ỦY BAN NHÂN DÂN THÀNH PHỐ HÀ NỘI

**TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI**



**GIÁO TRÌNH**

*(Ban hành kèm theo quyết định số ……../QĐ-CĐYT-ĐT ngày .. tháng .. năm ….. của Hiệu trưởng - Trường Cao đẳng Y tế Hà nội)*

 **Trình độ đào tạo : Cao đẳng**

 **Ngành đào tạo : Điều dưỡng**

 **Mã Ngành : 6720301**

 **Tên môn học : Điều dưỡng chuyên khoa tai mũi họng**

**Hà Nội, 2020**

**CHỦ BIÊN: TS. NGUYỄN NHƯ ƯỚC**

**LỜI NÓI ĐẦU**

 Giáo trình Chăm sóc người bệnh Tai Mũi Họng được biên soạn dựa trên chương trình giáo dục của Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội, trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Cuốn sách trang bị những kiến thức cơ bản và một số kiến thức chuyên ngành trong chăm sóc người bệnh Tai mũi họng cho sinh viên điều dưỡng, đặc biệt, cho sinh viên điều dưỡng hệ cao đẳng.

 Trong quá trình biên soạn, chắc chắn sẽ không tránh khỏi các thiếu sót, chúng tôi mong nhận được đóng góp quý báu từ quý độc giả và bạn đọc.

 **TÁC GIẢ**

 **Nguyễn Như Ước**

**MỤC LỤC**

BÀI 1: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN……….1

BÀI 2: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM TAI GIỮA……………….……...20

BÀI 3: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẢY MÁU MŨI………………...……27

BÀI 4: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN………….………32

BÀI 5: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG TAI MŨI HỌNG...…39

**BÀI 1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN**

Thời gian: 5 giờ

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **- Kiến thức**1. Trình bày được triệu chứng, nguyên tắc điều trị và các biện pháp phòng bệnh viêm đường hô hấp trên (CĐR 2). 2. Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh viêm đường hô hấp trên (CĐR 2).  **-Kỹ năng**3. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm đường hô hấp trên trong tình huống giả định (CĐR 3). **- Năng lực tự chủ và trách nhiệm**4. Có khả năng hoạt động độc lập; làm việc nhóm và nghiêm túc tuân thủ các biện pháp phòng bệnh trong quá trình chăm sóc người bệnh (CĐR 6,9).  |

**NỘI DUNG:**

**1. Sinh lý mũi, họng, thanh quản**

**1.1. Sinh lý mũi**

Mũi có 3 chức năng chính:

- Hô hấp: Không khí vào mũi sẽ được sưởi ấm, tăng độ ẩm, được làm sạch do mũi có rất nhiều mạch máu và nhiều tuyến nhầy và hệ thống lông chuyển.

- Khứu giác: Vùng khứu giác ở phần trên của mũi, tức là cuốn trên và vùng vách ngăn đối diện. Ở vùng này có dây thần kinh khứu giác, chui qua mảnh sàng để vào não. Nhờ vùng này mà con người có thể phân biệt được 4000 mùi khác nhau.

- Phát âm: Phát ra âm thanh có giọng mũi, tiếp thu những rung động không khí trong khi phát âm để phối hợp với các cơ thanh quản điều chỉnh giọng nói.

**1.2. Sinh lý họng**

Họng có 5 chức năng:

- Chức năng nuốt: Các cơ của họng tham gia vào động tác nuốt. Sau khi nuốt thức ăn, các cơ xiết họng (trên, giữa, dưới) co liên tiếp đẩy thức ăn vào thực quản, đồng thời lưỡi gà nâng lên bịt kín cửa mũi sau, không cho thức ăn lọt vào mũi. Cùng lúc đó các cơ của thanh quản, thanh thiệt co lại và đóng thanh môn, không cho thức ăn lọt vào đường hô hấp.

- Chức năng thở: Khi chúng ta hít vào hoặc thở ra bằng mũi thì màn hầu sẽ buông thõng xuống, mở lối cho không khí đi lại. Khi chúng ta há miệng to thở mạnh thì màn hầu bị kéo lên bít họng mũi làm không khí ra đằng miệng (thở bằng miệng).

- Chức năng cộng hưởng âm: Họng đóng vai trò cộng hưởng trong phát âm. Nó sẽ thay đổi hình dạng, kích thước tuỳ theo âm thanh phát ra. Cùng với mũi, họng có nhiệm vụ biến những âm thanh do thanh quản phát ra thành những tiếng nói có âm sắc, âm điệu... đặc trưng cho mỗi người.

- Chức năng nghe: Không khí từ họng lên tai qua vòi nhĩ. Nhờ đó có được sự cân bằng áp lực giữa bên trong và bên ngoài của màng nhĩ, màng nhĩ luôn căng để tiếp nhận đầy đủ sóng âm thanh đập vào.

- Chức năng bảo vệ: Họng có vòng bạch huyết Waldayer có chức năng sản xuất ra các tế bào lympho và các kháng thể giúp cơ thể ngăn chặn nhiễm khuẩn ở tai mũi họng.

**1.3. Sinh lý thanh quản**

Thanh quản có ba chức năng chính: Hô hấp, phát âm và bảo vệ.

- Hô hấp: Thanh quản dẫn không khí từ họng vào khí quản hoặc từ khí quản lên họng. Khi hít vào thanh môn sẽ mở ra.

- Bảo vệ đường hô hấp dưới: khi ăn thanh thiệt sẽ cụp xuống đậy lỗ thanh môn, không cho thức ăn rơi vào thanh quản. Mặt khác khi có dị vật lọt vào, thanh môn sẽ đóng lại và ho tống ra.

**2. VIÊM MŨI**

**2.1. Đại cương**

**-** Viêm mũi là bệnh viêm niêm mạc hốc mũi, không xâm phạm đến niêm mạc xoang.

- Nguyên nhân

 + Viêm mũi cấp tính thường do vi rút, hay thành dịch nhỏ.

+ Viêm mũi mạn tính do dị ứng hoặc do các nguyên nhân khác.

+ Yếu tố nguy cơ: thay đổi thời tiết, tiếp xúc bụi, hóa chất. Người có dị hình vách ngăn: vẹo, gai vách ngăn, cơ địa dị ứng.

**2.2. Triệu chứng**

***2.2.1.Viêm mũi cấp***

- Toàn thân: mệt mỏi, người ớn lạnh, sốt nhẹ, nhức đầu, ăn kém, đau mỏi lưng, mỏi chân, tay và các khớp xương.

- Cơ năng: ngứa mũi, hắt hơi, ngạt mũi, chảy nước mũi, lúc đầu dịch loãng, trong về sau đặc dần như lòng trắng trứng.

- Khám mũi: niêm mạc sung huyết đỏ, sàn và khe mũi có nhiều dịch nhày hoặc mủ.

- Bệnh thường diễn biến trong vòng 5 – 7 ngày rồi tự khỏi, nhưng nếu cơ thể suy yếu hoặc bội nhiễm thì tổn thương có thể lan rộng và gây các biến chứng.

***2.2.2.Viêm mũi mạn tính***

**- Giai đoạn sung huyết**

+ Ngạt mũi là chính, ban đêm nhiều hơn.

+ Chảy nước mũi ít.

+ Khám mũi: cuốn mũi sưng to, đặt ephedrine co hồi tốt

**- Giai đoạn xuất tiết**

+ Chảy mũi là chủ yếu, mũi nhầy sau thành mủ xanh,tanh hôi.

+ Ngạt mũi thường xuyên.

+ Giảm ngửi.

+ Khám mũi: niêm mạc mũi phù nề, nhợt nhạt, cuốn mũi nề mọng, đặt ephedrine co hồi chậm, sàn mũi, khe cuốn dưới nhiều xuất tiết nhầy ứ đọng.

**- Giai đoạn quá phát**

+ Tắc mũi liên tục ngày càng tăng, nói giọng mũi kín, thở bằng miệng.

+ Chảy nước mũi nhầy đặc.

+ Thường rối loạn khứu giác.

+ Khám mũi: cuốn mũi phình to sát vách ngăn. Đặt ephedrine co mạch cuốn dưới không co hồi được.

**2.3. Cách điều trị**

- Điều trị tại chỗ: Làm thông thoáng mũi:

+ Đối với người lớn hoặc trẻ lớn: hướng dẫn xì mũi, dùng ngón tay cái ép sát cánh mũi, bịt một bên mũi, xì bên mũi kia, xì mạnh từng cái cho đến khi cảm thấy mũi sạch.

+ Đối với trẻ nhỏ, hướng dẫn người chăm sóc lau hút sạch mũi cho trẻ: dùng quả bóp cao su, bơm tiêm hoặc dùng giấy thấm mềm quấn thành hình tổ sâu kèn để làm sạch mũi cho trẻ.

+ Nhỏ thuốc sát khuẩn: Sau khi đã làm sạch mũi, Argyrol 1%, Chloramphenicol 0,4%. + Xông hơi nước nóng bằng các thuốc có tinh dầu thơm như dầu bạc hà, khuynh diệp.

+ Nếu có ngạt mũi, nhỏ dung dịch Ephedrin 1%, sunfarin1%, người lớn và trẻ trên 15 tuổi có thể nhỏ Naphazolin 1%.

- Điều trị toàn thân:

+ Chống viêm, chống phù nề, giảm xuất tiết, kháng histamin.

+ Nâng cao thể trạng.

+ Làm thay đổi cơ địa: vitamin A, D, calci.

**2.4. Phòng bệnh**

- Tránh bị lạnh, ẩm đột ngột kéo dài, nên mặc ấm, đeo khẩu trang khi ra đường trong mùa lạnh hoặc ngồi ở nơi có giá lùa.

- Cách ly hoặc đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người bệnh viêm mũi cấp tính hoặc cảm cúm.

- Nhỏ thuốc mũi, súc họng khi có dịch lây qua đường hô hấp.

-Tránh các tác nhân kích thích như bụi, khí axít hoặc kiềm mạn.

**3. VIÊM XOANG**

**3.1. Đại cương**

- Các nguyên nhân gây viêm xoang gồm:

+ Do nhiễm khuẩn: Thường xảy ra sau viêm mũi cấp, viêm họng cấp, nhiễm trùng máu. Viêm xoang do răng.

+ Do các kích thích lý, hoá, hơi khí hoá chất độc, độ ẩm cao.

+ Do chấn thương: do tai nạn, hoả khí gây gãy xương mặt hoặc do máy bay lên xuống làm thay đổi áp lực đột ngột.

+ Do các yếu tố tại chỗ: lệch hình vách ngăn, nhét bấc mũi làm ứ tắc xoang.

+ Do các yếu tố toàn thân: Cơ thể suy yếu, hút thuốc lá, uống nhiều rượu, rối loạn nội tiết, dị ứng, mắc bệnh toàn thân: HIV, lao, tiểu đường...

**3.2. Triệu chứng**

***3.2.1.Viêm xoang cấp tính***

- Mệt mỏi, sốt nhẹ, trẻ em có thể sốt cao và có biểu hiện nhiễm trùng rõ

- Đau đầu là dấu hiệu chính, thường đau về sáng do đêm bị ứ đọng dịch xuất tiết, đau thành cơn, cơn đau có tính chất chu kỳ, thường đau nhiều vào khoảng thời gian từ 8 – 11 giờ.

+ Viêm xoang hàm trên cấp: đau nhức quanh hố mắt.

+ Viêm xoang trán cấp: đau nhức vùng trước trán, giữa hai cung lông mày.

+ Viêm xoang sàng trước cấp: đau nhức ở vùng hốc mũi hoặc khoé mắt.

+Viêm xoang sàng sau cấp: đau ở đỉnh đầu lan tới vùng chẩm gáy.

- Ngạt mũi: có thể ngạt một bên hoặc cả hai bên.

- Chảy mũi: Nước mũi đặc, màu vàng đục, có thể lẫn máu, mủ

- Khám:

**+** Sờ: ấn ngón tay vào mặt trước xoang, người bệnh thấy đau. Điểm Ewing (xoang trán), hố nanh (xoang hàm), Grun wald (xoang sàng trước), vùng chẩm (xoang sau).

+ Soi mũi: niêm mạc mũi nề đỏ, cuốn dưới cương tụ, đặt bông thấm Ephedrin còn co hồi tốt. Cuốn giữa nề, khe giữa có mủ đọng

+ Viêm xoang do răng: khám răng có thể thấy sâu răng hoặc viêm quanh cuống các răng số 4, 5, 6 hàm trên cùng bên với xoang viêm

**+** X quang: phim Blondeau xoang bị mờ đều, đặc hoặc có vùng đặc phía dưới.

***3.2.2. Viêm xoang mạn tính***

- Không sốt hoặc đau đầu.

- Chảy nước mũi: thường xuyên mủ lúc đầu chảy mũi trong, sau đó chảy mũi nhầy hoặc mủ, chảy mũi một hoặc hai bên kéo dài.

- Tắc, ngạt mũi: do dịch mủ ứ đọng trong hốc mũi gây ra, ngạt mũi lúc bên phải, lúc bên trái, nếu cuốn mũi phì đại hoặc có políp thì ngạt lâu dài.

- Soi hốc mũi trước: mủ ở sàn mũi và ngách mũi giữa, niêm mạc mũi sung huyết, phù nề, phì đại, cuốn mũi giữa thoái hoá hoặc có khối u ở trong hốc mũi.

- Chụp Xquang: chụp phim Blondeau thấy xoang bị mờ đều, mờ đặc hoặc có vùng đặc phía dưới. Chụp cắt lớp vi tính xoang để chẩn đoán xác định.

**3.3. Cách điều trị**

***3.3.1. Viêm xoang cấp tính***

- Kháng sinh.

- Hạ sốt, giảm đau.

- Tại chỗ: nhỏ thuốc chống tắc ngạt mũi như: Ephedrin 1% hoặc sunfarin 1%, hút sạch mũi, nhỏ thuốc sát khuẩn Argyrol 1%, Chloramphenicol 0,4%.

***3.3.2. Viêm xoang mạn tính***

- Khi có đợt hồi viêm mới dùng thuốc điều trị như đợt cấp.

- Chọc rửa xoang, khí dung, Proetz.

- Phẫu thuật kinh điển

- Phẫu thuật nội soi chức năng xoang.

**3.4. Phòng bệnh**

- Giải quyết tốt các viêm nhiễm ở mũi họng, răng miệng.

- Nâng cao thể trạng, tăng cường sức khỏe.

**4. VIÊM V.A**

**4.1.Đại cương**

- Viêm V.A: do vi khuẩn, do vi rút. Viêm V.A gặp nhiều ở trẻ 6 tháng đến 6 tuổi, được chia viêm V.A cấp và viêm V.A mạn

- Yếu tố thuận lợi : Do vị trí V.A và cấu trúc nhiều khe rãnh của V.A. Do lạnh đột ngột, ẩm kéo dài, cơ thể suy yếu.

**4.2. Triệu chứng**

***4.2.1.Viêm VA cấp***

\* Toàn thân:Trẻ thường sốt, có khi sốt cao 39 - 400 C.

\* Cơ năng:

- Ngạt mũi, tắc mũi

+ Thở khò khè, bỏ bú hoặc không bú được lâu

+ Trẻ lớn, khi ngủ ngáy to

- Chảy mũi nhày hoặc mủ cả 2 mũi.

- Ho do nước mũi chảy xuống thành sau họng.

\* Thực thể:

- Hốc mũi 2 bên đầy mủ nhầy, niêm mạc mũi xung huyết.

- Họng đỏ, có dải mủ từ vòm chảy xuống.

- Nội soi thấy vòm nhiều mủ nhầy bám, V.A sùi to bám đầy mủ.

  

 ***Hình1 :V.A viêm mủ Hình 2 :Dải mủ chảy từ vòm xuống***

***4.2. 2.Viêm V.A mạn tính*** (Viêm V.A quá phát)

\* Toàn thân: Thường không sốt, trẻ gầy, yếu, kém ăn, kém nhanh nhẹn, hay đãng trí, kém tập trung, đêm ngủ không yên giấc, hay giật mình, hoảng sợ, ngủ ngáy to, hay đái dầm.

\* Cơ năng:

- Chảy mũi nhầy hàng tháng, có khi loét tiền đình mũi.

- Tắc mũi 2 bên liên tục, trẻ phải há miệng để thở.

\* Thực thể:

 

***Hình 3 :V.A che lấp cửa mũi sau Hình 4 :V.A sùi to bám đầy mủ***

- Mũi : Hốc mũi đầy mủ nhầy, niêm mạc mũi phù nề. Khối u màu hồng nhạt, che lấp một phần hoặc toàn bộ cửa mũi sau.

- Họng: Thành sau họng có các hạt lympho. Có mủ từ vòm chảy xuống.

- Nội soi vòm thấy V.A sùi to bám đầy mủ.

- Trẻ có thể có bộ mặt V.A: Trán dô, mũi tẹt, răng vẩu, môi dầy, cằm tụt.

**4.3. Cách điều trị**

- Viêm V.A cấp:Điều trị nội khoa.

+ Nhỏ mũi ( sau khi làm sạch nhầy mũi ứ đọng)

+ Nếu sốt ≥ 38,5º C, đe doạ biến chứng thì cho kháng sinh, hạ nhiệt.

+ Nạo V.A khi: Viêm V.A tái phát nhiều lần(>5 lần/ năm).V.A có biến chứng.

**-** Viêm V.A mạn tính (Viêm V.A quá phát): Điều trị ngoại khoa. Giải quyết nguyên nhân bằng nạo tổ chức V.A quá phát.

**4.4.Giáo dục sức khoẻ**

+ Bệnh hay gặp ở trẻ nhỏ khi thay đổi thời tiết, khi bị lạnh.

+ Ảnh hưởng của bệnh với sự phát triển của trẻ. Trẻ kém phát triển về tinh thần và thể chất: học hành lơ đãng, kém nhanh nhẹn, ít tập trung, cơ thể gầy yếu.

+ Hướng dẫn cách phòng bệnh. Vệ sinh mũi họng, răng miệng, nhỏ thuốc mũi, tránh lạnh, ăn uống tốt để tăng cường sức đề kháng.

###### 5.VIÊM HỌNG VÀ VIÊM AMIĐAN

**5.1. Đại cương**

- Viêm họng - aminđan là bệnh thường gặp đặc biệt vào mùa đông khi thời tiết thay đổi. Bệnh có thể gặp riêng biệt hoặc phối hợp với viêm V.A, viêm mũi, viêm xoang.

- Nguyên nhân : Do virus, vi khuẩn, thường nặng hơn do liên cầu khuẩn Beta tan huyết nhóm A.

- Yếu tố nguy cơ: hút thuốc, uống rượu, tiếp xúc hóa chất hoặc khi trời lạnh.

**5.2.Triệu chứng**

***5.2.1.Thể cấp***

\* Do vi khuẩn, vi rút

- Toàn thân: Người bệnh có sốt vừa hoặc sốt cao, mệt mỏi, ăn kém

- Cơ năng: Có cảm giác nóng rát, khô và đau họng, đau tăng khi nuốt

- Khám thấy:

 + Niêm mạc họng đỏ rực, amiđan sưng to, đỏ, trên bề mặt có chấm mủ hoặc màng mủ.

+ Hạch góc hàm sưng to và đau.

\* Do bạch hầu

- Toàn thân: biểu hiện hội chứng nhiễm trùng và hội chứng nhiễm độc.

- Cơ năng: Đau họng lúc đầu nhẹ sau tăng dần, chảy mũi nhầy. Giả mạc lan xuống hạ họng, thanh quản có thể gây ho và khàn tiếng.

- Khám thấy: Trên mặt amidan có giả mạc trắng, xám rất dính, khi bóc tách dễ chảy máu không tan trong nước. Khi thấy có giả mạc phải quyệt soi tươi và nuôi cấy tìm vi khuẩn.

***5.2.2.Thể mạn tính***

- Toàn thân: nghèo nàn, thường có những đợt tái phát: sốt, mệt mỏi, hơi thở hôi.

- Cơ năng: người bệnh hay vướng, ngứa họng ho khan hay có ít đờm nhầy.

- Khám thấy: Amiđan to hoặc nhỏ nhưng trên mặt amiđan có hốc mủ. Thành sau họng có tổ chức hạch bạch huyết dầy và đỏ, thành từng đám to nhỏ không đều gọi là viêm họng hạt. Hoặc niêm mạc họng nhợt, khô có chỗ sừng hoá là dạng viêm họng teo.

**5.3.Cách điều trị**

- Cho người bệnh nằm nghỉ tại giường, ăn thức ăn lỏng dễ tiêu, uống nhiều nước

- Súc họng bằng nước muối loãng, dung dịch TB hoặc Listerine 2 – 3 lần/ ngày.

- Giảm ho và giảm đau họng bằng thuốc đông y: quất ngâm đường, hoa hồng bạch hấp đường phèn.

- Trường hợp nặng, do liên cầu: Penicilline 1 - 2 triệu đv/ ngày trong 7 - 10 ngày.

**5.4. Phòng bệnh**

- Tránh lạnh.

- Giáo dục ý thức vệ sinh cá nhân và vệ sinh môi trường.

- Súc họng bằng nước muối loãng hàng ngày.

- Ăn uống tốt để tăng cường sức đề kháng.

**6. VIÊM THANH QUẢN**

**6.1. Đại cương**

 **-** Nguyên nhân viêm thanh quản cấp tính**:**

+ Do vius: cúm, sởi, thủy đậu, ho gà.

+ Do vi khuẩn, bạch hầu, lao.

+ Viêm thanh quản rít ở trẻ em.

**-** Nguyên nhân viêm thanh quản mạn tính**:**

+ Do làm việc quá mức của giọng.

+ Do làm việc thường xuyên trong môi trường không khí khô.

+ Do viêm thanh quản cấp tính không điều trị triệt để.

**6.2. Triệu chứng**

***6.2.1. Viêm thanh quản cấp tính***

*6.2.1.1. Viêm thanh quản cấp tính thông thường*

- Người bệnh viêm thanh quản có các triệu chứng của viêm mũi họng cấp, ho khan, giọng khàn mất tiếng.

- Ở trẻ em có thể gây khó thở thanh quản với 3 đặc điểm chính:

 + Khó thở chậm

+ Khó thở thì thở vào

+ Có tiếng rít mỗi khi hít vào.

**-** Khó thở thanh quản chia làm 3 mức độ.

 + Cấp 1: khó thở khi gắng sức, tiếng khóc, tiếng nói thay đổi.

+ Cấp 2: khó thở thanh quản điển hình đồng thời ho ông ổng, tiếng khóc, tiếng nói khàn. Tinh thần trong trạng thái hoảng hốt lo sợ.

+ Cấp 3: khó thở không còn điển hình, thở nhanh nông không đều, tinh thần đờ đẫn ly bì.

- Ngoài ra còn có các triệu chứng phụ khác như: khàn tiếng, ho ông ổng, co lõm trên ức, hố thượng đòn, khoang liên sườn, nếu nặng có tím tái.

- Soi thanh quản thấy niêm mạc xung huyết đặc biệt các dây thanh xuất tiết nhầy.

*6.2.1.2. Viêm thanh quản bạch hầu*

- Trẻ sốt cao hoặc vừa toàn thân nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.

- Khàn tiếng khó thở thanh quản tăng dần, ho ông ổng.

- Khám họng thấy có giả mạc trắng xám lan rộng khó bóc.

- Hạch góc hàm sưng to, nhanh, đau.

Nếu không can thiệp kịp thời trẻ bị ngạt thở nhịp thở nhanh nông và mạch không rõ.

*6.2.1.3. Viêm thanh quản rít trẻ em*

- Thường gặp ở trẻ 2 – 6 tuổi bị viêm mũi họng cấp tính, viêm VA, có sụt sịt, ho húng hắng.

- Nửa đêm trẻ tỉnh giấc và khó thở thanh quản, thở rít, rút lõm lồng ngực và tím tái.

- Cơn khó thở kéo dài 5 – 10 phút thì hết. Hôm sau trẻ lại ăn chơi bình thường.

***6.2.2.Viêm thanh quản mạn tính***

- Thường gặp ở người lớn hơn trẻ em, ở những người làm việc quá sức về giọng.

- Toàn thân không có gì đặc biệt. Thường biểu hiện nói không trong sau đó khàn tiếng kéo dài, không có xu hướng tự khỏi.

- Soi thanh quản thấy: xuất tiết hay đọng ở 1/3 giữa, niêm mạc dây thanh xung huyết, mất bóng, có thể thấy có hạt xơ dây thanh.

**6.3. Cách điều trị**

***6.3.1. Thể cấp tính***

- Điều trị toàn thân.

 + Người bệnh nghỉ ngơi, kiêng nói, kiêng các chất kích thích: thuốc lá, rượu…

 + Hạ nhiệt, giảm ho, an thần và kháng sinh nếu cần

- Điều trị nguyên nhân.

+ Do bạch hầu:

+ Do lao điều trị theo phác đồ lao.

- Điều trị tại chỗ: xông tinh dầu thơm, khí dung, xúc họng, nhỏ thuốc sát khuẩn mũi.

***6.3.2. Thể mạn tính***

 - Điều trị khó khăn cần theo dõi thường xuyên, khí dung, điều trị nguyên nhân.

**6.4. Phòng bệnh**

- Tiêm chủng đầy đủ phòng các bệnh lao, bạch hầu, sởi.

- Giữ ấm cổ ngực, tránh lạnh, khi thay đổi thời tiết.

- Điều trị đúng và kịp thời các viêm mũi họng, viêm V.A.

**7. Chăm sóc viêm đường hô hấp trên**

**7.1. Nhận định**

- Hỏi:

+ Khó thở: trẻ thở rít, khó thở thì thở vào trong viêm thanh khí phế quản

+ Người bệnh khó thở từ bao giờ ?

+ Khó thở xảy ra từ từ hay đột ngột?

+ Khó thở ở thì hít vào hay thở ra?

+ Có khàn tiếng và ho ông ổng không?

+ Trước khi khó thở có sốt không?

Trẻ có sốt hay không? Có ho hay không?

 Có những đợt sốt và chảy mũi không

+ Ngạt mũi: Từ bao giờ, một bên hay hai bên.

 Từng lúc hay thường xuyên.

Trẻ có há miệng để thở, bỏ bú hoặc bú không liên tục ( do ngạt tắc mũi người bệnh không thở mũi được)?. Liên tục hay thỉnh thoảng? Nhỏ thuốc co mạch có đỡ không.

Có đau đầu không? vị trí, tính chất và thời gian đau như thế nào?

Đêm ngủ có ngáy to hay không?

+ Chảy mũi: Có chảy mũi không, từ bao giờ?

 Chảy một bên hay hai bên?

 Chảy từng đợt hay thường xuyên?

 Số lượng nhiều hay ít.

Tính chất của chảy mũi: liên tục hay từng đợt, mũi nhày hay mũi mủ, có lẫn máu không? có mùi thối không?

+ Ngửi: người bệnh có giảm ngửi không, mức độ.

+ Đau họng: Có đau rát họng hoặc không nuốt được ? Có tiền sử đau khớp hoặc sưng khớp không?

- Thăm khám:

+ Đếm nhịp thở: Xem có co rút ở hố thượng đòn, hõm ức, khoang liên sườn không? Có tím tái không

+ Soi mũi trước:

 Xem có dịch mủ ở sàn mũi, hốc mũi, các khe cuốn, tính chất mủ.

 Niêm mạc mũi: màu sắc, phù nề. Đặt co cuốn có co hay không, mức độ.

Hốc mũi 2 bên có dịch mủ nhầy xanh hoặc vàng, khối màu hồng che lấp cửa mũi sau.Trong hốc mũi có polyp, khối u, vẹo vách ngăn.

Sờ ấn các vị trí tương ứng với xoang xem người bệnh có đau không? Đầu trên cung lông mày (xoang trán), hố nanh (xoang hàm), góc trong hốc mắt (xoang sàng trước).

+ Khám họng: Họng đỏ nhiều tổ chức lympho hay có dải mủ từ vòm xuống. Amydan có to hay không, bề mặt có mủ hay không

+ Khám V.A: V.A xuất tiết viêm mủ hay quá phát xơ hoá, quá phát xơ hoá viêm mủ.

+ Toàn trạng: Tinh thần, nhiệt độ, nhịp thở, cân nặng, da, niêm mạc.

 Bộ mặt V.A: trán dô, mũi tẹt, răng vẩu, môi dầy, cằm tụt.

Các bộ phận khác để phát hiện biến chứng. Chảy mủ tai trong viêm tai giữa.

Sờ hạch góc hàm hai bên xem có sưng và đau không?

- Xét nghiệm:

+ Công thức máu, dịch mũi.

+ X quang: chụp Blondeau xem vách ngăn, polyp, khối u.

**7.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Tăng thân nhiệt liên quan nhiễm khuẩn.

- Ngạt tắc mũi liên quan niêm mạc phù nề, quá phát cuốn mũi dưới. Tắc lỗ thông mũi xoang.

- Chảy mũi liên quan viêm và xuất tiết niêm mạc mũi xoang.

- Giảm ngửi hoặc mất ngửi liên quan kém lưu thông không khí trong hốc mũi.

- Ăn uống kém liên quan nuốt đau và quá phát của amiđan.

- Khàn tiếng liên quan phù nề hay xuất tiết ở dây thanh quản.

- Khó thở thanh quản liên quan phù nề, co thắt hay giả mạc thanh quản.

- Nguy cơ biến chứng liên quan bà mẹ thiếu kiến thức hiểu biết về bệnh.

**7.3. Lập kế hoặch chăm sóc**

- Đảm bảo thông khí cho đường thở.

- Làm giảm khàn tiếng.

- Giảm thân nhiệt.

- Làm thông thoáng hốc mũi.

- Đảm bảo chức năng khứu giác bình thường.

- Làm giảm đau họng

- Người bệnh tự chăm sóc và phòng bệnh làm giảm nguy cơ biến chứng.

**7.4. Thực hiện kế hoặch chăm sóc**

***- Đảm bảo thông thoáng cho đường thở***

+ Theo dõi sắc mặt da, niêm mạc, tình trạng thở.

+ Nếu có khó thở phải đặt người bệnh ở tư thế dễ thở.

+ Người bệnh nghỉ ngơi yên tĩnh, dùng thuốc an thần.

+ Theo dõi tình trạng khó thở. Khó thở thanh quản cấp 2 phải mở khí quản cấp cứu.

+ Dùng thuốc chống viêm chống phù nề theo y lệnh.

+ Tại chỗ phun thuốc vào thanh quản, xông họng, khí dung họng thanh quản bằng các dung dịch kháng sinh hay corticoid.

***- Giảm khàn tiếng***

+ Theo dõi, đánh giá mức đọ khàn tiếng (với trẻ em phải dựa vào tiếng khóc) của người bệnh hàng ngày.

+ Người bệnh kiêng nói.

+ Dùng thuốc theo y lệnh: kháng sinh, corticoid, giảm phù nề, kháng histamin….

+ Giữ ấm cổ, ngực.

***- Làm giảm thân nhiệt***

+ Cởi bớt quần áo.

+ Chườm ấm: trán, nách, bẹn.

+ Dùng thuốc theo y lệnh khi nhiệt độ ≥ 38,5°C.

+ Cho trẻ uống nhiều nước.

+ Đối với trẻ bú mẹ cho bú nhiều lần

+ Theo dõi nhiệt độ.

+ Dùng thuốc theo y lệnh: giảm đau, kháng sinh.

***- Làm thông thoáng hốc mũi.***

+ Làm sạch mũi bằng nước muối sinh lý 9%o. Nhỏ thuốc sát khuẩn mũi. Sau khi đã làm sạch mũi.

+ Nếu có ngạt mũi, nhỏ dung dịch Ephedrin 1%, sunfarin1%, người lớn và trẻ trên 15 tuổi có thể nhỏ Naphazolin 1%.

+ Sau 5 phút hướng dẫn người bệnh xì mũi, dùng ngón tay cái ép sát cánh mũi, bịt một bên mũi, xì bên mũi kia, xì mạnh từng cái cho đến khi cảm thấy mũi sạch

+ Đối với trẻ nhỏ, hướng dẫn người chăm sóc lau hút sạch mũi cho trẻ: dùng quả bóp cao su, bơm tiêm hoặc dùng giấy thấm mềm quấn thành hình tổ sâu kèn để làm sạch mũi cho trẻ.

+ Hút mũi cho trẻ bằng quả bóng bóp cao su, bơm tiêm hoặc dùng giấy thấm mềm quấn thành hình tổ sâu kèn.

+ Chống tắc ngạt mũi: Hút mũi, xì mũi một bên rồi chuyển sang bên kia (với người lớn và trẻ lớn), thực hiện y lệnh thuốc co mạch Ephedrin, Naphazolin

-***Chống chảy mũi***

+ Xông hơi nước nóng bằng các thuốc có tinh dầu thơm như dầu bạc hà, dầu khuynh diệp. Cách làm như sau: dùng một bát hoặc nước nóng khoảng 60-70°C, nhỏ 3-5 giọt tinh dầu thơm vào. Dùng một cái phễu làm bằng bìa đậy kín lại. Đưa mũi vào đáy phễu ngửi, hít vào bằng mũi, thở ra bằng miệng. Có thể nhỏ thêm 1-2 giọt khi nồng độ thuốc loãng dần. Xông trong khoảng 10- 15 phút. Sau khi xông tránh tiếp xúc với khí lạnh đột ngột.

+ Khí dung mũi bằng máy khí dung với các dung dịch kháng sinh hay hydrocortison.

***- Làm thông thoáng lỗ thông mũi xoang***

+ Thực hiện y lệnh tại chỗ cho phù hợp như: nhỏ mũi, xông hơi nước nóng, khí dung, Proetz, chọc rửa xoang hàm.

 . Phương pháp nhỏ mũi, xông hơi nước nóng như bài viêm mũi.

 . Khí dung: Cho thuốc vào bầu dung: kháng sinh, corticoid. Với kháng sinh phải thử phản ứng trước khi dùng thuốc. Có 2 đường cho khí dung vào xoang: theo đường mũi đầu phun cho vào 2 lỗ mũi người bệnh. Đường họng người bệnh ngậm đầu ống trong họng. Hướng dẫn người bệnh hít vào bằng đường miệng thở ra đường mũi mạnh. Thời gian khí dung từ 10 – 20 phút, ngày 1-2 lần.

 . Phương pháp Proetz: đưa thuốc lỏng vào xoang bằng cách hút không khí trong xoang ra đằng mũi. Thuốc dùng: kháng sinh, corticoid. Cách làm: để người bệnh nằm, ngửa đầu tối đa. Dùng máy hút đầu có nắp ambu vừa khít hốc mũi. Bịt chặt hốc mũi bên kia kại, bảo người bệnh kêu kê, kê, kê… để buồng hàm đậy kín đường xuống họng, hút hết các dịch trong hốc mũi. Sau đó lại nhỏ 1-2 ml thuốc vào hốc mũi bịt hốc mũi bên kia lại và làm lại như vậy. Mục đích là để hút khí khỏi xoang và thuốc thay thế dần. Ngày làm 1-2 lần. Nếu điều trị nội khoa không kết quả, khuyên người bệnh nên phẫu thuật.

***- Làm giảm đau họng***

+ Theo dõi mức độ nuốt đau, nuốt vướng hàng ngày.

+ Dùng thuốc giảm đau, chống phù nề theo y lệnh.

+ Tại chỗ súc họng nước muối loãng, dung dịch TB hoặc Listerine, bôi họng hay ngậm họng.

+ An ủi, động viên người bệnh để họ hợp tác điều trị sẽ đỡ đau dần.

***- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho người bệnh***

+ Ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu, nhiều vitamin, uống nhiều nước.

+ Không ăn uống các chất kích thích: bia rượi, thuốc lá….

***- Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc và phòng bệnh***

+ Hướng dẫn người bệnh xúc họng bằng nước muối sinh lý, BBM (borat natri, bicarbonat natri, mentol).

 Cách làm: bảo người bệnh hít một hơi dài, ngậm một ngụm nước vào miệng ngửa đầu ra sau và kêu ‘‘gơ’’ liên tục làm cho thuốc trong họng kêu ‘‘ lọc xọc’’. Khi hết hơi cúi đầu về phía trước và nhổ thuốc ra. Ngày làm 3-4 lần.

+ Hướng dẫn người bệnh cách ngậm họng khi rát họng, khô miệng bằng dung dịch clorat kali 1% ở nhiệt độ 40°C.

+ Hướng dẫn người bệnh biết tự phòng bệnh: tránh hít không khí lạnh, bụi, hơi độc...bằng cách đeo khẩu trang khi làm việc, khi trời lạnh.

+ Vệ sinh răng miệmg hàng ngày sau mỗi bữa ăn

**BÀI 2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM TAI GIỮA**

Thời gian: 2 giờ

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **- Kiến thức**1. Trình bày được chức năng của tai, triệu chứng, nguyên tắc điều trị và các biện pháp phòng viêm tai giữa (CĐR 2). 2. Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh viêm tai giữa (CĐR 2).**- Kỹ năng**3. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh viêm tai giữa trên tình huống giả định (CĐR 3).**- Năng lực tự chủ và trách nhiệm**4. Có khả năng hoạt động độc lập; làm việc nhóm và nghiêm túc tuân thủ các biện pháp phòng bệnh trong quá trình chăm sóc người bệnh (CĐR 6,9).  |

**NỘI DUNG:**

**1. Chức năng của tai**

**1.1 Chức năng nghe**

- Vành tai hứng các sóng âm trong không khí, ống tai đưa các sóng âm vào đến màng nhĩ. Khi sóng âm đập vào màng nhĩ sẽ làm rung động màng nhĩ. Từ màng nhĩ, rung động này sẽ được chuyển tiếp đến chuỗi xương con làm cho đế bàn đạp đạp vào cửa sổ bầu dục. Khi đó ngoại dịch sẽ bị rung động và sẽ kích thích cơ quan Corti, ở đây năng lượng cơ học của sóng âm sẽ biến thành xung động thần kinh và chuyển lên não qua dây thần kinh thính giác (dây thần kinh VIII).

**1.2. Chức năng thăng bằng**

- Ống bán khuyên, soan nang và cầu nang đảm bảo sự thăng bằng vận động. Khi ta đi, đứng, chạy, nghiêng ngả thì nội dịch trong các ống bán khuyên sẽ dịch chuyển, kích thích các thần kinh của mào thính giác, luồng thần kinh này sẽ đến tiểu não, tuỷ sống để điều khiển các cơ của cơ thể, giúp ta giữ được thăng bằng và không bị ngã.

**2. Chăm sóc người bệnh viêm tai giữa**

**2.1. Đại cương**

- Viêm tai giữa hiện nay còn gặp nhiều , thường gặp ở trẻ nhỏ, nếu được xử trí tốt sẽ khỏi hẳn, không để lại di chứng.

- Nếu không phát hiện sớm và điều trị tốt, bệnh sẽ ảnh hưởng đến sức nghe và dẫn đến các biến chứng hiểm nghèo.

 - Nguyên nhân

+ Do viêm nhiễm ở mũi họng, chủ yếu là viêm V. A

+ Do tắc vòi tai: thường gặp do sùi, u ở vòm họng hoặc do viêm mũi xoang mủ.

+ Các chấn thương gây rách màng nhĩ hay do áp lực mạch.

+ Sau các bệnh: cúm, sởi, ho gà, bạch hầu…

**2.2. Triệu chứng**

***2.2.1.Viêm tai giữa cấp tính***

Viêm tai giữa cấp tính là tình trạng viêm cấp tính của tai giữa. Triệu chứng thay đổi tùy theo nguyên nhân, thể trạng, lứa tuổi. Sau đây là thể điển hình.

- Thời kỳ xung huyết:

+ Trẻ đang bị viêm mũi họng với các triệu chứng như ho, chảy nước mũi.

 + Sốt tăng lên thường tới 40ºC, có cảm giác căng tức hay đau nhói trong tai.

+ Khám tai: thấy màng nhĩ đỏ, mạch máu giãn dọc theo cán búa hoặc ở màng trùng

- Thời kỳ ứ mủ:

+ Thể trạng nhiễm trùng, sốt cao, mệt mỏi. Trẻ dưới 12 tháng thường kèm theo rối loạn tiêu hoá, biểu hiện là nôn trớ, tiêu chảy, phân sống.

+ Trẻ đau tai rõ rệt, quấy khóc, kém ăn, kém ngủ, khóc thét khi chạm vào tai viêm.

+ Khám tai: thấy màng tai đục, phồng ra ngoài kiểu mặt kính đồng hồ hoặc khu trú ở một phần màng nhĩ như hình vú bò.

- Thời kỳ vỡ mủ: mủ ứ nhiều tự vỡ hoặc do chích mủ.

+ Các triệu chứng giảm đi nhanh chóng khi mủ được chảy ra ngoài, toàn trạng trẻ khá lên, hết sốt, hết tiêu chảy, đau tai giảm dần.

+ Khám tai: thấy màng tai dầy, ẩm, có lỗ thủng ở giữa hay trước dưới phần căng của màng nhĩ, lỗ thủng thường nhỏ, chỉ nhận thấy qua ánh của dịch khi lau sạch dịch ở ống tai ngoài và màng nhĩ. Dịch tai lúc đầu loãng, trong, màu vàng chanh, về sau đặc dần thành mủ nhày.

***2.2.2. Viêm tai giữa mạn tính***

Viêm tai giữa mủ mạn tính là một tình trạng chảy mủ mạn tính (> 6 tuần) qua lỗ thủng màng nhĩ.

- Có chảy nước tai hoặc mủ tai một hoặc cả hai bên kéo dài, nước tai thường không thối gặp trong viêm tai tiết dịch, nhày, còn mủ tai thường thối do viêm xương, loại này thường nguy hiểm vì có thể gây biến chứng sọ não.

- Thường không đau tai.

- Nghe kém, kém nhanh nhẹn, trẻ lớn học tập sa sút.

- Khám thấy màng nhĩ thủng, thường ở phía trước dưới, lỗ thủng rộng không sát vách.

**2.3. Cách điều trị**

- Điều trị toàn thân: kháng sinh, giảm đau, hạ sốt.

- Điều trị tại chỗ:

+ Thời kỳ xung huyết: Nhỏ mũi bằng Argyron 1% hoặc sulfarin 1 %, ngày 2 – 3 lần

+ Thời kỳ ứ mủ: chính màng nhĩ kịp thời , đúng vị trí ở góc 1/4 sau dưới.

+ Thời kỳ vỡ mủ: làm thuốc tai.

- Điều trị nguyên nhân: nạo V.A, cắt polyp mũi.

**2.4. Phòng bệnh**

- Giải quyết sớm các ổ viêm nhiễm ở vùng mũi họng như nạo V.A, điều trị viêm mũi xoang, loại bỏ các bít tắc ở vòm.

- Làm thông vòi tai ngay khi bị tắc bằng thổi hoặc bơm hơi vòi nhĩ.

- Cho trẻ bú sữa mẹ và ăn bổ sung đầy đủ chất dinh dưỡng để nâng cao thể trạng

**3. Chăm sóc người bệnh viêm tai xương chũm**

**3.1.Đại cương**

- Viêm tai xương chũm là hiện tượng viêm xương chũm thứ phát sau viêm tai giữa.

- Bệnh hay gặp, ảnh hưởng đến sức nghe và dẫn đến các biến chứng hiểm nghèo.

- Viêm tai xương chũm: Do viêm tai giữa điều trị không tốt. Viêm tai giữa sau các bệnh nhiễm trùng nặng: sởi, cúm...

**3.2. Triệu chứng**

- Toàn thân: trẻ thường chậm phát triển

- Cơ năng:

 + Nghe kém ngày càng tăng

 + Ù tai

 + Đau tai âm ỉ, lan ra xương chũm, thái dương.

- Thực thể:

+ Chảy mủ tai là triệu chứng chính, chảy thường xuyên, mủ đặc có mùi thối, khi có cholesteatoma mủ óng ánh vàng như mỡ.

+ Khám tai: lỗ thủng thường rộng, bờ nham nhở sát khung xương.

**3.3. Cách điều trị**

- Dùng kháng sinh chỉ có tác dụng hạn chế không làm hết được bệnh.

- Thực hiện y lệnh thuốc giảm viêm, thuốc hạ sốt khi sốt cao ≥ 38,5°C.

**3.4. Phòng bệnh**

- Điều trị sớm, tích cực chảy mủ tai nhất là khi có cholesteatoma cần được phẫu thuật.

- Thận trọng giai đoạn hồi viêm vì có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm.

**4. Chăm sóc**

**4.1. Nhận định**

- Hỏi:

 + Người bệnh có sốt không, sốt từ bao giờ, mức độ?

 + Có đau tai, đau bên nào, có từ bao giờ, vị trí, mức độ?

+ Có chảy mủ tai, từ khi nào, một hay hai bên, từng đợt hay thường xuyên, số lượng và tính chất dịch?

 + Nghe có giảm không , bên tai nào?

 + Có ù tai không?

 + Có đau đầu, ù tai vùng chũm, nôn, buồn nôn?

+ Tiền sử: có chảy mũi, đau họng trước khi đau tai? Trước đây đã chảy dịch tai chưa, lần đầu từ bao giờ, các đợt tái phát.

+ Tiền sử chảy mủ tai: chảy mủ tai từ khi nào, các đợt chảy mủ tái phát, có mùi thối không, từ bao giờ, số lượng màu sắc.

- Thăm khám:

+ Đo nhiệt độ, mạch , huyết áp.

+ Ấn trước tai, sau tai có đau hay không, khám vùng chũm?

+ Soi tai: ống tai ngoài có dịch, mủ không? tích chất mủ? đánh giá màng nhĩ: xung huyết, phồng căng hay có lỗ thủng.

+ Khám mũi: soi mũi trước, mũi sau xem dịch, mủ , hay polyp?

+ Khám họng: niêm mạc, dịch nhầy chảy xuống thành sau họng.

+ Xác định mức độ nghe kém bằng đo thính lực.

- Xét nghiệm:

 + Số lượng hồng cầu, tiểu cầu , nhóm máu, máu chảy, máu đông.

 + Lấy dịch tai: soi tươi, nuôi cấy, làm kháng sinh đồ.

 + X quang: Schuller, chụp cắt lớp vi tính xương chũm.

**4.2. Chẩn đoán chăm sóc**

+ Thân nhiệt tăng liên quan viêm tai

 + Đau tai lien quan hòm nhĩ xung huyết hay ứ mủ.

 + Nghe kém, chảy mủ tai do dịch, mủ trong hòm nhĩ.

+ Chảy mủ, dịch tai do viêm và sau phẫu thuật xương chũm.

 + Đau đầu, đau vết mổ liên quan đến viêm và phẫu thuật

**4.3. Lập kế hoặch chăm sóc**

- Làm hạ thân nhiệt.

 + Theo dõi mạch, nhiệt độ.

 + Thực hiện y lệnh các thuốc kháng sinh, hạ sốt.

 + Phối hợp chườm ấm nếu sốt cao.

- Giảm đau tai.

+ Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh.

+ Nhỏ tai bằng glycerin borat 5% ở giai đoạn xung huyết.

+ Chích màng nhĩ nếu hòm nhĩ có ứ mủ.

- Làm giảm chảy tai, đỡ ù tai, tăng sức nghe cho người bệnh

+ Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh, chống viêm , chống phù nề.

+ Khi tai chảy mủ: theo dõi dịch tai hàng ngày: số lượng, và tính chất. Làm thuốc tai theo đúng quy trình kỹ thuật. Cách làm:

\*Làm thuốc tai:

. Rửa tai: dùng nước muối sinh lý hoặc nước ôxy già nhỏ theo thành ống tai đầy ống tai, lấy ngón tay ấn nhẹ nắp bình tai. Sau đó nghiêng tai để nước chảy ra. Làm tới khi nước sạch.

 . Lau khô tai: dùng que tăm bông lau sạch mủ trong tai.

 . Nhỏ hoặc phun thuốc: nhỏ 3-4 giọt dung dịch cloroxit 0,4% hoặc 1-2 giọt cồn boric 1%. Hoặc phun bột cloroxit nguyên chất hay bột acid boric nguyên chất. Nhỏ thuốc mũi nếu ngạt mũi, chảy mũi.

- Hướng dẫn người bệnh cách tự chăm sóc tai.

+ Giữ tai khô, khi tắm, khi gội đầu

+ Không được tán thuốc viên hoặc các loại thuốc lá thổi vào tai vì dẽ làm bít tắc màng nhĩ.

+ Theo dõi mủ tai chảy ra, mức độ đau tai hoặc các biến chứng khác để đến khám và điều trị kịp thời tại chuyên khoa

**4.4. Thực hiện kế hoặch chăm sóc**

**4.5. Đánh giá**

 Sau khi thực hiện kế hoặc chăm sóc, người điều dưỡng viên phải heo dõi thường xuyên để đánh giá những vấn đề cần chăm sóc.

-Người bệnh có giảm sốt, giảm đau tai.

-Tình trạng chảy dịch, mủ tai.

-Sức nghe của người bệnh.

-Cách tự chăm sóc tai và phòng bệnh.

**BÀI 3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẢY MÁU MŨI**

Thời gian: 2 giờ

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **- Kiến thức**1. Trình bày được nguyên nhân, phân loại, triệu chứng, nguyên tắc điều trị và các biện pháp phòng chảy máu mũi (CĐR 2). 2. Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh chảy máu mũi (CĐR 2).**- Kỹ năng**3. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh chảy máu mũi trên tình huống giả định (CĐR 3).**- Năng lực tự chủ và trách nhiệm**4. Có khả năng hoạt động độc lập; làm việc nhóm và nghiêm túc tuân thủ các biện pháp phòng bệnh trong quá trình chăm sóc người bệnh (CĐR 6,9).  |

**NỘI DUNG:**

**1. Đại cương, nguyên nhân**

**1.1. Đại cương**

- Chảy máu mũi là một triệu chứng rất thường gặp, nó không phải là một bệnh mà chỉ là một biểu hiện của nhiều bệnh gây ra.

Niêm mạc mũi có chức năng làm ấm và làm ẩm không khí nhờ có một mạng lưới mao mạch dầy đặc, các mao mạch này đi rất nông, do đó chỉ cần một chấn thương nhẹ cũng gây ra chảy máu. Khi vỡ các nhánh động mạch cung cấp máu cho mũi, gây chảy máu ồ ạt, nếu không cấp cứu kịp thời sẽ nguy hiểm tới tính mạng người bệnh.

**1.2. Nguyên nhân gây chảy máu mũi**

+ Do chấn thương: vết dao đâm, tai nạn giao thông, tai nạn lao động, do đạn.

+ Do cơ thể mắc các bệnh nội khoa**:** cao huyết áp, các bệnh về máu (bạch cầu cấp, suy tuỷ, bệnh ưa chảy máu), bệnh sốt xuất huyết, suy gan, thận mạn tính.

+ Chảy máu mũi nguyên phát, vô căn**:** chiếm 10% các trường hợp chảy máu mũi và không tìm thấy nguyên nhân.

**2. Triệu chứng lâm sàng**

**2.1.Chảy máu nhẹ**

Thường do chấn thương nhẹ như ngoáy mũi hoặc mắc những bệnh như cúm, thương hàn, đôi khi người khoẻ mạnh bình thường cũng có thể đột nhiên chảy máu mũi hoặc do viêm niêm mạc mũi, dị vật trong hốc mũi hoặc dị hình về cấu trúc như lệch, vẹo vách ngăn.

Soi mũi thấy máu chảy ra ở phần trước dưới vách ngăn hoặc niêm mạc mũi, đặc biệt cuốn dưới, sàn, vách ngăn đều rỉ máu. Máu chảy ra không nhiều, chảy từng giọt hoặc xì ra máu lẫn với dịch mũi và có xu hướng tự cầm.

Chảy máu cam có thể tái phát nhiều lần, thường gặp ở trẻ em, tiên lượng nhẹ.

**2.2.Chảy máu nặng**

 Do vỡ động mạch mũi, gặp trong các bệnh như cao huyết áp, xơ vữa động mạch, xơ gan... thường gặp ở người bệnh lớn tuổi có bệnh mạn tính.

Trong chấn thương thường tổn thương động mạch sàng gây chảy máu khó cầm.

Chảy máu nặng còn gặp do người bệnh mắc các bệnh rối loạn về đông máu hoặc giảm tiểu cầu.

Soi mũi khó thấy điểm chảy máu vì điểm chảy máu thường ở trên cao và phía sau. Máu có thể chảy thành tia hoặc chảy máu mũi sau, máu chảy xuống họng, người bệnh nhổ ra máu tươi, có thể gây sặc máu ở người già và trẻ nhỏ.

Toàn trạng người bệnh biểu hiện tình trạng mất máu cấp: kích thích, hốt hoảng, vã mồ hôi, da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ.

**3. Hướng điều trị**

Chảy máu mũi là một cấp cứu về tai mũi họng, khi gặp người bệnh đang chảy máu mũi việc đầu tiên là phải cầm máu, sau đó mới đi tìm nguyên nhân gây bệnh.

- Để người bệnh nằm đầu cao hoặc ngồi yên tĩnh, động viên để người bệnh không hốt hoảng, lo sợ.

- Ấn ngón tay đè cánh mũi vào vách ngăn, nếu chảy cả 2 bên, dùng ngón tay trỏ và ngón tay cái bóp nhẹ cánh mũi một lát máu có thể tự cầm.

- Dùng một miếng bông thấm thuốc co mạch như Ephedrin, antipyrin 20% nhét chặt vào hốc mũi

- Sau khi xử trí như trên, nếu thấy máu không tự cầm hoặc người bệnh có biểu hiện mất máu cấp phải chuyển ngay lên tuyến có chuyên khoa tai mũi họng để điều trị tiếp.

#### 4. Phòng bệnh

#### - Vệ sinh mũi hàng ngày, bỏ thói quen cậy dỉ mũi, ngoái mũi bằng vật cứng.

- Tích cực điều trị các nguyên nhân gây chảy máu mũi.

- Khi bị chảy máu mũi cần sơ cứu ở trạm y tế gần nhất, nếu không cầm máu cần chuyển đến chuyên khoa tai mũi họng để xử trí kịp thời.

#### 5.Chăm sóc

**5.1 Nhận định**

- Hỏi

+ Hoàn cảnh xảy ra chảy máu mũi: sau chấn thương hay tự nhiên?

+ Thấy máu chảy ra ngoài hay chảy xuống họng?

+ Tiền sử có mắc các bệnh như: cao huyết áp, xơ gan hoặc các bệnh về máu không?

+ Có hay bị chảy máu mũi không?

- Khám bệnh:

+ Khám toàn trạng người bệnh để phát hiện tình trạng mất máu cấp tính: như : kích thích vật vã, da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp tụt.

+ Quan sát mũi xem mức độ tổn thương? chảy máu ở lỗ mũi trước, hay lỗ mũi sau? Mức độ chảy nhiều hay ít? Có dị vật ở mũi không?

- Xét nghiệm:

+ Số lượng hồng cầu, tiểu cầu , nhóm máu, máu chảy, máu đông.

+ Huyết đồ, tủy đồ.

**5.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Chảy máu mũi do tổn thương các mao mạch, động mạch.

- Người bệnh lo lắng hoảng sợ chưa hiểu biết về bệnh.

- Nguy cơ nhiễm khuẩn tại chỗ và các vùng lân cận do máu đọng và sau khi nhét mét.

**5.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

- Chống chảy máu mũi.

 - Giảm nỗi lo lắng cho người bệnh.

- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn tại chỗ và các vùng lân cận .

**5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

- Chống chảy máu mũi.

+ Ấn ngón tay đè cánh mũi vào vách ngăn, nếu chảy cả 2 bên, dùng ngón tay trỏ và ngón tay cái bóp nhẹ cánh mũi một lát máu có thể tự cầm.

+ Dùng một miếng bông thấm thuốc co mạch như Ephedrin, Antipyrin 20% nhét chặt vào hốc mũi hoặc lá nhọ nồi, lá chuối non giã nhỏ để nhét vào hốc mũi.

+ Sau khi xử trí như trên, nếu thấy máu không tự cầm hoặc người bệnh có biểu hiện mất máu cấp phải chuyển ngay lên tuyến có chuyên khoa tai mũi họng để điều trị tiếp.

- Giảm nỗi lo lắng cho người bệnh.

+ Để người bệnh nằm đầu cao hoặc ngồi yên tĩnh, động viên để người bệnh không hốt hoảng, lo sợ.

+ Giải thích cho người bệnh hiểu rõ về bệnh của mình

+ Tích cực cầm máu tại chỗ và toàn thân.

+ Thực hiện y lệnh thuốc an thần.

- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn tại chỗ và các vùng lân cận.

+ Dùng thuốc theo y lệnh.

+ Sau khi rút bất phải nhỏ thuốc co mạch để tránh viêm và chống dính.

+ Theo dõi xem người bệnh có bị đau tai, đau nhức vùng xoang không vì cục máu đông đọng ở trong hố mũi gây tắc lỗ thông mũi xoang, tắc vòi nhĩ hoặc gây viêm nhiễm ở những vùng đó.

**5.5. Đánh giá**

- Người bệnh hiểu rõ bệnh mình và biết cách phòng tránh.

- Hết chảy máu mũi, người bệnh thở thông thoáng.

**BÀI 4: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN**

Thời gian: 3 giờ

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **- Kiến thức**1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng, nguyên tắc điều trị và các biện pháp phòng dị vật đường ăn (CĐR 2).2. Trình bày được cách lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh bị dị vật đường ăn (CĐR 2).**- Kỹ năng**3. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh dị vật đường ăn trên tình huống giả định (CĐR 3).**- Năng lực tự chủ và trách nhiệm**4. Có khả năng hoạt động độc lập; làm việc nhóm và nghiêm túc tuân thủ các biện pháp phòng bệnh trong quá trình chăm sóc người bệnh (CĐR 6,9).  |

**NỘI DUNG:**

**1.** **Đại cương, nguyên nhân**

**1.1. Đại cương**

- Dị vật đường ăn (dị vật đoạn thực quản) là cấp cứu hay gặp trong chuyên khoa Tai Mũi Họng, là một tai nạn, thực sự nguy hiểm tới tính mạng người bệnh và có tỷ lệ tử vong cao. Thường nhất là xương động vật (cá, gia  cầm, lợn...). Xương động vật ngày thứ hai trở đi đã có thể gây áp xe trung thất, xương nhọn có thể xuyên thủng động mạch lớn, đều là biến chứng nguy hiểm.

# 1.2. Vài nét về giải phẫu thực quản

Thực quản là một ống cơ niêm mạc, tiếp theo hầu ở cổ xuống đoạn ngực, chui qua lỗ thực quản của cơ hoành và nối với dạ dầy ở tâm vị. Trên thực tế nếu nuốt phải các vật lạ thì thường mắc lại ở 5 đoạn hẹp: Miệng thực quản, quai động mạch chủ, phế quản gốc trái, cơ hoành, tâm vị

**1.3. Nguyên nhân.**

- Do tập quán ăn uống: ăn các miếng thịt lẫn xương nhỏ dễ gây hóc khi ăn vội vàng, ăn không nhai kỹ, vừa ăn vừa nói chuyện đặc biệt chú ý với người già.

- Do thực quản co bóp bất thường: có những khối u bất thường trong hoặc ngoài thực quản làm thực quản hẹp lại, thức ăn sẽ mắc lại ở đoạn hẹp. Ví dụ: u trung thất đè vào thực quản, ung thư hoặc co thắt thực quản.

- Do các đoạn hẹp tự nhiên của thực quản: 5 đoạn hẹp tự nhiên chính là chỗ thức ăn hay mắc lại.

**2. Triệu chứng**

**2.1. Giai đoạn đầu**

Sau khi mắc dị vật, bệnh nhân hay có cảm giác vướng do dị vật, nuốt thức ăn hoặc nuốt nước bọt rất đau, thường không ăn được nữa mà phải bỏ dở bữa ăn và đau ngày càng tăng.

Nếu dị vật ở đoạn ngực, bệnh nhân sẽ đau sau xương ức, đau xiên ra sau lưng, lan  lên bả vai.

**2.2. Giai đoạn viêm nhiễm**

Dị vật gây ra xây sát niêm mạc thực quản hoặc thủng thành thực quản. Nếu dị vật là xương lẫn thịt thì nhiễm khuẩn càng nhanh. Sau 1-2 ngày, các triệu chứng nuốt đau, đau cổ, đau ngực tăng dần đến nỗi nước bệnh nhân cũng không nuốt được, ứ đọng nước bọt, đờm dãi, hơi thở hôi.

**Khám:**mất tiếng lọc cọc thanh quản, cột sống. Nếu có áp xe dưới niêm mạc, mủ sẽ tự vỡ, trôi xuống thực quản và dạ dầy rồi giảm dần. Nhưng thường gây ra viêm thành thực quản, triệu chứng nặng dần và gây ra biến chứng nặng.

**3.Giai đoạn biến chứng**

Dị vật là chất hữu cơ do đó rất gây viêm nhiễm do vi khuẩn.

**3.1.Viêm tấy quanh thực quản cổ.**

- Dị vật chọc thủng thành thực quản cổ gây viêm nhiễm thành thực quản  có khi viêm nhiễn lan toả, viêm mô liên kết lỏng lẻo xung quanh thực quản cổ.

-  Bệnh nhân sốt cao, thể trạng nhiễm khuẩn rõ rệt, toàn thân suy sụp, đau cổ, không ăn uống được, chảy nhiều nước dãi, hơi thở hôi, quay cổ khó khăn, một bên cổ sưng lên, máng cảnh đầy, ấn bệnh nhân rất đau có thể tràn khí dưới da.

-  Trên phim X- quang tư thế cổ nghiêng: thấy cột sống cổ mất chiều cong sinh lý bình thường, chiều dày của thực quản dầy lên rõ rệt, có hình túi mủ, có hình mức nước và mức hơi.

Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời viêm nhiễm và ổ mủ sẽ lan xuống trung thất, phổi làm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và chết trong tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

Bệnh không tự khỏi được.

**3.2.Viêm trung thất.**

-  Do áp xe viêm tấy từ cổ xuống.

- Do  do dị vật chọc thủng thành thực quản ngực gây viêm trung thất.

-  Có thể viêm trung thất toả lan toàn bộ trung thất hay viêm khu trú một phần trung thất (hoặc trung thất trước, hoặc trung thất sau).

-  Bệnh cảnh chung trong tình cảnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc: Bệnh nhân sốt cao hoặc nhiệt độ lại tụt xuống thấp hơn bình thường, có kèm theo đau ngực, khó thở, mạch nhanh và yếu, huyết áp hạ, tràn khí dưới da vùng cổ và ngực, gõ ngực có tiếng trong.

- Nước tiểu ít và màu đỏ, trong nước tiểu có albumin.

- Công thức máu: bạch cầu tăng cao.

- Chụp phim thấy trung thất giãn rộng, có hơi ở trung thất.

- Thường là bệnh nhân trong tình trạng rất nặng.

**3.3.Biến chứng mủ màng phổi**

-  Dị vật có thể đâm xuyên qua thành thực quản, thủng màng phổi gây viêm phế mạc mủ. Bệnh nhân có sốt, đau ngực, khó thở và có đủ các triệu chứng của tràn dịch màng phổi.

-  Chụp phim phổi thấy có dịch màng phổi, chọc dò thì có mủ. Một vài dị vật đặc biệt chọc qua thực quản vào khí quản hoặc phế quản gây rò thực quản - khí quản hoặc phế quản. Bệnh nhân mỗi lần nuốt nước hoặc thức ăn thì lại ho ra.

-  Chụp thực quản có uống thuốc cản quang, chúng ta thấy thuốc cản quang đi sang cả khí - phế quản.

**3.4.Thủng các mạch máu lớn**

Dị vật nhọn, sắc đâm thủng thành thực quản hoặc chọc trực tiếp vào các mạch máu lớn hoặc quá trình viêm hoại tử dẫn đến làm vỡ các mạch máu lớn như: động mạch cảnh trong, thân động mạch cánh tay đầu, quai động mạch chủ. Tai biến này thường xuất hiện sau khi hóc 4 - 5 ngày hoặc lâu hơn, hoặc xuất hiện ngay sau khi hóc. Dấu hiệu báo trước là khạc hoặc nôn ra ít máu đỏ tươi hoặc đột nhiên có chảy máu khủng khiếp: Bệnh nhân ộc ra máu, nuốt không kịp, phun ra máu đỏ tươi đằng mồm, sặc vào khí phế quản.

**4. Chẩn đoán.**

-  Dựa vào tiền sử có hóc.

-  Các triệu chứng cơ năng và thực thể.

-  Chụp Xquang: XQ tư thế cổ nghiêng có thể thấy dị vật, thấy thực quản bị viêm dày hoặc có ổ áp xe.

-  Nội soi là phương pháp điều trị và đểchẩn đoán xác định

**5. Hướng xử trí**

**5.1. Khám, chẩn đoán sớm**

 Dị vật chưa đâm xuyên thực quản thì soi gắp dị vật là biện pháp tốt nhất. Trước khi soi cần khám kỹ toàn thân bệnh nhân, hồi sức tốt, tiền mê và giảm đau chu đáo.

**5.2. Nếu viêm tấy quanh thực quản**

 Có áp xe thì phải mở cạnh cổ, dẫn lưu mủ ra ngoài, nếu dị vật lấy dễ thì lấy ngay. Nếu chưa thấy ở hố mổ, ta phải soi trực tiếp bằng đường tự nhiên để lấy dị vật sau.

**5.3. Áp xe trung thất**

 Mở trung thất dẫn lưu mủ, cho ăn  qua sonde.

**5.4. Viêm mủ màng phổi**

 Dẫn lưu màng phổi, bơm dung dịch kháng sinh.

**6. Phòng bệnh.**

-  Cần giáo dục trong cộng đồng cho mọi người biết là dị vật thực quản thực sự là một cấp cứu ngoại khoa, thực sự nguy hiểm tới tính mạng người bệnh và có tỷ lệ tử vong cao cần được khám và điều trị kịp thời.

-  Cần cải tiến tập quán ăn uống.

**7. Chăm sóc**

**7.1. Nhận định**

***7.1.1. Hỏi bệnh***

- Người bệnh hóc phải dị vật loại gì?

- Thời gian bao lâu? Đã can thiệp gì chưa? ( móc họng, khạc nhổ, chữa mẹo..)

 - Hiện tại có nuốt đau, nuốt vướng, nếu có chỉ vị trí.

- Có ăn uống được không?

- Có sốt, có khó thở, đau ngực hoặc khạc máu không?

***7.1.2. Thăm khám***

- Toàn thân: có tình trạng nhiễm trùng không?

- Nhìn quan sát tư thế có đi lom khom không, quay đầu, cổ có khó khăn. Cổ có sưng, da vùng cổ có nề đỏ không?

- Sờ: ấn xem có điểm đau chói ở vùng cổ không. Có hiện tượng tràn khí ở vùng góc hàm, cổ, ngực không. Dấu hiệu lọc cọc thanh quản - cột sống giảm hoặc mất.

- Đo nhiệt độ, huyết áp.

***7.1.3. Cận lâm sàng***

- Công thức máu, đông máu cơ bản, xét nghiệm nước tiểu.

- Xquang: chụp cổ tư thế thẳng, nghiêng. Một số trường hợp chụp cắt lớp vi tính cổ ngực.

**7.2. Chẩn đoán chăm sóc**

- Nguy cơ nhiễm khuẩn lan rộng vùng cổ, ngực liên quan tới bản chất dị vật và những can thiệp ban đầu.

- Nuốt đa, nuốt vướng liên quan đến dị vật mắ ở thực quản.

- Nguy cơ biến chứng do người bệnh xấu hổ muốn giấu bệnh và thiếu kiến thức về bệnh.

**7.3. Lập kế hoạch chăm sóc**

***7.3.1. Theo dõi***

- Tình trạng nhiễm trùng: sốt, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.

- Theo dõi toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng.

- Theo dõi người bệnh thực hiện hướng dẫn và tuân thủ điều trị.

- Theo dõi các biến chứng của bệnh.

***7.3.2.Thực hiện y lệnh.***

- Thực hiện nhanh chóng y lệnh cấp cứu người bệnh.

- Thực hiện y lệnh dùng thuốc, các xét nghiệm, chuẩn bị dụng cụ soi, phẫu thuật.

- Thưc hiện chăm sóc, theo dõi sau soi.

***7.3.3. Chăm sóc cơ bản***

- Chăm sóc ăn uống.

- Chế độ nghỉ ngơi.

**7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn

+ Những điều cần làm ngay:

Ngừng ăn và chuyển ngay đến chuyên khoa TMH để soi và gắp dị vật ra. Nếu dị vật lấy ra sớm sẽ hạn các biến chứng và khỏi nhanh chóng.

+ Những điều không nên làm.

Sau khi hóc không cố nuốt thêm nhiều cơm, rau nữa để tống dị vật xuống; điều này sẽ gây tắc nghẽn thêm, gây khó khăn cho việc soi gắp và viêm nhiễm.

Không móc họng hoặc dùng que cứng chọc họng để tống dị vật trôi xuống rất nguy hiểm sẽ gây thủng họng, thủng thực quản. Tuyệt đối không được chữa mẹo mà phải đến ngay cơ sở khám tai mũi họng.

* Hồi sức cho người bệnh:

+ Thực hiện y lện truyền dịch bổ xung nước, điện giải.

+ Thực hiện y lệnh: dùng kháng sinh, giảm viêm.

+ Theo dõi nhiệt độ, mạch, huyết áp.

- Lưu thông đường ăn, trợ giúp bác sỹ soi thực quản gắp dị vật.

**7.5. Đáng giá**

- Đường ăn được lưu thông, không có nguy cơ nhiễm trùng.

- Người bệnh ăn uống được bình thường.

- Không còn quan điểm sai lầm về bệnh.

**BÀI 5: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG TAI MŨI HỌNG**

Thời gian: 3 giờ

**MỤC TIÊU**

|  |
| --- |
| **- Kiến thức**1. Trình bày được triệu chứng của chấn thương Tai Mũi Họng (CĐR 2).2. Trình bày được các vấn đề cần chăm sóc cho người bệnh chấn thương Tai Mũi Họng (CĐR 2).**- Kỹ năng**3. Nhận định được các vấn đề cần chăm sóc người bệnh chấn thương Tai Mũi Họng trên tình huống giả định (CĐR 3).**- Năng lực tự chủ và trách nhiệm**4. Có khả năng hoạt động độc lập; làm việc nhóm và nghiêm túc tuân thủ các biện pháp phòng bệnh trong quá trình chăm sóc người bệnh (CĐR 6,9).  |

**NỘI DUNG:**

1. **Chấn thương mũi xoang**
	1. **Triệu chứng lâm sàng**
		1. ***Gãy xương chính mũi***
* Tháp mũi biến dạng
* Sờ có chỗ mất liên tục và đau nhói.
* Có dấu hiệu lạo xạo xương và có tràn khí dưới da.
* Vách ngăn thường vẹo sang một bên.

***1.1.2. Vỡ xương gò má***

* Mặt sưng nề, biến dạng, kết mạc mắt xung huyết.
* Bờ dưới ổ mắt mất liên tục, cung gò má mất liên tục, đôi khi có dấu hiệu tràn khí dưới da.
	1. **Cận lâm sàng**
* Chụp mũi nghiêng trong trường hợp nghi ngờ gãy xương chính mũi: xương chính mũi bị mất liên tục và di lệch.
* Chụp Blondeau và Hirtz thấy mất liên tục bờ dưới ổ mắt, thân xương gò má, cung Zygoma.
* Chụp CT scan nếu cần.
	1. **Các vấn đề cần chăm sóc**

- Đau liên quan đến gãy xương.

 - Nguy cơ chảy máu liên quan gãy xương.

- Nguy cơ giảm hay mất thị lực liên quan gãy xương.

 - Nguy cơ di lệch khớp cắn liên quan đến gãy xương gò má.

1. **Chấn thương thanh quản**
	1. **Triệu chứng lâm sàng**
* Khàn tiếng, nói không ra tiếng.
* Tràn khí vùng cổ, vùng trước cổ xưng và có điểm đau cố định.
* Khó nuốt, nuốt đau.
* Khạc ra máu, ho từng cơn, bọt và máu trào ra qua vết thương.
* Khó thở, có dấu hiệu mất máu, choáng.
* Soi thấy niêm mạc thanh quản phù nề, bầm tím, thanh môn hẹp, máu chảy từ thanh quản xuống khí quản, dây thanh cố định.

**2.2. Thể lâm sàng**

* Chấn thương thanh quản kín.
* Chấn thương thanh quản hở: thường nặng, đi kèm các tổn thương khí. quản, mạch máu, tuyến giáp.

**2.3. Cận lâm sàng**

* Chụp Xquang:

Cổ nghiêng:có hình ảnh tràn khí dưới da vùng cổ, vỡ sụn giáp.

 Phổi thẳng: tràn khí trung thất.

**2.4.Các vấn đề cần chăm sóc**

- Khó thở liên quan đến chấn thương.

 - Nuốt đau, nuốt khó liên quan đến chấn thương.

- Khàn tiếng liên quan đến chấn thương.

1. **Chấn thương tai**
	1. **Chấn thương tai ngoài**
* Tụ máu vành tai thường ở 1/3 trên mặt trước vành tai.
* Vành tai có thể bị rách da, dập nát hoặc đức lìa.
* Trầy xước ống tai, thường ở thành sau dưới.
* Ống tai ngoài bị hẹp, há miệng đau.
* Chảy máu ống tai.
	1. **Chấn thương tai giữa**
* Đau nhức trong tai, cảm giác ù tai, nghe kém, có thể có chảy máu tai.
* Soi tai màng nhĩ bị thủng, sung huyết.
* Thính lực đồ: điếc dẫn truyền.
	1. **Các vấn đề cần chăm sóc**
* Đau tai liên quan đến chấn thương.
* Ù tai liên quan đến chấn thương.
* Chảy máu tai liên quan đến rách vành tai, ống tai hay rách màng nhĩ.
* Nghe kém liên quan đến thủng màng nhĩ, máu đọng trong tai, chấn thương xương con.

**Tài liệu tham khảo:**

1. Võ Tấn (1979), Tai mũi họng thực hành, Nhà xuất bản y học.

2. Ngô Ngọc Liễn PGS.(2001), Giản yếu Tai mũi họng, Nhà xuất bản y học.

3. Phạm Thị Kim Dung và cộng sự (2007), Điều dưỡng chuyên khoa hệ ngoại , Nhà xuất bản giáo dục.

4. Giáo trình Bệnh chuyên khoa (Tài liệu lưu hành nội bộ).

5. Nguyễn Quốc Anh, Mai Trọng Nghĩa (2016), Một số kỹ thuật thực hành chăm sóc người bệnh theo chuyên khoa, Nhà xuất bản giáo dục.