



Σακχαρώδης Διαβήτης και καρδιοχειρουργικός ασθενής


ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : Ράτζι Ελένη
ΜΕΘ - ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ



- › Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές του Σακχαρώδη διαβήτη είναι υπεύθυνες για το 75% των θανάτων των διαβητικών
- › Οι διαβητικοί ασθενείς χωρίς γνωστό ιστορικό στεφανιαίας νόσου παρουσιάζουν τον ίδιο κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος με μη διαβητικούς με ιστορικό παλαιού εμφράγματος.




- › Η συνολική θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα είναι 2 φορές αυξημένη στους άνδρες και 4 – 5 φορές αυξημένη στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση που έχουν Σακχαρώδη διαβήτη σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς ασθενείς.



Παράγοντες κινδύνου αθηρωμάτωσης στους διαβητικούς ασθενείς

- Αρτηριακή υπέρταση
- Υπερλιπιδαιμία
- Αντίσταση στην ινσουλίνη
- Διαταραχές πήξης - ινωδόλυσης
- Υπεργλυκαιμία



Παράγοντες κινδύνου αθηρωμάτωσης στους διαβητικούς ασθενείς

- Αρτηριακή υπέρταση
- Υπερλιπιδαιμία
- Αντίσταση στην ινσουλίνη
- Διαταραχές πήξης - ινωδόλυσης
- Υπεργλυκαιμία



Ενδείξεις για αορτοστεφανιαία παράκαμψη (bypass)

- Νόσος 3 αγγείων
- Στένωση στελέχους της Αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας
- Νόσος 2 αγγείων που περιλαμβάνει και τον εγγύς πρόσθιο κατιόντα κλάδο.
- Νόσος 2 αγγείων με δυσλειτουργία της Αριστερής κοιλίας



Παράγοντες που επηρεάζουν την ρύθμιση σακχάρου σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς

- Εφαρμογή εξωσωματικής κυκλοφορίας
- Χορήγηση ινοτρόπων φαρμάκων(Νοραδρεναλινής, αδρεναλίνης κλπ)
- Ρύθμιση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών
 - Κάλιο 4 -4,5 mEq/L
 - Νάτριο 135 -146 mEq/L
 - Ασβέστιο 1-1,15 mEq /L
 - Μαγνήσιο 1,4 – 1,7 mEq /L



- › Ο λεπτομερής έλεγχος της υπεργλυκαιμίας σε ένα διαβητικό ασθενή που θα υποβληθεί σε καρδιοχειρουργική επέμβαση είναι ζωτικής σημασίας.
- › Τα επίπεδα γλυκόζης αίματος περιεγχειρητικώς είναι 90 – 180 mg/dl. (5-10 mmol/L) .
- › Σε ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς να μην παραλείπεται ή να μειώνεται βραδινή δόση της ινσουλίνης.
- › Την ημέρα του χειρουργείου να αποφεύγεται η υποδόρια χορήγηση ινσουλίνης.
- › Σε διαβητικούς υπό αντιδιαβητικά δισκία (Σουλφονουλουρίες ή γλινίδες) να παραλείπεται η βραδινή δόση.



Στη ΜΕΘ η ρύθμιση γίνεται με συνεχή χορήγηση ενδοφλέβιας ινσουλίνης ταχείας δράσης .

- › Σε 100 ml N/S 0.9% - 100 i.u. Humulin Regular
- › Επιθυμητά επίπεδα 130 -170 mg /dl
- › Ο έλεγχος γίνεται ανά 4ωρο ή και συχνότερα.



› Το παρακάτω σχήμα ισχύει μόνο για την δόση έναρξης

Τιμή σακχάρου	Δόση ινσουλίνης ταχείας δράσης
Σακχαρο 170 - 200mg /dl	1ml /l
Σακχαρο 201 -250 mg/dl	2 ml/l
Σακχαρο 251 - 300 mg/dl	3 ml/l
Σακχαρο > 300 mg /dl	4 ml/l



- › Αν το σάκχαρο < 120 σταματάμε την έγχυση ινσουλίνης και μετράμε ανά 1h.
- › Οι αλλαγές στη δόση είναι μικρές συνήθως 1-2 ml/h.
- › Σε υποψία υπογλυκαιμίας σταματάμε την έγχυση ινσουλίνης μετράμε το σάκχαρο άμεσα και αν το σάκχαρο < 80 χορηγούμε 2 amp D/W 35%.
- › Σε περίπτωση διακοπής της σίτισης μειώνουμε αυτόματα σημαντικά την δόση της ινσουλίνης



- › Για τους ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς μετά το εξιτήριο επιστρέφουν στο σχήμα της ινσουλινοθεραπείας που ακολουθούσαν προ του χειρουργείου. Ενδέχεται τα πρώτα 24ωρα να χρειαστούν παραπάνω μονάδες ινσουλίνης .
- › Για τους διαβητικούς υπό αντιδιαβητικά δισκία εάν η HbA1c <8 τότε επιστρέφουν στη θεραπεία προ του χειρουργείου . Αν όμως η HbA1c > 9 και οι τιμές των μετρήσεων σακχάρου δεν είναι σταθερές τότε με την συμβολή του διαβητολόγου χρειάζεται αναπροσαρμογή ή και αλλαγή της θεραπείας σε ινσουλίνη.



Σας Ευχαριστώ!!