



HIPOGLİSEMI



Dr. Önder Limon

Klinik pratikte tanı ile uyumlu şikayetlerin varlığı ve kan şekeri 50 mgr/dL'nin altında olması ve glukoz verilmesi ile yakınmaların gerilemesi olarak tanımlanır. Diyabetik hastalarda bu rakam genelde 70 mg/dL'dir. İlaç değişimi, doz uygunsuzluğu, enfeksiyon, diyet değişikliği, metabolik bozukluklar, aktivite değişiklikleri gibi nedenler sıklıkla görülür ancak acil serviste herhangi bir neden saptanamayabilir.

Acil serviste

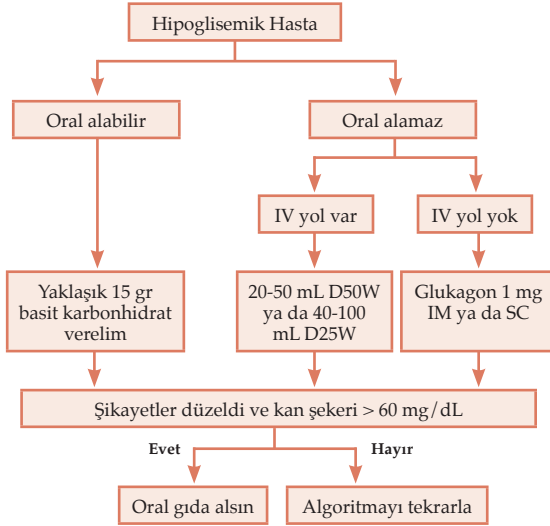
- Havayolu güvenliği
- Hemodinamik durumun değerlendirilmesi
- Glikoz eksikliğinin giderilmesi
- Altta yatan nedenin araştırılması ve tedavisi

sağlanmalıdır. Yatak başı test cihazı ile hipoglisemi saptanır eğer hasta oral alabiliyorsa ağızdan gıda, alamıyorsa intravenöz (IV) yoldan dekstroz ya da intramusküler (IM) glukagon uygulanmalıdır. Eğer hastanın bilinç durumu oral alıma izin vermiyorsa IV dekstroz ilk seçenek olmalıdır. 20-50 mL %50 solüsyondan ya da 40-100 mL %25'lik solüsyondan verilmelidir. Eğer hasta oral alamıyor ve IV yol açamadıysa glukagon 1 mgr subkutan ya da IM yoldan uygulanmalıdır. Glukagonun etkisi yaklaşık 15 dakikada başlar. Glikojen depolarının boş olduğu ileri yaş, alkolik gibi hasta gruplarında yanıt alınmayabilir. Neden olan ilaçlar tedavide kullanılan ilaçlardan genelde daha uzun etkiye sahip olduklarından tekrar eden hipoglisemik atakları izleyebilmek için yatak başı kan şekeri ölçümleri tekrarlanmalıdır.

Bilinç değişikliği ile başvuran ya da malnutrisyon, malabsorpsiyon bulguları olan hastalara 100 mg IV tiamin verilmelidir.

Takip ve Yatış Endikasyonları: Kısa etkili insülin veya hipoglisemik ajan alan ve henüz öğünü almamış kişilerin hipoglisemik atakları hızla geri döner. Karbonhidratlı öğün sonrası taburcu edilebilir. Altta yatan neden kesin olarak bulunmuşsa ve tedavi edilmişse yakın takip önerilerek hasta taburcu edilebilir.

Hastanın bulgu ve belirtilerinin hipoglisemiye bağlanamaması, uzun etkili oral hipoglisemik etkene bağlı hipoglisemik atak sonrası hastanın taburcu edilmesi yapılmaması gereken hatalardır. Nedeni açıklanamayan ataklar sonrasında hastalarda hipoglisemi tekrarlayıp sekel bırakabilir. Eğer hasta da hipoglisemi nedeni net olarak ortaya konamıyorsa, uzun etkili ilaçlara bağlı ise, nörolojik bulgular devam ediyorsa yatırılarak tedavi edilmelidir.



Kaynaklar

1. Ford W, Self WH, Slovis C, McNaughton CD. Diabetes in the Emergency Department and Hospital: Acute Care of Diabetes Patients. Current emergency and hospital medicine reports. 2013;1(1):1-9. doi:10.1007/s40138-012-0007
2. Seaquist ER, Anderson J Childs B, et al. Hypoglycemia and Diabetes: A Report of a Workgroup of the American Diabetes Association and The Endocrine Society Diabetes Care May 2013, 36 (5) 1384-1395; DOI: 10.2337/dc12-2480
3. Osorio I, Arafah BM, Mayor C, Troster AI. Plasma glucose alone does not predict neurologic dysfunction in hypoglycemic nondiabetic subjects. Ann Emerg Med. 1999;33:291-8
4. McNaughton CD, Self WH, Slovis C. Diabetes in the Emergency Department: Acute Care of Diabetes Patients. Clinical Diabetes. 2011;29:51-9
5. Donnino MW, Vega J, Miller J, Walsh M. Myths and misconceptions of Wernicke's encephalopathy: what every emergency physician should know. Ann Emerg Med. 2007 Dec; 50(6):715-2