

## HİPOGLİSEMİ KOMASI

Leyla KADIR KHORSHID\*

### ÖZET

Hipoglisemi koması sıklıkla insülin kullanan diabetiklerde görülür. Diabetik bir hastada hipogliseml koması genellikle aşırı ilaç kullanımı (insülin veya oral antidiabetikler), aşırı egzersiz ya da çok az gıda alımı nedeniyle gelişir. Hipoglisemi komasındaki bir diabetik hastaya yardımda en önemli şey glikoz veya dekstroz vermektir.

Hipoglisemi sık rastlanan metabolik acil bir durumdur. Hipoglisemi komasında kan şekeri düşüktür. Ancak "hipoglisemi koması" demek için kan şekerinin hipoglisemik düzeylerde olması gerekmez. Kan şekerinin normalden düşük olmasa bile, hızla düşmesi ile özellikle aterosklerotik ve yaşlı hastalarda hipoglisemi belirtileri ortaya çıkabilir. örneğin; kan şekeri 500 mg/ml iken birden 200 mg/ml dolaylarına inerse hastada hipoglisemi belirti ve bulgular görülebilir (4).

Hipoglisemi daha çok insülin kullanan diabetiklerde görülür. insülin kullanan bir diabetik hastanın hipoglisemi komasına girme nedenleri:

- Fazla insülin alınması
- Aynı miktarda insülin yapıldığı halde olağan dışı beden faali-  
yetleri (koşma, yüzme)
- Aynı miktarda insülin yapıldığı halde yemek aralarının gecikmesi  
(3, 5, 8, 10, 12, 13).
- (günün atlanması (9)
- Bulantı ve kısıma sonucu gelişen nütrisyonel ve sıvı dengesizliği
- Ruhsal sıkıntı (9, 12)

\* E. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu öğretim Görevlisi (Dr.)

İnsülin kullanmayan diabetiklerde hipoglisemi koması bazen oral antidiabetiklerin fazla kullanılması ile de görülür (7, 8). Bu tip hipoglisemi komalan insüline bağlı hipoglisemi komaları kadar sık değildir. Ülkemizde diabetiklerde en fazla rastlanan hipoglisemi nedeni insülin kullanmayı bilmemekten kaynaklanmaktadır.

#### **Klinik Belirtiler:**

Hipogliseminin klinik belirtileri; sempatik tonus artışına ve adrenalinin kana fazla salınımına, bir yandan santral sinir sistemi fonksiyonlarının tedrici olarak azalmasına bağlıdır (6). Hipogliseminin sinirlilik, titreme, terleme gibi göze çarpar belirti ve semptomları ortaya çıktığında kan şekeri genellikle % 60-70 mg'ın altına düşmüştür. Kan şekeri düzeyi % 20-40 mg.'a kadar düştüğünde hastada klonik konvülsiyonlar, pupil dilatasyonu ve bilinç kaybı görülebilir. Kan şekeri % 20 mg'ın altına düştüğünde bilinçsizlik ve koma ortaya çıkabilir.

Hipogliseminin ilk belirtileri her hastada farklı olabilir, fakat genellikle soğuk ve nemli deri (veya aşırı terleme), parmaklarda titreme, uykusuzluk, konuşma ve konsantrasyon güçlükleridir. Hasta oldukça garip veya dalgın görünebilir. Nabız teşikardiktir, kan basıncı normal veya yüksektir. Palpitasyon görülebilir. Diğer semptomlar heyecan, davranış değişiklikleri, açlık hissi, baş ağrısı, çift görme, bulanık görmedin. Hipoglisemi gece gelişmişse gece terlemesi, kabuslar veya uykusuzluk görülebilir (3, 6, 7, 9, 12, 13).

#### **Risk Altındaki Hastalar :**

En fazla risk altındaki . hastalar, hipogliseminin erken semptomların' hissetmeyen hastalardır. Bunlar yaşlı, aşırı sedasyonlu, propranolol veya diğer beta adrenerjik blokleri alan, zehirlenmiş olan ve otonom nöropatisi olan hastalardır.

#### **Özellikle dikkat edilmesi gereken diabetik hastalar şunlardır:**

(1) insülin rezistansı aniden artacağından, bir hastalık stresinden yeni kurtulan hastalar

(2) Glikojen depoları azalmış olan, karaciğer hastalığı olan hastalar

(3) Böbrek hastalığının son döneminde olan hastalar (12)

#### **Tanı:**

Her bilinç bozukluğu durumunda hipoglisemi olasılığı da düşünülmelidir. Acil olarak kan şekeri bakma olanağı yoksa 100 ml.

% 20-30<sup>1</sup>luk dextroz çözeltisinden damara verip, hastanın açılıp açılmadığına bakılmalıdır (5,7). Daha sonra hipogliseminin açlık hipoglisemisi veya reaktif hipoglisemi olup olmadığı araştırılır. Açlık hipoglisemileri çoğunlukla sabah kahvaltısından önce hatta hasta daha yatağından kalkmadan belirti verirler. Reaktif hipoglisemilerde ise, hipoglisemi belirtileri yemeklerden 1-4 saat sonra görülür. Daha sonra ayine' tanıda birçok laboratuvar testleri kullanılabilir. Bu testler uzatılmış açlık testi, intravenöz sodyum tolbutamid testi, şeker yükleme testi, lösün testi, plasmada insülin tayini ve çöliak anjiografidir (2, 7).

#### **Tedavi Ve Hemşirelik Bakımı;**

Hipoglisemi komasındaki bir diabetik hastaya bilinci açık ise 30 gr. şeker ağızdan verilir (5, 11). Bilinç kapalı ise 100 ml. % 30'luk dekstroz çözeltisi damardan verilir (6, 7). Acil tedavide 1 mi. glukagon kas içine veya cilt altına enjekte edilir (3, 6, 7, 12). Bu arada hipoglisemi ile birlikte acil olarak önlem almayı gerektiren bir durum varsa (Addison krizi, karaciğer koması gibi) onunla ilgili önlemler de alınır. Hipogliseminin akut olarak düzeltilmesinden sonra hastanın tekrar hipoglisemiye girmemesi için önlem alınır. Bunun için ya % 5-10'luk dekstroz çözeltileri ile perfozyona devam edilir yada hastada uygun bir diyetle beslenmeye geçilir (6). Bal veya şekerli çay verilebilir. Kaymağı alınmış süt, peynir ve kraker hem karbonhidrat hem de protein gereksinimini karşılar (12).

Hipoglisemi komasından sonra hastanın vital belirtileri, bilinç düzeyi, kan şekeri düzeyi 24 saat boyunca 2 saatte bir kontrol edilir. Hastanın dinlenmesi sağlanır. Hasta yemek yedikten ve dinlendikten sonra ona ne olduğu ve ne yapıldığı açıklanır. Hastaya her zaman yanında şeker taşıması önerilir (12). Diabetik hastalar uykularında da hipoglisemiye girmiş olabilecekleri için, hasta uyurken hemşirenin hastayı kontrol etmesi. terli olup olmadığına bakması hipogliseminin tanınması açısından önemlidir (3).

#### **SUMMARY**

#### **insülin Shock**

**Insulin shock often occur in insulin-dependent diabetic patients. Insulin shock in a diabetic patient is usually caused by too much medication (insulin or oral agent), too much exercise, or too little food. The most important thing about helping a diabetic patient in insulin shock is to give glucose or dextrose.**

## KAYNAKLAR

1. Alp, H., Molvalılar. S.: Endokrin Hastabklan. İstanbul, 1987, ss. 297-310.
2. Çev. Ed. Aydoğan Öbek,: İç Hastalıkları. Bursa, 1990, ss. 93-99.
3. Birol, L, Akdemir, N., Bedfik, T.: İç Flastlıklan Hemşireliği. Ankara, 1990, ss. 434.
4. Çalangu, S.:Acil Dahiliye. İstanbul, 1984, ss. 209.
5. Çalangu. S.: İç Hastalıkları. İstanbul. 1982, ss. 106-107.
6. Deđerli, Ü.: Dahili ve Cerrahi Acil Hastalıklar. İstanbul, 1979, ss. 314.
7. Deđerli, Ü., Çalangu, S., Dilmener, M., Bozfakıloğlu, Y.: özet Tanı ve Tedavi. İstanbul, 1984, ss. 197-207.
8. Hatemi, H., Biyal. F., Korugan, Ü.: Diabetes Mellitus. İstanbul, 1983, ss. 48-52.
9. Luckmann and Sorensen.: Medical Surgical Nursing. W.B. Saunders Company, London, 1974, ss. 1338.
10. Müderrisođlu, M.: Diabetes MeWtus. Türk Eczacılar Birliđi Yayınları, Ankara, 1986, ss. 22-23.
11. Çev. Ed. Namık Kemal Menteş.: İç Hastalıklarında Temel Bilgiler. İzmir, 1976, ss. 687.
12. Shock, P.: "Confusing Concepts: İs It Diabetic Shock or Diabetic Coma?" Nursing. 13: 6, 1983, ss. 32-42.
13. Çev. Ed. Tevfik Pınar.: Semptoma Yönelik Tanı El Kitabı. Ankara, 1988. ss. 349-354.