ỨNG DỤNG HỌC THUYẾT TỰ CHĂM SÓC CỦA DOROTHEA OREM TRONG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIẾC ĐỘT NGỘT: BÁO CÁO CA BỆNH

Đinh Thị Kim Anh[1*]

[1]Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

https://doi.org/10.60137/tmhvn.v71i77.454

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả quá trình ứng dụng học thuyết tự chăm sóc của Dorothea Orem trong đánh giá, lập kế hoạch và thực hiện chăm sóc điều dưỡng cho một người bệnh điếc đột ngột tai trái. **Đối tượng và phương pháp:** Báo cáo ca bệnh, mô tả cắt ngang một trường hợp lâm sàng cụ thể, đối chiếu với y văn trong nước và quốc tế. **Kết quả:** Người bệnh nam, 45 tuổi, điếc đột ngột tai trái ngày thứ 2, thể trạng chung tốt, hoàn toàn độc lập trong sinh hoạt hằng ngày nhưng thâm hụt nặng nề khả năng tự theo dõi diễn biến bệnh và tự giao tiếp do rào cản thính lực kết hợp trạng thái hoang mang, lo âu cấp tính — phù hợp với Hệ thống điều dưỡng Hỗ trợ – Giáo dục. Sau khi được thiết lập kênh giao tiếp thay thế, trấn an tâm lý và giáo dục về phác đồ corticoid cùng lịch theo dõi, người bệnh hợp tác điều trị tốt, giảm lo âu rõ rệt và tuân thủ đúng kế hoạch chăm sóc. **Kết luận:** Học thuyết Orem cho phép điều dưỡng nhận diện chính xác bản chất phi thực thể của thâm hụt tự chăm sóc trong điếc đột ngột — chủ yếu liên quan giao tiếp, tâm lý và kiến thức — từ đó lựa chọn Hệ thống Hỗ trợ – Giáo dục thay vì can thiệp thay thế trực tiếp, góp phần cải thiện sự hợp tác điều trị và kết quả chăm sóc.

Từ khóa: Điếc đột ngột; Học thuyết Orem; Hệ thống Hỗ trợ – Giáo dục; Rào cản giao tiếp; Báo cáo ca bệnh.

APPLICATION OF DOROTHEA OREM'S SELF-CARE THEORY IN NURSING CARE OF A PATIENT WITH SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS: A CASE REPORT

ABSTRACT

Objective: *To describe the application of Dorothea Orem's self-care theory in assessing, planning, and implementing nursing care for a patient with left-sided sudden sensorineural hearing loss.* ***Methods:*** *A descriptive case report, cross-referenced with domestic and international literature.* ***Results:*** *A 45-year-old man presented on day 2 of left-sided sudden sensorineural hearing loss, in otherwise good general condition and fully independent in daily activities, but with a severe deficit in self-monitoring and communication due to the combination of a hearing barrier and acute situational anxiety — consistent with a Supportive-Educative nursing system. After establishing alternative communication*

* Tác giả liên hệ: Đinh Thị Kim Anh; SĐT: 0961164196; Email: Kimanh160496@gmail.com

Nhận bài: 22/08/2026 Ngày nhận phản biện: 27/09/2026
Ngày nhận phản hồi: 28/09/2026 Ngày duyệt đăng: 30/09/2026

channels, providing psychological reassurance, and educating the patient on the corticosteroid regimen and follow-up schedule, the patient cooperated well with treatment, showed marked reduction in anxiety, and adhered closely to the care plan. ***Conclusion:*** *Orem's theory enables nurses to accurately recognize the non-physical nature of the self-care deficit in sudden sensorineural hearing loss — chiefly related to communication, psychological state, and knowledge — thereby selecting a Supportive-Educative system rather than direct compensatory intervention, which helps improve treatment cooperation and care outcomes.*

Keywords: *Sudden sensorineural hearing loss; Orem's self-care theory; Supportive-Educative system; Communication barrier; Case report.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điếc đột ngột (sudden sensorineural hearing loss – SSNHL) được định nghĩa kinh điển là tình trạng giảm thính lực tiếp nhận từ 30 dB trở lên trên ít nhất 3 tần số liên tiếp, xảy ra trong vòng 72 giờ [1],[2]. Đây là một cấp cứu tai mũi họng thực sự, vì tồn tại một "cửa sổ vàng" mà can thiệp y khoa có thể phục hồi thính lực và giảm ù tai, cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống người bệnh nếu được nhận diện và xử trí kịp thời [1]. Tỷ lệ mắc mới hằng năm dao động khoảng 5–27 trên 100.000 dân, với ước tính khoảng 66.000 ca mới mỗi năm tại Hoa Kỳ [1].

Mặc dù có thể quy về nhiều nhóm nguyên nhân đã được biết đến từ lâu — nhiễm trùng, chấn thương, u tân sinh, miễn dịch, độc chất, mạch máu, thần kinh và chuyển hóa [3] — khoảng 90% trường hợp điếc đột ngột vẫn không xác định được nguyên nhân cụ thể (vô căn) [1]. Giả thuyết được chấp nhận rộng rãi nhất về cơ chế bệnh sinh của điếc đột ngột vô căn là tổn thương vi mạch: ốc tai được cấp máu bởi các động mạch tận không có tuần hoàn bàng hệ, do đó rất dễ bị tổn thương khi có rối loạn vi tuần hoàn [4]. Các nghiên cứu gần đây còn cho thấy nhiều bệnh đồng mắc — tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh tự miễn, rối loạn đông máu — có liên quan đến tăng nguy cơ điếc đột ngột, gợi ý vai trò của viêm, xơ vữa động mạch và rối loạn hệ miễn dịch trong cơ chế bệnh sinh [5]. Ở nhóm người bệnh trẻ tuổi, một quy trình chẩn đoán toàn diện (bao gồm cộng hưởng từ trễ pha, tầm soát đông máu, tự miễn và nhiễm trùng) có thể xác định được nguyên nhân cụ thể ở đến 75% trường hợp, thường gặp nhất là nguyên nhân do tai (đặc biệt bệnh Ménière) và nhiễm trùng (Herpes simplex virus, Epstein-Barr virus) [6].

Về chẩn đoán, việc phân biệt điếc đột ngột (điếc tiếp nhận) với điếc dẫn truyền có ý nghĩa quyết định vì ảnh hưởng trực tiếp đến hướng điều trị và tiên lượng [1]. Nghiệm pháp Weber và Rinne bằng âm thoa là công cụ đơn giản, sẵn có tại giường bệnh để hỗ trợ phân biệt hai loại điếc này khi chưa có kết quả đo thính lực đồ chính thức [1],[2]. Hướng dẫn thực hành lâm sàng cập nhật năm 2019 khuyến cáo không thực hiện xét nghiệm máu và chụp cắt lớp vi tính đầu thường quy (mức khuyến cáo B), trong khi cộng hưởng từ ống tai trong có tiêm gadolinium được khuyến cáo (mức B) để loại trừ bệnh lý sau ốc tai, đặc biệt u dây thần

kinh số VIII với tỷ lệ gặp khoảng 2,5% trong các trường hợp điếc đột ngột [1].

Bên cạnh tổn thương thực thể, người bệnh điếc đột ngột còn phải đối mặt với một gánh nặng tâm lý – xã hội đáng kể: cảm giác hoang mang, lo âu cấp tính về nguy cơ mất thính lực vĩnh viễn, cùng với rào cản giao tiếp tức thời do chính triệu chứng gây ra. Đây là điểm khác biệt quan trọng so với nhiều bệnh lý tai mũi họng khác, nơi thâm hụt tự chăm sóc chủ yếu mang tính thực thể (ví dụ không thể tự thực hiện thủ thuật tại chỗ). Học thuyết tự chăm sóc của Dorothea Orem, với ba hệ thống điều dưỡng Bù trừ hoàn toàn, Bù trừ một phần và Hỗ trợ – Giáo dục, cho phép điều dưỡng phân biệt rạch ròi bản chất của thâm hụt tự chăm sóc trong từng bệnh cảnh cụ thể, từ đó lựa chọn mức độ và loại hình can thiệp phù hợp.

Bài báo cáo ca bệnh này nhằm minh họa quá trình ứng dụng học thuyết Orem trong chăm sóc một người bệnh điếc đột ngột tai trái, tập trung phân tích một thâm hụt tự chăm sóc mang bản chất giao tiếp – tâm lý – nhận thức, qua đó làm rõ sự phù hợp của Hệ thống điều dưỡng Hỗ trợ – Giáo dục trong bối cảnh lâm sàng này.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

2.1. Hành chính và bệnh sử

Người bệnh nam, 45 tuổi, vào viện ngày thứ 2 sau khi thức dậy buổi sáng phát hiện nghe kém đột ngột tai trái, kèm cảm giác đầy tai và ù tai liên tục. Người bệnh không đau tai, không chảy dịch tai, không sốt, không chóng mặt rõ rệt. Không có tiền sử chấn thương, tiếp xúc tiếng ồn lớn, thay đổi thuốc gần đây hay nhiễm trùng đường hô hấp trên trước đó. Người bệnh rất hoang mang và lo âu về nguy cơ mất thính lực vĩnh viễn, liên tục hỏi lại nhân viên y tế về khả năng hồi phục.

2.2. Khám lâm sàng và cận lâm sàng

Toàn trạng tỉnh táo, thể trạng trung bình, không sốt. Khám tai trái: ống tai ngoài và màng nhĩ bình thường, không có bất thường thực thể. Nghiệm pháp Weber (đặt âm thoa rung ở đường giữa trán): người bệnh nghe rõ hơn ở tai phải — phù hợp với điếc tiếp nhận tai trái, giúp phân biệt với điếc dẫn truyền ngay tại giường bệnh trước khi có kết quả đo thính lực chính thức [1],[2]. Khám các dây thần kinh sọ và thần kinh khu trú khác trong giới hạn bình thường. Đo thính lực đồ ghi nhận giảm thính lực tiếp nhận rõ rệt trên toàn dải tần số tai trái. Người bệnh được chỉ định chụp cộng hưởng từ sọ não/ống tai trong có tiêm gadolinium để loại trừ bệnh lý sau ốc tai; không có chỉ định xét nghiệm máu thường quy do bệnh sử và khám lâm sàng không gợi ý nguyên nhân đặc hiệu [1].

Chẩn đoán: Điếc đột ngột tai trái, chưa xác định nguyên nhân (nghi ngờ vô căn).

2.3. Đánh giá khả năng tự chăm sóc theo học thuyết Orem

Người bệnh hoàn toàn độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ăn uống, vệ sinh, vận động, di chuyển) — không có bất kỳ thâm hụt thực thể nào. Tuy nhiên, khả năng tự theo dõi diễn biến bệnh và tự giao tiếp bị suy giảm nặng nề do sự kết hợp của rào cản thính lực và trạng thái tâm lý hoảng loạn cấp tính. Kết quả đánh giá theo 8 nhu cầu tự chăm sóc phổ quát của Orem được trình bày trong Bảng 1.

Nhu cầu tự chăm sóc phổ quát	Đánh giá trên người bệnh
Không khí	Thông khí bình thường, không khó thở.
Nước – dinh dưỡng	Ăn uống bình thường, tự chủ hoàn toàn.
Bài tiết	Đại tiểu tiện tự chủ, không rối loạn.
Hoạt động – nghỉ ngơi	Khó ngủ do lo âu và ù tai; sinh hoạt vận động hoàn toàn bình thường.
Đơn độc – tương tác xã hội	Thâm hụt nặng: khó giao tiếp với nhân viên y tế và người thân do nghe kém tai trái, cảm giác bị cô lập, hoang mang.
Phòng tránh nguy hiểm	Nguy cơ không nghe được cảnh báo/âm thanh nguy hiểm phía bên tai trái; nguy cơ trì hoãn điều trị nếu không nhận thức đúng tính cấp cứu của bệnh.
Thúc đẩy chức năng và phát triển bình thường	Lo âu cấp tính ảnh hưởng trạng thái tâm lý chung.
Nhu cầu tự chăm sóc lệch lạc sức khỏe	Cần hiểu và tuân thủ đúng phác đồ corticoid trong "cửa sổ vàng" điều trị, đi đo thính lực và chụp cộng hưởng từ đúng hẹn, nhận biết dấu hiệu cần báo ngay.

Khác với các trường hợp thâm hụt tự chăm sóc mang tính thực thể (ví dụ không thể tự thực hiện thủ thuật tại chỗ), thâm hụt trong ca bệnh này chủ yếu thuộc phạm trù giao tiếp, tâm lý và nhận thức. Người bệnh vẫn còn đầy đủ năng lực thể chất để thực hiện các hành động tự chăm sóc nếu được cung cấp đúng thông tin, hướng dẫn và hỗ trợ tâm lý phù hợp. Do đó, ca bệnh được xếp vào Hệ thống điều dưỡng Hỗ trợ – Giáo dục: điều dưỡng không trực tiếp thực hiện thay các hành động tự chăm sóc, mà đóng vai trò hỗ trợ, hướng dẫn và tạo điều kiện để người bệnh tự đưa ra quyết định và thực hiện hành vi tự chăm sóc phù hợp.

2.4. Kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

Thâm hụt / Nhu cầu tự chăm sóc	Hành động tự chăm sóc mong đợi	Can thiệp điều dưỡng	Lượng giá
Rào cản giao tiếp do giảm thính lực tai trái	Người bệnh giao tiếp hiệu quả qua kênh thay thế, hiểu đúng thông tin y tế.	Thiết lập kênh giao tiếp thay thế (chữ viết, hình ảnh, cử chỉ); nói chuyện ở bên tai lành (phải), đảm bảo đủ ánh sáng để người bệnh đọc khẩu hình; xác nhận lại thông tin bằng cách yêu cầu người bệnh nhắc lại.	Người bệnh hiểu và phản hồi đúng nội dung trao đổi.
Hoang mang, lo âu cấp tính do mất thính lực đột ngột	Người bệnh giảm biểu hiện lo âu, hợp tác điều trị.	Trấn an tâm lý; giải thích tiên lượng thuận lợi của điếc đột ngột (có khả năng hồi phục một phần hoặc hoàn toàn ở nhiều trường hợp); khuyến khích người bệnh chia sẻ cảm xúc; tạo điều kiện có người thân đồng hành.	Người bệnh giảm rõ biểu hiện lo âu, ngủ được, hợp tác tốt với nhân viên y tế.
Thâm hụt kiến thức về tính cấp cứu của bệnh và phác đồ điều trị corticoid	Người bệnh tuân thủ đúng liều, thời điểm dùng thuốc và lịch tái khám.	Giáo dục về "cửa sổ vàng" điều trị (trong vòng 14 ngày đầu); hướng dẫn uống corticoid liều duy nhất vào buổi sáng, không tự ý bỏ liều hoặc ngưng thuốc đột ngột; giải thích các tác dụng phụ cần theo dõi (mất ngủ, tăng đường huyết, kích ứng dạ dày); thông báo lịch đo thính lực và chụp cộng hưởng từ.	Người bệnh trình bày lại đúng phác đồ và lịch tái khám; tuân thủ điều trị.
Thâm hụt khả năng tự nhận biết và báo cáo kịp thời dấu hiệu nặng lên	Người bệnh phát hiện và báo cáo kịp thời các dấu hiệu cần theo dõi.	Hướng dẫn người bệnh tự theo dõi mức độ ù tai, xuất hiện chóng mặt hoặc các triệu chứng thần kinh mới; giải thích rõ khi nào cần báo ngay điều dưỡng/bác sĩ.	Người bệnh nhận biết đúng và báo cáo kịp thời khi có thay đổi triệu chứng.

Sau 2 ngày can thiệp, người bệnh giảm rõ biểu hiện lo âu, ngủ được, giao tiếp hiệu quả qua các kênh thay thế đã được thiết lập. Người bệnh hiểu đúng và tuân thủ phác đồ corticoid, chủ động báo cáo tình trạng ù tai hằng ngày cho điều dưỡng, và có mặt đúng hẹn cho các lần đo thính lực theo dõi.

3. BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và tiên lượng điếc đột ngột

Ca bệnh trên minh họa điển hình cách tiếp cận chẩn đoán điếc đột ngột theo hướng dẫn thực hành lâm sàng hiện hành: khai thác bệnh sử tập trung phân biệt với điếc dẫn truyền, khám tai bình thường (đặc trưng của điếc tiếp nhận), sử dụng nghiệm pháp Weber tại giường bệnh trước khi có thính lực đồ chính thức, và hạn chế chỉ định xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh không cần thiết trừ khi có gợi ý lâm sàng cụ thể [1],[2]. Việc chỉ định cộng hưởng từ ống tai trong có tiêm gadolinium trong ca này phù hợp khuyến cáo nhằm loại trừ bệnh lý sau ốc tai, đặc biệt u dây thần kinh số VIII — nguyên nhân tân sinh thường gặp nhất dù chỉ chiếm khoảng 2,5% các trường hợp điếc đột ngột [1].

Về nguyên nhân, phần lớn trường hợp điếc đột ngột vẫn vô căn dù đã được tầm soát kỹ lưỡng [1], song y văn gần đây nhấn mạnh vai trò của các bệnh đồng mắc chuyển hóa, tim mạch, tự miễn và các bất thường xét nghiệm liên quan đông máu, viêm và chức năng nội mô trong cơ chế bệnh sinh [4],[5]. Ở người bệnh trẻ tuổi, một quy trình chẩn đoán toàn diện hơn có thể xác định nguyên nhân cụ thể ở tỷ lệ đáng kể trường hợp, chủ yếu là nguyên nhân do tai và nhiễm trùng [6], gợi ý rằng mức độ tầm soát nên được cá thể hóa theo đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ của từng người bệnh.

3.2. Ứng dụng học thuyết Orem: từ can thiệp thay thế đến hỗ trợ – giáo dục

Điểm đặc biệt của ca bệnh này, khi đối chiếu với các trường hợp tai mũi họng khác có thâm hụt tự chăm sóc mang tính thực thể (ví dụ không thể tự thực hiện thủ thuật tại ống tai do đau và hạn chế tầm nhìn), là bản chất phi thực thể của thâm hụt tự chăm sóc: người bệnh hoàn toàn có năng lực vận động và nhận thức để tự chăm sóc, nhưng bị cản trở bởi rào cản giao tiếp cấp tính và phản ứng tâm lý với biến cố sức khỏe. Theo học thuyết Orem, chính đặc điểm này của thâm hụt tự chăm sóc — chứ không phải mức độ nghiêm trọng của bệnh lý — quyết định việc lựa chọn hệ thống điều dưỡng phù hợp. Một người bệnh có tổn thương thực thể nghiêm trọng nhưng còn đầy đủ năng lực nhận thức và giao tiếp (sau khi được hỗ trợ thiết lập kênh giao tiếp thay thế) vẫn có thể được chăm sóc theo Hệ thống Hỗ trợ – Giáo dục, trong khi một người bệnh với tổn thương nhẹ hơn nhưng mất khả năng thực hiện một thao tác kỹ thuật cụ thể lại cần Hệ thống Bù trừ một phần.

Việc phân biệt này có ý nghĩa thực hành quan trọng: nếu điều dưỡng tiếp cận ca bệnh điếc đột ngột theo hướng "làm thay" quá mức cần thiết, người bệnh có thể mất đi cơ hội phát triển và duy trì năng lực tự chăm sóc, đồng thời cảm giác phụ thuộc có thể làm trầm trọng thêm tâm lý lo âu vốn đã hiện diện. Ngược lại, việc chủ động thiết lập kênh giao tiếp hiệu quả và cung cấp thông tin đầy đủ giúp người bệnh nhanh chóng chuyển từ trạng thái hoang mang sang hợp tác chủ động trong điều trị.

3.3. Vai trò của giáo dục sức khỏe và hỗ trợ tâm lý trong hiệu quả điều trị

Hướng dẫn thực hành lâm sàng về điếc đột ngột nhấn mạnh tầm quan trọng của giáo

dục người bệnh và ra quyết định đồng thuận (mức khuyến cáo B), đồng thời ghi nhận đây là một trong những nội dung thường bị bỏ sót nhất trên thực hành lâm sàng, kể cả bởi bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng [1]. Điều này càng khẳng định vai trò không thể thay thế của điều dưỡng trong việc lấp đầy khoảng trống này — thông qua giải thích rõ về "cửa sổ vàng" điều trị corticoid trong 14 ngày đầu, hướng dẫn cụ thể về liều dùng và tác dụng phụ cần theo dõi, cũng như chuẩn bị tâm lý cho người bệnh về khả năng hồi phục không chắc chắn của bệnh.

Bên cạnh đó, việc chủ động hỏi thăm và hướng dẫn người bệnh tự theo dõi các triệu chứng đi kèm như ù tai, chóng mặt là cần thiết, vì đây là những yếu tố có liên quan đến tiên lượng bệnh và cần được phát hiện sớm nếu có dấu hiệu nặng lên hoặc xuất hiện triệu chứng thần kinh mới cần đánh giá lại chẩn đoán. Cách tiếp cận chăm sóc lấy giáo dục và hỗ trợ tâm lý làm trọng tâm, thay vì chỉ tập trung vào khía cạnh kỹ thuật điều trị, phản ánh đúng tinh thần của Hệ thống điều dưỡng Hỗ trợ – Giáo dục trong học thuyết Orem, đồng thời góp phần cải thiện sự tuân thủ điều trị và trải nghiệm chăm sóc của người bệnh.

4. KẾT LUẬN

Ứng dụng học thuyết tự chăm sóc của Dorothea Orem trong chăm sóc người bệnh điếc đột ngột cho thấy đây là một công cụ hữu ích giúp điều dưỡng phân biệt chính xác bản chất của thâm hụt tự chăm sóc — trong ca bệnh này chủ yếu mang tính giao tiếp, tâm lý và nhận thức chứ không phải thực thể — từ đó lựa chọn Hệ thống điều dưỡng Hỗ trợ – Giáo dục phù hợp thay vì can thiệp thay thế không cần thiết. Việc thiết lập kênh giao tiếp thay thế hiệu quả, trấn an tâm lý và giáo dục sức khỏe về tính cấp cứu cũng như phác đồ điều trị là những can thiệp then chốt giúp người bệnh vượt qua giai đoạn hoang mang ban đầu, hợp tác tốt với điều trị và duy trì năng lực tự chăm sóc trong suốt quá trình nằm viện. Cách tiếp cận theo học thuyết Orem, với khả năng phân biệt linh hoạt giữa các hệ thống điều dưỡng khác nhau tùy theo bản chất thâm hụt tự chăm sóc, có thể được áp dụng rộng rãi cho nhiều bệnh cảnh tai mũi họng cấp cứu khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prince ADP, Stucken EZ. Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Diagnostic and Therapeutic Emergency. J Am Board Fam Med. 2021;34(1):216-223.

2. Tripathi P, Deshmukh P. Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Review. Cureus. 2022;14(9):e29458.

3. Hughes GB, Freedman MA, Haberkamp TJ, Guay ME. Sudden Sensorineural Hearing Loss. Otolaryngol Clin North Am. 1996;29(3):393-405.

4. Xie W, Karpeta N, Tong B, Liu Y, Zhang Z, Duan M. Comorbidities and laboratory changes of sudden sensorineural hearing loss: a review. Front Neurol. 2023;14:1142459.

5. Aldè M, Ambrosetti U, Piatti G, et al. Sudden Sensorineural Hearing Loss in Patients Aged from 15 to 40 Years. J Clin Med. 2024;13(11):3303.

6. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.