

## Bölüm 24

# YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE DİYABETİK HASTAYA YAKLAŞIM/YÖNETİM

Zafer PEKKOLAY<sup>1</sup>

### VAKA

Sekiz yıldır Tip 2 Diyabetes Mellitus tanısı olan hasta iki gündür devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma ve ateş yakınmaları ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde batında sağ üst kadranda hassasiyet ve Murphy bulgusu pozitif olarak bulundu. Laboratuvar bulgularında lökositoz, hafif ALT yüksekliği olan hastanın glukoz düzeyi 324 mg/dl saptandı. İdrarda ketonu negatif ve kan gazında asidoz saptanmadı. Hasta akut kolesistit ve Tip 2 diyabet/hiperglisemi tanısıyla yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hasta evde diyabet tedavisi için Metformin 2000 mg/gün ve Gliklazid 30 mg/gün kullanmaktaydı. HbA1c: 8.9 olan hastanın oral anti-diyabetik tedavisi kesildi. Ağızdan beslenmesi kesildi. Parenteral yoldan beslenmesine devam edildi. Saatlik kan şekere takibine alındı. İnsülin infüzyonu başlandı. Ampirik antibiyotik tedavisi başlandı. Takibinin 5.gününde yoğun bakımdan taburcu edildi. Elektif kolesistektomi planlandı.

### GİRİŞ

Diyabetes Mellitus(DM) tüm dünyada bir pandemi haline gelmiştir. Bu yüzden yoğun bakım ihtiyacı olan DM'li hasta sayısı her geçen gün artmaktadır(1).

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda diyabet prevalansı en az %25'tir. Bu durum yaş arttıkça %50'lere ulaşır. Yoğun bakım hastalarında diğer önemli durum bilinen diyabeti olmayanlardaki hiperglisemi sıklığıdır(2,3).

Diyabeti olmayan hastalarda hiperglisemi önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir(4). Yoğun bakıma yatan diyabetik hastalarda araya giren stres faktörleri insülin karşıtı hormonları artırarak hiperglisemiyi belirginleştirir. Diyabet olup-tanısız kalan hastalarda yoğun bakım sürecinde daha yüksek glukoz değerleri ile karşılaşmaktadır(5,6).

<sup>1</sup> Dr. Öğretim Üyesi Dicle Üniversitesi Erişkin Endokrinoloji, Diyarbakır

şeklinde kullanılmıştır. Kan glukozuna parmak ucundan bakılabilir. Dolaşım yetmezliği ve bazı ilaçların yanlış değerlere yol açtığı bilinmelidir. Kan gazı glukoz değerlerinin doğruluğu oldukça yüksektir. Subkütan insüline geçiş yapılırken hastanın kanında yeterli insülin konsantrasyonu sağlamak için insülin infüzyonu 2-4 saat daha devam edilmelidir (20).

## SONUÇ

Diyabetik hasta yoğun bakım ünitesinde insülin infüzyonu ile takip edilmelidir. Kan glukoz düzeyi yakından takip edilmelidir. Hedef kan glukoz değeri 140-180 mg/dl düzeyinde olması hipoglisemik komplikasyonları önlemek için idealdir. Subkütan insülin tedavisi başlanan hastanın insülin infüzyonu bir süre daha devam edilmelidir.

## REFERANSLAR

1. Zimmet P, Alberti KG, Magliano DJ, et al. Diabetes mellitus statistics on prevalence and mortality: fact and fallacies. *Nat Rev Endocrinol.* 2016;12(10):616-622.
2. FG Smith, Sheehy AM, Vincent JL, et al. Critical illness-induced dysglycaemia: diabetes and beyond *Crit Care*, 2010;10:327.
3. Clement S, Braithwaite SS, Magee MF, et al. Management of diabetes and hyperglycemia in hospitals. *DiabetesCare.* 2004, 27: 553-591.
4. Egi M, Bellomo R, Stachowski E, et al. Blood glucose concentration and outcome of critical illness: the impact of diabetes *Crit Care Med*, 2008;36:2249-2255.
5. Mesotten D, Preiser JC, Kosiborod M. Glucose management in critically ill adults and children. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3:723-733.
6. Silva-Perez LJ, Benitez-Lopez MA, Varon J, et al. Management of critically ill patients with diabetes. *World J Diabetes.* 2017;8(3):89-96.
7. Marik PE, Bellomo R. Stress hyperglycemia: An essential survival response! *Crit. Care* 2013;17:305.
8. Dungan KM, Braithwaite SS, Preiser JC *Lancet.* 2009 May 23; 373(9677):1798-1807.
9. Harp JB, Yancopoulos GD, Gromada J. Glucagon orchestrates stress-induced hyperglycaemia. *Diabetes Obes Metab.* 2016 Jul;18(7):648-653.
10. Hare KJ, Vilsboll T, Asmar M, et al. The glucagonostatic and insulinotropic effects of glucagon-like peptide 1 contribute equally to its glucose-lowering action. *Diabetes* 2010; 59: 1765–1770.
11. Boutin JM, Gauthier L. Insulin infusion therapy in critically ill patients. *Can J Diabetes.* 2014 Apr;38(2):144-150.
12. Viana MV, Moraes RB, Fabbrin AR, et al. Assessment and treatment of hyperglycemia in critically ill patients. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2014 Jan-Mar;26(1):71-76.
13. Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. *N Engl J Med.* 2001;345:1359–1367.
14. Finfer S, Chittock DR, Su SY, et al. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients. *N Engl J Med.* 2009;360:1283–1297.
15. Smith FG, Sheehy AM, Vincent JL et al. Critical illness-induced dysglycaemia: diabetes and beyond. *Critical Care* 2010, 14:327.
16. Umpierrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, et al. Hyperglycemia: an independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 2002, 87:978-982.

17. Braithwaite SS: Through the eyes of the A1C: a call to re-examine stres hyperglycemia. Crit Care Med 2010, 38:717-719.
18. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Derneği Temd Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2019 213-215.
19. EtieMoghissi, Mary Korytkowski, Monica DiNardo, et al. (2009) American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association Consensus Statement on Inpatient Glycemic Control. Endocrine Practice: May 2009, Vol. 15, No. 4, pp. 353-369.
20. Jacobi J, Bircher N, Krinsley J, et al. Guidelines for the use of an insulin infusion for the management of hyperglycemia in critically ill patients. Crit Care Med. 2012 Dec;40(12):3251-3276.
21. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med. 2017;43:304-377.
22. Qaseem A, Chou R, Humphrey LL, et al. Inpatient glycemic control: best practice advice from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Am J Med Qual. 2014;29:95-98.