

Insulinschema peripartal

1. Peripartale Insulininfusion

Sobald die Geburt „in Sicht“, keine Insuline mehr spritzen -> Umstellung auf Insulininfusion per Infusomat immer bei Typ 1 Diabetes (50 E Actrapid in 500 ml NaCl -> 0,1 E/ml).

Bei Gestations- oder Typ 2 Diabetes BZ-Messung unter der Geburt 2-stündlich -> Infusion nur bei BZ > 8 mmol/l.

Startdosis:

Bisherige Gesamt-Insulindosis pro Tag vor der Entbindung:.....E/Tag.

Diese Zahl dividiert durch 48 =.....E/Std.; multipliziert mit 10 =.....ml/Std.

Falls in den letzten 24 Stunden noch Depotinsulin gespritzt wurde:
Infusions-Rate um ca. 50% reduzieren =.....ml/Std.

Letzte Depotinsulindosis:E um(Datum, Zeit).

2. Peripartale Glukoseinfusion

Bei längeren Nüchternphasen (insbesondere bei Typ 1 Diabetikerinnen), zur Vermeidung einer Ketose eine separate Glucose-Infusion 10%, 100ml/Std., anhängen.

CAVE: Dadurch nimmt der Insulinbedarf um ca. 1 E/Std. zu (Faustregel: 1E/10g Glucose, entspricht 1E/100ml Glucose-Infusion 10%)

Ziel-BZ peripartal: 4,5 bis 8,0 mmol/l.

BZ stündlich messen:

- Falls BZ \leq 4,5 mmol/l: Insulindosis um 50% verlangsamen.
- Falls BZ < 4,0 mmol/l: Insulin temporär stoppen oder Glucosezufuhr steigern.
- Falls BZ > 8,0 mmol/l: Insulindosis um 50% steigern

3. Postpartales Management - Ziel-BZ präprandial < 8 mmol/l.

Gestationsdiabetes:

- Insulintherapie stopp.
- BZ-Tagesprofil (3x präprandial), falls mehrfach >8 mmol/l -> Konsilium Diabetologie

Typ 1 Diabetes:

- Konsilium Diabetologie!
- Insulindosis nach Entfernung der Plazenta rasch bis auf ca. $\frac{1}{4}$ der Dosis vor der Geburt reduzieren.
- Gefahr der Hypoglykämie durch Wegfall von diabetogenen, plazentaren Hormonen!
- Umstellung Infusion auf s.c. Insulin: sobald eine p.o.-Ernährung möglich ist.