HİPERKALEMİ

Doç. Dr. Serhan Tuğlular

Tanı Kriteri
Serum K > 5.5 mEq/L

Nedenleri

Yalancı hiperkalemi	Hücre dışına çıkış ↑	Hücre içine giriş ↓	Renal klirensin ↓
• Hemoliz • Trombositoz • Lökositoz • Turnikenin fazla sıkılması	• Egzersiz • Doku nekrozu • Hiperkalemik peryodik paralizi	• İnsulin eksikliği • Aldosteron e • B-adrenerjik blokerler • Asidoz	• ABY • KBY • Renal tubuler asidoz • İlaca Bağlı Potasyum tutucu diüretikler NSAID Heparin ACEI ve ARB Sulfametaksazol-trimetoprim Beta-adrenerjik antagonistler Digoksin zehirlenmesi •Psödohipoaldosteronizm

Klinik Bulgular

Güçsüzlük, parasteziler nadiren görülen klinik bulgularıdır. Ani kardiyak arrest gelişebilir.

Gerekli Tetkikler

Yapılması gerekli en önemli tetkik EKG'dir. Hiperkaleminin EKG bulguları, P-R mesafesinde artış, T dalgalarında sivrileşme, QRS'de genişleme ve ventriküler fibrilasyon ile kardiyak arrest olabilir. EKG bulgularının belirmesi durumun aciliyetine işaret eder. Bunun dışında serum elektrolitleri, kreatinin ve BUN değerleri, arteryel kan gazı, tam kan sayımı ve böbrek ultrasonu hiperkalemi nedenini ortaya koymak için gerekir.

Tedavi:

Serum K'un > 6.5 mEq/L olması acil tedavi gerektirir

Kalsiyum glukonat: 1 ampul glukonat intravenöz olarak 5-10 dk içinde yavaş olarak uygulanır.

Insulin ve dekstroz : Her 3-5 g dekstroza 1U kristalize insulin (Örn: 500 ml % 20 Dekstroza 25 U KI); 250 ml/saat i.v uygulanır. Sonrasında sadece % 5 dekstroz infüzyonuna devam edilir.

Sodyum bikarbonat: 44-50 mEq $NaHCO_3$ intravenöz olarak uygulanır: 50 ml % 7.5 $NaHCO_3$ ampulunde = 45 mEq $NaHCO_3$ bulunur. Bir ampul 50-100 ml % 5 Dx içinde 1/2 -1 saatte intravenöz olarak uygulanır. Bu uygulama sırasında hipokalsemi gelişimine dikkat edilmelidir.

Beta-2 adrenerjik agonistler: Salbutamol (Ventolin): 4 ml isotonik NaCl içinde 10-20 mg salbutamol, nazal inhalasyon şeklinde nebulizatör.

Diuretikler: Böbrek yetmezliği olanlarda etkisiz

Hemodiyaliz - Periton diyalizi: Hemodiyaliz en etkin hiperkalemi tedavisi. Saatte 35 mEqK vücuttan uzaklaştırılır. Periton diyalizinde çok daha yavaş olarak uzaklaştırılır. Hasta hemodiyalize alındıysa diğer konservatif tedavi yöntemlerine son verilir.

Takip ve Sonuç:

Altta yatan kronik hastalığı olan hemodinamik vakalar instabil olan yoğun bakım koşullarında takip edilmelidir.

Kaynaklar:

1- Robert W Schrier,Thomas Berl, Patient with Hyperkalemia and Hypokalemia in Schrier RW; Manual of Nephrology; 6. baskı, Boston: Lippincott Williams &Wilkins, 2005

MARMARA ÜNİVERSİTESİ