Trường Đại học Quốc tế Miền Đông

Khoa Điều dưỡng

**KẾ HOẠCH CHĂM SÓC**

**NHÓM:**

**Tháng /2014**

**PHẦN I: THU THẬP DỮ KIỆN**

1. Hành chánh:

Họ tên bệnh nhân: NGUYỄN VĂN ÚT Tuổi: 1961 ( 54 Tuổi ) Phái: Nam

Nghề nghiệp: Công nhân

Địa chỉ: Phường Lai Hưng, huyện Bàu Bàng, tỉnh Bình Dương

Ngày vào viện: 12/06/2015 Ngày ra viện :

2. Lý do nhập viện: Gầy sút

3. Chẩn đoán:

\* Ban đầu: Đang theo dõi đái tháo đường, suy kiệt, suy gan

\* Các khoa (nếu có): Khoa nội

\* Hiện tại: đái tháo đường , suy kiệt, theo dõi viêm gan mạn tính.

4. Bệnh sử: tiền sử bệnh trước khi NB nhập viện (SV xem hồ sơ bệnh án + hỏi NB):

Cách 2 -3 tháng trước khi vào viện bệnh nhân đã uống nhiều nước ngọt , tiểu nhiều và nước tiểu không có kiến. Sụt cân nhiều nhận thấy rõ trước đó ,bệnh nhân có cân nặng 61kg giảm mất 22kg và hiện tại còn 39kg, mặc dù ăn ngày 2 bữa cơm, mỗi bữa 2 chén. Bệnh nhân có vết thương bị phù lâu lành , sau đó vết thương lành hết. Nghi ngờ bị tiểu đường và đến khám ở bệnh viện Mỹ Phước . Trước đó bệnh nhân không có dị ứng với thuốc hay thức ăn gì.

5. Tiền căn:

\* Cá nhân: Viêm dạ dày

\* Gia đình: Chưa phát hiện bệnh lý liên quan.

6. Tình trạng hiện tại: 8:00a.m ngày 29/06/2015

\*Tổng trạng :

- Ngoại hình: gầy

- Tri giác: tỉnh táo, tiếp xúc tốt

- Màu sắc da, niêm: hồng

- DSH:

+ Huyết áp: mmHg

+ Mạch :lần/phút

+ Nhịp thở : lần/phút

+ Nhiệt độ : 37 độ C

- Cân nặng: 39kg

- Chiều cao: 170cm

BMI: 13.5=> gầy độ 3 ( theo WHO- 2000 chỉ số BMI <16.00)

\*Thăm khám bụng:

Nhìn: da niêm hồng hào, không có vết thương vùng bụng

Gõ: bình thường

Sờ: bụng mềm, ấn đau khu trú vùng thượng vị, thành bụng không phản ứng, dấu đổ đầy mao mạch < 2s, dấu véo da âm tính

\*Bệnh lý:

* Tuần hoàn: không đau ngực, tim đều, không nghe thấy tiếng tim bất thường.
* Thần kinh: không có dấu thần kinh khu trú.
* Hô hấp: không ho, không âm phổi , phổi không nghe val
* Tiêu hóa : đau thượng vị, bụng mềm, ấn bụng không đau.gan lách không to, vàng mắt, tiểu vàng đậm và đi tiểu nhiều lần .
* Thận-Tiết niệu-sinh dục: Nước tiểu vàng đậm, đi phân bón
* Dinh dưỡng:

-Ăn,uống: Ăn một chén cơm, rau nhiều ngoài ra không ăn thêm trái cây, rau củ.

* Bài tiết: không tự chủ

-Tiểu: , nước tiểu màu vàng đậm

-Tiêu: đi phân bón

* Ngủ:

- Ngủ nhưng không có giấc ngủ ngon.

* Vận động: đi lại ,tiếp xúc mọi vật xung quanh tốt
* Vệ sinh: vệ sinh cá nhân được,
* Tâm lý: không thoải mái, lo lắng về tình trạng

\*Các vấn đề của người bệnh:

- Đau vùng thượng vi.

- Dinh dưỡng kém

- BN tiêu bón

- Bệnh nhân thiếu kiến thức về bệnh

7. Hướng điều trị: Nội khoa

8. Các y lệnh điều trị và chăm sóc:

Thuốc ( 29/06/2015 )

Amoxicilline 0,5g

Clarithomycine 0,5g

Pantoprazol 40mg

Insulin Lantus

Insulin Actrapid

Metformin 500mg

Daflon 0,5g

9. Phân cấp điều dưỡng: Cấp 3

**PHẦN II: BỆNH HỌC**

**CƠ CHẾ SINH BỆNH:** Đái tháo đường type 2

**Yếu tố di truyền:**

Yếu tố di truyền trội được gợi ý sau khi nghiên cứu ở các cặp song sinh giống nhau, nếu một người mắc đái tháo đường thì 100% người còn lại cũng mắc đái tháo đường.

**Yếu tố môi trường:**

Tuổi, béo phì, tĩnh tại là yếu tố nguy cơ dễ đưa đến bệnh đái tháo đường. Ở đái tháo đường type 2 béo phì nhất là béo bụng, tĩnh tại thường có sự thiếu liên kết insuline với thụ thể và sau thụ thể trong nội bào, kết quả là mất đáp ứng với insuline.

Ngoài ra đái tháo đường type 2 thường xảy ra ở quần thể có nguy cơ cao khác nhau, bao gồm đề kháng insuline, gia tăng bất thường mô mỡ, tăng VLDL, như tăng insuline khi đói và sau ăn, tăng HA (trong hội chứng chuyển hóa).

Sự đề kháng insuline trong đái tháo đường type 2 là hậu quả của nhiều cơ chế bệnh sinh khác nhau. Phần lớn cơ chế này có lẽ do hậu quả của rối loạn chuyển hoá như tăng glucose máu, tăng acide béo không - ester hoá. Mặt khác những nghiên cứu gần đây trên quần thể tiền đái tháo đường, thấy rằng sự đề kháng insuline ở mô cơ xảy ra rất sớm trong quá trình phát triển của bệnh. Insuline receptor kinase, phosphatase liên quan tới hoạt động insuline, chất chuyển vận glucose và tổng hợp glycogene.

Rối loạn chức năng tế bào β trong đái tháo đường type 2: có 5 rối loạn:

Rối loạn tiết Insulin:

Giảm đáp ứng của insulin đối với glucose: mất pha sớm.

Rối loạn tiết insulin theo nhịp: rối loạn pha dao động chậm. Sự tiết insulin sinh lý gồm 2 loại dao động: dao động nhanh (mỗi 8 - 15’, không liên quan glucose), dao động chậm (mỗi 80-120’, liên quan chặt chẽ với nồng độ glucose).

Bất thường chuyển hóa prinsulin: trong đái tháo đường type 2 tỉ proinsulin và các sản phẩm chuyển hóa trung gian / insulin: tăng.

Giảm khối lượng tế bào β.

Lắng đọng amyloid (amylin) tại đảo tụy. Gặp trong 90% trường hợp đái tháo đường type 2. Xảy ra sớm gây mất dần khối lượng tế bào đảo tụy, nhất là tế bào β.

Vai trò của cơ chất thụ thể insulin 2 (IRS 2: Insulin Receptor Substrate 2), NF-kB, rối loạn chức năng ti thể, stress oxy hóa.

1. **TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Triệu chứng kinh điển** | **Triệu chứng thực tế** | **Nhận xét** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **CẬN LÂM SÀNG**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm và CLS** | **Giá trị bình thường** | **Kết quả thực tế** | **Nhận xét** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **ĐIỀU DƯỠNG THUỐC**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thuốc** | **Liều dùng** | **Tác dụng** | **Điều dưỡng thuốc** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PHẦN III: CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG VÀ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG**

**PHẦN IV: GIÁO DỤC SỨC KHỎE:**

**PHẦN V: KẾ HOẠCH CHĂM SÓC**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Chẩn đoán  điều dưỡng** | **Mục tiêu  chăm sóc** | **Kế hoạch chăm sóc** | **Lý do** | **Tiêu chuẩn lượng giá** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |