

## „Streß“-Hyperglykämie bei akutem Myokardinfarkt: Indikator eines früher bestehenden Diabetes?

Eine bei der Einlieferung von Patienten mit akutem Myokardinfarkt bestehende Hyperglykämie wird generell als Streß-Hyperglykämie angesehen. 26 Patienten, die vorher nicht als Diabetiker galten, hatten bei der Einlieferung auf eine Herzinfarkt-Pflegeeinheit Blutzuckerwerte von  $\geq 10$  mmol/l (180 mg/dl).

16 Patienten überlebten mehr als 2 Monate. 2 Monate nach dem Infarkt ereignis zeigte ein Toleranztest mit 75 g oraler Glukose (oGTT) bei 10 Patienten (63 Prozent) einen Diabetes und bei einem Patienten einen herabgesetzten Glukosetoleranzwert (WHO-Kriterien).

Alle Patienten mit anomaler Glukosetoleranz nach 2 Monaten hatten bei der Einlieferung erhöhte HbA<sub>1c</sub>-Werte (Konzentration des glykolisierten Hämoglobins) ( $> 7,5$  Prozent) gehabt, was auf einen früher bestehenden Diabetes hindeutete. Alle Patienten mit einem HbA<sub>1c</sub>-Spiegel über 8 Prozent hatten eine anomale Glukosetoleranz. 7 der 10 Patienten, die vor der Durchführung des oGTT starben oder bei denen kein oGTT durchgeführt wurde, hatten bei der Einlieferung ebenfalls erhöhte HbA<sub>1c</sub>-Spiegel, zwei hatten Grenzwerte.

Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß ein Blutzuckerwert von  $\geq 10$  mmol/l bei der Einlieferung von Patienten mit schwerem Brustschmerz eher einen früher unbehandelten Diabetes als eine „Streß“-Hyperglykämie anzeigt. Es gibt keinerlei Anzeichen dafür, daß Diabetes durch einen Myokardinfarkt herbeigeführt wird.

Der Prozentsatz des glykolisierten Hämoglobins kann zur Differen-

zierung zwischen Streß-Hyperglykämie und durch Diabetes erzeugter Hyperglykämie eingesetzt werden. dpe

Husband, D. J.; Alberti, K. G. M. M.; Julian, D. G.: „Stress“ Hyperglycaemia during Acute Myocardial Infarction: An Indicator of Pre-Existing Diabetes? *The Lancet* II (1983) 179–181, D. J. Husband, Department of Clinical Biochemistry and Metabolic Medicine, Royal Victoria Infirmary, Newcastle upon Tyne NE1 4LP, England

## Infrarotkoagulation oder Gummibandligatur zur Hämorrhoidenbehandlung?

Zur Behandlung von Hämorrhoiden 1. und 2. Grades steht eine Reihe von Maßnahmen zur Verfügung, u. a. sind neben der Sklerosierungsbehandlung die Gummibandligatur und die Infrarotkoagulation verbreitet. Die Autoren verglichen in einer prospektiven Studie die Ergebnisse der letztgenannten beiden Verfahren an 130 nicht vorbehandelten Patienten. Nachuntersuchungen konnten bei 122 Patienten 3 bis 12 Monate nach Abschluß der Behandlung vorgenommen werden. Beide Verfahren erwiesen sich mit 85 Prozent beziehungsweise 92 Prozent zufriedener Patienten als gleichwertig. Nebenwirkungen, insbesondere Analbeschwerden, waren jedoch nach einer Gummibandligatur signifikant häufiger zu verzeichnen. Die Zahl der Patienten, die länger als 24 Stunden der Arbeit fernbleiben mußten, war ebenfalls bei den mit einer Ligatur Behandelten größer. Da die Infrarotkoagulation zudem wesentlich rascher durchzuführen ist, von den Patienten besser akzeptiert wird und mit weniger schmerzhaften Nebenwirkungen belastet ist, empfehlen die Autoren als Verfahren der Wahl zur Behandlung von Hämorrhoiden 1. und 2. Grades die Infrarotkoagulation. W

Templeton, J. I.; Spence, R. A. J.; Kennedy, T. L.; Parks, T. G.; Mackenzie, G.; Hanna, W. A.: Comparison of infrared coagulation and rubber band ligation for first and second degree haemorrhoids: a randomized prospective clinical trial. *Br. med. J.* 286 (1983) 1387–1389, Department of Surgery, Queen's University of Belfast and Royal Victoria Hospital, Belfast BT 12 6BA

## Operative Behandlung der akuten Cholezystitis

In Linköping und Lund ist man in einer kontrollierten Studie der Frage nachgegangen, ob bei akuter Cholezystitis die frühzeitige Operation der abwartenden Haltung gegenüber Vorteile bringt.

Alle Patienten mit einer akuten Cholezystitis wurden in zwei Gruppen eingeteilt, die entweder innerhalb von sieben Tagen nach Auftreten der ersten Symptome operiert wurden oder bei denen zunächst konservativ behandelt wurde und die Cholezystektomie dann als Elektiveingriff vorgenommen wurde. Insgesamt wurden die Daten von 402 Patienten mit akuter Galle ausgewertet. In 13,8 Prozent mußte die konservative Behandlung abgebrochen werden, da sich der Zustand der Patienten verschlechterte, 11,9 Prozent der Patienten kamen zu der vorgeschlagenen Elektivoperation nach konservativer Behandlung nicht mehr in die Klinik. Hinsichtlich intra- und postoperativer Komplikationen ergab sich zwischen beiden Gruppen kein Unterschied.

Bakterielle Komplikationen lagen in beiden Gruppen bemerkenswert niedrig. Der Krankenhausaufenthalt war bei der frühzeitigen Operation um etwa 1 Woche kürzer, obwohl das Operationsverfahren mit einem signifikant größeren Blutverlust belastet war.

Wegen der finanziellen Konsequenzen plädieren die Autoren für die Frühoperation bei akuter Cholezystitis mit Ausnahme der Patienten jenseits des 75. Lebensjahres, da die verzögerte Cholezystektomie keine Vorteile, aber erheblich höhere Kosten verursacht. W

Norrby, S.; Herlin, P.; Holmin, T.; Sjö Dahl, R.; Tagesson, C.: Early or delayed cholecystectomy in acute cholecystitis? A clinical trial. *Br. J. Surg.* 70 (1983) 163–165, Departments of Surgery and Clinical Chemistry, University Hospital, S-58185 Linköping und Department of Surgery, University Hospital, Lund, Schweden