

PROBLEME DE REANIMARE A BOLNAVULUI DIABETIC SUFERIND DE ABDOMEN ACUT*

Z. Csizér

Cu tot progresul în cunoașterea mai profundă a fiziopatologiei tulburărilor metabolice, terenul diabetic prezintă și astăzi în practica chirurgicală probleme spinuoase. Dacă prin concursul competent al unui diabetolog riscul acestui teren poate fi mult atenuat la intervențiile pe bolnavii cronici printr-o pregătire și reechilibrare metabolică preoperatorie, în chirurgia abdominală de urgență chirurgical este pus adesea în situații dificile.

Primul factor de gravitate se datorește însuși faptului că terenul diabetic al bolnavului este adesea necunoscut. Fie că bolnavul nu știe că suferă de această maladie, fie că uită să spună, fie că chirurgul trece cu vederea dirijarea anamnezei și în această direcție. Mai grav este însă faptul că în multe servicii chirurgicale, la bolnavii de urgență nu se face în mod sistematic (mai ales noaptea) controlul de laborator obligator al glicemiei și cetozei.

De multe ori, cînd se știe că bolnavul suferă de un diabet preexistent afecțiunii abdominale acute, chirurgul se mulțumește cu afirmațiile bolnavului asupra stării echilibrului său metabolic, relatări adesea foarte lacunare și neprecise.

Chiar dacă avem posibilitatea să facem evaluări mai exacte pe baza datelor de laborator, ne lipsește acel timp minim de 24—48 ore, în care am putea efectua o reechilibrare metabolică cît de cît corespunzătoare.

Al doilea factor de gravitate: diabetul mai mult sau mai puțin echilibrat pină la apariția afecțiunii abdominale acute are de înfruntat în momentul declanșării acesteia două agresiuni importante: una internă provocată de afecțiunea acută și una externă provocată de intervenția chirurgicală. Or, se știe că toate agresiunile tulbură profund echilibrul atît de labil al diabeticului. Ca urmare se va instala un cerc vicios care poate avea consecințe grave: leziunea nou apărută agravează diabetul, iar terenul diabetic decompensat dă o alură gravă atît evoluției leziunilor locale, cît și stării generale.

Al treilea factor de gravitate constă în scăderea eficacității mecanismelor proprii de reechilibrare a tuturor funcțiilor derăglate prin toxemie, hemoragie, dezechilibru hidromineral acidobazic, metabolic etc., inerente adesea abdomenului acut.

Al patrulea factor de gravitate constă în imposibilitatea diabeticului decompensat de a putea localiza infecția la poarta de intrare din cauza blocării sistemelor sale de apărare locală și generală, ca atare orice infecție supraadăugată sau lipsă de sterilitate va putea avea consecințe nefaste.

Astfel bolnavul suferind de diabet și concomitent de o afecțiune abdominală acută, poate muri nu numai în comă diabetică ori comă hipoglicemică, dar și în soc hemoragic sau toxiinfecțios, accidente circulatorii cerebrale și cardiace, chiar și în comă hepatică și uremică.

Pentru a putea contrabalansa toți acești factori de gravitate și pentru a putea efectua o reechilibrare corectă, trebuie să cunoaștem patomecanismul intim al înălțurii proceselor de agravare atît a stării diabetice, cît și a stării generale și locale a bolnavului.

La un individ cu un teren echilibrat, agresiunea cauzată de o afecțiune abdominală acută plus agresiunea chirurgicală declanșează, după cum se știe, o reac-

* Din tematica discuției la „Masa rotundă” în probleme reanimării în chirurgia de urgență. ținută la Tg.-Mureș la 12 mai 1966.

ție complexă neurovegetativă (simpaticotonia) și endocrină (hiperfuncția catabolizantă a axului hipofizo-suprarenal), care va asigura în scurt timp homeostazia prin redistribuirea masei sanguine, glicogenoliză și gluconeogeneză sporită.

La un individ cu teren diabetic decompensat din cauza labilității metabolice și din cauza deficiențelor organice aceste reacții de apărare vor fi mult mai puțin eficiente, ba mai mult, vor fi prin ele însăși cauza altor tulburări:

— la diabetic rigiditatea patului vascular micșorează eficacitatea proceselor de redistribuire a singelui circulant;

— hiperfuncția hipofizosuprarenală postagresivă stimulează energic procesele de neoglucogeneză și prin aceasta producerea hepatică de corpi cetonici, aceștia neputînd fi metabolizați în ritm fiziologic, se acumulează în organism și declanșează cetoacidoza și coma diabetică.

La declanșarea acidocetozei în cursul și după intervenție, mai contribuie: 1. *simpaticotonia* provocată de durerea abdominală și emoțiile legate de intervenția neașteptată; 2. *inaniția* cauzată de inapetență, vărsături, diaree și alte pierderi; 3. *epuizarea* prin insomnia cauzată de durere; 4. *întreruperea* administrării insulinei din diverse motive; 5. *medicația cu presoare*.

Cunoscînd chiar în linii mari aceste date ale fiziopatologiei, care de fapt sînt mult mai complexe, putem stabili unele principii de bază de care trebuie să ținem cont în stabilirea indicației operatorii, în alegerea momentului intervenției și a metodelor de reechilibrare postoperatorie.

În caz de abdomen acut la diabetici, ca și pe orice alt teren, indicația operatorie nu se mai discută. Dacă nu se intervine în timp util se agravează atît procesul acut cît și diabetul.

— *Nu intervenim* în caz de comă diabetică, decît după scoaterea bolnavului din comă.

— *Intervenim imediat*, indiferent de starea metabolică a bolnavului, în caz de hemoragii mari „cataclismice“.

— *Temporizăm* intervenția pînă la maximum 1—3 ore, pînă la o reechilibrare chiar parțială a bolnavului, în peritonite de perforație și ocluzii intestinale, cu condiția ca reechilibrarea să se continue intra- și postoperator.

— *Preconizăm următoarea reechilibrare preoperatorie:*

— *la diabeticul compensat* (glicemia sub 2 g‰, glicozuria sub 10 g/24 ore, absența acetonei în urină, rezerva alcalină peste 50 volume ‰), instalăm imediat o perfuzie de soluție de glucoză 5% și concomitent administrăm o unitate de insulină la 2—4 g glucoză perfuzată. Operația se poate începe în aceste condiții, ținînd desigur cont și de alte reechilibrări: hidrominerale, sanguine, circulatorii, respiratorii etc.;

— *la diabeticul decompensat* (glicemia peste 2 g‰, glicozuria peste 10 g/24 ore, acetonă în urină prezentă, rezerva alcalină sub 50 volum ‰, bolnavi denunțări), trebuie să facem tot posibilul pentru diminuarea sintezei corpurilor cetonici și stimularea arderilor tisulare.

În acest scop se va da insulină subcutanat sau i. v. 20—40 U/oră, pînă la dispariția corpurilor cetonici și atingerea rezervei alcaline de 50 volum ‰. În același timp se va instala o perfuzie de soluție de glucoză de 20—30 ‰ pentru a preveni hipoglicemia.

În abdomen acut, neputînd aștepta de cele mai mult ori nici 4—6 ore pînă la intervenție, se va interveni sub protecția acestei medicații, dar se va urmări glicemia și cetoza bolnavului în continuare din oră în oră, căci există o mare variație individuală în privința reacției față de insulină.

Indicații referitoare la premedicație

— În premedicație să folosim din timp și cu încredere sedative, pentru a putea reduce anxietatea bolnavului și deci descărcările de adrenalină.

— Să se evite opiaceele, în special morfina, căci aceasta accentuează glicogenoliza și hipoxia atît de gravă pentru diabetici, prin depresiunea centrilor respiratori.

— Sînt mult mai indicate coctailurile litice, conținînd clorpromazină și fenotiazide.

— Ca anestezie se preferă metodele de anestezie locală, locoregională, trunchiulară, căci nu modifică glicemia și nu sînt cetogene. Dacă narcoza nu se poate evita, să se mărească doza de insulină cu încă 10 unități, căci toate substanțele narcotice cunoscute sînt hiperglicemizante.

— Dacă aplicăm rahianestezia, să prevenim cu atenție orice mică scădere tensională prin infuzie de noradrenalină, căci diabeticii sînt predispuși la accidente cerebrale.

Intervenția chirurgicală trebuie să fie cît mai simplă, rapidă, mai puțin șocantă dar net eficace, quo ad vitam. Rezolvări definitive se pot amina pentru o dată ulterioară și ca atare ne vom mulțumi și cu intervenții paliative.

În timpul intervenției să se evite prin toate mijloacele iritația zonelor reflexogene, scăderile tensionale, pierderile sanguine. Să se opereze cît se poate de fin, menajînd țesuturile.

Să se ia toate măsurile preventive față de supurații. În consecință se cere o asepse riguroasă, hemostază perfectă, finețe în execuție, drenaj preventiv folosit pe scară mai largă.

În perioada postoperatorie, faza cea mai periculoasă este a treia și a patra zi, cînd reacția postagresivă este cea mai manifestă.

Pentru a preveni o „dramă metabolică” în această perioadă, pentru a conserva rezervele de glicogen ale ficatului și pentru a diminua procesele de gluconeogeneză, se vor continua și după intervenție perfuziile de glucoză cu insulină corespunzătoare, dar în doze mult mai mari, în conformitate cu valorile probelor de laborator, efectuate cel puțin de 3 ori pe zi.

„Este important ca în primele zile după intervenția de gravitate medie, la un diabetic compensat să se dea cel puțin 200 grame de hidrați de carbon (oral și i. v.) cu 60—70 unități insulină, repartizate în 3—4 injecții” (Teodorescu Exarcu).

Raportul de glucoză față de insulină se va mări sau se va micșora în funcție de creșterea sau scăderea glicemiei, respectiv a cetozei.

Pentru a putea evita pericolele deshidratării și ale aportului insuficient de glucide și protide, este foarte important ca alimentația bolnavului per os să se înceapă cît mai devreme după operație. Dacă nu există vreo contraindicație de altă natură, să se dea chiar după 4—6 ore lichide îndulcite sub formă de ceai, suc de fructe, zeamă de compot, lapte degresat.

Dacă bolnavul nu se poate alimenta și hidrata pe cale orală, concomitent cu perfuziile de glucoză și insulină să se perfuzeze într-o altă venă hidrolizate de proteine, aminoacizi, plasmă, singe, soluție Ringer, după calculele cunoscute din urmărirea bilanțului de intrări și ieșiri, ionogramă etc.

Trebuie să subliniem că în practică singura cale de combatere a cetoacidozei constă în administrarea unei cantități suficiente de insulină și glucoză. Scăderea glicemiei la valori apropiate de cele normale nu constituie un indiciu pentru întreruperea sau scăderea insulinei dacă acidoza se menține. Această va fi combătută prin glucoză și insulină. În acest caz putem afirma ca principiu general că în lipsa unei hiperglicemii marcate pentru fiecare 10 unități de insulină trebuie să administrăm cca. 20 g de glucoză.

În caz de comă sau iminență de comă hipoglicemică, administrăm 30—40 ml de soluție glucoză de 30—40 %.

Ca încheiere și concluzie considerăm că în fața unui abdomen acut pe teren diabetic, chirurgul nu are numai obligația să pună o indicație operatorie corectă, să opereze perfect, dar să cunoască și să aplice judicios acele metode de reechilibrare metabolică absolut necesare pentru prevenirea unor grave perturbări și complicații care, observate tardiv, vor putea dezarma și cel mai versat diabetolog.

Sosit la redacție: 15 iunie 1966.