

Hạ kali máu

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

↓ INTAKE — hiếm

TẾ BÀO VÀO TẾ BÀO — nhiễm kiềm chuyển hóa, trạng thái tăng insulin, ↑ trạng thái β -adrenergic, hạ thân nhiệt

↑ ĐẦU RA

- MẤT GI - tiêu chảy, nôn mửa, dẫn lưu ống
- THUỐC GIẢM CÂN — thuốc lợi tiểu, hạ đường huyết,

RTA loại I hoặc II, cường aldosteron, Conn

hội chứng, hẹp động mạch thận, di truyền

(Hội chứng Bartter và Gitelman)

SINH LÝ HỌC

ĐỊNH NGHĨA HYPOKALEMIA — $K < 3,5$

mmol / L

SINH LÝ - lượng kali hàng ngày thường là 40–120 mEq / ngày (chuối chứa 1 mEq K

cứ mỗi 2,5 cm [1 in.]), phần lớn được bài tiết bởi

thận. Trong hạ kali máu, bài tiết qua thận có thể

giảm xuống 5–25 mEq / ngày

POTASSIUM DEFICIT — cứ giảm 1 mmol / L

trong huyết thanh K thể hiện sự mất mát khoảng

150–300 mmol tổng cơ thể K. Nam giới, tuổi nhỏ hơn,

và khối lượng cơ cao hơn có thể yêu cầu thay thế

ở đầu cao hơn của phạm vi này

HYPERALDOSTERONISM DO

HYPOVOLEMIA — thường không dẫn đến

hạ kali máu vì nó được cân bằng bởi

giảm tiếng kêu của thận xa (tự nó

sẽ dẫn đến giảm bài tiết K)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

TRIỆU CHỨNG — thường không xuất hiện trừ khi K

<2,5 mmol / L

- CƠ - yếu hoặc tê liệt (định kỳ

hạ kali máu liệt). Có thể bao gồm cơ cực, cơ hô hấp và đường tiêu hóa. Chuột rút, dị cảm, uồn ván, cơ

đau, teo và tiêu cơ vân

Có thể phát triển

- CARDIAC — rối loạn nhịp tim bao gồm nhịp tim chậm xoang, nhịp nhanh nhĩ kịch phát hoặc rối loạn chức năng,

Block AV, VT, VF, ST chênh xuống, sóng T nhỏ

và sóng U

- RENAL — suy giảm khả năng tập trung nước tiểu
khả năng (tiểu đêm, tiểu nhiều lần, đa niệu),
tăng tái hấp thu bicarbonate ở thận,
tăng sản xuất amoniac ở thận do
nhiễm toan nội bào và hạ kali máu
bệnh thận

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — dung dịch kiềm, magiê, urê, Cr, glucose, CK,
osmo huyết thanh, phân tích nước tiểu, dung dịch nước tiểu, osmo nước tiểu

ĐẶC BIỆT

- Điện tâm đồ
- HYPERALDOSTERONISM WORKUP — hoạt động của aldosterone huyết
thanh và renin huyết tương

SỰ QUẢN LÝ

ACUTE ($K < 3.0 \text{ mmol / L}$) — KCl 10 mEq trong 100 mL

D5W IV bolus $\times 3$. Để truyền liên tục, nồng độ KCl tối đa là 40 mEq / L

K BỔ SUNG — KCl 20–120 mEq PO được chia

hơn một lần mỗi ngày cho QID. Bổ sung đường uống là được ưa chuộng hơn tiêm tĩnh mạch nói chung. Cần phải bổ sung đầy đủ Mg nếu thấp để tạo điều kiện cho việc điều chỉnh K (MgSO₄ 5 g IV trong 4 giờ)

ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN HIỂU