

**TÀI LIỆU**  
**ĐIỀU DƯỠNG CHUYÊN KHOA MẮT**

# Bài 1

## NHỮNG ĐẶC ĐIỂM CỦA CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG MẮT

### MỤC TIÊU

1. Trình bày được những đặc điểm của công tác chăm sóc người bệnh mắt và nhiệm vụ của điều dưỡng viên.

### 1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA HỆ THỐNG PHÒNG KHÁM CHUYÊN KHOA MẮT .

#### 1.1. Trang bị một phòng khám

Phòng khám có hai phòng :

- + Phòng khám bệnh.
- + Phòng làm thủ thuật.

##### 1.1.1. Phòng khám bệnh

Bàn khám bệnh của bác sỹ có:

- Hai ghế: 1 cho bác sỹ, 1 cho bệnh nhân .
- Giá để các loại thuốc:
  - + Dung dịch kháng sinh .
  - + Dung dịch gây tê.
  - + Dung dịch nhuộm màu .
  - + Dung dịch giãn đồng tử
  - + Cồn 90<sup>0</sup>.
- Dụng cụ khám :
  - + Bảng đo thị lực.
  - + Đèn ống (75 – 100 w).
  - + Kính lúp cầm tay (+13D) - Hộp kính.
  - + Đèn soi đáy mắt.
  - + Hộp đựng bông ướt vô khuẩn.
  - + Khay men.
- Bàn ghi sổ của điều dưỡng viên.

##### 1.1.2. Phòng tiểu phẫu

- + Giá đựng thuốc.
- + Hộp đựng bông ướt vô khuẩn.
- + Hộp đựng bông gạc vô khuẩn.
- + Kéo, băng dính, băng cuộn.
- + Hộp đựng dụng cụ tiểu phẫu.

#### 1.2. Nhiệm vụ của điều dưỡng viên

- + Tiếp nhận người bệnh.
- + Thực hiện y lệnh của thầy thuốc.

- + Ghi tên và số thứ tự người bệnh vào sổ khám, đồng thời hướng dẫn người bệnh thực hiện những điều thầy thuốc ghi trong đơn.
- + Đo thị lực, đo nhãn áp, thử kính, làm tiểu phẫu.

### **1.3. Trang bị của khoa mắt nội trú và chăm sóc người bệnh tại khoa**

#### **1.3.1. Trang bị của khoa mắt**

- Một phòng làm việc của bác sỹ trưởng khoa.
- Một phòng hành chính.
- Một phòng khám bệnh.
  - + Bảng đo thị lực.
  - + Giá đựng thuốc.
  - + Hộp đựng bông ướt vô khuẩn.
  - + Giá đựng các loại giấy tờ, bệnh án.
- Một phòng tiểu phẫu.
- Một phòng tiêm.
- 4 đến 6 buồng bệnh. Mỗi buồng có 4 giường (tùy theo cơ sở điều trị).

#### **1.3.2. Chuẩn bị người bệnh trước mổ**

- Giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản và những xét nghiệm có liên quan trực tiếp đến bệnh.
- Giấy cam đoan trước mổ.
- Tiền phẫu: cắt lông mi, bơm thông lệ đạo (trừ người bệnh chấn thương). Tiêm tiền mê bằng hỗn hợp atropin sulfat 1/4mg và dimdrol (tiêm bắp) trước phẫu thuật 15 phút.

Thực hiện thuốc tiền mê:

- + An thần (uống tối hôm trước).
- + An thần, hạ nhãn áp (sáng ngày mổ).

#### **1.3.3. Thực hiện điều trị các biến chứng sau mổ**

- Xuất huyết tiền phòng:
  - + Bất động hai mắt và toàn thân.
  - + Cho người bệnh uống nước 20 ml/kg/24 giờ.
  - + Phụ giúp bác sỹ tiêm men tiêu huyết (tiêm hậu nhãn cầu).
- Tiền phòng tái tạo chậm (trong mổ glôcôm).
  - + Nhỏ dung dịch pilocarpin 1%.
  - + Uống acetazolamid 0.25g x 1-2 viên/24 giờ.
- Viêm mống mắt:
  - + Tra thuốc giãn đồng tử nhẹ: homatropin hoặc neoynephrin.
  - + Tra dung dịch corticoid hoặc phụ giúp bác sỹ tiêm corticoid hậu nhãn cầu.

- Viêm nhiễm vết mổ: tăng liều kháng sinh toàn thân và tra, nhỏ kháng sinh, chống viêm tại mắt.

#### **1.3.4. Thực hiện thay băng sau mổ**

- Chuẩn bị dụng cụ.
  - + Hộp đựng bông ướt vô khuẩn.
  - + Hộp đựng dụng cụ thay băng vô khuẩn.
  - + Hộp đựng bông gạc vô khuẩn.
  - + Kéo, băng dính, băng cuộn.
- Chuẩn bị thuốc:
  - + Thuốc kháng sinh.
    - . Dung dịch cloroxit 4%.
    - . Dung dịch gentamicin 0,5%.
    - . Dung dịch ciprofloxacin.
    - . Dung dịch Tobrex.
  - + Thuốc gây tê.
    - . Dung dịch dicain clohydrat 1%.
  - + Thuốc chống viêm.
    - . Dung dịch hydrocortison.
    - . Mỡ Cloroxit- H 1%.
    - . Dung dịch maxitrol.
    - . Dung dịch naclof.
  - + Thuốc co đồng tử.
    - . Dung dịch pilocarpin 1%.
  - + Thuốc giãn đồng tử.
    - . Dung dịch atropin sulfat 1% và 4%.
    - . Dung dịch homatropin 1%.
- Tiến hành: người điều dưỡng phụ giúp cho thầy thuốc thay băng và thực hiện những y lệnh bất thường khi đi thay băng trên người bệnh đó.

## **2. CHĂM SÓC CÁC BỆNH VỀ MẮT**

### **2.1. Nhận định chăm sóc**

Nhận định là khâu quan trọng trong việc tiếp xúc với người bệnh để có các biện pháp can thiệp điều dưỡng.

- Hỏi bệnh:
  - + Bệnh khởi phát từ bao giờ.
    - . Nếu đau phải hỏi thời gian, tính chất.
    - . Nếu nhìn mờ hỏi thời gian, mờ dần hay mờ đột ngột.
  - + Toàn thân: có sốt, có đau đầu.

- + Tiền sử gia đình: vì có những bệnh mang tính chất gia đình.
- Thăm khám:
  - + Tư thế người bệnh: nhìn nét mặt, tư thế đi.
  - + Các bộ phận:
    - . Mi mắt: sụp, hở, quặm, vết sẹo, mỡ, u cục, sung nề, bầm tím.
    - . Lệ bộ: có tắc, viêm.
    - . Kết mạc: cương tụ rìa, tỏa lan, xuất huyết, mộng thịt.
    - . Giác mạc: có trong suốt hay có sẹo có loét không.
    - . Đồng tử: đường kính (bình thường 2-3 mm), phản xạ.
    - . Thủy tinh thể: trong hay đục.
- Thực hiện các xét nghiệm và khám:
  - + Các xét nghiệm:
    - . Công thức máu, HIV.
    - . Chẩn X quang tim phổi.
    - . Lấy nước tiểu xét nghiệm.
    - . Khám các chuyên khoa.
  - + Khám nghiệm cơ bản:
    - . Đo thị lực.
    - . Đo nhãn áp.

## **2.2. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

### **2.2.1. Tại mắt**

- Rửa mắt cho người bệnh:
  - + Dung dịch NaCl 9%.
  - + Dung dịch thuốc tím 1/5000: dùng trong các trường hợp vị bụi vào mắt, trực khuẩn mủ xanh, viêm kết mạc do lậu cầu.
  - + Dung dịch acid acetic 1%: dùng trong trường hợp viêm kết mạc cấp tính, bóng vôi (khi đã gắp hết vôi cục).
  - + Dung dịch natri bicarbonat 2%: dùng trong trường hợp người bệnh bị bóng acid.
- Quy trình rửa mắt:
  - + Chuẩn bị dụng cụ:
    - . Bơm tiêm
    - . Kim to, đầu tù
    - . Nước sạch hoặc nước muối sinh lý
    - . Vành mi và khay quả đậu hoặc khăn mặt
    - . Thuốc tê (dicain 1%)
  - + Cách tiến hành :
    - . Bệnh nhân nằm đầu nghiêng về bên mắt cần rửa, khay hoặc khăn để sau tai.

- Tra dicain 1% từ 1-2 lần
- Người phụ dùng vành mi hoặc móc mi nâng mở rộng hai mi. Người rửa đứng phía đầu, dùng bơm tiêm tia nước rửa kỹ cùng đồ trên, dưới và hai bên khe mi. Khi rửa nói bệnh nhân đưa mắt theo chiều ngược lại. Đặc biệt cần rửa kỹ cùng đồ dưới và phải rửa nhiều lần một cách kiên trì, có thể rửa 1- 2 lít nước, kéo dài hàng giờ (trong trường hợp cần loại trừ hóa chất gây bỏng).

+ Chú ý:

- Không phụt tia nước mạnh vào giác mạc.
- Không để nước rửa chảy sang mắt bên kia.
- Một số trường hợp bỏng do hóa chất, sau rửa mắt cần rửa cả lệ đạo.
- Sau rửa, tra dung dịch hoặc mỡ kháng sinh, hẹn khám lại hoặc chuyển tuyến trên .

- Dung dịch tra mắt:

+ Muối bạc: dung dịch bạc nitrat 1%; dùng trong trường hợp viêm kết mạc cấp tính hoặc dự phòng viêm kết mạc do lậu cần ở trẻ sơ sinh.

+ Muối đồng: dung dịch đồng sulfat 0,5 – 1%.

+ Muối kẽm: dung dịch kẽm sulfat 0,5 – 1%; dùng trong trường hợp viêm kết mạc cấp tính hoặc bán cấp tính, viêm kết mạc hột.

+ Sulfamid: dung dịch sulfaxilum 20%, SMP 10% dùng trong trường hợp bệnh mắt hột.

+ Kháng sinh:

• Dung dịch cloroxit 0,4%, dùng trong tất cả các bệnh về mắt.

• Dung dịch ciprofloxacin 0,3%, dùng trong viêm bán phần trước.

• Dung dịch gentamicin 0,3%, dùng trong trường hợp viêm kết mạc, loét giác mạc, trong phẫu thuật.

- Thuốc mỡ:

+ Mỡ cloroxit 1%.

+ Mỡ gentamicin 0,3%, dùng trong trường hợp viêm kết mạc, loét giác mạc.

+ Mỡ cloroxit H 1%, dùng trong trường hợp viêm kết mạc, viêm kết mạc mùa xuân, viêm thượng củng mạc.

+ Mỡ tetracyclin 1%, dùng trong bệnh mắt hột, loét giác mạc.

+ Mỡ noflox.

+ Mỡ erythromycin.

- Quy trình tra thuốc mắt:

+ Nguyên tắc trước khi nhỏ thuốc cần kiểm tra:

- Tên bệnh nhân và chỉ định để tránh nhầm thuốc và tránh nhầm mắt. Tên thuốc, chất lượng của thuốc có đục, có đổi màu không ?

- Liều lượng thuốc dùng có đúng chỉ định không ?
- Tra vào mắt nào ?
- Chú ý: không dùng thuốc mỡ bôi ngoài da tra vào mắt.

+ Chuẩn bị:

- Bệnh nhân ở tư thế nằm hay ngồi ngả đầu ra sau.
- Hộp đựng bông ướt cắt nhỏ và các loại thuốc mắt.
- Cán bộ y tế phải rửa tay sạch trước khi tra nhỏ thuốc mắt.

+ Kỹ thuật:

Cách nhỏ thuốc nước hay dầu.

- Tay phải cầm lọ thuốc nhỏ, tay trái cầm bông.
- Vành rộng hai mi, chỉ nhỏ 1-2 giọt vào trong góc mắt, sau đó khép mi lại để dàn đều thuốc, cuối cùng dùng bông lau nhẹ chỗ thuốc tràn ra ngoài mi.

• Chú ý: không để đầu ống chạm vào lông mi, bờ mi bệnh nhân sẽ gây nhiễm ở miệng ống thuốc, làm hỏng thuốc và có thể lây lan bệnh. Nhưng cũng không giữ quá cao sẽ nhỏ trượt ra ngoài mi, chỉ cần cách xa 1-2 cm. Không nhỏ thuốc vào giữa lòng đen, nhỏ vào góc trong mắt. Không để thuốc tràn xuống má, miệng hay mang tai, do đó phải luôn để sẵn bông ở đuôi mắt hay góc mũi tùy theo bệnh nhân nằm hay ngồi. Trẻ em nhỏ atropin 0,5%, phải dùng ngón tay lót bông ẩm bịt lỗ lệ dưới để tránh ngộ độc do thuốc xuống mũi, miệng.

- Cách tra thuốc mỡ.
- Kéo rộng mi dưới bằng một ngón tay, bệnh nhân nhìn ngược lên trên. Bóp một dải thuốc mỡ vào cùng đồ rồi nhẹ nhàng nhấc mi lên, khép lại, bảo bệnh nhân nhắm mắt, không chớp mắt vội, làm sạch ngoài mi bằng bông.

- Thuốc nhuộm màu:

- + Dung dịch thuốc đỏ: 1%, 2%, 4%. Dùng trong trường hợp sát trùng vị trí phẫu thuật, thay băng, mổ quặm, mộng, làm thử nghiệm phân biệt viêm và loét giác mạc.
- + Dung dịch fluorescein 2%. Làm thử nghiệm phân biệt viêm và loét giác mạc .

- Thuốc tác động trên đồng tử:

+ Thuốc co đồng tử:

- Dung dịch pilocarpin 1-2%.
- Dung dịch eserine 0,5-1%.
- Dung dịch mintacol 1/5000.

+ Thuốc giãn đồng tử:

- Dung dịch atropin sulfat 1% và 4%.
- Dung dịch homatropin 2%.
- Dung dịch cocain 4%.

- Dung dịch adrenalin 1%.
- Thuốc gây tê:
  - + Dung dịch dicain clohydrat 1%. Dùng trong các trường hợp: đo nhãn áp, bơm thông lệ đạo, chích chấp lệo, chuẩn bị phẫu thuật.
  - + Dung dịch lidocain 2%. Dùng gây tê trong phẫu thuật.
- Thuốc tiêm mắt: người điều dưỡng phụ giúp bác sỹ tiêm mắt cho người bệnh.
  - + Thuốc giãn mạch: divascol 0,01g.
  - + Men tiêu huyết: hyase 160đv.
  - + Thuốc kháng sinh: gentamicin, cefalotin.
  - + Thuốc chống viêm: hydrocortison.

### **2.2.2. Toàn thân**

Thực hiện đúng y lệnh thuốc cho người bệnh theo đường uống và đường tiêm:

- + Thuốc kháng sinh.
- + Các loại vitamin.
- + Thuốc hạ nhãn áp.
- + Thuốc chống viêm.
- + Thuốc giảm đau, an thần.

## Bài 2

# PHƯƠNG PHÁP KHÁM CÁC CHỨC NĂNG THỊ GIÁC

### MỤC TIÊU

1. Trình bày được quá trình khám các chức năng thị giác.
2. Đọc được kết quả bình thường của chức năng thị giác.
3. Mô tả được các bước tiến hành thử thị lực, đo nhãn áp, đo thị trường.

### 1. THỊ LỰC

- Phải đo cho tất cả các người bệnh đến khám mặc dù người bệnh không yêu cầu.
- Để phát hiện tổn thương có khả năng của mắt vì có người bệnh giảm thị lực từ bao giờ không biết.
- Để đánh giá điều trị tốt hay xấu, tuyển chọn những người làm nghề cần độ chính xác cao.

#### 1.1. Định nghĩa

Thị lực là khả năng của mắt nhận thức rõ các chi tiết hay nói một cách chính xác hơn thị lực là khả năng của mắt nhận thức riêng biệt hai điểm gần nhau.

#### 1.2. Nguyên tắc đo thị lực

- Người bệnh đứng cách bảng thị lực đúng 5m.
- Đo thị lực từng mắt, đo mắt phải thì mắt trái phải bịt kín và ngược lại.
- Phòng đo thị lực tối, bảng thị lực phải được chiếu sáng với cường độ 100lux.
- Người bệnh đi ngoài nắng vào phải cho nghỉ 15 phút để đảm bảo sự thích nghi của võng mạc trong bóng tối.

#### 1.3. Phương pháp đo thị lực

Chuẩn bị dụng cụ.

- Bảng đo thị lực: Bảng chữ cái, bảng vòng hở Landolt, bảng hình ảnh con vật, đồ vật.
- Que chỉ.
- Bìa che mắt.

Tiến hành đo thị lực.

- Người bệnh đứng cách xa bảng 5m, được ngồi nghỉ 15 phút trước khi đo và hỏi họ xem đã nhỏ thuốc gì chưa (chú ý thuốc giãn đồng tử).
- Đo thị lực từng mắt một, mắt phải trước, mắt trái sau. Nếu một mắt đau thì đo mắt lành trước, mắt đau sau.

- Thấy thuốc đứng cạnh bảng thị lực dùng que chỉ chữ trên bảng để người bệnh đọc. Người bệnh đứng cách xa bảng thị lực 5m và che một mắt bằng bìa cứng. Lần lượt chỉ các hàng chữ, có thể bắt đầu từ hàng chữ lớn nhất, hoặc ngược lại, bắt đầu từ hàng chữ nhỏ nhất, tùy trường hợp.
- Đầu que chỉ cách chữ 1cm và vào đúng giữa chữ đó.
- Chỉ 2/3 số chữ trong 1 dòng, ghi thị lực tương ứng với hàng chữ nhỏ nhất mà người bệnh còn đọc được.

- Cách ghi kết quả.

Ví dụ: thị lực: + Mắt phải 10/10  
+ Mắt trái 8/10

- Nếu người bệnh không đọc được bảng thị lực ở khoảng cách 5m thì chuyển sang thử ở mức thị lực thứ hai là đếm ngón tay (ĐNT): giơ bàn tay trước mặt bệnh nhân thay đổi số ngón, rồi thầy thuốc đứng ra xa dần đến khi người bệnh không đếm được nữa. Ranh giới giữa nhìn rõ và nhìn không rõ là kết quả khám. Mỗi lần nên thay đổi số ngón tay 2-3 lần cho chính xác. Cho người bệnh đứng gần lại phía thầy thuốc đến khi người bệnh đọc được chính xác số ngón tay của thầy thuốc thì dừng lại ghi kết quả.

Ghi kết quả: đếm ngón tay (ĐNT) 0,1m đến ĐNT 5m thị lực = 1/10.

Ví dụ: Thị lực: + Mắt phải ĐNT 4m.  
+ Mắt trái ĐNT 0,5m.

- Nếu người bệnh không đếm được ngón tay ta dùng cả bàn tay của mình hua hua trước mặt họ, gọi là bóng bàn tay (BBT).
- Ví dụ: Thị lực: + Mắt phải 1/10.  
+ Mắt trái ĐNT 0,5m.

- Nếu khua bóng bàn tay người bệnh không nhìn thấy thì cho mắt người bệnh tìm ánh sáng (ST).

Cách tìm: Dùng nguồn sáng (đèn pin). Nếu nhận biết được ánh sáng ghi là sáng tối dương tính (ST +), nếu không phân biệt được ánh sáng thì ghi là sáng tối âm tính (ST -).

Ví dụ: Thị lực: + Mắt phải ST (+).  
+ Mắt trái 1/10.

## 2. NHÃN ÁP

### 2.1. Định nghĩa

Nhãn áp là áp lực của các chất lỏng bên trong nhãn cầu tác động lên củng mạc và giác mạc.

## **2.2. Chỉ định – chống chỉ định đo nhãn áp**

- Chỉ định: + Tất cả những người đến khám trên 35 tuổi.  
+ Bệnh glôcôm.
- Chống chỉ định: + Chấn thương xuyên thủng.  
+ Viêm kết mạc.  
+ Loét giác mạc.

## **2.3. Phương pháp đo nhãn áp**

Có hai phương pháp đo: ước lượng bằng tay và phương pháp đo bằng dụng cụ đo.

- Phương pháp đo bằng dụng cụ đo: hiện nay dùng phương pháp Maclacôp.

Chuẩn bị dụng cụ:

+ Hộp nhãn áp: có 4 quả cân 5g, 7,5g, 10g và 15g, hộp đựng mực in, 1 tay cầm, 1 thước đo kết quả.

+ Thuốc gây tê: dung dịch dicain clohydrat 2%.

+ Thuốc kháng sinh: dung dịch cloroxit 0,4%.

+ Cờn 90<sup>0</sup>, giấy in kết quả.

+ Đèn cờn.

+ Bông ướt.

Chuẩn bị người bệnh: người bệnh nằm ngửa trên bàn, đầu hướng về phía người điều dưỡng.

Tiến hành đo nhãn áp:

+ Nhỏ dung dịch dicain clohydrat 2% 1-2 giọt trong 1-2 phút để làm tê giác mạc.

+ Bảo người bệnh giơ ngón tay trở cùng bên mắt đo và nhìn vào ngón tay đó.

+ Sát trùng quả cân, mắc quả cân vào tay cầm, thấm mực in vào hai đầu quả cân.

(Cố định mắt người bệnh: muốn đo chính xác, phải cố định tốt mắt người bệnh; người bệnh không được đảo mắt trong lúc đo. Muốn vậy, bảo người bệnh đưa tay ra trước mắt, mắt nhìn thẳng vào ngón tay trở. Điều chỉnh ngón tay của người bệnh sao cho giác mạc nằm ngang và ở chính giữa khe mắt).

+ Ngón trở và ngón tay trái vành mi mắt đo (nhẹ nhàng để nhãn áp được chính xác).

+ Đặt quả cân vào chính giữa giác mạc, hạ tay cầm quả cân xuống 2/3 chiều dài.

+ Nhấc quả cân lên và in kết quả vào giấy đã bôi cùn, dùng thước đo để lấy kết quả, nhỏ dung dịch cloroxit 4%.

+ Kết quả:

Bình thường với quả cân 10g, nhãn áp từ  $19 \pm 5$  mm Hg.

Sự chênh lệch giữa hai mắt không quá 5 mm Hg.

Những trường hợp chống chỉ định đo nhãn áp bằng phương pháp maclacôp thì đo bằng phương pháp gián tiếp.

Ước lượng sơ bộ bằng tay chỉ biết được nhãn áp có cao, thấp hoặc bình thường và chỉ phân biệt được khi nhãn áp tăng hay giảm rõ rệt.

### **3. THỊ TRƯỜNG**

#### **3.1. Định nghĩa**

Thị trường là khoảng không gian một mắt còn thấy khi nhìn cố định vào một điểm. Thị trường của một mắt cho phép nghiên cứu võng mạc và đường dẫn truyền thần kinh thị giác đến tận vỏ não vùng chẩm.

#### **3.2. Chỉ định đo thị trường**

Một số bệnh thuộc võng mạc:

- Viêm võng mạc sắc tố hoặc bong võng mạc.
- Bệnh glôcôm.
- Khối u não.

#### **3.3. Phương pháp đo**

Có hai phương pháp đo là phương pháp ước lượng và phương pháp đo bằng thị trường kế.

- Phương pháp ước lượng.

Người bệnh quay lưng ra ánh sáng, đứng hay ngồi cách thầy thuốc 1m.

Ví dụ: khám mắt phải người bệnh, người bệnh che mắt trái của mình.

Thầy thuốc nhắm mắt phải và dùng mắt trái nhìn cố định vào mắt phải của người bệnh. Như thế trường của hai mắt đó chập vào nhau để so sánh được.

Thầy thuốc cử động ngón tay trái của mình để ranh giới của thị trường mình về phía thái dương. Sau đó dùng ngón tay trở của tay phải với ranh giới của thị trường về phía mũi.

Cuối cùng thầy thuốc cử động hai ngón tay cùng một lúc ở phía thái dương và phía mũi rồi hỏi người bệnh có thấy hai ngón tay cùng một lúc không.

Phương pháp này không chính xác nhưng có ưu điểm:

- + Nhanh, dễ thực hiện trong phòng khám.
- + Phát hiện nhanh chóng mất nhiều thị trường.

- + Áp dụng với trẻ em, người mệt mỏi.
- Phương pháp đo bằng thị trường kế.
  - + Đo thị trường bằng chu vi kế Landold.
  - + Đo thị trường bằng chu vi kế điện Maggiore.

- **Cấu tạo.**

Một vành cung bằng kim loại bằng nửa hình tròn bán kính 333mm.

Giá tỳ trán và tỳ cằm.

Hệ thống đèn chiếu và hệ thống gương pin chiếu bộ phận ghi.

Các vật tiêu phản chiếu trên vành cung.

Ánh sáng có 4 cường độ: 1, 1/4, 1/16 và 1/64.

Ánh sáng có 5 màu quang phổ: trắng, vàng, xanh ve, xanh lơ và đỏ.

- **Kỹ thuật tiến hành.**

Chuẩn bị người bệnh: sau khi cố định cằm và trán đặt vào giá, mắt được khám nhìn tập trung vào điểm cố định ở giữa vành cung, thầy thuốc kiểm tra cự ly giữa mắt và vành cung bằng hệ thống đèn chiếu cho đèn khi hai vòng sáng chập làm một ở giác mạc, trong quá trình đo phải kiểm tra một vài lần.

Thầy thuốc đưa vật tiêu qua lại trên vành cung và bảo người bệnh trả lời “Có” khi vật tiêu xuất hiện trong thị trường chứ không phải khi mắt nhìn thấy test thật rõ. Khi người bệnh đã hiểu rõ ta bắt đầu đo.

Cách đo: đưa test từ ngoài (vùng không thấy) vào trung tâm (vùng thấy) người bệnh nói “Có” khi nào test xuất hiện. Có thể kiểm tra thêm bằng cách đưa test từ trung tâm ra ngoài và người bệnh nói “Không” khi nào vật tiêu biến mất, ta có thể xoay máy nhẹ nhẹ để người bệnh dễ chú ý, tốc độ duy chuyển của vật tiêu thích hợp là 2cm/giây.

Khám kinh tuyến ngang phía thái dương rồi phía mũi, xong đến kinh tuyến đứng phía trên và phía dưới lần lượt đến kinh tuyến khác, mỗi kinh tuyến cách nhau  $15^0$  hoặc  $30^0$ .

Nhờ bộ phận ghi gắn ở sau máy, ghi mỗi lần ta có giới hạn ngoại vi của thị trường.

Muốn có thị trường với màu sắc ta chỉ cần xoay ở hệ thống điều chỉnh thay test trắng bằng test màu.

Mỗi khi đo xong một thị trường, cần ghi lại ở bên góc các chỉ tiêu kỹ thuật đã áp dụng.

Ví dụ: test 3mm, ánh sáng đỏ, cường độ 1/64.

### **3.4. Kết quả**

Thị trường bình thường:

- Phía mũi:  $60^0$
- Phía trán:  $50^0 - 60^0$
- Phía gò má:  $70^0$
- Phái thái dương:  $90^0 - 95^0$

**Bài 3**  
**CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM BỜ MI**  
**CHẮP - LỌ - MỘNG MẮT**

**MỤC TIÊU**

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng bệnh viêm bờ mi, chắp lẹo, mộng mắt.
2. Trình bày được hướng xử trí các bệnh viêm bờ mi, chắp, lẹo, mộng mắt.
3. Mô tả được các bước thực hiện qui trình chích chắp, lẹo.

**1. CHẮP MẮT**

**1.1. Nguyên nhân.**

Do viêm tuyến Meibomus gây nên ở vùng sụn mi.

**1.2. Triệu chứng.**

- Xuất hiện dưới hình thái một khối u cứng bằng hạt đậu, hạt ngô đội da mi hoặc kết mạc mi lên. Là một ổ áp xe lạnh.
- Sờ có một khối cứng dưới da mi.
- Nhìn da ở vị trí chắp hơi đỏ hoặc bình thường.
- Kết mạc có màu xám vàng (vị trí ở chắp).
- Khi người bệnh liếc mắt thấy vương, cộm.
- Có cảm giác nặng trong mi.
- Đôi khi gây đỏ mắt.

**1.3. Tiến triển.**

- Chắp có thể không tiến triển hoặc phát triển nhanh chóng, hoặc dần dần tự khỏi.
- Có thể vỡ mũ (chắp nhiễm trùng).

**1.4. Xử trí.**

- Nếu chắp nhỏ:
  - + Chườm nóng.
  - + Tra dung dịch kháng sinh: dung dịch cloroxit 4%, dung dịch gentamicin 0,5%.
  - + Toàn thân: dùng kháng sinh (theo chỉ định của thầy thuốc).
- Nếu chắp to: chuyển người bệnh lên tuyến chuyên khoa để chích nạo sạch hoặc mổ lấy cả bọc chắp. Sau khi chích xong, tại mắt tra dung dịch kháng sinh (thuốc mỡ, băng mắt). Toàn thân thực hiện theo y lệnh của thầy thuốc.

**2. LỌ MẮT.**

**2.1. Nguyên nhân.**

Do viêm tuyến Zeiss ở bờ mi, là một ổ áp xe nóng.

**2.2. Triệu chứng.**

- Bờ mi lấy tên một điểm, mi sưng đỏ.
- Người bệnh thấy đau nhói ở nơi sắp mọc lẹo.

- Kết mạc vùng lệ phù nề rất nhiều.
- Lấy ngón tay vuốt theo bờ mi đến lúc chạm vào ổ áp xe sắp mọc người bệnh sẽ phản ứng.
- Đôi khi sốt nhẹ, nhức đầu, chảy nước mắt.
- Khoảng ba ngày sau thấy ổ áp xe nhú lên khỏi bề mặt của bờ mi và mũ thoát ra ngoài bờ mi khi đó triệu chứng đau giảm.

### **2.3. Xử trí.**

- Lúc mới sưng:
  - + Chườm nóng mỗi lần 15 – 20 phút, ngày 4-5 lần.
  - + Châm cứu: chỉ có kết quả khi viêm tấy chưa có mũ.
  - + Tra dung dịch kháng sinh.
  - + Nâng cao thể trạng.
  - + Vệ sinh ăn uống, chống táo bón.
- Khi đã hóa mũ:
  - + Tại tuyến cơ sở: chuyển tuyến chuyên khoa chích lệ, nạo sạch mũ.
  - + Tại tuyến chuyên khoa: người điều dưỡng làm thủ thuật chích chấp lệ cho bệnh nhân.
- Sau khi chích xong:
  - + Tại mắt: tra dung dịch kháng sinh, thuốc mỡ, băng mắt.
  - + Toàn thân thực hiện y lệnh thuốc.

### **2.4. Quy trình chích chấp lệ.**

#### **2.4.1. Dụng cụ.**

- Cặp cố định chấp hoặc lệ.
- Cặp có răng.
- Dao lưỡi nhỏ.
- Kéo cong.
- Dụng cụ nạo chấp, lệ.
- Kim khâu.
- Kẹp kim.

#### **2.4.2. Kỹ thuật.**

- Gây tê bằng dicain 1%. Tiêm lidocain 2% tại chỗ.
- Dùng cặp cố định chấp, lệ. Vặn ốc vừa phải, không quá chặt gây tụ máu sau này.
- Mỏ chấp nên đi đường kết mạc. Dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc, đến vị trí chấp, lệ. Dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chấp (chấp mi dưới dễ lấy cả bọc hơn).
- Dùng dụng cụ nạo, nạo kỹ nếu là chấp, lệ không lấy gọn được.
- Khâu 1- 2 mũi chỉ tự tiêu nếu đường rạch quá 5mm.
- Tra thuốc sát khuẩn, băng mắt, thay băng sau 24 giờ.

### **3. MỘNG THỊT.**

Là sự phát triển quá mức của kết mạc cùng đồ tạo thành.

#### **3.1. Nguyên nhân**

Chưa rõ ràng nhưng thường thấy do những kích thích nhỏ, thường xuyên gây nên như mắt hột, cát bụi, gió,

#### **3.2. Triệu chứng**

- Mộng ở góc mắt có thể một bên (mộng đơn) hoặc mộng hai bên (mộng kép).
- Mộng hình tam giác đỉnh ở phía giác mạc, đáy ở phía cùng đồ, trên thân mộng có nhiều mạch máu.
- Mộng mới chưa ảnh hưởng tới thị lực, người bệnh nhìn không mờ.
- Mộng bò vào giác mạc sâu hơn thì người bệnh nhìn mờ hơn.
- Phân độ:
  - + Độ I: vượt quá vùng rìa 1mm.
  - + Độ II: chưa vượt quá  $\frac{1}{2}$  bán kính giác mạc.
  - + Độ III: vượt qua bán kính giác mạc vào bờ đồng tử.
  - + Độ IV: vượt qua bán kính giác mạc qua lỗ đồng tử.

#### **3.3. Xử trí**

- Độ I,II: tra dung dịch sulfaxilum 20% hoặc dung dịch cloroxit 0,4%.
- Độ III, IV: phụ giúp bác sỹ phẫu thuật.
- Chăm sóc sau phẫu thuật:
  - + Phụ giúp bác sỹ thay băng mắt cho bệnh nhân hàng ngày.
  - + Tại mắt: tra dung dịch kháng sinh, thuốc mỡ.
  - + Toàn thân: thực hiện y lệnh của thầy thuốc.

### **4. VIÊM BỜ MI.**

#### **4.1. Biểu chứng của bệnh mắt hột (ngày nay ít gặp)**

- Triệu chứng: hai bờ mi loét đỏ, nứt kẽ mắt, có nhiều tiết tố bản.
- Tiến triển dai dẳng, lông mi rụng.
- Xử trí:
  - + Rửa mắt hàng ngày bằng dung dịch kháng sinh.
  - + Bôi bờ mi dung dịch betadin 1-3% hoặc xanh methylen hoặc kháng sinh (theo nguyên nhân gây bệnh).

#### **4.2. Sau mổ quặm**

- Triệu chứng: sau mổ vài ba tuần bờ mi dày lên, đôi khi hẳn rõ những chỗ thất chỉ.
- Xử trí:
  - + Tra dung dịch kháng sinh: dung dịch cloroxit 4% ngày 5-6 lần.
  - + Vệ sinh mắt.
  - + Đeo kính râm.

## **Bài 4 :CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM KẾT MẠC**

### **MỤC TIÊU**

1. Nêu được nguyên nhân, đặc điểm của các thể bệnh viêm kết mạc.
2. Trình bày được triệu chứng, hướng xử trí và cách phòng bệnh viêm kết mạc.
3. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm kết mạc theo đúng qui trình điều dưỡng.

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm kết mạc là một bệnh khá phổ biến nhất là ở các nước đang phát triển, có khí hậu nóng và ẩm. Viêm kết mạc có tính chất theo mùa rõ vào mùa nóng.
- Kết mạc tiếp xúc trực tiếp với bên ngoài nên bất kỳ một quá trình viêm nào cũng có thể ảnh hưởng đến kết mạc.
- Viêm kết mạc có nhiều hình thái, khó có thể sắp xếp các viêm kết mạc theo một phân loại hợp lý vì một loại vi khuẩn có thể gây nên nhiều hình thái lâm sàng khác nhau.
- Sau đây là một số hình thái viêm kết mạc sắp xếp dựa theo chất tiết (tiết tố).

### **2. CÁC THỂ VIÊM KẾT MẠC SẮP XẾP DỰA THEO TIẾT TỐ**

#### **2.1. Viêm kết mạc cấp tính có tiết tố nhầy**

##### **2.1.1. Nguyên nhân**

Thường do tụ cầu, liên cầu, phế cầu và trực khuẩn Koch-Weeks,...

##### **2.1.2. Đặc điểm**

- Là hình thái viêm kết mạc hay gặp nhất. Bệnh có liên quan đến vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường và nguồn nước.
- Khởi phát đột ngột từ một mắt đến hai mắt.
- Sau 1-2 ngày hai mắt sưng mọng đỏ.
- Dễ lây thành dịch.
- Có thể gặp ở mọi lứa tuổi song ở trẻ em hay gặp hơn.
- Bệnh thường tiến triển cấp tính.

##### **2.1.3. Triệu chứng**

- Nóng rát và ngứa mắt.
- Cộm mắt, kích thích chảy nước mắt.
- Cảm giác nhìn mờ.
- Hai mi mắt sưng phù có khi mọng đỏ.
- Kết mạc cương tụ tỏa lan, phù nề, sung huyết.
- Nhiều tiết tố nhầy ở khe mi.
- Giác mạc thường không có tổn thương.

#### **2.1.4. Hướng điều trị**

- Cách ly bệnh nhân, khăn riêng, chậu riêng, xử lý tốt các chất thải, dụng cụ của người bệnh, nhất là tay của các bà mẹ chăm sóc trẻ bị viêm kết mạc tránh không để lây lan.
- Điều trị tại mắt là chủ yếu.
- Rửa sạch các tiết tố.
- Dùng các loại kháng sinh tra nhỏ như: cloroxit 0,4%; hoặc dung dịch gentamicin 0,3% hoặc ciprofloxacin 0,3%... Buổi tối tra thêm mỡ kháng sinh.

#### **2.1.5. Phòng bệnh**

- Cần đảm bảo vệ sinh cá nhân và vệ sinh môi trường.
- Cải thiện điều kiện sống, xây dựng các công trình vệ sinh phù hợp.
- Tuyên truyền rộng rãi trong cộng đồng để mọi người dân biết được mức độ lây lan của bệnh và cách phòng chống.

### **2.2. Viêm kết mạc có tiết tố mũ đặc**

#### **2.2.1. Nguyên nhân**

Do lậu cầu khuẩn.

#### **2.2.2. Đặc điểm**

- Bệnh thường phát sinh từ 1 – 3 ngày sau đẻ.
- Tùy thuộc đặc tính của vi khuẩn có thể gây ra những hình thái bệnh nhẹ, trung bình hoặc nặng.
- Tiến triển nhanh chóng và có biến chứng ở giác mạc.

#### **2.2.3. Triệu chứng**

- Hai mi sưng mọng đỏ, trẻ không tự mở mắt được.
- Hai khe mi luôn có mũ đặc chảy ra màu vàng xanh, nếu lau đi mũ tái tạo rất nhanh.
- Kết mạc phù nề, sung huyết.
- Giác mạc bị thâm nhiễm mờ đục, có khi có hoại tử giác mạc.
- Nếu lấy mũ xét nghiệm tìm được lậu cầu.

#### **2.2.4. Hướng điều trị**

- Cách ly bệnh nhân là một việc làm cần thiết.
- Rửa mắt hàng ngày cho người bệnh.
- Tra nhỏ kháng sinh: tốt nhất nên phối hợp hai nhóm kháng sinh cephalosporin thế hệ ba và nhóm quinolon (30 phút tra một lần).
- Tra mỡ kháng sinh: erythromycin hoặc gentamicin.
- Đối với trường hợp nặng cần tiêm kháng sinh tại mắt cho người bệnh.
- Toàn thân: tiêm bắp cefotaxim 25mg/kg/ngày.

#### **2.2.5. Phòng bệnh**

- Đối với trẻ sơ sinh tốt nhất sau khi đẻ ra cần rửa sạch mắt và nhỏ các dung dịch thuốc sát khuẩn vào mắt trong 3 ngày đầu như: argyrol 2%...

### **2.3. Viêm kết mạc có màng do liên cầu**

#### **2.3.1. Nguyên nhân**

- Do liên cầu.

#### **2.3.2. Đặc điểm**

- Khả năng lây lan mạnh.
- Thường xuất hiện ở trẻ em bị sốt phát ban sởi, hồng ban hay trên những trẻ yếu ớt.
- Bệnh thường xuất hiện ở hai mắt cấp diễn.

#### **2.3.3. Triệu chứng**

- Mi mắt sưng mọng đỏ, bầm tím, thường rất khó mở mắt.
- Kích thích chảy nước mắt nhiều.
- Kết mạc cương tụ có khi phù nề. Trên kết mạc mi và kết mạc cùng đồ có một lớp màng màu trắng che phủ rất dễ bóc và không dai.
- Giác mạc thường có tổn thương kèm theo: có thể viêm biểu mô, viêm giác mạc sởi trường hợp nặng biểu mô giác mạc trợt rộng.

#### **2.3.4. Hướng điều trị**

- Toàn thân: nâng cao thể trạng cho trẻ.
- Điều trị tích cực các bệnh phối hợp.
- Tại mắt:
  - + Nhỏ dicain 1% (1 lần), bóc hết màng bằng bông ẩm.
  - + Nhỏ các thuốc sát khuẩn.
  - + Nếu có tổn thương giác mạc phải điều trị kịp thời.

#### **2.3.5. Phòng bệnh**

- Viêm kết mạc có màng do liên cầu là một thể bệnh nặng, khả năng lây lan mạnh do đó cần hết sức cẩn thận, khăn riêng, chậu riêng, cách ly trẻ với những trẻ khác.

### **2.4. Viêm kết mạc mùa xuân**

#### **2.4.1. Đặc điểm**

- Là một thể bệnh đặc biệt, thường xuất hiện ở vùng có khí hậu nóng, ẩm.
- Lứa tuổi thường gặp: 5-16 tuổi, nam nhiều hơn nữ.
- Chia làm 2 thể: thể mi và thể nhãn cầu.

#### **2.4.2. Nguyên nhân**

- Thường do dị ứng, nội tiết.

#### **2.4.3. Triệu chứng**

Là loại viêm kết mạc theo mùa: gặp từ tuổi 7 – 16. Nam nhiều hơn nữ.

#### **2.4.4. Triệu chứng**

- Ngứa mắt dữ dội.

- Tiết tổ viêm hình sợi, dai dính và nhanh tái tạo.
- Kết mạc mi nhợt nhạt có hình lát gạch lục lãng.
- Kết mạc nhãn cầu có những nốt trắng rìa giác mạc.

#### **2.4.5. Hướng điều trị**

- Tránh các yếu tố kích thích vào mắt (ánh nắng, cát, gió, bụi).
- Tránh bội nhiễm thường xuyên.
- Dùng corticoid tại mắt và toàn thân.
- Dùng kháng histamin và ổn định dưỡng bào.

### **3. CHĂM SÓC**

#### **3.1. Nhận định chăm sóc**

- Hỏi chi tiết và ghi lại đầy đủ tính chất, đặc điểm của bệnh.
  - + Bị đau từ bao giờ.
  - + Đau như thế nào.
  - + Có nhiều dử mắt (tiết tổ) không, tính chất của tiết tổ mắt.
  - + Có nhìn mờ không.
  - + Đã được xử trí chưa.
- Khám: quan sát mi, kết mạc nhãn cầu, kết mạc mi và giác mạc.
- Thực hiện xét nghiệm: lấy dịch tiết tổ để soi tươi và nuôi cấy, làm kháng sinh đồ. Người điều dưỡng trực tiếp lấy tiết tổ và đưa đi làm xét nghiệm.

#### **3.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Đau rát, cộm trong mắt do kết mạc phù nề liên quan đến nhiễm khuẩn.
- Ngứa mắt dữ dội do dị ứng liên quan đến thời tiết.
- Lo lắng do sợ bị mù.
- Nguy cơ lây nhiễm do thiếu hiểu biết kiến thức về bệnh.

#### **3.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

- Làm giảm đau rát, cộm trong mắt.
- Làm giảm ngứa mắt.
- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Giáo dục cho người bệnh cách đề phòng lây bệnh.

#### **3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

- Làm giảm đau rát, cộm trong mắt.
  - + Rửa mắt: dung dịch NaCl 0,9%, ngày 2 – 3 lần, hoặc cáchp 30 phút một lần nếu quá nhiều xuất tiết.
  - + Chườm ấm.
  - + Tra dung dịch kháng sinh như: ciprofloxacin 0,3%, tobrex, hoặc cloroxit 0,4%... ngày 4 – 6 lần, tra dung dịch bạc nitrat 1%.
  - + Tra mỡ kháng sinh buổi tối: tetracyclin 1% hoặc gentamicin....

- + Thực hiện y lệnh thuốc: kháng sinh, giảm đau, giảm phù nề.
- Làm giảm ngứa mắt:
  - + Tra dung dịch/mỡ Cloroxit H 1%, ngày 1-2 lần.
  - + Phụ giúp bác sỹ tiêm hydrocortison hậu nhãn cầu cho bệnh nhân bị viêm kết mạc mùa xuân.
  - + Thực hiện y lệnh thuốc: kháng histamin, vitamin C....
- Làm giảm lo lắng cho người bệnh.
  - + Động viên an ủi cho người bệnh.
  - + Nói rõ cho người bệnh biết bệnh không làm giảm khả năng nhìn (nếu chưa có biến chứng).
  - + Đo thị lực cho người bệnh.
  - + Hướng dẫn người bệnh (người nhà) biết cách theo dõi bệnh, cần thiết phải khám và điều trị chuyên khoa sớm, không được tự chữa bệnh để phòng biến chứng.
- Giáo dục cho người bệnh cách đề phòng lây bệnh.
  - + Giải thích cho người bệnh hiểu đây là bệnh dễ lây thành dịch.
  - + Hướng dẫn cho người bệnh dùng đồ dùng riêng (chậu, khăn).
  - + Không được băng mắt.

### **3.5. Đánh giá**

Những kết quả mong muốn là:

- + Đau đầu rát: cảm nhận của người bệnh.
- + Tiết tố giảm dần.
- + Hết lo lắng, người bệnh yên tâm thực hiện thuốc đúng y lệnh.
- + Không nhìn mờ: kết quả đo thị lực bình thường.

## **Bài 5**

### **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM LOÉT GIÁC MẠC**

#### **MỤC TIÊU**

1. Nêu được nguyên nhân, triệu chứng bệnh viêm loét giác mạc.
2. Trình bày được biến chứng và hướng xử trí bệnh viêm loét giác mạc.
3. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm loét giác mạc theo đúng qui trình điều dưỡng

#### **1. NGUYÊN NHÂN**

- Vi khuẩn.
- Virus.
- Nấm.
- Do rối loạn chuyển hóa.

#### **2. ĐIỀU KIỆN THUẬN LỢI**

- Biểu mô là hàng rào bảo vệ cho giác mạc. Khi biểu mô bị tổn hại, các tác nhân xâm nhập vào dễ dẫn đến viêm loét giác mạc.
  - + Sang chấn: thường gặp trong nông nghiệp hoặc công nghiệp như: phơi bào, phơi tiện, mảnh đá mài, lá lúa, cọng rơm, hạt thóc,...
  - + Lông quặm, lông xiêu.
  - + Do hờ mi.
  - + Do liệt dây V.
  - + Do thiếu vitamin A.

#### **3. TRIỆU CHỨNG**

- Triệu chứng cơ năng:
  - + Đau nhứt mắt.
  - + Chói cộm chảy nước mắt, sợ ánh sáng.
  - + Nhìn mờ (tùy vị trí viêm, loét).
- Triệu chứng thực thể:
  - + Mi thường phù nề co quắp.
  - + Kết mạc cương tụ rìa.
  - + Giác mạc có ổ viêm hoặc ổ loét ở trung tâm hay ngoại vi. Nếu nguyên nhân do virus ổ loét thường có hình cành cây hoặc có hình địa đồ. Nếu nguyên nhân do vi khuẩn ổ loét thường đa hình thái, được phủ bởi một lớp hoại tử bản. Nếu nguyên nhân do nấm bờ ổ loét thường gọn, trên mặt phủ một lớp hoại tử khô, nhô cao hơn bình diện giác mạc.
  - + Bất màu thuốc nhuộm (nếu là ổ loét).

#### **4. BIẾN CHỨNG**

- Mủ trong tiền phòng.
- Phồng màng Descemet.
- Thủng giác mạc, phôi kẹt móng mắt.
- Viêm mủ toàn bộ nhãn cầu.

#### **5. HƯỚNG XỬ TRÍ**

##### **5.1. Nguyên tắc**

Điều trị tại chỗ là quan trọng nhất, điều trị toàn thân chỉ là hỗ trợ.

- Viêm giác mạc:
  - + Điều trị nguyên nhân.
  - + Chống viêm.
  - + Dinh dưỡng giác mạc.
  - + Chống phù nề.
- Loét giác mạc:
  - + Điều trị nguyên nhân.
  - + Chống viêm.
  - + Dinh dưỡng giác mạc.
  - + Giảm đau.
  - + An thần.

##### **5.2. Cụ thể**

*Viêm giác mạc:*

- Tại mắt:
  - + Tra dung dịch và mỡ kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc điều trị theo nguyên nhân.
  - + Tra dung dịch dinh dưỡng giác mạc như: vitacic, vitamin A, CB2...
  - + Khi ổ viêm đã ổn định có thể cho tra/nhỏ dung dịch chống viêm có corticoid nhằm làm mỏng sẹo.
- Toàn thân:
  - + Uống kháng sinh theo kháng sinh đồ.
  - + Các vitamin A, C, B2.
  - + Giảm phù nề: alpha chymotrypsin.

*Loét giác mạc:*

- Tại mắt:
  - + Điều trị theo nguyên nhân: nếu nguyên nhân do virus tra thuốc chống virus như acyclovir, zovirac... Nếu nguyên nhân do vi khuẩn tra kháng sinh theo kháng sinh đồ. Nếu nguyên nhân do nấm tra thuốc chống nấm như: ketoconazol, amphoterricin B...
  - + Chống viêm loại không steroid như naclof...

- + Dinh dưỡng giác mạc: tra/nhỏ một số dung dịch như vitacic, vitamin A, CB2..
- + Giảm đau bằng paracetamol.

## **6. CHĂM SÓC**

### **6.1. Nhận định chăm sóc**

Để đưa ra được những chẩn đoán điều dưỡng sát thực với bệnh, người điều dưỡng cần khai thác kỹ nguyên nhân, triệu chứng cơ năng và thăm khám được vết loét giác mạc.

- Về nguyên nhân: cần khai thác xem người bệnh bị nguyên nhân gì hoặc bị bệnh khác có liên quan đến bệnh ở mắt (sởi, thủy đậu, suy dinh dưỡng).
- Triệu chứng cơ năng: người bệnh đau nhứt ở vị trí nào có kèm theo chói cộm, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, có nhìn mờ không?
- Về thăm khám.
  - + Mi mắt có sưng nề không?
  - + Mắt người bệnh có sưng đỏ không?
  - + Thị lực bao nhiêu?
  - + Vị trí vết loét ở đâu, có bắt màu thuốc nhuộm không?
- Thực hiện xét nghiệm: lấy dịch tiết ở ổ loét để nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.

### **6.2. Chẩn đoán điều dưỡng**

- Đau nhứt, nhìn mờ do tổn thương giác mạc.
- Chói cộm, sợ ánh sáng do kết mạc phù nề.
- Lo lắng sợ bị mù.
- Không hiểu biết về bệnh.

### **6.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

- Làm giảm đau nhứt mắt, làm vết loét nhanh liền.
- Làm giảm chói cộm, sợ ánh sáng.
- Làm giảm lo lắng cho người bệnh.
- Khuyến người bệnh không nên đắp các loại lá vào mắt, luôn luôn giữ vệ sinh mắt.

### **6.4. Can thiệp chăm sóc**

- Làm giảm đau nhứt mắt, làm vết loét nhanh liền.
  - + Tra dung dịch kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc dung dịch chống nấm hoặc chống virus (theo chỉ định của từng loại thuốc), thông thường tra 5 lần/ngày.
  - + Tra mỡ tetracyclin 1% hoặc acyclovir hoặc noflor (tùy nguyên nhân), thông thường ngày 2 lần.
  - + Tra dung dịch atropin sulfat 1% (nếu bị loét ở trung tâm) ngày một lần, hoặc dung dịch pilocarpin 1% (nếu loét ở ngoại vi).
  - + Tra các dung dịch chống viêm, dinh dưỡng giác mạc theo chỉ định của thầy thuốc.

- + Thực hiện y lệnh thuốc: kháng sinh, giảm đau, giảm phù nề, an thần.
- + Đo thị lực cho người bệnh.
- Làm giảm chói cộm, sợ ánh sáng.
  - + Động viên an ủi cho người bệnh yên tâm, tin tưởng vào phương pháp điều trị.
  - + Nói rõ cho người bệnh biết bệnh tiến triển tốt dần, khả năng nhìn sẽ tốt hơn nếu được điều trị và chăm sóc tích cực, đúng phương pháp.
- Giáo dục cho người bệnh cách giữ vệ sinh mắt.
  - + Khuyến người bệnh không nên đắp các loại lá vào mắt.
  - + Rửa mắt bằng nước sạch, không tự pha nước muối để rửa mắt.
  - + Không tra bất cứ một loại thuốc gì khi không có chỉ định của thầy thuốc nhãn khoa.

### **6.5. Đánh giá**

Sau khi thực hiện kế hoạch chăm sóc, người điều dưỡng phải theo dõi người bệnh, để nêu lên được kết quả điều trị và chăm sóc, những vấn đề cần đánh giá là:

- Đỡ đau nhức mắt: cảm nhận chủ quan của người bệnh.
- Nhìn rõ hơn: người điều dưỡng đo thị lực.
- Hết lo lắng về bệnh tật: người bệnh yên tâm thực hiện thuốc tra mắt, toàn thân đúng y lệnh.
- Không có biến chứng.

## **Bài 6**

### **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM MÓNG MẮT**

## MỤC TIÊU

1. Nêu được nguyên nhân, triệu chứng bệnh viêm mống mắt.
2. Trình bày được biến chứng và hướng điều trị bệnh viêm mống mắt.
3. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm mống mắt theo đúng qui trình điều dưỡng

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Màng bồ đào gồm 3 phần:
  - + Mống mắt ở phía trước.
  - + Thể mi ở giữa.
  - + Hắc mạc ở sau.
- Màng bồ đào có 5 nhiệm vụ chính:
  - + Đảm bảo dinh dưỡng cho nhãn cầu.
  - + Điều chỉnh hướng ánh sáng vào trong nhãn cầu nhờ hoạt động của cơ mống mắt.
  - + Tiết ra thủy dịch do các tế bào ở vùng tua mi.
  - + Điều tiết nhờ hoạt động của các cơ vùng tua mi.
  - + Tạo ra một buồng tối để ảnh của vật in rõ nét trên võng mạc.
- Đặc điểm của màng bồ đào là có nhiều mạch máu và thần kinh. Tuần hoàn ở đây thường bị chậm lại tạo điều kiện cho vi khuẩn, độc tố trong hệ tuần hoàn dễ khu trú và gây bệnh.
- Hội nghị cứu viêm màng bồ đào quốc tế đã đề ra một phân loại viêm màng bồ đào theo giải phẫu: chia màng bồ đào là 4 loại:
  - + Viêm màng bồ đào trước (viêm mống mắt – thể mi).
  - + Viêm màng bồ đào trung gian (viêm pars – plama).
  - + Viêm màng bồ đào sau (viêm hắc mạc).
  - + Viêm màng bồ đào toàn bộ.
- Là một bệnh nặng vì hay tái phát, mỗi lần tái phát để lại di chứng có thể mù nhưng nếu phát hiện sớm, xử trí kịp thời bệnh có thể khỏi.

### 2. NGUYÊN NHÂN

- Trên thực tế rất khó xác định, theo Henderley (1987) thì hầu hết viêm màng bồ đào trước thường không rõ nguyên nhân. Các viêm màng bồ đào sau có thể tìm thấy căn nguyên như virus, vi khuẩn, nấm,...

- Có thể liên quan đến các nhiễm khuẩn toàn thân hoặc nhiễm khuẩn các cơ quan lân cận: tai mũi họng, răng hàm mặt.

### **3. TRIỆU CHỨNG**

- Triệu chứng cơ năng:
  - + Đau nhứt mắt: người bệnh không đau dữ dội lắm song có cảm giác đau nặng nề ở mắt, đau nhứt nhẹ và liên tục ở mắt, vùng trán và xung quanh nhãn cầu.
  - + Rối loạn thị lực: người bệnh nhìn kém, thường do vẩn đục các môi trường trong suốt.
  - + Kích thích mắt: người bệnh có cảm giác sợ ánh sáng, chảy nước mắt.
- Triệu chứng thực thể:
  - + Mi mắt có thể phù nề, co quắp mi.
  - + Cương tụ xung quanh vùng rìa.
  - + Cương tụ mống mắt: mống mắt thay đổi sẫm màu lại do cương tụ các mạch máu ở mống mắt.
  - + Dịch rỉ tiền phòng: Tyndall (+).
  - + Đồng tử co nhỏ, mất phản xạ, bờ đồng tử dính vào bao thể thủy tinh là triệu chứng chắc chắn của viêm mống mắt.
  - + Ở thời kỳ cấp tính người bệnh có thể có sốt, mệt mỏi, kém ăn, mất ngủ.

### **4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Nếu để tự nhiên viêm mống mắt có thể gây viêm mống mắt – thể mi: người bệnh đau nhứt tăng, phản ứng thể mi (+).
- Một thời gian sau cơn cấp tính đầu tiên có thể xảy ra đợt viêm mới và dần dần để lại những di chứng:
  - + Dính bờ đồng tử từng phần hay toàn phần. Trong trường hợp dính toàn bộ mống mắt có thể vòng lên (mống mắt hình quả cà chua).
  - + Dính bít đồng tử: dịch rỉ, sắc tố hoàn toàn bịt kín diện đồng tử.
  - + Mống mắt tiến dần tới teo, trở nên mỏng hơn, nhám nhở. Các mạch máu được thay bằng các đường xơ trắng.
  - + Sau những lần tái phát dẫn đến thủy tinh thể đục, teo nhãn cầu.

### **5. HƯỚNG XỬ TRÍ**

#### **5.1. Điều trị chống dính**

Là việc làm vô cùng cần thiết, phải được tiến hành ngay trong những giờ đầu khi tiếp xúc với bệnh nhân, chống dính mống mắt với bao trước thể thủy tinh.

Các loại thuốc chống dính có thể dùng:

- Tra dung dịch atropin 1% hoặc 4%, tùy tình trạng bệnh nặng hay nhẹ, bị lần đầu hay tái phát, đến sớm hay muộn mà tra dung dịch atropin có nồng độ cao hay thấp. (Chú ý: trước khi tra thuốc phải lấy bông chặn điểm lệ). Đối với trẻ em chỉ nên nhỏ dung dịch atropin 1%.
- Tiêm hỗn hợp: atropin 1/4mg và adrenalin 0,001g (tiêm dưới kết mạc sát rìa).

## 5.2. Chống viêm

Corticoid là trụ cột của điều trị viêm màng bồ đào.

- Dùng đường toàn thân và tại chỗ.
- Toàn thân: có thể dùng đường uống hoặc tiêm hoặc phối hợp cả đường uống và tiêm tùy vào mức độ nặng nhẹ của bệnh.
- Tại chỗ: tra/nhỏ dung dịch có corticoid như maxitrol... Trong những trường hợp có chống chỉ định với corticoid (như có loét giác mạc kèm theo) tra/ nhỏ dung dịch chống viêm không steroid như: naclof...

## 5.3. Kháng sinh

Tốt nhất là dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

## 5.4. Điều trị theo nguyên nhân

## 5.5. Giảm đau, an thần, giảm phù nề nội nhãn

- Giảm đau: paracetamol
- An thần: seduxen
- Giảm phù nề: alpha chymotrypsin.

## 6. CHĂM SÓC

### 6.1. Nhận định chăm sóc

- Người điều dưỡng phải khai thác kỹ nguyên nhân, triệu chứng của bệnh để đưa ra những chẩn đoán điều dưỡng sát thực với người bệnh.
- Về nguyên nhân: cần khai thác xem nguyên nhân bị bệnh khác có liên quan đến bệnh ở mắt (bệnh khớp, bệnh tai mũi họng, răng hàm mặt).
- Triệu chứng: người bệnh đau nhứt (vị trí, tính chất); có kèm theo chảy nước mắt; sợ ánh sáng không; nhìn mờ như thế nào.
- Thăm khám:
  - + Mắt có đỏ không?
  - + Đồng tử có co nhỏ không; phản xạ đồng tử như thế nào?
  - + Màu sắc của móng mắt?
  - + Mi mắt có nề không?

### 6.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Đau nhứt mắt do móng mắt bị viêm.

- Rối loạn thị lực do vẫn đục các môi trường trong suốt.
- Chảy nước mắt, sợ ánh sáng do phù giác mạc.
- Lo lắng do sợ bị mù.

### **6.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

- Chống dính mống mắt với bao trước thể thủy tinh.
- Làm giảm viêm.
- Làm giảm đau nhức mắt.
- Làm giảm chảy nước mắt và sợ ánh sáng.
- Làm giảm sự lo lắng của người bệnh.

### **6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

- Chống dính mống mắt với bao trước thể thủy tinh:
  - + Tra dung dịch atropin sulfat 1% hoặc 4%.
  - + Phụ giúp bác sỹ tiêm tách dính.
- Làm giảm viêm:
  - + Tại mắt: tra thuốc chống viêm: dung dịch maxitrol, tra mỡ cloroxit H... Trợ giúp bác sỹ tiêm hydrocortison hậu nhãn cầu cho người bệnh.
  - + Toàn thân: cho uống hoặc tiêm chống viêm có corticoid hoặc chống viêm không steroid.
- Làm giảm đau nhức mắt, giảm phù nề, an thần:
  - + Cho người bệnh uống thuốc giảm đau theo y lệnh.
  - + Cho người bệnh uống thuốc an thần theo y lệnh.
  - + Đo thị lực, nhãn áp.
  - + Cho người bệnh uống thuốc giảm phù nề theo y lệnh.
- Làm giảm chảy nước mắt và sợ ánh sáng:
  - Đeo kính râm hoặc băng che mắt.
- Làm giảm sự lo lắng của người bệnh:
  - + Động viên an ủi người bệnh.
  - + Nói rõ cho người bệnh biết kế hoạch điều trị tổng thể sẽ thôi thúc người bệnh hợp tác trong mỗi phần của kế hoạch điều trị.
- Giáo dục cho người bệnh phát hiện sớm bệnh:
  - + Khuyến người bệnh khi có dấu hiệu bất thường cần đến ngay chuyên khoa mắt khám và điều trị kịp thời.
  - + Không tra bất cứ một loại thuốc nào khi chưa có chỉ định của thầy thuốc nhãn khoa.

+ Nếu thấy đau khớp hoặc các bệnh về tai mũi họng, răng hàm mặt thì nên đi khám và điều trị sớm.

### **6.5. Đánh giá**

- Đau nhức: cảm nhận của người bệnh và người điều dưỡng phải đo nhãn áp.
- Nhìn rõ hơn: người điều dưỡng đo thị lực.
- Hết lo lắng về bệnh tật: người bệnh yên tâm hợp tác cùng điều dưỡng thực hiện y lệnh điều trị.
- Không có biến chứng.

## **Bài 7: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHÂN THƯƠNG – BÔNG MẮT**

### **MỤC TIÊU:**

1. Nêu được nguyên nhân, triệu chứng, cách xử trí vết thương xuyên thấu ở mắt.
2. Trình bày cách xử trí và theo dõi được xuất huyết tiền phòng.

3. Mô tả được cách sơ cứu một số trường hợp bỏng mắt ở tuyến cơ sở.
4. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương và bỏng mắt theo các bước của quy trình điều dưỡng

## **A. CHẤN THƯƠNG MẮT**

Chấn thương mắt đến nay vẫn là nguyên nhân quan trọng gây mù lòa đặc biệt gây mù một mắt. Chấn thương mắt đặc biệt là cấp cứu số một của các bệnh mắt, tỷ lệ mù lòa cao, có tính nặng, đặc biệt ngày càng phức tạp về vấn đề pháp lý.

### **1. NGUYÊN NHÂN**

- Trong công nghiệp: phoi bào, mạ sắt, hóa chất.
- Trong nông nghiệp: lá lúa, hạt thóc, cọng rơm, cọng rạ, bùn đất, đuôi con trâu.
- Trong sinh hoạt: ngòi bút, que khăng, súng cao su, dây cao su, dao nhọn.

### **2. PHÂN LOẠI**

#### **2.1 Chấn thương (vết thương) xuyên thấu:**

Tác nhân gây nên loại chấn thương này là các vật đầu nhọn.

#### **2.2 Chấn thương đung đập:**

Tác nhân gây nên loại chấn thương này là các vật đầu tù.

### **3. TRIỆU CHỨNG**

#### **3.1 Vết thương xuyên thấu:**

##### **3.1.1 Xuyên thấu nhãn cầu:**

- Vết thương thấu giác mạc:

+ Cơ năng:

- Người bệnh đau nhức ngay sau khi bị tai nạn.
- Kích thích chảy nước mắt.
- Nhìn mờ (tùy vào vị trí tổn thương).

+ Thực thể:

- Tiền phòng: xẹp toàn bộ hay một phần, tiền phòng có thể có máu hoặc có mủ.
- Mống mắt: có thể rách, kẹt vào vết thương, phòi ra ngoài.
- Thủy tinh thể: có thể đục hoặc lệch (nếu đứt dây chằng Zinn).
- Dịch kính: có thể bị phòi qua vết rách.
- Nhãn áp: nếu rách rộng thì nhãn áp giảm, nếu rách nhỏ thì nhãn áp bình thường

+ Xử trí:

- Nếu vết thương nhỏ giác mạc sẽ tự đóng kín
- Nếu vết thương rộng, bị kẹt mống mắt: bước đầu nhỏ dung dịch cloroxit 0.4%, băng mắt, cho uống kháng sinh, giảm đau, tiêm SAT, chuyển đến tuyến chuyên khoa.
  - Vết thương xuyên củng mạc:
    - + Thường kín đáo khó phát hiện, hay bị che lấp bởi một đám xuất huyết dưới kết mạc.
    - + Những vết thương khu trú ở vùng rìa gây tổn thương thể mi dễ gây nhãn viêm giao cảm.
    - + Tiến triển vết thương xấu hay kèm theo viêm màng bồ đào -> viêm mủ toàn bộ nhãn cầu.
  - Nếu vết thương rộng:
    - + Kết mạc rách để lộ củng mạc (trắng).
    - + Củng mạc rách để lộ hắc mạc (đen).
    - + Tiền phòng sâu, mống mắt ngả về phía sau.
    - + Mắt mềm.
  - Nếu vết thương nhỏ:
    - + Kết mạc tụ máu.
    - + Tiền phòng có thể có máu.
  - Xử trí:
    - + Không rửa vết thương (tuyến cơ sở).
    - + Tiêm SAT
    - + Uống giảm đau
    - + Băng vô khuẩn gửi người bệnh lên tuyến chuyên khoa.

### **3.1.2 Xuyên thủng bộ phận phụ thuộc:**

- Xuyên thủng mi:
  - + Rách nông da ngoài: sát trùng nhẹ quanh vết thương, cho người bệnh uống kháng sinh.
  - + Rách song song bờ mi: khâu bảo tồn hai mép da.
  - + Rách bờ mi tự do, rách ngang hoặc chéo đứt cơ vòng củng mi vết thương toác rộng: khâu 2 lớp (cơ, da).
- Xuyên thủng kết mạc:
  - + Rách <3 mm: không khâu, tra dung dịch kháng sinh người bệnh uống kháng sinh.
  - + Rách >3mm: khâu vết rách.
- Xuyên thủng hóc mắt: thường nặng hay có tổn thương phối hợp với nhãn cầu, với răng hàm mặt, với chấn thương sọ não.

Lưu ý: đối với chấn thương xuyên thấu không nên:

+ Kéo gấp các tổ chức trong mắt (mống mắt, thể mi, dịch kính ...).

+ Tra thuốc mỡ trước khi khâu vết thương.

### **3.2 Chấn thương đụng giập:**

Thường do các vật đầu tù đập vào, do sức ép đè nén vào nhãn cầu, vào thành hố mắt. Sức ép mạnh, nhanh gây tang nhãn áp đột ngột làm cho các tổ chức và thành phần bên trong nhãn cầu bị chèn ép, thậm chí bị vỡ rách.

#### **3.2.1 Đụng giập mi – kết mạc:**

- Tụ máu dưới da mi và kết mạc. Nếu không có tổn thương phối hợp thì để tự nhiên sẽ khỏi.

- Tụ máu dưới da mi hình gọng kính ( hội chẩn khoa chấn thương ).

#### **3.2.2 Đụng giập nhãn cầu:**

- Xuất huyết tiền phòng.

+ Triệu chứng:

- Thị lực giảm hoặc mất
- Trong tiền phòng có máu đỏ tươi ( máu có thể màu nâu hoặc đen ).
- Người bệnh có thể thấy nhức mắt.

+ Mức độ máu trong tiền phòng: lảng máu, ngấn máu, đầy máu

+ Xử trí:

• Bất động tuyệt đối toàn thân (chăm sóc cấp I) và tại mắt (băng kín hai mắt).

• Ăn lỏng, tránh nhai.

• Uống nước liệu pháp 20 ml/kg/24 giờ, có thể uống nhanh trong 5 phút. Chống chỉ định một số bệnh: tiền sử glôcôm, bệnh tim mạch, suy gan, suy thận.

• Uống tam thất: tùy mức độ máu trong tiền phòng uống 5g, 10g, 15g/24 giờ.

• Men tiêu huyết hyase 160đv tiêm 1 ống/24 giờ tiêm cạnh nhãn cầu.

• Kháng sinh, an thần.

• Vitamin.

+ Theo dõi:

• Mức độ máu trong tiền phòng.

• Thị lực.

• Biến chứng.

- Lệch thủy tinh thể:

+ Đồng tử giãn, phản xạ lười.

- + Mống mắt rung rinh khi nhãn cầu vận động.
- + Thể thủy tinh ra ngoài tiền phòng: người bệnh đau nhức.
- + Nhãn áp có thể tăng hoặc tăng cao.
- Phù môi trường trong suốt:
  - + Giác mạc mất độ trong suốt.
  - + Xử trí: nhỏ dung dịch NaCl 5% hoặc dung dịch glucose 30%.

#### **4. ĐỀ PHÒNG CHẤN THƯƠNG MẮT:**

- Tuyên truyền: giới thiệu rộng rãi tác hại của chấn thương mắt, giáo dục ý thức đề phòng tai nạn về mắt cho mọi người.
- Về tổ chức:
  - + Đảm bảo người lao động làm việc trong điều kiện an toàn: đủ ánh sáng, trang bị đủ bảo hộ lao động ( kính bảo hộ, các bộ phận che chắn...).
  - + Tổ chức tuyến sơ cứu, cấp cứu chấn thương mắt: đề ra những quy định cụ thể đảm bảo cho người bệnh được xử trí nhanh, sớm và đúng

#### **5. CHĂM SÓC**

##### **5.1 Nhận định chăm sóc:**

Hỏi chi tiết và ghi lại đầy đủ tính chất, đặc điểm của chấn thương.

- Bị tác nhân gì gây đụng giập hay xuyên thủng
- Thời gian bao lâu
- Đau nhức như thế nào
- Nhìn mờ nhiều hay ít
- Đã được xử trí chưa

Khám: mi mắt, kết mạc, giác mạc, mống mắt, đồng tử, tiền phòng, thủy tinh thể.

##### **5.2 Chẩn đoán chăm sóc:**

- Đau nhức mắt sau khi bị chấn thương.
- Tụ máu, chảy máu mắt do tổn thương đụng giập và vết thương xuyên thủng.
- Lo lắng do sợ bị chảy nhiều máu hoặc bị mù.

##### **5.3 Lập kế hoạch chăm sóc:**

- Làm giảm đau nhức mắt.
- Cầm máu (những vết thương xuyên thủng).
- Làm tiêu máu (những chấn thương đụng giập).
- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Giáo dục cho người bệnh cách đề phòng chấn thương mắt.

##### **5.4 Thực hiện chăm sóc:**

- Nhanh chóng làm giảm đau nhức mắt:

- + Tra dung dịch dicain clohydrat 1%
- + Đo nhãn áp (chấn thương đục giác). Nếu nhãn áp tăng phải báo cáo cho thầy thuốc cho thuốc hạ nhãn áp: acetazolamide.
- + Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh của bác sĩ.
- Chăm máu (những vết thương xuyên thấu):
  - + Rửa vết thương bằng NaCl 0,9%.
  - + Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%.
  - + Trợ giúp bác sĩ khâu vết thương chăm máu.
  - + Thực hiện y lệnh thuốc: kháng sinh, giảm phù nề.
- Làm tiêu máu (chấn thương đục giác gây xuất huyết tiền phòng):
  - + Băng kín hai mắt.
  - + Ăn lỏng, tránh nhai.
  - + Thực hiện chế độ chăm sóc cấp I.
  - + Trợ giúp thầy thuốc tiêm cạnh nhãn cầu: men tiêu huyết hyase.
- Làm giảm lo lắng cho người bệnh:
  - + Động viên an ủi người bệnh.
  - + Xử trí kịp thời, đúng phương pháp theo từng loại chấn thương.
  - + Thực hiện thuốc an thần cho người bệnh khi có chỉ định của thầy thuốc.
- Giáo dục cho người bệnh cách đề phòng chấn thương:
  - + Làm cho người bệnh hiểu rõ các tác hại của chấn thương.
  - + Biết cách tự cứu, sơ cứu khi bị chấn thương và cần đến ngay cơ sở chuyên khoa để điều trị.

5.5 **Đánh giá:** những kết quả mong muốn là:

- Đỡ đau nhức.
- Vết khâu liền.
- Máu tiêu dần.
- Hết lo lắng.
- Nhìn rõ dần.

## B. BỔNG MẮT

Bọng mắt là cấp cứu số một trong nhãn khoa. Thái độ xử trí phải khẩn trương tự cứu – sơ cứu – cấp cứu mới mong bảo tồn chức năng thị giác.

### 1. NGUYÊN NHÂN

- Do sức nóng: bọng nước, tia hàn ...
- Do hóa chất: acid, base...

## 2. TRIỆU CHỨNG

### 2.1 Cơ năng

- Đau nhức, rát.
- Chói cộm, sợ ánh sáng, chảy nước mắt.
- Nhìn mờ.

### 2.2 Thực thể

- Mi phù nề, cương tụ đỏ hoặc tái hoặc đen.
- Kết mạc cương tụ phù hoặc hoại tử trắng mủn.
- Giác mạc: giảm độ trong suốt, mờ đục, đục trắng hoặc hoại tử.

## 3. TIÊN LƯỢNG: Phụ thuộc vào nhiều yếu tố

- Tác nhân gây bỏng.
- Thời gian tiếp xúc của tác nhân gây bỏng với tổ chức.
- Độ đậm của tác nhân.
- Khả năng hòa tan của các chất gây bỏng.

## 4. XỬ TRÍ

### 4.1 Nguyên tắc chung:

- Loại trừ các tác nhân gây bỏng ra khỏi mắt bằng cách rửa nhanh và nhiều bằng nước sạch (trường hợp bỏng vôi phải gấp hết vôi cục trước khi rửa).
- Giảm đau bằng dung dịch dicain clohydrat 1%.
- Chống nhiễm trùng: kháng sinh tại chỗ và toàn thân.
- Tăng cường dinh dưỡng: tiêm máu tự thân dưới kết mạc.
- Chống dính mi-câu: không được băng chặt mắt.

### 4.2 Điều trị một số trường hợp cụ thể:

- Bỏng vôi:
  - + Phải gấp hết vôi cục.
  - + Rửa bằng dung dịch glucose.
  - + Điều trị theo nguyên tắc chung.
- Bỏng nóng:
  - + Nếu có dị vật thì gạt bỏ ngay.
  - + Rửa nhanh, nhiều bằng dung dịch NaCl 9o/oo
  - + Điều trị theo nguyên tắc chung.
- Bỏng base:
  - + Rửa bằng dung dịch acid trung hòa (acetic 1%).
  - + Điều trị theo nguyên tắc chung.

- Bỏng acid:
  - + Rửa bằng dung dịch natri bicarbonate 2%.
  - + Điều trị theo nguyên tắc chung.

## 5. ĐỀ PHÒNG BỎNG MẮT

- Tổ chức tốt an toàn trong lao động: đeo kính, che chắn.
- Ở phòng thí nghiệm, kho hóa chất phải có vòi nước để rửa mắt và một số thuốc trung hòa các hóa chất.
- Giáo dục cho trẻ em không chơi trò chơi nguy hiểm.

## 6. CHĂM SÓC

### 6.1 Nhận định chăm sóc

- Hỏi chi tiết và ghi lại đầy đủ tính chất, đặc điểm của bỏng mắt:
  - + Bị tác nhân gì, do hóa chất, do nhiệt?
  - + Thời gian bao lâu?
  - + Đau rát như thế nào?
  - + Đã được xử trí chưa?
- Khám:
  - + Quan sát:
    - Mi mắt: phù nề đỏ, nốt phỏng nước, có vết loét do tổn thương cơ.
    - Kết mạc: trắng nhợt hoặc hoại tử.
    - Giác mạc: giảm độ trong suốt, mờ đục hoặc đục trắng.
  - + Đo thị lực: giảm hoặc mất tùy theo mức độ tổn thương.

### 6.2 Chẩn đoán chăm sóc

- Đau rát mắt sau khi bị bỏng do hóa chất hay do nhiệt.
- Chói cộm, chảy nước mắt, sợ ánh sáng do kết mạc, giác mạc phù nề.
- Lo lắng sợ bị mù.

### 6.3 Lập kế hoạch chăm sóc

- Làm giảm đau rát.
- Giảm chói cộm, sợ ánh sáng.
- Giảm lo lắng cho người bệnh.
- Giáo dục cho người bệnh cách đề phòng bỏng mắt.

### 6.4 Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Nhanh chóng làm giảm đau rát:
  - + Rửa nhanh nhiều bằng nước sạch.
  - + Tra dung dịch dicain clohydrat 1%.

+ Rửa bằng dung dịch trung hòa: dung dịch glucose 5%, dung dịch natri cloxit 0,9% dung dịch natri bicarbonate 2%.

+ Tra mỡ kháng sinh (tetracyclin, gentamicin) vào cùng đồ mi trên và mi dưới để tránh dính mi – cầu.

+ Thực hiện y lệnh thuốc: kháng sinh, giảm đau, chống phù nề.

- Giảm chói cộm, sợ ánh sáng:

+ Băng che mắt cho người bệnh.

+ Cho người bệnh đeo kính râm.

+ Điều trị và chăm sóc tích cực các tổn thương do bỏng.

- Làm giảm lo lắng cho người bệnh

+ Động viên, an ủi, gần gũi làm cho người bệnh yên tâm, tin tưởng vào phương pháp điều trị.

+ Đo thị lực cho người bệnh để đánh giá mức độ tiến triển của bệnh.

- Hướng dẫn cho người bệnh cách đề phòng bỏng mắt.

+ Truyền thông cho mọi người biết được những tính chất nguy hiểm của bỏng mắt.

+ Trong lao động phải có kính bảo hộ (thợ gò, hàn, mộc...)

+ Trong các phòng thí nghiệm, kho hóa chất phải có vòi nước sạch để rửa mắt.

### **6.5 Đánh giá:**

Những kết quả mong muốn là: người bệnh đỡ đau rát, đỡ chói cộm, đỡ chảy nước mắt, hết lo lắng và nhìn rõ hơn.

## **Bài 8**

### **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỜ MẮT DO THIẾU VITAMIN A**

#### **MỤC TIÊU:**

1. Trình bày được các triệu chứng mờ mắt do thiếu vitamin A ở trẻ em.
2. Trình bày được các biện pháp phòng và chống khô mắt do thiếu vitamin A.
3. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh mờ mắt do thiếu vitamin A.

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Thiếu vitamin A là một bệnh mang tính xã hội, nó ảnh hưởng đến toàn bộ cơ thể trong đó có mắt
- Thiếu vitamin A và bệnh khô mắt thường gặp ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi.
- Ở Việt Nam bệnh lưu hành có tính chất địa phương; tỷ lệ mù lòa do vitamin A là 0,05%
- Một số vai trò của vitamin A trong cơ thể:
  - + Trong sự tăng trưởng của trẻ: trẻ em luôn cần một lượng vitamin A nhất định để phát triển cơ thể.
  - + Vitamin A rất cần cho hoạt động của mắt, nhất là khả năng phân tích sáng-tối (tế bào nón và tế bào que).
  - + Vitamin A cần thiết cho sự toàn vẹn của biểu mô kết mạc và giác mạc.
  - + Vitamin A còn có chức năng chống khô da, cần cho sự phát triển của xương và khả năng chống nhiễm khuẩn.

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Do chế độ ăn
  - + Trẻ bú mẹ, ăn sam không đúng.
  - + Pha chế sữa không đúng cho trẻ ăn nhân tạo hoặc do nấu quá chín các loại sữa nuôi trẻ.
  - + Ăn ít dầu mỡ, hoa quả tươi và rau xanh.
- Do mắc các bệnh: sỏi, tiêu chảy, rối loạn tiêu hóa kéo dài, lỵ...

## 3. TRIỆU CHỨNG

3.1 **Quáng gà:** là triệu chứng sớm nhất.

- Trẻ nhỏ thường nhận nhầm mẹ với người khác hoặc không nhận được đồ chơi lúc chạy choạng tối.
- Trẻ lớn thì đi lại khó khăn, hay va đập vào đồ đạc trong nhà hoặc phải lần theo tường, hay vấp ngã, trẻ không đùa nghịch lúc trời nhá nhem tối.

### 3.2 **Khô mắt:**

- Khô kết mạc:
  - + Kết mạc không thấm nước.
  - + Kết mạc xù xì mắt nhẵn bóng, nhẵn nheo có nếp gấp và màu vàng nhạt.
  - + Thường gặp ở kết mạc nhãn cầu.

- Vệt Bitot:
  - + Là dấu hiệu đặc biệt của tổn thương kết mạc.
  - + Kết mạc nhãn cầu sát rìa giác mạc có những vết màu trắng xám phủ một chất như bột xà phòng.
  - + Có thể xuất hiện đơn độc hoặc phối hợp với khô giác mạc.
- Khô giác mạc
  - + Trẻ sợ ánh sáng, chói mắt; điển hình là thường xuyên nhắm mắt.
  - + Giác mạc sần sùi, mất nhẵn bóng; biểu mô bị trợt.
  - + Cảm giác giác mạc giảm; nhu mô bị thâm nhiễm làm cho giác mạc bị mờ đục dần; thường gặp ở 1/2 dưới.
  - + Tổn thương trên giác mạc thường đồng thời với tổn thương ở kết mạc.

### **3.3 Loét nhãn giác mạc:**

- Là tổn thương nặng nhất không thể phục hồi hoàn toàn, thường để lại di chứng gây giảm thị lực.
- Loét giác mạc không có bội nhiễm thì mắt ít kích thích, loét giác mạc có bội nhiễm thì triệu chứng rất rầm rộ.
- Nếu loét nông giác mạc vẫn phù nề, cương tụ.
- Nếu loét sâu và rộng thì giác mạc hoại tử có thể gây thủng giác mạc, phôi mống mắt và thủy tinh thể.

## **4. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ**

- Khô mắt do thiếu vitamin A là một bệnh rất nguy hiểm, phải phát hiện thật sớm nhất là khi xuất hiện quáng gà
- Tại các cơ sở y tế phải coi đây là một bệnh cấp cứu.
- Nếu phát hiện thấy có dấu hiệu thiếu vitamin A cần:
  - + Cho uống ngay 1 viên vitamin A 200.000 đv trong ngày đầu tiên (trẻ dưới 1 tuổi cho uống ½ viên).
  - + Ngày hôm sau cho uống tiếp 1 viên vitamin A 200.000 đv; 1 tuần sau lại uống 1 viên vitamin A 200.000 đv.
- Nếu có tổn thương giác mạc phải phòng bội nhiễm thật tốt: nhỏ dung dịch kháng sinh vào mắt.
- Để giảm tỷ lệ mù lòa do thiếu vitamin A thì điều trị dự phòng vẫn là quan trọng nhất:
  - + Điều chỉnh ngay chế độ ăn cho trẻ.
  - + Điều trị tích cực các nhiễm trùng toàn thân.
  - + Những trường hợp có nguy cơ thiếu vitamin A:

- Trẻ suy dinh dưỡng kênh C, D: cứ 6 tháng cho trẻ uống 2 viên vitamin A 200.000 đv/ngày.

- Phải theo dõi biểu đồ tăng trưởng của trẻ.

## **5. CHĂM SÓC**

### **5.1 Nhận định chăm sóc:**

- Hỏi chi tiết và ghi đầy đủ dấu hiệu thiếu vitamin A:

+ Đối với trẻ em phải hỏi kỹ chế độ ăn (bú mẹ, ăn sữa bột, ăn sam), có bị bệnh rối loạn tiêu hóa kéo dài không?

+ Có hay bị vấp ngã khi trời nhá nhem tối không?

- Khám:

+ Kết mạc: khô, nhãn nheo.

+ Giác mạc: đục hoặc hoại tử.

+ Da xanh, khô; tóc thưa, khô, dễ rụng.

### **5.2.Chẩn đoán chăm sóc:**

- Trẻ bị quáng gà, khô mắt do thiếu vitamin A.

- Người mẹ lo lắng sợ con bị mù.

- Các bà mẹ (cô giáo nhà trẻ, mẫu giáo) thiếu kiến thức về bệnh.

### **5.3,Lập kế hoạch chăm sóc**

- Cung cấp lượng vitamin A thiếu...

- Làm giảm sự lo lắng cho người mẹ.

- Giáo dục về dinh dưỡng cho các bà mẹ (cô giáo nhà trẻ, mẫu giáo)

### **5.4.Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

- Cung cấp lượng vitamin A thiếu giúp cho trẻ nhìn rõ và đi lại dễ dàng:

+ Trẻ <1 tuổi: 6 tháng uống một lần, mỗi lần một nang vitamin A 100.000đv

+ Trẻ 1-5 tuổi: 4-6 tháng uống một lần, mỗi lần một nang vitamin A 200.000đv

- Làm giảm sự lo lắng của người mẹ.

+ Sau đẻ có thể dùng 200.000đv vitamin A trong tháng đầu để tăng lượng vitamin A trong sữa.

+ Hướng dẫn cho người mẹ phát hiện sớm dấu hiệu quáng gà của con: đưa một đồ chơi cho trẻ hoặc bảo trẻ lấy một đồ vật nào đó vào lúc trời chập choạng tối thấy trẻ không cầm được đồ chơi hoặc lấy không đúng đồ vật; trẻ nhận nhầm mẹ với người khác...

- + Khi phát hiện bệnh cần phải đưa trẻ đến chuyên khoa để khám và điều trị.
- Giáo dục về dinh dưỡng cho người mẹ, của cô giáo nhà trẻ và mẫu giáo.
  - + Tạo nguồn thức ăn bổ sung giàu vitamin A và tiền vitamin: sữa, thịt, cá, trứng, gan...; ăn nhiều rau xanh và hoa quả có màu vàng, đỏ như đu đủ, gấc, cà rốt, bí đỏ.
  - + Tuyên truyền giáo dục các bà mẹ cho con uống nang vitamin A để phòng bệnh khô mắt theo lịch của chương trình phòng chống bệnh thiếu vitamin A và bệnh khô mắt ở trẻ em.

### **5.5 Đánh giá**

Những kết quả mong muốn là:

- Những trẻ em ăn sam phải đảm bảo đúng, đủ chất dinh dưỡng.
- Các bà mẹ, các cô giáo phát hiện được trẻ em có dấu hiệu thiếu vitamin A.

## **BÀI 9**

### **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐỤC THỦY TINH THỂ**

#### **MỤC TIÊU**

1. Nêu được cách phân loại bệnh đục thủy tinh thể

2. Trình bày được triệu chứng, hướng xử trí bệnh đục thủy tinh thể tuổi già ?
3. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh đục thủy tinh thể theo đúng quy trình điều dưỡng .

## 1. PHÂN LOẠI

Có 4 loại đục thủy tinh thể ( TTT) :

- Đục thủy tinh thể bẩm sinh.
- Đục thủy tinh thể bệnh lý do các nguyên nhân là :
  - + Tại mắt : viêm màng bồ đào.
  - + Toàn thân : đái tháo đường, thiếu calci huyết .
- Đục thủy tinh thể do chấn thương .
- Đục thủy tinh thể tuổi già .

## 2. TRIỆU CHỨNG

- Bệnh đục thủy tinh thể tuổi già gặp ở lứa tuổi >50 . Người khỏe mạnh, thường bị cả hai mắt cùng một lúc hoặc một mắt trước một mắt sau.
- Người bệnh nhìn mờ dần dần, không đau nhức, không chói cộm, không sợ ánh sáng
- Nhìn qua lỗ đồng tử thấy thể thủy tinh trắng đục hoặc hơi nâu
- Kết mạc không cương tụ, giác mạc trong tiền phòng bình thường, móng mắt bình thường.
- Phản xạ đồng tử (+) .

## 3. HƯỚNG XỬ TRÍ

- Đục thủy tinh chưa hoàn toàn : điều trị nội khoa
  - + Cho người bệnh dùng thuốc: các loại vitamin
  - + Khám định kỳ 2 tháng /1 lần
- Đục hoàn toàn : điều trị ngoại khoa, phẫu thuật lấy thủy tinh thể đục.

## 4. CHĂM SÓC

#### **4.1. Chi tiết và ghi lại đầy đủ tính chất của bệnh**

- Thời gian bị bệnh bao lâu .
- Nhìn mờ nhanh hay mờ dần dần .
- Có đau nhức không.
- Đã điều trị chưa .
- Khám : quan sát mi mắt, kết mạc, giác mạc, đồng tử.
- Thực hiện xét nghiệm :
  - + Công thức máu, máu chảy, máu đông, HIV.
  - + Dịch tiết kết mạc
  - + Siêu âm võng mạc, X quang tim phổi.

#### **4.2. Chẩn đoán chăm sóc**

Dựa vào các dữ liệu đã thu thập được sau khi hỏi và thăm khám người bệnh.

Các chẩn đoán chính của người bệnh đục thủy tinh thể tuổi già bao gồm:

- Nhìn mờ dần dần do thể thủy tinh đục.
- Lo lắng sợ bị mù
- Nguy có chấn thương ( trước phẫu thuật)
- Biến chứng sau phẫu thuật do người bệnh vận động.

#### **4.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

- Làm cho người bệnh nhìn rõ hơn.
- Làm giảm lo lắng cho người bệnh.
- Phòng ngừa chấn thương.
- Tránh được các biến chứng .
- Chăm sóc và theo dõi trước , sau phẫu thuật

#### **4.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

- Làm cho người bệnh bệnh nhìn rõ hơn:
  - + Khuyến người bệnh chấp nhận các phương pháp điều trị của người thầy thuốc.
  - + Trợ giúp bác sỹ phẫu thuật : lấy thể thủy tinh đục

- Làm giảm lo lắng cho người bệnh :
- + Tìm hiểu những lo lắng của người bệnh. Khuyến khích họ thổ lộ để làm giảm lo sợ .
- + Giải thích cho người bệnh rõ về bệnh tật để người bệnh đồng ý phẫu thuật .
- + Hướng dẫn cho người bệnh thuốc sử dụng trước phẫu thuật, chế độ ăn chuẩn bị thể lực .
- Phòng ngừa chấn thương ( trước phẫu thuật) .
- + Giải thích cho người bệnh những thay đổi xảy ra khi đục nhân mắt tiến triển làm giảm thị lực. Người bệnh cần phải đi khám định kỳ và dùng thuốc theo chỉ định của bác sỹ.
- + Dặn dò người bệnh cẩn thận khi đi lại một mình ( dễ bị vấp , ngã) . Nếu mắt mờ nhiều cần trợ giúp của người điều dưỡng hoặc người nhà.
- Tránh được các biến chứng ( sau phẫu thuật).
- + Phòng nhiễm trùng hậu phẫu bằng cách sử dụng các dụng cụ vô khuẩn khi thay băng ( bông, gạc) và kháng sinh tại chỗ.
- + Thực hiện y lệnh : kháng sinh, corticoid, giảm đau, an thần.
- Chăm sóc trước mổ:
- + Chế độ chăm sóc cấp III
- + Ăn bình thường
- + Cho uống thuốc tiền mê : Seduxen theo y lệnh ( tối hôm trước mổ)
- + Cắt lông mi, bơm rửa lệ đạo.
- + Tiêm tiền mê trước mổ 30 phút theo y lệnh .
- + Theo dõi nhãn áp trước mổ ngày 2 lần để báo cáo bác sỹ.
- Chăm sóc sau mổ :
- + Thực hiện chế độ chăm sóc cấp I, ăn lỏng trong 1 đến 2 ngày đầu .
- + Đề phòng căng chỉ khâu bằng cách tránh các nguyên nhân gây căng ép như gập người ho, hắt hơi,

- + Người bệnh ngồi dậy từ từ và vận động một cách thận trọng .
- + Nếu nôn: cho người bệnh nằm nghiêng một bên, nếu nôn nhiều cần báo ngay thầy thuốc.
- + Theo dõi tiền phòng : bóng hơi tiền phòng có di động tốt không, tiền phòng có máu, có mủ không, có dịch rỉ viêm không ?
- + Theo dõi vết mổ : có kín không ?
- + Theo dõi giác mạc : có phù không ?
- + Phụ giúp thầy thuốc thay băng hàng ngày cho người bệnh.
- + Khi người bệnh ra viện : thử thị lực, nhãn áp.
- + Trong trường hợp người bệnh phẫu thuật lấy thể thủy nhưng không đặt được thể thủy tinh nhân tạo thì trước khi ra viện người điều dưỡng cần thử kính cho người bệnh.
- Kết quả mong chờ .
- + Người bệnh nhìn rõ hơn.
- + Hết lo lắng về bệnh tật.

## **Bài 10**

### **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GLÔCÔM GÓP ĐÓNG CON CẤP**

#### **MỤC TIÊU**

1. *Nêu được nguyên, triệu chứng bệnh glôcôm góc đóng con cấp.*

2. Trình bày được hướng xử trí và phòng bệnh glôcôm góc đóng con cấp.
3. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh glôcôm góc đóng con cấp theo đúng quy trình điều dưỡng.

## **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Glôcôm là một nặng của mắt thể hiện bằng tăng nhãn áp dẫn đến tổn thương đặc hiệu của hệ thần kinh là lõm gai, thu hẹp thị trường và thị lực giảm.
- Thường gặp ở người lớn hơn 35 tuổi .Nữ nhiều hơn nam.
- Tổn thương hay xảy ra ở hai mắt đồng thời hoặc một mắt trước, một mắt sau.

## **2. NGUYÊN NHÂN**

Do cản trở sự lưu thông thủy dịch.

## **3. TRIỆU CHỨNG**

- Đau nhức mắt, nhức đầu dữ dội cùng bên. Nếu bị cả hai bên thì đau cả đầu.
- Nhìn mờ nhanh : tại lực giảm từ 10/10 có khi còn ST (+) . Đặc biệt nhìn vào nguồn sáng có quầng xanh đỏ.
- Nôn hoặc buồn nôn.
- Mi mắt sưng nề, kết mạc cương tụ rìa phù đục. Đồng tử giãn, méo, phản xạ (-), hoặc phản xạ lờ
- Tiền phòng nông
- Nhãn áp tăng ( bình thường nhãn áp  $19 \pm 5$  mmHg với quả cân 10g)
- Thể thủy tinh màu xanh lơ.

## **4. HƯỚNG XỬ TRÍ**

Nội khoa : hạ nhãn áp, an thần, giảm đau

Ngoại khoa : tạo ra một lỗ rò cho thủy dịch lưu thông .

## **5. PHÒNG BỆNH**

- Truyền thông rộng rãi những triệu chứng của bệnh để mọi người hiểu được tính chất nguy hiểm của bệnh.

- Khám định kỳ cho những người bệnh đã mổ glôcôm.
- Khám và đo nhãn áp cho những người trên 35 tuổi ở các cơ quan, xí nghiệp để phát hiện sớm bệnh glôcôm.

## **6. CHĂM SÓC**

### **6.1. Nhận định chăm sóc**

Người điều dưỡng hỏi chi tiết và ghi lại đầy đủ tính chất của bệnh glôcôm:

- Người bệnh đã mắc bệnh glôcôm bao lâu ?
- Người bệnh cảm thấy hơi khó chịu hay rất khó chịu ?
- Đau nhức mắt như thế nào, có đau đầu không ?
- Nhìn mờ nhanh hay dần dần, nhìn vào nguồn sáng có quầng xanh, đỏ không ?
- Nôn hay buồn nôn ?
- Đã được xử trí gì chưa ?

### **6.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Đau nhức mắt, đau đầu do nhãn áp tăng.
- Nhìn mờ nhanh do giác mạc phù.
- Lo lắng, sợ hãi bị mù.

### **6.3. Lập kế hoạch chăm sóc.**

- Làm giảm đau nhức mắt, đau đầu và giúp cho người bệnh nhìn rõ hơn.
- Làm giảm lo lắng, sợ hãi cho người bệnh
- Hướng dẫn cho người bệnh những kiến thức của bệnh để phòng chống nguy cơ gây mù lòa .
- Chăm sóc và theo dõi người bệnh trước, sau phẫu thuật.

### **6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

- Làm giảm đau nhức mắt, đau đầu và giúp người bệnh nhìn rõ hơn.
- + Đo thị lực, nhãn áp.
- + Tra dung dịch Pilocarin 1% .

- + Thực hiện y lệnh (trước mổ): uống thuốc hạ nhãn áp : axetazolamid; uống thuốc giảm đau : paracetamol...
- + Trợ giúp thầy thuốc phẫu thuật tạo lỗ rò thủy dịch lưu thông.
- + Thực hiện y lệnh thuốc sau mổ: kháng sinh, an thần, vitamin...
- Làm giảm lo lắng, sợ hãi cho người bệnh.
- + Duy trì bầu không khí yên tĩnh, trật tự tránh căng thẳng quá mức, giận dữ .
- + Động viên, an ủi người bệnh và làm cho người bệnh tin tưởng vào các phương pháp điều trị.
- + Uống thuốc an thần ( theo y lệnh).
- Hướng dẫn cho người bệnh những kiến thức của bệnh để phòng chống nguy cơ gây mù lòa .
- + Giới thiệu cho người bệnh ( người nhà) triệu chứng của bệnh và những nguy hiểm của bệnh nếu như đến cơ sở y tế muộn ( gây mù ) để người bệnh đến khám sớm .
- + Trong gia đình có người đã bị glôcôm thì người khác thì thấy mắt nhức phải đi kiểm tra ngay.
- + Phải kiểm tra định kỳ theo chỉ định của thầy thuốc nhãn khoa với những người bệnh đã mổ một mắt hoặc hai mắt.
- + Khám và đo nhãn áp hàng loạt cho những người trên 35 tuổi ở các xí nghiệp, cơ quan để phát hiện sớm bệnh glôcôm .
- Chăm sóc và theo dõi người bệnh trước, sau mổ:
- + Trước mổ:
  - Chăm sóc cấp 3, ăn bình thường
  - Cho người bệnh uống thuốc tiền mê ; seduxen theo y lệnh ( tối trước mổ)
  - Cắt lông mi, bơm rửa lệ đạo trước mổ 30 phút.
  - Tiền mê trước mổ 15 phút ( theo y lệnh ).

- Theo dõi nhãn áp ngày 2 lần báo cáo thầy thuốc.

+ Sau mổ:

- Ngày đầu: chăm sóc cấp I, ăn lỏng, tránh nhai, tránh táo bón...
- Những ngày sau: theo dõi tiền phòng nông hay sâu, có máu, mủ hoặc chất tiết không. Vết mổ có kín không. Nếu bệnh nhân nôn cho người bệnh nằm nghiêng một bên, nếu nôn nhiều cần báo cáo thầy thuốc.  
Theo dõi viêm màng bồ đào. Phụ giúp thầy thuốc thay băng hàng ngày.  
Theo dõi xem người bệnh còn các triệu chứng cơ năng không.
- Khi ra viện: thử thị lực, đo nhãn áp cho người bệnh.

### **6.5. Đánh giá**

Những kết quả mong chờ:

- Người bệnh báo cáo đã giảm đau và giảm khó chịu
- Yên tâm, tin tưởng và thực y lệnh điều trị.
- Nhìn rõ hơn ( Sau khi điều trị phẫu thuật ).