

ĐIỀU TRỊ GIẢM NATRI MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG:

Chẩn đoán là giảm nồng độ natri máu khi natri máu $< 135 \text{ mEq/l}$, còn gọi là hạ natri máu, giảm natri máu, natri máu giảm.

Khi có hạ natri máu cần đánh giá áp lực thẩm thấu (ALTT): 3 tình huống

1. ALTT bình thường $280\text{-}290 \text{ mOsm/kg}$: giả giảm natri máu do

- Tăng lipid máu, tăng protid máu

2. ALTT máu tăng ($> 290 \text{ mOsm/kg}$) là giảm natri máu tăng độ thẩm thấu huyết tương. Gặp trong tăng đường huyết, truyền dịch ưu trương: manitol, glycerol.

3. ALTT máu thấp ($< 280 \text{ mOsm/kg}$): cần đánh giá tình trạng thể tích. Có 3 khả năng

3.1. Tăng thể tích máu: do suy tim ứ huyết, xơ gan mất bù, hội chứng thận hư.

3.2. Thể tích máu bình thường:

Cường uống (ALTT niệu $< 100 \text{ mOsm/kg}$, SIADH: ALTT niệu $> 100 \text{ mOsm/kg}$, suy giáp, giảm cortisol

3.3. Giảm thể tích máu: đo natri niệu

Natri niệu $< 15 \text{ mEq/l}$ là mất natri ngoài thận do: nôn, ỉa chảy, lở dò, bỏng, mất mồ hôi, viêm tụy, viêm phúc mạc

Natri niệu $> 20 \text{ mEq/l}$ là mất natri qua thận do: dùng thiazide, suy thượng thận, bệnh thận gây mất muối/hội chứng mất muối do não.

Natri máu hạ gây buồn nôn, đau đầu, ngủ gà, hôn mê, co giật, ngừng thở.

Điều trị hạ natri máu cần được tiến hành khẩn trương dựa theo mức độ, tốc độ mất natri cấp hay mạn, và có kèm theo triệu chứng lâm sàng hay không?

II. CHỈ ĐỊNH:

Các trường hợp hạ natri máu có thể tích máu giảm hoặc **khi natri máu $\leq 130 \text{ mEq/l}$** .

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: dùng natriclorua ưu trương

Các trường hợp hạ natri máu có tăng thể tích

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

Bác sĩ, điều dưỡng; đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay trước khi khám và làm thủ thuật

2. Phương tiện:

- Gói dụng cụ tiêu hao

- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn
- Dụng cụ, máy theo dõi
- Máy truyền dịch: 01 chiếc
- Bơm tiêm điện: 01 chiếc

3. Hồ sơ bệnh án: Ghi rõ chẩn đoán, chỉ định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Bác sĩ thực hiện

- Khám lâm sàng, xem hồ sơ, ra chỉ định điều trị
- Ghi chỉ định vào hồ sơ bệnh án
- Natri máu 130 - 135mEq/l: bù bằng natriclorua uống: Liều lượng

Natriclorua 10 gam chia vào các bữa ăn.

- Natri máu < 130 mEq/l

Điều trị dựa theo mức độ, tốc độ và có triệu chứng thần kinh tiến triển

Có 2 khả năng:

1. Có triệu chứng hoặc xảy ra cấp tính < 2 ngày

- Điều trị bằng dung dịch muối ưu trương 3%. với tốc độ 1 - 2 mEq/l cho mỗi giờ cho đến khi hết triệu chứng (thường từ 3 - 4 giờ),

- Tính toán tốc độ điều chỉnh và thành phần dịch truyền bằng phương trình Adroque-Madias (thay đổi nồng độ natri huyết thanh khi truyền 1 lít dịch);

(Na + K trong dịch truyền) - (Natri huyết thanh

NGƯỜI BỆNH)

(Tổng lượng nước trong cơ thể [TBW] + 1

(Trong đó tổng lượng nước trong cơ thể được ước tính ở nam là 60%, ở nữ là 50%).

- Sau khi triệu chứng cải thiện, điều chỉnh nồng độ natri huyết thanh với tốc độ không vượt quá 0,5 mEq/l mỗi giờ hoặc 12 mEq/l mỗi ngày hoặc 18 mEq/l sau 48 giờ.

Nồng độ natri trong dịch truyền đối với từng loại dịch truyền dùng cho người bệnh là:

- + Dịch muối ưu trương 3%: 513 mEq/l
- + Dịch muối ưu trương 2%: 340 mEq/l
- + Dịch muối đẳng trương NaCl 0,9%: 154 mEq/l
- Điều trị nguyên nhân nền
- Hạn chế nước

- Nếu người bệnh không đáp ứng với các biện pháp điều trị trên xem xét phối hợp Tolvaptan uống 15 mg mỗi 24 giờ hoặc Conivaptan đường tĩnh mạch liều 20mg pha trong 100 ml glucose 5% truyền trong 30 phút hoặc Demeclocyclin uống 300-600 mg x 2 lần/ngày.

2. Không có triệu chứng và hoặc xảy ra > 2 ngày

- Không cần điều chỉnh ngay nếu giảm natri máu nhẹ
- Điều trị nguyên nhân nền
- Hạn chế nước
- Điều chỉnh với tốc độ không vượt quá 0,5 mEq/l mỗi giờ hoặc không vượt quá 12 mEq/l mỗi ngày.

Điều dưỡng thực hiện:

- Chuẩn bị hệ thống dịch truyền: chai dịch, dây truyền, máy truyền dịch
- Nối đường truyền với catheter ngoại vi hoặc trung tâm
- Đặt tốc độ máy truyền dịch theo chỉ định
- Theo dõi đáp ứng của người bệnh, mạch, huyết áp... trong 15 phút đầu và mỗi 1-3 giờ sau đó
- Ghi chép hồ sơ thực hiện y lệnh

VI. THEO DÕI:

- Theo dõi toàn trạng: ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, nhiệt độ, số lượng nước tiểu.....
- Theo dõi điện tim liên tục bằng máy monitoring, hoặc điện tâm đồ
- Kiểm tra định kỳ natri máu mỗi 4-6 giờ để điều chỉnh
- Khí máu mỗi 12 giờ
- Theo dõi và điều trị các nguyên nhân hạ natri máu (ỉa lỏng, ngừng thiazide...), hạn chế nước

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Hội chứng mất myelin ở cầu não, biểu hiện liệt tứ chi xuất hiện muộn sau bù natri từ 2-6 ngày.

Xử trí:

- chụp MRI sọ não, nếu khẳng định thì xem xét điều trị bằng thay huyết tương

- dùng lợi tiểu Furosemid tĩnh mạch

2. Viêm mô tế bào do chệch đường truyền hoặc để đường truyền lâu ngày

Xử trí:

- Tạm ngừng bù natri

- Chuyển vị trí truyền mới

- Đắp gạc tẩm cồn 70 độ lên vùng mô viêm đỏ