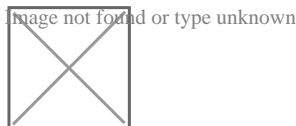


## **Οδήγηση με σακχαρώδη διαβήτη (Κωνσταντίνος Μακρυλάκης, Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, «Λαϊκό» Νοσοκομείο Αθηνών)**

[/ Πεμπτούσια](#)



[Προηγούμενη δημοσίευση: <http://www.pemptousia.gr/?p=174736>]

Επιπλέον, η αντίληψη των υπογλυκαιμιών διαφέρει από άτομο σε άτομο και το υποκειμενικό στοιχείο στην αντίληψη αυτή είναι η μοναδική βεβαιότητα ότι ο ασθενής γνωρίζει αυτή την επιπλοκή της θεραπείας με ινσουλίνη. Η υπογλυκαιμία εμποδίζει την ορθή εκτίμηση του κινδύνου από την οδήγηση. Όταν ρυθμιστεί ο διαβήτης και ο ασθενής είναι πλέον εξοικειωμένος με τις υπογλυκαιμίες, μπορεί να ξαναρχίσει να οδηγεί. Πριν ξεκινήσει πρέπει να μετρά το σάκχαρο αίματος. Η εκπαίδευσή του πρέπει να περιλαμβάνει αναλυτικές οδηγίες για λήψη υδατανθράκων ταχείας δράσης όταν απειλείται υπογλυκαιμία.

Ομοίως, τα οινοπνευματώδη ποτά πρέπει να αποφεύγονται. Η καταγραφή των τιμών του σακχάρου αίματος από τον ασθενή πρέπει να ελέγχεται τακτικά από τον ιατρό. Ακόμα ο ασθενής πρέπει να προειδοποιείται ότι μετά από σωματική δραστηριότητα ή μη λήψη γευμάτων μετά από ένεση ινσουλίνης μπορεί να οδηγηθεί σε υπογλυκαιμία.



Η εγκυμοσύνη δεν είναι λόγος διακοπής της οδήγησης. Στην περίπτωση ασθενούς με διαβήτη της κύησης, η οποία θα έπρεπε να αρχίσει ινσουλίνη για την αυστηρή ρύθμιση του διαβήτη, οι οδηγίες μπορεί να διαφέρουν. Θα ήταν όμως φρόνιμο η ασθενής να μην οδηγεί μέχρι να εξοικειωθεί με τις υπογλυκαιμίες και με την πρόληψή τους.

Σε έναν ασθενή με ινσουλινοθεραπευόμενο διαβήτη που οδηγεί, θα πρέπει να τονίζεται επανειλημμένα ότι προ της έναρξης της οδήγησης πρέπει να μετρά το σάκχαρο αίματος και να διορθώνει με λήψη υδατανθράκων τυχόν χαμηλές τιμές (κάτω από 70 mg/dL σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς) πριν ξεκινήσει. Ενδιάμεσες στάσεις για μέτρηση του σακχάρου επιβάλλονται επίσης κάθε μία ή δύο περίπου ώρες όταν η διαδρομή είναι μεγάλη.

Ιδιαίτερη προσοχή πάντως πρέπει να δοθεί στις επιπλοκές από τους οφθαλμούς σε πάσχοντες από μακροχρόνιο διαβήτη. Διαταραχές όρασης μπορεί να εμφανισθούν κατά την αρχική ρύθμιση, όταν οι αυξομειώσεις του σακχάρου είναι μεγάλες, καθώς και όταν υπάρχει διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Σημειώνεται επίσης ότι η όραση δεν είναι ικανοποιητική για μερικές ώρες μετά την ενστάλαξη μυδριατικών. Αναφέρεται περίπτωση ασθενούς που προκάλεσε τροχαίο δυστύχημα όταν επέστρεφε οδηγώντας από το νοσοκομείο όπου είχε υποστεί βυθοσκόπηση.

Η απώλεια της αναγνώρισης των υπογλυκαιμιών, που επέρχεται σε ένα άτομο με διαβήτη που ρυθμίζεται αυστηρά, είναι λόγος διακοπής της οδήγησης μέχρι να διορθωθεί αυτή η κατάσταση. Οι συχνές υπογλυκαιμίες οδηγούν συχνά στη μη αναγνώριση των προδρόμων υπογλυκαιμικών συμπτωμάτων και η κατάσταση αυτή διορθώνεται με την αλλαγή των τιμών σακχάρου-στόχων στη ρύθμιση του ατόμου με διαβήτη. Συγκεκριμένα, γίνονται αποδεκτές σχετικά υψηλότερες τιμές σακχάρου και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Ο ιατρός πρέπει να επιμείνει ρωτώντας τον ασθενή για τυχόν μεταβολή του τρόπου με τον οποίο αυτός αντιλαμβάνεται τις υπογλυκαιμίες. Ενδεχομένως θα πρέπει να ρωτήσει και τα άλλα μέλη της οικογένειάς του για τις δικές τους παρατηρήσεις. Κατά την τακτική επανεξέταση του ασθενούς πρέπει ακόμα να εξετάζεται η καταγραφή των τιμών του σακχάρου.

#### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Clarke WL, Cox DJ, Gonder-Frederick LA, Kovatchev BP. Hypoglycemia and the decision to drive a motor vehicle by persons with diabetes. *JAMA* 1999; 282: 750-754.
2. Cox DJ, Gonder-Frederick LA, Kovatchev BP, Clarke WL. The metabolic demands of driving for drivers with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Metab Res Rev* 2002; 18: 381-385.
3. Cox DJ, Penberthy JK, Zrebiec J, Weinger K, Aikens JE, Frier B, Steton B, De Groot M, Trief P, Schaechinger H, Hermanns N, Gonder-Frederick L, Clarke W. Diabetes and driving mishaps: frequency and correlations from a multinational survey. *Diabetes Care* 2003; 26: 2329-2334.
4. Flanagan DEH, Watson J, Everett D, Cavan D, Kerr D. Driving and insulin-consensus, conflict or confusion? *Diabetic Med* 2000; 17: 316-320.
5. Gill G, Durston J, Johnston R, MacLeod K, Watkins P. Insulin-treated diabetes and driving in the UK *Diabetic Med* 2002; 19: 435-439.
6. Marrero D, Edelman S. Hypoglycemia and driving performance: A flashing yellow light? (Editorial) *Diabetes Care* 2000; 23: 146-147.
7. MacLeod KM. Diabetes and driving: towards equitable, evidence-based decision making. *Diabetic Med* 1999; 16: 316-320.
8. Κατσιλάμπρος Ν, Ιωαννίδης Ι, Τεντολούρης Ν, Τσαπόγας Π. Ταξίδι. Εις: Μαθαίνω να ζω με το Διαβήτη. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000, σελ: 193-197.
9. Dewey CM, Riley WJ. Have diabetes, will travel. *Postgrad Med* 1999; 105: 111-113, 117-118, 124-126.
10. Frier BM. Diabetes mellitus and lifestyle: driving, employment, prison, insurance, smoking, alcohol and travel. In: J. Pickup & G. Williams eds.

*Textbook of Diabetes, 3rd edn, Blackwell Science Ltd, Oxford 2003; 68: 1-18.*

11. Gill GV, Redmond S. *Insulin treatment, time zones and air travel: a survey of current advice from British diabetic clinics. Diabet Med* 1993; 10: 764-767.
12. Τσαπόγας Π. «Διαβήτης και Οδήγηση». Εις: «Ερωτήσεις και απαντήσεις στο σακχαρώδη δια-βήτη, Ο διαβήτης από το Α ως το Ω», Κατσιλά-μπρος Ν και συν. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 2004, σελ. 298-304.
13. Λιάτης Σ. «Διαβήτης και Ταξίδια» Εις: «Ερωτή-σεις και απαντήσεις στο σακχαρώδη διαβήτη, Ο δια-βήτης από το Α ως το Ω», Κατσιλάμπρος Ν και συν. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 2004, σελ. 305-311.

**Πηγή:** Περιοδικό «Διαβιτολογικά νέα» Νο 44 (Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 2011)