

Diabetes-Insulinbehandlad kvinna vid förlossning,sectio

Bakgrund:

Värkarbetet kräver glukostillförsel för att undvika maternell hypoglykemi och ketonbildning. Vid hypoglykemi avstannar uterus kontraktioner. Tydligt samband mellan neonatal hypoglykemi och maternell hyperglykemi under förlossningen. Insulinkänsligheten ökar kraftigt under förlossning varför blodsockerregleringen sällan är något problem. Då patienterna i regel är välkontrollerade före förlossningen och har vissa depåer av insulin, räcker det ofta under förlossningen utan att extra insulin behöver tillföras.

Förlossning:

- Diabetesläkare ska inför förlossningen lägga upp en plan för insulinbehandling under och efter förlossning. Planen ska finnas dokumenterad i journalen. Om inte planen säger annat gäller följande:
- Så fort förlossningen startar så slutar kvinnan att ta sina ordinarie insulindoser. De kvinnor som även står på Metformin slutar ta sina tabletter vid aktiv förlossning. Kvinnor med insulinpump reducerar basdosen med cirka 50% men behåller pumpen påkopplad
- Sträva efter att upprätthålla normoglykemi dvs. ett plasmaglukos mellan 4- 7mmol/l
- Vid aktivt värkarbete- koppla ett dropp 1000 ml 5% Glukos med 40 mmol Na och 20 mmol Kalium. Infusionsfart 100ml/timme som grundtakt. Droppräknare

Droptakten avgörs sedan efter p-glukos som följes en gång per timme

(obs - ej prov från dropparm)

- **Vid p-glukos 4-7 mmol/l ges inget ytterligare insulin**
- **Vid p-glukos > 7mmol/l ges små doser 4-6 E subkutant med direktverkande insulin Novorapid® eller Humalog® (i enstaka fall krävs här högre doser)**
- **Vid p-glukos < 4mmol/l ökas droptakten ytterligare och snar omkontroll av p-glukos. Vid utebliven effekt av ökad droptakt alternativt medvetandepåverkad patient med hypoglykemi ges 20 ml 30 % Glukos intravenöst som upprepas vb**

OBS!

Bricanyl® och andra betamimetika har en markerad blodsockerhöjande effekt. (Se särskilt PM)
Använd ej glukoshaltiga infusionslösningar. Vid behov av Syntocinondropp så blandas det i NaCl-lösning.
Patienter med diabetes får äta och dricka under förlossningsarbetet.

Elektivt sectio:

Kvällen före:

Om NPH insulin (exempelvis Insulatard®) oförändrad kvällsdos i allmänhet, ibland dock lämpligt med viss dosreduktion, speciellt vid höga doser.

Om långverkande basinsulin (Levemir[®], Lantus[®], Abasaglar[®], „, Toujeo[®] samt Tresiba[®]), överväg alltid dosreduktion kvällen före. Annars risk för hypoglykemi postpartum och detta gäller särskilt Tresiba[®] som är allra mest långverkande.

Läs här i Diabetesanteckningar från Specialmödravården alternativt diskutera med Endokrinolog om oklart angående insulindosering vid planerat sectio.

Samma morgon:

Patienten är fastande och får på morgonen, kl 06.30, halva sin ordinarie insulindos efter kontroll av b-glucos.

Samtidigt sätts ett dropp med 5% Glukoslösning, buffrad med 40 mmol Na samt

20 mmol Kalium. Droppräknare. Initial infusionshastighet 100 ml/tim vid normalt p-glukos.

Droptakten avgörs sedan efter p-glukos som följes en gång per timme. Direktverkande insulin (Humalog[®] /Novorapid[®]) subkutant vid behov.

Efter förlossning/sectio:

Så fort barnet är förlöst sjunker moderns insulinbehov drastiskt. Det krävs således extra uppmärksamhet för att undvika hypoglykemi, inte minst vid start av amningen

Kvinnan

A. Graviditetsdiabetes

För en graviditetsdiabetes innebär det i regel att all insulin- och Metforminbehandling kan sättas ut!

4-punktskurva: fastevärde samt **60** minuter efter frukost, lunch och middag under en dag lämpligen dag 2 postpartum. Se PM Graviditetsdiabetes (LÄNK!)

B. Typ 1 diabetes:

Kontroll av p-glukos direkt efter partus, därefter kontroll varannan timme. Sedan om det ligger bra, utglesning först till 4 timmars intervall och därefter huvudsakligen 7-punktskurva: fastande, före och **90** minuter efter måltid samt kl 22:00 och kl 03:00. P-glukos bör ligga runt 5-10 mmol/l, enstaka värden upp mot 15mmol/l är acceptabelt i detta skede. Målsättning att undvika hypoglykemier. Se PM Diabetes mellitus typ 1 och 2 och graviditet (LÄNK!)

C. Typ 2 diabetes:

Insulin utsättes helt vid partus. Kontroll av ett enstaka P-glukos 3-4 timmar efter partus. 4-punktskurva: fastevärde samt **90** minuter efter frukost, lunch och middag under en dag lämpligen dag 2 postpartum. Se PM Diabetes mellitus typ 1 och 2 och graviditet (LÄNK!)

Målsättningen nu att undvika **hypoglykemi** i första hand, ej lika pressad kontroll här första tiden som under graviditeten. Betydligt högre värden kan accepteras postpartum då man inte har barnet att ta hänsyn till och p-glukos cirka 5-10 mmol/l är bra, upp till 15mmol/l är ok.

Barnet

För vård hänvisas till barn PM ” [Den initiala läkarbedömningen av nyfödda barn](#)” OCH ”

[Standardordination för barn som vårdas på BB pg av underburenhet, tillväxthämning, hyperbilirubinemi eller maternell diabetes](#)”

Dokumenthistorik

Revisionsdatum och ändringar:

2022-12-06: Aktualitetsgranskat utan ändringar

Granskare: Annika Esscher

Författare: Jarl Hellman, Solveig Nordén Lindberg, Gunilla Hallberg

Granskare: Jarl Hellman, Anna Lindqvist

Revisionsdatum: 2020-06-23