

Metabol alkalos på IVA

Förändringar sedan föregående version

Förnyat giltighetsdatum.

Bakgrund och orsak

Vanligt förekommande syrabas-rubbning vid kritisk sjukdom - särskilt efter ett par dagars vård. Kan leda till hypoventilation samt störningar i CNS och muskelfunktion.

Vanliga orsaker:

- Hypokloremi (högt SID)
- Hypernatremi eller hyperkalemi (högt SID)
- Hypoalbuminemi – ibland i kombination med hypofosfatemi (sänkt mängd svaga syror)

Som i sin tur kan uppkomma till följd av:

- Kritisk sjukdom, malnutrition, leversvikt
- Intensiv diuretikabehandling
- V-sondsförluster och kräkning
- Laxantiaöverbruk
- När normoventilation uppnåtts med andningsstöd hos en patient som fortsatt har kvar renal kompensation för tidigare respiratorisk acidosis

Värdera i första hand om bakomliggande orsak till alkalosen kan åtgärdas. Om inte detta är tillräckligt är nedanstående möjliga terapivägar. Överväg behandling om $BE > +12$ och $pH > 7.5$.

Behandling

1. Om patienten har lågt albumin och är hypovolem kan terapi med albumin vara en delösning, men är inte aktuellt hos normovolem patient.
2. Om orsaken är hypokloremi och patienten tål kristalloid - använd kloridrika vätskor som Ringer-Acetate eller Natriumklorid beroende på natriumnivån. Om patienten *inte* tål någon större volym kristalloid är saltsyra ett bra val (se nedan).
3. Vid furosemidorsakad alkalos med hypokalemi och hypernatremi där diuretikabehovet kvarstår kan aldosteronantagonist prövas:
T. Spironolakton 50 mg × 1 eller
Inj **Soldactone** 50–100 mg × 2
4. **Diamox** (acetazolamid) 250–500 mg × 2 intravenöst eller per os.

Förhindrar reabsorption av bikarbonat då kloridjon inte kan utsöndras utan stannar kvar i plasma. Ökar utsöndringen av natrium, kalium och bikarbonat. Kan ge hyponatremi och hypokalemi.

5. Infusion **Ammoniumklorid** (Addex Ammoniumklorid 4 mmol/mL)
 - Kan ges perifert med infusionspump
 - Spädning: 25 mL Addex Ammoniumklorid 4 mmol/mL + 975 mL 5% Glukos = koncentration 0.1 mmol/mL
 - Uppskattad dos i mmol = $0.2 \times \text{kroppsvikt (kg)} \times \text{BE}$.
 - Infusionshastighet 0.1–0.2 mmol/kg/h som titreras efter upprepade syra-bas-analyser.
 - Svår leversvikt är en kontraindikation
6. **Saltsyra**
 - Ges som ensam infusion i dedikerad lumen i CVK. Får ej ges via PVK då lösningen är kraftigt kärlretande. Kontrollera att backflöde finns innan infusion startas.

- Använd handskar och glasögon vid beredning/spädning. Blandas i flaska/infusionspåse av plast - ej i glasflaska.
- Dra ut och släng 100 mL ur en 5% Glukos i 500 mL infusionsbehållare av plast.
- Dra upp 100 mL saltsyra (HCl), 1 mmol/mL (=100 mmol HCl).
- Tillsätt saltsyran till plastbehållaren med 400 mL glukoslösning (syra i vatten – “SIV-regeln”).
- Brukslösningen har nu en koncentration på 0.2 mmol/mL HCl, motsvarande SID –200 mEq/L.
- Doseringsförslags: starta med 25 mL/h eller 5 mmol HCl/h och titrera efter svar på upprepade syra-basanalyser.
- Maximal doseringhastighet 0.2 mmol/kg/h, eller motsvarande 15 mmol HCl/h till en patient med kroppsvikt 75 kg.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Intensivvårdsavdelning Alingsås

Innehållsansvar: Monika Bielecka Bengtsson, (monbi),
Överläkare

Godkänd av: Helga Ásgeirsdóttir, (helsg1), Överläkare

Dokument-ID: SV9761-782711715-459

Version: 4.0

Giltig från: 2025-05-14

Giltig till: 2027-04-04