

1. ALLGEMEINES

- präoperative Voraussetzung = möglichst optimale Therapieeinstellung:
 - mittlerer Blutzucker-Zielbereich 6 - 10 mmol/l
 - keine Hypoglykämien < 5 mmol/l
 - HbA1c < 8-10%
- präoperative Laboruntersuchungen bei Entgleisung:
 - Glukose, HbA1c
 - Na/K
 - Crea/HSt
 - Blutgasanalyse (Laktat/pH)
 - Urinstatus (Ketonkörper)
- geplante OP ggf. verschieben (bei Entgleisung, Nachweis von Azeton im Urin) und Diabetestherapie optimieren
- im kritischen Zustand mit unsicherer subcutaner (Schock) Umstieg auf i.v.-Gabe
- Ziel des periOP-Blutzuckermanagement ist weniger die strenge Blutzuckereinstellung, sondern Vermeidung von Hypoglykämien und stärkerer Hyperglykämie

2. PATIENTEN MIT DIABETES MELLITUS 1 ODER 2 UND INSULIN-BEHANDLUNG

- präoperativ am Vortag sowohl Kurz- als auch Langzeitinsulin wie bisher
- präoperativ am OP-Tag:
 - Basal-Insulin: Dosierung unverändert weiter
 - Normal-Insulin: bisherige Therapie pausieren. Korrektur nach Schema siehe 4. Korrekturregeln
- Blutzuckermessungen im Tag/Nacht-Profil: 7, 10, 12, 14, 17, 22, 0, 3 Uhr
- intraOP 2-Stündliche BZ-Messung
bei Entgleisung: stündliche BZ-Messung
- ab Nahrungsaufnahme präOP gewohnter Mengen: bisherige Therapie mit Normal-Insulin wieder beginnen, BZ-Messung wie präOP
- solange eine Nahrungsaufnahme **nicht** möglich ist: Normal-Insulin-Gabe nur in Korrekturdosis (Korrektur ab 10 mmol/l) sowie Basal-Insulin abends wie bisher

2.1. UMGANG MIT INSULINPUMPEN

- Fortführung der Insulinpumpe mit Basalrate bei allen nicht-kritisch kranken Patienten und elektiven Eingriffen
- Pausierung der Pumpe bei allen instabilen Patienten und bei Notfalleingriffen, sowie bei erwartbar längerfristiger Nahrungskarenz postoperativ, dann engmaschige BZ-Kontrollen und Insulinzufuhr als Boli oder Spritzenpumpe i.v.
- BZ Messung intraoperativ stündlich, prä- und postop bei wachem Patienten 2 stündlich

3. PATIENTEN MIT DIABETES MELLITUS 2 OHNE INSULIN-BEHANDLUNG

- Metformin 48h vor OP pausieren, eine OP-Verschiebung bei Nichteinhaltung des Zeitraumes ist nicht zwingend notwendig, dann sollten Laktatkontrollen intra- und postOp erfolgen

	letzte Bearbeitung:	Prüfung:	Freigabe:	letzte Gültigkeitsprüfung:
Name:	Maiwald, Oliver	Morsbach, Kai	Liebl-Biereige, Simone	28.08.2020
Datum:	20.08.2020	20.08.2020	20.08.2020	

- Pause für Sulfonylharnstoffe und Glinide bei kompensiertem Diabetes mellitus 2 am OP-Tag bis zur nächsten Nahrungsaufnahme
- wenn nötig: Normal-Insulin nach Kporrekturregel (siehe 4.)
- Metformin nach OP wieder beginnen, sobald die Nierenfunktion wieder das präOP-Niveau erreicht hat (24-48h), andere orale Antidiabetika zur Nahrungsaufnahme wieder beginnen

4.KORREKTURREGELN

- wichtig: Blutzuckerspiegel (BZ) **vor** Insulin-Gabe messen
- 1 Kohlenhydrateinheit (KHE) = 10 g Glukose

Korrekturregeln Insulintherapie	
BZ > 10 mmol/l	3 IE Normalinsulin
BZ > 12 mmol/l	4 IE Normalinsulin
BZ > 15 mmol/l	6 IE Normalinsulin
BZ > 18 mmol/l	8 IE Normalinsulin
Bz < 5 mmol/l	Glucosegabe i.v. (8-24g je nach BZ Wert)

- Nach Insulingabe wird der BZ spätestens nach 30 min erneut gemessen und nach Schema weiter behandelt. In RS mit FA/OA kann die Insulindosis individuell angepasst werden

5.KOMPLIKATIONEN BEI DIABETIKERN

- Labilität des Blutdruckverhaltens während der Operation, insbesondere Gefahr der Hypotension u.a. auch orthostatisch bei Lagerungsmanövern
- Verzögerte Magenentleerung mit möglicherweise erhöhter Aspirationsgefahr
- Verminderter Atemantrieb auf Hypoxie: Gefahr der Atemdepression im Aufwachraum
- Blasenentleerungstörung/Harnverhalt -> Cave: Delir
- PNP und pAVK mit erhöhtem Risiko von Lagerungsschäden

6.INSULINTHERAPIE BEI INTENSIVPATIENTEN

- Bei Pat. von der INT mit laufendem Insulinperfusor wird dieser periop pausiert (ebenso wie die Ernährung) und es erfolgt eine engmaschige BZ-Messung und Behandlung nach oben genanntem allgemeinen Schema

	letzte Bearbeitung:	Prüfung:	Freigabe:	letzte Gültigkeitsprüfung:
Name:	Maiwald, Oliver	Morsbach, Kai	Liebl-Biereige, Simone	28.08.2020
Datum:	20.08.2020	20.08.2020	20.08.2020	