



BAN BIÊN TẬP:

Trưởng ban biên tập:

CHỊU TRÁCH NHIỆM XUẤT BẢN:

PGS. TS. BSCC. TRẦN AN

Phó trưởng ban biên tập:

TS. BS. NGUYỄN XUÂN HIỆP

THS. ĐD. LÊ HOÀNG YẾN

Ủy viên:

TS. BS. BÙI THỊ VÂN ANH

TS. BS. NGUYỄN XUÂN TỊNH

TŞ. BS. TRẦN KHÁNH SÂM

TS. BS. THẨM TRƯỞNG KHÁNH VÂN

ThS. BS. ĐẶNG TRẦN ĐẠT

CN. ĐD. PHẠM THỊ KIM ĐỨC

CN. ĐD. VŨ THỊ HỒNG HẠNH

ĐD. ĐỖ THỊ HỒNG THU

BAN THƯ KÝ:

ThS. ĐD. LÊ HOÀNG YẾN

Trưởng ban

CN. NGUYỄN HỒNG HẠNH

CN. NGUYỄN THỊ KIM LINH

Phó trưởng ban

THIẾT KẾ:

ThS. Họa sĩ VŨ LONG

TRỤ SỞ BAN BIÊN TẬP:

Phòng Điều Dưỡng,

Bệnh viện Mắt Trung ương

85 Bà Triệu, Hà Nội

Email: dsddnhankhoa@gmail.com

Điện thoại: 047.39446630

Fax: 04.39454956

GPXB số 78/GP-XBĐS cấp ngày 04/7/2013

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: 04.66757385

MỤC LỤC

Trang

CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- Sự phối hợp của người bệnh khi đo thị trường bằng thị trường kế Humphey 2

Lê Thanh Thảo

Phạm Thị Kim Thanh

THÔNG TIN HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN

- Những điều cần biết về chăm sóc mắt sau phẫu thuật glôcôm 11

Trịnh Thị Liên

- Điều trị u mi mắt lành tính 13

Phó Anh Phương

- Thái Lan, những trải nghiệm đáng nhớ 17

Đỗ Thị Thảo

- Tư vấn về bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch 19

Từ Thu Thủy

Hoàng Mai Dung

- Phòng chờ mổ gây mê Bệnh viện Mắt TW - Hiệu quả từ sự thay đổi 21

Nguyễn Thị Minh Nguyệt

- Một vài suy nghĩ nhân chuyến đi công tác từ thiện tại quê tôi 23

Trần Thúy Ngọc

- Hội nghị Khoa học Điều dưỡng Bệnh viện Mắt TW 25

Vũ Hòa Long

BÀI DỊCH VỀ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

- Chăm sóc mắt cho bệnh nhân hồi sức tích cực 28

An Thị Thanh Vân





LỜI MỞ ĐẦU

Nhân dịp kỷ niệm 97 năm thành lập (1917) và 57 năm Bệnh viện Mắt TW phục vụ chính quyền Cách mạng (1957), Ban Biên tập trân trọng giới thiệu tới Quý độc giả cuốn **“Đặc san thông tin điều dưỡng Nhân khoa”** số ra đặc biệt chào mừng ngày thành lập Bệnh viện. Xuất bản **Đặc san thông tin điều dưỡng Nhân khoa** số 3 vào dịp này là một đóng góp cụ thể, thiết thực góp phần chào mừng ngày thành lập Bệnh viện.

Được sự quan tâm lãnh đạo của Đảng, Nhà nước, Bộ Y tế, Bệnh viện Mắt TW đã không ngừng lớn mạnh, phát huy và kế thừa truyền thống đoàn kết, sáng tạo, năng động trong công cuộc đổi mới đất nước, nhiều thành tựu khoa học kỹ thuật của Nhân khoa thế giới được ứng dụng thành công, nhiều công trình nghiên cứu khoa học được thực hiện, nhiều trang thiết bị hiện đại được đầu tư, kỹ thuật mới được ứng dụng phục vụ khám, chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, đưa sự nghiệp vì sức khoẻ nhân dân lên tầm cao mới. Hình ảnh người thầy thuốc Nhân khoa đã để lại ấn tượng sâu sắc trong mọi tầng lớp nhân dân trong cả nước thông qua cử chỉ ân cần, tận tình khám, chữa bệnh cho nhân dân, không ngừng rèn luyện phẩm chất cách mạng, phẩm chất của người thầy thuốc.

Hy vọng cuốn **“Đặc san thông tin điều dưỡng Nhân khoa”** phần nào đáp ứng được nhu cầu về chia sẻ thông tin của điều dưỡng Bệnh viện Mắt TW nói riêng, điều dưỡng ngành Nhân khoa nói chung. Ban Biên tập xin biểu dương và cảm ơn sự cố gắng của các tác giả, các phòng, ban, khoa, phòng đã tạo điều kiện thuận lợi cho sự ra đời của cuốn sách này. Tuy nhiên chắc chắn sẽ còn nhiều hạn chế và thiếu sót, kính mong quý đồng nghiệp tiếp tục góp ý để cuốn Đặc san thông tin điều dưỡng Nhân khoa có thể đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu của bạn đọc.

Trân trọng cảm ơn.

**TM. BAN BIÊN TẬP
TRƯỞNG BAN**

**PGS.TS. TRẦN AN
PHÓ GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN**

SỰ PHỐI HỢP CỦA NGƯỜI BỆNH KHI ĐO THỊ TRƯỜNG BẰNG THỊ TRƯỜNG KẾ HUMPHREY

Phạm Thị Kim Thanh, Lê Thanh Thảo (*)

TÓM TẮT

Mục tiêu:

1. Nhận xét sự phối hợp của người bệnh khi đo thị trường kế Humphrey theo mức độ chính xác của thị trường trong nhóm người bệnh nghiên cứu.

2. Tìm hiểu về một số yếu tố liên quan đến sự phối hợp của người bệnh khi đo thị trường kế Humphrey.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Khám nghiệm thị trường cho 63 mắt của 33 người bệnh đến khám và điều trị tại khoa Glôcôm, Bệnh viện Mắt Trung Ương được chẩn đoán nghi ngờ glôcôm góc mở và hoặc glôcôm góc mở giai đoạn sớm tuổi 15 đến 60, có thị lực tốt trên 20/200.

Kết quả: Trong số 63 mắt có 30 người bệnh được làm thị trường 2 mắt và có 3 người bệnh chỉ làm thị trường được 1 mắt còn mắt bên kia đã bị mù. Người bệnh chỉ cần làm thị trường 1 lần chiếm 57,6%. Có 42,4% người bệnh bị mất định thị trung tâm từ 1% đến $\leq 20\%$. 36,4% người bệnh có lỗi âm tính giả từ 1% đến $\leq 20\%$. 54,55% người bệnh có lỗi dương tính giả từ 1% đến $\leq 20\%$. Tổng sai số thị trường có 6,1% sai số $>20\%$, 75,7% sai số từ 1% đến 20% và 18,2% không có sai số. Nhóm tuổi cao

(46-60 tuổi) có số lần làm lại thị trường, mất định thị, lỗi dương tính giả cao hơn so với nhóm tuổi trẻ hơn. Trình độ học vấn của người bệnh càng cao thì tỷ lệ sai số càng ít: đặc biệt tỷ lệ làm lại thị trường, mất định thị, lỗi dương tính giả thấp hơn nhiều so với nhóm có học vấn thấp hơn. Nông dân là nhóm có sai số nhiều nhất khi làm thị trường, trong các chỉ số nhóm này đều sai số cao nhất so với các nghề khác. Trí thức là nghề có ít sai số nhất trong kết quả làm thị trường. Thị lực từ 20/200 trở lên, thời gian làm thị trường và ít ảnh hưởng tới kết quả làm thị trường

Kết luận: Đo thị trường là một kỹ thuật quan trọng để chẩn đoán và theo dõi bệnh glôcôm. Sự phối hợp của người bệnh phụ thuộc vào một số yếu tố liên quan như trình độ học vấn, tuổi tác và nghề nghiệp của người bệnh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chẩn đoán sớm bệnh glôcôm là một khâu quan trọng góp phần phòng tránh mù lòa do bệnh này gây ra. Trong đó tổn thương thị trường đặc hiệu glôcôm là một trong ba dấu hiệu quan trọng, ngoài việc giúp xác định chẩn đoán, nó còn giúp theo dõi, đánh giá sự tiến triển và đề ra hướng xử trí của bệnh. Thị trường kế Humphrey là

* Khoa Glôcôm



một loại thị trường có khả năng khám sàng lọc nhanh, thời gian của mỗi lần làm khám nghiệm ngắn, đặc biệt là có khả năng phát hiện sớm tổn thương thị trường và theo dõi tiến triển của bệnh glôcôm. Tuy nhiên kết quả thị trường có thể bị sai lệch khi không có sự hợp tác tốt của người bệnh. Vì vậy việc giúp đỡ người bệnh hiểu rõ tầm quan trọng cũng như cách thức làm thị trường là một việc làm cần thiết nhằm rút ngắn thời gian làm xét nghiệm cũng như để có được kết quả thị trường chính xác nhất. Mục tiêu:

1. Nhận xét sự phối hợp của người bệnh khi đo thị trường kế Humphey theo mức độ chính xác của thị trường trong nhóm người bệnh nghiên cứu.

2. Tìm hiểu về một số yếu tố liên quan đến sự phối hợp của người bệnh khi đo thị trường kế Humprey.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10 năm 2011 đến tháng 02 năm 2012 tại khoa Glôcôm, Bệnh viện Mắt Trung Ương .

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh nghi ngờ glôcôm góc mở và glôcôm góc mở giai đoạn sớm, tuổi từ 15 đến 60, thị lực tốt (không kính trên 20/200)

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không có giao tiếp tốt, sức khỏe không tốt, có bệnh lý toàn thân.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang

+ **Cỡ mẫu:** Vận dụng công thức tính cỡ mẫu để xác định tỷ lệ như sau:

$$n = Z^2_{\left(1 - \frac{\alpha}{2}\right)} \frac{p \cdot q}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

Giả định:

- Sai số $\alpha = 5\%$, tra bảng Z ta được $Z^2 = 1,96$.

- $p = 0,88$ là tỷ lệ người bệnh phối hợp tốt.

- $q = 1 - p = 0,12$ là tỷ lệ người bệnh phối hợp kém. Kết quả thị trường không đáng tin cậy.

- $e = 0,13$ độ sai lệch.

Với các hệ số đã giả định áp dụng công thức trên được tính ra được số đối tượng nghiên cứu tối thiểu là:

$$n = (1,96)^2 \times \frac{0,85 \times 0,15}{(0,13 \times 0,85)^2} \cong 30 \text{ người bệnh}$$

+ Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Ghi chép lại các thông tin bệnh án: Thị lực, tật khúc xạ, nhãn áp, chẩn đoán bệnh chính và bệnh phụ.

- Hỏi bệnh:

+ Bệnh sử toàn thân, bệnh sử về mắt.

+ Trình độ văn hóa (học vấn, nghề nghiệp).

- Giải thích cho người bệnh về cách làm thị trường

- Hướng dẫn các thao tác tiến hành trên máy (Có thể giải thích lại cách làm và hện làm lại lần sau).

2.4. Ghi nhận kết quả:

Tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ văn hóa, thị lực. Số lần làm thị trường. Tỷ lệ sai số (định thị, dương tính giả, âm tính giả).

2.5. Cách đánh giá kết quả.

- Đánh giá tuổi chia làm 3 nhóm: cách nhau 15 tuổi.

- Đánh giá trình độ học vấn: tiểu học + PTCS, PTTH, Đại học trở lên.

- Đánh giá nghề nghiệp: nông dân, công nhân, nghề tự do, học sinh, trí thức.

- Đánh giá thị lực: từ 20/200 đến 20/70,



từ 20/60 đến 20/40 và trên 20/30.

- Đánh giá sự phối hợp của người bệnh qua các thông số sai số của thị trường

Số lần làm thị trường (1 lần, 2 lần, 3 lần, Mất định thị, Lỗi dương tính giả, Lỗi âm tính giả, Đánh giá thị trường có giá trị chẩn đoán: Chính xác tuyệt đối, tổng sai số (của mất định thị + dương tính giả + âm tính giả). Được chia làm 4 mức.

Tổng sai số là 0%: Thị trường chính xác tuyệt đối.

Tổng sai số $1\% \leq 10\%$: Thị trường có thể chấp nhận.

Tổng sai số $10\% \leq 20\%$: Thị trường có thể chấp nhận.

Tổng sai số $> 20\%$: Thị trường không chính xác cần làm lại.

Xử lý số liệu: theo phần mềm SPSS

III. KẾT QUẢ- BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm người bệnh

Tỷ lệ nam nữ là gần như nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa. Các người bệnh trong nhóm nghiên cứu ở các nhóm tuổi không có sự khác biệt nhiều.

Bảng 1. Đặc điểm về trình độ văn hóa

Trình độ học vấn	Nam	Nữ	Tổng
TH+ PTCS(*)	3	5	9 (27,3%)
PTTH	7	9	16 (48,5%)
Đại học trở lên	6	2	8 (24,2%)
Tổng số	16 (48,5%)	17 (51,5%)	33 (100%)

(*)TH +PTCS: Tiểu học+ phổ thông cơ sở, PTTH: Phổ thông trung học

Chủ yếu người bệnh có trình độ phổ thông trung học với 16 người (48,5%). Trình độ đại học trở lên với 8 người bệnh (24,2%), trình độ từ phổ thông trung học trở xuống có 9 mắt (27,3%) (Theo bảng bảng 1)

Bảng 2. Đặc điểm về nghề nghiệp:

Nghề nghiệp	Nam	Nữ	Tổng
Nông dân	2	3	5 (15,2%)
Công nhân	3	2	5 (15,2%)
Học sinh	4	2	6 (18,2%)
Trí thức	3	1	4 (12,1%)
Tự do	4	9	13 (39,3%)
Tổng số	16 (48,5%)	17 (51,5%)	33 (100%)

Trong tổng số 33 người bệnh nghiên cứu đa số người bệnh làm nghề tự do (39,3%). Các nghề như nông dân, công nhân, học sinh, trí thức có số lượng ít hơn và không có sự khác biệt (bảng 2)



Bảng 3: Đặc điểm về thị lực

Thị lực	Số mắt	Tỷ lệ
20/200-20/70	5	15,1%
20/60-20/40	7	21,2%
>20/40	21	63,7%
Tổng số	33	100%

Thị lực của 33 mắt làm trước của 33 người bệnh. Kết quả về tình hình thị lực của các mắt cho thấy có 63,6% số mắt có thị lực trên 20/40, 15,2% số mắt có thị lực từ 20/100 đến 20/70. 75% số mắt nghiên cứu có thị lực còn rất tốt.

3.2. Sự phối hợp của người bệnh theo mức độ chính xác của thị trường.

a) Số lần làm thị trường: Sau khi tiến hành

nghiên cứu chúng tôi thấy chỉ có 57,6% số người bệnh có thể hợp tác làm thị trường lần 1 đạt kết quả tốt. Có tới gần một nửa số người bệnh phải làm thị trường lần 2 và 3. Chúng tôi cho rằng có thể người bệnh chưa thực sự hiểu rõ cách làm thị trường hoặc do người bệnh quá mệt mỏi nên không thể phối hợp được ngay trong lần đầu tiên.

b) Mức độ sai số của kết quả thị trường

Bảng 4: Tỷ lệ sai số của kết quả thị trường.

MĐSS(*)	Số mắt	Tỷ lệ	
0%	6	18,2%	31 (93,9%)
1-10%	18	54,5%	
>10%-20%	7	21,2%	
> 20%	2	6,1%	
Tổng	33	100%	

(*)MĐSS: Mức độ sai số

Có 2 mắt (6,1%) kết quả thị trường không chính xác (sai số >20%) cần phải làm lại. Có 31 mắt (93,9%) thị trường có thể chấp nhận trong đó có 6 mắt (18,2%) kết quả chính xác tuyệt đối.

Sau khi làm thị trường, hơn một nửa số người bệnh trong nghiên cứu của chúng có sai số ít hoặc nhiều trong kết quả như: mất định thị gặp ở 42,4% các trường hợp; lỗi dương tính giả gặp ở 54,55%; lỗi âm tính giả gặp ở 36,4%. Tổng sai số của kết quả thị trường >20% gặp ở 6,1%, các trường hợp này kết quả không được chấp nhận

nên chúng tôi hẹn người bệnh khám lại vào ngày khác. Chỉ có 18,2% các trường hợp không có sai số trong kết quả. Có 75,7% mặc dù được chấp nhận nhưng vẫn có sai số từ 1% đến 20%. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ gặp sai số trong khi làm thị trường là không nhỏ.

3.3. Các yếu tố liên quan đến sự phối hợp của người bệnh khi đo thị trường

a) Mức độ sai số khi làm thị trường liên quan tới yếu tố tuổi.

Nhóm từ 46 đến 60 tuổi có tỷ lệ chỉ phải

làm 1 lần thị trường chiếm 41,7% trong tổng số người cùng nhóm tuổi. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với 2 nhóm tuổi trẻ ($p < 0.05$)

Bảng 5. Mức độ sai số của kết quả thị trường theo tuổi

MĐSS(*)	15-30	31-45	46-60
0%	2(14,3%)	3(42,9%)	1(8,3%)
1%-10%	8(57,1%)	3(42,9%)	8(66,7%)
>10%-20%	3(21,4%)	1(14,2%)	2(16,7%)
>20%	1(7,2%)	0	1(8,3%)
Tổng số	14(100%)	7(100%)	12(100%)

(*)MĐSS: Mức độ sai số:

Độ chính xác của kết quả thị trường ở nhóm người cao tuổi (46 đến 60 tuổi) thấp hơn đáng kể so với các nhóm có tuổi trẻ hơn ($p < 0.05$). Trong nhóm này chỉ có 8,3% có kết quả tin cậy hoàn toàn, 66,7% các trường hợp có sai số $\leq 10\%$ và 16,7% các trường hợp có sai số 11-20% và 8,3% các trường hợp kết quả sai hoàn toàn phải làm lại. Chúng tôi cho rằng do ở lứa tuổi cao người bệnh thường hay bị giảm chế tiết nước mắt dẫn đến khô mắt vì vậy người bệnh hay bị cay mắt và thường xuyên phải chớp mắt nên dễ bỏ qua các test mà máy đưa ra. Mặt khác do tuổi cao hơn nên khả

năng tập trung cao sẽ gặp khó khăn hơn so với những người tuổi trẻ. Chính vì tỷ lệ sai số ở các chỉ số đều cao nên tổng sai số trên nhóm người bệnh này là 91,7% cao hơn hẳn so với 2 nhóm còn lại. Chúng tôi cho rằng đối với những người bệnh cao tuổi cần hỏi người bệnh có những dấu hiệu đặc biệt tại mắt như cay mắt, dễ chảy nước mắt... Có thể cho người bệnh tra nước mắt nhân tạo trước khi làm thị trường 15 phút để làm giảm cảm giác cay và chảy nước mắt của người bệnh.

b) Mức độ sai số khi làm thị trường liên quan tới yếu tố giới.

Bảng 6: Mức độ sai số của kết quả thị trường theo giới

MĐSS(*)	Nam	Nữ
0%	3(18,8%)	3(17,7%)
1%-10%	8(50%)	10(58,8%)
>10%-20%	4(25%)	3(17,6%)
>20%	1(6,2%)	1(5,9%)
Tổng số	16(100%)	17(100%)

(*)MĐSS: Mức độ sai số

Mức độ sai số của kết quả thị trường không khác biệt giữa 2 giới ($p > 0.05$)

c) Mức độ sai số khi làm thị trường liên quan tới yếu tố học vấn.

Những người bệnh có trình độ học vấn từ đại học trở lên có tới chiếm 75% số người trong cùng nhóm chỉ cần làm thị trường 1 lần tỷ lệ này cao hơn so với các nhóm có



trình độ học vấn thấp hơn ($p < 0.05$)

Bảng 7. Mức độ sai số của kết quả thi trường theo trình độ học vấn

MĐSS(*)	TH+PTCS(*)	PTTH	ĐH+ Sau ĐH
0%	1(11,2%)	3(18,8%)	2(25%)
1%-10%	4(44,4%)	8(50%)	6(75%)
>10%-20%	4(44,4%)	3(18,7%)	0
>20%	0	2(12,5%)	0
Tổng số	9(100%)	16(100%)	8(100%)

(*)*MĐSS: Mức độ sai số, PTCS: phổ thông cơ sở, PTTH: Phổ thông trung học*

Nhóm có trình độ đại học có tỷ lệ làm lại thi trường, mất định thị, lỗi dương tính giả (25%; 37,5%; 37,5%) là ít nhất, sau đó đến nhóm phổ thông trung học (43,75%, 31,25%; 46,3%). Tỷ lệ sai số về số lần làm thi trường, mất định thị, dương tính giả ở 2 nhóm này thấp hơn hẳn so với nhóm có học vấn là tiểu học hoặc trung học cơ sở ($p < 0.05$). Chúng tôi cho rằng những người có học vấn cao có khả năng hiểu rõ cách làm và khả năng tập trung cao nhóm có học vấn thấp. Vì vậy mà tổng sai số trên nhóm đại học và sau đại học là thấp nhất 100% các trường hợp có sai số $\leq 10\%$. Trong đó có 25% các trường hợp không có sai số. Tuy nhiên tỷ lệ lỗi âm tính giả ở các nhóm là như nhau. Chúng tôi cho rằng không có sự khác biệt là vì lỗi âm tính giả

là do người bệnh quá mệt mỏi, hoặc không tập trung tốt mà không liên quan đến trình độ học vấn của người bệnh. Chúng tôi nhận thấy với những người bệnh có trình độ học vấn thấp cần có sự giải thích kỹ càng hơn để bệnh có thể hiểu rõ cách làm thi trường để phối hợp tốt hơn

d) Mức độ sai số khi làm thi trường liên quan tới yếu tố nghề nghiệp.

Nhóm người bệnh là nông dân có số lần làm thi trường 1 lần ít nhất (40%) và có tới 40% các trường hợp phải làm 2 lần và 20% phải làm thi trường 3 lần. Trong khi nhóm người bệnh trí thức có 100% các trường hợp chỉ cần làm thi trường 1 lần. Các nhóm còn lại có tỷ lệ làm thi trường 1 lần, 2 lần, tương đương nhau ($p < 0.05$)

Bảng 8: Số lần làm thi trường theo nghề nghiệp

Số lần	Nông dân	Công nhân	Tự do	HS+SV	Trí thức
1 lần	2(40%)	3(60%)	6(46,15%)	4(66,7%)	4(100%)
2 lần	2(40%)	2(40%)	6(46,15%)	2(33,3%)	0
3 lần	1(20%)	0	1(7,7%)	0	0
Tổng	5(100%)	5(100%)	13(100%)	6(100%)	4(100%)

Bảng 9. Mức độ sai số của kết quả thị trường theo nghề nghiệp

MĐSS(*)	ND	CN	Tự do	HSSV	Trí thức
0%	0	1(25%)	2(15,4%)	1(16,7%)	2(50%)
1%-10%	3(60%)	1(25%)	8(61,5%)	4(66,6%)	2(50%)
>10%-20%	2(40%)	2(50%)	2(15,4%)	1(16,7%)	0
>20%	0	1(25%)	1(7,7%)		0
Tổng số	5(100%)	5(100%)	13(100%)	6(100%)	4(100%)

(*)MĐSS: Mức độ sai số; ND: nông dân; CN: Công nhân, HSSV: Học sinh sinh viên

Mức độ sai số ở nhóm trí thức là thấp nhất chỉ có 50% các trường hợp có sai số $\leq 10\%$ và 50% các trường hợp khác không có sai số. Trong khi nhóm người bệnh là nông dân có tỷ lệ sai số cao nhất 100% sai số từ 1% đến $\leq 20\%$. Chúng tôi cho rằng đó là do người bệnh thuộc nhóm này thường không hiểu chi tiết cách làm nên thường gây lỗi dương tính giả. Nông dân là những người lao động chân tay nên khả năng tập trung cao khó hơn những nhóm nghề còn lại. Mặt khác những người bệnh này thường ở tỉnh xa đến khám sau khi trải qua quãng đường dài đi lại nên người bệnh thường mệt mỏi vì vậy dễ gây mất định thị và mắc lỗi âm tính giả. Ngược lại trong nhóm trí thức có tỷ lệ mắc lỗi dương tính giả thấp nhất có lẽ do người bệnh dễ tiếp thu các hướng dẫn của điều dưỡng nên hợp tác tốt hơn. Mặt khác nhóm người bệnh này có khả năng định thị tốt hơn các nhóm nghề khác. Chúng tôi cho rằng nhóm người bệnh này có khả năng tập trung cao hơn. Kết quả tổng sai số ở nhóm trí thức 100% có sai số $\leq 10\%$. Nhóm học sinh sinh viên có các sai số về mất định thị và lỗi dương tính giả thấp hơn nhóm công nhân và nghề tự do. Chúng tôi cho rằng ở nhóm học sinh sinh

viên khả năng hiểu được cách làm và tập trung tốt hơn so với 2 nhóm nghề kia. Để có sự phối hợp của người bệnh tốt hơn chúng tôi cho rằng cần thiết có những giải thích kỹ hơn đối với những người thuộc nhóm nghề lao động chân tay và có học vấn thấp. Mặt khác nếu thấy người bệnh quá mệt mỏi nên để người bệnh được nghỉ ngơi trước khi làm thị trường hoặc hẹn làm thị trường vào ngày khác nếu điều kiện người bệnh cho phép.

e) *Mức độ sai số khi làm thị trường liên quan tới yếu tố thị lực.*

Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh có thị lực $\geq 20/200$ nên với bán kính 33cm của thị trường kể tất cả người bệnh của chúng tôi đều có khả năng nhìn rõ điểm định thị cũng như các đốm sáng xuất hiện trong khi làm thị trường. Mức độ sai số của thị trường không có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh có thị lực $\geq 20/200$ ($p > 0.05$)

f) *Thời gian liên quan sai số khi làm thị trường*

Chúng tôi có 30 người bệnh được làm thị trường 2 mắt trong đó có 30 mắt làm trước và sau đó tiếp tục đo ngay thị trường ở mắt thứ 2 (30 mắt) chúng tôi không thấy có sự khác biệt.



Bảng 10. Ảnh hưởng thời gian làm thị trường tới mức độ tin cậy của kết quả thị trường

MĐSS (*)	Mắt trước (n=30)	Mắt sau (n=30)
0%	4 (13,3%)	6 (20%)
1%-10%	16 (53,3%)	15 (50%)
>10%-20%	8 (26,7%)	9 (30%)
>20%	2 (6,7%)	0
Tổng số	30 (100%)	30 (100%)

(*)MĐSS: Mức độ sai số

So sánh các sai số về mức độ sai số của thị trường giữa 2 nhóm mắt đo trước và đo sau là không có sự khác biệt thị lực. Vì vậy quy trình làm thị trường cho người bệnh có thể thực hiện luôn 2 mắt mà không cần người bệnh phải có thời gian nghỉ giữa 2 mắt để có thể tiết kiệm được thời gian cho người bệnh và thầy thuốc.

IV. KẾT LUẬN

4.1. Nhận xét về sự phối hợp của người bệnh khi đo thị trường theo mức độ chính xác của thị trường trong nhóm người bệnh nghiên cứu

- 57,6% số người bệnh chỉ cần làm thị trường 1 lần, 42,4% người bệnh phải làm 2 đến 3 lần
- 42,4 người bệnh bị mất định thị trung tâm từ 1% đến ≤ 20%
- 36,4% người bệnh có lỗi âm tính giả từ 1% đến ≤ 20%
- 54,55% người bệnh có lỗi dương tính giả từ 1% đến ≤ 20%
- Tổng sai số thị trường có 6,1% sai số

>20%, 75,7% sai số từ 1% đến 20% và 18,2% không có sai số

4.2. Một số yếu tố liên quan đến sự phối hợp của người bệnh.

Nhóm tuổi cao (46-60 tuổi) có số lần làm lại thị trường, mất định thị, lỗi dương tính giả cao hơn so với nhóm tuổi trẻ hơn.

Sai số của thị trường không liên quan tới giới tính.

Trình độ học vấn của người bệnh càng cao thì tỷ lệ sai số càng ít: đặc biệt tỷ lệ làm lại thị trường, mất định thị, lỗi dương tính giả thấp hơn nhiều so với nhóm có học vấn thấp hơn.

Nông dân là nhóm có sai số nhiều nhất khi làm thị trường, trong các chỉ số nhóm này đều sai số cao nhất so với các nghề khác. Trí thức là nghề có ít sai số nhất trong kết quả làm thị trường.

Thị lực từ 20/200 trở lên ít ảnh hưởng tới sai số kết quả thị trường.

Thời gian làm thị trường ít ảnh hưởng tới sai số kết quả làm thị trường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Dẫn và cộng sự (2004): *Nhãn khoa giản yếu tập II*, nhà xuất bản y học.
2. Đỗ Như Hơn, Nguyễn Chí Dũng (2009): *Báo cáo tổng kết công tác phòng chống*

mù lòa ở Việt Nam năm 2008-2009, Kỷ yếu tóm tắt các công trình nghiên cứu năm 2009.

3. Hội nhãn khoa Mỹ: *Bệnh glôcôm, tập 10*, tài liệu dịch của Nguyễn Đức Anh (1994) từ sách Glaucoma, Basic and



- Clinical Science Course, American Academy of Ophthalmology. (1993-1994), (33-65).
4. **Nguyễn Xuân Nguyên, Tôn Thất Hoạt (1973):** *Nhãn Khoa, Tập 1*, (20-27); *Tập 2* (5-85), NXB Y học.
 5. **Thẩm trường Khánh Vân. (1999):** *Đánh giá tổn thương thị trường trong bệnh Glôcôm bằng thị trường kế Humphrey*. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú.
 6. **Lê Minh Thông, Trần Thị Phương Thu và cộng sự (1997):** *Nhãn khoa cận lâm sàng*, Nhà xuất bản y học-1997.
 7. **Lê Minh Thông, Đinh Hoàng Yến (2008):** *So sánh thị trường kế Humphrey và thị trường kế tần số kép trong chẩn đoán glôcôm*. Kỷ yếu nhãn khoa năm 2009
 8. **Stephene Ganem:** *Bài giảng nhãn khoa lâm sàng*, tài liệu dịch của **Hà Huy Tiến và Nguyễn Đức Anh (1992)**, từ sách Ophthalmologie Clinique, nhà xuất bản Arnet. (58-69,114-134).
 9. **Lê Quang Kính. (2010):** *"Nghiên cứu ứng dụng thị trường kế Humphrey Matrix phát hiện tổn thương thị trường trong bệnh glôcôm góc mở nguyên phát"*. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y khoa.

SUMMARY

ACCESSEMENT THE CO-OPERATION OF PATIENT IN VISUAL FIELD MEASUREMENT BY HUMPHREY MACHINE

Purpose:

Accesement the co-operation of patient while doing visual field by Humphrey machine according to the accuracy of visual field of studied group.

Research some involved factors to the co-operation of patient.

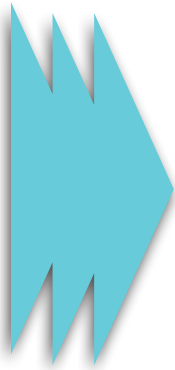
Material and method: *Visual field test is indicated for 63 eyes (33 patients), who are diagnosed and treated in Glaucoma department, VNIO, with the diagnosis of glaucoma suspect or early open angle glaucoma, age ranges between 15-60, visual acuity is better than 20/200.*

Results: *Among 33 patients, there are 30 patients have visual field test of both eyes, the left 3 patients do visual field test one eye because the other eyes were blind. Patients have done VF once is 57,6%. The rate of fixation loss from 1% to <20% occupied 42,2%. 36,4% of patients have false negative from 1% to <20%. The rate of false positive from 1% to < 20% is 54,55%. The visual field error >20% occupies 6,1%, VF error from 1% - 20% is 75,7% and 18,2% have no error. The older age group (46-60 years old) have higher false negative and more time of doing VF. The higher is the educational background, the lower is the error. Especially the rate of revising VF, fixation loss, false positive are much lower in comparison to the low educational background group. Farmer group has the highest rate of error, meanwhile the intelligent has the lowest error while doing VF. With the visual acuity is better than 20/200, the duration of doing VF is less and doesn't have much effect on VF result.*

Conclusion: *Visual field measurement is an important procedure to diagnose and follow up the glaucoma disease. The co-operation of patient depends on some factors: educational background, age, job...*

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ CHĂM SÓC MẮT SAU PHẪU THUẬT GLÔCÔM

Trịnh Thị Liên (*)



Glôcôm là một nhóm bệnh mắt nguy hiểm có nguy cơ gây mù lòa chính ở Việt Nam hiện nay nên cần phải được chẩn đoán và điều trị một cách kịp thời, đúng đắn, tích cực và theo dõi chặt chẽ suốt đời. Tùy theo hình thái bệnh, khả năng đáp ứng của mỗi cá thể, điều kiện kinh tế - xã hội của mỗi người bệnh mà thầy thuốc sẽ lựa chọn những biện pháp điều trị phù hợp như dùng thuốc, laser, phẫu thuật hoặc phối hợp giữa các biện pháp điều trị với nhau.

Ngay sau khi phẫu thuật xong người bệnh nằm tại bệnh viện 5 đến 7 ngày để phát hiện những biến chứng sớm sau mổ;

- Người bệnh được bác sĩ khám lại ngay 1 ngày sau phẫu thuật.
- Trong những ngày nằm viện người bệnh được điều dưỡng thay băng sạch hàng ngày.
- Hướng dẫn người bệnh uống thuốc và tra thuốc cho người bệnh theo chỉ định của Bác sĩ.

Những người bệnh glôcôm được điều trị bằng phẫu thuật khi ra viện cần ghi nhớ những điểm sau đây:

1. Tuân thủ cách dùng thuốc của bác sĩ.

- Thuốc uống: đúng, đủ liều, đúng thời điểm do bác sĩ kê đơn
- Thuốc nhỏ mắt: đúng thuốc, đủ số lần

theo chỉ định (một số loại cần phải tra đúng giờ để đạt kết quả tốt trong điều trị)

2. Khám lại đúng theo lịch hẹn: Việc khám kiểm tra lại mắt là hết sức quan trọng trong quá trình điều trị để đánh giá tình trạng nhãn áp và chức năng thị giác.

- Người bệnh được khám lại 1 ngày sau phẫu thuật để phát hiện những biến chứng sớm.
- Các thời điểm cần khám lại mắt tiếp theo: sau mổ 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng. Trường hợp đặc biệt khám lại theo chỉ định của bác sĩ.
- Khi bệnh ổn định: khám mắt định kỳ 3 đến 6 tháng 1 lần tùy theo mức độ tổn thương chức năng thị giác.
- Khám lại bất kỳ lúc nào nếu có những biểu hiện bất thường về mắt.
- Khi đi khám lại người bệnh phải mang

* Khoa Glôcôm



theo tất cả những giấy tờ, tư liệu về quá trình điều trị như sổ khám, kết quả đo thị trường, OCT, các xét nghiệm cũ và đơn thuốc đang sử dụng.

3. Cách vệ sinh tại mắt

- Rửa mặt và vệ sinh thân thể bằng nguồn nước sạch. Tránh xà phòng và dầu gội đầu rơi vào mắt.
- Rửa tay bằng xà phòng trước khi tra thuốc.
- Khi tra thuốc cần lưu ý đầu lọ thuốc cách mắt người bệnh 3 đến 5cm, một tay kéo mí mắt dưới, tay kia tra 1 đến 2 giọt thuốc vào góc mắt hoặc kết mạc mí dưới mắt.
- Rửa mắt 2 - 3 lần bằng dung dịch nước muối 0,9%. Sử dụng bông sạch lau bờ mí từ trong ra ngoài, từ trung tâm vòng rộng ra xung quanh.
- Mang kính bảo vệ mắt khi ra đường để tránh khói bụi và tránh ánh sáng mạnh tác động đến mắt.
- Không đeo kính áp tròng.
- Không sử dụng trang điểm mắt.

4. Chế độ sinh hoạt và vận động

- Vận động nhẹ nhàng, nghỉ công tác trong tuần đầu sau phẫu thuật.
- Không nên lái xe trong những ngày đầu sau mổ.
- Không nên lao động nặng trong 2 tháng đầu sau phẫu thuật.
- Không ấn, dụi vào mắt. Tránh những va chạm mạnh vào mắt khi sinh hoạt và vui chơi.
- Khi ngủ không gác tay đè lên mắt. Trong tuần đầu nên nằm nghiêng về phía không phẫu thuật.

5. Chế độ dinh dưỡng

- Ăn uống những loại thực phẩm giàu vitamin A, C, E và muối khoáng như gan các loại động vật nhất là gan cá thu, các loại quả có màu đỏ hoặc vàng như cà chua, đu đủ chín, cà rốt, bí đỏ... rất tốt cho mắt.
- Các loại rau có lá màu xanh sẫm chứa rất nhiều dinh dưỡng và chất chống ôxi hóa như rau cải, hoa lơ xanh, rau ngót...
- Không dùng các chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá, các chất cay nóng như ớt, hạt tiêu...

6. Những hoạt động cho phép

Hoạt động hợp lý phù hợp với cơ thể cho bạn.

- Đi bộ vận động nhẹ nhàng sau phẫu thuật.
- Xem tivi hoặc đọc sách sẽ không làm tổn thương đến mắt của bạn (hãy ngừng nếu cảm thấy mệt và mỏi mắt).
- Được phép tắm sau ngày đầu tiên phẫu thuật. Tuy nhiên cần nhẹ nhàng và tránh cúi gập người.
- Duy trì chế độ ăn bình thường (thông báo cho bác sĩ nếu buồn nôn hoặc nôn).

Tuy là một bệnh nguy hiểm có nguy cơ gây mù cao nhưng nếu người bệnh glôcôm và gia đình tuân thủ nghiêm túc chế độ điều trị và theo dõi vẫn có thể chung sống một cách hòa bình với bệnh, duy trì chức năng thị giác đến cuối đời. □

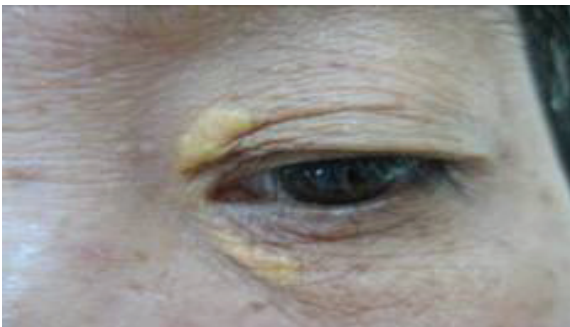
ĐIỀU TRỊ U MẮT LÀNH TÍNH BẰNG LASER CO₂ CHỈ ĐỊNH VÀ CHĂM SÓC

Phó Anh Phương, Phạm Hồng Vân (*)

U mi mắt là một loại tổn thương mi xuất hiện với tỷ lệ ngày càng cao gây ảnh hưởng thẩm mỹ và chức năng. Một số u lành tính có thể chuyển sang ác tính hay u ác tính dễ bị nhầm lẫn. Vì vậy phải hết sức thận trọng khi khám, chẩn đoán và quyết định phương pháp điều trị. Hơn nữa, đây là một phẫu thuật mang tính thẩm mỹ nên công tác tư vấn, hướng dẫn và chăm sóc người bệnh là vô cùng quan trọng, góp phần không nhỏ vào hiệu quả điều trị.

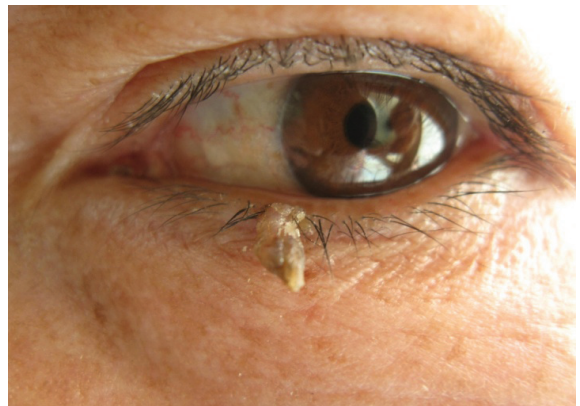
Một số u mi mắt lành tính thường gặp:

Ban vàng ở người lớn tuổi (xanthelasma) là do thâm nhiễm mỡ ở biểu bì. Biểu hiện mảng màu nâu vàng, mềm, bằng phẳng hoặc gồ cao hơn mặt da, thường xuất hiện ở da mi góc trong, có thể ở cả mi trên, mi dưới, gặp ở nữ nhiều hơn nam.



Hình 1: Ban vàng mi mắt

U nhú thường là một khối mới xuất hiện, có nhiều thụ, phát triển lên bề mặt, có nhiều quai mạch, có cuống, có thể ở da mi, bờ mi hay kết mạc, dễ nhầm với ung thư biểu mô kết mạc.



Hình 2: U nhú mi mắt

U ống tuyến mỡ hôi (syringoma) là những nốt mềm, đường kính một vài mm, màu vàng nhạt, gồ cao hơn mặt da, có nhiều ở mi dưới, gặp ở nữ nhiều hơn nam.

Nốt ruồi (nevus) là hiện tượng tăng tế bào sinh sắc tố hay tăng tiết sắc tố, có thể ở da mi hoặc kết mạc. Biểu hiện là những nốt màu hồng hoặc màu đen, mặt nhẵn, gồ cao hơn mặt da, nốt ruồi ở bờ mi có lông mi mọc. Một số ít có thể chuyển thành ác tính.

* Khoa Tạo hình Thẩm mỹ



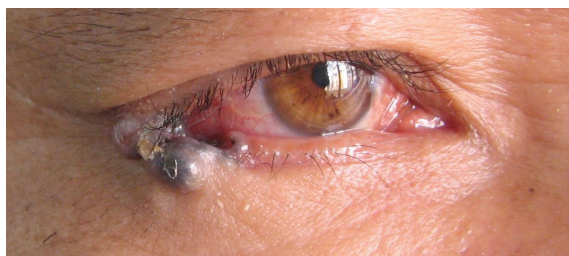
Hình 3.1: Nốt ruồi cục lệ



Hình 3.2: Nốt ruồi bờ mi

Một số u ác tính cần chẩn đoán phân biệt:

Ung thư biểu mô tế bào đáy, tế bào vảy (basal cell carcinoma) thường có liên quan đến tia tử ngoại, gặp ở người trên 40 tuổi, nam nhiều hơn nữ, biểu hiện có khối u có sắc tố, loét, bờ loét gồ cao, đáy cứng, ranh giới không rõ, thâm nhiễm và có u vệ tinh và xâm lấn mạnh.



Hình 4: Ung thư biểu mô tế bào đáy

U hắc tố ác tính (melanoma) thường xuất phát từ nốt ruồi ranh giới hoặc hỗn hợp, ranh giới không rõ ràng, thâm nhiễm, phát triển nhanh về chiều sâu và rộng, da đổi màu, ngứa, chảy máu, rụng lông.



Hình 5: U hắc tố ác tính

Điều trị

Điều trị u mi mắt thường được áp dụng là: phẫu thuật, đốt điện, áp lạnh, hóa chất, ... Với cơ chế tác dụng: đun sôi nước trong tổ chức làm bốc hơi tổ chức, Laser CO₂ có ưu điểm hơn các phương pháp khác là: tạo một trường mổ sạch, không gây chảy máu, cắt chính xác toàn bộ tổ chức u hoặc lấy u theo từng lớp, bảo toàn tối đa tổ chức lành xung quanh, làm sẹo đẹp, thời gian phục hồi nhanh.

Chuẩn bị trước Laser:

- Giải thích với người bệnh và người nhà người bệnh về quy trình Laser, kết quả và cách chăm sóc sau Laser
- Đối với những trường hợp có chỉ định làm giải phẫu bệnh cần giải thích để người bệnh hiểu và hợp tác
- Gây tê tại chỗ:
- Với tổn thương nông (nốt ruồi, u ống tuyến mỡ hôi,...): bôi mỡ EMLA 20%, trong 1-2 giờ
- Với tổn thương kích thước lớn hơn (u bờ mi, u mỡ vàng,...) gây tê tại chỗ bằng Novocain 2%
- Sát trùng khối u và vùng quanh khối u bằng Povidin 5%

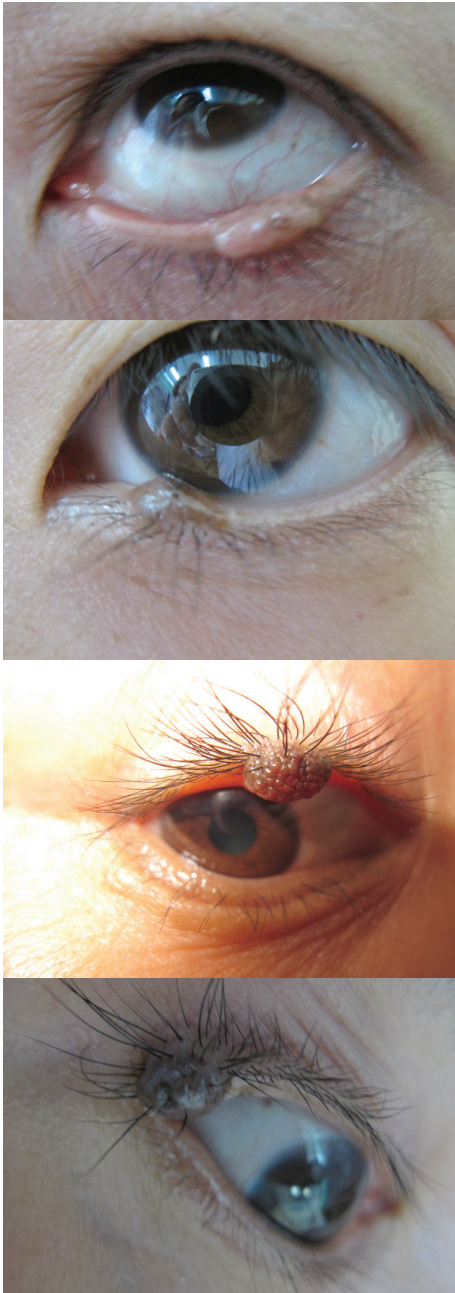
Tiến hành:

Với nốt ruồi nhỏ, u ống tuyến mỡ hôi, u mỡ vàng: dùng Laser CO₂ công suất 10-15w, thời gian xung 0,1-0,2s, đường kính chùm tia 0,3-0,5mm bốc bay từng lớp đến hết tổn thương (smoking burn).



THÔNG TIN HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN

Với u nhú, nốt ruồi có kích thước lớn, cao hơn bề mặt da, đặc biệt nốt ruồi bờ mi: có thể bốc bay hoặc cắt bỏ cả khối tổ chức (cutting burn).



Hình 6: Nốt ruồi bờ mi trước Laser CO₂



Hình 7: Nốt ruồi bờ mi sau Laser CO₂

Với sẹo xấu mi trên: thường do di chứng chắp, nhọt tự vỡ. Tổn thương có hình thái bề mặt gồ ghề, các cầu da co kéo, đôi khi có màu nâu làm ảnh hưởng đến chức năng

và thẩm mỹ. Dùng Laser CO₂ công suất 20W, đường kính chùm tia 1mm, thời gian xung 0,1s bốc bay các vùng gồ ghề, cắt đứt cầu da, giải phóng co kéo.



Hình 8: Sẹo xấu mi mắt trước Laser CO₂



Hình 9: Sẹo xấu mi mắt sau Laser CO₂

Chăm sóc và hướng dẫn sau laser:

- Sau Laser sát trùng lại bằng Povidin 5%
- Bôi mỡ kháng sinh: Tetracyclin, Oflovid, ...
- Hướng dẫn người bệnh rửa vết thương bằng nước muối 0,9%, tra mỡ kháng sinh ngày 2 lần, trong 7 ngày
- Tránh xà phòng vào vết thương trong ngày đầu, những ngày sau có thể vệ sinh bình thường
- Để vết thương bong vảy tự nhiên, sau 5-7 ngày lớp vảy mỏng trên bề mặt tổn thương tự bong
- Sau 2 tuần tổn thương liền sẹo, hơi lõm hơn bề mặt da, màu hồng nhạt.
- Sau 4-6 tuần tổn thương ổn định, bề mặt,

- màu sắc tương đồng với vùng da xung quanh.
- Tránh nắng, không bôi nghệ vào vết thương
- Hướng dẫn người bệnh theo dõi vết thương, nếu có bất kỳ dấu hiệu bất thường nào như: gỉ máu, chảy máu, viêm tấy, sưng đỏ, ... phải đến khám ngay.
- Hướng dẫn người bệnh đến khám lại định kỳ sau 7 ngày, 1 tháng, nếu tổn thương tái phát đến khám lại sớm để có thể làm Laser bổ sung.

Laser CO₂ là lựa chọn số một cho điều trị u lành tính vùng mắt và mặt. Tuy nhiên việc điều trị và chăm sóc phải được thực hiện bởi các bác sỹ và điều dưỡng chuyên khoa. □

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Hùng, Phạm Hữu Nghị, Đỗ Thiện Dân, Nguyễn Bắc Hùng, (1998), "Khảo sát khả năng ứng dụng của Laser CO₂ phẫu thuật 10W", Y học thực hành, Chuyên đề ứng dụng Laser và điện từ trường trong y học, LEMF' 87 -89.
2. Phạm Hữu Nghị, Đỗ Duy Tính, Đỗ Thiện Dân, Nguyễn Thế Hùng. (1999), "Điều trị mảng mỡ vàng ở mi mắt bằng Laser CO₂", Tạp chí Y học thực hành số 10 (372).
3. Phạm Hữu Nghị, Nguyễn Thế Hùng, Đỗ Thiện Dân, Trần ngọc Liêm, Lê Huy Tuấn. "Điều trị các u bờ mi mắt bằng Laser CO₂", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 303. Số đặc biệt 10/2004.
4. Moulin G. Xanthomes et Xanthomastoses, Dermatologie at venerologie. Ed. Messon. 1990, 536 - 538.
5. Lectues at the conference "Controversies and conversations in Laser and Cosmetic Surgery - Colorado Springs - Aug. 12 - 14, 2005", Supplement to skin & Aging. January 2006, Ed: HMP Communications, 2006.



THÁI LAN

NHỮNG TRẢI NGHIỆM ĐÁNG NHỚ ...

Đỗ Thị Thắm (*)

Thái Lan - đất nước xinh đẹp thu hút con người bởi nụ cười, ánh mắt lấp lánh, những bãi biển lung linh mát lạnh và truyền thống văn hoá đa dạng... Mang ước mơ và hy vọng từ Việt Nam sang đất nước này, tôi mới nhận ra Thái Lan không chỉ là điểm đến của khách du lịch mà còn là một cái nôi đào tạo những điều dưỡng rất chuyên nghiệp.

Đó là tháng 2 năm 2010, đoàn Việt Nam đặt chân tới nước Thái gồm ba điều dưỡng của Bệnh viện Mắt Trung Ương: Nguyễn Thị Mai - khoa Chấn thương, Phạm Thị Huyền Trang - khoa Mắt Trẻ Em và Đoàn Thị Thắm - khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu. Ngoài chúng tôi, còn có hai điều dưỡng Trung Quốc, hai điều dưỡng Myanmar và ba điều dưỡng Lào cùng học tập và thực hành lâm sàng với các bạn điều dưỡng của nước Thái.

Chương trình đào tạo kéo dài 16 tuần, trong đó:

- 5 tuần tại Đại học Chiang Mai:

- Tình trạng và các nguyên nhân gây mù lòa trên Thế giới và Thái Lan.
- Hệ thống y tế và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Lý thuyết về Dược động học.
- Lý thuyết giải phẫu mắt.
- Lý thuyết về các bệnh học tại mắt.
- Kiểm tra và đánh giá.

- 8 tuần tiếp theo:

- Thực tập tại khoa mắt của Bệnh viện Mahasarakham.
- Viết báo cáo và trình bày báo cáo.

- 2 tuần sau đó:

- Khám sàng lọc người bệnh đục thể thủy tinh tại cộng đồng tỉnh Lomsak.
- Thu thập số liệu, xử lý số liệu, viết báo cáo và trình bày báo cáo.

- Tuần cuối cùng:

- Du lịch
- Đánh giá và nhận xét

Sống trong lòng nước Thái, học tập và làm việc với các điều dưỡng, bác sỹ tại đây, dường như khoảng cách về ngôn ngữ và phong tục tập quán bị xoá bỏ. Chính công việc và người bệnh đã đưa chúng tôi đến gần nhau hơn.

Hệ thống chăm sóc sức khỏe của Thái Lan rất tốt, đội ngũ nhân viên y tế có trình độ cao, đặc biệt là điều dưỡng được đào tạo nghiêm túc, họ có khả năng khám sàng lọc và hỗ trợ rất nhiều cho bác sỹ. Các số liệu về người bệnh đều được quản lý trên máy tính, các chẩn đoán khi nhập vào máy đều bằng tiếng Anh nên hầu hết các điều dưỡng đều có kiến thức cơ bản về tiếng Anh chuyên ngành.

Tuyến cơ sở như các trung tâm y tế, bệnh viện tỉnh... giải quyết một số lượng người bệnh đáng kể nên không có tình

* Khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu



trạng quá tải ở tuyến trên. Các khoa mắt của bệnh viện tuyến cơ sở không có Bác sỹ nhãn khoa thì điều dưỡng với trình độ Thạc sỹ có thể khám sàng lọc, cho thuốc và có quyền gửi hội chẩn đến các bệnh viện lớn hơn. Khi thực hiện các chương trình khám sàng lọc ở cộng đồng, điều dưỡng là người trực tiếp đón tiếp người bệnh, khai thác tiền sử và có thể chẩn đoán sàng lọc với một số bệnh như bệnh đục thể thủy tinh. Với những chương trình khám ở cộng đồng này, không có bác sỹ nhãn khoa, tất cả đều do điều dưỡng đảm nhiệm dưới sự hỗ trợ của phòng, xã trong công tác tuyên truyền, tư vấn... Sau khi kết thúc, điều dưỡng thu thập các số liệu về bệnh tại vùng khảo sát, xử lý số liệu bằng excel và lập bảng đánh giá, viết báo cáo. Có thể nói kỹ năng giao tiếp, làm việc theo nhóm và phát biểu trước đám đông của họ rất đáng nể.

Tại Bệnh viện đa khoa Mahasarakham tôi được đi thực tập, đầu tiên một người bệnh khi đến khám bệnh sẽ được phát số đầu ở tầng 1. Nếu người bệnh có nhu cầu khám mắt sẽ được giới thiệu tới khoa mắt của bệnh viện. Tại bàn số 1, người bệnh sẽ được kiểm tra các thông số về cân nặng, nhịp thở, huyết áp... Sau đó, điều dưỡng ở bàn số 2 là người khai thác tiền sử, bệnh sử của người bệnh. Điều dưỡng sẽ kiểm tra thị lực, nhãn áp, chức năng của các cơ vận động nhãn cầu, mi mắt... Tiếp theo tại bàn số 3, điều dưỡng hành chính sẽ nhập các thông số của người bệnh đó vào máy vi tính và chuyển tất cả các số liệu này vào máy của bác sỹ ở bàn thứ 4. Bác sỹ chỉ cần nhập đúng mã người bệnh là có thể thấy được hết các số liệu trên. Trong quá trình khám, nếu bác sỹ cho thêm y lệnh như thủ kính, nhỏ giãn, bơm thông lệ đạo... thì người bệnh sẽ được chuyển vào bàn số 5. Cuối cùng bác sỹ ghi chẩn đoán và cho thuốc. Người bệnh quay trở lại bàn số 3 để được điều dưỡng tư vấn và cho lịch hẹn khám lại nếu cần thiết.

Nhìn vào quy trình trên có thể thấy điều

dưỡng đóng một vai trò rất quan trọng. Họ vừa là trợ lý đắc lực cho bác sỹ, lại vừa là chuyên viên tư vấn gần gũi với người bệnh. Cầu nối giữa người bệnh và bác sỹ được củng cố, tăng cường qua thái độ ân cần, nhiệt tình của các điều dưỡng viên.

Dù người bệnh vắng hay đông thì sự ân cần cũng không giảm sút, nụ cười, ánh mắt biết nói cũng không ít đi. Nhân viên y tế và người bệnh rất tôn trọng nhau. Tại khoa điều trị người bệnh nội trú, trước khi người bệnh ra viện, khoa phòng sẽ tặng quà kỷ niệm như một lời chúc may mắn cho người bệnh.

Ấn tượng in sâu trong lòng tôi khi đi thực tập tại bệnh viện Mahasarakham chính là hình ảnh của cô Naree - điều dưỡng trưởng bệnh viện và cô Nuncana - điều dưỡng trưởng khoa khám bệnh. Họ khiến tôi nhận ra rằng: Sự tôn trọng và tin tưởng của người bệnh đối với nhân viên y tế không phải tự nhiên mà có được, nó phải được xây dựng trên một nền tảng vững chắc. Đó chính là **trí tuệ và trái tim**. Có thể cơ sở vật chất của Việt Nam nói chung và Bệnh viện Mắt Trung Ương nói riêng không thể bằng nước bạn, nhưng điều quan trọng hơn cả là chính bản thân chúng ta - những điều dưỡng của Việt Nam chưa ý thức được hết tầm quan trọng và ý nghĩa của ngành Điều dưỡng. Muốn cải thiện chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện thì trước hết mỗi điều dưỡng cần hoàn thiện chính bản thân mình hơn: học tập, trau dồi kiến thức, trình độ ngoại ngữ để có đủ tự tin đứng trước người bệnh. Tình trạng quá tải tại bệnh viện đôi khi cũng làm chúng ta có những lời nói và hành động không “đẹp” trước mặt người bệnh, đâu đó vẫn còn thiếu những nụ cười và ánh mắt lấp lánh.

Chúng tôi trở lại Việt Nam vào cuối tháng 5 năm 2010. Bốn tháng không phải là thời gian dài, cũng không quá ngắn nhưng khi trở lại bệnh viện mình, ba chúng tôi đều cảm thấy yêu nghề và yêu người bệnh hơn... □



TƯ VẤN VỀ BỆNH HẮC VÕNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH

Từ Thị Thu Thủy, Hoàng Mai Dung ()*

1. Đại cương:

- Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch là một trong những bệnh hàng đầu trong các tổn thương nguyên phát của võng mạc trung tâm cũng như hoàng điểm.
- Bệnh không gây tổn hại trầm trọng chức năng thị giác nhưng bệnh gây giảm thị lực kéo dài.
- Bệnh có tính chất tái phát thường xuyên nên làm cho việc điều trị đặc hiệu và tiên lượng bệnh gặp nhiều khó khăn.
- Bệnh thường gặp ở lứa tuổi lao động, đặc biệt là những người lao động trí óc mà sự giảm thị lực làm mất đi khả năng làm việc tối đa → ảnh hưởng đến năng suất lao động và sự đóng góp của họ đối với gia đình và xã hội.
- Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch đặc trưng bằng sự xuất hiện một bong thanh dịch của võng mạc cảm thụ do biến đổi của hàng rào hoặc các chức năng bơm của biểu mô sắc tố võng mạc mà nguyên nhân thường chưa rõ.

2. Triệu chứng:

- Giảm thị lực: tùy vào mức độ bệnh và mức độ tái phát.

- Nhìn vật thấy nhỏ đi hoặc lớn hơn
- Nhìn hình biến dạng: méo, cong ...
- Thị lực màu giảm sút, nhất là màu vàng, nhạt, xám.
- Thích ứng ánh sáng giảm sút.
- Thị trường xuất hiện ám điểm trung tâm hay bán trung tâm tương đối (khám bằng ô vuông Amsler)

3. Tiến triển và tiên lượng

- Bệnh thường hết sau vài tuần hoặc vài tháng không cần điều trị gì: phần lớn lỗ rò của biểu mô sắc tố sẽ tự đóng lại, bong hoàng điểm tự hết.
- Thị lực người bệnh phục hồi từ từ về bình thường đối với những người bệnh mắc lần đầu, tái phát nhiều lần thị lực phục hồi kém hơn.
- Nếu bong kéo dài và tái phát nhiều, người bệnh có thể mất thị lực vĩnh viễn ở mức nhỏ hơn hay bằng 20/200
- Ở những dạng mãn tính mỗi lần bong lại làm tăng nguy cơ tổn thương võng mạc và biểu mô sắc tố hơn, một số sẽ bị tiêu biểu mô sắc tố tiến triển và giảm thị lực trầm trọng.

* Khoa Đáy mắt - Màng bồ đào



- Tiên lượng thị lực lâu dài cho hầu hết người bệnh là tốt, khoảng 20-30% bị tái phát một hay nhiều lần, dưới 20% đi đến bong thanh dịch hoàng điểm ở mắt kia. Dưới 5% có thể tiến triển đến tân mạch dưới võng mạc.

4. Công tác điều dưỡng:

Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch ở giai đoạn đầu thì thị lực của người bệnh vẫn có thể đạt tối đa 20/20 nên đa số người bệnh sẽ không quan tâm đến bệnh của mắt vì giai đoạn này triệu chứng của người bệnh không rõ ràng, người bệnh có thể có cảm giác nặng mi, mờ và nhức vùng hốc mắt, đôi khi có mất ngủ, người bệnh cảm giác thấy căng thẳng.

Giai đoạn sau đó người bệnh sẽ thấy những triệu chứng ở mắt: cảm giác có bóng mờ hay quầng đen che giữa mắt, nhìn hình thấy biến đổi: bé hoặc to lên, cong queo, méo mó, nhìn màu sắc nhạt đi đặc biệt với màu đỏ.

Khi xuất hiện những triệu chứng ở mắt, những người bị bệnh lần đầu sẽ rất lo lắng nên người điều dưỡng cần phải hướng dẫn, tư vấn và GDSK cho người bệnh yên tâm.

Hướng dẫn người bệnh thực hiện đúng theo phác đồ điều trị mà bác sỹ đưa ra. Trong quá trình điều trị các triệu chứng của bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch sẽ giảm dần, tuy nhiên triệu chứng biến dạng hình ảnh sẽ mất chậm nhất nên người bệnh không nên quá lo lắng, nếu tuân thủ điều trị, triệu chứng này sẽ mất khi bệnh khỏi hoàn toàn.

Giải thích cho người bệnh biết bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch là bệnh lành tính để họ yên tâm, không nên quá lo lắng. Tuy bệnh lành tính nhưng hay tái

phát nếu người bệnh bị mất ngủ do công việc, tâm lý căng thẳng, stress.... Giải thích những yếu tố thuận lợi cũng như nguyên nhân gây bệnh giúp người bệnh biết cách điều chỉnh công việc, tâm lý, tránh stress... để hạn chế sự tái phát của bệnh.

Dặn dò người bệnh tránh các chất kích thích: rượu, bia, thuốc lá, chè, café ... trong quá trình điều trị cũng như khi bệnh đã ổn định.

Hướng dẫn người bệnh khám lại theo hẹn của bác sỹ. Dù bệnh ổn định cũng nên kiểm tra mắt định kỳ 3-6 tháng/lần.

Hướng dẫn người bệnh tăng cường thể trạng bằng cách tăng cường dinh dưỡng, bổ sung vitamin... không nên kiêng khem theo kiểu truyền miệng dân gian.

Hướng dẫn người bệnh chăm sóc mắt một cách vệ sinh, khoa học, không nghe truyền miệng của người không có chuyên môn mà đắp lá hay dùng những thuốc không rõ nguồn gốc vào mắt. □

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Bộ y tế** - “*Nhãn khoa*” tập 3 - NXB y học, trang 213-218
2. **Bộ y tế** - “*Điều dưỡng nhãn khoa*” - NXB y học, trang 415-439
3. **BS Nguyễn Đức Anh** - “*Võng mạc - Dịch kính*” - NXB Thanh Niên, trang 16 - 17
4. **PGS-TS Phan Dẫn** - “*Laser ứng dụng trong nhãn khoa*” - NXB y học, trang 246-248.
5. **PGS-TS Đỗ Như Hân** - “*Chuyên đề Dịch kính - Võng mạc*” - NXB y học, trang 260-266. □



PHÒNG CHỜ PHẪU THUẬT GÂY MÊ BỆNH VIỆN MẮT TW HIỆU QUẢ TỪ SỰ THAY ĐỔI

Nguyễn Thị Minh Nguyệt (*)

Hàng năm, khoa Phẫu thuật-Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Mắt Trung ương tiến hành hàng chục nghìn ca phẫu thuật các bệnh về mắt, 1/3 trong số đó là những ca phẫu thuật gây mê với 90% số người bệnh là trẻ em. Với sự phát triển ngày càng lớn mạnh của ngành nhãn khoa cũng như ngành gây mê hồi sức, số lượng các cháu có chỉ định phẫu thuật gây mê để điều trị các bệnh về mắt ngày càng đông. Năm 2010 khoa Phẫu thuật-Hồi sức cấp cứu đã tiến hành 12070 ca phẫu thuật, trong đó có 3580 ca phẫu thuật gây mê. 6 tháng đầu năm 2013 khoa đã tiến hành mổ gây mê cho gần 3000 cháu. Trung bình mỗi ngày, khoa Phẫu thuật-Hồi sức cấp cứu tiến hành mổ gây mê cho từ 20 đến 30 cháu. Trong khi đó khu vực cho các cháu ngồi chờ mổ là hai dãy ghế kê tận dụng bên lối đi lại của hành lang trước cửa phòng mổ. Vào mùa đông, gió lùa ở hành lang rất lạnh, vào mùa hè thì ba chiếc quạt trần chạy nhanh hết cỡ cũng không làm nguội đi cái nóng oi bức. Các cháu lớn uể oải nằm, ngồi dựa vào bố mẹ, các cháu bé thì khóc đến khản cả giọng vì nóng, mặc cho người lớn ra sức dỗ dành. Thực trạng trên đã được khoa Phẫu thuật-Hồi sức cấp cứu báo cáo lên lãnh đạo bệnh viện. Ban Giám đốc bệnh viện đã cùng với lãnh đạo khoa Phẫu thuật-Hồi sức cấp cứu nhiều lần đi khảo sát thực địa và tìm ra hướng giải quyết, song do mặt

bằng hiện tại của khoa hạn chế nên bệnh viện và khoa Phẫu thuật-Hồi sức cấp cứu mới chỉ triển khai được một số biện pháp giải quyết tình thế.

Nhằm thay đổi cơ bản khu vực chờ cho các cháu mổ gây mê, tháng 5/2013, được sự đồng ý của Ban Giám đốc bệnh viện, lãnh đạo khoa Phẫu thuật-Hồi sức cấp cứu đã chỉ đạo nhóm kỹ thuật viên, điều dưỡng của khoa triển khai kế hoạch thay đổi khu vực chờ mổ cho các cháu có chỉ định phẫu thuật gây mê thành một phòng chờ tiện nghi, với đầy đủ đồ chơi, phù hợp với lứa tuổi. Khoa đã phối hợp với các phòng ban chức năng cải tạo phòng để vật tư tiêu hao của khoa có diện tích hơn 15m², trang bị thêm điều hoà hai chiều, màn hình ti vi LCD, đầu đĩa DVD, mua sắm thêm đồ chơi, thú nhồi bông các loại. Sàn nhà được ghép thảm xốp, tường được trang trí với rất nhiều hình dán đủ màu sắc, sinh động, hấp dẫn.

Khi được đón vào phòng chờ mới, không chỉ các cháu bé háo hức, vui mừng mà bố mẹ các cháu cũng hồ hởi không kém. Chị Bảy, mẹ của cháu Nguyễn Thị Trà My, 3 tuổi ở Tân Quang, Tân Đảo, Vĩnh Phúc - người bệnh đang điều trị ở khoa Mắt trẻ em tâm sự: "*Lúc bác sĩ nói con em phải nhịn đói để mổ gây mê mà chỉ có một người nhà được ở lại trông cháu, em lo lắm. Nhưng khi lên đây, hai mẹ con được các chị y tá đưa vào phòng này em thấy rất thoải mái. Phòng vừa mát lại vừa đẹp, có bao nhiêu*

* Khoa Phẫu thuật & Hồi sức cấp cứu



Một góc phòng chờ mổ gây mê tại khoa phẫu thuật-HSCC

đồ chơi, ở quê cháu làm gì có. Cháu thích quá mãi chơi quên cả đói, chẳng quấy khóc gì cả”. Chị Mai, mẹ của cháu Nguyễn Phương Thảo ở Bạch Mai, Hà Nội cũng tâm sự: “Em rất yên tâm khi đưa cháu đến điều trị tại Bệnh viện mắt Trung ương. Nhìn cơ sở vật chất của phòng chờ mổ, em thấy được sự chu đáo tận tâm của các bác sĩ.”

Chỉ một đôi lời tâm sự đó thôi đã cho thấy việc thay đổi khung cảnh phòng chờ mổ cho các cháu đã mang lại hiệu quả rõ rệt. Không khí mát mẻ cùng những đồ chơi sinh động trong phòng chờ đã thu hút sự tập trung của trẻ, làm quên đi cảm giác sợ hãi. Được vui chơi thoải mái trước khi phẫu thuật khiến tâm lý các cháu ổn định, nhịp tim, mạch đập ổn định trong giới hạn bình thường, các cháu không còn quấy khóc nhiều, đỡ mệt mỏi, không gây phù nề, tăng tiết dịch đường hô hấp, khiến cho việc gây mê thuận lợi, an toàn hơn. Mặt khác, người nhà của các cháu bằng cảm

quan của mình cũng dễ dàng nhận thấy sự quan tâm chu đáo của bệnh viện đối với con em mình, nên sẽ yên tâm, tin tưởng phối hợp cùng nhân viên y tế chăm sóc cho các cháu.

Cho đến nay phòng chờ phẫu thuật gây mê đã hoạt động được gần một năm và đem lại ý nghĩa rất lớn đối với tâm lý của các cháu bé có chỉ định mổ gây mê cũng như đối với công tác chuyên môn của khoa Phẫu thuật-Hồi sức cấp cứu. Mong rằng trong thời gian tới, với mục đích nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh, khoa Phẫu thuật-Hồi sức cấp cứu sẽ tiếp tục nhận được sự quan tâm chỉ đạo của Đảng ủy, Ban Giám đốc bệnh viện để phòng chờ phẫu thuật gây mê cho các cháu được thay bằng căn phòng rộng rãi hơn nữa, đáp ứng số lượng ca phẫu thuật ngày càng đông, và tiến tới khu vực chờ mổ cho người bệnh phẫu thuật gây tê cũng sẽ được nâng cấp trang bị toàn diện và đồng bộ. □



MỘT VÀI SUY NGHĨ VỀ CÔNG TÁC KHÁM CHỮA BỆNH TỬ THIỆN TẠI QUÊ TÔI

Trần Thúy Ngọc (*)

Trong trái tim mỗi người Việt Nam, tình yêu quê hương có lẽ là thứ tình cảm thiêng liêng nhất. Mỗi người con sinh ra, ai mà không có cội nguồn, không nhớ về quê hương? Tôi cũng vậy, là một người con xa quê mang trong lòng nỗi nhớ quê nhà. Quê hương đó! nơi cha mẹ đã sinh ra và nuôi dưỡng tôi thành người. Mảnh đất Kinh Môn - Hải Dương thật gần gũi và thân thương, gắn bó với tôi trong suốt tuổi thơ và thời gian ngồi trên ghế nhà trường. Nơi nuôi dưỡng ước mơ của tôi, là động lực giúp tôi trở thành người thầy thuốc. Thật hạnh phúc khi được là người thầy thuốc để trị bệnh cứu người và điều mong muốn giản dị nhất là được mang những kiến thức đã được nhà nước, trường học, bệnh viện trang bị cho tôi trong quá trình học tập, làm việc để phục vụ quê hương mình. Bảy năm xa quê, ngày mà tôi mơ ước và mong muốn được phục vụ người dân quê hương đã đến. Đó chính là ngày mà Bệnh viện Mắt Trung ương (nơi tôi đang học tập và công tác) đã tổ chức đợt khám chữa bệnh miễn phí cho người dân huyện Kinh Môn tỉnh Hải Dương trong đó



Hình 1: Đồng chí Trần Văn Tặng - Phó chủ tịch Ủy ban nhân dân xã Bạch Đằng (thứ 5 từ trái sang) chụp ảnh cùng đoàn công tác bệnh viện Mắt Trung ương - Bệnh viện đa khoa huyện Kinh Môn - Trạm y tế xã Bạch Đằng, do PGS.TS Trần An - Phó giám đốc bệnh viện Mắt Trung ương dẫn đầu

có xã Bạch Đằng quê tôi. Được về lại quê hương với nhiệm vụ khám chữa bệnh, tôi đã gặp lại những người thân, người thầy, người cô những người đã dìu dắt tôi trở thành người có ích cho xã hội.

Người dân nơi quê hương tôi thật cần cù và giản dị, chăm chỉ làm ăn để góp phần xây dựng quê hương ngày càng giàu đẹp. Khi kinh tế ngày càng phát triển, cuộc sống nhân dân ấm no hơn, các khu công nghiệp và dịch vụ phát triển mạnh tạo thêm công ăn việc làm cho nhân dân, nhưng kèm theo sự thay đổi đó lại xuất hiện tình trạng ô nhiễm môi trường và kéo theo các bệnh

*Phòng Điều Dưỡng



phát triển nhất là các bệnh về mắt điển hình là bệnh viêm kết mạc, viêm bờ mi, viêm giác mạc, mộng...

Dưới sự chỉ đạo của lãnh đạo Bệnh viện Mắt Trung ương, thực hiện công văn số 1046/BVMTW - CĐT, Đoàn công tác gồm 18 người, dẫn đầu đoàn là PGD.PGS Trần An - Trưởng đoàn, các thành viên trong đoàn bao gồm: Ths.BS Vũ Tuấn Anh - Phó trưởng phòng chỉ đạo tuyến; CN Đỗ Việt Hải - Trưởng phòng tổ chức cán bộ, 4 bác sỹ phẫu thuật, Phòng hành chính quản trị, Phòng vật tư kỹ thuật, phòng công nghệ thông tin, Khoa phẫu thuật, về phía điều dưỡng gồm có Nguyễn Thị Mai, Đoàn Thị Hương Huế và tôi đều là những người con sinh ra trên miền quê Kinh Môn - Hải Dương. Ngoài các cán bộ của bệnh viện còn có sự tham gia của nhà báo Nguyễn Thị Hiền - Trung tâm truyền thông & giáo dục sức khỏe Trung ương đã đến tham dự và đưa tin về những hoạt động của đoàn công tác.

Tại huyện Kinh Môn, Hải Dương vào ngày 7/11/2013, Đoàn công tác đã phối hợp với chính quyền và đội ngũ cán bộ y tế tại địa phương tổ chức khám miễn phí cho nhân dân 2 xã Bạch Đằng và Thất Hùng. Đoàn đã khám được tổng số 375 người trong đó 187 người tại xã Thất Hùng và 188 người tại xã Bạch Đằng, khám sàng lọc được 20 người bệnh có chỉ định phẫu thuật và 14 người bệnh do Bệnh viện đa khoa huyện Kinh Môn khám sàng lọc cho người dân tại các xã khác trong huyện và lên kế hoạch mổ cho 34 người. Công ty thuốc Allergan (USA) đã tài trợ cho nhân dân quê tôi 300 hộp thuốc Refresh plus. Người dân nơi đây sau khi được khám bệnh và được nhận những lọ thuốc để chữa bệnh đã vô cùng cảm kích, phấn khởi và biết ơn, đây chính là nguồn động viên khích lệ tinh thần cho những cán bộ tham gia công tác. Đoàn công tác đã phẫu thuật miễn phí cho 34 người bệnh trên xe phẫu thuật di động.

Chiếc xe là quà tặng của Chính phủ và nhân dân Nhật Bản tặng cho người dân Việt Nam nhằm đẩy mạnh công tác phòng chống mù lòa tại Việt Nam.

Được trực tiếp tham gia cùng Đoàn công tác trong dịp này tôi thấy Bệnh viện Mắt Trung ương đã rất chú trọng đến công tác nhân đạo và trợ giúp những người nghèo ở các địa phương trên cả nước trong đó có nhân dân quê tôi. Nhân dân quê tôi rất biết ơn các thầy thuốc Bệnh viện Mắt Trung ương đã đem những tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại để phục vụ nhân dân, giúp người dân được thụ hưởng chính sách nhân đạo của Nhà Nước cũng như Bệnh viện Mắt Trung ương. Đoàn cán bộ Bệnh viện Mắt Trung ương, Bệnh viện đa khoa huyện Kinh Môn, Trạm y tế hai xã Bạch Đằng và Thất Hùng đã làm việc nghiêm túc, hiệu quả trong suốt thời gian công tác. Nhìn những người dân sau phẫu thuật với đôi mắt sáng, nụ cười rạng rỡ trên môi, khi ra khỏi Bệnh viện đa khoa huyện Kinh Môn, chúng tôi đã vô cùng hạnh phúc và tự hào với người dân quê tôi về Bệnh viện Mắt Trung ương, nơi đã đào tạo được biết bao thế hệ những thầy thuốc giỏi như lời Bác Hồ dạy “Lương y như từ mẫu”.

Chia tay với mảnh đất Kinh Môn, Hải Dương trong lòng tôi dâng trào những trải nghiệm về cuộc sống và con người nơi quê nhà. Theo chuyến xe trở lại thành phố, nhưng trong lòng tôi không nguôi nỗi nhớ về mảnh đất và con người nơi đây. Có lẽ đó là nơi chôn rau cắt rốn, nơi mang nặng nỗi hoài niệm hay phải chăng là sự hiếu khách của người dân nơi đây đã khiến tôi dâng trào cảm xúc, không muốn rời xa. Tôi thực sự hạnh phúc, tự hào và chân thành cảm ơn Ban Lãnh đạo Bệnh viện đã tạo điều kiện cho tôi có dịp được cống hiến một phần sức lực nhỏ bé của mình giúp đỡ những người bệnh tại chính quê hương của mình. □

CẢI THIỆN SỰ CHĂM SÓC CHO ĐÔI MẮT



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

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

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

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



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

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

David E. I. Pyott

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

Tập đoàn Allergan, Inc.

QUY MÔ RỘNG

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

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

DANH MỤC SẢN PHẨM TRÊN TOÀN CẦU*





Hội nghị Khoa học Điều dưỡng Bệnh viện Mắt Trung ương lần thứ IV năm 2014

Vũ Hòa Long (*)



Ảnh: PGS.TS. Đỗ Như Hân GD BVMTW và TS. Trần Quang Huy - Trưởng phòng Điều dưỡng-Tiết chế, Bộ Y tế trao giải Nhất cho các báo cáo viên

các đơn vị bạn như Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, Bệnh viện Bắc Thăng Long, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện đa khoa TP. Bắc Giang.

23 báo cáo khoa học thuộc 3 chuyên đề: Thực hành-Cam thiếp điều dưỡng; Quản lý-Chăm sóc người bệnh; Kiểm soát nhiễm khuẩn đã được lựa chọn trình bày tại Hội nghị. Đánh giá về chất lượng các báo cáo, TS. Nguyễn Xuân Hiệp - P.GD Bệnh viện Mắt TW, Chủ tịch Hội đồng điều dưỡng bệnh viện đã thay mặt Ban giám khảo cho biết:

“Đây là những đề tài mang tính thực tiễn cao, đã và đang được áp dụng trong công tác chăm sóc người bệnh, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế. Hội nghị đã khẳng định được vai trò và vị thế của người điều dưỡng trong lĩnh vực nghiên cứu khoa học cũng như sự phát triển của ngành điều dưỡng nói chung, điều dưỡng nhân khoa nói riêng”.

Kết thúc Hội nghị, Ban Giám khảo đã trao giải Nhất cho 3 đề tài: “Nghiên cứu tác dụng sát khuẩn của dung dịch Microsheld Handrub tại Bệnh viện Mắt TW, năm 2013” báo cáo viên Phạm Thị Kim Đức (Bệnh viện Mắt TW); “Khảo sát trị số nhân áp đo bằng nhân áp kế Maklakov và Icare ở trẻ dưới 5 tuổi” báo cáo viên Trần Thuý Anh (Bệnh viện Mắt TW); “Đánh giá chất lượng thị giác của của người bệnh sau điều trị các bệnh lý giác mạc tại khoa Kết-Giác mạc, Bệnh viện Mắt TW” báo cáo viên Nguyễn Hồng Hạnh (Bệnh viện Mắt TW). □

Tiếp nối sự thành công của 3 lần Hội nghị các năm 2007, 2009, 2011, chiều ngày 20/3/2014 Hội nghị Khoa học Điều dưỡng Bệnh viện Mắt Trung ương lần thứ IV năm 2014 đã được tổ chức trọng thể. BSKC2

Hoàng Văn Thành Phó Cục trưởng Cục QLCB Bộ Y tế; Ths. Phạm Đức Mục - Chủ tịch Hội điều dưỡng Việt Nam; Ths. Nguyễn Bích Lưu P. Chủ tịch Hội điều dưỡng Việt Nam, Chủ tịch Chi hội Giảng viên điều dưỡng Việt Nam; CN Nguyễn Thị Minh Tâm - Chủ tịch Hội điều dưỡng Hà Nội đã tới dự, chúc mừng Hội nghị và tham gia Ban Giám khảo chấm thi. Về phía Bệnh viện Mắt Trung ương, PGS. TS. Đỗ Như Hân Bí thư Đảng uỷ, Giám đốc Bệnh viện, các đồng chí trong Đảng uỷ, Ban giám đốc, BCH Công đoàn, Đoàn thanh niên và đông đảo các bác sĩ, điều dưỡng đã tham dự hội nghị. Ngoài ra, Hội nghị còn thu hút được sự quan tâm, gửi bài tham gia của các bác sĩ, điều dưỡng

* Phòng Quản lý khoa học & Đào tạo



CHĂM SÓC MẮT CHO BỆNH NHÂN HỘI SỨC TÍCH CỰC

(Nicole Joyce (2002) - “Best Practice”

Volume 6, Issue 1, Page 1-6 - Blackwell Publishing, Australia)

An Thị Thanh Vân (*)

Lời giới thiệu

Chăm sóc mắt là một phần của công tác chăm sóc cho tất cả các người bệnh ở trong điều kiện cấp cứu khi các cơ chế bảo vệ bị suy yếu và tổn hại. Tuy nhiên, một số người bệnh có nguy cơ gặp phải các biến chứng nhiều hơn các người bệnh khác trong quá trình họ nằm viện. Những người bệnh bất tỉnh, dùng thuốc an thần hoặc bị liệt đại diện cho nhóm có nguy cơ cao, họ hoàn toàn phụ thuộc vào sự chăm sóc mắt để có thể duy trì sự toàn vẹn của bề mặt nhãn cầu. Việc nhắc lại có tính chất hệ thống này được thực hiện nhằm xác định phương pháp hiệu quả nhất trong chăm sóc mắt cho nhóm người bệnh này.

Những vấn đề về mắt ở khoa Hồi sức tích cực

Chăm sóc mắt được coi là quy trình chăm sóc, điều dưỡng cơ bản, cần thiết đối với các người bệnh bị bệnh trầm trọng để phòng chống những biến chứng như nhiễm trùng và chấn thương mắt. Đó là một trong những can thiệp về điều dưỡng cần thiết, quan trọng nhất nhưng thực hiện lại rất đơn giản khi chăm sóc những người bệnh thông khí nhân tạo. Tỷ lệ của những rối loạn ở mắt trong nhóm người bệnh hồi sức tích cực rất khó để xác định. Điều này là do nhiều yếu tố, ví dụ như dữ liệu không đầy đủ và so với những chăm sóc cần thiết để duy trì chức năng sinh tồn của cơ thể thì chăm sóc mắt còn thường bị coi nhẹ. Tuy nhiên, những người bệnh bất tỉnh, dùng thuốc an thần hoặc bị liệt lại gặp phải rất nhiều chấn

thương mắt tiềm ẩn. Những biến chứng về mắt có thể thay đổi từ nhiễm trùng kết mạc nhẹ đến chấn thương giác mạc nghiêm trọng và loét giác mạc. Tổn thương mắt vĩnh viễn có thể là hậu quả của loét, thủng, tân mạch và sẹo giác mạc.

Mắt các cơ chế bảo vệ

Những người bệnh điều trị ở khoa Hồi sức tích cực thường cần phải thông khí nhân tạo và phần lớn những người bệnh này được dùng thuốc an thần để đảm bảo việc điều trị được thuận lợi, dễ dàng. Một số người bệnh bị liệt cũng được dùng thuốc giãn cơ để tối ưu hóa công việc chăm sóc. Một vài người bệnh khác có thể bị bất tỉnh do hậu quả của một tình trạng bệnh lý tiềm ẩn như chấn thương sọ não. Sự nhắm mắt bình thường vẫn được duy trì trong khi ngủ do sự co cơ trương lực của cơ vòng mi. Việc sử dụng các thuốc giãn cơ làm giảm trương lực của cơ này dẫn đến hậu quả là mắt chỉ nhắm khi có lực tác động. Thêm vào đó, có thể có sự giảm chuyển động mắt ngẫu nhiên và mất phản xạ nháy mắt do sử dụng các thuốc an thần. Những yếu tố này ảnh hưởng tới màng phim nước mắt che phủ bề mặt nhãn cầu. Do nhắm mắt không kín làm tăng sự bốc hơi của màng phim nước mắt. Hậu quả là những người bệnh này rất dễ bị khô mắt. Tình trạng này có thể trầm trọng hơn do sự giảm tiết nước mắt khi dùng một số thuốc như: atropin, kháng histamin, disopyramide hoặc chống trầm cảm 3 vòng. Những yếu tố này làm tổn thương nghiêm trọng lớp bảo vệ bề mặt kết mạc và giác mạc.

* Khoa Phẫu thuật Hồi sức cấp cứu



BÀI DỊCH VỀ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

Những vấn đề tiềm ẩn đối với người bệnh Hồi sức tích cực

Nhắm mắt không kín và khô mắt có thể dẫn đến bệnh lý bề mặt giác mạc, đó là một bệnh lý không do viêm của giác mạc. Điều này có thể dẫn đến tổn thương lớp biểu mô bề mặt giác mạc. Hậu quả của hở giác mạc là có thể dẫn đến loét, thủng hoặc sẹo, những vấn đề này thường tự giới hạn lại nhưng cũng có thể dẫn đến tổn thương vĩnh viễn. Trợt bề mặt giác mạc cũng là một biến chứng thường gặp do nhắm mắt không kín.

Một vấn đề tiềm ẩn khác là viêm giác mạc, được hiểu là bất kỳ tình trạng viêm nào của giác mạc, đặc biệt thường liên quan đến nhiễm trùng. Viêm giác mạc do vi khuẩn hoặc do nhắm mắt không kín được coi là một biến chứng trầm trọng liên quan đến hở giác mạc và tổn thương màng phim nước mắt. Viêm kết mạc cũng là một nguy cơ và thường là do nhiễm vi khuẩn hoặc virus, do các yếu tố dị ứng hoặc môi trường.

Các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn của nhiễm trùng mắt trên những người bệnh thông khí nhân tạo bao gồm kỹ năng chăm sóc mắt còn kém, sử dụng các vật liệu chăm sóc mắt bị nhiễm bẩn, và sự có mặt của các vi sinh vật gây bệnh đặc biệt là từ đường hô hấp của người bệnh.

Phù kết mạc, hay còn được gọi là “bệnh mắt thông khí nhân tạo” được xem là tác dụng phụ sinh lý của việc hỗ trợ thông khí và của các thuốc tạo thuận lợi cho hỗ trợ hô hấp nhân tạo. Nó có thể làm tăng nhãn áp cấp tính và gây ra xuất huyết dưới kết mạc. Thở máy áp lực dương gián đoạn (IPPV) làm tăng ứ đọng dịch trong cơ thể và ứ trệ tĩnh mạch. Sự mất cân bằng dịch và tăng tính thấm rất hay gặp ở những người bệnh bị bệnh trầm trọng cũng gây ra phù kết mạc. Những vấn đề về mắt liên quan đến thông khí nhân tạo được cho là xuất hiện khi áp lực trong lồng ngực cao và đặc biệt khi sử dụng chế độ thở PEEP (áp lực dương cuối kỳ thở ra) lớn hơn hoặc bằng 5cm nước.

Phù kết mạc xuất hiện càng trầm trọng khi băng dán cố định ống nội khí quản quá chặt. Băng dán cố định chặt làm cản trở máu từ vùng đầu về tĩnh mạch, dẫn đến sung huyết tĩnh mạch và có khả năng làm tăng nhãn áp. Phù kết mạc có thể dẫn đến nhắm mắt không kín, và nếu kết mạc phù nhiều hơn cả mi mắt sẽ làm

tăng nguy cơ khô giác mạc và khả năng phục hồi của biểu mô bị tổn hại.

NHỮNG KẾT LUẬN RÚT RA TỪ TỔNG QUAN

Trong khi chăm sóc mắt được coi là một quy trình đơn giản, nó được áp dụng với sự thay đổi đáng kể giữa các bệnh viện. Các phương pháp nhằm bảo vệ bề mặt nhãn cầu hiện nay rất đa dạng, thay đổi từ đơn giản như làm sạch mi mắt cho tới khâu cò mi để có thể đạt được sự nhắm mắt phù hợp. Những can thiệp chăm sóc mắt được phân thành 4 nhóm chính: chế độ vệ sinh mắt, chống khô mắt, làm mắt nhắm kín và các chương trình chăm sóc mắt.

Nghiên cứu trong y văn đã xác định có 6 thử nghiệm lâm sàng đánh giá hiệu quả của các can thiệp chăm sóc mắt. Những nghiên cứu này bao gồm 3 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (RCT), 1 thử nghiệm có đối chứng, 1 thử nghiệm không có đối chứng và 1 nghiên cứu trước sau. Cần chú ý rằng 3 RCT này có trong nhiều hơn 1 nhóm phân loại ở trên vì mỗi nghiên cứu đánh giá phạm vi của nhiều can thiệp.

1. Chế độ vệ sinh mắt

Có một vài phương pháp khác nhau được sử dụng để vệ sinh bao gồm:

- Những túi vô khuẩn có chứa lọ đựng và bông với nước vô khuẩn.
- Rửa mắt bằng nước muối thông thường.
- Gạc ngâm trong nước muối thông thường hoặc nước vô khuẩn.

Mặc dù có nhiều khuyến nghị trong y văn liên quan đến chế độ vệ sinh hoặc làm sạch mắt thường xuyên nhưng không có nghiên cứu nào đánh giá phương pháp này đối với chăm sóc mắt.

2. Phòng tránh khô mắt

Một số lượng lớn các phương pháp khác nhau đã được sử dụng để duy trì màng phim nước mắt vào tạo độ ẩm ướt giác mạc phù hợp nhằm phòng chống sự khô của bề mặt nhãn cầu bao gồm:

- Màng phim/ tấm phủ làm ẩm polyethylene (Clingwrap, Gladwrap, Cellophane)



- Thuốc tra mắt methylcellulose
- Mỡ tra mắt methylcellulose (Lacrilube)
- Thuốc bôi trơn thông thường
- Gel polyacrylamide (Geliperma)
- Gạc paraffin (Jelonet)
- Kháng sinh dự phòng có bôi trơn

2 RCT được xác định để đánh giá các phương pháp nhằm phòng chống khô bề mặt nhãn cầu. 1 RCT đã nghiên cứu hiệu quả của thuốc nước tra mắt, tiếp đến RCT thứ 2 đã nghiên cứu hiệu quả của thuốc mỡ tra mắt. Hiệu quả của 2 nghiên cứu can thiệp này được đánh giá dựa vào khả năng phòng chống trượt giác mạc của chúng.

a. Thuốc nước tra mắt

Một RCT đơn thuần đã nghiên cứu hiệu quả của tra mắt đều đặn loại thuốc nước bôi trơn methylcellulose (Methopt Forte) so với tẩm phủ polyethylene (Gladwrap) trên các mắt. Nghiên cứu này thấy rằng nhóm sử dụng màng phim polyethylene có tỷ lệ trượt giác mạc thấp hơn đáng kể (1/30 trong nhóm nghiên cứu) so với nhóm tra thuốc nước bôi trơn methylcellulose (8/30).

b. Thuốc mỡ tra mắt

2 RCT đã đánh giá hiệu quả của việc tra thuốc mỡ để phòng chống trượt giác mạc. RCT đầu tiên đánh giá hiệu quả của việc sử dụng nước mắt nhân tạo dạng mỡ (Duratears) so với việc làm nhắm mắt thụ động. Làm nhắm mắt thụ động trong thử nghiệm này là điều dưỡng làm khép mi mắt lại bằng tay. Nghiên cứu này thấy rằng trượt giác mạc ít gặp hơn ở nhóm dùng nước mắt nhân tạo dạng mỡ (2/25) so với nhóm làm nhắm mắt thụ động (9/25).

RCT thứ hai đánh giá hiệu quả của tra thuốc mỡ hypromellose (Lacrilube) 2 giờ/lần so với tẩm phủ polyethylene (Gladwrap). Những phát hiện của nghiên cứu này cho thấy rằng không có sự khác biệt về trượt giác mạc giữa nhóm dùng Lacrilube (4/60) so với nhóm Gladwrap (0/50).

c. Tẩm phủ polyethylene (Gladwrap)

2 RCT đã đánh giá hiệu quả của việc đặt tẩm phủ

polyethylene lên trên mắt như một phương pháp phòng chống khô mắt. Trong cả 2 thử nghiệm, tẩm phủ làm ẩm polyethylene được so sánh với các thuốc tra mắt (thuốc nước làm ẩm methylcellulose trong một RCT và mỡ Lacrilube trong một RCT khác). Các phát hiện của những RCT này được gộp chung vào trong một phân tích tổng hợp so sánh tẩm phủ polyethylene với thuốc tra mắt dạng nước hoặc dạng mỡ. Phân tích tổng hợp này đã chứng minh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về khả năng làm giảm trượt giác mạc của tẩm phủ polyethylene so với thuốc tra mắt.

3. Làm mắt khép kín

Rất nhiều các phương pháp được sử dụng nhằm đảm bảo mi mắt vẫn khép kín bao gồm:

- Băng dính
- Gạc
- Gạc tẩm nước muối
- Gạc paraffin (Jelonet)
- Miếng che/phủ mắt (băng gạc)
- Tẩm che mắt
- Gel polyacrylamide (Geliperma)
- Khâu Frost (khâu kéo mi dưới)
- Khâu cò mi tạm thời (khâu ở bên hoặc giữa hoặc theo Fuch)

Làm khép mi mắt thụ động được thực hiện bởi điều dưỡng (như đã nói ở trên) kém hiệu quả hơn hẳn trong phòng chống trượt giác mạc so với việc dùng nước mắt nhân tạo dạng mỡ (Duratears). Không có nghiên cứu nào xác định điều này. Mặc dù nhiều biện pháp can thiệp khác như băng che hoặc băng phủ, gel, khâu hoặc dán được đề xuất phổ biến trong y văn, không phương pháp nào là đối tượng được nghiên cứu đánh giá.

4. Các chương trình chăm sóc mắt

Y văn khuyến nghị rằng đã có một vài sự nỗ lực nhằm chuẩn hóa việc chăm sóc mắt ở khoa Hồi sức tích cực thông qua việc tuân thủ những nội dung sau đây:

- Giáo dục đội ngũ nhân viên



BÀI DỊCH VỀ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

- Sử dụng và bổ sung các thủ thuật chăm sóc mắt
- Phát triển các hướng dẫn chung về chăm sóc mắt

Các chương trình chăm sóc mắt đã được đề xuất trong y văn, tuy nhiên không chương trình nào được đánh giá bằng RCT.

TÓM TẮT NHỮNG VẤN ĐỀ CHÍNH

Những phát hiện chính của bài tổng quan hệ thống này là có rất ít đánh giá về can thiệp chăm sóc mắt ở bộ phận Hôi sức tích cực. Dựa trên những thông tin hạn chế có thể thấy rằng tấm phủ polyethylene có hiệu quả hơn là thuốc tra mắt dạng nước hoặc dạng mỡ. Tuy nhiên, thuốc tra mắt dạng nước hoặc dạng mỡ vẫn tốt hơn là không tra gì tại mắt.

Trong khi phù và nhiễm trùng mắt được coi là vấn đề thường gặp ở nhóm người bệnh này thì vẫn còn rất ít những đánh giá về chiến lược phòng chống. Có thể thấy rằng có rất nhiều biện pháp can thiệp và các sản phẩm được sử dụng hoặc đề xuất trong y văn nhưng chỉ một vài trong số đó là đối tượng của các đánh giá.

Dựa trên những phát hiện này, chúng tôi cho rằng đang có một nhu cầu cấp thiết nghiên cứu thêm về mọi khía cạnh của chăm sóc mắt cho những người bệnh Hôi sức tích cực.

Tỷ lệ các vấn đề về mắt

Một phát hiện rất quan trọng khác của bài tổng quan hệ thống này là trật giác mạc vẫn xảy ra ở những người bệnh Hôi sức tích cực. Những kết luận của các RCT chỉ ra rằng trật giác mạc có thể xuất hiện trong khoảng thời gian tương đối ngắn, từ 48 giờ cho đến 1 tuần.

Dựa vào 3 RCT, tỷ lệ trật giác mạc thay đổi từ 3.33% đến 22% trong tổng số người bệnh Hôi sức tích cực. Trong một nghiên cứu tiến cứu 50 người bệnh được lựa chọn ngẫu nhiên từ khoa Hôi sức tích cực đã cho thấy tỷ lệ trật giác mạc là 40%. Một nghiên cứu khác chỉ ra rằng có tới 60% các người bệnh Hôi sức tích cực sử dụng thuốc an thần trên 48 giờ có khả năng bị trật giác mạc. Một nghiên cứu khác đã báo cáo 42% các người

bệnh được phát hiện trật giác mạc ở các mức độ, và phần lớn được phát hiện trong tuần đầu nằm viện.

Những phát hiện này chỉ ra rằng nguy cơ trật giác mạc là một vấn đề đáng kể đối với các người bệnh Hôi sức tích cực. Những phát hiện này rõ ràng cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của chăm sóc mắt cho nhóm người bệnh này.

Cùng với trật giác mạc, phù kết mạc và nhiễm trùng cũng được thấy khá phổ biến như là các tác dụng phụ. Tim hiểu trong y văn không xác định được nghiên cứu nào tìm được biện pháp can thiệp nhằm phòng chống 2 biến chứng này. Việc thiếu các nghiên cứu trong lĩnh vực này là mối quan tâm lớn và làm cho việc xác định giải pháp cho vấn đề này gặp khó khăn.

Tác động của chăm sóc mắt đối với gia đình

Một mẫu giấy lưu ý về việc đặt tấm Gladwrap lên trên mắt người bệnh ở khoa Hôi sức tích cực có tác động quan trọng đối với cách thể hiện của họ. Những thông tin truyền tai khuyến nghị về chăm sóc mắt có thể cũng có tác động quan trọng đối với người nhà người bệnh. Tuy nhiên, dường như chưa có nghiên cứu về vấn đề này.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa vào những phát hiện của 3 RCT nhỏ ở trên, chúng tôi đưa ra những đề xuất sau:

Chăm sóc mắt cần phải trở thành một phần của công tác chăm sóc cho tất cả các người bệnh trong suốt thời gian điều trị ở bộ phận Hôi sức tích cực.

Thuốc mỡ hoặc thuốc nước tra mắt có hiệu quả hơn trong việc làm giảm tỷ lệ trật giác mạc so với không sử dụng thuốc tra mắt nào.

Tấm phủ polyethylene (Gladwrap) có hiệu quả hơn trong việc làm giảm tỷ lệ trật giác mạc so với thuốc mỡ và thuốc nước tra mắt.

Vi đây là các khuyến nghị dựa trên những thông tin còn hạn chế nên lĩnh vực này cấp thiết cần có thêm nhiều nghiên cứu hơn