

Oppstart av insulinbehandling i allmennpraksis – en kortversjon

Tips til
praksis

Under Primærmedisinsk uke høsten 2008 arrangerte jeg et emnekurs om diabetesbehandling i allmennpraksis. Etter dette fikk jeg spørsmål fra Utposten om å skrive om oppstart av insulinbehandling i allmennpraksis. Rådene som følger er forankret i NSAMs handlingsprogram og på foredraget som indremedisiner Pål Vanberg holdt på emnekurset.

Jeg konsentrerer meg om det praktiske rundt oppstart av insulinbehandling hos personer med type 2- diabetes. For mer utfyllende stoff, anbefaler jeg å lese fordraget til Vanberg som er tilgjengelig på www.pmu2008.no (gå til «kursprogram med foredragene – diabetes»).

Når?

Insulinbehandling er aktuelt når livsstils- og kosttiltak samt perorale antidiabetika ikke har ført til behandlingsmålet (HbA1c <7 hos pasienter under 80 år, <9 hos pasienter over 80 år). Jeg pleier å kombinere metformin og insulin, og seponerer sulfonylurea (f.eks. Amaryl og Mindiab) for å unngå hypoglykemi.

Hvordan?

Det er viktig at pasienten har evne til god etterlevelse av instruksjonene og informasjonen som gis, og at vedkommende er blitt trygg på egenmålinger av blodsukker. Vi går gjennom praktisk bruk av pennen, og det etableres lett tilgjengelighet til en trent medarbeider eller direkte til legen (direktenummer eller mobiltelefon).

Informasjon gis om symptomer på hypoglykemi og føling. Råd gis om alltid å ha tilgang til kjeks/sjokolade/søt drikke eller liknende (type 2-diabetikere er ofte så insulinresistente at de ikke lett får føling).

Hva slags insulin?

Oppstart med middels langsomtvirkende insulin (også kalt NPH-insulin, Neutral Protamin Hagedorn), for eksempel Insulatard/Humulin/Insuman basal som kveldsdose. Etter hvert evt. også morgendose NPH-insulin, før evt. tillegg av ekstra hurtigvirkende insulinanalog (Novorapid/Humalog/Apidra) til måltidene.

Et alternativ er blandingsinsulin: blanding av et middels langsomtvirkende insulin og hurtigvirkende insulinanalog (Novomix 30/Humalog mix 25).

Hvor mye?

Dette avhenger selvfølgelig av hvilket behandlingsmål man setter sammen med pasienten, men som regel starter jeg med 10 IE NPH-insulin som kveldsdose. Behandlingen videre styres etter fastende morgenglukose. Behandlingsmål fastende blodsukker: 4–6 mmol/l (HbA1c: se over).

Forslag til algorime

- Hvis fastende morgensukker er >10 mmol/l tre dager etter hverandre: øk kveldsdosen med 6 IE
- Hvis fastende glukose er 8–10 mmol/l tre påfølgende dager: øk kveldsdosen med 4 IE
- Hvis fastende glukose er 6–8 mmol/l tre påfølgende dager: øk kveldsdosen med 2 IE
- Hvis fastende glukose er <4 mmol/l eller nattlig føling oppstår: reduser kveldsdosen med 2 IE
- Når/hvis kveldsdosen er >60 IE: vurder å dele dosen på morgen og kveld (f.eks. 20 + 40 IE)
- Ved bruk av morgendose NPH-insulin eller blandingsinsulin: styr etter blodsukker før middag (mål: 4–6 mmol/l). Dosejustering x1/uke, 2–6 IE av gangen
- Ved oppstart av hurtigvirkende insulinanalog til måltider: dosen styres etter blodsukker verdien to timer etter måltid. Start med 4 IE til måltid og øk dosen til to-timers verdien er <10 mmol/l
- Langsomtvirkende insulin settes subkutan i låret, hurtigvirkende subkutan på maven
- Ved nattlige følinger eller manglende måloppnåelse vurdert ved HbA1c: evt. søke om refusjon for langtidsvirkende insulin (Levemir/Lantus)

Sammenfatning

Oppstart av insulinbehandling ved ukomplisert type 2-diabetes kan gjøres av allmennleger. Ved å følge de nevnte doseringsforslagene, er det liten fare for at pasienten får hypoglykemi eller føling. Kanskje er vi litt for sene med å starte opp insulinbehandling, da dette krever litt ekstra av oss? Dette innlegget er ment å vekke interessen hos kolleger som ikke har våget seg på insulinbehandling så langt. Det er motiverende for allmennleger å administrere også denne delen av diabetesbehandlingen!

Ragnar Rabe,
Østerås legekontor i Bærum