

Sykehistorie

Polyuri, polydipsi
Kvalme, oppkast
Rask pust eller kortpustethet, magesmerter
Svakhet, vekttap
Forvirring, nedsatt bevissthetsnivå

Kliniske tegn

Dehydrering
Dyp sukkende respirasjon (Kussmaul)
Lukt av ketoner
Døsighet

Biokjemi

Forhøyede blod-/urinketoner
Hyperglykemi
Acidemi (pH <7,3, HCO₃ <18 mmol/L)
Elektrolytter, urea
Andre undersøkelser etter behov

Diabetisk ketoacidose; diagnose bekreftet. Kontakt bakvakt

Sjokk (svak perifer puls), nedsatt bevissthetsnivå/koma. Obs hjerneødem?

Resuscitering

A: Luftveier
B: Pust (Gi 100 % oksygen)
C: Sirkulasjon (Ringer-acetat/Plasmalyte 10 ml/kg bolus, gjenta til sirkulasjonen er gjenopprettet)
Se håndtering hjerneødem.

Moderat til alvorlig DKA og dehydrering (>5%). Tolererer ikke oral væske. Ikke i sjokk.

IV-terapi

Ringer-acetat/Plasmalyte 10 ml/kg over 20-30 min; kan gjentas
Beregn væskebehov
Korriger væskemangel over 24-48 timer
Tilsett kalium 40 mmol/L væske

Kontinuerlig intravenøs insulin-infusjon på 0,05-0,1 enhet/kg/time, startes 1 time etter at intravenøs væske er påbegynt

Minimal dehydrering (<5%). Mild DKA. Tolererer oral væske.

Behandling

Start med subkutan insulin
Fortsett med oral hydrering

Ingen bedring

Nevrologisk forverring RØDE FLAGG

Alvorlig eller økende hodepine
Ikke forventet reduksjon i hjertefrekvens, irritabilitet, nedsatt bevissthet
Inkontinens (ikke aldersadekvat)
Spesifikke nevrologiske tegn

Utelukk hypoglykemi
Er det tegn til hjerneødem?

Håndtering av hjerneødem

Gi mannitol 0,5-1 g/kg eller 3 % hypertonsk natriumklorid
Juster intravenøs væske for å opprettholde normalt blodtrykk
Kontakt intensivvakt, flytt til intensivavdeling
Vurder MR/CT caput først etter at pasienten er stabilisert

Kritiske observasjoner/overvåking

Blodsukker hver time
Væske og diureseregnskap hver time
Nevrologisk status hver time
Elektrolytter hver 2. time etter oppstart av iv. væsketerapi
Hjerteovervåking

Blodsukker 14-17 mmol/L:

Tilsett glukose (5 % - 12,5 %) til intravenøs væske for å forhindre hypoglykemi

Bedret klinisk tilstand, ketoacidose opphevet, tolererer oralt væskeinntak

Overgang til subkutan insulin

Start subkutan insulin, og stopp etter noe tid intravenøs insulin

Acidose bedrer seg ikke

Revurder

Beregning av intravenøs væskebehov
Valg av insulin-administreringsmåte og dosering
Behov for ytterligere væskeresuscitering
Vurder sepsis som differensialdiagnose