

* KTC: khoảng tin cậy

** Đa biến: hiệu chỉnh theo tuổi, BMI

Ở bệnh nhân nữ cao tuổi thoái hóa khớp gối mắc HCCH, nguy cơ tiến triển đến giai đoạn X-quang muộn tăng đáng kể (OR = 2,60; KTC 95%: 1,53-4,41; $p < 0,01$). Tăng vòng eo và tăng triglyceride làm tăng nguy cơ giai đoạn X-quang muộn với OR lần lượt là 2,30 và 1,32. Ngoài ra, số lượng thành phần HCCH cũng liên quan đến nguy cơ này, với mỗi thành phần làm tăng nguy cơ lên 1,31 lần (OR = 1,31; KTC 95%: 1,07-1,60; $p = 0,008$). Sau khi phân tích đa biến, hiệu chỉnh với tuổi và BMI, HCCH và tăng triglyceride vẫn giữ được mối liên quan có ý nghĩa với tiến triển đến giai đoạn X-quang muộn, với OR = 2,27 (KTC 95%: 1,29-4,00; $p = 0,004$) cho HCCH và OR = 1,72 cho thành phần tăng triglyceride.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 09/2024 đến tháng 01/2025, chúng tôi thu thập được 267 bệnh nhân nữ ≥ 60 tuổi có thoái hóa khớp gối đến khám tại phòng khám Lão khoa, với tuổi trung bình là $70,3 \pm 7,1$. Tuổi trung bình ở nhóm có HCCH cao hơn đáng kể so với nhóm không HCCH ($71,3 \pm 6,8$ so với $68,5 \pm 7,3$; $p = 0,003$), cho thấy tuổi cao có thể là yếu tố nguy cơ liên quan đến HCCH. Nơi cư trú cũng có sự khác biệt đáng kể ($p = 0,021$), với tỉ lệ sống ở nông thôn cao hơn trong nhóm có HCCH. Các chỉ số nhân trắc học như cân nặng, BMI và vòng eo đều cao hơn rõ rệt ở nhóm có HCCH ($p < 0,001$). Đặc biệt, chỉ số BMI trung bình ở nhóm có HCCH cao hơn nhóm không HCCH ($24,8 \pm 3,3$ so với $22,9 \pm 3,1$), tỉ lệ béo phì và thừa cân cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê. Đây là những yếu tố đặc trưng của HCCH, phù hợp với các nghiên cứu trước đó. Trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và tình trạng gia đình không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Về đặc điểm lâm sàng, suy yếu ghi nhận được có tỉ lệ cao hơn ở nhóm có HCCH (47,5% so với 31,1%; $p = 0,011$), cho thấy mối liên quan giữa HCCH và sự suy giảm chức năng ở NCT. Điểm đau theo thang VAS và WOMAC đều cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có HCCH ($p = 0,021$ và $p = 0,043$ tương ứng), phản ánh mức độ đau tăng ở nhóm bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa. Tuy nhiên, các yếu tố khác như điểm cứng khớp, điểm giới hạn vận động và tổng điểm WOMAC không có sự khác biệt rõ ràng ($p > 0,05$). Huyết áp tâm thu (HATT) ở nhóm có HCCH cao hơn rõ rệt ($140,0 \pm 21,4$ mmHg so với $132,7 \pm 17,3$ mmHg; $p = 0,006$), trong khi HATT trung bình gần như không có sự khác biệt. Về mặt cận lâm

sàng, đường huyết và các thành phần lipid máu cho thấy nhiều điểm khác biệt đáng kể. Đường huyết ở nhóm có HCCH cao hơn rõ rệt ($6,8 \pm 1,9$ mmol/L so với $5,4 \pm 0,8$ mmol/L; $p < 0,001$), HDL-c thấp hơn và Triglyceride cao hơn ở nhóm có HCCH ($p < 0,001$), đây đều là các tiêu chí then chốt trong chẩn đoán HCCH. Ngược lại, cholesterol toàn phần và LDL-c không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ($p > 0,05$) vì chúng không phải là yếu tố đặc trưng trong phân nhóm bệnh nhân HCCH.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân nữ cao tuổi bị thoái hóa khớp gối là 66,3%, cao hơn so với tỉ lệ 53,7% được báo cáo trong nghiên cứu của Maura Fernandes Franco⁴. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng đối tượng nghiên cứu của Franco là dân số người cao tuổi nói chung, không phân biệt giới tính, trong khi nghiên cứu của chúng tôi tập trung hoàn toàn vào nữ giới – nhóm đối tượng vốn được ghi nhận có nguy cơ mắc HCCH cao hơn nam giới trong nhiều nghiên cứu trước đây. Do đó, sự khác biệt này là hợp lý và phản ánh đúng xu hướng dịch tễ học của HCCH theo giới tính. Khi so sánh với nghiên cứu của Marko Nemet⁶, tỉ lệ HCCH ở nữ giới bị THKG lên đến 80%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, cần thận trọng khi diễn giải kết quả này bởi cỡ mẫu nghiên cứu của Nemet chỉ bao gồm 25 bệnh nhân nữ mắc THKG, do đó có thể chưa đủ đại diện để đưa ra kết luận mang tính khái quát cao. Sự khác biệt về cỡ mẫu, độ tuổi, đặc điểm dân số và tiêu chuẩn chẩn đoán có thể là yếu tố ảnh hưởng đến sự chênh lệch về tỉ lệ HCCH giữa các nghiên cứu.

Tỉ lệ HCCH, tăng vòng eo và tăng triglyceride cao hơn ở nhóm THKG giai đoạn muộn so với giai đoạn sớm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng được ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của tác giả Sara F. Samaan và cộng sự⁷. Tại Việt Nam, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Mai¹ và Trương Thiện Ân², ngoài HCCH và tăng vòng eo, còn cho thấy mối liên quan giữa tăng huyết áp và tăng đường huyết với hai nhóm giai đoạn X-quang. Tuy nhiên, các thành phần tăng huyết áp và tăng đường huyết không có sự khác biệt rõ ràng giữa các giai đoạn THKG trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể do các yếu tố này phổ biến ở người cao tuổi và không đặc hiệu cho mức độ nặng của THKG. Kết quả cho thấy HCCH là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với tiến triển cấu trúc của thoái hóa khớp gối, ngay cả sau khi điều chỉnh cho tuổi và BMI – hai yếu tố nguy cơ truyền thống đã được ghi nhận. Điều này củng cố giả thuyết rằng HCCH, thông qua cơ chế viêm hệ

thống mức độ thấp và rối loạn chuyển hóa lipid, chuyển hoá đường, có thể góp phần vào quá trình thoái hóa khớp không đơn thuần chỉ qua tác động cơ học do tăng cân. Sự khác biệt về tỉ lệ HCCH và các thành phần của nó giữa các nghiên cứu có thể do khác biệt về thiết kế nghiên cứu, đặc điểm dân số và tiêu chuẩn chẩn đoán. Tuy nhiên, mối liên hệ giữa HCCH và mức độ nặng của THKG theo giai đoạn X-quang là rõ ràng và khá tương đồng giữa các nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ hội chứng chuyển hoá trong nghiên cứu tương đối cao. Bệnh nhân nữ cao tuổi mắc hội chứng chuyển hoá và các thành phần tăng vòng eo, tăng triglyceride, số thành phần HCCH có mối tương quan thuận với độ nặng thoái hóa khớp gối theo giai đoạn X-quang. Hội chứng chuyển hoá và tăng triglyceride là yếu tố nguy cơ độc lập có liên quan đến tiến triển giai đoạn X-quang muộn ở bệnh nhân nữ cao tuổi thoái hoá khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thanh Mai.** Nghiên cứu hội chứng chuyển hoá, nồng độ leptin, IL-1 β huyết tương ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát [Luận án Tiến sĩ Y học]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà

- Nội; 2019.
2. **Trương Thiện Ân, Phạm Ngọc Hoa, Hồ Phạm Thực Lan.** Hội chứng chuyển hóa và độ nặng thoái hóa khớp gối theo giai đoạn X-quang ở người trên 40 tuổi. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2022;160(12V1):127–136.
3. **Courties A, Sellam J, Berenbaum F.** Metabolic syndrome-associated osteoarthritis. Curr Opin Rheumatol. 2017;29(2):214–222.
4. **Franco MF, Falsarella GR, Costallat BL, Coimbra IB, Coimbra AMV.** Association between knee osteoarthritis and metabolic syndrome in non-institutionalized elderly patients. Rev Bras Ortop. 2020;55(3):310–316.
5. **Molnar V, Primorac D, Rod E, et al.** Knee osteoarthritis: a review of pathogenesis and state-of-the-art non-operative therapeutic considerations. Int J Mol Sci. 2020;11(8):854.
6. **Nemet M, Blazin T, Milutinovic S, Cebovic T, Stanojevic D, Svorcan J.** Association between metabolic syndrome, its components, and knee osteoarthritis in premenopausal and menopausal women: a pilot study. J Clin Med. 2022;14(7).
7. **Samaan SF, Taha SI.** The impact of metabolic syndrome on quality of life among individuals with knee osteoarthritis living in Egypt. Clin Med Insights Arthritis Musculoskeleton Disord. 2022;15: 11795441221097361.
8. **Zhang S, et al.** Metabolic syndrome increases osteoarthritis risk: findings from the UK Biobank prospective cohort study. BMC Public Health. 2024;24(1):233.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT GLÔCÔM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHOA CHẨN THƯƠNG – GLÔCÔM BỆNH VIỆN MẮT HÀ NỘI NĂM 2025

Lê Thị Thu¹, Hoàng Trần Thanh¹,
Nguyễn Tuấn Khanh¹, Phạm Duy Tường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm người bệnh và kết quả chăm sóc người bệnh phẫu thuật glôcôm tại khoa Chấn thương - Glôcôm Bệnh viện mắt Hà Nội năm 2025. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 130 người bệnh phẫu thuật Glôcôm tại Bệnh viện Mắt Hà Nội năm 2025. **Kết quả:** Về đặc điểm lâm sàng của nhóm người bệnh nghiên cứu; Người bệnh có độ tuổi > 60 tuổi chiếm 77.7%; từ 40 – 60 chiếm 13.8%; < 40 tuổi chiếm 8.5%. Nữ giới chiếm 51,5%, nam chiếm 48.5%. Thực hiện chăm sóc điều dưỡng: 80% người bệnh đánh giá thực hiện

chăm sóc điều dưỡng ở mức tốt, 90% người bệnh đánh giá các hoạt động chăm sóc điều dưỡng dễ hiểu và thực hiện được 66.2% người bệnh cảm thấy rất hài lòng trong quá trình nằm điều trị. Kết quả tư vấn: 100% người bệnh đều được hướng dẫn cách sử dụng thuốc, 87% được hướng dẫn vệ sinh mắt, 47% được hướng dẫn vệ sinh tay, 85.4% được hướng dẫn theo dõi biến chứng, 93,1% được hướng dẫn sinh hoạt nghỉ ngơi. **Kết luận:** Glôcôm là bệnh lý hay gặp, diễn biến phức tạp, để lại nhiều tổn thương thị trường nặng nề ngay cả khi được điều trị. Chăm sóc điều dưỡng theo đánh giá chung còn chưa hoàn hảo. Một số hướng dẫn chăm sóc chưa được thực hiện đầy đủ, còn khó hiểu, khó thực hiện. Đây là cơ sở để cải thiện, nâng cao chất lượng công tác chăm sóc điều dưỡng hướng tới nâng cao chất lượng điều trị, sự hài lòng của người bệnh. **Từ khóa:** phẫu thuật glôcôm, chăm sóc, tư vấn, hướng dẫn

SUMMARY

NURSING CARE FOR PATIENTS AFTER GLAUCOMA SURGERY AND ASSOCIATED

¹Bệnh viện Mắt Hà Nội

²Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu

Email: lethucdy255@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025

FACTORS AT THE TRAUMA – GLAUCOMA DEPARTMENT, HANOI EYE HOSPITAL, 2025

Objective: To describe the characteristics of patients and the outcomes of nursing care for glaucoma surgery patients at the Trauma – Glaucoma Department, Hanoi Eye Hospital in 2025. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 130 patients who underwent glaucoma surgery at Hanoi Eye Hospital in 2025. **Results:** Regarding clinical characteristics, the majority of patients were over 60 years old (77.7%), followed by those aged 40–60 (13.8%) and under 40 (8.5%). Female patients accounted for 51.5%, while males made up 48.5%. Regarding nursing care, 80% of patients rated the nursing care as good. About 90% found the nursing instructions easy to understand and follow, and 66.2% felt very satisfied during hospitalization. In terms of patient counseling: 100% of patients were instructed on how to use medications, 87% were guided on eye hygiene, 47% were instructed on hand hygiene, 85.4% received guidance on monitoring complications, and 93.1% were advised on rest and daily activities. **Conclusion:** Glaucoma is a common disease with complex progression and can cause severe visual field damage even with treatment. Overall, nursing care was not yet optimal. Some care instructions were either incomplete or difficult to understand and implement. These findings provide a basis for improving and enhancing the quality of nursing care, aiming to improve treatment outcomes and patient satisfaction. **Keywords:** glaucoma surgery, nursing care, counseling, patient guidance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là một trong những nguyên nhân gây mù lòa chiếm tỉ lệ cao nhất trên thế giới. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, xấp xỉ 79,6 triệu người mắc căn bệnh này vào năm 2020. Con số này sẽ tăng lên 111,8 triệu người năm 2040. Tỷ lệ mắc glôcôm ở người trên 40 tuổi là khoảng 3.5%. Trên lâm sàng, bệnh được biểu hiện đặc trưng bởi tổn thương thị trường tương xứng với teo lõm dây thần kinh thị giác. Để bảo vệ chức năng thị giác cho người bệnh glôcôm cần hạ nhãn áp đến mức an toàn đối với thị thần kinh. Việc hạ nhãn áp có thể được điều trị bằng thuốc hoặc kết hợp thuốc cùng can thiệp phẫu thuật. Việc chăm sóc, theo dõi các diễn biến, các triệu chứng bất thường của người bệnh sau phẫu thuật glôcôm, để xử trí kịp thời, chăm sóc hợp lý của điều dưỡng, cùng việc tư vấn giáo dục sức khỏe, cung cấp kiến thức về bệnh, tuân thủ điều trị cho người bệnh rất quan trọng góp phần thành công cho quá trình điều trị sau phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: "Chăm sóc người bệnh phẫu thuật glôcôm và một số yếu tố liên quan tại khoa Chấn thương - Glôcôm bệnh viện Mắt Hà Nội năm 2025" với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm người bệnh và kết quả chăm sóc người bệnh phẫu thuật*

glôcôm tại khoa Chấn thương - Glôcôm Bệnh viện mắt Hà Nội năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là những người bệnh được chẩn đoán xác định là bệnh Glôcôm, có chỉ định phẫu thuật tại khoa Chấn thương - Glôcôm Bệnh viện Mắt Hà Nội năm 2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 02/2025 đến tháng 05/2025. Tại khoa Chấn thương - Glôcôm Bệnh viện Mắt Glôcôm.

Cỡ mẫu: nghiên cứu được thực hiện trên 130 người bệnh đủ tiêu chuẩn.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu: Hồ sơ bệnh án, Phiếu phỏng vấn NB, Bảng kiểm đánh giá quy trình chăm sóc điều dưỡng, Bảng thử thị lực Snellen và hộp thử kính, Máy đo nhãn áp phụt hơi.

Tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá thị lực: Kết quả đánh giá thị lực dựa theo phân loại của ICO report - Sydney 2002 (International Council of ophthalmology - Sydney 2002). Đánh giá NA theo nhãn áp kế phụt hơi.

Phân tích số liệu: Số liệu được nhập vào máy tính, và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, Phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm người bệnh theo giới và tuổi

Đặc điểm của người bệnh		n	%
Giới	Nam	63	48.5
	Nữ	67	51.5
Tuổi	< 40	11	8.5
	40 – 60	18	13.8
	>60	101	77.7

Nhận xét: Tỷ lệ Nữ mắc bệnh nhiều hơn Nam. Nữ giới chiếm 51,5%. Nam chiếm 48.5%. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $65,68 \pm 13,105$ tuổi. Đa số người bệnh có độ tuổi >60 tuổi chiếm 77.7%; từ 40 – 60 chiếm 13.8%; <40 tuổi chiếm 8.5%.

Bảng 3.2. Tiền sử bệnh của ĐTNC

Tiền sử	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử các bệnh về mắt	54	41.5
Tiền sử bệnh toàn thân (THA, ĐTĐ, tim mạch...)	109	83.8
Tiền sử dùng Corticoid tại mắt và toàn thân	22	16.9
Tiền sử gia đình có người mắc	24	18.5

bệnh Glacom		
Tiền sử đã phẫu thuật glôcôm	22	16.9

Nhận xét: Tiền sử bệnh có thể là yếu tố nguy cơ gây bệnh Glacom: 83.8% người bệnh có tiền sử bệnh toàn thân; 41.1% có tiền sử bệnh

tại mắt; 18.5% tiền sử gia đình người bệnh có người mắc bệnh. tiền sử dùng corticoid tại mắt, toàn thân và tiền sử đã phẫu thuật Glacom bằng nhau chiếm 16.9%.

3.2. Đánh giá kết quả chăm sóc

Bảng 3.3. Theo dõi, ghi nhận người bệnh khi nhập viện theo hồ sơ bệnh án

Công tác điều dưỡng		Thực hiện			
		Đầy đủ		Chưa đầy đủ/ không đầy đủ	
I	Nhận định người bệnh	n	%	N	%
1	Ghi nhận tình trạng toàn thân của NB	130	100.0	0	0
2	Ghi nhận DHST	130	100.0	0	0
3	Ghi nhận triệu chứng cơ năng (đau nhức, nhìn mờ đầu đầu, chói sợ ánh sáng....)	130	100.0	0	0
4	Sàng lọc đánh giá tình trạng dinh dưỡng NB	121	93	9	7.0
5	Đánh giá thị lực, nhãn áp của NB	130	100.0	0	0
6	Đánh giá tinh thần NB	130	100.0	0	0
II	Thực hiện kế hoạch chăm sóc				
7	Xác định DHST	130	100.0	0	0
8	Khám chức năng mắt (TL, NA)	130	100.0	0	0
9	Thực hiện y lệnh thuốc	130	100.0	0	0
10	Hướng dẫn thủ tục nhập khoa, nhập viện	130	100.0	0	0
11	Tư vấn, hướng dẫn về bệnh	55	42.3	75	57.7
12	Hướng dẫn vệ sinh tay	61	46.9	69	53.1
13	Hướng dẫn chế độ ăn	104	80.0	26	20.0
14	Thực hiện phân cấp chăm sóc người bệnh	130	100.0	0	0
Đánh giá chung về viết chăm sóc ngày vào viện		111	85.4	19	14.6

Nhận xét: 100% người bệnh khi vào viện đều được ghi nhận tình trạng toàn thân, ghi nhận DHST, ghi nhận triệu chứng cơ năng, đánh giá thị lực nhãn áp và đánh giá tinh thần người bệnh. 93% người bệnh được sàng lọc tình trạng dinh dưỡng. Có 53.1% người bệnh chưa được hướng dẫn cách vệ sinh tay.

Bảng 3.4. Thực hiện ghi chăm sóc ngày phẫu thuật

Công tác điều dưỡng		Thực hiện			
		Đầy đủ		Chưa đầy đủ/ không đầy đủ	
I	Nhận định người bệnh	n	%	N	%
1	Ghi nhận tình trạng toàn thân của NB	121	93	9	7
2	Ghi nhận DHST	130	100.0	0	0
3	Đánh giá tình trạng tinh thần NB	130	100.0	0	0
4	Nhận định tình trạng mắt sau phẫu thuật	105	80	25	20
II	Thực hiện kế hoạch chăm sóc				
6	Hoàn tất thủ tục hành chính	130	100.0	0	0
7	Đo DHST	130	100.0	0	0
8	Vệ sinh mắt phẫu thuật	130	100.0	0	0
9	Đánh dấu mắt phẫu thuật	130	100.0	0	0
10	Thực hiện y lệnh thuốc	130	100.0	0	0
11	Hướng dẫn chế độ ăn sau phẫu thuật	101	77.7	29	22.3
12	Hướng dẫn vệ sinh mắt	113	87.0	17	13.0
13	Thực hiện phân cấp chăm sóc người bệnh	111	85.4	19	14.6
Đánh giá chung về viết chăm sóc ngày phẫu thuật		130	100.0	0	0

Nhận xét: 100% người bệnh trong ngày phẫu thuật được nhận định DHST, đánh giá về tinh thần, hoàn tất thủ tục hành chính trước PT,

theo dõi DHST, vệ sinh mắt PT, đánh dấu mắt mổ và thực hiện y lệnh thuốc. 93% người bệnh được ghi nhận tình trạng toàn thân. 80% người bệnh

được nhận định tình trạng mắt sau phẫu thuật. 77.7% người bệnh được hướng dẫn chế độ ăn sau phẫu thuật. 86,9% người bệnh được hướng dẫn cách chăm sóc mắt sau phẫu thuật. 80% người bệnh được thực hiện phân cấp chăm sóc.

Bảng 3.5. Đánh giá các triệu chứng cơ năng sau ngày PT và ngày ra viện

Dấu hiệu về cơ năng của người bệnh		Sau phẫu thuật		Ngày ra viện	
		n	%	n	%
Nhìn mờ	Mờ hơn	3	2,3	2	1,5
	Sáng hơn	81	62,3	82	63,1
	Không thay đổi	46	35,4	46	35,4
Chói sợ ánh sáng, chảy nước mắt	Có	42	32,3	23	17,7
	Không	88	67,7	107	82,3
Đau nhức mắt	Có	52	40,0	0	0
	Không	78	60,0	130	0
Đau đầu kèm theo	Có	5	3,8	0	0
	Không	125	96,2	130	100
Buồn nôn, nôn	Có	0	0	0	0
	Không	130	100,0	130	100,0
Nhìn quang tán sắc	Có	23	17,7	0	0
	Không	107	82,3	130	100,0

Nhận xét: Đa số người bệnh cải thiện triệu chứng cơ năng tại mắt: triệu chứng nhìn mờ giảm dần từ 93.1% lúc vào viện giảm xuống 2.3% sau phẫu thuật và khi ra viện là 1.5%. Chói sợ ánh sáng, chảy nước mắt từ 58.5% giảm xuống 32.3% sau phẫu thuật, khi ra viện là 17.7%. Triệu chứng đau nhức mắt khi vào viện chiếm 64.6 %, sau phẫu thuật 40.0%, và khi ra viện người bệnh hoàn toàn hết đau nhức 0%. Đau đầu chiếm 27.7% lúc vào viện, sau phẫu thuật giảm xuống 3.8%, khi ra viện 0%. Buồn nôn, nôn 16.9% khi vào viện, sau phẫu thuật và khi ra viện người bệnh hoàn toàn hết triệu chứng buồn nôn, nôn 0%. Triệu chứng nhìn quang tán sắc khi vào viện chiếm 36.2%, sau phẫu thuật 17.7%, khi ra viện 0%.

Bảng 3.6. Đánh giá các triệu chứng thực thể sau ngày PT và ngày ra viện

Triệu chứng thực thể		Sau phẫu thuật		Ngày RV	
		n	%	n	%
Mi mắt	Phù nề	18	13,8	2	1,5
	Bình thường	112	86,2	128	98,5
Kết mạc	Cương tụ	51	39,2	9	6,9
	Bình thường	79	60,8	121	93,1
Giác mạc	Trong	89	68,5	126	96,9
	Phù	41	31,5	4	3,1

Nhận xét: Đa số các triệu chứng thực thể của người bệnh đều giảm: mi mắt phù nề khi vào viện 23.1%, sau phẫu thuật 13.8%, khi ra

viện 1.5%. kết mạc cương tụ khi vào viện chiếm 39.2%, sau phẫu thuật 6.9%, khi ra viện 6.9%. Khi vào viện giác mạc phù chiếm 44.6%, sau phẫu thuật 31.5%, khi ra viện giảm xuống 3.1%.

Bảng 3.7. Sự thay đổi thị lực trước PT và khi ra viện

Thị lực	Trước phẫu thuật		Khi ra viện		P
	SL (n)	TL (%)	SL (n)	TL (%)	
Sáng tối (-) - < đếm ngón tay 3m	53	40,8	18	13,8	P < 0,001
Đếm ngón tay 3m - < 3/10	42	32,3	32	24,6	
3/10 ≤ 7/10	27	20,8	59	45,4	
>7/10	8	6,2	21	16,2	

Nhận xét: Thị lực của người bệnh có sự thay đổi rất đáng kể trước và khi ra viện ở các nhóm: ST (-) - < ĐNT 3m (40.8% → 13.8%), ĐNT 3m - < 3/10 (32.3% → 24.6%), nhóm 3/10 ≤ 7/10 tăng từ 20.8% lên 45.4%, nhóm > 7/10 tăng từ 6.2% lên 16.2%. sự thay đổi thị lực của người bệnh khi vào viện so với lúc ra viện có ý nghĩa thống kê (P < 0,001).

Bảng 3.8. Đánh giá nhãn áp trung bình khi vào viện và khi ra viện

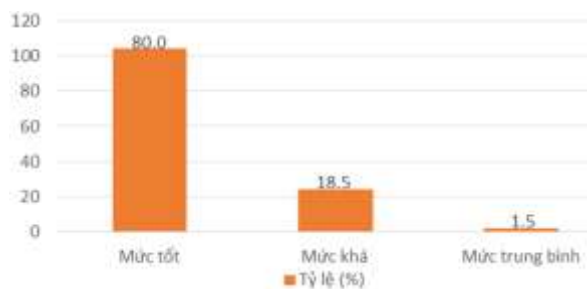
Nhãn áp (mmHg)	NA ngày vào viện Mean±SD	NA ngày ra viện Mean±SD	P
NA trung bình	36.32±9.866	12.5±2.418	<0.001
Mức NA giảm	23.762±10.002		

Nhận xét: Nhãn áp trước và sau phẫu thuật giảm đáng kể. NA trung bình trước và sau phẫu thuật: 36.32 ± 9.866 → 12.5 ± 2.418. Mức NA giảm 23.762 ± 10.002. Sự thay đổi nhãn áp của người bệnh lúc vào viện so với lúc ra viện có ý nghĩa thống kê (P < 0.001).



Biểu đồ 3.1. Đánh giá về sự hài lòng của người bệnh

Nhận xét: Đa số người bệnh thấy rất hài lòng trong quá trình nằm điều trị chiếm 66.2%, người bệnh hài lòng chiếm 20.7%. có 8.5% người bệnh không có ý kiến gì.



Biểu đồ 3.3. Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật

Nhận xét: Về kết quả chăm sóc điều dưỡng, 80.0% đánh giá thực hiện chăm sóc ở mức tốt, 18.5% chăm sóc ở mức khá, 1.5% mức trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 130 người bệnh có độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $65,68 \pm 13,1$ tuổi. Đa số người bệnh có độ tuổi >60 tuổi chiếm 77.7%; từ 40 – 60 chiếm 13.8%; <40 tuổi chiếm 8.5%. kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu về bệnh Glacom như Bùi Thị Vân Anh, đánh giá tại Nam Định, độ tuổi thường mắc bệnh Glacom là sau 55 tuổi (72,5%): từ 40 – 54 tuổi chiếm 23% [1]. Về tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu: tiền sử bệnh có thể là yếu tố nguy cơ gây bệnh Glacom: 83.8% người bệnh có tiền sử bệnh toàn thân; 41.1% có tiền sử bệnh tại mắt; 18.5% tiền sử gia đình người bệnh có người mắc bệnh. tiền sử dùng corticoid tại mắt, toàn thân và tiền sử đã phẫu thuật Glacom bằng nhau chiếm 16.9%. Nghiên cứu của Đỗ Thị Nhung: tiền sử gia đình có người mắc bệnh Glacom chiếm 21% [5]. Đánh giá kết quả chăm sóc: 100% người bệnh khi vào viện đều được ghi nhận tình trạng toàn thân, DHST, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, đánh giá thị lực nhãn áp và đánh giá tinh thần người bệnh. 93% người bệnh được đánh giá sàng lọc tình trạng dinh dưỡng. Có 53.1% người bệnh chưa được hướng dẫn cách vệ sinh tay. 100% người bệnh trong ngày phẫu thuật được nhận định DHST, đánh giá về tinh thần, hoàn tất thủ tục hành chính trước PT, theo dõi DHST, vệ sinh mắt PT, đánh giá mắt mổ và thực hiện y lệnh thuốc. 93% người bệnh được ghi nhận tình trạng toàn thân. 80% người bệnh được nhận định tình trạng mắt sau phẫu thuật. 77.7% người bệnh được hướng dẫn chế độ ăn sau phẫu thuật. 86,9% người bệnh được hướng dẫn cách chăm sóc mắt sau phẫu thuật. 80% người bệnh được thực hiện phân cấp chăm sóc. Đa số người bệnh cải thiện triệu chứng cơ năng tại mắt sau phẫu thuật và khi ra viện: triệu

chứng nhìn mờ giảm dần từ 93.1% lúc vào viện giảm xuống 2.3% sau phẫu thuật và khi ra viện là 1.5%. Chói sợ ánh sáng, chảy nước mắt từ 58.5% giảm xuống 32.3% sau phẫu thuật, khi ra viện là 17.7%. Triệu chứng đau nhức mắt khi vào viện chiếm 64.6%, sau phẫu thuật 40.0%, và khi ra viện người bệnh hoàn toàn hết đau nhức 0%. Đau đầu chiếm 27.7% lúc vào viện, sau phẫu thuật giảm xuống 3.8%, khi ra viện 0%. Buồn nôn, nôn 16.9% khi vào viện, sau phẫu thuật và khi ra viện người bệnh hoàn toàn hết triệu chứng buồn nôn, nôn 0%. Triệu chứng nhìn quầng tán sắc khi vào viện chiếm 36.2%, sau phẫu thuật 17.7%, khi ra viện 0%. Về các triệu chứng thực thể của người bệnh sau phẫu thuật và khi ra viện đều giảm: mi mắt phù nề khi vào viện 23.1%, sau phẫu thuật 13.8%, khi ra viện 1.5%. kết mạc cương tụ khi vào viện chiếm 86.2%, sau phẫu thuật 39.2%, khi ra viện 6.9%. Khi vào viện giác mạc phù chiếm 44.6%, sau phẫu thuật 31.5%, khi ra viện giảm xuống 3.1%. Thị lực của người bệnh có sự thay đổi rất đáng kể trước phẫu thuật và khi ra viện ở các nhóm: ST (-) - < ĐNT 3m (40.8% → 13.8%), ĐNT 3m - < 3/10 (32.3% → 24.6%), nhóm $3/10 \leq 7/10$ tăng từ 20.8% lên 45.4%, nhóm $> 7/10$ tăng từ 6.2% lên 16.2%. Sự thay đổi thị lực của người bệnh khi vào viện so với lúc ra viện có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Một số nghiên cứu trước cũng cho thấy người bệnh sau phẫu thuật đã được cải thiện nhãn áp và thị lực. Nghiên cứu của Ngô Gia Tùng, cho thấy 6/41 mắt (14.6%) tăng thị lực; 24/41 (58,5%) có thị lực ổn định [10]. Nhãn áp trước và sau phẫu thuật giảm đáng kể. NA trung bình trước và sau phẫu thuật: $36,32 \pm 9,866$ giảm xuống $12,5 \pm 2,418$. Mức NA giảm $23,762 \pm 10,002$. Sự thay đổi nhãn áp của người bệnh lúc vào viện so với lúc ra viện có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Một số nghiên cứu cũng đưa ra kết quả sự thay đổi nhãn áp sau phẫu thuật giảm đáng kể như: nghiên cứu của Trần Tất Thắng, trước phẫu thuật, nhãn áp trung bình là $21,1 \pm 3,9$ mmHg; 26,8% nhãn áp ≥ 24 mmHg; sau phẫu thuật nhãn áp trung bình giảm đáng kể ($p < 0,05$) còn $17,4 \pm 1,1$ mmHg; 100% đã về mức nhãn áp dưới 24 mmHg [7]. Kết quả chăm sóc điều dưỡng theo đánh giá chung của người bệnh: 80.0% người bệnh đánh giá thực hiện chăm sóc ở mức tốt, 18.5% chăm sóc ở

V. KẾT LUẬN

5.1. Kết quả hoạt động chăm sóc

- Về kết quả chăm sóc điều dưỡng theo đánh giá chung của người bệnh: 80.0% đánh giá thực hiện chăm sóc ở mức tốt, 18.5% chăm sóc ở