

ĐIỀU CHỈNH ĐƯỜNG HUYẾT CHO NGƯỜI BỆNH NẪM KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

Lê Tuyết Hoa*

Trước năm 2001, tăng đường huyết trong bệnh viện thường bị bỏ qua. Nhưng một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng thực hiện tại một trung tâm ở Leuven (Bỉ) trên 1.500 BN nằm ICU ngoại báo cáo giảm 42% số tử vong nếu dùng liệu pháp insulin tích cực.⁽¹⁾ Kể từ đó vấn đề kiểm soát đường huyết trong bệnh viện (BV) đã được cộng đồng y khoa quan tâm rất nhiều.

1. Những bằng chứng không đồng nhất

Có nhiều bằng chứng cho thấy cải thiện đường huyết (ĐH) giảm rõ rệt tỉ lệ mắc biến chứng, nhiễm trùng và tử vong.⁽²⁻⁵⁾ Trong nghiên cứu của Van den Berghe, có đến 70-80% là BN phẫu thuật tim mạch, tỉ lệ tử vong giảm đến hơn 40% ở nhóm có ĐH 80-110 mg/dL so với nhóm ĐH 180 mg/dL.⁽⁴⁾ Hiệu quả của việc kiểm soát ĐH ở những BN được phẫu thuật bắc cầu mạch vành cho thấy mức ĐH 150-200-250 mg/dL làm tăng biến chứng và tử vong; hơn nữa nếu ĐH >200 mg/dL trong ngày đầu hậu phẫu số tử vong tăng gấp 7 lần.⁽⁵⁾

Dựa vào kết quả nghiên cứu của Van den Berghe, năm 2004 hai tổ chức ADA (American Diabetes Association) và ACE (American College of Endocrinology) khuyến cáo ĐH 80-110 mg/dL, và ít nhất <110 mg/dL. Những hướng dẫn này đã gây nhiều tranh cãi. Và trên thực tế khi kiểm soát ĐH chặt chẽ nhiều BS rất sợ hạ ĐH. Vài năm nay, nhiều nghiên cứu lớn đưa ra bằng chứng xác đáng rằng kiểm soát đường huyết chặt chẽ không đưa thêm lợi ích trên kết cục lâm sàng, không khác biệt về tử vong ở nhóm ĐH <110 mg/dL và nhóm 140-180 mg/dL.⁽⁶⁻⁷⁾ Chuyên gia Gunjan Y.G tại Mayo Clinic đã thực hiện nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng đánh giá vai trò của hạ ĐH tích cực (80-100 mg/dL) trong lúc mổ ở người bệnh được phẫu thuật tim. Tác giả không tìm thấy một cải thiện kết cục nào, trái lại tăng thêm tử vong và đột quỵ ở nhóm này.⁽¹⁾ Gần đây, nghiên cứu đa trung tâm NICE-SUGAR (Normoglycemia in Intensive Care Evaluation-

Survival Using Glucose Algorithm Regulation Study), tiến hành trên hơn 6000 BN ghi nhận giữ ĐH tích cực làm tăng sự cố ĐH gấp 6 lần và tăng tử vong trong vòng 90 ngày cao hơn nhóm ĐH qui ước.⁽⁷⁾ Vì vậy, mục tiêu ĐH trên những BN nặng đã thay đổi.

2. Mục tiêu đường huyết cho những người bệnh nặng hiện nay

Một điều chắc chắn là ĐH <110 mg/dL không cải thiện kết quả mà còn tăng thêm nguy cơ hạ ĐH. Do đó, mục tiêu đề ra năm 2009 đã được điều chỉnh qua những khuyến cáo của ADA và AACE như sau:

- đường huyết mục tiêu là 140-180 mg/dL cho hầu hết BN ở ICU
- có một nhóm BN được cho phép có mức đường huyết từ 110-140 mg/dL, nhưng vẫn không biết chắc chắn rằng mức 110-140 mg/dL có tốt hơn 140-180 mg/dL không.
- không khuyến cáo: đường huyết <110 mg/dL vì nguy cơ hạ ĐH, và >180 mg/dL vì tăng nguy cơ nhiễm trùng/biến chứng

3. Mục tiêu ĐH có khác nhau cho từng nhóm bệnh ICU (ICU nội, ICU ngoại hoặc phân theo loại bệnh lý)?

Hầu hết các BN nằm ICU đều có tiềm tàng nhiều biến chứng. Mục tiêu ĐH nên là 140-180 mg/dL cho hầu hết BN. Đã có thêm bằng chứng rằng đối với BN phẫu thuật hay mổ bắc cầu mạch vành, mục tiêu ĐH có thể thấp hơn nhóm bệnh ICU nội, tuy nhiên chưa có dữ liệu đầy đủ.

Vài tháng trước, trên tạp chí Annals of Internal Medicine, America College Practice (ACP) đã công bố một tổng phân tích có hệ thống các nghiên cứu.⁽⁸⁾ Một số viện/bệnh viện đề nghị giữ ĐH 140-200 mg/dL để tránh hạ ĐH. Tuy nhiên kinh nghiệm lâm sàng cho thấy ĐH ở khoảng 200 mg/dL có thể tăng nguy cơ nhiễm trùng, trong khi mức 140-180 mg/dL là lý tưởng nếu được thực hiện an toàn, và đó là mức ĐH tốt nhất bảo đảm chức năng của bạch cầu đa nhân, đồng thời giảm được cơn hạ ĐH nặng.

*TS BS Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP.HCM

4. Những trở ngại trong kiểm soát đường huyết (ĐH) nội viện

Có khá nhiều trở ngại để đạt được mục tiêu khuyến cáo trên: tăng nguy cơ hạ ĐH lên gấp nhiều lần, đòi hỏi thêm nhân lực, thay đổi qui trình, tập huấn, và tăng cường sự liên kết chặt chẽ giữa nhiều chuyên khoa.

Ngoài ra cơ chế tăng ĐH ở BN nặng (đa số họ không bị ĐTĐ trước) còn chưa được trình bày đầy đủ. Mối liên hệ giữa tăng ĐH và kết cục điều trị bất lợi có thể không phải là nhân quả mà chỉ phản ánh tình trạng nặng của bệnh. Do vậy trong điều trị, nếu cố đảo ngược đáp ứng sinh lý của cơ thể khi bị stress có thể làm xấu thêm bệnh trạng.⁽¹⁾

Một rào cản lớn khác là nỗi sợ hạ ĐH. Hạ ĐH không nhận biết thực sự là nguyên nhân chính làm người bệnh tử vong nhất là ở những người được cho thuốc an thần, thở máy. Tuy nhiên, hạ ĐH trong BV có thể là chỉ điểm của tình trạng bệnh nặng, hơn là sự cố không mong muốn của điều trị. Điều này làm các BS bớt lo lắng khi cố gắng ổn định ĐH, nhưng cần hạn chế tối đa hạ ĐH cho bệnh nhân.

5. Cải thiện kiểm soát đường huyết cho BN nội trú

- Huấn luyện cho nhân viên y tế

Cần có qui trình để phân loại tần suất và mức độ của tất cả những lần tăng giảm ĐH. Từ đó phân tích đúng lúc, đảm bảo điều chỉnh đường huyết an toàn.

- Đặt ra mục tiêu ĐH 140-180 mg/dL, đây là mức ĐH hợp lý, không phải ĐH bình thường
- Tổ chức thử đường huyết tại giường “point-of-care glucose testing”

Không nên hạn chế trong kỹ thuật theo dõi ĐH, miễn sao phù hợp với nguồn lực hiện có, đạt được hiệu quả và đảm bảo an toàn.

- Xây dựng (và lượng giá) phác đồ kiểm soát đường huyết bằng insulin truyền (*), phù hợp với hoàn cảnh và nguồn lực của khoa phòng.

Tóm lại, mục tiêu kiểm soát đường huyết ở BN nặng đạt giá trị bình thường là điều không nên. Hiện tại vẫn áp dụng mục tiêu ĐH mang tính bảo tồn và hợp lý cho tới khi có thêm bằng chứng khẳng định về một mục tiêu ĐH khác hoặc được cá thể hóa (tùy từng người bệnh và tình trạng bệnh lý).

(*) Mỗi nghiên cứu có phác đồ hạ đường huyết bằng truyền insulin riêng. Trong nghiên cứu NICE-SUGAR, có thể tham khảo phác đồ trên website <https://studies.thegeorgeinstitute.org/nice/>.

Tài liệu tham khảo

1. Gunjan Y.G (2011). Inpatient Hyperglycemia: What next? MAYO CLINIC Endocrinology Update Vol 6. No.2:1-2
2. Pittas AG, Siegel RD, Lau J (2004). Insulin therapy for critical ill hospitalized patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med, 164: 2005-2011
3. Reed CC, Stewart RM, Sherman M et al (2009). Intensive insulin protocol improves glucose control and is associated with a reduction in intensive care unit mortality. J Am Coll Surg 204: 1048-1054
4. Van den Berghe G, Wouters PJ, Weekers F (2001). Intensive in critically ill patients. N Eng J Med 345: 1359-1367.
5. Furnary AP, Gao GQ, Grunkmeier GL et al (2003). Continuous insulin infusion reduced mortality in patients with diabetes undergoing CABG. J Thoracic Cardiovasc Surg 125: 1007-1021.
6. Irizucchi SE, Siegel MD (2009). Glucose control in the ICU – how tight is too tight?. N Eng J Med 360: 1283-1297.
7. Finfer S, Chittock DR, Su SY et al (2009). NICE-SUGAR Study. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients. N Eng J Med 360:1283-1297
8. Kansagara D, Fu R, Freeman M (2011). Intensive insulin therapy in hospitalized patients: A systematic review. Ann Intern Med Vol.154, N.4: 268-282.