

მოკლე ანამნეზი/ პაციენტის გამოკვლევა, მონიტორინგი, გლუკოზა, ეკგ, კეტონები შარდში/ შრატში, ვენური სისხლის აირები.

ი/ვ #1 ნატრიუმის წყალხსნარი 15–20 მლ/კგ/სთ პირველი 1 სთ–ის განმავლობაში.

#2 0.45%–იანი ნატრიუმის წყალხსნარი შეიყვანეთ ალტერნატიული პერიფერიული ვენის კათეტერის საშუალებით.

განსაზღვრეთ ელექტროლიტები, შრატის ოსმოლარობა, სსა, ფოსფატი, კალციუმი, მაგნიუმი, აირები ვენურ სისხლში, სისხლის/ შარდის კულტურა.

თუ სანყისი $[K^+] > 5.2$ დაიწყეთ რეგულარული ინსულინი ბოლუსით 0.1 ერთ/კგ დოზით, შემდეგ 0.1 ერთ/კგ/სთ ან 0.14 ერთ/კგ/სთ სიჩქარით ბოლუსის გარეშე. ჩაატარეთ $[K^+]$ სწრაფი ანალიზი 2 სთ–ში.

თუ თავდაპირველად $[K^+] > 3.3 < 5.2$, დიურეზი აღექვტურია, დაუმატეთ 20–30 მ.ეკვ K^+ სითხის თითოეულ ლიტრს და დაიწყეთ ინსულინის წვეთოვანი ინფუზია.

თუ დასანყისში $[K^+] < 3.3$ არ შეიყვანოთ ინსულინი, არამედ გადაუსხით K^+ 20–30 მ. ეკვ/სთ, სანამ $[K^+] > 3.3$, ამის შემდეგ დაიწყეთ ინსულინის წვეთოვანი ინფუზია.

ფიზიოლოგიური ხსნარის ბოლუსით ინფუზიის შემდეგ: ეუნატრემიის ან ჰიპონატრემიის დროს გამოიყენეთ 0.45%–იანი ნატრიუმის წყალხსნარი 250–500 მლ/სთ, შეიყვანეთ K^+ ზემო დანართის მიხედვით. ჰიპონატრემიის დროს გააგრძელეთ ფიზიოლოგიური ხსნარი 250–500 მლ/სთ სიჩქარით.

თუ PH < 6.9 , შესაძლოა 100 მმოლ $NaHCO_3$ -ის 400 მლ წყალში განზავება 20 ეკვ. KCL–თან ერთად 200მლ/სთ სიჩქარით გადასხმა. გაიმეორეთ ინფუზია ყოველ 2 სთ–ში ერთხელ, სანამ PH > 7.0 შეამოწმეთ $[K^+]$ ყოველ 2 სთ–ში.

0

30 წთ

1 სთ

2 სთ

თუ გლიკემია ტესტ–ჩხირით > 250 (14 მმოლ/ლ), შარდი + კეტონები, ივარაუდეთ დკა, ეძებეთ ხელშემწყობი ფაქტორი, ინფექცია. შეამოწმეთ ეკგ–ზე ჰიპერკალიემიის ნიშნები, ინფარქტის ნიშნები, გამოიყენეთ ფოლემის კათეტერი საჭიროებისამებრ.

შეამოწმეთ სასიცოცხლო ნიშნები, ცნობიერების დონე, გლუკოზა, ელექტროლიტები, ანიონური ნაპრალი, ვენური PH, მიღებული და გამოყოფილი სითხის მოცულობა.

დეტალურად გამოიკითხეთ ანამნეზი.

სანყისი ელექტროლიტები: შეამოწმეთ ოსმოლარობა, ანიონური ნაპრალი, გლუკოზა, კორექტირებული $[Na^+]$, K^+ .

სანყისი $[K^+]$ განსაზღვრავს შემდგომ თერაპიას. K^+ –ით მკურნალობის დაწყებამდე, ძალიან მნიშვნელოვანია ადექვატური დიურეზი.

განმეორებით განსაზღვრეთ გლუკოზა, ელექტროლიტები, ანიონური ნაპრალი. თუ ანიონური ნაპრალი > 25 ან გლუკოზა > 800 (44 მმოლ/ლ) ან დგინდება რაიმე თანხმლები პათოლოგიის არსებობა, მხედველობაში მიიღეთ პაციენტის ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში დისპოზიცია.

თუ ანიონური ნაპრალი > 25 ხოლო გლუკოზა > 800 (44მმოლ/ლ) ან პაციენტს აქვს მნიშვნელოვანი თანხმლები დაავადება, განიხილეთ დისპოზიცია ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მხედველობაში სხვა შემთხვევაში იმავე სართულზე ან დიაბეტურ განყოფილებაში დისპოზიცია.

რეჰიდრატაციის სიჩქარე დამოკიდებულია ჰემოდინამიკაზე, ჰიდრატაციის ხარისხზე, გამოყოფილი შარდის მოცულობაზე.

პაციენტებს PH > 6.9 არ ესაჭიროებათ $NaHCO_3$ -ის ინფუზია.

მიზანი: – სითხის ადექვატური ინფუზია

- ინსულინოთერაპია
- $[K^+]$ -ის 3.3–5.2 ფარგლებში შენარჩუნება
- გლიკემიის დონის 75 მგ/დლ/სთ სიჩქარით შემცირება
- შეინარჩუნეთ ადექვატური ელექტროლიტების დონე (Ca, Mg, Phos)

როდესაც გლუკოზის დონე მიუახლოვდება 200 (11 მმოლ/ლ), დაიწყეთ 5%-იანი $\frac{1}{2}$ ფიზიოლოგიურ ხსნარში განზავებული დექსტროზის ი/ვ ინფუზია 20–40 მ.ეფვ KCL/ლ–თან ერთად. შეამციროთ ინსულინის გადასხმის სიჩქარე 0.02–0.05 ერთ/კგ/სთ–მდე.

შეავსეთ სითხის დეფიციტი პირველი 24–36 სთ–ის განმავლობაში.

შეინარჩუნეთ შრატის გლუკოზა 180–200 (10–11 მმოლ/ლ) ფარგლებში და გააგრძელეთ ინსულინის ინფუზია წვეთოვნად მინიმუმ 12 სთ ან სანამ დკა ნორმალიზდება: თუ გლუკოზა <200 (11 მმოლ/ლ) და ანიონური ნაპრალი ნორმაშია, PH >7.3 და $HCO_3^- > 15$

მიეცით პაციენტს საკვები. დაიწყეთ ინსულინის კანქვეშა ინექცია სქემის მიხედვით (0.5–0.8 ერთ/კგ ახლადდიაგნოსტირებული პაციენტებში). გააგრძელეთ ი/ვ ინსულინი 1–2 სთ–ის განმავლობაში, **მას შემდეგ** რაც დაიწყებთ ინსულინის კანქვეშა ინექციებს.

3-12 სთ

12-48 სთ

გადაამონმეთ გლუკოზა, ელექტროლიტები, ანიონური ნაპრალი, ვენური სისხლის აირები, ცნობიერების დონე, მიღებული და გამოყოფილი სითხის მოცულობა, გადაამონმეთ საწყისი ფოსფატის, მაგნიუმის, კალციუმის კონცენტრაციები. **გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში, თავიდან, შეამონმეთ ელექტროლიტები ყოველ 2 სთ–ში ერთხელ. გლუკოზა კი 1 სთ–ში ერთხელ.**

თუ ერთხელ ჩატარებული ინსულინოთერაპიის შემდგომ, გლიკემიის დონე არ დაქვეითდა 10%-ით, გადაუსხით ინსულინი ბოლუსით 0.14 ერთ/კგ, ხოლო შემდგომ დაუბრუნდით პირვანდელ ინფუზიის სიჩქარეს.

თუ გლიკემია 50–75 მგ/დლ/სთ (2.8–4.2 მმოლ/ლ) სიჩქარით უფრო სწრაფად ეცემა, გაანახევრეთ წვეთოვანი ინსულინი. შეამონმეთ გლუკოზა ყოველ 1 სთ–ში ერთხელ.

ახალგაზრდებში და ახლადდიაგნოსტირებულ დიაბეტიკებში, მოერიდეთ ზედმეტი სითხის გადასხმას, სიფრთხილით აკონტროლეთ ტვინის შეშუპების განვითარება, პაციენტის საწოლთან იქონიეთ მანიტოლი.

გადაამონმეთ ელექტროლიტები, გლუკოზა, ანიონური ნაპრალი: განსაზღვრეთ განმეორებით 4 სთ–ში. თუ პაციენტს პერორალურად მიღება შეუძლია, მიანოდეთ K, Phos, Mg საჭიროებისამებრ.

გვიანი გართულებები:

რეფრაქტერული აციდოზი (სეფსისი)

ტვინის შეშუპება

სისხლძარღვთა თრომბოზი (იშვიათად)

მწვავე რესპირატორული დისტრეს სინდრომი