



Thông tin **ĐIỀU DƯỠNG NHÃN KHOA**

Đặc san của Bệnh viện Mắt Trung ương

Số 10 $\frac{12}{2017}$

BAN BIÊN TẬP:

Trưởng ban biên tập:

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

Phó trưởng ban biên tập:

PGS.TS. BS. HÀ HUY TÀI
THS. ĐD. LÊ HOÀNG YẾN

Ủy viên:

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

BAN THƯ KÝ:

THS. ĐD LÊ HOÀNG YẾN
Trưởng ban
CNĐD. 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: 024.39446630

Fax: 024.39454956

GPXB số 57/GP-XBDS cấp ngày 25/04/2017

In 300 cuốn khổ 19x27 cm

Thiết kế, chế bản và in tại Công ty CP SXTM Ngọc Châu

Địa chỉ: Do Hạ - Tiên Phong - Mê Linh - Hà Nội

Điện thoại: 024.66757385

MỤC LỤC

Trang

CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- **Đánh giá thời gian chờ đợi khám bệnh và sự hài lòng của người bệnh đến khám tại phòng khám BHYT đúng tuyến – Khoa khám bệnh & điều trị ngoại trú, Bệnh viện Mắt Trung ương** 2

*Hoàng Ngọc Trâm, Nguyễn Thị Phương,
Nguyễn Lê Thu Hằng, Nguyễn Thu Thủy*

THÔNG TIN HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN

- **Một số đặc điểm sinh lý của mắt liên quan đến sự hấp thu dược chất từ thuốc nhỏ-tra mắt và lưu ý khi sử dụng thuốc nhỏ - tra mắt** 11

Bùi Hải Yến

- **Bệnh viện Mắt Trung ương Tổ chức lễ mít tinh kỷ niệm ngày Công tác Xã hội Việt Nam** 14

Vũ Hòa Long

BÀI DỊCH

- **Ảnh hưởng của phương pháp bịt mắt và sử dụng Atropin đối với trẻ và gia đình trong nghiên cứu điều trị nhược thị** 19

Impact of patching and atropine treatment on the child and family in the amblyopia treatment study

Nhóm điều tra nghiên cứu các bệnh mắt trẻ em - PEDIG Arch Ophthalmol. 2003;121:1625-1632

Người dịch: Trần Thúy Anh

ĐÁNH GIÁ THỜI GIAN CHỜ ĐỢI KHÁM BỆNH VÀ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM BHYT ĐÚNG TUYẾN - KHOA KHÁM BỆNH & ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ, BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

*Hoàng Ngọc Trâm, Nguyễn Thị Phương,
Nguyễn Lê Thu Hằng, Nguyễn Thu Thủy (*)*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại các bệnh viện tuyến trung ương, tình trạng quá tải người bệnh luôn là một trong những vấn đề được quan tâm của hệ thống y tế Việt Nam nói chung và của Bệnh viện Mắt trung ương nói riêng. Tình trạng này tạo nên những áp lực lớn cho đội ngũ nhân viên y tế tại các bệnh viện. Chính vì vậy, ngoài việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, trang bị những máy móc, thiết bị hiện đại, yếu tố quan trọng làm hài lòng người bệnh (NB) là giảm thời gian chờ đợi khám bệnh. Tại phòng khám Bảo hiểm y tế (BHYT) đúng tuyến thuộc Khoa Khám bệnh & Điều trị ngoại trú (ĐTNT) – Bệnh viện Mắt TW số lượng người bệnh đến khám trung bình khoảng 80 lượt/ngày. Đặc biệt vào những ngày đầu tuần, những ngày sau các dịp nghỉ lễ, lượng NB có khi đạt đến 120 lượt/ngày.

Thời gian vừa qua có nhiều nghiên cứu về thời gian chờ đợi khám bệnh, sự hài lòng của NB đến khám và biện pháp khắc phục tại một số bệnh viện. Tuy nhiên tại Bệnh viện Mắt TW, năm 2013 mới chỉ có báo cáo nội viện của tổ quản lý chất lượng bệnh viện, chưa có nghiên cứu nào nghiên cứu về vấn đề này. Với mục tiêu nâng cao chất lượng phục vụ

NB nói chung và NB khám BHYT đúng tuyến nói riêng, Khoa Khám Bệnh & ĐTNT – Bệnh viện Mắt TW luôn quan tâm đến sự hài lòng của NB đến khám, đặc biệt là những yếu tố ảnh hưởng đến thời gian khám (tính từ khi đăng ký khám đến khi được điều dưỡng tiếp đón, thủ chức năng, được bác sĩ thăm khám đến lúc hoàn thành). Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu cụ thể như sau:

- Đánh giá thời gian chờ đợi khám bệnh của NB có BHYT đúng tuyến đến khám tại Khoa Khám bệnh & ĐTNT

- Đánh giá sự hài lòng của NB có BHYT đúng tuyến khi đến khám tại Khoa Khám bệnh & ĐTNT

II. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng NC:

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện (lấy toàn bộ số người bệnh trong tiêu chuẩn lựa chọn trong 3 tháng)

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện theo tiêu chí là NB 18 – 74 tuổi (không thuộc đối tượng ưu tiên), có khả năng đọc viết, đủ sức khỏe để trả lời phỏng vấn. (Tổng số có 1.813 người được chọn thuận tiện mời tham gia NC)



Thời gian NC: NC được tiến hành thu thập số liệu trong 3 tháng (6, 7, 8/2017)

Địa bàn NC: Phòng khám BHYT đúng tuyến - Khoa Khám bệnh & ĐTNT – Bệnh viện Mắt TW

Thiết kế NC: Mô tả cắt ngang

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các NB từ 18 – 74 tuổi (không thuộc đối tượng ưu tiên), có khả năng đọc viết, đủ sức khỏe để trả lời phỏng vấn đến khám tại phòng khám BHYT đúng tuyến

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các NB không đồng ý tham gia NC
- NB nặng, NB thuộc đối tượng ưu tiên ($TE \leq 6$ tuổi, $NL \geq 75$ tuổi, người có công với cách mạng...)

- Những NB đăng ký khám tại phòng BHYT nhưng không lên khám ngay sau đăng ký. (Những NB đến lượt khám, được điều dưỡng tiếp đón gọi tên mời vào khám nhưng quá 20p không có mặt)

- Những NB đến sau 10h30p sáng có chỉ định xét nghiệm máu, nước tiểu. (Do XN máu, nước tiểu chỉ được thực hiện trước 10h30p sáng, nên những NB có chỉ định sau giờ này sẽ phải chờ đến ngày hôm sau để làm xét nghiệm, vì vậy khi đưa vào NC, thời gian chờ khám trung bình sẽ bị tăng lên rất nhiều)

- Những NB có chỉ định theo dõi nội khoa dài ngày.

Xử lý & phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 17.0

Phương tiện nghiên cứu:

Bộ câu hỏi được thiết kế sẵn

Phương pháp thu thập số liệu:

- Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi có sẵn.

- Cách lấy số liệu: Thời gian chờ đợi của NB được chia làm 3 mốc thời gian để xác định:

- + Ghi nhận thời điểm đăng ký trên phiếu khám, điều dưỡng phòng khám ghi nhận thời điểm tiếp nhận phiếu khám, hiệu số của hai thời điểm này là thời gian chờ đợi trước khi vào khám bệnh (quy thành phút).

- + Ghi nhận thời điểm điều dưỡng tiếp nhận phiếu khám, thử chức năng và thời điểm NB được vào khám tại bàn khám bác sỹ, hiệu số của hai thời điểm này là thời gian được tiếp nhận khám bệnh (quy thành phút).

- + Ghi nhận thời điểm NB được bác sỹ tiếp nhận khám bệnh và thời điểm NB khám xong (kết thúc khám tại phòng khám BHYT, NB có; Chỉ định vào viện điều trị; Kê đơn thuốc; Vào điều trị ngoại trú; Hội chẩn chuyên khoa sâu...), hiệu số của hai thời điểm này là thời gian khám bệnh (quy thành phút).

- Đánh giá sự hài lòng về thời gian chờ đợi theo thang điểm 5 mức bằng phiếu khảo sát (rất nhanh – rất hài lòng, nhanh – hài lòng, chấp nhận được, lâu – không hài lòng, rất lâu- rất không hài lòng) – Thời gian tính bằng phút

- Xử lý số liệu: Số trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến liên tục, tỷ lệ % cho các biến danh định. Các test tham số (hoặc phi tham số nếu biến thời gian chờ đợi không có phân phối chuẩn) để kiểm

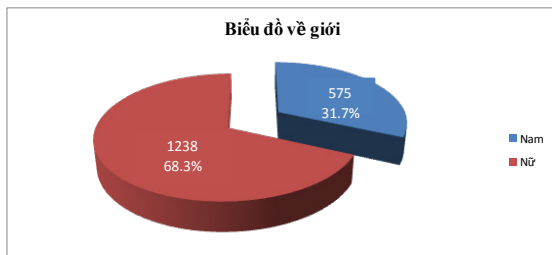
định các mối liên quan giữa chỉ định làm cận lâm sàng với thời gian khám bệnh.

III. KẾT QUẢ

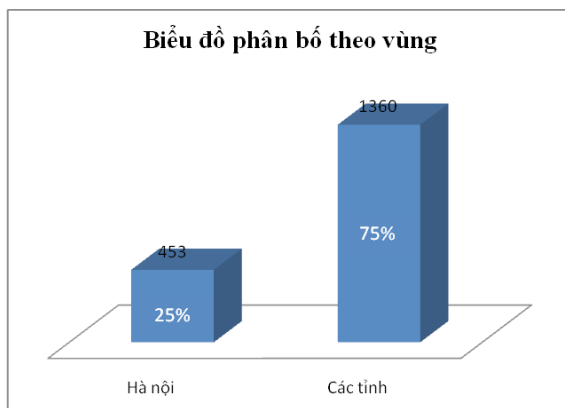
Có 1813 người bệnh được đưa vào nghiên cứu của chúng tôi.

Đặc điểm chung:

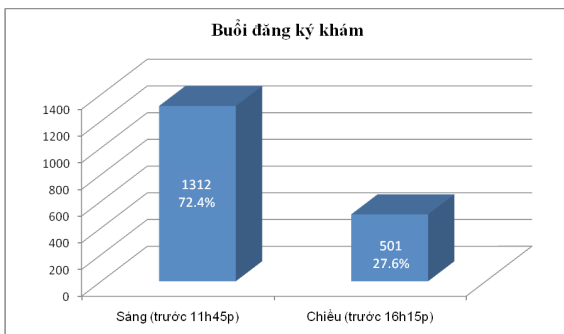
- Tuổi: trung bình: 50.6 ± 13



Biểu đồ 1: Biểu đồ về giới



Biểu đồ 2: Biểu đồ về phân bố theo vùng



Biểu đồ 3: Biểu đồ về buổi đăng ký khám

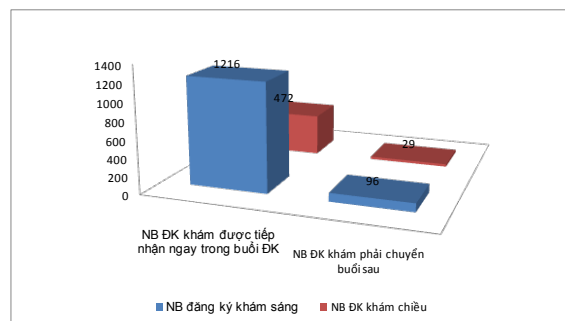
- Thời gian người bệnh chờ khám:

+ Đăng ký khám sáng, được tiếp nhận khám trong buổi sáng: 1216 (92.7 %).

+ Đăng ký khám sáng, nhưng tiếp nhận khám vào buổi chiều: 96 (7.3 %)

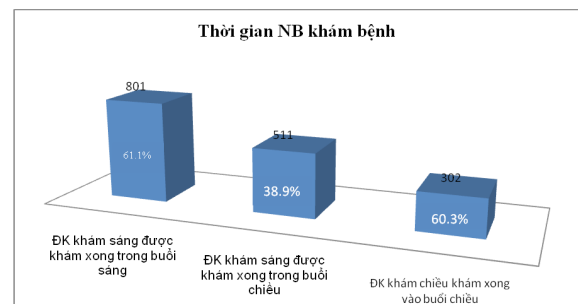
+ Đăng ký khám chiều, được tiếp nhận khám vào buổi chiều: 472 (94.2 %)

+ Đăng ký khám chiều, nhưng phải chuyển trực khám: 29 (5.8%)



Biểu đồ 4: Thời gian người bệnh chờ khám

- Thời gian người bệnh khám



Biểu đồ 5: Thời gian người bệnh khám bệnh



Bảng 1: Thời gian chờ đợi ở các nhóm đăng ký khám

Nhóm người bệnh	Thời gian chờ đợi trung bình (phút)
ĐK khám sáng, được tiếp nhận khám trong buổi sáng (n = 1216) 92.7%	78 ± 39
ĐK khám sáng, được tiếp nhận khám vào buổi chiều (n= 96) 7.3%	142 ± 32
ĐK khám sáng, được khám xong trong buổi sáng (n= 801) 61.1%	111 ± 31
ĐK khám sáng, được khám xong vào buổi chiều (n = 511) 38.9%	268 ± 46
ĐK khám chiều, được khám vào buổi chiều (n = 472) 94.2%	31 ± 23
ĐK khám chiều, được khám xong vào buổi chiều (n = 302) 60.3%	52 ± 33

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy số người bệnh đăng ký buổi sáng, được khám vào buổi chiều chỉ chiếm 7.3% và thời gian chờ đợi lâu nhất 268 phút. Điều này làm ảnh hưởng đến sự hài lòng của NB. NB đăng ký khám sáng được khám trong buổi sáng nhanh nhất là 51 phút và lâu nhất là 118 phút. NB đăng ký khám sáng

được khám vào buổi chiều nhanh nhất là 112 phút và lâu nhất là 182 phút. NB đăng ký khám sáng được khám xong trong buổi sáng nhanh nhất là 98 phút và lâu nhất là 147 phút. NB đăng ký khám sáng được khám xong vào buổi chiều nhanh nhất là 183 phút và lâu nhất là 318 phút

Bảng 2: Các cận lâm sàng được chỉ định

Cận lâm sàng	Buổi		n	%
	Sáng	Chiều		
Xét nghiệm máu, nước tiểu	685	0	685	50.7%
Siêu âm, OCT, Điện võng mạc....	752	250	1002	74.2%
X quang, CT scanner, thị trường...	418	95	513	38%
Soi tươi, nuôi cấy VK	213	74	287	21.3%
Khám nội	632	71	703	52.1%

1. Không có cận lâm sàng (CLS): 463 NB chiếm tỉ lệ 25.5%.

2. Có xét nghiệm CLS: 1350 NB

Trong tổng số NB có xét nghiệm CLS, số lượng NB có thử máu, nước tiểu (đây được coi là xét nghiệm (XN) CLS đặc

biệt vì theo quy định xét nghiệm chỉ được vào 2 khung giờ cố định là 11h30p và làm trước 10h30p & kết quả chỉ được trả 13h15p) là 685 NB chiếm 50.7%

Bảng 3: So sánh thời gian chờ đợi giữa các nhóm làm cận lâm sàng

	Không làm CLS	Có làm CLS	P
Thời gian (phút)	90.7 ± 28.5	187.2 ± 37	< 0.01

Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$

Bảng 4: So sánh các nhóm ĐK khám trong buổi với nhóm ĐK sáng khám chiều

Nội dung	ĐK sáng, được khám xong trong buổi sáng		ĐK sáng, được khám xong trong buổi chiều		ĐK chiều khám xong trong buổi chiều		ĐK khám chiều phải chuyển sang khám hôm sau	
		%		%		%		%
Không làm CLS	323	69.8%	18	3.9%	117	25.3%	5	1.1%
XN máu, nước tiểu	296	43.2%	389	56.8%				
Siêu âm, OCT, Điện võng mạc	631	83.9%	121	16.1%	242	96.8%	8	3.2%
XQ, CT scanner, thị trường	393	94%	25	6%	91	95.8%	4	4.2%
Soi tươi, soi trực tiếp	162	76.1%	51	24%	62	83.8%	12	16.2%
Khám nội	589	93.2%	43	6.8%	58	81.7%	14	19.7

Nhận xét: Cho thấy số lượng người bệnh có làm xét nghiệm máu đăng ký và được khám xong trong buổi sáng có tỷ lệ thấp nhất (43.2%). Tuy trong nhóm không làm CLS thời gian chờ ít hơn, nhưng có 18 NB (3.9%) đăng ký sáng phải chờ tới buổi chiều. Trong khi đó 94.2% NB đăng ký khám, làm XN

CLS buổi chiều được khám trong buổi chiều. So sánh thời gian chờ trong nhóm có làm CLS: Có 1350 NB được chỉ định làm các CLS. Phân tích riêng nhóm này cho thấy thời gian chờ đợi kết quả XN máu có khác biệt ý nghĩa so với các xét nghiệm khác.



Bảng 5: So sánh thời gian chờ đợi giữa XN máu và XN khác

	XN máu	XN khác	p
Thời gian (phút)	260 ± 23	185 ± 26	< 0.001

Nhận xét: Nhóm người bệnh có xét nghiệm máu thời gian chờ lâu hơn nhóm làm các XN khác. Sự khác biệt về thời gian cao có thể do khoảng nghỉ trưa vì người bệnh làm xét nghiệm máu chỉ được trả kết quả vào 2 khung giờ cố

định (11h30 và 13h15).

Thời gian chờ đợi khám giữa các CLS trong nhóm còn lại. Phân tích trong nhóm chỉ làm các xét nghiệm khác (n=877) cho thấy thời gian chờ khám có khác biệt.

Bảng 6: So sánh thời gian chờ đợi giữa các CLS

	SA, OCT, ĐVM	XQ, CT, TT	Soi tươi, nuôi cấy VK	Khám nội	p
Thời gian chờ (phút)	188 ± 14	114 ± 16	78 ± 12	152 ± 15	< 0.001

Bảng 7: Thăm dò ý kiến về mức độ hài lòng của NB đối với thời gian chờ khám

Đánh giá của NB	Thời gian chờ đợi trung bình (phút)	n	%
Rất nhanh	62 ± 27	126	6.9%
Nhanh	93 ± 23	297	16.4%
Chấp nhận được	125 ± 21.2	458	25.3%
Lâu	169 ± 21	503	27.7%
Rất lâu	282 ± 22.5	429	23.7%

Khảo sát sự hài lòng của người bệnh về thời gian chờ đợi, chúng tôi ghi nhận kết quả dưới đây

Bảng 8: Đánh giá mức độ hài lòng NB về thời gian chờ đợi trên phiếu khảo sát

Mức độ hài lòng	n	(%)
Rất hài lòng	76	4.2%
Hài lòng	220	12.1%
Chấp nhận được	336	18.5%
Không hài lòng	616	34%
Rất không hài lòng	565	31.2%

Nhận xét: cho thấy mức độ hài lòng về thời gian chờ đợi khám bệnh chưa cao, đa số NB đánh giá lâu và rất lâu (chiếm 65.2%)

IV. BÀN LUẬN

Trong số NB đến khám, nữ đến khám chiếm đa số (68.3%), NB tại Hà Nội chiếm 25%, NB ở các nơi khác chiếm 75%, phản ánh nhu cầu NB khám BHYT đúng tuyến là khá cao. Đa số NB đăng ký tập trung vào buổi sáng (72.4% so với 27.6% buổi chiều. NB đăng ký khám sáng được khám trong buổi sáng chiếm 92.7%. NB đăng ký khám sáng được khám trong buổi chiều 7.3%. NB đăng ký khám sáng được khám xong trong buổi sáng chiếm 61.1%. NB đăng ký khám sáng được khám xong trong buổi chiều 38.9%. Thời gian chờ đợi trước khi vào khám: Thời gian chờ đợi trung bình 162 ± 19 phút, lâu nhất là đăng ký khám sáng được khám xong vào buổi chiều (268 ± 16 phút). So với Bệnh viện cấp cứu Trung Vương TPHCM thời gian chờ trung bình của NB khám ngoại trú là 198 phút [1]. Tại ngay các BV tuyến trung ương như BV Bạch Mai thời gian chờ đợi khám ngoại trú dao động 4-6 giờ [2]. Thời gian chờ đợi trung bình tại khoa chúng tôi thấp hơn các BV kể trên nhưng còn cao so với thời gian trung bình quy định chung của Vụ Điều trị Bệnh viện phải đảm bảo thời gian chờ trung bình của NB không quá 1 giờ [4]. Trong thời điểm hiện tại đây là điều rất khó thực hiện không chỉ tại BV Mắt TW mà còn ở hầu hết BV tuyến trung ương khác do tình trạng quá tải chưa được giải quyết. Vẫn còn 7.3% số lượng người bệnh

đăng ký buổi sáng nhưng buộc phải đợi đến chiều, tuy nhiên số NB này đều là các trường hợp đến đăng ký khám muộn (sau 11h). Vấn đề lượng NB đến khám quá tải vào buổi sáng tương đối đặc thù tại khoa chúng tôi. Lý do chính do lượng NB đến khám đa số là ở các tỉnh (75%), có thói quen đi buổi sáng để kịp về trong ngày cho nên số lượng NB đăng ký buổi sáng thường quá tải so với tổng số khám trong ngày.

Các yếu tố làm ảnh hưởng thời gian chờ đợi: Quy trình tiếp nhận NB khám BHYT đúng tuyến tại Bệnh viện Mắt TW hiện nay là: NB lấy số thứ tự và đăng ký BHYT tại Phòng tiếp đón. Sau đó lên khoa sẽ được ĐD tiếp nhận, làm chức năng rồi chuyển sang bàn BS khám bệnh. BS khám bệnh sẽ tùy theo từng trường hợp sẽ có những chỉ định CLS cần thiết. NB nhận phiếu chỉ định CLS từ bàn hướng dẫn đi làm CLS, có kết quả CLS sẽ quay lại phòng khám. Trong các nhóm làm CLS thì nhóm có làm xét nghiệm máu chờ đợi lâu nhất chiếm 260 ± 23 phút, chủ yếu do kết quả máu chỉ được trả vào 2 khung giờ cố định trong ngày. Chỉ có 43.2% số NB có làm xét nghiệm máu được khám buổi sáng, 56.8% đăng ký buổi sáng phải chuyển sang buổi chiều khám. Giữa các nhóm CLS đơn lẻ thì nhóm Siêu âm, OCT, Điện võng mạc có thời gian chờ lâu nhất lý do chủ yếu do siêu âm luôn trong tình trạng quá tải, nên thời gian chờ đợi bị kéo dài. So sánh thời gian chờ của các CLS còn lại không thấy có chênh lệch nhiều. Số người bệnh không làm CLS có thời gian chờ ngắn hơn so với có làm CLS (90.7

± 28.5 phút so với 187 ± 37 phút) nhưng vẫn còn có 3.6% không làm CLS đăng ký sáng phải tới chiều mới khám được. Điều này rơi vào những trường hợp NB đăng ký khám sát giờ nghỉ, không kịp khám trong buổi, tuy nhiên một lần nữa cho thấy số lượng bàn khám không đủ đáp ứng với lượng người bệnh đăng ký trong buổi sáng. Khảo sát sự hài lòng của người bệnh Đa số người bệnh đánh giá lâu và rất lâu (65,2%). Khảo sát tại Bệnh viện Trưng Vương trong năm 2012 cho thấy có 54% BN chưa hài lòng về thời gian chờ đợi [3]. Viện nghiên cứu Phát triển kinh tế-xã hội TP Đà Nẵng mới đây cũng vừa công bố chỉ số về mức độ hài lòng của người dân ở bệnh viện công và bệnh viện tư cho thấy có sự chênh lệch rất lớn về mức độ hài lòng của người dân. Ở BV công, mức độ hài lòng là 68,5% trong khi BV tư tới 91,4%. [5].

Như vậy, đây là một nhu cầu thiết thực và cần có hướng phát triển để đáp ứng. Các hạn chế của nghiên cứu: Tuy cỡ mẫu khá lớn, nhưng cách lấy mẫu trong 1 tháng có thể chưa phản ánh đúng thực tế, chưa đại diện được dân số nghiên cứu. Do vậy cần phải tính toán cỡ mẫu kỹ lưỡng hơn. Tài liệu tham khảo chủ yếu từ các nguồn thông tin

đại chúng do các khảo sát trong nước không được đăng tải trên các tạp chí chuyên ngành vì các vấn đề này không phải thuần túy chuyên môn.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã xác định thời gian chờ đợi khám trung bình tại khoa chúng tôi là là 162 phút, NB đăng ký sáng khám xong trong buổi sáng 111 ± 31 phút, đăng ký chiều khám xong trong buổi chiều 78 ± 39 phút. Đăng ký sáng khám xong vào buổi chiều 268 ± 16 phút. Các yếu tố ảnh hưởng lên thời gian chờ đợi khám bao gồm thời điểm đăng ký khám, có làm CLS hay không trong đó xét nghiệm có thời gian chờ lâu nhất là xét nghiệm máu, nước tiểu. Có khoảng 3.6% NB tuy không làm CLS nhưng phải đợi đến chiều để được khám. Có 65,2% NB đánh giá thời gian chờ là lâu và rất lâu.

Kiến nghị: Cần chú trọng tăng cường nhân sự (bác sĩ), mở rộng và tăng số lượng bàn khám. Khoa xét nghiệm sắp xếp các khâu lấy máu, chuyển mẫu, trả kết quả nhiều đợt trong buổi để rút ngắn tối đa thời gian trả kết quả. Có những khu xét nghiệm riêng phục vụ đối tượng người bệnh có BHYT đúng tuyến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khảo sát quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của Bệnh viện cấp cứu Trưng Vương. Tuổi trẻ
2. Báo SGGP ngày 13/09/2012: Thời gian chờ đợi khám bệnh tại khoa khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội
3. ĐD Trâm Minh Mẫn và CS Ths, Bs Phạm Ngọc Huy Tuấn: Khảo sát sự hài lòng tại khoa chấn thương Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương TPHCM



4. Vụ Điều trị (Bộ Y tế): *Bảng dự thảo tập huấn kiểm tra bệnh viện năm 2007, được công bố tại Hội nghị tập huấn kiểm tra bệnh viện các tỉnh phía Bắc ngày 10/07/2007 (Việt báo.vn/ sức khỏe/thời gian chờ đợi khám của bệnh nhân không được quá 1 tiếng)*

5. Báo Pháp luật TPHCM 18/2/2012: *Người dân chưa hài lòng Bệnh viện công tại TP Đà Nẵng*



MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM SINH LÝ CỦA MẮT LIÊN QUAN ĐẾN SỰ HẤP THU DƯỢC CHẤT TỪ THUỐC NHỎ -TRA MẮT VÀ LƯU Ý KHI SỬ DỤNG THUỐC NHỎ - TRA MẮT

*Bùi Hải Yến **

Khi nhỏ một giọt thuốc vào mắt, dược chất sẽ được vận chuyển tới nơi tác dụng của nó dưới tác động của hệ thống nước mắt, động tác chớp mắt, đặc điểm cấu tạo sinh lý của các hàng rào mô giác mạc và kết mạc. Vì vậy khi điều chế, sử dụng thuốc dùng nhỏ, tra mắt có hiệu quả điều trị cao cần phải hiểu và vận dụng được tác động của các yếu tố trên đến sự hấp thu dược chất từ thuốc nhỏ- tra mắt.

1. Đặc điểm sinh lý của hệ thống nước mắt:[3]

- Người bình thường nước mắt được tiết ra liên tục từ các tuyến nước mắt (chủ yếu là tuyến lệ chính) với tốc độ khoảng 1 microlit (μ l) trong 1 phút, tạo ra một màng nước mắt bao phủ toàn bộ bề mặt của giác mạc và kết mạc. Màng nước mắt này có tác dụng bảo vệ mắt chống nhiễm khuẩn, giữ cho mắt không bị khô và được chứa ở túi cùng kết mạc khoảng 20 μ l-30 μ l, nước mắt thừa ở túi cùng kết mạc được rút vào hệ thống lệ đạo bài tiết nước mắt qua các lệ quản rồi đến túi lệ. Khi chớp mắt, túi lệ bị ép và nước mắt được bơm vào ống lệ- mũi đổ vào khoang miệng khoảng 2 μ l mỗi lần chớp mắt. Nước mắt là một dung dịch trong suốt có pH khoảng 7,4, có chứa các chất điện giải như Na^+ , K^+ , Ca^+ , Cl , HCO_3 nên nước mắt có khả năng đệm

nhất định.

- Khi nhỏ một giọt thuốc vào mắt, một phần thuốc theo nước mắt giàn trải trên bề mặt nhãn cầu, một phần được bài tiết theo nước mắt qua hệ thống lệ, phần còn lại trào ra ngoài và điều này làm cho liều thuốc nhỏ mắt bị mất đi đáng kể. Hơn nữa khi thể tích nước mắt đã trở lại bình thường thì sự tiết nước mắt vẫn tiếp diễn, nước mắt tiết ra tiếp tục pha loãng lượng thuốc còn lại, làm giảm gradient nồng độ dược chất, làm giảm tốc độ và mức độ khuếch tán dược chất qua giác mạc. Tác động của hệ thống nước mắt lên thuốc nhỏ mắt càng bất lợi khi thuốc nhỏ mắt có pH càng khác 7,4 (pH của film nước mắt) và được đệm bằng các hệ đệm có dung lượng đệm cao vượt quá khả năng tự điều chỉnh của nước mắt. Khi đó thuốc sẽ gây kích ứng mạnh ở mắt, mắt buộc phải phản xạ lại bằng cách tăng tiết nước mắt. Nước mắt tiết ra càng nhiều nồng độ dược chất càng bị pha loãng, quá trình khuếch tán dược chất qua giác mạc càng giảm do gradient nồng độ giảm. Nước mắt tiết ra càng nhiều, liều thuốc đã nhỏ càng bị trôi rửa nhanh chóng, thời gian tiếp xúc của thuốc với niêm mạc càng ngắn, dược chất càng ít được hấp thu.

*Khoa Dược



2. Đặc điểm sinh lý của Kết mạc:[3]

Kết mạc có rất nhiều mạch máu và bản thân kết mạc là màng có tính thấm tốt với nhiều dược chất, tuy nhiên sự thấm dược chất vào các phần bên trong của mắt qua đường kết mạc không đáng kể so với qua giác mạc. Ngược lại dược chất được hấp thu qua kết mạc chủ yếu đi vào tuần hoàn máu gây ra nhiều tác dụng không mong muốn, vì thế hấp thu qua kết mạc được xem như là một yếu tố làm giảm sinh khả dụng của thuốc nhỏ mắt đối với dược chất cần thấm sâu vào các tổ chức bên trong giác mạc, trừ trường hợp đích tác dụng của thuốc chính là kết mạc.

3. Đặc điểm sinh lý của Giác mạc:[3]

- Giác mạc là hàng rào chính gây trở ngại cho sự hấp thu dược chất từ thuốc nhỏ mắt vào nội nhãn. Giác mạc được cấu tạo bởi 3 lớp chính, ngoài cùng là lớp biểu mô, rồi đến lớp nhu mô và trong cùng là lớp nội mô. Lớp biểu mô và nội mô có hàm lượng lipit cao vì thế các dược chất dễ tan trong lipit, dược chất ở dạng không ion hóa có hệ số phân bố dầu/ nước cao từ 10 đến 100, sẽ dễ dàng thấm qua 2 lớp mô này. Ngược lại hai lớp này lại là hàng rào ngăn cản sự thấm của các dược chất thân nước và dược chất ở dạng ion hóa.

- Lớp nhu mô nằm giữa lớp biểu mô và nội mô, có tính ưa nước rất cao, nên chỉ có các dược chất thân nước hay dược chất ở dạng ion hóa là dễ dàng khuếch tán qua. Như vậy chỉ có các dược chất vừa thân nước vừa thân lipit

và có mức độ ion hóa vừa phải, tức là có khả năng hòa tan trong cả 2 pha mới dễ dàng thấm qua hàng rào lipit và hàng rào nước của các lớp giác mạc.

4. Một số lưu ý khi sử dụng thuốc nhỏ- tra mắt:[2]

- Thuốc dạng hỗn dịch cần lắc kỹ trước khi sử dụng.

- Thuốc dạng đơn liều (không chứa chất bảo quản) chỉ sử dụng trong ngày.

- Nếu thuốc là loại có độc tính cao phải tuân thủ nghiêm ngặt hướng dẫn cách nhỏ, tra thuốc.

- Ví dụ: Thuốc nhỏ mắt Atropin 0,5% là thuốc có tác dụng làm liệt điều tiết, giúp xác định chính xác tật khúc xạ như cận thị, viễn thị, loạn thị.

- Cách nhỏ: Vành mi dưới, nhỏ một giọt thuốc vào túi cùng kết mạc mắt, chớp mắt, lấy bông thấm hết thuốc tràn ra ngoài mí mắt rồi dùng bông chèn vào điểm lệ ở góc trong của mắt khoảng 2 phút để tránh thuốc lưu thông qua hệ thống lệ đạo xuống mũi. Vì sử dụng Atropin 0,5% nhỏ mắt có thể gây ra các tác dụng phụ toàn thân như sốt, đỏ mặt, khô họng, tim đập nhanh... nhất là ở trẻ em.[1]

- Thứ tự nhỏ - tra thuốc: Các loại thuốc nhỏ mắt dạng dung dịch, hỗn dịch nhỏ trước. Thuốc tra mắt dạng gel, mỡ nhỏ sau. Nên tra thuốc mỡ vào buổi trưa, tối trước khi đi ngủ vì thuốc mỡ làm giảm hấp thu thuốc nước và để các hoạt chất trong thuốc mỡ tan ra, ngấm và lưu lại lâu hơn trên tế bào biểu mô giác mạc.



- Các loại thuốc phải tra cách nhau của thuốc, không sử dụng thuốc đã hết hạn khoảng từ 10-15 phút.
- Lọ, tube thuốc khi đã mở nắp chỉ nên sử dụng từ 15 đến 30 ngày (hoặc theo hướng dẫn của nhà sản xuất) để tránh nhiễm khuẩn và đảm bảo chất lượng thuốc.
- Kiểm soát chặt chẽ hạn sử dụng của thuốc, không sử dụng thuốc đã hết hạn.
- Khi nắm được một số đặc điểm sinh lý của mắt liên quan đến sự hấp thu dược chất từ thuốc nhỏ mắt thì việc chăm sóc mắt cho người bệnh sẽ an toàn và đạt hiệu quả cao trong công tác điều trị.

Tài liệu tham khảo:

- [1] Bộ Y tế (2009), Dược thư quốc gia Việt nam, Atropin, 187.
- [2] Nguyễn Mai Lan. Sức khỏe đời sống (2012), “ Những lưu ý khi sử dụng thuốc nhỏ mắt”
- [3] Trường đại học Dược Hà nội (2004). Kỹ thuật bào chế và sinh dược học các dạng thuốc, “ Thuốc nhỏ mắt”, 179.

BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG TỔ CHỨC LỄ MÍT TINH KỶ NIỆM NGÀY CÔNG TÁC XÃ HỘI VIỆT NAM

Vũ Hòa Long*

Nhằm tôn vinh giá trị cao quý, ý nghĩa nhân văn của ngành công tác xã hội, ghi nhận vai trò và đóng góp của người làm công tác xã hội trong việc tham gia giải quyết các vấn đề của cá nhân, các gia đình, của cộng đồng và xã hội, góp phần đảm bảo thực hiện quyền con người công bằng, tiến bộ xã hội và hạnh phúc của nhân dân, chiều ngày 22/3/2018 Bệnh viện Mắt TW đã long trọng tổ chức mít tinh kỷ niệm ngày công tác xã hội Việt Nam. Đến dự buổi lễ có BS.Đào Thị Ngọc Dung – phó Chủ tịch Công đoàn Y tế Việt Nam, TS.Phạm Tiến Nam – Trưởng Bộ môn công tác xã hội trường Đại học Y tế công cộng, về phía bệnh viện có TS.Phạm Ngọc Đông – phó Giám đốc bệnh viện, đại diện Ban chấp hành Công đoàn, Đoàn Thanh niên, lãnh đạo các khoa phòng, tổ công tác xã hội và đông đảo cán bộ nhân viên bệnh viện.

Được thành lập từ năm 2016, Tổ công tác xã hội là một trong những thành viên non trẻ nhất bệnh viện. Trong hai năm vừa qua tổ công tác xã hội (CTXH) đã có các hoạt động cụ thể đem lại sự động viên chia sẻ kịp thời

với người bệnh: Đón tiếp chỉ dẫn cung cấp thông tin giới thiệu dịch vụ khám chữa bệnh; Tổ chức thăm hỏi người bệnh và người nhà người bệnh; Hỗ trợ tư vấn về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh; Cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh; Phối hợp, hướng dẫn các tổ chức, tình nguyện viên thực hiện công tác xã hội trong bệnh viện. Trong những năm tới, Tổ công tác xã hội tiếp tục tham mưu cho lãnh đạo bệnh viện hoàn thiện hệ thống văn bản cơ chế, chính sách; kiện toàn nhân lực, nâng cao công tác huấn luyện, đào tạo theo hướng phối hợp với trường y tế công cộng trở thành cơ sở đào tạo thực hành; phát triển các dịch vụ hỗ trợ người bệnh; đẩy mạnh công tác truyền thông...



Ảnh 01: Ths. Phạm Thị Kim Đức – tổ trưởng tổ CTXH trình bày báo cáo tổng kết hoạt động năm 2017

BS. Đào Thị Ngọc Dung thay mặt Công đoàn Y tế Việt Nam khen ngợi công tác xã hội của bệnh viện luôn gắn với việc hưởng ứng phong trào do Công đoàn y tế phát động: Đổi mới thái độ, phong cách hướng tới sự hài lòng của người bệnh, xây dựng cơ sở y tế

xanh – sạch – đẹp, bệnh viện không khói thuốc lá... BS. Đào Thị Ngọc Dung đề nghị trong thời gian tới bên cạnh việc hỗ trợ người bệnh, tổ công tác xã hội còn cần chú trọng hỗ trợ nhân viên y tế, động viên chia sẻ với nhân viên y tế khi gặp vướng mắc trong công việc.



Ảnh 02: BS. Đào Thị Ngọc Dung – phó Chủ tịch Công đoàn Y tế Việt Nam phát biểu tại buổi lễ

Phát biểu tại buổi lễ, TS. Phạm Ngọc Đông thay mặt lãnh đạo bệnh viện biểu dương những thành tích đã đạt được của tổ công tác xã hội, góp phần quan trọng trong việc cải tiến chất lượng phục vụ người bệnh, đề nghị tổ công tác xã hội tiếp tục phát huy truyền thống lá lành đùm lá rách, tinh thần yêu thương đùm bọc, tương trợ lẫn nhau của người Việt Nam, thu hút sự quan tâm của

các tầng lớp nhân dân tích cực tham gia hỗ trợ những người bệnh gặp hoàn cảnh khó khăn.

Cũng tại buổi lễ các đại biểu đã được cập nhật những thông tin bổ ích, những kiến thức mới, đầy đủ và toàn diện thông qua báo cáo “Công tác xã hội trong bệnh viện” do TS. Phạm Tiến Nam – Trưởng Bộ môn công tác xã hội trường Đại học Y tế công cộng trình bày.



Ảnh 03: Ts. Phạm Ngọc Đông – phó Giám đốc bệnh viện Mắt TW phát biểu tại buổi lễ

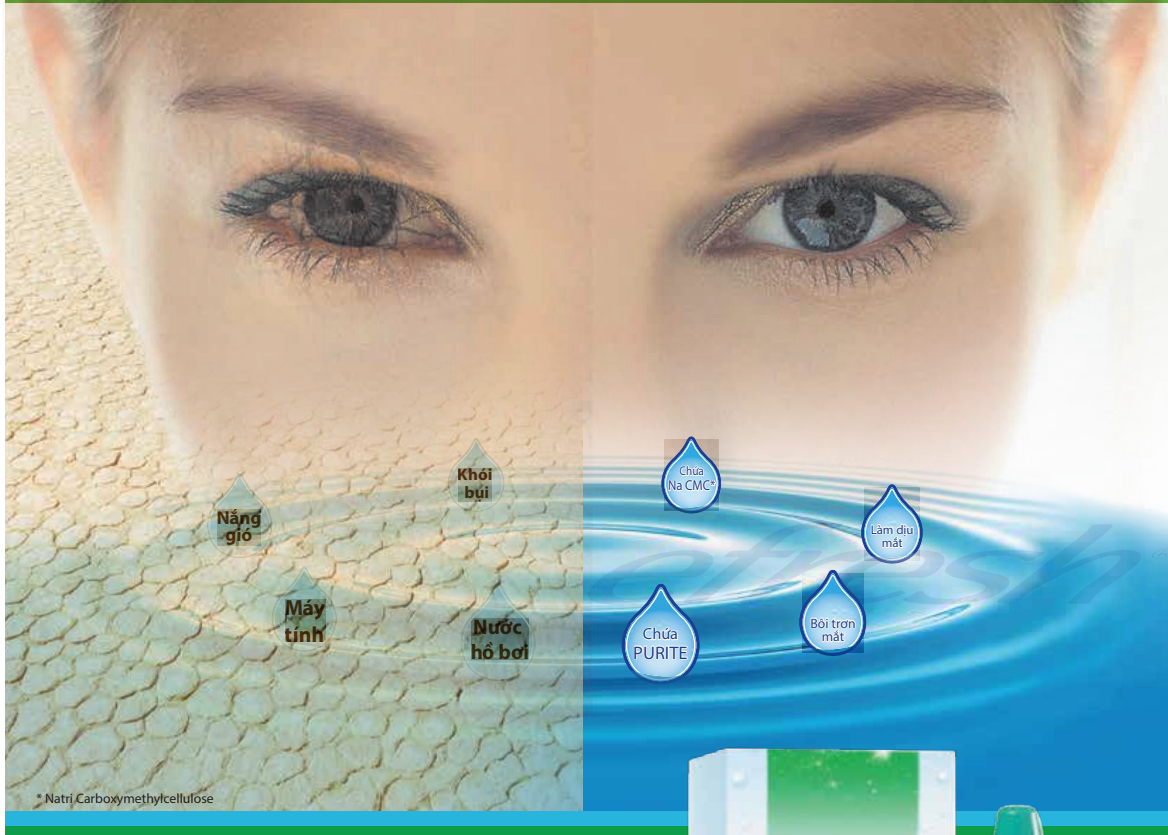


Ảnh 04: TS. Phạm Tiến Nam – Trưởng Bộ môn công tác xã hội trường Đại học Y tế công cộng trình bày báo cáo “Công tác xã hội trong bệnh viện”

Thuốc nhỏ làm trơn mắt
Refresh Tears

Thông tin quảng cáo cho công chúng

**Làm dịu nhất thời cảm giác nóng rát,
kích ứng và khó chịu do khô mắt,
tiếp xúc với gió hay ánh nắng.**



Refresh[®] Tears

(Natri carboxymethylcellulose) 0,5%
Thuốc nhỏ làm trơn mắt



THÀNH PHẦN

Mỗi mL chứa: **Hoạt chất:** Natri carboxymethylcellulose 0,5%.

CHỈ ĐỊNH

Làm dịu nhất thời cảm giác nóng rát, kích ứng và khó chịu do khô mắt hoặc do tiếp xúc với gió hay ánh nắng. Thuốc còn được dùng như một chất bảo vệ chống lại các kích thích khác.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định ở bệnh nhân quá mẫn với carboxymethylcellulose hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG Thuốc nhỏ làm trơn mắt. Nhỏ 1 hay 2 giọt vào mắt bị đau khi cần thiết. Các thuốc nhỏ mắt được dùng đồng thời nên cách lần nhỏ Refresh Tears™ ít nhất 5 phút để tránh thuốc bị rửa trôi.

CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG

Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng. Nếu cần thêm thông tin xin hỏi ý kiến bác sĩ. Để tránh nhiễm bẩn hoặc tổn thương mắt có thể xảy ra, không để đầu lọ chạm vào bất kỳ bề mặt nào và tránh tiếp xúc với mắt. Đậy nắp lại sau khi dùng. Nếu thấy mắt đau, thay đổi thị lực, mắt tiếp tục bị đỏ hoặc bị kích thích, hoặc nếu tình trạng mắt xấu hơn hay vẫn còn khó chịu quá 72 giờ thì nên ngừng sử dụng thuốc và hỏi ý kiến bác sĩ. Không sử dụng nếu bao bì cho thấy bằng chứng về sự giả mạo. Không dùng nếu dung dịch thuốc bị đổi màu hoặc trở nên vẩn đục. Sử dụng trước ngày hết hạn ghi trên lọ thuốc.

PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ

Không có cảnh báo đặc biệt nào về sử dụng thuốc cho phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

SỬ DỤNG Ở TRẺ EM

Độ an toàn và hiệu quả chưa được chứng minh ở bệnh nhân trẻ em.

SỬ DỤNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Không quan sát thấy sự khác biệt tổng thể về độ an toàn hoặc hiệu quả giữa bệnh nhân cao tuổi và bệnh nhân người lớn khác.

TÁC ĐỘNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC

Refresh Tears™ có thể gây nhìn mờ thoáng qua, điều này có thể làm suy giảm khả năng lái xe hoặc vận hành máy móc. Bệnh nhân nên đợi cho đến khi nhìn rõ trở lại trước khi lái xe hoặc sử dụng máy móc.

TÁC DỤNG PHỤ

Khi dùng thuốc đúng theo chỉ dẫn thì không có tác dụng phụ nào đáng kể. Kích thích mắt và các phản ứng dị ứng hiếm khi xảy ra. Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc. Tóm tắt các phản ứng bất lợi của thuốc trong các nghiên cứu lâm sàng: Tiết dịch mắt, kích ứng mắt, nóng rát và khó chịu, đau mắt, ngứa mắt, sung huyết kết mạc mí mắt, rối loạn thị giác.

BẢO QUẢN

Bảo quản ở nhiệt độ không quá 30°C. Tránh ẩm. Chỉ sử dụng khi dấu niêm phong lọ thuốc còn nguyên vẹn. Hủy bỏ phần thuốc không dùng sau khi mở lọ được 4 tuần. Để xa tầm tay trẻ em. Không dùng thuốc quá hạn sử dụng đã ghi trên bao bì.

NHẬP KHẨU VÀ PHÂN PHỐI

Công ty TNHH Một thành viên Vimedimex Bình Dương.
Số 18L1-2 VSIP II, đường số 3, KCN Việt Nam - Singapore 2,
Phường Hòa Phú, Tp. Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

Giấy xác nhận nội dung quảng cáo
Số 327/2016/XNQC-QLD;
Ngày in tài liệu: tháng 4 năm 2017



Refresh Tears
(Natri carboxymethylcellulose) 0,5%
Thuốc nhỏ làm trơn mắt



ẢNH HƯỞNG CỦA PHƯƠNG PHÁP BỊT MẮT VÀ SỬ DỤNG ATROPIN ĐỐI VỚI TRẺ VÀ GIA ĐÌNH TRONG NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ NHƯỢC THỊ

IMPACT OF PATCHING AND ATROPINE TREATMENT ON THE CHILD AND
FAMILY IN THE AMBLYOPIA TREATMENT STUDY

Nhóm điều tra nghiên cứu các bệnh mắt trẻ em- PEDIG

Arch Ophthalmol. 2003;121:1625-1632

Người dịch: Trần Thúy Anh*

Đối tượng: Đánh giá tác động xã hội đối với gia đình và trẻ dưới 7 tuổi bị nhược thị ở mức độ trung bình được điều trị bằng phương pháp bịt mắt hoặc tra atropine.

Phương pháp: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, 419 trẻ dưới 7 tuổi bị nhược thị trung bình với thị lực trong khoảng từ 20/100 đến 20/40 được chỉ định điều trị bằng bịt mắt hoặc tra atropin tại 47 phòng tập. Sau 5 tuần điều trị, đã có 364/419 đối tượng (87%) trả lời theo bảng câu hỏi.

Kết quả chính: Tổng điểm và điểm thành phần dựa trên các chỉ số liên quan đến điều trị nhược thị.

Kết quả: Tính chính xác và độ tin cậy cao được thể hiện trong bảng câu hỏi các chỉ số liên quan đến điều trị nhược thị. Kết quả tổng điểm chung và các điểm thành phần của 3 tiểu mục trung bình của nhóm bịt mắt cao hơn (nghĩa là dung nạp kém hơn) so với nhóm điều trị bằng atropin (tổng điểm: 2,52 so với 2,02, $p < 0,01$; ảnh hưởng tiêu cực điều trị: 2,3 với 2,11, $p = 0,02$; không tuân thủ điều trị: 2,46 so với 1,99, $p < 0,01$; và sự khó hòa nhập xã hội: 3,09 so với 1,84, $p < 0,01$).

Kết luận: Kết quả điều tra cho thấy cả hai phương pháp điều trị bằng atropin và bịt mắt đều được trẻ và gia đình được chấp nhận tốt, nhưng nhóm điều trị bằng atropin có kết quả tốt hơn.

Nghiên cứu điều trị nhược thị 1 (ATS 1) là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng được thiết kế để so sánh giữa việc tra atropin sulfate 1% với bịt mắt trong điều trị nhược thị trung bình (thị lực từ 20/100 đến 20/40) ở trẻ dưới 7 tuổi. Kết quả của nghiên cứu cho thấy sự cải thiện đáng kể về thị lực của cả hai phương pháp bịt mắt và tra atropin. Mức độ cải thiện nhanh hơn nhóm bịt mắt, nhưng đến sau 6 tháng điều trị thì sự khác biệt về thị lực giữa hai nhóm là không có ý nghĩa lâm sàng.

Một cách đánh giá khác về kết quả của thử nghiệm này là bảng câu hỏi các chỉ số điều trị nhược thị (ATI) cũng được hoàn thiện để đánh giá việc chấp nhận và tác động của phương pháp điều trị đối với trẻ và gia đình. Như vậy, bảng câu hỏi có thể được coi là một phương pháp để đánh giá một số khía cạnh về chất lượng cuộc sống trong suốt quá trình điều trị nhược thị bao gồm áp lực với cha mẹ, mối quan tâm về cách người khác cảm nhận như thế nào, sự căng thẳng trong mối quan hệ gia đình và khó khăn trong việc tuân thủ điều trị.

* Khoa Mắt trẻ em

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

QUY TRÌNH NGHIÊN CỨU

Các nghiên cứu được thực hiện bởi nhóm điều tra bệnh mắt nhi tại 47 phòng khám và được hỗ trợ thông qua việc hợp tác với Viện Mắt quốc gia thuộc Viện y tế quốc gia, Bethesda, Md. Các quy trình và mẫu cam kết được thông qua bởi các hội đồng đánh giá. Cha mẹ hoặc người giám hộ của từng trẻ tham gia nghiên cứu sẽ kí vào văn bản đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn lựa chọn của các đối tượng tham gia nghiên cứu là: trẻ dưới 7 tuổi và có khả năng thực hiện được các quy trình thử thị lực trong nghiên cứu (hiệu quả thấp nếu trẻ dưới

3 tuổi), có thị lực khoảng từ 20/100 đến 20/40, có sự chênh lệch về thị lực giữa hai mắt ≥ 3 dòng trên bảng thử logMAR, có hoặc không có tiền sử nhược thị do các bệnh như lác hoặc lệch khúc xạ và trước đó được điều trị nhược thị dưới 2 tháng trong vòng 2 năm. Mỗi trẻ sẽ được phân ngẫu nhiên vào nhóm điều trị bằng bịt mắt (thời gian 6 giờ/ngày hoặc toàn thời gian tùy theo hướng nghiên cứu) hoặc nhóm tra atropin 1% 1 lần/ngày

Kết quả của các phương pháp chính là thị lực của các mắt nhược thị trong vòng 6 tháng, được đo bằng các quy trình thử thị lực theo bảng thị lực được sử dụng trong nghiên cứu nhược thị và bảng câu hỏi các chỉ số điều trị nhược thị để đánh giá kết quả.

Bảng 1: Các chỉ số điều trị nhược thị

Câu hỏi với nhóm bịt mắt	Câu hỏi với nhóm dùng Atropin
1. Con tôi dường như không để ý đến việc nó đang đeo bịt mắt. 2. Tôi lo lắng rằng khi bịt mắt con tôi có thể không tận hưởng được hết niềm vui trong các hoạt động (trò chơi, tiệc tùng). 3. Đeo bịt mắt ảnh hưởng tới việc học của con tôi.	1. Con tôi dường như không để ý đến việc nó đang nhỏ thuốc. 2. Tôi lo lắng rằng khi nhỏ thuốc con tôi có thể không tận hưởng được hết niềm vui trong các hoạt động (trò chơi, tiệc tùng) 3. Nhỏ thuốc ảnh hưởng tới việc học của con tôi.
4. Đeo bịt mắt làm con tôi gặp khó khăn trong các hoạt động ngoài trời như chạy, nhảy, đạp xe... 5. Tôi gặp khó khăn trong việc đeo và giữ bịt mắt cho con tôi.	4. Nhỏ thuốc làm con tôi gặp khó khăn trong các hoạt động ngoài trời như chạy, nhảy, đạp xe... 5. Tôi gặp khó khăn trong việc nhỏ thuốc cho con tôi.
6. Đeo bịt mắt là nguyên nhân gây ra sự căng thẳng trong mối quan hệ của tôi với: a. Con tôi b. Các thành viên khác trong gia đình c. Với người trông trẻ hoặc giáo viên.	6. Nhỏ thuốc là nguyên nhân gây ra sự căng thẳng trong mối quan hệ của tôi với: a. Con tôi b. Các thành viên khác trong gia đình c. Với người trông trẻ hoặc giáo viên.



7. Đeo băng làm con tôi gặp khó khăn trong vẽ, tô màu hoặc viết. 8. Tôi lo rằng con tôi sẽ gặp chấn thương khi bị mất. 9. Con tôi có thể nhìn rõ hơn khi bị mất. 10. Con tôi phàn nàn về thời gian nó bị mất. 11. Bị mất làm mắt con tôi ngứa, đỏ, kích thích 12. Tôi lo lắng rằng con tôi đeo băng chưa đủ.	7. Nhỏ thuốc làm con tôi gặp khó khăn trong vẽ, tô màu hoặc viết. 8. Tôi lo rằng con tôi sẽ gặp chấn thương khi nhỏ thuốc. 9. Con tôi có thể nhìn rõ hơn khi nhỏ thuốc. 10. Con tôi phàn nàn về thời gian nó nhỏ thuốc. 11. Nhỏ thuốc làm mắt con tôi ngứa, đỏ, kích thích 12. Tôi lo lắng rằng con tôi nhỏ mắt chưa đủ.
13. Con tôi có vẻ vụng về và phối hợp không được bình thường khi bị mất.	13. Con tôi có vẻ vụng về và phối hợp không được bình thường khi nhỏ thuốc.
14. Tôi nhận thấy rằng những đứa trẻ khác nhìn chăm chăm vào con tôi khi nó bị mất.	14. Tôi nhận thấy rằng những đứa trẻ khác nhìn chăm chăm vào con tôi khi nó nhỏ thuốc.
15. Tôi tin rằng thị lực con tôi sẽ cải thiện khi bị mất.	15. Tôi tin rằng thị lực con tôi sẽ cải thiện khi nhỏ thuốc.
16. Bị mất làm con tôi khó khăn trong việc chơi với các khối hộp hay đồ chơi.	16. Nhỏ thuốc làm con tôi khó khăn trong việc chơi với các khối hộp hay đồ chơi.
17. Thình thoảng tôi quên bị mất cho con tôi.	17. Thình thoảng tôi quên nhỏ thuốc cho con tôi.
18. Tôi lo rằng bị mất sẽ làm con tôi cảm thấy nó khác biệt so với những đứa trẻ khác.	18. Tôi lo rằng nhỏ thuốc sẽ làm con tôi cảm thấy nó khác biệt so với những đứa trẻ khác.

Trên bảng câu hỏi, mỗi mục có 5 lựa chọn phản hồi: hoàn toàn đồng ý, đồng ý, không hoàn toàn đồng ý, không đồng ý, rất không đồng ý. Ngoài 5 ý trả lời trên, riêng câu hỏi 6b và 6c có thể có sự lựa chọn phản hồi là “không áp dụng được”

Bảng câu hỏi ATI sẽ được bố mẹ trả lời khi đi cùng trẻ đến phòng tập vào lần khám lại đầu tiên sau 5 tuần áp dụng điều trị. Bảng câu hỏi bao gồm 20 mục (Bảng 1) với 5 lựa chọn trả lời khác nhau, từ

“hoàn toàn đồng ý” tới “hoàn toàn không đồng ý”, với điểm số tăng dần theo mức độ (ví dụ là “không đồng ý”) cho thấy tác động nhiều hơn (bất lợi); lựa chọn thứ sáu của “không áp dụng” được đưa ra trong 2 câu hỏi. Tại buổi khám, bố mẹ trẻ được hướng dẫn ngắn gọn và sau đó yêu cầu hoàn thành bản câu hỏi ATI. Bảng câu hỏi được hoàn thành trước khi khám lại mắt cho trẻ và đặc biệt trước khi được biết kết quả kiểm tra thị lực.

Phụ huynh bỏ bảng trả lời vào bì thư có ghi sẵn địa chỉ gửi đến Trung tâm Phối hợp nghiên cứu. Nếu không có trẻ đi khám cùng thì coi như chưa bảng câu hỏi chưa được hoàn thành.

PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

Độ chính xác và độ tin cậy của bảng

câu hỏi ATI đã được đánh giá trước đó. Độ chính xác là giá trị của những vấn đề dự định đo lường. Tính hợp lệ có thể được đo lường bên ngoài bằng mối tương quan theo hướng trả lời tích cực hoặc tiêu cực giữa các câu hỏi trước đó với các câu hỏi mới được thành lập.

Bảng 2: Các chỉ số điều trị nhược thị

Mục	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không hoàn toàn đồng ý	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Điểm trung bình
Nhóm bị mắt (n=186)						
1. Trẻ dường như không quan tâm đến việc điều trị	7	13	9	47	24	2.31
2. Lo lắng trẻ có thể bỏ lỡ các hoạt động vui chơi	2	11	13	51	23	2.19
3. Điều trị ảnh hưởng đến việc học của trẻ	2	6	15	50	28	2.04
4. Điều trị làm trẻ gặp khó khăn khi chơi	1	24	15	44	17	2.49
5. Khó khăn khi áp dụng điều trị cho trẻ	6	10	10	46	28	2.21
6. Điều trị là nguyên nhân gây căng thẳng cho tôi						
a. với trẻ	6	12	7	43	32	2.16
b. với các thành viên khác trong gia đình	2	3	6	45	38	1.80
c. với người trông trẻ hoặc giáo viên	1	2	4	44	34	1.74
7. Khó khăn đối với trẻ trong việc vẽ, tô màu hoặc viết	2	11	13	54	20	2.22



8. Lo lắng trẻ sẽ bị thương khi điều trị	0.5	18	12	49	20	2.31
9. Con tôi có thể nhìn thấy tốt trong khi điều trị	3	20	27	41	8	2.70
10. Trẻ phàn nàn về thời gian điều trị	18	30	14	28	9	3.20
11. Mắt của trẻ bị kích thích, đỏ mắt	7	27	16	41	8	2.84
12. Lo lắng rằng trẻ chưa được điều trị đầy đủ	6	14	23	46	20	2.40
13. Trẻ có biểu hiện vụng về trong quá trình điều trị	4	26	18	42	10	2.71
14. Những đứa trẻ khác nhìn chằm chằm vào trẻ	15	49	17	17	3	3.56
15. Điều trị giúp cải thiện thị lực của trẻ	1	0.5	5	52	42	1.68
16. Điều trị làm trẻ gặp khó khăn khi chơi	1	6	14	59	20	2.10
17. Đôi khi quên áp dụng điều trị đối với trẻ	2	22	6	36	33	2.24
18. Lo lắng trẻ sẽ cảm thấy khác biệt	8	28	19	33	12	2.87
Nhóm tra Atropin (n=178)						
1. Trẻ dường như không quan tâm đến việc điều trị	8	10	7	38	38	2.13
2. Lo lắng trẻ có thể bỏ lỡ các hoạt động vui chơi	1	10	7	43	39	1.90



3. Điều trị ảnh hưởng đến việc học của trẻ	2	11	18	39	31	2.14
4. Điều trị làm trẻ gặp khó khăn khi chơi	3	7	8	48	34	1.97
5. Khó khăn với việc điều trị cho trẻ	4	9	6	39	42	1.93
6. Điều trị là một nguồn gây căng thẳng cho tôi	2	4	6	41	47	1.73
a. với trẻ						
b. với các thành viên khác trong gia đình		2	2	35	52	1.49
c. với người trông trẻ hoặc giáo viên		0.6	1	34	43	1.48
7. Khó khăn đối với trẻ trong việc vẽ, tô màu hoặc viết	2	12	11	42	34	2.07
8. Lo lắng trẻ sẽ bị thương khi điều trị	2	12	11	40	35	2.04
9. Con tôi có thể nhìn thấy tốt trong khi điều trị	3	24	28	35	10	2.76
10. Trẻ phàn nàn về thời gian điều trị	7	21	11	33	28	2.46
11. Mắt của trẻ bị kích thích, đỏ mắt	0.6	6	7	45	42	1.78
12. Lo lắng rằng trẻ chưa được điều trị đầy đủ	0.6	3	8	44	45	1.70
13. Trẻ vựng về trong quá trình điều trị	0.6	19	10	41	29	2.20
14. Những đứa trẻ khác nhìn chằm chằm vào trẻ	1	6	6	41	46	1.76
15. Điều trị giúp cải thiện thị lực của trẻ		2	16	48	34	1.86

16. Điều trị làm trẻ gặp khó khăn khi chơi	0.6	3	13	43	40	1.80
17. Đôi khi quên áp dụng điều trị đối với trẻ	1	17	7	34	41	2.04
18. Lo lắng trẻ sẽ cảm thấy khác biệt	3	10	7	41	38	1.98

Ngoài ra, độ chính xác thể được đo bằng cách kiểm tra cấu trúc của bảng câu hỏi mới, cụ thể là làm thế nào để các mục riêng trong bảng câu hỏi tương quan với các yếu tố bên dưới. Các yếu tố như vậy ban đầu có thể ghi là “A”, “B”, “C, v.v..., và sau đó, bằng cách kiểm tra cụ thể các mục có liên quan đến từng yếu tố, chúng có thể được mô tả lại dưới dạng chỉ số. Trong các trường hợp cụ thể, các khái niệm liên quan đến việc điều trị, ví dụ, tuân thủ hoặc chấp hành, được sử dụng để đặt tên cho các chỉ số. Với việc xác định theo cách này, độ chính xác cao là kết quả của một cấu trúc đơn giản với các mối tương quan chặt chẽ (ví dụ, ≥ 0.5) giữa các mục riêng lẻ và các yếu tố cơ bản. Độ chính xác là đặc biệt quan trọng, hiếm gặp trong các bảng các câu hỏi trước đây.

Độ tin cậy có thể được xem như khả năng lặp lại của các thuật toán và thường được đo bằng sự tương quan áp dụng phân tích và phân tích lại hoặc bằng thuật toán Cronbach α đơn. Độ tin cậy cao (ví dụ, ≥ 0.8) cho thấy nếu các đối tượng được trả lời bằng câu hỏi vào 2 thời điểm khác nhau (khoảng cách giữa hai thời điểm là gần nhau đủ để quá trình đánh giá không bị thay đổi) sẽ đạt được điểm tương tự.

Các bảng tần số được sử dụng để mô tả sự phân bố của các đáp ứng và để đánh giá liệu các đáp ứng đó có nằm trong giới hạn. Yếu tố phân tích đã được tiến hành bằng cách kết hợp các người bệnh từ cả hai nhóm điều trị. Có 22 bản trả lời thiếu 1 mục vẫn được chấp nhận là hoàn thành toàn bộ tính theo trung bình toàn bộ các câu hỏi. Câu hỏi 6b và 6c không áp dụng cho tất cả những người trả lời và không đưa vào phân tích, còn lại 18 mục được đưa vào phân tích. Bất kỳ yếu tố nào có giá trị riêng (số lượng kết hợp của biến số lớn hơn 1 được giữ lại để phân tích). Các dữ liệu được nhập vào, ước tính mối tương quan giữa tiểu mục và thành phần bên dưới, được làm tròn đến 0,5 trở lên được lưu ý xem xét. Để đơn giản hóa cấu trúc, các hạng mục mà (1) không nhập bất kỳ dữ liệu nào, (2) được nạp vào trong một vài dữ liệu tương tự, hoặc (3) nhập toàn bộ dữ liệu mà việc xóa bỏ làm mất độ chính xác. Tiểu mục đã được xác định cho mỗi yếu tố bằng cách kiểm tra chủ đề của các mục được nhập nhiều vào yếu tố đó. Giá trị số của mỗi tiểu mục được tính như là giá trị trung bình của các dữ liệu tạo nên tiểu mục đó. Do đó, điểm số của tiểu mục được tính từ 1 đến 5, với giá trị cao tương ứng với mức độ chấp thuận cao

hơn. Độ tin cậy của các tiểu mục được ước tính bởi thuật toán Cronbach- α đơn. Không có sự khác biệt rõ ràng trong việc tạo ra các tiểu mục hoặc độ tin cậy của các tiểu mục khi phân tích phân tầng

theo nhóm điều trị (dữ liệu không được hiển thị). Đối với mỗi bảng trả lời tổng điểm được tính là trung bình của 3 tiểu mục (dựa trên số dữ liệu nằm trong từng tiểu mục).

Bảng 3: Mối tương quan giữa các tiểu mục và các yếu tố từ việc phân tích câu trả lời của 364 người.

Các yếu tố nhập vào cho các mục	Tiểu mục		
	Tác động tiêu cực	Thiếu tuân thủ điều trị	Kì thị xã hội
* Các mục tạo ra sự bất lợi đối với điều trị			
2. Lo lắng trẻ có thể bỏ lỡ các hoạt động vui chơi	0.5	0.1	0.4
3. Điều trị ảnh hưởng đến việc học của trẻ	0.7	0.1	0.0
4. Điều trị làm trẻ gặp khó khăn khi chơi	0.6	0.2	0.4
7. Khó khăn đối với trẻ trong việc vẽ, tô màu hoặc viết	0.7	0.2	0.1
8. Lo lắng trẻ sẽ bị thương khi điều trị	0.5	0.2	0.4
9. Trẻ có thể nhìn thấy tốt trong khi điều trị	0.6	0.2	0.1
13. Trẻ biểu hiện vụng về trong quá trình điều trị	0.6	0.1	0.4
16. Điều trị làm trẻ gặp khó khăn khi chơi	0.6	0.2	0.3
* Các mục tạo nên sự thiếu tuân thủ điều trị			
1. Trẻ dường như không quan tâm đến việc điều trị	0.2	0.8	0.1
5. Khó xử với việc điều trị cho trẻ	0.2	0.7	0.1
6a. Điều trị là một nguồn gây căng thẳng cho tôi với trẻ	0.3	0.7	0.2
10. Trẻ phàn nàn về thời gian điều trị	0.1	0.7	0.3
12. Lo lắng rằng trẻ chưa được điều trị đầy đủ	0.1	0.5	0.3



* Các mục tạo nên sự kì thị xã hội			
11. Mắt của trẻ bị kích thích, đỏ mắt	0.2	0.3	0.5
14. Những đứa trẻ khác nhìn chăm chăm vào trẻ	0.0	0.1	0.8
18. Lo lắng trẻ sẽ cảm thấy khác biệt	0.3	0.2	0.7

Sự khác biệt về điểm số chung và điểm của từng tiểu mục theo bảng câu hỏi ATI giữa hai nhóm được đánh giá độc lập theo t-test. Sự tương tác giữa các yếu tố cơ bản (tuổi, thị lực của mắt nhược thị, nguyên nhân nhược thị và tiền sử điều trị nhược thị) và nhóm điều trị theo bảng câu hỏi ATI đã được đánh giá bằng các thuật ngữ tương tác trong các mô hình hồi quy tuyến tính. Trong mỗi nhóm điều trị, các mối liên quan giữa các yếu tố của người bệnh và tổng điểm theo bảng câu hỏi ATI được đánh giá bằng phương pháp hồi quy tuyến tính với điểm số câu hỏi là biến phụ thuộc và yếu tố người bệnh là biến độc lập (tất cả các yếu tố được phân tích dưới dạng các biến liên tục ngoại trừ điều trị trước đó và nguyên nhân gây nhược thị được phân tích dưới dạng các biến phân loại). Tất cả các giá trị P được báo cáo theo 2 hướng. Các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm thống kê SAS (Phiên bản PC 8.01; SAS Institute Inc, Cary, NC).

KẾT QUẢ

Có 364 (87%) bản trả lời ATI được hoàn thành trong tổng số 419 đối tượng tham gia nghiên cứu điều trị nhược thị: trong đó có 186/215 (87%) nhóm điều trị bằng bịt mắt và 178/204 (87%) nhóm điều trị bằng atropin. 11 trẻ không đến khám vào tuần thứ 5 khi bảng câu hỏi ATI cần được hoàn thành, 4 trẻ không đi cùng với cha mẹ hoặc người giám hộ và

12 trẻ điều trị tại cơ sở không trực thuộc viện nghiên cứu sức khỏe quốc gia cũng không được tham gia vào nghiên cứu này. Trong số 28 bảng trả lời khác chưa được hoàn thành có 5 trẻ không được điều tra viên phát bảng câu hỏi, 13 trẻ đã được phát phiếu điều tra nhưng không đến khám lại và 10 gia đình có lý do không hoàn thành bảng câu hỏi cũng không được đưa vào nghiên cứu. Sự khác biệt không có ý nghĩa về nhân khẩu học và đặc điểm lâm sàng của 55 đối tượng mà không hoàn thành 1 trong số các bảng câu hỏi với 364 người bệnh hoàn thành bảng câu hỏi.

Trong nhóm 364 trẻ đã được hoàn thành bảng câu hỏi có độ tuổi trung bình là 5,2; 46% là nữ. 94 trẻ (26%) đã được điều trị nhược thị trước đó, hầu hết là bịt mắt (86 trẻ chiếm 91%). Mức độ thị lực trung bình cơ bản đối với mắt nhược thị khoảng 20/60. Những đặc điểm này tương tự với những báo cáo cho nghiên cứu thuần tập (N=419).

Có 281 trẻ có mẹ trả lời các câu hỏi (77%) và 69 trẻ là bố trả lời (19%), và 14 trẻ (4%) có những người khác trả lời câu hỏi. 50% câu trả lời chỉ ra rằng họ là cá nhân đã chịu trách nhiệm cho toàn bộ thời gian điều trị và thêm 32% cho biết họ chịu trách nhiệm hầu hết thời gian.

ĐỘ CHÍNH XÁC VÀ ĐỘ TIN CẬY CỦA BẢNG CÂU HỎI ATI

Gần như toàn bộ các mục trong bảng câu hỏi đều được trả lời. Chỉ có 22/6552 (1%) mục bị trả lời thiếu và bị bỏ sót bởi 22 đối tượng khác nhau. 17 trong số 18 mục trả lời có sự phân bố tần suất thể hiện sự biến thiên tương xứng (bảng 2). Một mục (câu hỏi số 15: Tôi tin rằng việc điều trị nhược thị sẽ cải thiện thị lực cho con tôi) đã được giới hạn trong phạm vi đáp ứng với 94% phản hồi ở trong nhóm đồng ý hoặc hoàn toàn đồng ý.

Trong một yếu tố phân tích, 16 trong số 18 mục có mối tương quan mạnh mẽ (≥ 0.5) với 1 trong 3 yếu tố cơ bản có giá trị riêng lớn hơn 1 (bảng 3). Việc kiểm tra thị giác với các điểm nhỏ cũng là gợi ý giải pháp cho 3 yếu tố cơ bản. 3 yếu tố vẫn còn tồn tại sau một quá trình tác động loại bỏ các mục mà không có ý nghĩa dung nạp mạnh trong bất kỳ yếu tố nào (mục 15 và 17). 3 yếu tố này sau đó được định nghĩa như là tiểu mục trên cơ sở các mục có liên quan chặt chẽ với từng yếu tố: (1) ảnh hưởng tiêu cực của điều trị (8 mục), (2) khó khăn trong việc tuân thủ (5 mục) và (3) kì thị của xã hội với việc điều trị (3 mục). Độ tin cậy nhất quán bên trong của 8 mục về

ảnh hưởng tiêu cực là 0.86; 5 mục về khó khăn trong việc tuân thủ là 0.86 và 3 mục về sự kì thị của xã hội là 0.75. Độ tin cậy nhất quán bên trong đối với thang điểm tổng thể 16 mục là 0.89.

SO SÁNH GIỮA CÁC NHÓM ĐIỀU TRỊ

Bảng 2 mô tả sự phân bố các câu trả lời cho mỗi mục trong bảng câu hỏi ATI. Tổng điểm quy mô của nhóm bị mất là 2.52 và trong nhóm sử dụng atropine là 2.02 cho thấy cả hai phương pháp đều được dung nạp tốt trên thang điểm Likert 5 (nhóm sử dụng atropin được dung nạp tốt hơn với $p < 0.01$). Điểm số của các câu trả lời cao hơn một cách có hệ thống (khó chấp nhận điều trị hơn) trên cả 3 tiểu mục ở nhóm bị mất so với nhóm sử dụng atropin (ảnh hưởng tiêu cực: trung bình 2.35 so với 2.11, $p = 0.02$; khó khăn trong việc tuân thủ: trung bình 2.46 so với 1.99, $p < 0.01$ và kì thị xã hội: trung bình 3.09 so với 1.84, $p < 0.01$) (bảng 4). Sự tương tác không có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố cơ bản và nhóm điều trị trên tổng điểm. (Giá trị p tương tác = 0.56 với độ tuổi, 0.36 với thị lực ban đầu của mắt nhược thị, 0.82 cho nguyên nhân của nhược thị và 0.20 cho tiền sử điều trị nhược thị).

Bảng 4: Các chỉ số điều trị nhược thị theo các nhóm điều trị

Điểm trung bình	Nhóm bị mất (n=186)	Nhóm dùng atropin (n=178)	Giá trị p
Tổng thể			
1 (hoàn toàn đồng ý)	0	3 (2)	
> 1-2	36 (19)	91 (51)	
>2-3	116 (62)	72 (40)	
>3-4	29 (16)	12 (7)	
>4-5	5 (3)	0	< 0.01
Trung bình (SD)	2.52 (0.63)	2.02 (0.63)	
Sự khác biệt (95%CI)	0.50	0.50	
Trung vị (phạm vi liên quan)	2.47 (2.13, 2.87)	2.00 (1.50, 2.44)	

Ảnh hưởng tiêu cực của điều trị			
1 (hoàn toàn đồng ý)	3 (2)	10 (6)	< 0.02
> 1-2	63 (64)	85 (48)	
>2-3	95 (51)	64 (36)	
>3-4	21 (11)	18 (10)	
>4-5	4 (2)	1 (0.6)	
Trung bình (SD)	2.35 (0.69)	2.11 (0.72)	
Sự khác biệt (95%CI)	0.23	0.23	
Trung vị (phạm vi liên quan)	2.25 (1.88, 2.75)	2.00 (1.50, 2.63)	
Thiếu tuân thủ điều trị			
1 (hoàn toàn đồng ý)	5 (3)	29 (16)	< 0.01
> 1-2	75 (40)	86 (48)	
>2-3	63 (34)	42 (24)	
>3-4	28 (15)	17 (10)	
>4-5	15 (8)	4 (2)	
Trung bình (SD)	2.46 (0.96)	1.99 (0.83)	
Sự khác biệt (95%CI)	0.47	0.47	
Trung vị (phạm vi liên quan)	2.20 (1.80, 3.00)	1.80 (1.40, 2.60)	
Kì thị xã hội			
1 (hoàn toàn đồng ý)	4 (2)	50 (28)	< 0.01
> 1-2	23 (12)	83 (47)	
>2-3	69 (37)	32 (18)	
>3-4	73 (39)	12 (7)	
>4-5	17 (9)	1 (0.6)	
Trung bình (SD)	3.09 (0.81)	1.84 (0.74)	
Sự khác biệt (95%CI)	1.25	1.25	
Trung vị (phạm vi liên quan)	3.00 (2.67, 3.67)	2.00 (1.00, 2.33)	

MỐI LIÊN QUAN GIỮA YẾU TỐNGƯỜI BỆNH VÀ CÁC CÂU TRẢ LỜI CHO BẢNG CÂU HỎI ATI

Trong mỗi nhóm điều trị, mối liên quan giữa các yếu tố cơ sở với câu trả lời của bảng câu hỏi cũng được đánh giá. Trong mỗi nhóm điều trị, không có sự liên quan có ý nghĩa giữa tổng số điểm và độ tuổi, thị lực ban đầu của mắt nhược thị và nguyên nhân gây nhược thị (bảng 5). Trong nhóm điều trị bằng atropin, những trẻ đã có tiền sử điều trị nhược thị (hầu hết thường bị mắt trước

đó) có điểm số cao hơn (chấp nhận kém hơn) so với những trẻ chưa được điều trị trước đó ($p=0.01$). Về việc đánh giá điểm của các tiêu mục giữa những trẻ có hoặc không có tiền sử điều trị, mối liên quan này được xem là nguyên nhân chủ yếu bởi sự khác biệt điểm số trên bảng đánh giá các ảnh hưởng tiêu cực. Mối liên quan giữa tiền sử đã từng điều trị nhược thị với điểm câu hỏi ATI không được tìm thấy trong nhóm bị mất ($p=0.53$).

Những trẻ được chỉ định bị mắt trên

10 giờ/ngày có tổng điểm trả lời bảng ATI tương tự so với những người có chỉ định bịt mắt - 8 giờ/ngày (điểm trung bình 2.62 và 2.49, tương ứng $p=0.15$). Trong phân tích điểm số của các tiêu mục, tiêu mục kì thị xã hội có số điểm

cả hơn nhưng không xảy ra trên 2 tiêu mục còn lại đối với những trẻ được chỉ định bịt mắt với thời gian gần toàn bộ (điểm trung bình 3.25 và 3.04, tương ứng $p=0.03$).

Bảng 5: Mối liên quan giữa yếu tố người bệnh và tổng điểm các câu hỏi về các chỉ số điều trị nhược thị

Yếu tố	Nhóm bịt mắt			Nhóm sử dụng atropin		
	Số trẻ	Tổng điểm	Giá trị p	Số trẻ	Tổng điểm	Giá trị p
Tuổi (năm)						
<4	33	2.33	0.18	30	1.96	0.67
4 - <5	37	2.51		36	2.00	
5 - <6	56	2.63		65	2.05	
6 - <7	60	2.53		47	2.04	
Thị lực ban đầu của mắt nhược thị						
20/40	18	2.47	0.75	23	1.84	0.15
20/50	41	2.55		35	1.94	
20/60	47	2.50		28	2.19	
20/80	37	2.46		50	1.98	
20/100	43	2.58		41	2.11	
Nguyên nhân gây nhược thị						
Lác	72	2.53	0.66	69	2.07	0.35
Lệch khúc xạ	75	2.48		66	1.93	
Lác và lệch khúc xạ	39	2.59		39	2.06	
Tiền sử điều trị nhược thị						
Có	44	2.57	0.53	50	2.21	0.01
Không	142	2.50		128	1.95	
Cải thiện thị lực sau 5 tuần điều trị nhược thị, số dòng						
< 2	49	2.74	0.09	88	2.05	0.50
2	62	2.45		57	1.96	
≥ 3	75	2.44		33	2.04	

BÀN LUẬN

Trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng giữa bịt mắt và sử dụng atropin để điều trị nhược thị ở mức độ trung bình, chúng tôi đã sử dụng bảng câu hỏi ATI để đánh giá ảnh hưởng của việc điều trị đối với trẻ và gia đình. Ở cả hai nhóm, kết quả ATI chỉ ra rằng trong tháng đầu tiên của quá trình điều trị, cả hai phương pháp điều trị thường được chấp nhận tốt bởi cả trẻ và gia đình. Về mặt tổng thể atropin là cách điều trị được chấp nhận tốt hơn so với bịt mắt và trên 3 tiêu mục của bảng câu hỏi ATI về ảnh hưởng tiêu cực, sự tuân thủ điều trị và sự kì thị xã hội. Tuy nhiên, sự khác biệt tuyệt đối giữa điều trị bằng atropin và bịt mắt là rất nhỏ (khoảng một nửa của đơn vị trên thang điểm từ 1 đến 5).

Mặc dù các câu hỏi, ví dụ chỉ số áp lực của cha mẹ đã được phát triển để đánh giá chất lượng cuộc sống của trẻ và gia đình họ trong những điều kiện sống khác nhau, vẫn thiếu số liệu công bố về chất lượng cuộc sống trong suốt thời gian điều trị nhược thị và ảnh hưởng của việc điều trị đối với trẻ và gia đình. Theo Searle và cộng sự đánh giá tác động tâm lý xã hội của việc bịt mắt đối với cha mẹ trong một nghiên cứu 20 gia đình có con từ 2-7 tuổi được chỉ định bịt mắt từ 2 - 7 giờ/ngày. Các tác giả đã chỉ ra rằng rất nhiều cha mẹ gặp khó khăn trong việc bịt mắt cho con. Tuy nhiên, không đo lường được chính xác và cũng không có phản hồi của cha mẹ về mức độ căng thẳng hoặc áp lực của họ. Do vậy, không có ý nghĩa khi so sánh với kết quả của chúng tôi. Newsham đã sử dụng các câu hỏi với phụ huynh để đánh

giá lý do không tuân thủ ở 31 trẻ có độ tuổi từ 2 -7 tuổi ít tuân thủ bịt mắt. Ông đã nói rằng hầu hết lý do không tuân thủ ở 45% trường hợp là quyết định trì hoãn việc điều trị của cha mẹ cho đến khi đứa trẻ lớn hơn và hợp tác hơn.

Những nghiên cứu không có nhóm chứng trước đây đã cho thấy mức độ chấp nhận tốt ở cả trẻ và gia đình nằm trong nhóm sử dụng atropin. So sánh việc điều trị bằng bịt mắt với điều trị bằng atropin trong một nghiên cứu hồi cứu 36 trẻ có độ tuổi từ 2 - 9 tuổi, Foley-Nolan đã báo cáo rằng việc chấp nhận và tuân thủ tốt hơn khi sử dụng atropin. Dữ liệu từ thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên của chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi ATI cũng phát hiện ra mức độ chấp nhận khi sử dụng atropin là cao hơn, cung cấp ít nhất là một lý do để sử dụng atropin thay cho bịt mắt. Mặc dù chúng tôi thấy rằng bịt mắt có liên quan với điểm số ATI thấp hơn so với dùng atropin, kết quả chỉ ra rằng bịt mắt thường được dung nạp tốt và điểm số của nhóm bịt mắt tốt hơn so với dự đoán có thể có dựa trên kinh nghiệm lâm sàng của chúng tôi.

Độ tuổi của người bệnh, mức độ nhược thị và nguyên nhân gây nhược thị ít có mối liên quan với tổng điểm ATI. Trong nhóm bịt mắt, điểm số là tương tự với những trẻ đã được điều trị trước đó và những trẻ chưa từng điều trị. Trong nhóm dùng atropine, những trẻ được điều trị trước đó (chủ yếu là điều trị bằng bịt mắt) có số điểm cao hơn (tệ hơn) so với những trẻ được điều trị lần đầu tiên. Tuy nhiên, trẻ em đã được điều trị trước đó trong nhóm atropine vẫn có điểm thấp hơn (tốt hơn) so với những trẻ đã được điều trị trước đó trong nhóm bịt

mắt. Trong đánh giá thống kê đa biến, chúng tôi cho rằng có mối liên quan chặt chẽ hơn giữa việc được điều trị trước đó với bảng câu hỏi ATI trong nhóm điều trị bằng atropin.

Chúng tôi tin rằng kết quả của chúng tôi không phải là ngẫu nhiên bởi kiến thức đáp ứng điều trị vì bảng câu hỏi ATI được hoàn thành trước khi kiểm tra thị lực tại lần khám lại đầu tiên chúng tôi. Nếu kết quả thị lực được biết hoặc dự đoán bởi cha mẹ, điều này có thể lệch về nhóm bịt mắt vì như chúng tôi đã báo cáo, sau 5 tuần điều trị có sự cải thiện rõ hơn về thị lực trong nhóm bịt mắt so với nhóm dùng atropin. Kể từ khi bảng câu hỏi ATI đã hoàn thành sau 5 tuần, chúng tôi không biết liệu sự chấp thuận dùng atropin so với bịt mắt có duy trì tiếp trong các tháng điều trị tiếp đó.

Về độ chính xác và độ tin cậy của bảng câu hỏi ATI, dữ liệu hiện tại của chúng tôi thu được từ 364 trẻ tham gia nghiên cứu ngẫu nhiên điều trị nhược thị (ATS1), xác nhận những dữ liệu phát hiện thu được từ 64 trẻ đầu tiên. Chúng tôi đã tìm thấy 3 yếu tố có thể thích hợp để coi như là tiêu mục có thể gọi tên là (1) ảnh hưởng tiêu cực, (2) sự không tuân thủ điều trị và (3) sự kì thị xã hội. Tăng cỡ mẫu trong nghiên cứu này dẫn đến việc tìm và có thêm các câu hỏi cho bảng ATI với mỗi tiêu mục, chẳng hạn như 16/18 mục có thể sử dụng trong tiêu mục, trong đó có 11 mục được giữ nguyên từ trong báo cáo ban đầu. Trong nghiên cứu ngẫu nhiên ban đầu, chúng tôi nhận thấy rằng tiêu mục “sự kì thị xã hội” thu được hơi yếu bởi nó chỉ dựa

trên 2 mục. Tăng cỡ mẫu cho phân tích hiện tại đã xác định mục câu hỏi thứ 3 được thêm vào mà yếu tố này có khả năng tăng cường sự ổn định trong đánh giá sự kì thị của xã hội.

Tóm lại, bảng câu hỏi ATI được phát triển đặc biệt để sử dụng trong nhóm tuổi từ 3 - 6 tuổi và kết quả của chúng tôi không nên được áp dụng cho trẻ lớn hơn hoặc nhỏ hơn. Trẻ được thử nghiệm ngẫu nhiên không có nhóm chứng có mức độ nhược thị trung bình và kết quả có thể khác với nhược thị nặng (chúng tôi đang sử dụng bảng câu hỏi ATI để đánh giá chất lượng cuộc sống với trẻ nhược thị nặng được điều trị bằng bịt mắt). Số lượng người bệnh của chúng tôi đa phần là da trắng và các trẻ em ở các chủng tộc khác nhau có thể có các đáp ứng khác nhau với bịt mắt và điều trị bằng atropin. Cũng như bất cứ thử nghiệm lâm sàng nào, người bệnh (cha mẹ) đồng ý có thể có sự khác biệt so với toàn cộng đồng theo những cách riêng có thể ảnh hưởng đến kết quả.

KẾT LUẬN

Chúng tôi đã sử dụng bảng câu hỏi ATI để đo lường tác động của việc bịt mắt và điều trị bằng atropin trong cuộc sống trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng để điều trị nhược thị. Nhìn chung, điều trị bằng atropin được dung nạp tốt hơn so với bịt mắt. Tuy nhiên, điểm số cho cả điều trị bằng atropin và bịt mắt trên cả hai nhóm đều tích cực và chứng minh sự chấp nhận tốt cả hai cách điều trị đối với trẻ em và cha mẹ chúng.