proLékaře.cz | 1.11.2026

11 Akútne ochorenie u pacienta s diabetes mellitus

Marián Mokáň, Peter Galajda

Akútne interkurentné ochorenie (tab. 11.1–3) predstavuje u pacienta s DM stresovú situáciu so zvýšenou sekréciou kontraregulačných hormónov, zníženou pohybovou aktivitou a zvýšenou hladinou glykémie napriek zníženému príjmu potravy alebo vracaniu či nauzey počas takéhoto ochorenia. V záujme predchádzania rozvoja diabetickej ketoacidózy (DKA) a hypoglykémie by mal byť pacient liečený inzulínom edukovaný, že v prípade akútneho ochorenia je potrebné časté monitorovanie glykémie a ketolátok v moči (každé 2–4 hodiny, resp. vždy pri močení) a že je vždy vhodné skontaktovať sa so svojím diabetológom. Dôležitým údajom pre lekára je, či je pacient schopný príjmu potravy, resp. či pociťuje nevoľnosť alebo opakované vracia.

Tab. 11.1 | Akútne ochorenie, pri ktorom pacient nevracia, nemá nauzeu a fyzická aktivita je prakticky normálna (napr. bežná vírózа)

jedlo
bez zmeny
bazálny inzulín
bežná dávka bazálneho inzulínu
prandiálny inzulín
ak je glykémia v rozmedzí 10–14 mmol/l, dávka sa zvýši o 2 IU, resp. o 10–15 %
ak je glykémia v rozmedzí 14–17 mmol/l, dávka sa zvýši o 3 IU, resp. o 20 %
ak je glykémia > 17 mmol/l, dávka sa zvýši o 4 IU, resp. o 25–30 %
ak sú v moči ketolátky (bez ohľadu na výšku glykémie) stredne až silne pozitívne, môže sa uvážiť pridanie prandiálneho inzulínu o ďalších 10 %; vždy však treba kontaktovať lekára, ktorý rozhodne o ďalšom postupe

Tab. 11.2 | Akútne ochorenie, pri ktorom pacient nevracia, ale fyzická aktivita je redukovaná (pacient musí ležať v posteli)

jedlo
dávka jedla sa znižuje približne o tretinu pôvodnej dávky
redukcia energetického príjmu tu kompenzuje telesnú inaktivitu
bazálny inzulín
bežná dávka bazálneho inzulínu
prandiálny inzulín
ak je glykémia v rozmedzí 10–14 mmol/l, dávka sa zvýši o 2 IU, resp. o 10–15 %
ak je glykémia v rozmedzí 14–17 mmol/l, dávka sa zvýši o 3 IU, resp. o 20 %
ak je glykémia > 17 mmol/l, dávka sa zvýši o 4 IU, resp. o 25–30 %
ak sú v moči ketolátky (bez ohľadu na výšku glykémie) stredne až silne pozitívne, môže sa uvážiť pridanie prandiálneho inzulínu o ďalších 10 %; vždy však treba kontaktovať lekára, ktorý rozhodne o ďalšom postupe

Tab. 11.3 | Akútne ochorenie sprevádzané vracaním alebo nauzeou – po podaní obyčajnej rannej dávky inzulínu

ak pacient vracal a glykémia sa pohybuje v rozmedzí 5,0–10,0 mmol/l
pacient by mal popíjať po dúškoch nápoj obsahujúci glukózu (napr. džús) každých 20–30 minút, aby sa glykémia naďalej udržiavala v uvedenom rozmedzí
ak vracanie pokračuje a glykémia klesne < 5,0 mmol/l
pacient by mal byť hospitalizovaný za účelom infúznej liečby; ak pacient býva ďalej od nemocnice, resp. prevoz trvá dlhšie, pred odchodom mu treba podať subkutánne glukagón (glukagén-kit by mal byť súčasťou výbavy každého pacienta liečeného inzulínom), čo zabezpečí dostatočnú hladinu glykémie ako prevenciu pred hypoglykémiou
ak pacient vracia, glykémia > 13 mmol/l a v moči sú ketolátky so strednou až silnou pozitivitou
pacient by mal neodkladne kontaktovať lekára, pretože takýto stav môže naznačovať rozvíjajúcu sa DKA s potrebou hospitalizácie; opakované vracanie trvajúce viac ako 4–6 hodín alebo sprevádzané horúčkou, bolesťou brucha, hlavy alebo ospalosťou je takisto indikáciou na urgentné vyšetrenie lekárom, lebo môže ísť o závažné infekčné ochorenie, náhlu brušnú príhodu, meningitídu či iný stav vyžadujúci hospitalizáciu s intenzívnou metabolickou starostlivosťou, antibiotickú liečbu, prípadne chirurgickú intervenciu

DKA – diabetická ketoacidóza

Pri akútnom ochorení sprevádzanom vracaním, nauzeou alebo nechuťou do jedenia – pred podaním rannej dávky inzulínu: podanie inzulínu sa ani v tomto prípade nesmie opomenúť, aby sa nezvýšilo riziko rozvoja DKA.