



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ПРОЕКТ BG051PO001-6.2.02

„ПУЛС - Практически увод в лечението на спешни състояния“

Инвестира във вашето бъдеще!



Европейски социален фонд

серумен осмоларитет > 315 (обикновено около 350), хипокалиемия, преренална азотемия и липсваща кетоза. Метаболитната ацидоза може да бъде налице при тежка дехидратация с хиповолемия (лактат ацидоза/азотемия). Диференциалната диагноза на ХХС и ДКА се основава главно на лабораторните изследвания. Течностният дефицит при пациенти с ХХС се оценява приблизително на 150 ml/kg телесно тегло. Тези болни се нуждаят от по-агресивна течностна ресусцитация и по-внимателно приложение на инсулиноterapia, в сравнение с пациентите с ДКА, поради повишената им чувствителност към инсулин. Това налага по-често мониториране на серумните глюкозни нива, дори и при незапочната инсулиноterapia. Заместването на калиевия дефицит става по подобие на терапията при ДКА, но само при наличие на ефективна бъбречна функция. За първите 12 часа трябва да бъде заместен не повече от половината от оценения течностен дефицит. Избор на разтвор за течностна ресусцитация при пациенти с ХХС е физиологичен разтвор на натриев хлорид в доза 20 ml/kg първоначален болус. Инсулиноterapiaта стартира след първоначалната течностна ресусцитация в доза 0.1 E/kg/h без приложение на начален болус. Често нивата на серумната глюкоза може да се нормализират единствено след добра течностна ресусцитация. При спадане на серумната глюкоза под 13 mmol/L се започва инфузия на 5 % глюкоза заедно с продължителна инсулинова инфузия.

Доболничното и болнично поведението при ХХС не се различава съществено от това при ДКА, с изключение на описаните особености в терапията.

ХИПОГЛИКЕМИЯ

Тъй като глюкозата е основен енергиен източник за мозъка, хипогликемията може да причини тежка мозъчна увреда и летален изход. Хипогликемията често се явява на фона на инсулиноterapia при диабетици — особено при млади диабетици с инсулинозависим захарен диабет и завишени инсулинови нужди, но може да представлява и самостоятелен клиничен симптом и при недиабетици. Хипогликемията при болни със захарен диабет 2 тип на орални противодиабетни средства също зачестява, основно вследствие предозирането им. Ефектът на оралните противодиабетни средства е продължителен с чести рекурентни епизоди на хипогликемия, които се агравират от аспирин и варфарин. Висок риск от хипогликемичен епизод има и при болни приемачи β — блокери, барбитурати, салицилати, при болни с хроничен алкохолизъм, сепсис, адренална недостатъчност, хипотироидизъм и недोхранване. Екстремната глюкозна утилизация при бременност и прекомерна физическа активност също може да предизвика хипогликемия поради несъответстващия темп на глюкозна утилизация. Симптомите при хипогликемия са основно поведенчески и неврологични, макар че при диабетици с множество епизоди на хипогликемия и/или пациенти с хронична бъбречна и чернодробна недостатъчност, съществува т.нар. „феномен на хипогликемично неглижиране,, с толериране дори на тежки епизоди на хипогликемия.

Клинична картина, диагноза и диференциална диагноза

От клинична гледна точка е важно да се знае, че хипогликемичните симптоми са неспецифични



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ПРОЕКТ BG051PO001-6.2.02

„ПУЛС - Практически увод в лечението на спешни състояния“

Инвестира във вашето бъдеще!



Европейски социален фонд

и често не корелират с нивото на понижена кръвна захар. Класическите симптоми на хипогликемия са безпокойство, тремор, изпотяване, бледост на кожата и видимите лигавици, гагене, световъртеж, палпитации, слабост, объркване, нарушено зрение и говор, чувство на умора, огнищна неврологична симптоматика (хемиплегия), главоболие, гърчове, децеребрационна ригидност и сомнолентност до състояние на кома. Неподозираният хипогликемия лесно може да бъде объркан с първично неврологично, психиатрично или сърдечно-съдово нарушение. Анамнезата дава важни данни относно причината за хипогликемията.

Обикновено поставянето на диагнозата не представлява клинична трудност, заради сравнително неспецифичната, но винаги налична вегетативна симптоматика, която става още по-насочваща по информативната си стойност на фона на анамнестични данни за захарен диабет (лечение с Инсулин и/или орални противодиабетни средства). Ниво на плазмената глюкоза под 3 mmol/L при налична симптоматика е диагностично за хипогликемия. Независимо от тази приета гранична стойност, много пациенти са асимптоматични и при по-ниски нива на серумната глюкоза.

Лечение на хипогликемията

Лечението на хипогликемията се изразява в приложение на глюкоза пер ос или интравенозно. В практиката се прилагат глюкозни разтвори от 5 %, 10 %, 20 % и 40 %. Глюкозната доза за купиране на хипергликемия е 0.5 g/kg (5 ml/kg разтвор 10 %). Често диабетиците с предозирание на инсулин се нуждаят от продължителна инфузия след първоначалния глюкозен болус. При незадоволителен клиничен ефект се пристъпва към приложение на Hydrocortisone 1-2 mg/kg или Glucagon 0.5 до 2 mg (0.03 mg/kg при деца) i.v., i.m. или s.c. през 4 часа, винаги на фона на глюкозна инфузия. При хипогликемия в резултат на предозирание или интоксикация със сулфонурейни препарати се прилага Diazoxide (Хиперстат) - 300 mg (2-4 mg/kg) i.v. за 30 минути през 4 часа за потискане на инсулиновата секреция. Всички пациенти с сулфонурейя-индуцирана хипогликемия трябва да бъдат хоспитализирани поради дългия полуживот на медикамента и риск от рекурентни хипогликемични епизоди. При редки случаи на коматозно състояние се пристъпва към осигуряване на свободно проходими дихателни пътища, кислородотерапия и асистирана вентилация.

Поведение на доболничния екип

- Начална преценка - кратка анамнеза и преглед
- При кома — осигуряване на свободно проходими дихателни пътища, кислородотерапия и асистирана вентилация
- Кислородотерапия — 4 до 6 L/min
- Периферен венозен източник
- Подробен преглед и анамнеза
- Преценка на телото, измерване на кръвната захар (портативен глюкометър)
- Потвърждение на диагнозата
- Терапия



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ПРОЕКТ BG051PO001-6.2.02

„ПУЛСС - Практически увод в лечението на спешни състояния“

Инвестира във вашето бъдеще!



Европейски социален фонд

- 2.5 ml/kg глюкоза 20 % i.v.
- Глюкозен разтвор 10 % е максимална концентрация при новородени
- При невъзможен венозен достъп и при отговарящ на вербални стимули пациент: приложение на глюкозен разтвор пер ос
- Глюкоза пер ос не се прилага при: болни в безсъзнание, при висок риск от аспирация на стомашно съдържимо и при невъзможност за преглъщане
- Транспорт
- Ново изследване на кръвната захар при неотговарящи на терапията пациенти
- Поддържане на венозния източник
- При тежки случаи — Глюкагон i.m., i.v., s.c. 0.03 mg/kg