

TẦM QUAN TRỌNG CỦA PHỐI HỢP CHĂM SÓC ĐIỀU TRỊ – VÍ DỤ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Trần Thị Hoa Vi
Võ Thành Liêm

1. Mục tiêu bài giảng

- Hiểu được tầm quan trọng của phối hợp trong điều trị, trong đó bác sĩ gia đình đóng vai trò là người điều phối, người bảo vệ quyền lợi của bệnh nhân.

2. Tình huống lâm sàng

2.1. Tình huống

Bệnh nhân nữ, 71 tuổi, vừa xuất viện vì cắt đoạn ngón cái bàn chân (T) do biến chứng nhiễm trùng bàn chân đái tháo đường. Bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh tĩnh mạch 5 ngày tại bệnh viện kèm insulin để ổn định đường huyết, hiện tại vết cắt đang tiến triển lành tốt, và đường huyết cũng đã ổn định nên bác sĩ cho bệnh nhân xuất viện, dặn dò thay băng vết thương hằng ngày và điều trị thuốc theo toa, tái khám bác sĩ gia đình.

Toa thuốc điều trị:

- Mixtard 30 Flexpen 100UI/ml 1 lọ
Ngày tiêm 2 lần, sáng 15 đv chiều 10 đv trước ăn 30 phút
- Metformin 1g 5 viên
Ngày uống 1 lần, lần 1 viên chiều ngay sau ăn
- Augmentin 1g 10 viên
Ngày uống 2 lần, lần 1 viên
- Flagyl 0,5g 10 viên
Ngày uống 2 lần, lần 1 viên

Khai thác tiền sử ghi nhận bệnh nhân bị đái tháo đường típ 2 khoảng 5 năm nay, điều trị không thường xuyên, bệnh nhân đã từng bị hôn mê hạ đường huyết phải nhập viện cách nay 3 tháng. Chồng mất cách đây 3 năm.

Về chế độ ăn: bệnh nhân thường xuyên ăn uống không đúng giờ, thích ăn ngọt. Do ở nhà chung cư tầng 3 nên bệnh nhân thường ít đi ra ngoài tập thể dục, dạo chơi. Bệnh nhân đang sống chung với vợ chồng người con trai út, có 1 cháu trai 4 tuổi đang học lớp chồi. Cả hai vợ chồng con trai út thường đi làm từ sáng đến chiều mới về lo cơm nước cho Mẹ. Buổi sáng và buổi trưa có lúc nấu sẵn lúc không. Các Cô con gái thỉnh thoảng đến chơi và mua thức ăn rửa sẵn để tủ lạnh khi nào không có đồ ăn thì Mẹ tự nấu. Gần đây, vợ chồng người con trai út thường xuyên gây gỗ khiến không khí trong gia đình căng thẳng, bệnh nhân thường xuyên mất ngủ. Điều kiện sống trong gia đình không thiếu thốn, bệnh nhân cũng có khoản tiền riêng khi cần chi tiêu.

2.2. Câu hỏi gợi ý tình huống

Với vai trò là bác sĩ gia đình của bệnh nhân, bạn sẽ lên kế hoạch phối hợp chăm sóc điều trị bệnh nhân này như thế nào?

2.3. Tóm tắt – phân tích tình huống

THÔNG TIN Y KHOA - BN nữ, 71 tuổi - Cắt đoạn ngón cái bàn chân (T) - ĐTĐ típ 2 khoảng 5 năm - Hôn mê do hạ đường huyết cách đây 3 tháng	ĐIỀU TRỊ - Mixtard 30 Flexpen 100UI/ml: S: 15đv – C: 10đv trước ăn 30 phút - Metformin 1g: 1 viên chiều ngay sau ăn - Augmentin 1g x 2 lần ngay sau ăn - Flagyl 0,5g x 2 lần
TRẢI NGHIỆM CỦA BỆNH NHÂN - Điều trị không thường xuyên - Có thể tự nấu ăn - Có tiền đề tự chi tiêu - Thường xuyên mất ngủ	MÔI TRƯỜNG - Nhà ở chung cư tầng 3 - Chồng mất 3 năm - Sống chung vợ chồng con trai út và 1 cháu trai 4 tuổi - Ban ngày: ở nhà một mình - Tự nấu ăn (khi có thức ăn trong tủ lạnh) - Gia đình khá giả - Gần đây, gia đình con trai thường xuyên gây gổ → không khí căng thẳng
THÓI QUEN - Thường xuyên ăn uống không đúng giờ - Thích ăn ngọt - Ít tập thể dục, dạo chơi	VẤN ĐỀ CẦN GIẢI QUYẾT ???????????????????? ????????????????????

Từ bản tóm tắt trên, bác sĩ gia đình có thể thấy rõ được các vấn đề cần can thiệp trên bệnh nhân này, và cần sự phối hợp trong chăm sóc điều trị ở phần nào.

Các vấn đề cần giải quyết trên bệnh nhân bao gồm:

- Duy trì đường huyết ổn định
- Chăm sóc vết thương hàng ngày
- Tiêm thuốc insulin đúng liều, đúng cách
- Cải thiện các thói quen CHƯA tốt cho sức khỏe
- Phát triển khả năng tự chăm sóc của bệnh nhân
- Cung cấp dịch vụ hỗ trợ trong chăm sóc (gia đình, nhóm cùng bệnh, chuyên gia dinh dưỡng, điều dưỡng)
- Phối hợp tìm giải pháp giảm căng thẳng cho bệnh nhân

Vấn đề duy trì đường huyết ổn định sẽ đạt được kết quả tốt khi tất cả các vấn đề phía sau được giải quyết.

Đầu tiên là việc “chăm sóc vết thương hàng ngày”, ở đây không dùng từ “thay băng vết thương” vì cụm từ này cho thấy công việc rất đơn giản chỉ là thay băng, không có sự quan tâm, chăm sóc cũng như hướng dẫn cho người thân hay bản thân bệnh nhân

nhận biết những hành vi nguy cơ không tốt cho việc mau lành vết thương và phòng tránh vết thương tái diễn. Công việc này nếu có được điều dưỡng cùng tham gia trong ê kíp điều trị, họ sẽ có đủ thời gian tiếp xúc và hướng dẫn cho bệnh nhân tốt hơn.

Về vấn đề tiêm thuốc insulin đúng liều, đúng cách, bệnh nhân tuy còn có khả năng tự chăm sóc nhưng có thể chưa quen với việc tiêm insulin trong thời gian đầu, nên cần có sự hỗ trợ của điều dưỡng, tùy theo đánh giá khả năng tự chăm sóc của bệnh nhân mà có thể hướng dẫn bệnh nhân tự chích thuốc hoặc lên kế hoạch cụ thể cho người thân, ai là người có thể chăm sóc trực tiếp cho bệnh nhân (con trai út hay con gái đến chăm sóc hàng ngày) và hướng dẫn cụ thể cho người này.

Vấn đề cải thiện những thói quen CHƯA tốt cho sức khỏe (ăn ngọt, ăn uống không đúng giờ, ít vận động) cũng như vấn đề phát triển khả năng tự chăm sóc của bệnh nhân, ngoài việc tư vấn trực tiếp cho cá nhân bệnh nhân và người trực tiếp chăm sóc, thì vẫn cần có những chương trình can thiệp củng cố và khuyến khích họ tham gia để họ có được các kỹ năng tự chăm sóc, cách tự điều chỉnh thuốc uống và liều dùng insulin an toàn khi cần thiết.

Bác sĩ gia đình đóng vai trò điều phối, cung cấp các dịch vụ hỗ trợ chăm sóc cho bệnh nhân, ngoài việc phối hợp với điều dưỡng, còn có thể phối hợp với chuyên gia dinh dưỡng tư vấn khẩu phần ăn hợp lý, phối hợp với bác sĩ chuyên khoa trong việc theo dõi điều trị biến chứng của bệnh, phối hợp với người thân, tổ chức đoàn thể tại địa phương tìm giải pháp giảm lo lắng, căng thẳng cho bệnh nhân.

3. Tóm tắt

Trong chăm sóc bệnh lý mạn tính, việc tham gia cộng tác giữa các nhân viên y tế trực thuộc các lĩnh vực khác nhau trong điều trị bệnh nhân là cần thiết. Trong đó, chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường là một ví dụ điển hình. Tỷ lệ hiện mắc của bệnh đái tháo đường, đặc biệt là típ 2, đang ngày càng tăng cao trong cộng đồng. Điều này gây áp lực nhất định lên hệ thống y tế và ngân sách dành cho ngành y tế. Do vậy, nhu cầu đặt ra là cải thiện chất lượng chăm sóc – điều trị. Việc này được thực hiện thông qua việc vận dụng hiệu quả các nguồn lực hiện có, sử dụng chức năng chăm sóc ban đầu mà trong đó người bác sĩ gia đình được xem là nhân tố điều phối các mối liên hệ xung quanh bệnh nhân. Các nhân viên y tế – xã hội – gia đình sẽ trở thành nhóm làm việc, đảm trách chăm sóc – điều trị, đáp ứng các nhu cầu khác nhau của bệnh nhân: chế độ dinh dưỡng, theo dõi điều trị, phòng ngừa các yếu tố nguy cơ, tái thích nghi cuộc sống...

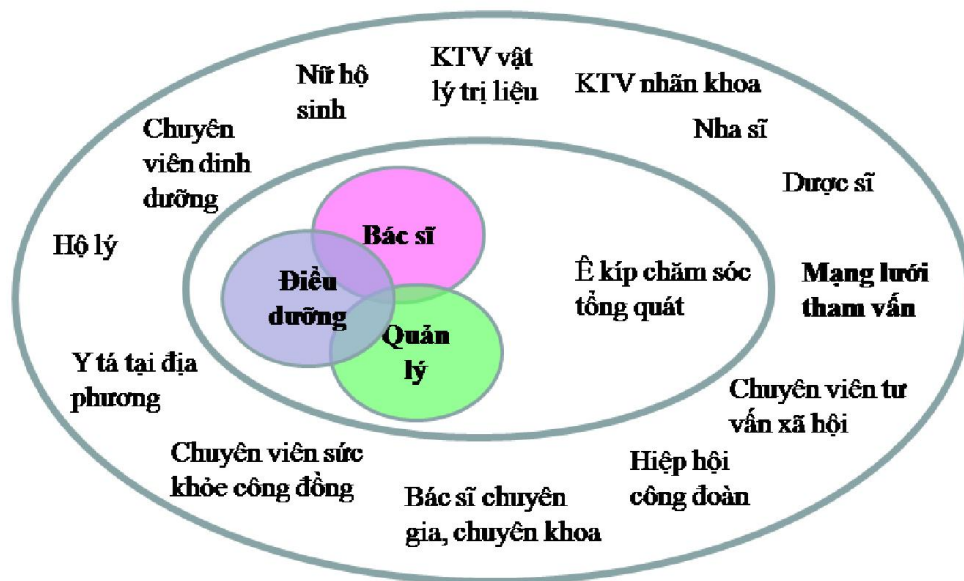
4. Mô hình tiếp cận tổng thể

Hiện nay cơ cấu dân số của Việt Nam đang chuyển dần từ mô hình dân số trẻ sang mô hình dân số già, cơ cấu bệnh tật từ mô hình bệnh nhiễm sang mô hình bệnh mạn tính (chuyển tiếp mô hình dịch tễ học). Trong đó, người lớn tuổi ngày càng chiếm tỷ lệ cao trong dân số. Hiện thể hệ sinh sau chiến tranh đã bước vào độ tuổi 35-40. Dự báo trong tương lai gần 20-25 năm nữa, Việt Nam sẽ chứng kiến hiện tượng “Daddy Boom” như các nước phát triển hiện đang đối mặt.

Song song với tình trạng già hóa của dân số là việc gia tăng các bệnh mạn tính mà bệnh đái tháo đường là một ví dụ. Hầu hết mọi người đều đồng ý rằng chính bệnh nhân là người giữ vai trò quyết định trong việc theo dõi và điều trị cho chính sức khỏe của bản thân họ. Việc điều trị không chỉ khu trú ở khía cạnh kiểm soát đường huyết đơn thuần bằng thuốc, ngoài ra cần đồng thời thực hiện chế độ ăn kiêng phù hợp, xây dựng lối sống

tích cực, không chế các yếu tố nguy cơ các bệnh phối hợp, dự phòng biến chứng. Có thể nói, các nhu cầu này không chỉ giới hạn trong lĩnh vực y khoa đơn thuần mà còn mở rộng đối với nhu cầu tình cảm – xã hội. Để thực hiện các tốt các khía cạnh trên, người bệnh cần có sự hỗ trợ, sử dụng các kỹ năng chuyên môn khác nhau.

Trong thực tế, không ai có thể làm tốt trong tất cả các lĩnh vực cùng một thời điểm. Ví dụ bác sĩ sẽ giỏi trong lĩnh vực điều trị bệnh lý, trong khi điều dưỡng lại làm việc rất tốt trong việc chăm sóc, theo dõi các vấn đề sức khỏe thông thường, có thể hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hằng ngày. Do vậy, để thực hiện tốt việc chăm sóc bệnh nhân một cách toàn diện các khía cạnh thể chất – tinh thần và xã hội, nhu cầu cần phải có ê kíp các chuyên ngành khác nhau cùng thực hiện việc chăm sóc cho bệnh nhân. Trong y học gia đình, việc phối hợp các chuyên ngành khác nhau cùng trong một ê kíp điều trị, trong đó vai trò của bác sĩ gia đình như nhà điều phối (vì là đại diện quyền lợi cho bệnh nhân) được thể hiện trong chức năng chăm sóc ban đầu (Primary Care Management).



Mô hình của êkíp chăm sóc sức khỏe của tương lai, được hỗ trợ xung quanh với các dịch vụ cung cấp với mạng lưới chuyên gia trong cộng đồng (nguồn từ Royal College of General Practitioners 1996)

Đối với bệnh đái tháo đường típ 2, bên cạnh việc tuân thủ phác đồ điều trị thuốc, bệnh nhân có nhu cầu điều chỉnh chế độ dinh dưỡng phù hợp. Tuy nhiên, thông thường cả bác sĩ gia đình và bác sĩ chuyên khoa không có đủ thời gian, kiến thức, kỹ năng, kinh nghiệm để giúp đỡ cho từng cá nhân bệnh nhân. Hơn nữa việc thay đổi thói quen ăn uống, khẩu phần ăn uống mới cần có thời gian theo dõi hướng dẫn bởi nhân viên y tế mà bác sĩ thường không thể thực hiện được. Vì các lý do đó, người bệnh thường không được hướng dẫn đầy đủ, đưa đến việc chế độ dinh dưỡng không được thực hiện nghiêm túc. Kết quả là việc điều trị thuốc không phát huy hết tác dụng, người bệnh có nguy cơ cao diễn tiến nặng, có biến chứng. Trong trường hợp này, việc tham gia của chuyên viên dinh dưỡng có vai trò quan trọng, góp phần vào khả năng thành công của điều trị. Chuyên viên

đinh dưỡng sẽ có nhiều thời gian hơn để hiểu bệnh nhân, đưa ra lời khuyên phù hợp hơn, từ đó đạt được kết quả tốt hơn trong thay đổi hành vi bệnh nhân.

Trong ví dụ khác về vai trò của chăm sóc điều dưỡng như trường hợp biến chứng bàn chân đái tháo đường, người bệnh có nhu cầu chăm sóc lâu dài tại nhà. Các kỹ thuật chăm sóc vết thương tuy không quá phức tạp, tuy nhiên nó đòi hỏi sự theo dõi – chăm sóc lâu dài, người thực hiện cũng cần có một số kiến thức chuyên biệt về y khoa do đó đòi hỏi phải được huấn luyện cụ thể. Tuy nhiên, bác sĩ thường không có thời gian với bệnh nhân hoặc thân nhân để thực hiện tốt phần việc này. Nếu có được điều dưỡng cùng tham gia trong ê kíp điều trị, họ sẽ có đủ thời gian tiếp xúc và hướng dẫn cho bệnh nhân về kỹ thuật, và họ hoàn toàn có đủ kinh nghiệm để hoàn thành tốt công việc này.

Để các chuyên viên phối hợp một cách nhịp nhàng, tránh trùng lặp và đạt hiệu quả mong muốn, ê kíp điều trị cần có một người giữ vai trò “điều phối”. Người điều phối sẽ cân nhắc, đánh giá nhu cầu sức khỏe bệnh nhân và đề ra kế hoạch can thiệp phù hợp. Tại các nước có mô hình y tế phát triển, vai trò “điều phối” này thường do bác sĩ gia đình – bác sĩ tổng quát đảm nhiệm. Các thành viên khác của ê kíp điều trị sẽ được phân đảm trách công việc chuyên biệt một khi bệnh nhân có yêu cầu. Để minh họa cho vai trò “điều phối”, xin giới thiệu hình ảnh mạng lưới tuyến ban đầu trong cấu trúc mạng lưới y tế địa phương. Bác sĩ gia đình – bác sĩ tổng quát trực tiếp làm việc tại “tuyến y tế ban đầu”, sử dụng các nguồn lực y tế để phục vụ bệnh nhân. Đặc tính này có được do bác sĩ gia đình thường là điểm tiếp xúc đầu tiên giữa người bệnh và hệ thống y tế. Với mối quan hệ bệnh nhân – bác sĩ được củng cố theo thời gian, trong đa phần trường hợp, bác sĩ gia đình sẽ giữ vai trò như người bảo vệ quyền lợi chính đáng của bệnh nhân được hưởng các dịch vụ y tế có chất lượng cao nhất trong điều kiện có thể.

Tùy theo đặc thù của từng nước mà mô hình hoạt động ê kíp điều trị có thể nằm trong một tổ chức y tế nhất định hoặc là tự do không trực thuộc một đơn vị (hay còn gọi là mô hình cố định hoặc không cố định). Nhất là tại các nước phát triển (Anh, Mỹ, Bỉ, ...), mô hình ê kíp được thể hiện bằng hợp đồng làm việc cụ thể với các ràng buộc nhất định về thời gian, công việc, chế độ bồi dưỡng. Tại một số nước khác, mô hình ê kíp đôi khi không rõ ràng. Các ê kíp chăm sóc này chỉ được hình thành vào thời điểm xuất hiện nhu cầu sức khỏe cụ thể. Với mô hình này, các thành viên trong nhóm điều trị liên đới với nhau thông qua lợi ích điều trị của bệnh nhân. Tuy nhiên họ không bị ràng buộc bởi qui định cụ thể. Ví dụ cụ thể: sau khi khám bệnh nhân đái tháo đường, bác sĩ gia đình có thể nhờ phòng xét nghiệm tư đến nhà lấy mẫu máu kiểm tra đường huyết; có thể nhờ điều dưỡng tư nhân đến chăm sóc các vết thương nhiễm trùng vùng chân tại nhà; có thể gọi bệnh nhân đến khám chuyên khoa sâu về bệnh lý nội khoa phối hợp tại một bệnh viện bất kỳ. Các hoạt động trên có thể diễn ra độc lập, không phụ thuộc lẫn nhau. Do vậy, các nhân viên y tế có thể không biết các thành viên khác đang cùng chăm sóc bệnh nhân.

5. Làm việc theo ê kíp trong giáo dục sức khỏe



Như đã trình bày ở phần trên, bệnh nhân mạn tính cần được chăm sóc toàn diện. Trong đó nhu cầu tư vấn giáo dục về sức khỏe cần được đáp ứng đầy đủ và phù hợp. Nhu cầu này thường khác nhau và chuyên biệt cho từng bệnh nhân. Do vậy, cách tiếp cận phải linh hoạt và phù hợp. Ví dụ đối với bệnh đái tháo đường phụ thuộc insulin và bệnh đái tháo đường típ 2 giai đoạn nặng, việc tuân thủ phác đồ điều trị, chế độ ăn uống và kiểm soát tốt đường huyết là cực kỳ quan trọng. Trong khi đối với bệnh đái tháo đường típ 2 giai đoạn sớm, nội dung giáo dục sức khỏe có khuynh hướng thiên về điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, tái hòa nhập cuộc sống.

Bên cạnh đó, phương pháp tiếp cận cũng cần phải phù hợp với từng nhóm đối tượng sao cho đạt hiệu quả cao nhất. Các đợt giáo dục sức khỏe có thể được tổ chức cho từng cá nhân, hoặc cho nhóm những người có cùng nhu cầu tương tự.

Đối với cá nhân, thông thường chúng ta sử dụng hình thức tư vấn trực tiếp. Các nhân viên y tế tham gia điều trị sẽ truyền đạt các thông tin ở khía cạnh khác trên cùng bệnh lý. Ví dụ như mỗi lần khám bệnh là dịp để bác sĩ có thể giải đáp thắc mắc, củng cố phác đồ đang sử dụng hiệu quả; điều dưỡng giải thích cách thức thay băng vết thương, chuyên viên dinh dưỡng hướng dẫn cách thức lựa chọn và chuẩn bị thức ăn phù hợp cho bệnh nhân đái tháo đường. Nếu được tổ chức tốt, các nhân viên y tế có thể phối hợp nhịp nhàng với nhau. Thông tin giáo dục sức khỏe sẽ không trùng lặp, không mâu thuẫn.

6. Can thiệp củng cố (stabilization programs)

Cũng như những bệnh mạn tính khác, quá trình điều trị bệnh đái tháo đường không đóng khung trong khuôn khổ của phòng khám hoặc bệnh viện. Bệnh nhân sẽ quay về với cuộc sống của họ với phác đồ điều trị cần tuân thủ suốt đời. Vấn đề đặt ra là làm sao bệnh nhân có thể tuân thủ đúng phác đồ điều trị, thực hiện được các thủ thuật tự chăm sóc, tự theo dõi. Để làm tốt việc này, bệnh nhân cần được hỗ trợ bởi những chương trình

can thiệp củng cố, trong đó các vấn đề nêu trên sẽ được đề cập và hướng dẫn cho bệnh nhân.

Tại các nước phát triển, khoa nội tiết - đái tháo đường ở các trung tâm – bệnh viện thực hiện chương trình can thiệp củng cố nội trú bắt buộc dành cho bệnh nhân mới bắt đầu chuyển sang điều trị insulin hoặc tái ổn định phác đồ insulin không hiệu quả trước đó. Đối với chăm sóc ngoại trú, bệnh nhân có nhu cầu được giới thiệu tham gia chương trình can thiệp củng cố được thực hiện bởi bác sĩ gia đình, bác sĩ chuyên khoa. Các chương trình này có thể kéo dài 2-3 tuần hoặc lâu hơn tùy theo từng địa phương. Tại một số bệnh viện của thành phố Hồ Chí Minh, hiện có một số câu lạc bộ bệnh nhân bệnh đái tháo đường đang hoạt động. Các câu lạc bộ được các bác sĩ chuyên khoa nội tiết hướng dẫn và được hỗ trợ một phần kinh phí và trang thiết bị bởi các hãng dược phẩm. Định kỳ, các thành viên tham gia nhóm sẽ gặp nhau, cùng chia sẻ những kinh nghiệm cá nhân trong việc quản lý – theo dõi – chăm sóc sức khỏe của cá nhân.

Để thực hiện tốt chương trình can thiệp củng cố, mối quan hệ gần gũi giữa bệnh nhân, bác sĩ điều trị, chuyên viên giáo dục sức khỏe và chuyên viên dinh dưỡng là rất quan trọng. Đây là cơ hội lý tưởng cho bệnh nhân học tập nhiều hơn về các kỹ năng tự chăm sóc bản thân, bao gồm cách tự điều chỉnh liều dùng insulin an toàn khi cần thiết. Đối với bác sĩ gia đình, người sẽ theo dõi bệnh nhân lâu dài, sự trao đổi thông tin qua lại với bệnh nhân trong suốt quá trình tham gia chương trình điều trị củng cố rất cần thiết. Bên cạnh đó, bác sĩ gia đình cũng cần tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa nội tiết để đánh giá đúng chế độ dùng insulin thích hợp nhất cho bệnh nhân (ví dụ có thể dùng phụ thêm một liều insulin vào ban đêm trên các bệnh nhân đái tháo đường típ 2 béo phì đang dùng phác đồ thuốc uống). Ngược lại, bác sĩ gia đình có thể cung cấp cho bác sĩ chuyên khoa các thông tin về chế độ dinh dưỡng, môi trường sống, thói quen của bệnh nhân giúp hiệu chỉnh phác đồ điều trị phù hợp.

Mặc dù chương trình can thiệp củng cố thường được tổ chức bởi bệnh viện, phòng khám đa khoa, các tổ chức xã hội. Tuy vậy, sự tham gia của bác sĩ gia đình một cách gián tiếp là cần thiết. Vì bác sĩ gia đình sẽ là người phụ trách hỗ trợ bệnh nhân lâu dài ngay cả khi chương trình can thiệp củng cố kết thúc. Bên cạnh đó, chính bác sĩ gia đình là người thống nhất thông tin truyền đạt bởi các nguồn khác nhau, tránh trường hợp gây hiểu lầm từ phía bệnh nhân.

7. Chăm sóc, cấp cứu:

Tại các nước phát triển, các trung tâm, các bệnh viện lớn đều có thiết lập đường dây tư vấn chuyên môn cho bác sĩ gia đình nhằm giải đáp kịp thời các thắc mắc chuyên môn chuyên sâu. Điều này cũng không ngoại lệ đối với bệnh lý đái tháo đường. Ví dụ cụ thể đối với trường hợp cần thay đổi phác đồ dùng insulin trên bệnh nhân có nhiễm trùng, hoặc đối với bệnh nhân cần thực hiện một xét nghiệm xâm lấn trong tình trạng đường huyết không ổn định. Thường các tình huống phức tạp này, bác sĩ gia đình cần có các ý kiến tham vấn sâu, kinh nghiệm chuyên khoa. Thông tin tham vấn này không chỉ có ở bệnh viện chuyên khoa mà còn có thể tham vấn ở các đơn vị khác (trung tâm dinh dưỡng, trung tâm xã hội), không chỉ một chiều mà đa chiều (nhiều nhân viên y tế khác nhau cùng tham gia điều trị bệnh nhân).

Ví dụ: trường hợp bệnh nhân đái tháo đường đang dùng thuốc nhóm metformine vừa mắc bệnh viêm phổi, diễn tiến đường huyết không ổn định. Bác sĩ gia đình có thể tham vấn ý kiến bác sĩ chuyên khoa để tạm thời chuyển sang dùng insulin tại nhà, có thể

tham khảo ý kiến chuyên viên dinh dưỡng về chế độ ăn phù hợp, có thể nhờ điều dưỡng hỗ trợ hướng dẫn bệnh nhân sử dụng kim tiêm và lấy thuốc đúng liều, ...

Sự phối hợp càng cụ thể đối với các tình huống cấp cứu. Bác sĩ gia đình cần nắm số điện thoại cấp cứu, đường dây nóng của bệnh viện, chuyên gia (hoạt động 24/24h) nhằm giúp bệnh nhân được kịp thời.

8. Tham gia của cộng đồng

Một số trường hợp bệnh nhân lớn tuổi, quá yếu hoặc gặp khó khăn khi di chuyển, họ không thể tham gia một buổi sinh hoạt về đái tháo đường. Nếu được tổ chức tốt, chúng ta có thể cung cấp thông tin về cách thức tự chăm sóc đến từng bệnh nhân ngay tại nhà. Để thực hiện được điều này, đòi hỏi phải có sự liên lạc và tổ chức tốt giữa bác sĩ gia đình, chuyên viên giáo dục, dinh dưỡng và sự quan tâm của cả các tổ chức đoàn thể tại địa phương nhằm giải quyết các vấn đề cho bệnh nhân theo cách hiệu quả nhất có thể.

9. Kết luận

Tóm lại, đối với các bệnh nhân đái tháo đường típ 2 chưa có biến chứng, đội ngũ gồm bác sĩ gia đình, bác sĩ chuyên khoa, chuyên viên giáo dục dinh dưỡng và bệnh nhân nên sớm tham gia vào tiến trình điều trị để đảm bảo cho việc điều trị được tối ưu, cung cấp cho bệnh nhân những kiến thức cần thiết để tránh được các biến chứng ngắn hạn và dài hạn của bệnh. Một khi bệnh đã ổn định và bệnh nhân tuân thủ tốt, các đợt điều trị hỗ trợ có thể được giãn thưa ra. Trong nhiều trường hợp, việc chăm sóc có thể chỉ thực hiện một cách đơn giản bằng điều dưỡng với bệnh nhân.

Tuy nhiên, trong điều kiện lý tưởng, tốt nhất là toàn ê kíp chăm sóc cần tham gia vào trong suốt tiến trình điều trị để cập nhật kiến thức, thực hiện thay đổi trong điều trị (ví dụ: ổn định cách dùng insulin) hoặc để phát hiện, phòng ngừa hoặc điều trị các biến chứng có thể có. Do vậy, sự phối hợp trong ê kíp nhân viên y tế là rất cần thiết. Việc điều trị thành công còn tùy thuộc vào nỗ lực của chính bản thân bệnh nhân, và khả năng thay đổi lối sống, điều này đôi khi rất khó thực hiện ngay cả trong điều kiện tốt nhất, và càng khó hơn nếu bệnh nhân nhận các thông tin không đồng nhất, trái chiều từ các nhân viên y tế của ê kíp chăm sóc.