

HÔN MÊ HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

BS. CKI. Lê Thị Hạnh
Khoa Nội Tổng Hợp

1. ĐẠI CƯƠNG

Hạ đường huyết tức hạ glucos huyết là một rối loạn sinh hóa xảy ra khi vận tốc di chuyển đường khô máu vượt quá khả năng bù trừ của cơ thể để duy trì một lượng đường huyết bình thường (80-120 mg/dl).

Khi đường huyết giảm dưới 70mg/dl được gọi là hạ đường huyết. Nhưng triệu chứng lâm sàng chỉ xảy ra khi đường huyết dưới mức 45-50mg/dl.

Chẩn đoán hạ đường huyết dựa vào Tam chứng Whipple

- ✓ Có triệu chứng lâm sàng.
- ✓ Nồng độ glucose huyết tương thấp 45-50mg/dl.
- ✓ Triệu chứng giảm sau uống hoặc truyền đường.

2. NGUYÊN NHÂN - YẾU TỐ THUẬN LỢI

2.1. Hạ đường huyết khi đói: Còn gọi là hạ đường huyết thực thể xảy ra 5-6 giờ sau bữa ăn cuối cùng, triệu chứng thường nặng có thể đưa đến hôn mê và tử vong. Con hạ đường huyết thường xảy ra vào ban đêm, khi thức giấc hoặc sau khi vận động nhiều và thường có tam chứng whipple.

- Hạ đường do thuốc:

Insulin, Sulfonylurea, Rượu, Salicylatic, Quinin, Quinidin, Propanolol và các thuốc chẹn beta không chọn lọc, Sulfamid, ức chế men chuyển, Pentamidin, Dysopyramid, Chloramphenicol, thuốc kháng đông Coumarin.

Các yếu tố thuận lợi: bệnh nhân nhỏ tuổi, lớn tuổi, thiếu ăn, nhịn đói lâu ngày, suy gan, suy thận.

- Hạ đường huyết do rượu: thường xảy 12-24 giờ sau khi uống rất nhiều rượu.

Yếu tố thuận lợi: Giảm dự trữ glycogen và ăn uống không đầy đủ.

- Bướu tế bào beta của tụy và tăng sản tụy:

- Bướu tế bào Beta của tụy tiết Insulin, nên còn gọi là Insulinom, là bệnh hiếm, gặp ở nữ nhiều hơn, tuổi trung bình 50 tuổi, 90% là 1 u lành tính, có khi nằm trong bệnh cảnh bướu của nhiều tuyến nội tiết.
- Tăng sản của tế bào Beta tụy lan tỏa không đồng nhất tiết insulin, glucagen và somatostalin. Tế bào ống tụy cũng có thể biệt hóa thành tế bào beta.

- Bướu ngoài tụy: thường có nguồn gốc từ lớp trung mô, 2/3 trường hợp nằm ở bụng, có thể nặng 1-2kg.
- Hạ đường huyết trong suy tim
- Hạ đường huyết trong bệnh lý gan, thận: do viêm gan siêu vi tối cấp, độc chất phá hủy gan, ung thư giai đoạn cuối, suy thận mạn, lọc thận.
- Một số nguyên nhân khác:
 - Hạ đường huyết do tự miễn như trong bệnh Basedow, viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ, viêm đa cơ....
 - Bệnh lý nội tiết ngoài tụy như suy thượng thận, suy tuyến yên, suy hormon tăng trưởng.
 - Nhịn đói lâu ngày, suy dinh dưỡng do cố ý tuyệt thực, ung thư thực quản, hẹp môn vị...
 - Đái tháo đường do thận.

2.2- Hạ đường huyết sau ăn: Còn gọi là hạ đường huyết chức năng xảy ra sớm trong vòng 2-3 giờ sau khi ăn hoặc trễ 3-5 giờ sau ăn thường chỉ gây chóng váng, chóng mặt muốn xỉu mà không hôn mê.

- Hạ đường huyết do phản ứng với thức ăn: trên bệnh nhân cắt bao tử, cắt thần kinh X, hẹp môn vị, cắt bỏ thực quản, viêm loét tá tràng, tiểu ra đường do bệnh thận.
- Hạ đường huyết phản ứng trên bệnh nhân tiền đái tháo đường do mất sự tiết đỉnh sớm của insulin, tăng tiết insulin nhiều và trễ sau bữa ăn có nhiều carbohydrate. Bệnh nhân thường mập, tiền sử gia đình có đái tháo đường.
- Hạ đường huyết “chức năng”.
- Yếu tố thuận lợi: xảy ra sau bữa ăn có nhiều carbohydrate có thể do tăng sản xuất insulin hoặc tăng độ nhạy cảm với insulin.

3. CHẨN ĐOÁN

Tam chứng Whipple:

3.1 Lâm sàng: giống triệu chứng thiếu oxy não.

- Hạ đường huyết nhanh gây rối loạn thần kinh tự chủ (triệu chứng giao cảm).
Cảm giác đói; Lo lắng bứt rứt; Đỏ mề hôi; Run; Hồi hộp tim đập nhanh; Yếu cơ.
Hiếm gặp: buồn ói, ói mửa.
- Hạ đường huyết kéo dài và nặng gây rối loạn hệ thần kinh trung ương.

Nhức đầu; Nhìn đôi; Mờ mắt; Lú lẫn; Cư xử bất thường; Mất trí nhớ; Mất tri giác; Kinh giật; Hôn mê.

Hôn mê hạ đường huyết đôi khi có dấu thần kinh định vị, tăng phản xạ gân xương, bakinhky (+) 2 bên.

Triệu chứng còn thay đổi tùy nguyên nhân bệnh, tuổi tác và cơ địa của mỗi người.

- Hạ đường huyết do tăng Insulin thường gây hôn mê nhanh ít triệu chứng báo trước.
- Người lớn tuổi có xơ vữa động mạch: hạ đường huyết thường nặng và bệnh nhân dễ bị tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim trong cơn hạ đường huyết.
- Phụ nữ nhất là người trẻ có thể chịu đựng được mức đường huyết rất thấp mà không bị hôn mê.
- Nếu đường huyết tăng cao mạn tính, não đã quen với mức đường huyết cao, nên khi đường huyết giảm đột ngột dù chỉ đến mức 120 mg/dl cũng có thể có triệu chứng giao cảm nhưng không hôn mê.
- Bệnh nhân tiểu đường type 1 sẽ giảm hoặc mất đáp ứng glucogen sau 1-5 năm, giảm đáp ứng giao cảm sau 10 năm do đó có thể không có triệu chứng giao cảm khi hạ đường huyết nên khó nhận biết.

3.2 Cận lâm sàng:

- Hạ đường huyết sinh hóa: đường huyết < 70mg/dl (4mm/l) (máu tĩnh mạch)
- Hạ đường huyết lâm sàng: đường huyết < 45mg/dl (2,5mm/l) - 50mg/dl (2,8mm/l)

3.3 Phân biệt

- Hôn mê, nhiễm ceton axit
- Tai biến mạch máu não

4. ĐIỀU TRỊ:

- Nguyên tắc điều trị: Xử trí cấp cứu hạ đường huyết, tùy thuộc:
 - Tình trạng tri giác.
 - Nồng độ glucoz huyết.
 - Dự đoán về diễn biến lâm sàng.
- Điều trị cụ thể.
 - ❖ Bệnh nhân tỉnh, chỉ có triệu chứng giao cảm nhẹ.

- Uống 15g glucoz hay sucroz hay 1 tách sữa, 1 ly nước trái cây.
- Ăn 40g bánh mì hay bánh biscuit, trái cây nếu bữa ăn sau đó còn xa.
- ❖ Bệnh nhân mê, rối loạn tri giác, hạ đường huyết kéo dài, bệnh nhân không uống được.
 - Tiêm tĩnh mạch 25-50ml Dextroz, Glucoz 30-50%.
 - Sau đó duy trì bằng glucoz 5-10% để duy trì đường huyết trên 100mg/dl. Theo dõi đường huyết mỗi 30-60 phút.
- ❖ Bệnh nhân ngoại trú không uống được, hoặc bệnh nhân nội trú không uống, không tiêm tĩnh mạch được: tiêm bắp hay tiêm dưới da glucagon 1mg có thể lập lại 2-3 lần cách nhau 10-15 phút nếu bệnh nhân không tỉnh.

Glucagon có thể gây ói và không dùng được ở bệnh nhân có bệnh lý gan, nên ít sử dụng.

5. DỰ PHÒNG

Ngăn ngừa tái phát hạ đường huyết: sau khi bệnh nhân tỉnh cần theo dõi tiếp trong vòng 48-72 giờ, cố gắng tìm nguyên nhân và điều trị tận gốc.

- Điều trị các tác nhân thuận lợi gây hạ đường huyết.
- Giảm hoặc chỉnh các loại thuốc gây hạ đường huyết.
- Thay thế các hormon nếu cần.
- Khuyến bệnh nhân ăn uống đúng bữa, đúng giờ, tăng dự trữ đường bằng cách cho ăn carbohydrate và điều chỉnh hoạt động thể lực.
- Giáo dục cho bệnh nhân biết các triệu chứng báo động của hạ đường huyết và cách xử trí. Cần lưu ý tất cả các biểu hiện bất thường ở người bị đái tháo đường phải được xem là biểu hiện của hạ đường huyết cho đến khi có bằng chứng ngược lại.