# 

# Riktlinje, Hyperton dehydrering - Barn

**Definition**

Mild: S-Na ≥ 150, måttlig: S-Na ≥ 160, svår: S Na ≥ 170 mmol/l.

|  |
| --- |
| OBS: S-Na > 165 handläggs enligt BIVA:s pm, tillsammans med jourhavande BIVA doktor. Bör vårdas på BIVA.  Barn < 6 månader diskuteras med barnmedicinsk bakjour. |

**Orsak**

Hyperton dehydrering med hypernatriemi är oftast orsakat av gastroenterit eller annan vattendeficit som t ex amningsassocierad hypernatriemi.

Tillståndet innebär förlust av kroppsvatten - inte primärt av elektrolyter. Initialt sker t ex pga diarré en extravasal vattenförlust med resulterande hög natriumkoncentration i ECV. Sekundärt vandrar vatten från intracellulärrummet (ICV) till extracellulärrummet (ECV) med en sekundär ICV dehydrering som följd. Kroppen bildar nu aktiva osmotiska partiklar intracellulärt varför vattenflödena mellan ICV och ECV upphör. Den patient du möter har alltså en förlust av kroppsvatten och ett hyperosmolärt tillstånd såväl extra- som intracellullärt.

**Klinisk bild**

Sedvanliga dehydreringstecken men intracellulära dehydreringen kan ge CNS-symptom som irritabilitet (som kan misstolkas som pigghet), somnolens, koma, kramper. Patienten kan ge ett falskt opåverkat intryck med bibehållen turgor men är ofta nära chockgränsen och som regel dehydrerad motsvarande minst 10% av kroppsvikten.

**Utredning**

Blodgas (inkl s-Na, s-K. Kreatinin, (s-CK).

**Behandling**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | Vid cirkulationspåverkan ges bolusvolym av Ringeracetat 20-40 ml/kg så fort som möjligt under 15-30 minuter, därefter nytt ställningstagande. Kan upprepas. Svårare cirkulationspåverkan (tackykardi, nedsatt perifer cirkulation, hypotension, somnolens) handläggs på akutrummet i samråd med jourhavande anestesiolog. |
| **2** | Korrigering av hypovolemi: Ringeracetat iv, volym motsvarande 5% av kroppsvikten på 4 tim. S-Na kommer knappast att påverkas. |
| **3** | Fortsatt långsam rehydrering/underhåll.  Volym = mediumlista + 10% av kroppsvikt på 36 tim (dvs 1,5 mediumlista + 10% av kroppsvikten på 36 tim). Vätskan ges långsamt och får ej vara hypoton för att förhindra hjärnödemrisk.  Vätska: 5% glukos med 80 mmol Na/1000 ml samt 40 mmol K/1000.  Monitorera s-Na varje timme initialt tills Na < 155, därefter var åttonde timme. Max sänkningstakt 0.5 mmol/tim (eller 10-15 mmol/l/dygn). Vid fortsatt stora vätskeförluster eller snabbt natrium fall, diskutera med bakjour. Ammande spädbarn fortsätter att amma. |

**Komplikationer**

Hjärnödem, hjärnblödning, sinustrombos, kramper, rhabdomyolys.

**ICD 10 kod:** E87.0+E86

**Medförfattare**: Rutger Bennet, Olle Jeppson, Karl-Johan Lidefelt, Christophe Pedroletti, Urban Fläring, Thomas Casswall, Mona-Lisa Engman

**Versionshistorik**

*Varje dokument bör innehålla en historik som för varje version talar om vad som ändrats, vem som gjort ändringen och när ändringen gjordes. Observera att versionshistoriken ska fyllas i manuellt.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version** | **Datum** | **Förändring och kommentar** | **Ansvarig** |
| 2 | 161202 | Administrativ flytt till nytt FO | Malin Ryd Rinder |
| 1 | 160317 | Hanna Norberg återinför dok. | Mona-Lisa Engman |