

# Neketoninės hiperglikeminės hiperosmosinės būklės gydymas

INFUZINĖ TERAPIJA	INSULINAS	KALIS
<p>Infuzinė terapija turi būti pradama nelaukiant tyrimų rezultatų. Sulašinti 1 litrą 0,9% NaCl į veną, per pirmas 30-60 minučių. Sulašinti 1 litrą 0,9% NaCl į veną, per sekančią valandą.</p>	<p>Neskirti insulino, kol nežinoma K<sup>+</sup> koncentracija kraujo serume. Jei yra hipokalemija (K<sup>+</sup> &lt; 3,3 mmol/l), pirmiausia koreguojamas K<sup>+</sup> kiekis, tik tuomet pradamas gydymas insulinu. Insuliną skirti, tik, kai K<sup>+</sup> &gt; 3,3 mmol/l. Suleisti trumpo/greito veikimo insulino bolus 0,1 VV/kg į veną. Pradėti trumpo/greito veikimo insulino infuziją į veną 0,1 VV/kg/val.</p>	<p>Gavus K<sup>+</sup> koncentracijos kraujo serume atsakymą, spręsti dėl K<sup>+</sup> skyrimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jei K<sup>+</sup> &lt; 3,3 mmol/l, atidėti insulino skyrimą, skirti 20-30 ml 10% KCl per valandą, kol K<sup>+</sup> &gt; 3,3 mmol/l.</li> <li>▪ Jei K<sup>+</sup> 3,3-4,3 mmol/l skirti 30 ml 10% KCl į kiekvieną litrą skysčių.</li> <li>▪ Jei K<sup>+</sup> 4,1-5,3 mmol/l skirti 20 ml 10% KCl į kiekvieną litrą skysčių.</li> <li>▪ Jei K<sup>+</sup> &gt; 5,3 mmol/l, neskirti kalio.</li> </ul>
<p><b>Tikslas:</b> per pirmas 2 valandas turi būti sulašinti 2 litrai skysčių.</p>	<p><b>Tikslas:</b> gliukozės koncentracija kraujyje turi mažėti 3-5 mmol/l/val.</p>	<p><b>Tikslas:</b> K<sup>+</sup> koncentracija kraujo serume 4-5 mmol/l.</p>
<p>Tęsti infuzinę terapiją 250-500 ml/val. greičiu, kol bus pasiekta glikemija &lt; 16 mmol/l. Infuzinę terapiją koreguoti pagal koreguotą serumo Na<sup>+</sup> koncentraciją:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esant hipernatremijai (Na<sup>+</sup> &gt; 155 mmol/l), skirti 0,45% NaCl tirpalą.</li> <li>▪ Esant normaliai ar sumažėjusiai Na koncentracijai, skirti 0,9% NaCl tirpalą.</li> </ul>	<p>Jei gliukozės koncentracija per valandą nesumažėja reikiamu greičiu, didinti insulino infuzijos greitį iki 0,2 VV/kg/val., kol bus pasiektas norimas gliukozės kiekio mažėjimo greitis, tuomet sumažinti insulino infuzijos greitį iki 0,1 VV/kg/val.</p>	
<p><b>Svarbu:</b> infuzinė terapija turi būti koreguojama priklausomai nuo kardiovaskulinės sistemos, inkstų funkcijos būklės, Na<sup>+</sup> koncentracijos kraujyje Serumo osmoliariškumas neturi mažėti didesniu nei 3 mOsm/kg/val. greičiu, tam kad sumažinti smegenų edemos riziką.</p>		<p><b>Svarbu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ K<sup>+</sup> poreikis mažėja sergant inkstų funkcijos nepakankamumu.</li> <li>▪ K<sup>+</sup> į periferinę veną galima sulašinti ne daugiau nei 2 g/val. (20 mmol/val.).</li> <li>▪ Maksimali K<sup>+</sup> koncentracija infuziniame tirpale 4 g/l (40 mmol/l).</li> </ul> <p>Neskiestą KCl 10% tirpalą į veną švirškinti griežtai draudžiama.</p>
<p>Pasiekus gliukozės koncentraciją kraujyje &lt; 16 mmol/l, skirti 5% gliukozės tirpalą 150 ml/val. greičiu</p>	<p>Pasiekus gliukozės koncentraciją kraujyje &lt; 16 mmol/l, mažinti insulino infuzijos greitį iki 0,05 VV/kg/val.</p>	

	<p><b>Tikslas:</b> palaikyti gliukozės koncentraciją kraujyje tarp 14-16 mmol/l, kol plazmos osmoliariškumas sumažės <math>\leq 315</math> mOsm/kg ir pagerės sąmonė.</p>	
<p>Tęsti infuzinę terapiją kol pacientas nevalgo/negeria.</p> <p>Kai pacientas gali pats gerti, rehidracija gali būti vykdoma geriant skysčius per os.</p>	<p>Kuomet pacientas išvedamas iš NKHHB ir pats gali maitintis, gali būti pradedamas gydymas insulinu į paodį.</p> <p>Insuliną vartojusiems pacientams, turėtų būti skiriama ta pati gydymo schema kaip ir prieš NKHHB epizodą.</p> <p>Intraveninė insulino infuzija turėtų būti tęsiama dar 1-2 val. po pirmos ilgo veikimo insulino dozės į paodį ir maitinimosi.</p> <p>Anksčiau insulinu negydytiems pacientams, turėtų būti pradedama insulino terapija į paodį po 0,5-0,8 VV/kg/parai, priklausomai nuo glikemijos kontrolės, tolerancijos insulinui, svorio ir amžiaus.</p>	<p>Išvedus iš NKHHB, esant reikalui skirti KCl per os.</p>

NKHHB - neketoninė hiperglikeminė hiperosmosinė būklė