



BAN BIÊN TẬP:

Trưởng ban biên tập:

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

Phó trưởng ban biên tập:

PGS.TS.BS. PHẠM NGỌC ĐÔNG
THS. ĐD. LÊ HOÀNG YẾN

Ủy viên:

TS. BS. BÙI THỊ VÂN ANH
TS. BS. ĐẶNG TRẦN ĐẠT
THS. ĐD. PHẠM THỊ KIM ĐỨC
TS.BS. TRẦN KHÁNH SÂM
TS. BS. NGUYỄN XUÂN TỊNH
TS. BS. HOÀNG ANH TUẤN
TS. BS. THẨM TRƯỞNG KHÁNH VÂN

BAN THƯ KÝ:

CNĐĐ. NGUYỄN HỒNG HẠNH
CN. NGUYỄN THỊ KIM LINH

THIẾT KẾ:

THS. Họa sĩ VŨ LONG

TRỤ SỞ BAN BIÊN TẬP:

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

Email: dsddnhankhoa@gmail.com

Điện thoại: 024.39446630

Fax: 024.39454956

GPXB số 65/GP-XBĐS cấp ngày 13/05/2019
In 300 cuốn khổ 19x26,5 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

- **Đặc điểm dịch tễ học của chấn thương mắt tại Bệnh viện Mắt TW** 3
*Nguyễn Thị Mai
Thẩm Truong Khánh Vân*
- **Sự phối hợp của người bệnh Glôcôm trên máy thị trường Humprey Matrix tại Bệnh viện Mắt TW năm 2018** 13
*Hà Đức Thiện
Bùi Thị Vân Anh*

THÔNG TIN HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN

- **Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ghép giác mạc quang học** 20
Nguyễn Kim Oanh
- **Tia tử ngoại với sức khỏe thị giác** 22
*Hoàng Cương
Nguyễn Bá Hòa*

BÀI DỊCH

- **Chấn thương mắt trẻ em: Phòng tránh và sơ cứu ban đầu** 25
Đoàn Thị Minh Huệ
- **Chăm sóc mắt sau phẫu thuật thể thủy tinh** 27
Phạm Xuân Trường

BẢN TIN

- **Bệnh Viện mắt Trung ương triển khai tập huấn tuyên truyền, nâng cao kiến thức phòng chống dịch viêm đường hô hấp cấp Covid-19** 29
HS. Hòa Long
- **Đại hội Chi bộ phòng Điều dưỡng - Công tác xã hội Nhiệm kỳ 2020-2022** 31
HS. Hòa Long

LỜI CẢM ƠN

Ban Biên tập Đặc san Điều dưỡng Nhân khoa xin trân trọng cảm ơn các nhà khoa học đã tham gia thẩm định bài viết trong số Đặc san này:

1. TS. Nguyễn Xuân Tịnh, Trưởng Khoa Mắt Trẻ em
2. TS. Bùi Thị Vân Anh, Trưởng phòng Quản lý khoa học và đào tạo.
3. TS. Đỗ Tấn, Trưởng khoa Glôcôm.
4. TS. Trần Khánh Sâm, Phó Trưởng Khoa Giác mạc
5. TS. Thẩm Trương Khánh Vân, Trưởng Khoa Chấn thương mắt.

BAN BIÊN TẬP

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC CỦA CHẤN THƯƠNG MẮT TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

*Tác giả: Nguyễn Thị Mai, Nguyễn Thu Hà, Thẩm Trương Khánh Vân**

Người thẩm định: TS. BS. Bùi Thị Vân Anh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương mắt là một nguyên nhân hay gặp gây mất thị lực. Ước tính trên thế giới có đến 55 triệu trường hợp chấn thương mắt mỗi năm, trong đó có khoảng 750 000 trường hợp nhập viện do chấn thương mắt và có đến 1,6 triệu trường hợp mù mắt do chấn thương, 2,3 triệu người bị giảm thị lực 2 mắt do chấn thương và có đến 19 triệu người bị mù hoặc giảm thị lực 1 mắt do chấn thương [1]. Chấn thương mắt không chỉ gây giảm hoặc mất thị lực làm giảm chất lượng cuộc sống, nó còn là một gánh nặng về mặt kinh tế đối với không chỉ bản thân gia đình người bệnh mà còn với xã hội bởi nó làm gián đoạn việc học tập và làm việc của người bệnh và cả người thân để chăm sóc người bệnh, gánh nặng về mặt chi phí điều trị và theo dõi lâu dài.

Chấn thương mắt là một trong những vấn đề lớn trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng vì nó có thể xảy ra ở bất kỳ đâu, ở nơi làm việc hay ở nhà, trong tất cả các hoạt động của đời sống như tham gia giao thông, tập luyện thể dục thể thao. Các yếu tố được cho là nguy cơ cao gặp chấn thương mắt theo một số nghiên cứu như nam giới, tai nạn ở nơi làm việc, tai nạn giao thông, người nghiện rượu,...

Chấn thương mắt bao gồm chấn

thương mắt do cơ học và không do cơ học. Chấn thương do cơ học bao gồm chấn thương nhãn cầu và chấn thương phần phụ của nhãn cầu (mi, lệ bộ). Chấn thương không do cơ học có thể gặp như bỏng do acid hay kiềm, tia xạ,... Tuy nhiên không phải trường hợp chấn thương mắt nào cũng cần phải nhập viện điều trị.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá về dịch tễ học của chấn thương mắt, như báo cáo của Wong (1998) ở Mỹ, hay báo cáo của Cillino (2008) và của Desai (2015) ở châu Âu, ở Úc có nghiên cứu của Raymond (2010), hay ở châu Á có báo cáo của Cao (2012), gần đây là báo cáo của tác giả Wang (2017) [2], [3], [4], [5], [6]. Tại Việt Nam có rất ít các nghiên cứu về dịch tễ học chấn thương mắt, đặc biệt những trường hợp chấn thương mắt cần phải nhập viện, hơn thế nữa, so với các nước khác trên thế giới, Việt Nam là một trong những quốc gia có tỉ lệ gặp chấn thương mắt cao. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “**Đặc điểm dịch tễ học của chấn thương mắt tại Bệnh viện mắt trung ương**” với mục tiêu: mô tả đặc điểm dịch tễ học của chấn thương mắt tại Bệnh viện Mắt Trung Ương

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả tiến cứu bao gồm

* Khoa Chấn thương Mắt

254 người bệnh nhập viện khoa Chấn thương Mắt – Bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 07/2017 đến tháng 07/2018.

Các người bệnh được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu bao gồm các chỉ số về

- ❖ Tuổi, giới, dân tộc
- ❖ Mắt chấn thương
- ❖ Thời gian xảy ra chấn thương trong năm, thời điểm xảy ra chấn thương trong ngày
- ❖ Hoàn cảnh chấn thương
- ❖ Địa điểm xảy ra chấn thương

- ❖ Vị trí và hình thái chấn thương mắt
- ❖ Hiểu biết về sơ cứu của người bệnh được ghi nhận bằng bảng câu hỏi khảo sát

- ❖ Thời gian từ lúc chấn thương đến khi được sơ cứu ban đầu

- ❖ Thời gian từ lúc chấn thương đến khi được nhập viện Bệnh viện Mắt Trung Ương

III. Kết quả và bàn luận

1. Tuổi, giới

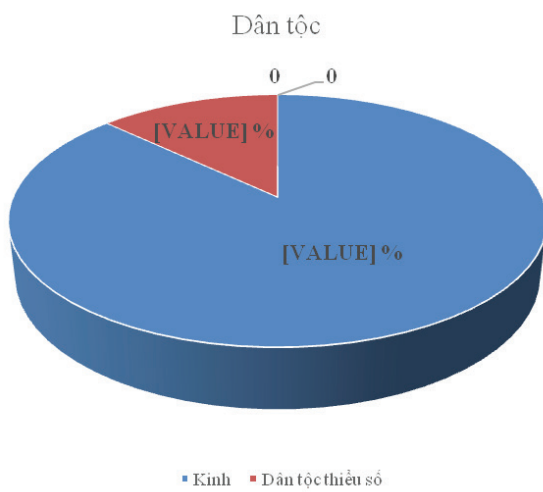
Bảng 1: Đặc điểm về tuổi giới

	≤ 18 tuổi	19 – 40 tuổi	41 – 60 tuổi	>60 tuổi	Tổng
Nam	47 (18,5%)	90 (35,4%)	59 (23,2%)	7 (2,8%)	203 (79,9%)
Nữ	14 (5,5%)	18 (7,1%)	12 (4,7%)	7 (2,8%)	51 (20,1%)
Tổng	61 (24,0%)	108 (42,5%)	71 (28,0%)	14 (5,5%)	254 (100%)

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $32,85 \pm 18,318$ tuổi, thấp nhất là 2 tuổi, cao nhất là 89 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là nhóm tuổi 19 – 40 tuổi, gặp ở 108 các trường hợp, chiếm 42,5%. Đây là nhóm tuổi trong độ tuổi lao động, tham gia nhiều hoạt động trong cuộc sống hàng ngày và lao động nặng nhiều, chính vì thế tỉ lệ chấn thương mắt ở nhóm tuổi này cao nhất. Nghiên cứu của Wang và cộng sự (2017) cũng cho kết quả tương tự, tuổi trung bình là 37, hai nhóm tuổi hay gặp nhất là nhóm tuổi 41 – 50 tuổi và 51 – 60 tuổi. [7]

Trong nghiên cứu, nam giới là đối tượng gặp chấn thương vượt trội so với nữ giới, tỉ lệ nam/nữ $\approx 4/1$. Điều này có thể giải thích là do so với nữ giới, nam giới hay làm những công việc nặng hơn, cũng chính vì vậy, nguy cơ gặp tai nạn hay chấn thương mắt cao hơn nữ giới. Trong các nghiên cứu khác, nam giới cũng gặp nhiều hơn nữ giới, như nghiên cứu của Wang và cộng sự (2017) nam giới chiếm 84,4%, nghiên cứu của Pandita (2012) tại New Zealand, nam giới chiếm đa số (74% so với 26%) [7], [8]

2. Dân tộc



Biểu đồ 1: Đặc điểm về dân tộc

Dân tộc Kinh chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi. Có đến 87% các trường hợp là dân tộc Kinh, trong khi các dân tộc thiểu số khác chỉ chiếm 13%. Tỷ lệ này khá phù hợp với tỷ lệ dân tộc Kinh nói chung, chiếm 86,2% dân số, còn lại là các dân tộc thiểu số khác.

3. Mắt chấn thương

Bảng 2: Tỷ lệ mắt chấn thương

	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Mắt phải	121	47,6%
Mắt trái	131	51,6%
Hai mắt	2	0,8%
Tổng	254	100%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đại đa số các trường hợp bị chấn thương 1 mắt, trong đó chấn thương ở mắt phải và mắt trái gặp gần như nhau, lần lượt là 47,6% và 51,6% và chỉ có 2 trường hợp chấn thương gặp cả 2 mắt, chiếm 0,8%. Nghiên cứu của Pandita (2012) cũng cho thấy tỷ lệ gặp chấn thương ở mắt phải hay mắt trái là không có sự khác biệt ($p > 0,05$) [8].

4. Thời điểm xảy ra chấn thương trong ngày

Bảng 3: Thời điểm xảy ra chấn thương trong ngày

	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Đầu giờ sáng	42	16,5%
Cuối giờ sáng	37	14,6%
Trưa	22	8,7%
Đầu giờ chiều	36	14,2%
Cuối giờ chiều	81	31,9%
Tối	21	8,3%
Đêm	15	5,9%
Tổng	254	100%

Chấn thương mắt có thể xảy ra ở bất kể thời điểm nào trong ngày, tuy nhiên

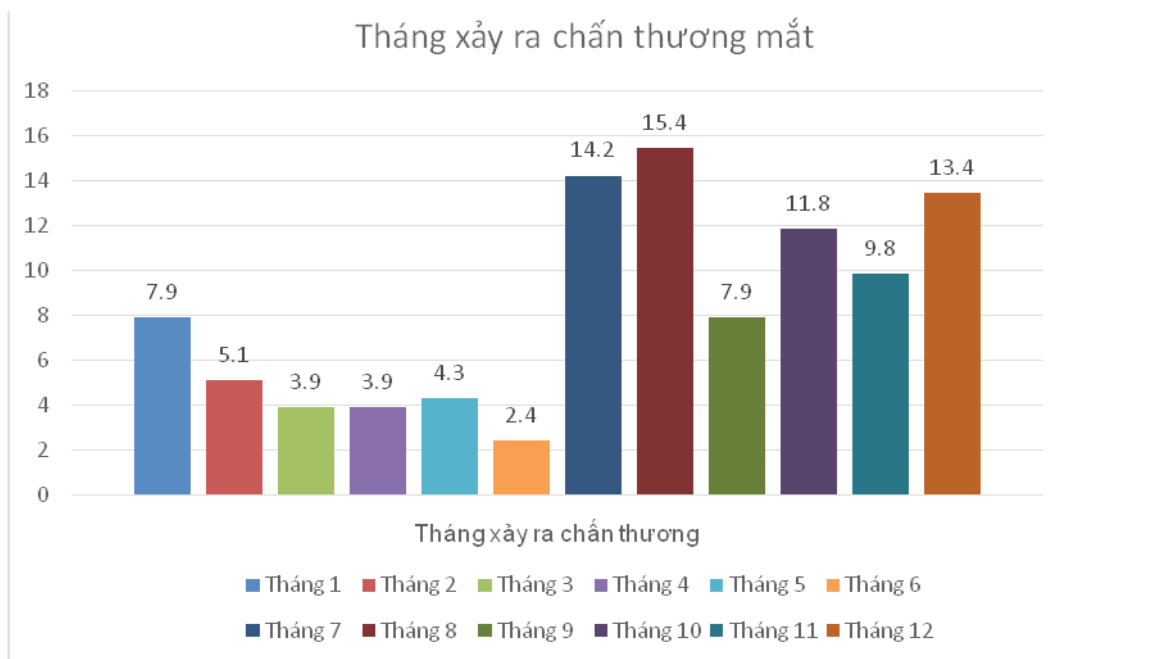
đa số các trường hợp xảy ra vào ban ngày, tỷ lệ gặp chấn thương mắt vào buổi

tối hay đêm thấp, lần lượt là 8,3% và 5,9%. Điều này có thể được giải thích là do đa số các hoạt động sinh hoạt và lao động xảy ra vào ban ngày nên tỉ lệ gặp chấn thương cao hơn.

Qua bảng trên cũng có thể thấy được tỉ lệ gặp chấn thương cao nhất là thời điểm cuối giờ chiều, gặp ở 81/254 các trường hợp, chiếm 31,9%. Đây là khoảng thời gian mệt mỏi, sự tập trung bị giảm sút, chính vì vậy, tỉ lệ gặp tai nạn sinh hoạt hay lao động cũng vì thế mà tăng lên.

Nghiên cứu của Cai (2015) khi đánh giá thời điểm xuất hiện chấn thương mắt ở hai nhóm chấn thương do lao động và nhóm chấn thương không do lao động, kết quả cũng tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, tác giả cũng nhận thấy chấn thương mắt có thể xảy ra ở bất kể thời điểm nào trong ngày, trong đó ở nhóm chấn thương do lao động, chấn thương hay gặp nhất là lúc cuối giờ chiều (16h đến 18h) và ở nhóm chấn thương không do lao động, chấn thương lại hay gặp lúc trưa (từ 11h đến 13h) [9].

5. Thời điểm xảy ra chấn thương trong năm



Biểu đồ 2: Thời điểm xảy ra chấn thương trong năm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chấn thương mắt có thể xảy ra ở bất kì thời điểm nào trong năm, tuy nhiên so với 6 tháng đầu năm, thì tỉ lệ chấn thương mắt ở 6 tháng cuối năm gặp nhiều hơn cả (72,4% so với 27,6%), trong đó tháng 7 và tháng 8 là hai tháng gặp chấn thương

mắt với tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 14,2% và 15,4%. Mặc dù nghiên cứu của Cai (2015) phân ra thành 2 nhóm chấn thương do lao động và chấn thương không do lao động, tuy nhiên về cơ bản cũng cho thấy kết quả gần giống với nghiên cứu của chúng tôi, khi điều cho

thấy chấn thương mắt có thể xảy ra ở điểm gặp vào tháng 7 và tháng 8 [9].
bất kì thời điểm nào trong năm và đỉnh

6. Hoàn cảnh chấn thương

Bảng 4: Hoàn cảnh chấn thương

	Số người bệnh (n)	Tỉ lệ (%)
Tai nạn lao động	112	44,1%
Tai nạn sinh hoạt	122	48,0%
Tai nạn thể dục thể thao	6	2,4%
Tai nạn giao thông	14	5,5%
Tổng	254	100%

Nguyên nhân chấn thương mắt trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là do tai nạn lao động (chiếm 44,1%) và tai nạn sinh hoạt (48,0%), trong khi chấn thương mắt gặp do tai nạn thể dục thể thao hay tai nạn giao thông chỉ lần lượt là 2,4% và 5,5%. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy chấn thương mắt gặp do lao động chiếm tỉ lệ cao nhất, ví dụ như trong nghiên cứu của Wang (2017) cho thấy tỉ

lệ chấn thương mắt do lao động chiếm 39,1%, tiếp sau đó là chấn thương do tai nạn sinh hoạt tại nhà chiếm 28,5%, những nguyên nhân khác chỉ chiếm tỉ lệ rất nhỏ [7]. Trong một nghiên cứu khác của Sengupta (2016), chấn thương mắt do lao động gặp với tỉ lệ cao nhất là 41,06% và chấn thương do sinh hoạt tại nhà là 27,84% [10]

7. Địa điểm xảy ra chấn thương

Bảng 5: Địa điểm xảy ra chấn thương

	Số người bệnh (n)	Tỉ lệ (%)
Nông thôn	203	79,9%
Ven đô	13	5,1%
Thành thị	20	7,9%
Miền núi	18	7,1%
Tổng	254	100%

Phần lớn các trường hợp chấn thương mắt trong nghiên cứu xảy ra ở nông thôn, gặp ở 203/254 trường hợp,

chiếm 79,9%. Mặc dù xu hướng đô thị hóa đang diễn ra, nhưng dân số sống ở vùng nông thôn vẫn chiếm một tỉ lệ cao,

năm 2009 tỉ lệ này là 70,4%. Mặc dù Bệnh viện Mắt Trung Ương là một bệnh viện trung ương đặt tại thủ đô Hà Nội, tuy nhiên hàng ngày tiếp nhận rất nhiều các trường hợp chấn thương mắt từ tuyến dưới chuyên lên, và hầu hết các trường hợp này đều là những trường hợp nặng, phải nhập viện khoa Chấn thương để điều trị. Hơn nữa, một phần nguyên nhân có thể do hiểu biết về an toàn lao động, về nguy cơ chấn thương

mắt trong sinh hoạt hàng ngày ở nông thôn chưa được chú ý nhiều. Chính vì vậy, để giảm thiểu tỉ lệ chấn thương mắt, thiết nghĩ, chúng ta nên tập trung hơn vào các đối tượng ở khu vực này. Wang (2015) trong một nghiên cứu cũng cho thấy điều tương tự, chấn thương mắt xảy ra nhiều hơn ở khu vực nông thôn (chiếm 77,9%) so với khu vực thành thị, chỉ chiếm 22,1%, và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$ [7].

8. Vị trí và hình thái chấn thương mắt

Bảng 6: Vị trí chấn thương mắt

	Số người bệnh (n)	Tỉ lệ (%)
Chấn thương nhãn cầu	224	88,2%
Chấn thương mi – lệ bộ	20	7,9%
Chấn thương hốc mắt	10	3,9%
Tổng	254	100%

Nhãn cầu là vị trí chấn thương hay gặp nhất, gặp ở 224/254 các trường hợp, chiếm 88,2%. Trong khi đó, chấn thương ở mi – lệ bộ và ở hốc mắt chỉ chiếm tỉ lệ nhỏ, lần lượt là 7,9% và 3,9%. Mặc dù nhãn cầu là thành phần bên trong hốc mắt, được bảo vệ bởi các cấu trúc thành xương hốc mắt và cấu trúc phần mềm bên ngoài, nhưng

lại là vị trí hay gặp chấn thương nhất. Điều này có thể là do chấn thương nhãn cầu là một chấn thương nặng, ảnh hưởng nhiều hơn đến thị lực nên phải nhập viện điều trị trong nhiều trường hợp, còn đối với chấn thương hốc mắt hay mi – lệ bộ, nhiều khi chỉ có những tổn thương nhẹ và không có chỉ định nhập viện.

Bảng 7: Hình thái chấn thương

	Số người bệnh (n)	Tỉ lệ (%)
Chấn thương nhãn cầu hở	178	70,1%
Chấn thương đục dập nhãn cầu	41	16,1%
Bỏng mắt	13	5,1%
Chấn thương khác	22	8,7%
Tổng	254	100%



Chấn thương nhãn cầu hở là hình thái chấn thương hay gặp nhất, chiếm 70,1%. Đây là hình thái chấn thương nặng, cần được nhập viện cấp cứu, phẫu thuật để đóng vết thương càng sớm càng tốt, trong khi đó, những hình thái chấn thương khác như chấn thương đục dập nhãn cầu hay bong mắt, nếu nhẹ có thể điều trị ngoại trú, không cần nhập viện, chính vì đó mà tỉ lệ gặp ít hơn. Một nghiên cứu tại Trung Quốc cũng cho kết quả tương tự, Wang (2017) trong nghiên cứu của mình nhận thấy rằng, phần lớn trong nghiên cứu của ông là chấn thương nhãn cầu hở (70,7%), trong khi chấn thương nhãn cầu kín chỉ chiếm 28,6% và có 0,7% là các trường hợp bong mắt [7]. Tuy nhiên,

một số nghiên cứu lại cho kết quả khác, như nghiên cứu của Sengupta (2016) thì chấn thương nhãn cầu hở chỉ chiếm một tỉ lệ nhỏ (27,8%), nghiên cứu của Pantida (2012) tại New Zealand cho thấy chấn thương nhãn cầu hở gặp ít hơn chấn thương nhãn cầu kín (253 trường hợp so với 568 trường hợp), hay một nghiên cứu khác tại Singapore của Voon (2001), tỉ lệ này là 2% [10],[8],[11]. Điều này có thể giải thích rằng so với các nước đã phát triển, người dân Việt Nam ít chú ý đến những phương tiện bảo hộ trong khi làm việc hay sinh hoạt, vì thế những chấn thương mắt có xu hướng xảy ra nhiều hơn, nguy cơ tổn thương nhãn cầu cao hơn, và khi đã tổn thương thì cũng tổn thương nặng nề hơn.

Bảng 8: Tỷ lệ các loại hình thái trong chấn thương nhãn cầu hở

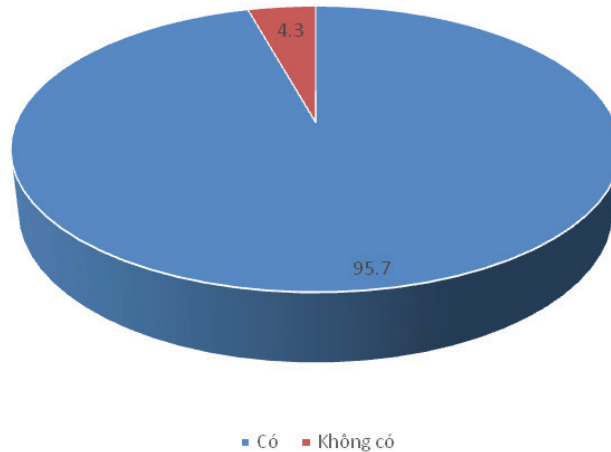
	Số người bệnh (n)	Tỉ lệ (%)
VT xuyên không có DVNN	90	50,6%
VT xuyên có DVNN	17	9,6%
CT vỡ nhãn cầu	66	37,1%
VT xuyên thấu nhãn cầu	5	2,8%
Tổng	178	100%

Trong hình thái chấn thương nhãn cầu hở, tỉ lệ gặp vết thương xuyên nhãn cầu không có dị vật nội nhãn là cao nhất (50,6%), sau đó là hình thái chấn thương vỡ nhãn cầu (chiếm 37,1%). Hai hình thái đặc biệt là vết thương xuyên nhãn cầu có dị vật nội nhãn và vết thương xuyên thấu chỉ chiếm với tỉ lệ nhỏ, lần lượt là 9,6% và 2,8%. Nghiên

cứu của Wang (2017) cũng thu được kết quả tương tự, trong số 1420 trường hợp chấn thương nhãn cầu hở, có đến 646 trường hợp là vết thương xuyên nhãn cầu (45,5%), tiếp sau đó là chấn thương vỡ nhãn cầu gặp ở 432 trường hợp, chiếm 30,42% và các hình thái khác gặp với tỉ lệ ít hơn [7].

9. Hiểu biết về sơ cứu

Hiểu biết về sơ cứu



Biểu đồ 3: Biểu đồ về sự hiểu biết về sơ cứu

Đại đa số các trường hợp trong nghiên cứu khi được hỏi về các kiến thức sơ cứu chấn thương đều không biết, chiếm đến 95,7% và chỉ có 4,3% các trường hợp biết các kiến thức về sơ cứu. Trong nhiều trường hợp chấn thương mắt, việc hiểu biết và làm đúng sơ cứu đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị cũng như phòng tránh những tổn thương nặng cho mắt. Ví dụ như

trong bỏng mắt do hóa chất, việc rửa mắt càng sớm càng tốt sẽ giúp loại bỏ được tác nhân gây bỏng, hạn chế được quá trình phá hủy tổ chức, góp phần cải thiện được tiên lượng bệnh. Chính vì vậy, việc tuyên truyền giáo dục cho mọi người cách sơ cứu chấn thương mắt là việc làm rất cần thiết và có ý nghĩa cực kì quan trọng.

10. Thời gian từ lúc chấn thương đến khi được sơ cứu ban đầu

Bảng 9: Thời gian từ lúc chấn thương đến khi được sơ cứu ban đầu.

	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 1 ngày	245	96,5%
1 – 3 ngày	4	1,6%
3 – 7 ngày	4	1,6%
> 7 ngày	1	0,4%
Tổng	254	100%



Đại đa số các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi được sơ cứu trong vòng 1 ngày kể từ khi chấn thương (96,5%). Trong số những trường hợp còn lại, có 4 người bệnh được sơ cứu trong vòng 1 – 3 ngày (chiếm 1,6%) và 4 trường hợp (chiếm 1,6%) được sơ cứu sau 3 – 7 ngày sau chấn thương,

đặc biệt có 1 trường hợp được sơ cứu muộn nhất là ngoài 7 ngày, cụ thể sau 18 ngày. Đây là những trường hợp chấn thương ở nông thôn và miền núi, không có hiểu biết về sơ cứu cộng với tâm lý chủ quan, tuy nhiên những trường hợp này chỉ chiếm một tỉ lệ nhỏ.

11. Thời gian từ lúc chấn thương đến khi được nhập viện Bệnh viện Mắt Trung Ương

Bảng 10: Thời gian từ lúc chấn thương đến khi được nhập viện Bệnh viện Mắt TW

	Số người bệnh (n)	Tỉ lệ (%)
≤ 1 ngày	203	79,9%
1 – 3 ngày	27	10,6%
3 – 7 ngày	17	6,7%
1 tuần – 1 tháng	6	2,4%
> 1 tháng	1	0,4%
Tổng	254	100%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn người bệnh được nhập viện Bệnh viện Mắt Trung Ương sớm, có đến 79,9% trường hợp được nhập viện trong vòng 1 ngày kể từ lúc chấn thương và chỉ có 1 trường hợp nhập viện điều trị muộn, sau hơn 1 tháng. Đây là trường hợp người bệnh ở xa, thiếu kiến thức về chấn thương mắt, chủ quan với bệnh tật, nên sơ cứu muộn, điều trị ở tuyến dưới một thời gian dài, sau đó được chuyển đến Bệnh viện Mắt Trung Ương điều trị tiếp. Điều này phần nào cho thấy cùng với sự phát triển của xã hội, nhận thức cũng như ý thức khám chữa bệnh sớm của người dân cũng tăng lên. Nghiên cứu của Sengupta (2016) cũng cho thấy hầu hết các trường hợp đến viện khám

và điều trị trong vòng 3 ngày kể từ khi chấn thương (95,3%), chỉ có 3,8% các trường hợp đến viện sau 4 – 7 ngày và 1,2% đến viện muộn sau 1 tuần [10].

KẾT LUẬN

Chấn thương mắt gặp chủ yếu ở độ tuổi lao động, nam gặp nhiều hơn nữ, nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động. Thời gian chấn thương thường vào thời điểm cuối giờ chiều và thường được sơ cứu và nhập viện sớm. Tuy nhiên, sự hiểu biết về sơ cứu chấn thương mắt còn thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. D. Negrel và B. Thylefors (1998). The global impact of eye injuries.

Ophthalmic Epidemiol, 5(3), 143-169.

2. T. Y. Wong, A. Lincoln, J. M. Tielsch và cộng sự (1998). The epidemiology of ocular injury in a major US automobile corporation. *Eye (Lond)*, 12 (Pt 5), 870-874.

3. S. Cillino, A. Casuccio, F. Di Pace và cộng sự (2008). A five-year retrospective study of the epidemiological characteristics and visual outcomes of patients hospitalized for ocular trauma in a Mediterranean area. *BMC Ophthalmol*, 8, 6.

4. P. Desai, D. S. Morris, D. C. Minassian và cộng sự (2015). Trends in serious ocular trauma in Scotland. *Eye (Lond)*, 29(5), 611-618.

5. S. Raymond, M. Jenkins, I. Favilla và cộng sự (2010). Hospital-admitted eye injury in Victoria, Australia. *Clin Exp Ophthalmol*, 38(6), 566-571.

6. H. Cao, L. Li và M. Zhang (2012). Epidemiology of patients hospitalized for ocular trauma in the Chaoshan region of China, 2001-2010. *PLoS One*, 7(10), e48377.

7. W. Wang, Y. Zhou, J. Zeng và cộng sự (2017). Epidemiology and clinical characteristics of patients hospitalized for ocular trauma in South-Central China. *Acta Ophthalmol*, 95(6), e503-e510.

8. A. Pandita và M. Merriman (2012). Ocular trauma epidemiology: 10-year retrospective study. *N Z Med J*, 125(1348), 61-69.

9. M. Cai và J. Zhang (2015). Epidemiological Characteristics of Work-Related Ocular Trauma in Southwest Region of China. *Int J Environ Res Public Health*, 12(8), 9864-9875.

10. M. M. Sengupta D, Gyatsho J (2016). Epidemiology of ocular trauma cases presenting to a tertiary care hospital in a rural area in West Bengal, India over a period of 2 years. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 15(3), 92-97.

11. L. W. Voon, J. See và T. Y. Wong (2001). The epidemiology of ocular trauma in Singapore: perspective from the emergency service of a large tertiary hospital. *Eye (Lond)*, 15(Pt 1), 75-81.

SỰ PHỐI HỢP CỦA NGƯỜI BỆNH GLÔCÔM TRÊN MÁY THỊ TRƯỜNG HUMPREY MATRIX TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2018

Tác giả: Hà Đức Thiện, Bùi Thị Vân Anh***

Người thẩm định: TS. BS. Đỗ Tấn

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét sự phối hợp của người bệnh khi đo thị trường kế Humphey theo mức độ chính xác của thị trường và tìm hiểu về một số yếu tố liên quan đến sự phối hợp của người bệnh khi đo thị trường kế Humprey.

Kết quả: Nghiên cứu trên 161 người bệnh (NB) nữ gặp nhiều hơn nam (59,63% nữ; 40,37% nam); đa phần thuộc nhóm từ 31 đến 45 tuổi (40,99%); thị lực tốt >20/40 (69,28%). Số lần làm thị trường 1 lần của mắt trái là 66,9% cao hơn mắt phải với 47,1%. Tổng sai số thị trường có thể chấp nhận được của mắt trái là 86,8% cao hơn mắt phải (83,9%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số lần làm thị trường, lỗi âm tính giả, dương tính giả, mất định thị, mức độ sai số không có sự khác biệt trong nhóm tuổi và giới. Trình độ học vấn người bệnh càng cao thì tỷ lệ sai số càng ít. Nông dân là nhóm có tỷ lệ chính xác thấp nhất so với các nhóm nghề khác. Không có sự khác biệt về số lần làm thị trường, mất định thị, lỗi dương tính giả, tổng sai số giữa các nhóm thị lực.

Kết luận: Đo thị trường là một kỹ thuật quan trọng để chẩn đoán và theo dõi bệnh glôcôm. Lần đo sau (mắt trái) người bệnh đã có sự phối hợp tốt hơn mắt phải (đo trước). Sự phối hợp của người bệnh phụ thuộc vào một số yếu tố liên quan như trình độ học vấn và nghề nghiệp của người bệnh.

Từ khóa: *Glôcôm, sự phối hợp, sai số âm tính giả, dương tính giả, mất định thị*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là nguyên nhân khiến cho hơn 8.4 triệu người bị mù trong năm 2010, dự kiến tăng lên 11,1 triệu vào năm 2020 [3]. Các tổn thương do glôcôm gây ra không có khả năng phục hồi. Chính vì vậy chẩn đoán sớm và theo dõi sát bệnh glôcôm mà trong đó tổn thương thị trường đặc hiệu glôcôm là một trong tam chứng bệnh là 1 khâu

quan trọng góp phần phòng tránh mù lòa do bệnh gây ra. Thị trường (TT) kế Matrix là một loại TT kế tĩnh, tự động hoàn toàn, 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 TT và theo dõi tiến triển của bệnh glôcôm [2] [3]. Tuy nhiên kết quả TT có thể bị sai lệch khi không có sự phối hợp tốt của NB. Vì vậy việc giúp đỡ NB hiểu rõ tầm

* Khoa Chẩn đoán hình ảnh

** Phòng Quản lý Khoa học và đào tạo

quan trọng cũng như cách thức làm TT là một việc làm cần thiết nhằm rút ngắn thời gian làm xét nghiệm cũng như để có được kết quả TT chính xác nhất. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận xét sự phối hợp của người bệnh khi đo thị trường kế Humphrey theo mức độ chính xác của thị trường và tìm hiểu về một số yếu tố liên quan đến sự phối hợp của người bệnh khi đo thị trường kế Humphrey Matrix.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 4 đến tháng 8/2018

1. Đối tượng nghiên cứu: 161 người bệnh glôcôm từ 15 đến 60 tuổi, có thị lực không kính >20/200. Chúng tôi loại khỏi nhóm nghiên cứu những người bệnh không có giao tiếp tốt, sức khỏe

không tốt, có bệnh lý toàn thân

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế dưới dạng mô tả cắt ngang có phân tích

Cách thức nghiên cứu: Người bệnh được tiến hành đo thị trường Humphrey Matrix và ghi nhận các chỉ số tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thị lực đồng thời các số lần làm thị trường để đạt được bản ghi thị trường hoàn chỉnh, tỷ lệ sai số âm tính giả, dương tính giả, mất định thị được ghi nhận và phân độ: không sai số (0%); sai số ít (<10%); sai số chấp nhận được (10-20%); sai số nhiều (>20%)

Mức sai số chung được tính bằng trung bình cộng của các sai số và phân mức độ không sai số (0%); sai số ít (<10%); sai số chấp nhận được (10-20%); sai số nhiều (>20%)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Bảng 1 :Đặc điểm về tuổi và giới (N=161).

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng
Từ 15 đến 30	18	15	33 (20,5%)
Từ 31 đến 45	24	42	66 (40,99%)
Từ 46 đến 60	23	39	62 (38,51%)
Tổng	65 (40,37%)	96 (59,63%)	161 (100%)

Nghiên cứu tiến hành trên 161 người bệnh với 59,63% là nữ giới và 40,37% là nam giới. Nhóm tuổi từ 31 đến 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,99%, tiếp sau đó là nhóm từ 46 đến 60 với 38,51 %, nhóm từ 15 đến 30

tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (20,5%).

Trong tổng 161 người bệnh có 306 mắt được đánh giá, đa số có thị lực tốt >20/40 là 63,4%; 17,3% số mắt có thị lực từ 20/60 – 20/40 và 19,3% số mắt có thị lực từ 20/200 – 20/70.

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

Bảng 2: Số lần làm thị trường mắt phải và mắt trái

Số lần làm thị trường	Mắt phải n (%)	Mắt trái n (%)	p
1 lần	73 (47,1%)	101 (66,9%)	p<0,05
2,3 lần	57 (36,8%)	37 (24,5%)	
>=4 lần	25 (16,1%)	13 (8,6%)	
Tổng	155 (100%)	151 (100%)	

Số lần làm thị trường 1 lần mắt phải lần của mắt phải cao hơn mắt trái. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó, số lần làm thị trường ≥ 4 lần của mắt phải là 16,1% thấp hơn mắt trái 8,6%.

Bảng 3: Mức độ sai số của kết quả TT mắt phải và mắt trái

MDSS(*)	Mắt phải n (%)	Mắt trái n (%)	p
0%	68(43,9)	85(56,3)	p=0,029
1-10%	30(19,3)	24(15,9)	
>10%-20%	32(20,7)	22(14,6)	
> 20%	25(16,1)	20(13,2)	
Tổng	155(100)	151(100)	

Ở mắt phải, có 83,9% thị trường có thể chấp nhận trong đó 68 mắt (43,9%) kết quả chính xác tuyệt đối. Ở mắt trái, có 86,8% thị trường có thể chấp nhận được trong đó 85 mắt (56,3%) kết quả chính xác tuyệt đối. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p = 0,029$).

2. Một số yếu tố liên quan đến sự phối hợp của NB khi đo TT

Bảng 4: Đặc điểm về số lần làm thị trường (n=306)

Đặc điểm		Số lần làm thị trường			p
		1 lần	2,3 lần	≥ 4 lần	
Tuổi	15 – 30	36 (55,38)	21 (32,31)	8 (12,31)	p=0,94
	31- 45	74 (59,2)	35 (28)	16 (12,8)	
	46-60	64 (55,17)	38 (32,76)	14 (12,07)	
Giới	Nam	72 (59,02)	37 (30,33)	13 (10,66)	p=0,71
	Nữ	102 (55,43)	57 (30,98)	25 (13,59)	
Trình độ học vấn	TH+PTCS(*)	23 (40,35)	20 (35,09)	14 (24,56)	p<0,05
	PTTH	59 (50,43)	45 (38,46)	13 (11,11)	
	ĐH+ Sau ĐH	92 (69,7)	29 (21,97)	11 (8,33)	

Nghề nghiệp	Nông dân	18 (36)	19 (38)	13 (26)	p<0,05
	Công nhân	30 (56,6)	19 (35,85)	4 (7,55)	
	Tự do	38 (51,35)	26 (35,14)	10 (13,51)	
	HS+SV	15 (62,5)	6 (25)	3 (12,5)	
	Trí thức	73 (69,52)	24 (22,86)	8 (7,62)	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lần làm thị trường ở các nhóm tuổi và giới ($p>0,05$)

Số lần làm TT 1 lần theo trình độ học vấn của nhóm ĐH và sau ĐH là 69,7% cao hơn các nhóm học vấn còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống

kê với $p<0,05$

Có sự khác biệt về số lần làm thị trường trong nhóm nghề nghiệp. Nhóm nông dân tỷ lệ chính xác thấp nhất với 36%; nhóm trí thức có tỷ lệ chính xác cao nhất với 69,52%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$

Bảng 5: Mức độ sai số của kết quả thị trường (n=306)

Đặc điểm		MĐSS(*)				p
		0%	1%-10%	>10%-20%	>20%	
Tuổi	15 – 30	33(50,77)	8 (12,31)	13 (20)	11(16,92)	p=0,78
	31- 45	63(50,4)	22 (17,6)	24 (19,2)	16 (12,8)	
	46-60	57(49,14)	24 (20,69)	17 (14,66)	18(15,52)	
Giới	Nam	60(49,18)	25 (20,49)	22 (18,03)	15 (12,3)	p= 0,62
	Nữ	93(50,54)	29 (15,76)	32 (17,39)	30 (16,3)	
Trình độ học vấn	TH+PTCS	25(43,86)	32(56,14)			p=0,022
	PTTH	47(40,17)	70(59,83)			
	Đ H + S a u ĐH	81(61,36)	51(38,64)			
Nghề nghiệp	Nông dân	15 (30)	12 (24)	9 (18)	14 (28)	p<0,05
	CN	31(58,49)	8 (15,09)	9 (16,98)	5 (9,43)	
	Tự do	29(39,19)	15 (20,27)	17 (22,97)	13(17,57)	
	HS+SV	14(58,33)	3 (12,5)	4 (16,67)	3 (12,5)	
	Trí thức	64(60,95)	16 (15,24)	15 (14,29)	10 (9,52)	

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

Không có sự khác biệt về mức độ sai số của kết quả thị trường trong nhóm tuổi, giới ($p<0,05$). Có sự khác biệt về mức độ sai số của nhóm trình độ học vấn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Nhóm ĐH và Sau ĐH có tỷ lệ chính xác tuyệt đối

cao nhất với 81(61,26%). Nhóm NB là nông dân có tỷ lệ chính xác tuyệt đối thấp nhất 14(28%). Nhóm trí thức có tỷ lệ chính xác tuyệt đối cao nhất (60,95%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p<0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung (tuổi, giới, thị lực)

Nghiên cứu tiến hành trên 161 người bệnh với tỷ lệ nữ (59,62%) cao hơn nam giới (40,37%), điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu về dịch tễ học bệnh Glôcôm thường có tỷ lệ mắc ở nữ nhiều hơn nam. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của 1 số nghiên cứu trong và ngoài nước, nghiên cứu của Bùi Thị Thu Giang với tỷ lệ nữ giới chiếm 53,4% hay của Phan Thị Anh Thư với 52,4% là nữ [4][5].

Nhóm tuổi từ 31 đến 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,99%, tiếp sau đó là nhóm từ 46 đến 60 tuổi với 38,50 %, nhóm từ 15 đến 30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (20,49%). Kết quả của chúng tôi cho thấy lứa tuổi mắc bệnh Glôcôm trẻ hóa dần với 61,48% ở độ tuổi lao động, điều này cho thấy cần phải quản lý và chẩn đoán sớm, khuyến cáo về sàng lọc Glôcôm trên đối tượng có nguy cơ cao để giảm thiểu gánh nặng bệnh tật cho gia đình và xã hội.

Trong tổng 306 mắt của 161 người bệnh, số mắt có thị lực tốt ($>20/40$) chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,4%; thị lực kém ($20/200 - 20/70$) với 19,3% và thị lực trung bình ($20/60 - 20/40$) chiếm tỷ lệ 17,3%. Nghiên cứu của Bùi Thị Hương Giang cũng cho thấy số mắt thị lực tốt ($>20/30$) cũng chiếm đa phần với 44,7% [4]

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

Số lần làm thị trường 1 lần mắt phải là 47,1% thấp hơn mắt trái 66,9%. Trong đó, số lần làm thị trường ≥ 4 lần của mắt phải cao hơn mắt trái. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê

với $p < 0,05$. Tỷ lệ chính xác tuyệt đối của mắt phải (56,3%) cao hơn mắt trái (43,9%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p = 0,029$). Như vậy khi đo mắt trái người bệnh đã có sự phối hợp tốt hơn mắt phải. Thông thường khi thực hiện đánh giá thị trường, chúng tôi tiến hành kiểm tra mắt phải trước sau đó tiến hành đánh giá mắt trái. Chính điều này đã giúp cho tỉ lệ thực hiện thành công trên mắt trái cao hơn hẳn do kinh nghiệm người bệnh cảm nhận được sau khi đã thực hiện khám nghiệm ở mắt phải, NB sau khi được làm thị trường mắt phải đã có tiếp thu, tập trung và rút kinh nghiệm theo sự hướng dẫn của kỹ thuật viên.

Một số yếu tố liên quan đến sự phối hợp của NB khi đo TT

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về số lần làm thị trường, mức độ sai số ở nhóm tuổi và giới. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Thảo, hay nghiên cứu của Boel Bengtsson, tuổi của người bệnh không ảnh hưởng đến câu trả lời của người bệnh [6] [7]. Tuy nhiên số lần làm thị trường và mức độ sai số của NB có liên quan tới trình độ học vấn và nghề nghiệp. Trong nhóm trình độ học vấn, nhóm Đại học và sau ĐH có số lần làm thị trường cao nhất với 69,7% và tỷ lệ chính xác tuyệt đối cao nhất với 61,36%. Ở nhóm nghề nghiệp, nhóm NB là nông dân có số lần làm thị trường 1 lần thấp nhất 36%; tỷ lệ chính xác tuyệt đối thấp nhất với 30% trong khi đó nhóm trí thức với số lần làm thị trường 1 lần và tỷ lệ chính xác tuyệt đối cao nhất với tỷ lệ phần trăm lần lượt là 69,52% và 60,95%. Chúng tôi cho rằng đó là do NB thuộc nhóm này thường không hiểu chi tiết

cách làm nên thường gây lỗi. Nông dân là những người lao động chân tay nên khả năng tập trung cao hơn những nhóm nghề còn lại. Mặt khác những NB này thường ở tỉnh xa đến khám sau khi trải qua quãng đường dài đi lại nên NB 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 thấp nhất có lẽ do NB dễ tiếp thu các hướng dẫn của điều dưỡng nên hợp tác tốt hơn.

Để có sự phối hợp của NB 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 NB quá mệt mỏi nên để NB được nghỉ ngơi trước khi làm TT hoặc hẹn làm TT vào ngày khác nếu điều kiện NB cho phép.

V. KẾT LUẬN

- Mất trái (làm sau) có sự phối hợp tốt hơn mất phải (làm trước)
- Không có sự khác biệt về số lần làm thị trường, mức độ sai số trong nhóm tuổi, giới ($p>0,05$)
- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lần làm thị trường, mức độ sai số trong nhóm trình độ học vấn và nghề nghiệp ($p<0,05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De Moraes, C. Gustavo, Jeffrey M. Liebmann, and Leonard A. Levin. "Detection and Measurement of Clinically Meaningful Visual Field Progression in Clinical Trials for Glaucoma." *Progress in retinal and eye research* 56 (2017): 107–147. PMC. Web. 4 Oct. 2018.
2. Thẩm Trương 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.
3. Chris A. Johnson, PhD (2002): Recent developments in automated perimetry in glaucoma diagnosis and management, *Am. J. Ophthalmology* 2002, 13:77–84.
4. Bùi Thị Thu Giang: Đánh giá chỉ số VFI trong chẩn đoán bệnh Glôcôm, trường Đại học Y Hà Nội
5. Phan Thị Anh Thư (2011): So sánh nhãn áp kế đo qua MI DIATON và nhãn áp kế GOLDMANN, Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 15 * Phụ bản của Số 1 * 2011
6. Lê Thị Thanh Thảo: "Sự phối hợp của người bệnh khi đo thị trường bằng thị trường kế Humphrey". Luận văn tốt nghiệp sinh viên, trường Đại học Thăng Long.
7. Boel Bengtsson; Anders Heijl (2000): False-Negative Responses in Glaucoma Perimetry: Indicators of Patient Performance or Test Reliability?, *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2000 Jul;41(8):2201-4.



SUMMARY

COOPERATION OF GLAUCOMA PATIENT DURING HUMPHREY MATRIX VISUAL FIELD TESTING IN VIETNAM NATIONAL INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY IN 2018

Objective: Consider the patient's cooperation during testing Humphrey Matrix according to the level of test reliability.

Results: The study group includes 161 women (59.63% women, 40.37% men); mostly from the 31 to 45 age group (40.99%); Good AV > 20/40 (69.28%). The rate of eyes having acceptable results of VF test at first check in the left eye is 66.9% higher than in the right eye with 47.1%. The total errors of VF test of the left eye was 86.8% higher than the right eye (83.9%). This difference was statistically significant at $p < 0.05$. The number of VF test done, false negatives, false positives, loss of vision, level of error have no difference related to age and sex. The higher the educational level of the patient was, the less the error rate appeared. Farmers had the lowest accuracy rate compared to other occupational groups. There was no difference in the number of VF test done, false negatives, false positives, loss of vision, level of total error between the groups of AV.

Conclusion: VF is an important test for the diagnosis and monitoring of glaucoma. The left eye, which was VF tested latter, had better result of patient's coordination than the right eye firstly tested. The cooperation of the patient during doing VF test depends on a some factors such as the educational level and occupation of the patient.

Key words: glaucoma, cooperation, fault negative, fault positive, loss fixation

CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT GHÉP GIÁC MẠC QUANG HỌC

*Tác giả: Nguyễn Kim Oanh**
Người thẩm định: TS. BS. Trần Khánh Sâm

1. Giác mạc là gì?

Giác mạc là lớp màng mỏng trong suốt, có dạng hình chỏm cầu, nằm ở phía trước lòng đen của mắt. Khi giác mạc bị mờ đục hoặc biến dạng sẽ làm giảm thị lực, thậm chí dẫn đến mù lòa.

2. Đại cương về ghép giác mạc quang học

Ghép giác mạc quang học là phẫu thuật thay thế giác mạc đục của người bệnh bằng giác mạc lành trong suốt của người hiến giác mạc nhằm tăng thị lực cho người bệnh. Phẫu thuật được chỉ định cho những người bệnh bị sẹo đục giác mạc (do viêm loét giác mạc, chấn thương, bỏng mắt, thải loại mảnh ghép, bệnh giác mạc bọng), loạn dưỡng giác mạc di truyền, bệnh giác mạc hình chóp giai đoạn nặng.

3. Khi nào thì phải ghép giác mạc quang học?

Ghép giác mạc quang học có thể được tiến hành khi người bệnh bị các bệnh lý nêu trên và có mức thị lực dưới 20/200 hoặc thị lực ảnh hưởng đến sinh hoạt.

4. Nguồn giác mạc dùng để ghép được lấy từ đâu?

Hiện nay có 2 nguồn giác mạc dùng để ghép: giác mạc của người hiến trong nước và giác mạc của người hiến từ nước ngoài.

5. Người nhận giác mạc có phải trả tiền cho người hiến giác mạc không?

Hiến tặng giác mạc là một nghĩa cử tự nguyện và cao đẹp. Người nhận giác mạc không phải trả tiền cho người hiến giác mạc, chỉ phải đóng tiền phí thu nhận và bảo quản giác mạc theo quy định của ngân hàng mắt (đối với giác mạc của người hiến trong nước) thêm phí vận chuyển giác mạc từ nước ngoài về Việt Nam (bao gồm phí thu nhận, bảo quản, xét nghiệm, đánh giá, vận chuyển đối với giác mạc của người hiến từ nước ngoài).

6. Sau phẫu thuật có những biến chứng gì có thể xảy ra?

So với các loại phẫu thuật ghép giác mạc khác, ghép giác mạc quang học có tỉ lệ thành công cao hơn cả. Tuy nhiên, phẫu thuật có thể có một số nguy cơ như thải loại mảnh ghép, nhiễm trùng, tăng nhãn áp và đục thể thủy tinh do dùng thuốc chống thải ghép, chấn thương làm bật mảnh ghép, một số biến chứng ít gặp khác như bong võng mạc, phù hoàng điểm. Do vậy người bệnh ghép giác mạc cần phải được theo dõi, điều trị lâu dài để phát hiện và điều trị kịp thời các biến chứng, đặc biệt là biến chứng thải ghép giác mạc.

7. Điều trị thuốc và chế độ sinh hoạt sau phẫu thuật như thế nào?



Sau phẫu thuật, người bệnh sẽ được dùng thuốc kháng sinh phòng bội nhiễm cho đến khi giác mạc liền biểu mô, corticosteroid để chống thải ghép với liều giảm dần và có thể dùng cả đời. Ngoài ra, người bệnh được dùng thuốc dinh dưỡng tra mắt và tăng cường quá trình liền mép mổ. Người bệnh cần tránh các chất kích thích (rượu bia, thuốc lá...), tránh bị táo bón, vận động nhẹ nhàng, tránh các hoạt động gắng sức, tránh day dụi hoặc va đập vào mắt, không đi bơi trong 3 tháng đầu sau mổ.

8. Chế độ tái khám sau khi ra viện

Sau khi ra viện, người bệnh sẽ được hẹn khám lại định kỳ: khám lại hàng tuần trong một tháng đầu sau mổ, sau đó khám lại hàng tháng trong 6 tháng đầu sau mổ. Từ tháng thứ 7 người bệnh sẽ được hẹn khám lại 3 tháng một lần đến 1 năm, sau đó khám lại 6 tháng một lần đến suốt đời. Người bệnh cần đến khám lại ngay khi có dấu hiệu đau nhức đỏ mắt hoặc nhìn mờ để được phát hiện và điều trị sớm những biến chứng sau phẫu thuật.

TIA TỬ NGOẠI VỚI SỨC KHỎE THỊ GIÁC

Tác giả: Hoàng Cương, Nguyễn Bá Hòa***

Người thẩm định: TS. BS. Thẩm Trương Khánh Vân

Sức nóng của vấn đề lỗ thủng tầng ozon do ô nhiễm, tiếp theo là sự phơi nhiễm của con người trước tia tử ngoại và hệ lụy của nó lúc trầm lúc bổng. Trong thời buổi kinh tế thế giới đang phát triển rực rỡ, ông Trump chưa thắng cử thì người ta lo lắng nhiều về ô nhiễm môi trường toàn cầu, hiệu ứng nhà kính, tan băng ở hai cực của quả đất ... Đến nay thì các cuộc chiến lớn nhỏ, khủng bố hoành hành làm các nước giàu có quay sang lo cho bản thân mình, nước bé thì không biết đảng nào mà lần. Câu hỏi ai đang chỉ huy thế giới? Tổng kết lại vấn đề của tia UV là gì?

Tia UV (tia cực tím hay tia tử ngoại) trong tự nhiên mọi người đều biết có trong phổ bức xạ của ánh sáng mặt trời. Muốn tránh nó cũng chẳng xuể, nhưng nếu muốn quan tâm đến nó gây hại cho cơ thể như thế nào thì có 2 vấn đề nổi cộm:

- *Ảnh hưởng của tia UV với da đã quá rõ:* tắm nắng quá độ, không dùng kem chống tia UV làm rất nhiều người viêm da, bỏng da khi đi tắm biển, phơi nắng. Ngược lại với cực

nóng là cực lạnh. Người đi trượt tuyết không có quần áo, mũ, kính cũng có thể bị bỏng tương tự do tia UV phản xạ từ bề mặt tuyết vào cơ thể chúng ta. Vẫn còn lác đác những vụ bỏng võng mạc do không đeo kính đen khi xem nhật thực cho dù xem nhật thực không hề chói mắt. Sát thủ cũng chính là tia UV. Các chấn thương dạng cấp tính thì vậy còn dạng mạn tính và trường diễn thì sao? Phơi nhiễm thái quá với tia UV gây ra ung thư da từ lâu mọi người đều biết. Đặc biệt với chủng người da trắng, ít hắc tố melanine, khiến tia UV đâm xuyên và gây hại mạnh mẽ hơn. Tia UV gây đứt gãy các liên kết phân tử, góp phần làm đột biến các cấu trúc ADN và ARN trong nhân tế bào, là nguyên nhân gây ung thư các dạng: u hắc tố, ung thư liên bào đáy, u tế bào vảy, u tuyến bã... Tuyến giáp, tuyến vú, được coi là khá gần da, chịu tác động nhiều của tia UV cũng bắt đầu được nghiên cứu xem ung thư tuyến trên có liên quan đến mức độ nhiễm tia UV không.

- *Ảnh hưởng của tia UV tới mắt có vẻ phức tạp hơn.* Nếu như mộng



thịt được quy kết chắc chắn là do phơi nhiễm mạn tính với tia UV thì với đục thể thủy tinh, thoái hóa hoàng điểm tuổi già quy kết kiểu nhân quả có vẻ kém hơn nhiều. Mộng thịt do tia UV phản xạ từ phần cứng mạc sát rìa gây ra tổn thương dạng u lành ở góc trong và góc ngoài của mắt như mọi người đều biết. Đa phần người bệnh đều đến từ miền nhiệt đới, ven biển, trung du nơi quá nhiều nắng-gió và cát. Tuy nhiên họ cũng là những cá thể miễn cảm với quá trình sinh u xơ mạc như bản chất của mộng thịt. Đục thể thủy tinh cũng hay xảy ra và xảy ra sớm với người gần xích đạo, người đi biển nơi có mật độ tia UV đậm đặc nhất. Các tia UV gây biến đổi protein trong thể thủy tinh gây ra vón cục, mất tính trong suốt của nhân mắt. Thoái hóa hoàng điểm là vấn đề mới. Ngoài lý do dinh dưỡng, địa lý, stress oxy hóa, nhiễm độc tia UV gây tổn hại hàng rào máu võng mạc cũng được để ý tới.

Tia UV không phải trong tự nhiên đến từ tia hàn điện, bóng phát tia UV để sát trùng bệnh viện-bể bơi, bể tắm tia UV (để tạo màu da nâu kiểu Ý), các loại màn hình LCD, điện thoại thông minh...xem ra chúng ta không làm sao thoát khỏi tia UV? May thay là ngưỡng an toàn của chúng cũng

được các nhà sản xuất, giới y tế để ý nhiều. Các hãng lớn về màn hình, điện thoại như SAMSUNG, SONY đều cam kết về độ an toàn về sản phẩm của họ. Nhưng nếu ai đó coi smartphone quý hơn bố mẹ, con cái mình sẵn sàng chung sống 24/24 thì cũng nên cẩn thận. Ánh sáng xanh nhân tạo hay tia UV từ các loại màn hình trên đang được quan tâm đặc biệt xem có gây ra cận thị, khô mắt, mỏi mắt, đục thể thủy tinh hay thoái hóa hoàng điểm hay không? Bông hàn do không đeo kính khi lao động, bông do tiếp xúc với nguồn UV sát trùng phòng mổ hay bể tắm tia UV tại các spa cũng còn lác đác gặp phải. Ban ngày nếu bạn tắm nắng hay đi nắng quá nhiều các tế bào miễn cảm với tia thuộc bề mặt nhãn cầu có thể bị suy giảm, không làm ẩm đủ hay bôi trơn cho mắt, gây khó khăn cho việc bắt đầu chu kỳ ngủ. Mất ngủ hay rối loạn giấc ngủ có thể đến từ tia UV là do vậy.

Trong khi những khuyến cáo về lợi ích của các hoạt động ngoài trời chống lại việc hình thành và tiến triển cận thị, có lợi cho sức khỏe nói chung, thư giãn không thể thiếu của các kỳ nghỉ ...thì tia UV có vẻ là con “ngáo ộp” ? Tất nhiên không phải như vậy rồi nếu chúng ta biết điều tiết



việc gặp gỡ với ánh sáng tự nhiên và tia UV. Một vài lời khuyên từ các chuyên gia của AAO cho việc đi nắng hay tắm nắng:

- Tia tử ngoại có quanh năm chứ không phải chỉ có vào mùa hè, do vậy mũ rộng vành hay kính râm nên là những vật dụng bất ly thân

- Đừng tin vào những ngày trời râm hay đám mây có thể bảo vệ bạn khỏi tia UV, nó đâm xuyên qua mây

- Đừng xem nhật thực với mắt trần, phải có kính đen hoặc xem qua chậu nước

- Nếu bạn có tiền để sắm kính chuyên dụng ngăn tia UV thì nên mua loại kính ngăn đủ cho cả tia UV A và UV B, mức của sản phẩm sẽ là UV 400 và UV 100. Nên mua loại kính có gọng to và sát phía bên để ngăn được những tia sáng để từ phía bên. Ai đó mang kính tiếp xúc cũng phải chọn kính tiếp xúc chống tia UV nếu muốn ra ngoài nắng.

- Đừng nên ra nắng tầm từ 10h đến 15h ngày hè, lúc đó tia UV gây hại ghê gớm nhất. Nếu bắt buộc phải lên đường thì đừng quên kính râm và mũ rộng vành.

CHẤN THƯƠNG MẮT TRẺ EM: PHÒNG TRÁNH VÀ SƠ CỨU BAN ĐẦU

CHILDREN'S EYE INJURIES: PREVENTION AND CARE

(Nguồn: <https://www.aao.org/eye-health>)

Tác giả: Brenda Pagan – Duran MD.

*Người dịch: Đoàn Thị Minh Huệ**

Người thẩm định: TS. BS. Nguyễn Xuân Tịnh

Khi trẻ tham gia chơi thể thao, vui chơi ngoài trời, tham gia hoạt động sáng tạo hay dọn dẹp nhà cửa, bố mẹ cần quan tâm đến việc bảo vệ mắt cho trẻ và cho trẻ đeo kính bảo vệ khi cần. Mỗi năm có hàng ngàn trẻ bị chấn thương mắt, thậm chí bị mù lòa do tai nạn trong gia đình, khi vui chơi hay khi tham gia giao thông. Có thể phòng tránh được tới hơn 90% chấn thương mắt nếu có biện pháp phòng tránh phù hợp.

Phòng tránh chấn thương mắt

– Trẻ em chơi các môn thể thao như bóng rổ, bóng đá, cầu lông, ném bóng sơn cần đeo kính bảo hộ khi tham gia các hoạt động này.

– Trong gia đình cần cất các hóa chất và bình phun ngoài tầm tay của trẻ nhỏ.

– Bố mẹ và những người chăm sóc trẻ cần cẩn thận khi sử dụng những vật dụng thông thường có thể gây chấn thương mắt nặng như kẹp giấy, bút chì, kéo, dây cao su, móc treo quần áo...

– Chỉ cho trẻ chơi đồ chơi phù hợp với lứa tuổi. Tránh các đồ chơi sắc nhọn như cung tên và mũi tên, phi tiêu và súng bắn tiêu.

– Lắp đặt cửa chắn trẻ em ở cầu thang. Gọt tròn hoặc bọc các góc nhọn của bàn ghế trong nhà. Khóa các cánh cửa tủ và ngăn kéo mà trẻ với đến được.

– Không cho trẻ chơi các dạng đồ chơi có đạn như súng hơi, súng đạn nhựa..., các loại pháo như pháo nổ, pháo hoa...

– Không cho trẻ đứng gần bếp lò, lò sưởi. Bếp lửa có nguy cơ gây chấn thương mắt rất cao khi có các vật liệu gây nổ trong ngọn lửa như pin, ống thủy tinh...

– 15% trường hợp bị chó cắn ở trẻ nhỏ dưới 4 tuổi gây tổn thương mắt. Chó cắn trẻ em thường là chó trong gia đình hoặc chó nhà xung quanh. Do đó cần xích chó cố định một chỗ trong nhà và đeo rọ mõm cho chó khi đi ra ngoài.

– Khi trẻ đi xe máy, cần đội mũ bảo hiểm an toàn cho trẻ. Khi trẻ đi ô tô, cần cho trẻ nằm trong nôi hoặc ghế ngồi trẻ em có đai an toàn. Không cho trẻ dưới 12 tuổi ngồi ở hàng ghế trước.

– Ở nông thôn Việt Nam có một nguyên nhân chấn thương mắt hay gặp ở trẻ em là do cò mổ hoặc gà mổ. Cần phòng tránh không cho trẻ nhỏ



tiếp xúc với các loài vật này.

Sơ cứu ban đầu

Khi trẻ bị chấn thương vào mắt, kể cả khi chấn thương có vẻ rất nhẹ, người chăm sóc cần đưa trẻ đi khám ở cơ sở y tế gần nhất hoặc cơ sở chuyên khoa mắt ngay, vì đôi khi chấn thương mắt không biểu hiện rõ ràng ở thì sớm ngay sau chấn thương. Việc chậm trễ đưa trẻ đi khám có thể gây tổn thương nặng thêm, dẫn đến tổn hại thị giác trầm trọng hoặc mù lòa.

Trong khi đưa trẻ đến cơ sở y tế, cần chăm sóc mắt như sau:

- **KHÔNG ĐƯỢC** sờ vào mắt, dụi

mắt hay ấn vào mắt.

- **KHÔNG ĐƯỢC** rút các dị vật cắm vào mắt. Nếu bụi nhỏ rơi vào mắt, có thể bảo trẻ nháy mắt nhanh để nước mắt rửa trôi bụi. Nếu không hết bụi, cho trẻ nhắm mắt và đưa đến cơ sở y tế.

- **KHÔNG ĐƯỢC** tự ý bôi mỡ hay tra thuốc vào mắt.

– Nếu nhãn cầu bị rách hoặc vỡ, cần băng che mắt nhẹ, không ấn mạnh vào mắt.

– Rửa mắt nhiều lần với nước sạch nếu bị bắn hóa chất vào mắt.

CHĂM SÓC MẮT SAU PHẪU THUẬT THỂ THỦY TINH CARE AFTER CATARACT SURGERY

“Postoperative cataract care”. Community Eye Health
2016; 29 (94): 25-26. PMID: PMC 5100468

Tác giả: Aravind Haripriya, Zervin R Baam

*Người dịch: Phạm Xuân Trường**

Người thẩm định: TS. BS. Bùi Thị Vân Anh

Phẫu thuật thay thủy tinh thể đục bằng thủy tinh thể nhân tạo là phương pháp hiệu quả và ngày càng an toàn để điều trị dứt điểm bệnh đục thể thủy tinh. Vì vậy chăm sóc mắt sau phẫu thuật đóng vai trò rất quan trọng, đảm bảo chất lượng kết quả phẫu thuật cũng như phòng ngừa các biến chứng sau phẫu thuật.

Những điều nên làm sau khi được phẫu thuật đục thể thủy tinh.

– Bạn có quyền nhập viện hoặc nghỉ phép sau khi phẫu thuật đục thể thủy tinh, vì vậy hãy tranh thủ nghỉ ngơi.

– Bạn có thể đọc sách và xem TV. Bạn có thể tập các bài tập nhẹ nhàng. Bạn có thể đi ra ngoài, nhưng cố gắng tránh những nơi đông đúc và bụi bặm. Đeo kính râm khi bạn ở ngoài trời có thể giúp mắt bạn thoải mái và giảm triệu chứng chói nắng.

– Bạn sẽ được chỉ định dùng thuốc nhỏ mắt trong khoảng một tháng để ngăn ngừa nhiễm trùng và chống viêm. Bạn nên thực hiện theo hướng dẫn của bác sĩ một cách cẩn thận. Nếu bạn cần, hãy nhờ người nhà hoặc bạn bè để giúp nhỏ thuốc. Bạn nên rửa tay bằng xà phòng trước khi nhỏ thuốc.

– Nếu bạn bị đau nhẹ tại mắt sau mổ, bạn có thể dùng paracetamol. Nếu cơn đau không thuyên giảm, hãy đến khám lại.

– Khi bạn ngủ, hãy đeo chiếc kính trong bảo vệ mắt trong ít nhất 1 tuần để bạn không vô tình ấn vào mắt lúc ngủ say.

Những điều không nên làm gì sau phẫu thuật đục thể thủy tinh

– Trong vài ngày đầu tiên, thị lực mắt bên mổ của bạn có thể bị mờ, vì vậy hãy cẩn thận để tránh bị ngã và chấn thương.

– Trong tháng đầu tiên, bạn hãy tránh cọ sát vào mắt. Bạn cũng nên tránh đi bơi để phòng nhiễm trùng mắt mổ.

– Mặc dù phẫu thuật thể thủy tinh không quá nặng nề nhưng sau mổ bạn cũng không nên làm việc quá sức như mang vác vật nặng, tập luyện quá mức...

– Kính đeo mắt đang có của bạn không còn đúng sau khi phẫu thuật thể thủy tinh thể do công suất khúc xạ của mắt thay đổi sau phẫu thuật. Thông thường, công suất khúc xạ của mắt sẽ ổn định sau 1 tháng, và đó là lúc bạn

* Khoa Gây mê hồi sức



nên đo lại kính.

– Không lái xe cho đến khi bạn thấy thị lực đã phục hồi tốt

Thuốc và chế độ ăn uống

– Trong vài ngày đầu, bạn hãy lau mắt nhẹ nhàng bằng nước muối đẳng trương vô trùng và bông y tế sạch. Bạn cũng có thể rửa mắt bằng nước đun sôi và gạc sạch.

– Bạn phải sử dụng thuốc nhỏ mắt theo đúng hướng dẫn của bác sĩ. Luôn rửa tay trước khi tra thuốc. Đừng cất giữ thuốc và dùng thuốc lâu hơn thời gian được chỉ dẫn vì thuốc có thể bị nhiễm khuẩn.

– Bạn nên lắc đều lọ thuốc nhỏ mắt trước khi sử dụng. Bạn ngửa đầu, mắt nhìn lên và kéo mí mắt dưới xuống. Bạn chỉ nhỏ một đến hai giọt thuốc vào mắt và tránh để lọ thuốc chạm vào mí mắt. Bạn nên tra các thuốc khác nhau

cách nhau ít nhất 5 phút.

– Bạn có thể ăn uống như bình thường. Bạn không cần phải ăn kiêng mà tiếp tục chế độ ăn như trước mổ.

Khi nào bạn nên đi gặp bác sĩ phẫu thuật

– Bạn cần phải quay lại khám mắt vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Các lần khám tiếp theo thường vào 1 tuần và 1 tháng sau khi phẫu thuật.

– Bạn nên đến khám lại ngay nếu có các triệu chứng sau:

- Đau mắt không giảm với thuốc giảm đau.
- Thị lực giảm.
- Mắt mờ chảy nhiều nước mắt hoặc ra nhiều rỉ mắt.
- Mắt mờ nhìn thấy như ruồi bay hoặc chớp sáng trước mắt.



BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG TRIỂN KHAI TẬP HUẤN TUYÊN TRUYỀN, NÂNG CAO KIẾN THỨC PHÒNG CHỐNG DỊCH VIÊM ĐƯỜNG HÔ HẤP CẤP COVID-19

*Tác giả: Vũ Hòa Long**

Trước tình hình diễn biến phức tạp của dịch bệnh COVID-19, thực hiện chỉ đạo của Bộ Y tế về việc dừng tổ chức các hoạt động kỷ niệm, tôn vinh nhân Ngày Thầy thuốc Việt Nam, chiều ngày 27/2/2020 thay cho việc tổ chức lễ mít tinh như mọi năm, Bệnh viện Mắt TW đã triển khai tập huấn tuyên truyền, nâng cao kiến thức phòng chống dịch viêm đường hô hấp cấp Covid-19. Cho biết để thực hiện các nội dung chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ và Bộ Y tế, Bệnh viện Mắt Trung ương đã tiến hành nghiêm túc, khẩn trương công tác ứng phó: chuẩn bị sẵn khu cách ly, tổ chức sàng lọc, phát hiện sớm và kiểm soát người bệnh nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm nCoV 2019 ngay tại nơi đón tiếp; đẩy mạnh công tác vệ sinh khử khuẩn môi trường, các vị trí bề mặt dễ nhiễm khuẩn; bổ sung vị trí đặt dung dịch nước rửa tay sát khuẩn tại các cửa thang máy; triển khai đồng bộ công tác tuyên truyền phòng bệnh trên các bảng biển điện tử, pano áp phích...

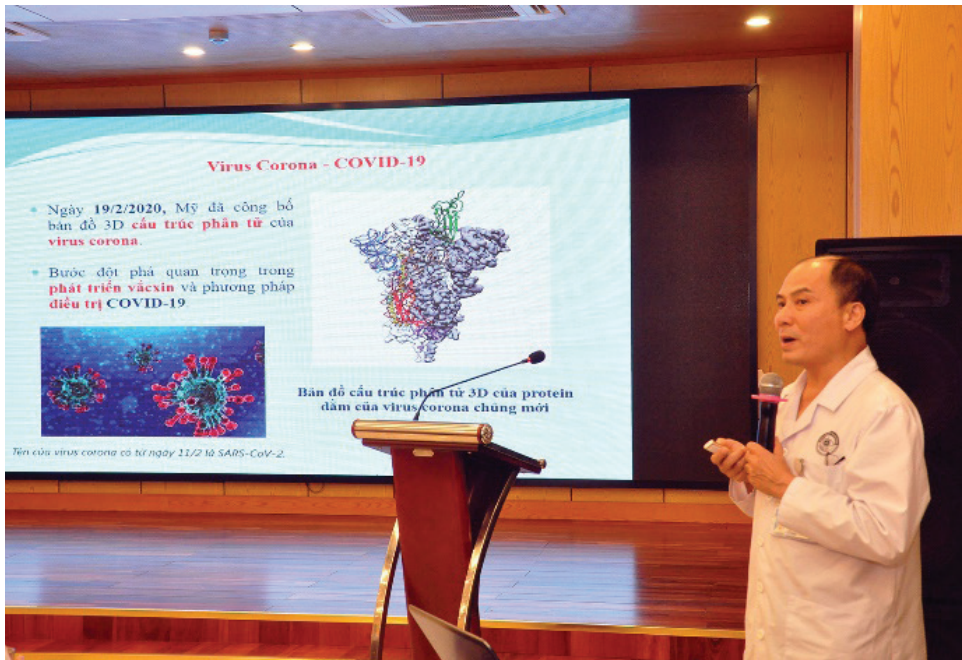
Đặc biệt bệnh viện đã thành lập Ban chỉ đạo phòng chống dịch viêm phổi cấp do chủng mới của virus Corona gồm 24 lãnh đạo khoa phòng, trưởng ban là Giám đốc Bệnh viện. Ban chỉ đạo thường xuyên cập nhật thông tin dịch bệnh, kiểm tra đôn đốc các mặt hoạt động phòng chống dịch, tham mưu cho lãnh đạo bệnh viện các biện pháp ứng phó kịp thời. Trong báo cáo tổng quát về tình hình dịch bệnh TS. Nguyễn Văn Hiếu – Trưởng khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, Phó trưởng ban chỉ đạo đã cung cấp cho cán bộ viên chức (CBVC) bệnh viện các thông tin cập nhật, các khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới cũng như Bộ Y tế Việt Nam trong công tác phòng chống dịch.

Với phương châm không sợ hãi, không hoảng loạn nhưng cũng không lơ là, chủ quan, CBVC Bệnh viện Mắt TW đang nỗ lực, đoàn kết, tích cực chủ động cùng ngành y tế cả nước vững vàng trên trận tuyến phòng chống dịch bệnh.

* Phòng Quản lý Khoa học & Đào tạo



*Ảnh 1: PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp
Giám đốc bệnh viện phát biểu chỉ đạo tập huấn*



Ảnh 2: TS. Nguyễn Văn Hiếu – Trưởng khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn trình bày báo cáo tổng quát tình hình dịch bệnh



ĐẠI HỘI CHI BỘ PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG - CÔNG TÁC XÃ HỘI NHIỆM KỲ 2020-2022

*Tác giả: Vũ Hòa Long**

Thực hiện kế hoạch số 09-KH/ĐU ngày 23/12/2019 của Đảng ủy Bệnh viện Mắt TW, chiều ngày 9/3/2020 Chi bộ phòng Phòng Điều dưỡng – Công tác xã hội đã tổ chức Đại hội chi bộ nhiệm kỳ 2020-2022 nhằm đánh giá thực chất những kết quả đã thực hiện được của Nghị quyết Đại hội nhiệm kỳ 2017-2020 và xây dựng phương hướng nhiệm vụ và giải pháp thực hiện Nghị quyết Chi bộ nhiệm kỳ 2020-2022. PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp – Bí thư Đảng ủy, Giám đốc bệnh viện; TS. Nguyễn Xuân Tịnh – Phó Bí thư Đảng ủy đã đến dự và chỉ đạo Đại hội.

Trong buổi làm việc, đồng chí Lê Hoàng Yên - Bí thư Chi bộ Phòng Điều dưỡng – Công tác xã hội đã báo cáo kết quả thực hiện Nghị quyết Đại hội Chi bộ nhiệm kỳ 2017-2020 và phương hướng nhiệm vụ nhiệm kỳ 2020-2022 về những thành tựu đạt được trong công tác của Chi bộ như: chính trị, tư tưởng, thực hiện nhiệm vụ chuyên môn, tổ chức, xây dựng Đảng, kiểm tra, giám sát xây dựng hệ thống chính trị. Về phần phương hướng nhiệm kỳ 2020-2022, trên cơ sở bài học kinh nghiệm và nguyên nhân đưa đến những mặt hạn chế tồn tại Chi bộ đã đề ra những giải pháp cụ thể khắc phục nhằm đáp ứng nhiệm vụ chính trị trong tình hình mới, xây dựng các chỉ

tiêu cụ thể để thực hiện thắng lợi của Nghị quyết do Chi bộ xây dựng cũng như nhiệm vụ chính trị do Đảng ủy cấp trên đã giao.

Với tỷ lệ nhất trí 100%, Đại hội đã bầu đ/c Trần Thanh Trúc là Bí thư Chi bộ, đ/c Hoàng Cương là Phó bí thư Chi bộ Phòng Điều dưỡng – Công tác xã hội nhiệm kỳ 2020-2022.

Thay mặt Đảng ủy, PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp – Bí thư Đảng ủy, Giám đốc bệnh viện đã chúc mừng các đ/c trúng cử Bí thư, Phó Bí thư nhiệm kỳ mới, đánh giá cao công tác chuẩn bị Đại hội của Chi bộ Phòng Điều dưỡng – Công tác xã hội, ghi nhận sự cố gắng của Chi bộ trên các lĩnh vực chính trị tư tưởng, thực hiện chủ trương, đường lối, Nghị quyết do Chi bộ xây dựng cũng như nhiệm vụ chính trị do cấp trên đã giao. PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp cũng nhấn mạnh sự lãnh đạo, chỉ đạo của Chi bộ trong thời gian tới cần chủ động trong xây dựng kế hoạch, kiểm tra, giám sát; cán bộ, đảng viên trong Chi bộ cần phát huy năng lực đẩy mạnh công tác chuyên môn khối điều dưỡng và nghiệp vụ công tác xã hội, tham mưu cho lãnh đạo bệnh viện các kế hoạch, giải pháp nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, phục vụ người bệnh.

* Phòng Quản lý Khoa học & Đào tạo



Ảnh 1: Đại biểu tham luận tại Đại hội



*Ảnh 2: PGS.TS. Nguyễn Xuân Hiệp - Bí thư Đảng ủy,
Giám đốc bệnh viện chúc mừng
các đ/c trúng cử Bí thư, Phó Bí thư nhiệm kỳ mới*