan và Kutryb xem xét tất cả những ý kiến được đưa trên mục "hỏi bác sĩ", các diễn đàn liên quan tới chăm sóc mắt của tạp chí Medical Support Community, trên trang mạng y học MedHelp từ tháng 11/2007 đến 01/2008. Họ xem xét 750 ý kiến, phân tích 341 ý kiến liên quan tới việc hài lòng hay không hài lòng. Không có nhóm chứng. Nghiên cứu chỉ ra rằng hầu hết các than phiền liên quan đến quang sai, nhìn mờ ban đêm, nhìn mờ, đau và lệ thuộc vào kính. Liên quan đến loại IOL thì tỷ lệ than phiền với kính đa tiêu nhiều hơn kính đơn tiêu. Thêm nữa họ than phiền về kính ReZoom nhiều hơn Restor và Crytalens. Nghiên cứu của 2 tác giả có những hạn chế do tập hợp tư liệu từ internet, không phải ai cũng tiếp cận được, số lượng BN đặt kính đa tiêu chỉ khoảng 10% trong số BN được mổ T3... Do vậy đòi hỏi bác sĩ cần chủ động tiếp cận hơn với các diễn đàn sức khỏe để nắm được các khó chịu của BN, biến chứng của

phẫu thuật hay thất vọng của họ.

### **Biện pháp sau mổ đối với những BN không hài lòng**

Dr. Rosenfeld đưa ra biện pháp gồm chăm sóc cho những BN không hài lòng

**1. Khúc xạ tồn dư:** Kiểm tra lại khúc xạ của BN và khúc xạ tồn dư do phẫu thuật bởi nó có thể gây nhìn mờ, biến loạn về nhận cảm ánh sáng như cảm giác lóa, nhìn quầng và thị lực ban đêm không được như ý.

**2. Loạn thị tồn dư:** Đo bản đồ giác mạc giúp ta phát hiện được những trường hợp loạn thị giác mạc bình thường hay bất thường. Loại loạn thị này có thể hiệu chỉnh được bằng đường rạch vùng rìa hoặc phẫu thuật laser.

**3. Bệnh lý bề mặt nhãn cầu:** Kiểm tra lại bề mặt nhãn cầu. Các bệnh lý khô mắt, viêm mi mắt sau mổ T3 đều gây giảm thị lực. Có một điều lạ là một số bệnh nhân khô mắt nhiều khi không cảm thấy khó chịu gì. Do vậy cần phải kiểm tra bệnh lý về bề mặt nhãn cầu

**4. Đục bao sau:** chúng ta biết rằng BN có dùng kính đa tiêu để bị đục bao sau hơn. Thông điệp được đưa ra là: nếu bạn có BN không hài lòng vì họ bị đục bao sau nhẹ, hãy cân nhắc đến thủ thuật mở bao sau bằng laser YAG. Đây là thủ thuật an toàn cho đục bao sau, vốn hay xảy ra.

**5. IOL định vị không chính tâm:** cần

đảm bảo rằng IOL phải được đặt chính tâm, đây là điều cốt lõi của mọi loại IOL. Đôi khi trong quá trình liên vết thương IOL có thể lệch đôi chút do việc phẫu thuật kéo không đều, tạo ra hình ảnh xoắn vặn.

**6. Bệnh lý hoàng điểm:** bệnh lý này luôn đi kèm với bệnh của võng mạc.. ReZoom và ReStor thường gây ra giảm độ tương phản. Do vậy, nếu BN có bất kỳ vấn đề nào về hoàng điểm như thoái hóa, phù hay màng trước võng mạc những bệnh lý làm giảm độ tương phản, thì kính đa tiêu sẽ làm tình trạng BN thêm trầm trọng.

Bên cạnh việc thăm khám đáy mắt thì chụp mạch huỳnh quang có hoặc không kèm theo chụp OCT là phương pháp tốt để đánh giá tình trạng hoàng điểm. Bs Rosenfeld cho rằng "OCT cũng giúp ta phát hiện ra màng trước võng mạc, bệnh lý do tuổi già hoặc thứ phát sau bất kỳ loại phẫu thuật nội nhãn nào"

**7. Vấn đề về dung nạp của hệ thần kinh:** Có một số BN chỉ than phiền về thị lực mà không biết nguyên nhân để dẫn đến hiện tượng trên. Với họ vấn đề có lẽ là do dung nạp của hệ thần kinh. Không có cách nào để khuếch đại độ dung nạp của hệ thần kinh. Bệnh nhân sẽ thất vọng về điều này.

Một câu hỏi quan trọng là liệu vấn đề nhìn xa đã được giải quyết thỏa đáng hay vẫn còn là vấn đề. Nếu bệnh nhân đã thỏa mãn vấn đề nhìn xa nhưng nhìn trung gian hoặc gần là tệ hại, điều này có thể được

giải quyết với kính gọng hoặc hiệu chỉnh phù hợp đối với mắt bên kia, dẫn đến hai điểm mấu chốt. Đầu tiên, không bao giờ hứa hẹn với bệnh nhân là sẽ không phải sử dụng kính, theo tiến sĩ Steinert. Thay vào đó nên nhấn mạnh rằng thể thủy tinh nhân tạo sẽ làm giảm lượng thời gian trung bình phải sử dụng kính gọng. Thứ hai là không bao giờ vội vàng mổ mắt thứ hai cho đến khi mắt đầu tiên đã ổn định. Nếu có bất kỳ vấn đề với mắt đầu tiên, mắt thứ hai có thể được tùy chỉnh phù hợp với các loại kính nội nhãn cao cấp thích hợp, tiến sĩ Steinert nhấn mạnh: chiến lược là chậm nhưng chắc.

### **Biện pháp trước mổ để ngăn ngừa việc bệnh nhân không thỏa mãn**

Theo quan điểm Bs. Rosenfeld nói: bước quan trọng nhất để bác sĩ tránh gặp phải những bệnh nhân không hài lòng sau mổ IOL là việc khống chế kỳ vọng thái quá. Cần nói hết ra những tác dụng phụ, coi đây là công việc phải đầu tư thời gian. Chúng ta, những bác sĩ nhãn khoa, hãy đưa ra lời hứa hẹn khiêm nhường nhưng hãy đem cho BN những kết quả tốt hơn là họ mong muốn.

**“Hãy tạo nền móng tốt”:** một biện pháp khác mà rất nhiều phẫu thuật viên thấy hữu ích là việc chụp cắt lớp giác mạc trước phẫu thuật IOL. Có đánh giá về khúc xạ là công cụ hữu hiệu để làm tăng hiệu quả của việc mổ IOL lần đầu.

**Đo lường dựa trên nhiều phép**

**đo:** trong thực tế công việc của Tiến sĩ Weinstock, bệnh nhân lần đầu đặt IOL cần trải qua một số xét nghiệm, bao gồm đo quang sai mặt sóng, đo IOLMaster, địa đồ giác mạc và siêu âm. “Chúng tôi kết hợp nhiều dạng thức để thu thập dữ liệu và xác định những vấn đề cần được giải quyết. Ông nói “chúng tôi kết hợp những dữ liệu này với các mục tiêu thị giác của bệnh nhân trong việc đưa ra các quyết định liên quan đến sự lựa chọn thể thủy tinh nhân tạo”

### **Khi BN thực sự thất vọng...**

Nếu có ai đó thực sự không hài lòng vì đã mổ IOL lần đầu, thay những khó chịu của họ không thể giải quyết được, vậy có đáng để lấy IOL ra và thay nó bằng loại IOL chuẩn mực hơn? Điều này không hề dễ chịu đối với phẫu thuật viên? Về mặt kỹ thuật sản phẩm lý tưởng hơn luôn đi kèm với nguy cơ lớn hơn. Thêm nữa một khi IOL đặt vào sẽ khó lấy ra do nằm trong một khoang hẹp. Nó giống như con dao hai lưỡi vậy, chưa kể vấn đề dung nạp của hệ thần kinh. Vậy thì điều tốt nhất nên làm là lắng nghe nhu cầu của BN, lựa chọn loại IOL thích hợp. Ví dụ như BN cần làm việc tốt với máy tính, hãy đặt loại IOL tốt cho tầm nhìn trung bình, nên dùng Crystalens hoặc Rezoom loại có khả năng điều tiết. Ngược lại có người chỉ muốn tăng thị lực nhìn gần, cho khâu vá hay sưu tập tiền xu chẳng hạn thì nên đặt ReStor.

**\* Phòng QLKHĐT , \*\* Khoa GMHS**

# CHĂM SÓC MẮT SAU PHẪU THUẬT THAY THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO

(<http://www.snecc.com.sg/eye-conditions-and-treatments/Pages/care-after-cataract-surgery.aspx>)

*Đoàn Thị Thắm\**

## Sau phẫu thuật, người bệnh có thể làm gì?

- Người bệnh có thể nằm viện hoặc xuất viện nhưng hãy cố gắng dành thời gian để nghỉ ngơi.

- Người bệnh có thể đọc sách và xem ti vi, tập thể dục nhẹ nhàng. Có thể đi ra ngoài nhưng hãy cố gắng tránh nơi đông người và bụi bặm. Đeo kính râm khi đi ra ngoài có thể giúp mắt được thoải mái và tránh tác động của ánh sáng.

- Việc tra thuốc sẽ kéo dài trong khoảng một tháng để phòng nhiễm trùng và giảm viêm nhiễm. Hãy dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ một cách cẩn thận. Nếu cần, hãy nhờ người trong gia đình hoặc bạn bè khi tra thuốc. Khi đi ra ngoài hãy chắc chắn rằng mình có đủ điều kiện để vệ sinh bàn tay trước khi tra thuốc.

- Sau phẫu thuật, nếu người bệnh đau nhẹ có thể dùng thuốc giảm đau paracetamol. Nếu đau không giảm sau khi dùng thuốc thì hãy gọi ngay cho bác sĩ.

- Khi đi ngủ, hãy dùng băng che mắt ít nhất một tuần, tránh gác tay đè lên mắt phẫu thuật.

## Sau phẫu thuật, người bệnh không được làm gì?

- Trong vài ngày đầu, người bệnh có thể chưa nhìn được rõ nét, vì vậy cần tránh va chạm vào đầu hoặc mắt, đặc biệt chú ý khi mắt mở vẫn đang băng và mắt còn lại có thị lực kém.

- Hiện tượng mắt bị kích thích và chảy nước mắt cũng thường gặp sau phẫu thuật. Tuy nhiên, trong vài tháng đầu sau mổ, tránh rụi mắt hoặc chạm vào mắt. Đồng thời, cũng tránh để bụi và nước xà phòng rơi vào trong mắt. Không nên đi bơi, sử dụng bồn tắm nước nóng, tắm hơi hoặc xông hơi. Những điều này nhằm phòng tránh cho vết mổ không bị nhiễm trùng.

- Cho dù là vết mổ rất nhỏ cũng nên tránh vận động gắng sức. Tránh cúi đầu, mang đồ nặng hoặc tập thể dục quá sức. Hãy dừng việc chạy bộ 10km trong vài tháng sau mổ, không nên bế cháu từ 2

đến 3 tuần. Hãy để cho mắt hồi phục trở lại đã.

- Người bệnh có thể nhận thấy kính đeo trước khi phẫu thuật của họ không còn phù hợp nữa. Đó là do công suất khúc xạ của mắt sau phẫu thuật thay thể thủy tinh nhân tạo đã thay đổi. Thường thì khúc xạ của mắt mổ sẽ ổn định sau phẫu thuật một tháng, đây chính là thời điểm mà người bệnh có thể đi khám để đo lại một số kính mới.

- Nên hạn chế lái xe ô tô và xe máy cho tới khi cảm thấy mắt nhìn được rõ nét.

### **Cách dùng thuốc và chế độ ăn**

- Trong vài ngày đầu, hãy vệ sinh mắt mổ nhẹ nhàng bằng nước muối vô khuẩn và bông gòn. Sau đó, người bệnh cũng có thể tiếp tục làm sạch mắt bằng nước đun sôi để nguội và gạc mềm.

- Hãy tra và uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ, thậm chí ngay cả khi người bệnh cảm thấy mắt mình đã rất tốt rồi. Không tra bất kỳ loại thuốc nào khác ngoài thuốc được bác sỹ kê đơn và phải luôn nhớ rửa sạch tay trước khi tra thuốc.

- Bảo quản thuốc theo đúng chỉ dẫn, không để thuốc quá thời hạn vì có thể thuốc sẽ bị nhiễm bẩn.

- Lắc đều thuốc trước khi tra. Người bệnh ngả đầu ra đằng sau, nhìn lên trên

và kéo mi dưới xuống. Chỉ tra một giọt duy nhất vào mắt, tránh tiếp xúc với lông mi. Chờ 5 phút, sau đó mới tra tiếp thuốc khác.

- Sau phẫu thuật người bệnh có thể ăn uống như bình thường. Không có một chế độ ăn kiêng nào đặc biệt dành cho người bệnh sau phẫu thuật thay thể thủy tinh nhân tạo. Người bệnh nên tiếp tục duy trì chế độ ăn trước đây của mình.

### **Sau bao lâu thì cần khám lại?**

Người bệnh cần được thăm khám mắt ngay ngày thứ hai sau phẫu thuật. Các lần thăm khám tiếp theo thường tại thời điểm một tuần và một tháng sau phẫu thuật. Nên đến khám lại đúng hẹn, cho dù người bệnh có thể cảm thấy mắt mình đã rất ổn rồi.

### **Khi nào cần gọi cho bác sỹ?**

Đừng ngại ngần gọi cho bác sỹ khi có một trong những dấu hiệu sau:

- Đau không giảm khi dùng thuốc giảm đau.

- Thị lực kém đi.

- Mắt được phẫu thuật chảy dịch và mủ nhiều.

- Đột nhiên có hiện tượng chớp sáng hoặc ruồi bay trước mắt.

### **\*Khoa Khám Bệnh Và Điều Trị Theo Yêu Cầu**

## KÍNH VÀ PHẪU THUẬT THAY THỦY TINH THỂ NHÂN TẠO, LỰA CHỌN NÀO TỐI ƯU ?

(<http://www.goodhopeeyeclinic.org.uk/glassesafterscataractsurgery.htm>)

*Đoàn Thị Thắm\**

Thông thường hai mắt cân bằng về khúc xạ, những đơn kính hay chỉ định khúc xạ sau phẫu thuật đặt thủy tinh thể nhân tạo sẽ không chênh lệch quá 3.00D giữa hai mắt.

Phẫu thuật viên thường sẽ tính để đưa khúc xạ sau phẫu thuật về 0.00D (hoặc -1.00D nếu bệnh nhân muốn còn “cận” sau phẫu thuật để có thể nhìn gần).

Không có phép đo nào chính xác hoàn toàn, thậm chí nếu khúc xạ sau phẫu thuật được tính đưa về 0.00D (nghĩa là đưa mắt về chính thị) thì sau đó kết quả vẫn có thể còn tồn dư là +1.00D hoặc -1.00D, và một vài trường hợp sẽ có sự thay đổi lớn.

Luôn luôn có một độ loạn thị sau phẫu thuật và việc đạt được khúc xạ hoàn toàn về 0.00D hiếm khi xảy ra.

Phẫu thuật viên sẽ giữ chỉ định cân bằng khúc xạ giữa hai mắt sau phẫu thuật, và cố gắng đưa mắt về chính thị. Bệnh nhân sẽ không cần đến kính nhìn xa.

Kính đọc sách thường có công suất cao hơn +2.50D so với kính nhìn xa, vì vậy thậm chí nếu bệnh nhân không cần kính nhìn xa thì có thể họ vẫn cần kính để đọc sách.

Dưới đây là một cách lý giải cho giả thuyết trên, tất nhiên không phải chính xác cho tất cả các bệnh nhân.

### **MỘT VÀI VÍ DỤ HAY GẶP:**

**Trường hợp 1 : Nếu mục tiêu khúc xạ cả 2 mắt là +1.00 D hoặc – 1.00 D sau phẫu thuật thay thủy tinh thể nhân tạo**

- Trước phẫu thuật, bệnh nhân không đeo kính nhìn xa nhưng cần kính nhìn gần (kính đọc sách).

- Phẫu thuật viên sẽ cố gắng không thay đổi điều này, nghĩa là phẫu thuật viên sẽ đưa mắt về chính thị sau phẫu thuật, và bệnh nhân sẽ không cần kính nhìn xa.

- Tất nhiên bệnh nhân sẽ cần kính

đọc sách, công suất kính thường cao hơn +2.50D.

- Những kính này có thể chỉ là kính đọc sách, kính đa tròng hoặc hai tròng tùy theo nhu cầu của bệnh nhân.

### \* Khoa Khám Bệnh Và Điều Trị Theo Yêu Cầu

#### **Trường hợp 2: Nếu cả 2 mắt bị viễn +5.00D hoặc cao hơn trước phẫu thuật**

Trường hợp này hai mắt có sự cân bằng khúc xạ. Nếu phẫu thuật 1 mắt về chính thị (nghĩa là bệnh nhân nhìn xa tốt và không cần kính) thì mắt kia sẽ vẫn còn viễn +5.00D và 2 mắt sẽ có sự chênh lệch khúc xạ.

Bởi vậy, lựa chọn cho trường hợp này có thể là :

1. Phẫu thuật đặt thủy tinh thể nhân tạo 2 mắt, đưa 2 mắt về chính thị. Đây là lựa chọn hay gặp.

2. Phẫu thuật đặt thủy tinh thể nhân tạo 1 mắt còn tồn dư khúc xạ là +3.00D, bệnh nhân vẫn cần dùng kính để cân bằng khúc xạ hai mắt nhưng kính sẽ không quá dày. Lựa chọn này giúp bệnh nhân không phải phẫu thuật mắt thứ 2.

3. Phẫu thuật đặt thủy tinh thể nhân tạo một mắt về chính thị, mắt còn lại sẽ đeo kính áp tròng để cân bằng khúc xạ 2

mắt. Đây là lựa chọn hiếm gặp.

#### **Trường hợp 3: Nếu cả 2 mắt bị cận -3.00D trước phẫu thuật**

Đây cũng là một trường hợp khác có sự cân bằng khúc xạ giữa hai mắt. Nếu phẫu thuật đặt thủy tinh thể nhân tạo một mắt, đưa mắt đó về chính thị thì bệnh nhân sẽ phải dùng đến kính đọc sách với mắt đó.

Trong trường hợp này, có thể lựa chọn:

1. Đưa khúc xạ sau phẫu thuật một mắt về -3.00D và sẽ không có sự thay đổi gì so với trước phẫu thuật, bệnh nhân vẫn cần kính nhìn xa nhưng không cần kính đọc sách. Thường kính đa tròng là lựa chọn tốt nhất. Với cách này, bệnh nhân không cần phẫu thuật mắt thứ hai để cân bằng khúc xạ hai mắt.

2. Phẫu thuật thay thủy tinh thể hai mắt, đưa hai mắt về chính thị. Đương nhiên sau phẫu thuật, bệnh nhân không cần kính nhìn xa nhưng sẽ cần kính đọc sách. Kính này có công suất khoảng +2.50D hoặc cao hơn, bệnh nhân có thể lựa chọn kính đọc sách hoặc kính đa tròng.

3. Phẫu thuật một mắt về chính thị, để cân bằng hai mắt thì mắt còn lại sẽ đeo kính áp tròng và bệnh nhân sẽ không cần đến kính nhìn xa. Trong trường hợp này, bệnh nhân sẽ cần đến kính đọc sách, công suất khoảng +2.50D hoặc cao hơn,



vậy có thể lựa chọn kính đọc sách hoặc kính đa tròng.

#### **Trường hợp 4: Nếu cả 2 mắt có chỉ số khúc xạ -8.00D hoặc cao hơn trước phẫu thuật**

Trường hợp này có một vài lựa chọn như sau:

1. Phẫu thuật viên sẽ cố gắng cân bằng khúc xạ hai mắt, một mắt sẽ được phẫu thuật thay thủy tinh thể nhân tạo còn tồn dư khúc xạ là -5.00D. Để cân bằng hai mắt, bệnh nhân vẫn phải dùng kính, nhưng kính sẽ không quá dày. Lựa chọn này giúp bệnh nhân không phải phẫu thuật mắt thứ hai.

2. Phẫu thuật thay thủy tinh thể nhân tạo cả hai mắt, đưa khúc xạ về -3.00D. Với khúc xạ này, bệnh nhân không cần đeo kính đọc sách nhưng sẽ cần kính nhìn xa.

3. Phẫu thuật hai mắt, đưa hai mắt về chính thị. Sau phẫu thuật, bệnh nhân sẽ cần đến kính đọc sách, nhưng không cần kính nhìn xa nữa.

4. Thực tế nếu bệnh nhân có nhu cầu nhìn rõ để lái xe ô tô thì có thể đeo kính nhìn xa nhưng trường hợp này nên đeo kính siêu mỏng.

#### **THỊ GIÁC MỘT MẮT**

Thuật ngữ này dùng cho người có

một mắt để nhìn xa, một mắt để nhìn gần. Đây là trường hợp không phổ biến nhưng trên thực tế có thể gặp ở vài người.

- Với trường hợp này thì kính hay phẫu thuật thay thủy tinh thể nhân tạo không nên để chênh lệch khúc xạ giữa hai mắt quá 1.50D

- Một mắt để đọc sách, một mắt để nhìn xa.

- Một mắt sẽ là mắt chủ đạo. Nếu cả hai mắt bị đục thủy tinh thể thì nên phẫu thuật mắt chủ đạo.

- Với trường hợp này, kính đọc sách có thể vẫn cần thiết.

- Thông thường bác sỹ sẽ không đưa ra lựa chọn này trừ khi bệnh nhân đã quen với thị giác một mắt trước khi phẫu thuật.

#### **CÁC TRƯỜNG HỢP KHÁC**

Có thể có rất nhiều bệnh nhân không phù hợp với những trường hợp đã nêu ra ở trên nhưng hy vọng những thông tin này sẽ hữu ích cho việc lựa chọn một chỉ định tối ưu nhất.