ĐIỀU CHỈNH ĐƯỜNG HUYẾT CHO NGƯỜI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 NẰM VIỆN

(tại các khoa khác khoa Hồi sức tích cực)

Lê Tuyết Hoa*

Thực tế tại các bệnh viện, không ít bệnh nhân (BN) điều trị nội trú bị tăng đường huyết (ĐH) và khi xuất viện ĐH vẫn còn cao. Trước đây nhiều năm, y học thực hành luôn hướng đến kiểm soát đường huyết chặt chẽ, thậm chí quá tập trung vào đường huyết. Hiện tại nhiều khuyến cáo đã nhấn mạnh không nên cứng ngắt trong kiểm soát đường huyết do tai biến hạ đường huyết, dẫn đến gia tăng các biến chứng tim mạch, tử vong[1-3] và thời gian nằm viện.

Mục tiêu đường huyết cho những bệnh nhân không quá nặng

Các chuyên gia của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA), Hội Nội Tiết học (Endocrine Society), Hội Nội Tiết học Châu Âu (ESE), Hội tăng huyết áp Hoa Kỳ (AHA) và Hội Y học Bệnh viện (Society of Hospital Medicine) đang đúc kết những hướng dẫn lâm sàng để có thể công bố trong vài tháng tới. Một khuyến cáo cũ của ADA/AACE năm 2009 về mục tiêu đường huyết chỉ rõ:[4]

- Đường huyết mục tiêu trước ăn là <140 mg/dL và đường huyết mẫu máu bất kỳ <180 mg/dL
- Không khuyến cáo đường huyết >180 mg/dL
- Nên đánh giá lại liều insulin nếu đường huyết <100mg/dL
- Hạ ĐH khi <70mg/dL (với tiêu chuẩn này, có 5-18% BN tại ICU và 5-30% BN ở các khoa khác bị hạ ĐH[2]).

Hiện nay các hướng dẫn cũng nhấn mạnh rõ ràng: mục tiêu này nên tùy từng trường hợp cụ thể. Một số BN vẫn có thể an toàn với mức đường huyết cao hơn hay thấp hơn ngưỡng này. Người có bệnh mạn tính với nhiều biến chứng nên cho phép glucose máu cao hơn 100 mg/dL, người bệnh ĐTĐ trung niên không có biến chứng hay bệnh đi kèm, mức 80-120 mg/dL và không làm hạ đường huyết được xem là chấp nhận được. Lưu ý khả năng bị hạ đường tiếp theo ở những người đã có một lần hạ đường huyết là rất cao. Các bác sĩ cần nhạy bén và linh hoạt hơn trong thực hành lâm sàng.

*Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, TP.HCM

Hiện vẫn chưa có các hướng dẫn cuối cùng về cách sử dụng insulin, nhưng đã có rất nhiều bằng chứng hữu ích từ các nghiên cứu, không chỉ trên những kết cục chính như tỉ lệ tử vong mà cả những kết cục thứ yếu khác như tỉ lệ nhiễm trùng, thời gian nằm viện, loại biến chứng.

Những trở ngại trong kiểm soát đường huyết nội viện

Qua ý kiến các chuyên gia đến từ những nước tiên tiến cho thấy những thử thách của việc điều chỉnh đường huyết không khác biệt với hoàn cảnh thực hành ở nước ta.

1. Qui trình thử máu, giờ chích insulin và bữa ăn chưa sắp xếp phù hợp: khi ở nhà BN thực hiện điều này theo hướng dẫn khá dễ dàng, nhưng trong bệnh viện thì không. Nhiều BN không biết điều dưỡng trực đêm sẽ lấy máu lúc 5-6 g sáng, nên bị lỡ cữ thử ĐH hoặc thử muộn. Do vậy không khớp giờ lấy máu, giờ chích insulin và giờ ăn. Y lệnh insulin dù được cho đúng nhưng vẫn không đạt hiệu quả là vì vậy. Khoa phòng cần sắp xếp để giờ lấy máu và giờ chích insulin, phù hợp với giờ ăn đã được BV qui định.

2. Bác sĩ đánh giá được điều này bằng cách nhìn vào chuỗi kết quả ĐH thử tại giường để biết chính xác giờ BN được thử máu. Đối chiếu thời điểm hạ ĐH hoặc tăng ĐH với giờ BN được chích và giờ BN ăn, từ đó đề xuất thay đổi qui trình sao cho phù hợp. Ví dụ ĐH thử lúc 5g nhưng điều dưỡng chích insulin lúc 8g, trong khi 6g người bệnh đã ăn sáng.

3. Giờ ăn, món ăn của bệnh nhân hoặc tự lo hoặc do BV cấp phát theo qui định. Rất nhiều BV có thực đơn cho người bệnh ĐTĐ đủ calori, tuân thủ ít chất bột nhưng quá ít chất xơ cũng ảnh hưởng đến đường huyết sau ăn.

4. Bệnh nhân ở BV thường ăn ít và ít vận động hơn khi ở nhà.

5. Tình trạng nhiễm trùng, stress chưa được kiểm soát đúng mức.

6. Liệu pháp insulin

Các loại insulin có vẻ giống nhau dễ gây lẫn lộn. Nhân viên y tế cần được tập huấn để tránh nhầm lẫn hoặc sử dụng sai (nhất là ở những khoa không thuộc hệ nội).

7. Máy thử đường huyết: không phải lúc nào cũng cho kết quả chính xác. Một BN có đường huyết 42 mg/dL, nhưng vẫn nói, cười, sinh hoạt bình thường. Phải cảnh giác kết quả xét nghiệm trong trường hợp này, tốt nhất nên kiểm tra lại và thử tại phòng xét nghiệm của BV. Đường huyết thử máy có thể cao hơn giá trị thực đến 20%. Nên thử máu đầu ngón tay tại thời điểm này và máu tĩnh mạch hoặc máu động mạch vào một thời điểm khác. Sự khác biệt đường huyết giữa phòng xét nghiệm với máy đo đường huyết tại giường có thể đến 15%. Ngoài ra các máy đo đường huyết tại giường khác nhau sẽ cho kết quả khác nhau. Điều này ảnh hưởng đến liều insulin được chỉ định nếu chúng ta không lấy mẫu máu thử từ một nguồn hằng định (tức chỉ lấy máu mao quản so sánh với máu mao quản, hoặc chỉ so sánh máu tĩnh mạch với nhau), và thử đường huyết mao mạch bằng 2-3 máy đo khác nhau.

Cải thiện kiểm soát đường huyết cho BN nội trú

1. Huấn luyện cho nhân viên y tế[5]

Sau những bài học lý thuyết, kiểm tra cuối khóa tập huấn đa số học viên đều đạt, nhưng thực tế cho thấy nhiều người trong số họ không cải tiến qui trình làm việc hoặc thay đổi thói quen khi trở lại công việc.Tập huấn bằng cách trình ca lâm sàng tỏ ra hiệu quả hơn học lý thuyết.

2. Đặt ra mục tiêu đường huyết giúp hạn chế được tai biến hạ ĐH.

3. Đưa ra tiêu chuẩn để chuyển từ insulin truyền sang tiêm dưới da. Trong lúc truyền không nên để ĐH xuống <80 mg/dL, vì họ dễ bị hạ ĐH trước khi ngừng bơm tiêm.

4 Áp dụng phác đồ hướng dẫn chỉnh liều insulin, tính theo liều insulin cơ bản.[4] (Bài này chủ yếu đề cập đến dùng insulin vì đa số các ca nhập viện đều cần đến insulin).

Tốt hơn cả là BV nên có một phác đồ riêng phù hợp với hoàn cảnh, được sự đồng thuận của các chuyên gia và những người thực thi ở tại BV. Thường thì liều insulin chích dưới da khoảng 75–80% tổng liều insulin truyền IV mỗi ngày (trước đó). Insulin tiêm dưới da nên được cho trước khi ngưng truyền 1–4 giờ. Liều chích dưới da cần bao gồm lượng insulin cơ bản, lượng insulin cho ăn uống dinh dưỡng và lượng hiệu chỉnh (là phần insulin bổ sung để đáp ứng với tăng đường huyết do stress hoặc do thuốc khác nếu có). Những chế phẩm hiện có như glargine/NPH, insulin regular, hoặc insulin phối hợp (mixtard/novomix) đáp ứng được các nhu cầu này. Insulin cơ bản nên chọn NPH, glargine. Insulin tác dụng nhanh nhắm đến đường huyết sau ăn (phần insulin dành cho dinh dưỡng) có thể là insulin thường hoặc insulin aspart/lispro. Phần insulin hiệu chỉnh được chọn dùng rộng rãi là insulin ngắn tác dụng nhanh.

Phác đồ nên đưa ra liều ban đầu và kế hoạch điều chỉnh. Chiến lược của điều trị nội viện là thay đổi liều nhanh và thường xuyên. Hội chẩn với chuyên khoa khi không thể điều chỉnh được đường huyết theo phác đồ.

Chuyển sang điều trị ngoại trú

Cần đo HbA1c; kết quả xét nghiệm này giúp BS đánh giá đáp ứng điều trị, hướng dẫn điều trị ngoại trú, đồng thời tạo thuận lợi khi tư vấn cho BN qua con số HbA1c của chính họ. Lưu ý cân nhắc những tình huống có thể làm diễn dịch sai kết quả HbA1c , như khi BN thiếu máu (HbA1c tăng giả), có truyền máu (HbA1c thấp giả).

Nếu HbA1c ≤7% và BN đã có toa thuốc được điều trị trước khi vào viện, BN nên được tiếp tục các thuốc này.

Nếu HbA1c từ 7 - 9%, cho BN thuốc hạ ĐH uống (thường là metformin, có thể kết hợp với sulfonylurea) và một liều insulin cơ bản bằng 50% tổng liều hàng ngày đang dùng trong bệnh viện (nếu đường huyết lúc xuất viện đạt yêu cầu 100-140mg/dL), hoặc 80% liều insulin cơ bản đang dùng (nếu đường huyết lúc xuất viện còn cao). Sử dụng insulin bán chậm (NPH) hoặc insulin analog tác dụng dài (insulin glargine)[5].

Nếu khó kiểm soát hơn với HbA1c >9%, có hai chọn lựa: thuốc viên và 50-80% liều insulin cơ bản dùng ở BV hoặc hai mũi insulin loại phối hợp nhanh và bán châm/chậm.

Tài liệu tham khảo

1. Riddle MC, et al (2010). Epidemiologic relationships between A1C and all-cause mortality during a median 3.4-year follow-up of Glycemic Treatment in the ACCORD Trial. Diabetes Care 33:983–990.
2. ADVANCE Collaborative Group (2008).Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Eng J Med 358: 2560-2572
3. Duckworth W et al (2009). Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Eng J Med 360:129-139
4. Moghissi ES, Korytkowski MT, Dinardo M. et al. (2009). American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association Consensus Statement on inpatient glycemic control. Diabetes Care 32(6): 1119-1131.
5. Rodriquez A, Umpierrez G, Seley JJ et al (2011). Improving inpatients glycemic control: Expert insights. Medscape Medical News, released: 14 Sep 2011.