

Hyponatremi

Gäller för: Region Kronoberg

Hyponatremi (S-Na<115 mmol/l)

Etiologi, prognos och lämplig behandlingsstrategi skiljer sig avsevärt mellan fall med akut påkommen elektrolytrubbning (<24-36 tim) som har en mortalitet på ca 20 % (högre hos kvinnor än män) och fall med kronisk hyponatremi som är betydligt vanligare (ca 85%) och har en mortalitet < 10%.

Etiologi

Akut hyponatremi inträffar oftast hos sjukhusvårdade patienter. De vanligaste bakomliggande orsakerna är psykotisk polydipsi (vattenintoxikation) respektive tillförsel av hypotona vätskor fr a peri- och postoperativt. I båda fallen föreligger nästan undantagslöst även ett ökat ADH-påslag (SIADH).

Kronisk hyponatremi bör i första hand misstänkas hos patienter som inkommer från hemmet med S-Na <115. De vanligaste bakomliggande orsakerna är SIADH respektive pågående thiaziddiuretikabehandling. En ökad förekomst ses hos alkoholmissbrukare.

Symtom

Akut hyponatremi

Uttalade, snabbt påkomna.

Desorientering - kramper - koma.

(Vid utebliven eller för långsam Na-korrektion finns risk för hjärnödem och inklämning).

Kronisk hyponatremi

Lätta - måttliga, successivt påkomna.

Trötthet - illamående - rörelserubbningar - talsvårigheter - konfusion - kramper.

(Vid för snabb Na-korrektion finns risk för svåra neurologiska sequele pga. central pontin och extrapontin myelinolys).

Provtagning

El-status, S-osmolalitet, U-osmolalitet, S-urea, P-glukos, blodstatus, leverprover, CRP, B-etanol, artärblodgas (S-Na och S-K bör i svåra fall initialt följas varje timme).

Behandling

Akut hyponatremi

Ovanligt, förutom hos barn, psykotiska patienter och postoperativt

Snabb Na-korrektion (2 mmol/l per timme till S-Na ca 125 mmol/l) med hypertont 3 % NaCl samt i vissa fall furosemid, beroende på symtomatologi, hydreringsgrad och diures.

Vid akut hyponatremi, medvetlöshet samt kliniska och/eller datortomografiska tecken på hjärnödem:

(Hjärnödem kan lätt missas av ovan rtg-primärjour!)

1. Påbörja omedelbart infusion med 500 ml 0,9 % NaCl med tillsats av 160 mmol NaCl (ger 3 %-ig lösning) och planera denna på 3-4 timmar (ca 130 ml/h). Kontrollera S-Na/S-K varje timme och justera infusionstakten vb.
2. Ge 20 mg Furosemid iv.
3. Ge inj Betapred 8 mg iv.
4. Påbörja ventilatorbehandling med lätt hyperventilation ($PCO_2 = 3,5 - 4,5$).

Kronisk hyponatremi

Långsam Na-korrektion ($< 0,5$ mmol/l per timme till S-Na ca 125) med p.o. vätskerestriktion och/eller isoton NaCl och/eller furosemid, beroende på symtom och hydreringsgrad.

(En ofta adekvat utgångsordination är 1 liter 0,9 % NaCl på 6 timmar).

Undvik alltid överkorrigering!

- Ej höja S-Na mer än 25 mmol/l under första 2 dyggen
- Ej uppnå normal serumnatriumnivå (135 mmol/l) första 2 dyggen

Obs! Vid fall med kramper eller koma där det är oklart om hyponatremi är akut eller kroniskt utvecklad, rekommenderas snabb korrektion (1-2 mmol/l per timme) under 3-4 timmar med NaCl och furosemid. Därefter reduceras korrektionshastigheten till $< 0,5$ mmol/l per timme.

En ofta adekvat utgångsordination är 20 mg furosemid iv samt 250 ml 0,9 % NaCl med tillsats av 80 mmol NaCl som ges under ca 2 timmar (130 ml/h) och därefter 1 liter 0,9% NaCl på 6-12 timmar.)

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare