HİPONATREMİ

Doç. Dr. Serhan Tuğlular

Tanı Kriteri
Kan Na < 135 mEq/L

En sık görülen elektrolit bozukluğudur. Hemen her zaman hipozmolaliteyi yansıtır. Hiperozmolaliteye eşlik ettiği nadir durumlar, hiperglisemi ile hipertrigliseridemi ve paraparoteinemi durumlarında görülen psödohiponatremidir.

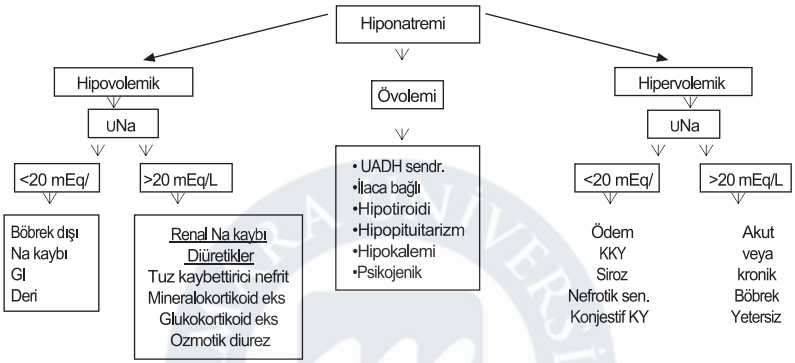
Klinik Bulgular

Letarji, apati, oryantasyon bozukluğu, ajitasyon, konvülsiyon, iştahsızlık, bulantı, kusma gibi öncelikle nörolojik ve gastrointestinal belirti ve bulguları vardır. Bunlar genellikle serum Na<125mEq/L olduğunda belirgin olarak ortaya çıkar. Hiponatremisi saptandıktan sonra öncelikle hastanın volüm durumunun belirlenmesi ve daha sonra aşağıdaki algoritmaya göre değerlendirilmesi gerekir. Hastanın volüm durumu, boyun venöz dolgunluğu, solunum sistemi bulguları ve ödem varlığı gibi klinik bulgulara göre basitçe değerlendirilebilir.

Gerekli Tetkikler

Kanda Na, K, BUN ve kreatinin, glukoz, idrar Na'u (tercihan 24 saatlik, ama spot da fikir verebilir).

Ayırıcı Tanı



Tedavi

• Hipovolemik hastada:
Diüretiklerin kesilmesi
Böbrek dışı sıvı kayıplarının düzeltilmesi
Vücudun toplam sodyum açığının hesaplanarak yerine koyulması
Sodyum açığı (mEq)= 0.6 x Vücut ağırlığı (kg) x (140 Serum Na)
Klinik durum göz önünde bulundurularak, sodyum açığının üçte biri 8 saatte, geri kalanı ise sonraki 2448 saatte yerine konmak üzere hastaya verilir.
Düzeltme hızı hiçbir koşulda 0.51 mEq/L/saat ve/veya 10 mEq/L/gün'ü geçmemelidir.
1000 cc %0.9'luk NaCl'de 154 mEq Na, 10 ml % 20'lik NaCl'de 35 mEq Na bulunmaktadır.
• Övolemik Hastada (Örn. Uygunsuz ADH salgılanması) Sıvı kısıtlaması (1L/gün)
Demeclosiklin (6001200 mg/gün) (ülkemizde bulunmamaktadır)
Lityum Karbonat 3 x300 mg
• Hipervolemik Hastada (dilüsyonel hiponatremi)
Diüretikler
Tuz ve su kısıtlaması (genelde günlük sıvı alımının 1000 cc ile kısıtlanması, ve tam tuzsuz diyet öneriyoruz ki, bu da yine de 36 g arasında tuz içeriyor)

Tedavinin Komplikasyonları:

Özellikle kronik hiponatremik bir hastada serum Na'unun yukarıda belirtilenden daha hızlı düzeltilmesi sentral pontin myelinolizis adı verilen ölümcül nörolojik komplikasyona yol açabilir.

Takip ve Sonuç:

Akut semptomatik hiponatremide hastanın yoğun bakım ünitesinde izlenmesi uygundur: Yakın elektrolit, kan basıncı, nörolojik durum ve renal fonksiyon takibi ile replasman sırasında 8 saatte bir Na takibi gerekir.

Kronik asemptomatik hiponatremik hastada, Na replasmanı yapılmaksızın, nedenin ortadan kaldırılmasına yönelik önlemler alınır (Örn diüretiklerin kesilmesi).

Kaynaklar:

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

MARMARA ÜNİVERSİTESİ 1883

MARMARA ÜNİVERSİTESİ