



ترجمه:
دکتر محمد حسن هدايتی اُمَامی - متخصص داخلی (غدد)
دکتر البرز هدايتی اُمَامی - متخصص داخلی
بهمن ۱۴۰۲

دیابت شیرین در بزرگسالان - بخش ۱۰

و/یا انسولین، نارسائی کلیه، دمانس، مصرف الکل، و بی نظمی در خوردن غذا از عواملی هستند که فرد دیابتی را در معرض حملات هیپوگلیسمی قرار می دهند. حمله هیپوگلیسمی را از نظر شدت به سه دسته تقسیم می کنند:

خود بیمار متوجه علائم می شود و خودش افت قند را چاره می کند	خفیف
بیمار نیاز به کمک دیگران دارد، لیکن حمله افت قند آن قدر شدید نیست که بیمار را بیهوش کند و یا نیاز به تجویز گلوکاگن باشد.	متوسط
حمله هیپوگلیسمی شدید یعنی آن که بیمار تشنج کرده است، دچار اختلال هوشیاری شده است، و باید به مرکز اورژانس خبر بدهند یا او را به درمانگاه اورژانس برسانند.	شدید

بسیاری از بیماران دیابتی که می خواهند با انسولین سطح گلوکز خون را در حد مطلوب نگهدارند، خواه ناخواه دچار حمله های خفیف هیپوگلیسمی می شوند. تا زمانی که دفعات آنها چندان زیاد نیست یا به شدت متوسط تا شدید نمی رسند، قابل اغماضند. حملات متوسط تا شدید را باید به پزشک خبر داد تا هم علت آن را جستجو کند، هم برنامه تجویز انسولین را بازبینی نماید. علت حمله هیپوگلیسمی را باید پیدا کرد: آیا یک وعده غذا را حذف کرده است؟ آیا دوز انسولین را اشتباه کرده است؟

باید توجه داشت که بیمار دیابتی که قند خونش خوب تحت کنترل نیست و بارها دچار حملات هیپوگلیسمی می شود، ممکن است واکنش های ضدافت قند خود را از

هیپوگلیسمی

تعریف هیپوگلیسمی عبارتست از افت سطح گلوکز خون به کمتر از ۷۰ میلیگرم در دسیلیتر. برحسب شدت، به سه درجه تقسیم می شود:

کمتر از ۷۰ و ≤ 54 میلی گرم در دسی لیتر	سطح ۱
کمتر از ۵۴ میلی گرم در دسی لیتر	سطح ۲
بدون توجه به عدد، هر وقت علائم شدید افت قند پیدا شود، به نحوی که اقدام درمانی لازم باشد.	سطح ۳

بیمار ممکن است نشانه های دستگاه عصبی خودکار و یا نشانه های عصبی مرکزی را نشان دهد. نشانه های عصبی خودکار، هم مربوط به تحریک آدرنژیک است، هم مربوط به تحریک کلینژیک.

نشانه های تحریک آدرنژیک شامل لرزش دست ها، تپش قلب و یا اضطراب و نشانه های تحریک کلینژیک شامل عرق فراوان، احساس گرسنگی، و پارستزی ها است.

نشانه های دستگاه عصبی مرکزی در کمبود گلوکز عبارتند از: اختلال در سطح هوشیاری، منگی و گیجی، ضعف، خواب آلودگی؛ اگر تا این موقع، اقدامی به عمل نیاید، خرابی کار مغز ممکن است بدتر و بیمار دچار تشنج و اغما شود. نشانه های مغزی معمولاً هنگامی روی می دهد که سطح گلوکز خون به پائین تر از ۵۴ میلی گرم در دسی لیتر برود.

بیماری که در مدت زمانی طولانی مکرر دچار حملات شدید هیپوگلیسمی می شود، بسیار آسیب می بیند، توان مغزی خود را از دست می دهد، بارها سقوط می کند و دچار شکستگی ها می شود و در این بیماران میزان مرگ هم افزایش می یابد.

درچه بیماری خطر بروز هیپوگلیسمی زیاد است؟ سن، نژاد سیاه پوست، مدت زمان ابتلاء به دیابت، مصرف سولفونیل اوره

خود است، بیش از دیگر دیابتی های نوع ۱، دچار عوارض حاد، نظیر کتواسیدوز دیابتی می شود و مجموعه ای از چالش های منحصربه فرد در برابر نظام سلامت و پزشکان و پرستاران قرار می دهند. نوجوانان و جوانان دیابتی با چالش های دیگری هم ر ویاوری هستند. ناگزیر از بخش مراقبت های کودکان به بخش مراقبت های بزرگسالان منتقل می شود؛ تا وضع بیمه شان مشخص شود، مدتی بدون بیمه می مانند و از دریافت خدمات دارویی و خدمات دیگر ممکن است محروم بمانند. علاوه بر همه اینها، در این بیماران افسردگی و/یا ناراحتی ها شایع است؛ همه اینها سد راه دریافت مراقبت های مربوط به دیابت آنان است.

با توجه به این موانع، باید پیشاپیش برنامه های جامعی تدارک دید تا پیش از ورود، در دوران ورود، و پس از ورود به بخش مراقبت های بزرگسالان، این نوجوانان را آماده کرد و مورد حمایت قرار داد. این موضوع اهمیتی حیاتی دارد. علاوه برآن پیش از توجه به کنترل گلوکز خون، یا همزمان با آن باید به نگرانی های روانی این نوجوانان و جوانان توجه کرد تا بتوان به نتایج مطلوب تری دست یافت. برنامه ریزی و آمادگی برای انتقال به بخش مراقبت های بزرگسالان باید زود، از همان سن ۱۴ سالگی شروع شود. هنوز معلوم نشده که سن مناسب برای انتقال نوجوانان به بخش مراقبت های بزرگسالان کدام است، ما پیشنهاد می کنیم با شراکت خانواده بیمار، خود بیمار و پزشک تصمیمی مشترک بگیرند و در این تصمیم گیری برای تعیین زمان مناسب انتقال به بخش مراقبت های بزرگسالان، استرسزاهای بالقوه زندگی و مسائل نظام سلامت، نظیر تغییر در پوشش بیمه ای و به مقرارت محلی را در مدنظر داشته باشند.

علاوه بر گفتگوها بین بیمار و پزشک، باید بین پزشکان دو بخش کودکان و بزرگسالان هم گفتگوهایی صورت بگیرد تا قبل از اولین ویزیت در بخش بزرگسالان، همه جزئیات بالینی کلیدی به پزشک آینده منتقل شود.

برای طراحی و برنامه ریزی این انتقال، می توان از منابع انجمن دیابت آمریکا، انجمن بین المللی دیابت کودکان و نوجوانان و اتحادیه ملی برای پیشبرد سلامت نوجوانان استفاده کرد و برای نیازهای متعدد این گروه در حال افزایش و آسیب پذیر، پاسخ های مناسبی تدارک دید.

منابع:

1-Agarwal R., Filippatos G., Pitt B., et. al.: FIDELIODKD and FIGARO-DKD Investigators: Cardiovascular and kidney outcomes with finerenone in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease:the FIDELITY pooled analysis. Eur Heart J 2022; 43: pp. 474-484.



دست بدهد و دچار حملات هیپوگلیسمی بی خبرانه شود. در این حال، سطح گلوکز خونس بسیار پائین می افتد، بی آنکه متوجه آن شود. بنابراین باید از بیماران پرسید در چه سطحی از گلوکز خون، علائم افت قند را حس می کنند. گاهی اگر به مدت چندین هفته، سخت گیری در کنترل گلوکز خون را کنار بگذارید، بیمار آن واکنش های از دست رفته نسبت به افت قند را باز می یابد.

اگر بیمار هوشیار است و قادر به خوردن است، برای درمان هیپوگلیسمی به بیمار گلوکز برسانید. ما به بیماران دیابتی می گوئیم در درمان هیپوگلیسمی، قانون ۱۵ را به یاد داشته باشند. به آن ها می گوئیم ۱۵ گرم قند ساده بخورند یا بنوشند. هر ۱۵ دقیقه گلوکز خون سرانگشت خود را اندازه بگیرند. خوردن گلوکز و آزمایش گلوکز را تکرار بکنند تا سطح گلوکز خون سرانگشت از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر بالاتر برود. اگر هیپوگلیسمی طول کشید به بیمار می گوئیم میان وعده شامل کربوهیدرات، چربی و پروتئین بخورند. یادتان باشد، در همه موارد باید علت افت قند را پیدا و آن را اختصاصاً درمان کرد.

به بیماری که دچار حمله هیپوگلیسمی شدید شده است، یعنی آن که نیاز به کمک اطرافیان خود یا کارکنان اورژانس دارد، می توان گلوکاگن تجویز کرد. اکنون گلوکاگن به سه صورت تزریق عضلانی، زیرپوستی و افشانه بینی وجود دارد. به بیماران می گوئیم خوب است یکبار در درمانگاه اورژانس استفاده از گلوکاگن را تمرین کنند.

دیابتی های خاص

تعداد نوجوانان و جوانان دیابتی به سرعت در حال افزایش است، زیرا میزان بروز هر دو نوع دیابت نوع ۱ و ۲ در این گروه های سنی روبه زیاد شدن است. در بین تمام افرادی که دچار دیابت نوع ۱ هستند، در این گروه سنی میانگین HbA1c در بالاترین حد