HİPOKALEMİ

Doç. Dr. Serhan Tuğlular

Tanı Kriteri

Serum K < 3.5 mEq/L

Nedenleri

Yalancı hipokalemi	Hücre içine giriş ↑
• Kanın uzun süreli saklanması durumunda	• B-adrenerjik agonistler • Insulin tedavisi • Mineralokortikoid fazlalığı

Potasyum eksikliği

- Normotensif ya da Hipotansif
  - İdrar K'u
    - <20 mEq/L: Diyare, GI fistül, Açlık, Villöz adenom, Laksatif kullanımı, Yetersiz K alımı, Terle artmış kayıp
    - >20 mEq/L: Renal kayıp, Karbonik anhidraz inh., RTA, Ureterosigmoidostomi
- Hipertansif
  - Diuretikler, Hiperaldosteronism, Cushing Sendromu, Yetersiz K alımı

Klinik Bulgular

Kardiyak: Ventriküler irritabilite, T dalgalarında düzleşme, U dalgaları, digoksin toksisitesine predispozisyon, koroner arter spazmı.
Nöromüsküler: güçsüzlük/kramplar, paralizi/tetani, ensefalopati.
Gastrointestinal: konstipasyon, ileus,

Gerekli tetkikler

EKG: U dalgaları. Bunun dışında serum elektrolitleri, arteryel kan gazı, tam kan sayımı nedenini ortaya koymak için gerekir.

Tedavi:

Tedavi:

- Altta yatan hastalığı tedavi et.
- K+ replasmanı : her 100 mEq'lık eksiklik için serum K'u 0.3 mEq/L azalır:
  K< 3.0 mEq/L ⟶ 300mEq
  K< 2.0 mEq/L ⟶ >1000mEq
  Günde 120 mEq'ye kadar oral verilebilir.
  Günde 10 mEq/saat'e kadar EKG gerekmeksizin verilebilir
  Serum K'u < 2.5 mEq/L olduğunda, günde 40 mEq/saat ancak santral kateter ile EKG monitorizasyonu altında verilebilir.

Takip ve Sonuç:

K replasmanı sırasında serum K değerleri her 4-6 saatte bir kontrol edilmelidir.
İyatrojenik hiperkalemiye dikkat!

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