

<b>Indikation</b>	Ved undersøgelse for forstyrrelser i vand-, elektrolyt-, og/eller syre-base stofskiftet. Ved diagnostik og kontrol af nyre-insufficiens, hypertension og endokrin sygdom, samt ved kontrol af diuretikabehandling.
<b>Patientforberedelse</b>	Patienten må evt. instrueres om ikke at pumpe med armmusklerne under prøvetagningen.
<b>Prøvemateriale</b>	Blod i lithium-heparinglas eller i glas uden antikoagulans (tørglas) Prøven skal centrifugeres og afpipetteres inden for 2 timer.
<b>Analysemateriale</b>	1 ml plasma eller serum
<b>Forsendelse</b>	Afpipetteret plasma eller serum med almindelig post
<b>Holdbarhed</b>	14 døgn ved 20°C; 14 døgn ved 4°C; 1 år ved -20°C
<b>Laboratorium</b>	Klinisk Biokemisk Afdeling, Regionshospitalet Randers
<b>Svartid</b>	Samme dag
<b>Referenceinterval</b>	< 1 år                      3,2 - 6,1 mmol/L 1 - 18 år                 3,5 - 4,6 mmol/L > 18 år                    3,5 - 4,6 mmol/L  Resultatet ringes ud hvis værdien < 2,5 mmol/L eller > 6,0 mmol/L.
<b>Usikkerhed</b>	Intermediær præcision: Niveau 3,5 mmol/L:      0,03 mmol/L Niveau 6,3 mmol/L:      0,08 mmol/L  Total usikkerhed: Niveau 3,5 mmol/L:      0,2 mmol/L Niveau 6,3 mmol/L:      0,3 mmol/L Baseret på dækningsfaktor 2.
<b>Fortolkning</b>	Hyperkaliæmi kan skyldes kaliumoverskud eller forskydning af ioner fra intra- til ekstracellulærvæsken. Det første ses fx ved for hurtig intravenøs tilførsel, nedsat udskillelse i nyrene (alle tilstande med an- eller oliguri, ved hyperkalæmisk type I renal tubulær acidose, Addisons sygdom og brug af kaliumbesparende diuretika). Det andet ses fx ved nedsat insulinaktivitet, ved større nekroser og hæmatomer, acidose, generel hypoxi, hypo- eller hypertermi, samt ved intravasal hæmolyse, digitalisforgiftning og brug af beta-blokkere.  Hypokaliæmi kan skyldes lav tilførsel, øget tab eller forskydning af ioner fra ekstra- til intracellulærvæsken. Lav tilførsel er en sjælden årsag. Øget tab ses fx ved opkastninger og diaré, forekomst af fistler fra tarm, pancreas og galdeveje, samt ved øget udskillelse i nyrene ved brug af diuretika, type I og II tubulær acidose, ved metaboliske alkaloser, acidoser, tilstande med øget mineralokorticoideaktivitet og ved magnesiummangel. Forskydninger ses fx ved metaboliske alkaloser og under korrektion af acidoser, ved brug af beta-stimulerende midler og delirium tremens.
<b>Bemærkninger</b>	Ved trombocytose kan ses falsk forhøjet Kalium i serum, analysen bør i sådanne situationer udføres på lithiumheparin plasma.

