

05.09.2016

Fortbildung Diabetes

Fragestellung:

Mit welchen Beschwerden stellen sich Patienten in der Hausarztpraxis vor und was veranlasst uns, eine Blutzuckermessung durchzuführen? (*hierbei sei angemerkt, dass Patienten sich selten mit „typischen“ Symptomen vorstellen*)

1. Mögliche Symptome:

- Müdigkeit/Abgeschlagenheit
- Sehstörungen (durch osmotisch bedingtes Aufquellen der Linse)
- Juckreiz
- vermehrtes Durstgefühl (aufgrund der Polyurie), erhöhte Harnausscheidung (Polyurie) aufgrund der Glukosurie (Osmose) und Exsikkose
- erhöhte Infektanfälligkeit (z.B. Hautinfekte, Harnwegsinfekte, Pilzinfektionen)
- Übelkeit/Erbrechen/Diarrhoe
- Bewusstseinsstörungen bis hin zum Koma (z.B. wenn man zum Hausbesuch gerufen wird), Bild eines Schlaganfalls
- Kußmaulsche Atmung/Acetongeruch
- Wadenkrämpfe (Ursache bisher noch nicht gänzlich geklärt: Aber bereits die Polyurie führt zu vermehrter Ausscheidung von Magnesium; meist liegt bei Diagnosestellung bereits eine diabetische Polyneuropathie vor mit dem mgl. Symptom des Wadenkrampfes) -> Problem des schwierigen Nachweises eines Magnesiummangels im Labor (es geht um intrazellulären Mg-Mangel wegen des Membranpotentials-) => ex juvantibus Magnesium geben.

Literaturquelle für erhöhte Infektanfälligkeit bei Diabetikern:

https://www.uptodate.com/contents/susceptibility-to-infections-in-persons-with-diabetes-mellitus?source=search_result&search=erh%C3%B6hte+infektanf%C3%A4lligkeit+bei+diabetes%3F&selectedTitle=1%7E150

2. Wann können wir einen Patienten noch in der Hausarztpraxis behandeln, wann schicken wir ihn lieber ins Krankenhaus?

Grundsätzlich ist, wenn möglich, die Ursache der Entgleisung zu klären: Infekt, Tumor, Cortison, Diuretika, Soft-Drinks, etc.

Ambulante Behandlung:

- bei Diabetikern, die gut führbar sind
- BZ nicht über 350 mg/dl (bei Erstdiagnose eines Diabetes mit BZ mehr als 300 mg/dl => Krankenhaus)
- eine engmaschige Kontrolle des Zustandes bis zur Besserung möglich ist
- Typ-2-Diabetiker: Versuch mit Metformin und Ernährungsumstellung

- Vollelektrolytlösung, Insulin und Kaliumgabe (kritisch zu sehen, da weder pH noch Kalium in der Praxis schnell zu bestimmen sind. Dies wäre eher die Domain eines Krankenhauses)
 - *Nach Kenntnis aus dem KH -> Intensivstation:*
 1. *Gewichtsadaptierte Vollelektrolytlösung*
 2. *Insulinperfusor 1-2 ml/h -> BZ-Senkung nicht mehr als 50 mg/h!*
 3. *Kaliumperfusor nach Wert*
 4. *Engmaschig BGA ggf. Bicarbonat*

Krankenhauseinweisung:

- Bei Erstdiagnose und einem BZ von mehr als 300 mg/dl (meist Typ-1-Diabetiker).
- Ist ein Abwarten im häuslichen Umfeld unter Therapie für 1-2 Tage nicht vertretbar, aufgrund der Patientencompliance, des Gefühls „irgendetwas stimmt nicht“, schlechtem Allgemeinzustand oder wenn vermehrt Ketone/Aceton im Urin ausgeschieden werden (CAVE: Ketoazidose -> Koma möglich).
- Wenn der Erfolg durch eine enterale Therapie nicht zu erwarten ist und eine parenterale Insulingabe nötig ist.
- ph-Verschiebung, Elektrolytverschiebung, Ketone im Urin, Aceton, etc. sind nicht/oder nicht engmaschig im ambulanten Bereich messbar!

3. Orale Glucosetoleranztest während der Schwangerschaft:

Es gibt keine Evidenz für oGTT's in der Schwangerschaft.

Dafür muss ich noch die Quelle nachlegen....