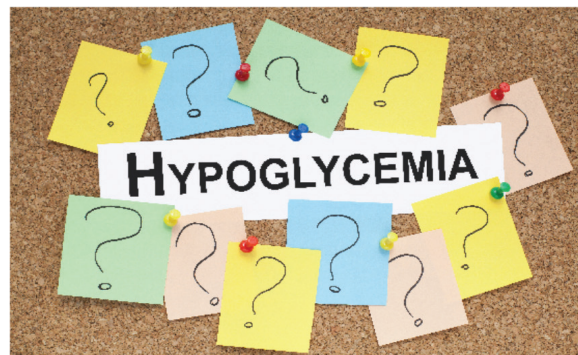


HẠ ĐƯỜNG MÁU KHÔNG TRIỆU CHỨNG

Hạ đường máu là sự giảm lượng đường trong máu xuống dưới mức bình thường (dưới mức 3,9 mmol/l).

Hạ đường máu ảnh hưởng rất lớn đến các chức năng và hoạt động của cơ thể con người, có thể gây ra nhiều rối loạn cho sức khỏe thậm chí là rất nguy hiểm, nó còn nguy hiểm hơn tăng đường máu rất nhiều và có thể gây tử vong nhanh chóng. Người bệnh cần phát hiện sớm các dấu hiệu hạ đường máu và xử trí kịp thời.



Hạ đường huyết dễ và khó nhận biết

Các nguyên nhân hạ đường máu:

- Quá liều insulin.
- Hạ đường máu do nhầm liều sunfonylurea.
- Giảm khẩu phần ăn hay lui giờ ăn.
- Vận động quá mức.
- Uống rượu.
- Hạ đường máu do dùng thuốc không đúng.

Các yếu tố thuận lợi của hạ đường máu

- Người bệnh không hiểu biết hoặc không được hướng dẫn đầy đủ.
- Cố gắng duy trì mức đường máu bình thường.
- Đái tháo thời gian dài.
- Hạ đường máu không có triệu chứng cảnh báo.
- Hạ đường máu ban đêm.
- Tiền sử hạ đường máu nặng.
- Suy thận, suy gan.

Tiêu chuẩn chẩn đoán hạ đường máu. Khi có 1 trong 2 tiêu chuẩn sau :

Đường máu $\leq 2,8$ mmol/l (50mg/dl) đây là tiêu chuẩn quyết định bất kể người bệnh có hay không có triệu chứng, hoặc. Đường máu $\leq 3,9$ mmol/l (70mg/dl)

+ Triệu chứng lâm sàng
+ Có đáp ứng với điều trị glucose.

Dấu hiệu lâm sàng của hạ đường máu

+ Rối loạn thần kinh thực vật : cảm giác đói, mệt mỏi, và mồ



hôi, run tay, nhịp nhanh.

+ Rối loạn thần kinh trung ương : kích thích, chóng mặt đau đầu nhìn mờ, rối loạn hành vi, lơ mơ, ngủ gà, hôn mê, rối loạn đại - tiểu tiện, co giật, hạ thân nhiệt.

Biểu hiện theo mức độ hạ đường máu :

- Đường máu < 3 mmol/l : Rối loạn chức năng não (nhìn mờ, nói ngọng, ruồi bay, lẫn lộn, khó tập trung,...) thay đổi điện tâm đồ và rối loạn nhận thức.

- Đường máu $< 2,5$ mmol/l : Ngủ gà, rối loạn hành vi.

- Đường máu $< 1,6$ mmol/l : hôn mê kéo dài dẫn đến co giật tổn thương thần kinh không hồi phục tử vong.

Các dấu hiệu của hạ đường máu không giống nhau ở mỗi người bệnh nhưng thường xuất hiện vào lúc sắp đến bữa

ăn với các dấu hiệu chung : Mệt, xuất hiện đột ngột không giải thích được, đau đầu chóng mặt, lả đi cảm giác chân tay nặng nề yếu; cảm giác đói cồn cào, vã mồ hôi, chân có cảm giác nặng, lo lắng bứt rứt, run tay, hồi hộp, tim đập nhanh có khi buồn nôn, nôn.

Hạ đường máu không triệu chứng

Hạ đường máu không triệu chứng là tình trạng hạ đường máu dưới ngưỡng 3,9mmol/l nhiều lần nhưng không xuất hiện triệu chứng lâm sàng (liên quan đến hormon điều hòa và sự thích nghi của cơ thể).

- Hạ đường máu sẽ làm hệ thống điều hòa đường máu mất cân bằng dẫn đến đường máu dao động ở mức cao.

- Các triệu chứng lâm sàng của Hạ đường máu ở mỗi người bệnh là khác nhau, do ảnh



hưởng bởi nhiều yếu tố: tuổi giới, các thuốc đang sử dụng, tình trạng sức khỏe.

Những người bị hạ đường máu không triệu chứng sẽ không biết được khi nào lượng đường trong máu của họ xuống thấp nên họ không biết mình cần phải điều trị. Việc không nhận biết được tình trạng hạ đường máu khiến nguy cơ cao của giảm đường máu nghiêm trọng. Những người bị hạ đường máu không nhận biết được nên ít có khả năng bị đánh thức khỏi giấc ngủ khi hạ đường máu xảy ra vào ban đêm.

Vì vậy, những người bị hạ đường máu không triệu chứng cần phải chú ý kiểm tra lượng đường trong máu thường xuyên. Đặc biệt quan trọng trước và trong khi làm các việc như lái xe, leo trèo cao.

Máy theo dõi đường máu liên tục (CGM) có thể giúp báo động khi lượng đường trong máu thấp hoặc bắt đầu giảm; điều này giúp ích rất nhiều cho những người bị hạ đường máu không triệu chứng.

Hạ đường máu không triệu chứng thường xảy ra hơn ở những người:

- Thường xuyên có các lần xét nghiệm thấy đường máu thấp (đường máu thấp nhưng không

có các dấu hiệu cảnh báo sớm của hạ đường máu).

- Đã bị bệnh đái tháo đường trong một thời gian dài.

- Kiểm soát chặt đường máu làm tăng khả năng bị phản ứng đường máu thấp.

Cách xử trí hạ đường máu

- Mức độ nhẹ, trung bình : tự ăn đường hấp thu nhanh tối thiểu 15g hydrat carbon (đường, kẹo, sữa, 3 miếng đường hoặc 3 thìa cà phê đường pha loãng trong 100ml nước) hoặc 100- 150ml nước ngọt (Cocacola, nước hoa quả)100g đường /1 lít nước.

- Mức độ nặng : Người bệnh không uống được, mất ý thức hoặc không đáp ứng với điều trị bằng đường uống thì tiêm tĩnh mạch 25-50ml glucose ưu trương 20% sau đó tiếp tục duy trì đường truyền tĩnh mạch bằng dung dịch glucose 5% hoặc 20%.

- Glucagon: nếu không lấy được tĩnh mạch ở người bệnh hôn mê cần phải tiêm bắp 1mg glucagon (1 ống) nhắc lại sau 10 phút.

- Xử trí nguyên nhân hạ đường máu.

Người bệnh tiếp tục được theo dõi các dấu hiệu và triệu chứng của Hạ đường máu trong quá trình điều trị để đánh giá đáp ứng với điều trị, so sánh với thay đổi về xét nghiệm cận lâm.

Cách phòng hạ đường máu không triệu chứng

Nếu bạn nghĩ rằng bạn bị hạ đường máu không triệu chứng, hãy thông báo ngay cho bác sĩ điều trị để được chỉnh liều và bác sĩ có thể xem xét lại mục tiêu điều trị để tránh tiếp tục hạ đường máu trong tương lai.

Tập nhận thức về hạ đường máu: muốn quay lại nhận biết được các triệu chứng cảnh báo sớm tình trạng hạ đường máu đôi khi phải mất vài tuần. Cơ thể sẽ học lại cách phản ứng với lượng đường trong máu thấp, điều này có nghĩa là có thể chấp nhận làm tăng mức đường máu mục tiêu, thậm chí có thể dẫn đến mức HbA1C cao hơn tạm thời.

Việc này cũng giống như những người có đường máu rất cao được điều trị bằng thuốc hạ đường máu, đường máu giảm nhanh chóng nhưng chưa dưới ngưỡng <3,9mmol/l người bệnh vẫn cảm thấy có cơn hạ đường máu thực thụ. Do đó trong quá trình điều trị đái tháo đường, bác sĩ và người bệnh luôn luôn phải thảo luận về tình trạng đối nghịch trên để đảm bảo không phản ứng thái quá bất kỳ xu hướng nào.

BS. ĐỖ ĐÌNH TÙNG

Hội Người giáo dục Bệnh đái tháo đường Việt Nam

Tài liệu tham khảo

1. Đỗ Trung Quân (2015). Chẩn đoán Đái tháo đường và điều trị. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 7; 26.
2. Mai Thế Trạch và Nguyễn Thy Khuê (2003). Nội tiết học đại cương. Nhà xuất bản Y học, chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh.
3. Paromita King, Ian Peacock & Richard Donnelly (1999) "The UK Prospective Diabetes Study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes", Blackwell Science Ltd Br J Clin Pharmacol, 48, 643-648.
4. Nguyễn Quốc Việt, Nguyễn Vinh Quang và cộng sự (2014). Kết quả điều tra lập bản đồ dịch tễ học bệnh đái tháo đường năm 2012, Y học thực hành tháng 9 (929+ 930).
5. Đỗ Trung Quân (2015). Chẩn đoán Đái tháo đường và điều trị. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam Hà Nội.
6. Bộ y tế (2011) "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường type 2".
7. Bộ y tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội tiết- chuyển hóa.
8. Nguyễn Khoa Diệu Vân (2012). Nội tiết học trong thực hành lâm sàng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. Tạ Văn Bình (2007). Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường tăng Glucose máu. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 54, 237.
10. Tạ Văn Bình (2007). Làm gì để phòng chống bệnh Đái tháo đường và biến chứng. Nhà xuất bản Y học, 11-21.
11. Bệnh viện Nội tiết Trung ương (2008). "Chuyên đề Nội tiết chuyển hóa tập 1". Nhà xuất bản y học, Hà nội.
12. Viện đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa (2013). "Chương trình đào tạo bác sĩ chuyên khoa Nội tiết Đái tháo đường", Hà Nội.
13. Diabetes Care (2011), 3(1), January 2011(s33).
14. Cryer PE, Axelrod L, Grossman AB, Heller SR, Montori VM, Seaquist ER, Service FJ. Evaluation and Management of Adult Hypoglycemic Disorders: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2009;94:709-728. [PubMed]
15. Nirantharakumar K, Marshall T, Hodson J, Narendran P, Deeks J, Coleman JJ, Ferner RE. Hypoglycemia in non-diabetic in-patients: clinical or criminal? PLoS One. 2012;7:e40384. [PMC free article] [PubMed]
16. Whipple AO, Frantz VK. Adenoma of islet cell tumors with hyperinsulinism. Am Surg. 1935;101:1299-1335. [PMC free article] [PubMed]
17. Owen O, Morgan A, Kemp H, et al. Brain metabolism during fasting. J Clin Invest. 1967;46:1589-1595. [PMC free article] [PubMed]
18. Mitrakou A, Ryan C, Veneman T, Mokan M, Jenssen T, Kiss I, Durrant J, Cryer P, Gerich J. Hierarchy of glycemic thresholds for counterregulatory hormone secretion, symptoms and cerebral dysfunction. Am J Physiol. 1991;260:E67-E74. [PubMed]
19. Towler DA, Havlin CE, Craft S, Cryer P. Mechanism of awareness of hypoglycemia: Perception of neurogenic (predominantly cholinergic) rather than neuroglycopenic symptoms. Diabetes. 1993;42:1791-1798. [PubMed]
20. Amiel SA, Sherwin RS, Simonson DC, Tamborlane WW. Effect of intensive insulin therapy on glycemic thresholds for counterregulatory hormone release. Diabetes. 1988;37:901-907. [PubMed]
21. Mitrakou A, Fanelli C, Veneman T, Perriello G, Calderone S, Plataniotis D, Rambotti A, Raptis S, Brunetti P, Cryer P, et al. Reversibility of unawareness of hypoglycemia in patients with insulinomas. N Engl J Med. 1993;329:834-839.

Nội dung bài báo được bảo trợ bởi Hội Người giáo dục Bệnh đái tháo đường Việt Nam.