

核准日期：2008 年 11 月 26 日

发布或修订

日期：

氯化钾注射液说明书

请仔细阅读说明书并在医师指导下使用

警示语： 高钾血症患者禁用；急性肾功能不全、慢性肾功能不全者禁用。

【药品名称】

【通用名称】 氯化钾注射液

【英文名】 Potassium Chloride Injection

【汉语拼音】 Lùhuajia Zhushēyē

【成份】

【化学名称】 氯化钾

【分子式】 KCl

【分子量】 74.55

【性状】

本品为无色的澄明液体。

【适应症】

电解质补充药。用于：

- 1.治疗各种原因引起的低钾血症，如进食不足、呕吐、严重腹泻、应用排钾性利尿药、低钾性家族周期性麻痹、长期应用糖皮质激素和补充高渗葡萄糖后引起的低钾血症等。
- 2.预防低钾血症，当患者存在失钾情况，尤其是如果发生低钾血症对患者危害较大时（如使用洋地黄类药物的患者），需预防性补充钾盐，如进食很少、严重或慢性腹泻、长期服用肾上腺皮质激素、失钾性肾病、Bartter 综合征等。
- 3.洋地黄中毒引起频发性、多源性早搏或快速心律失常。

【规格】

10ml：1g

【用法用量】

每 1g 氯化钾的含钾量为 13.4mmol。用于严重低钾血症或不能口服者。一般用法为将 10%氯化钾注射液 10~15ml 加入 5%葡萄糖注射液 500ml 中滴注。补钾剂量、浓度和速度根据临床病情和血钾浓度及心

心电图缺钾图形改善而定。钾浓度不超过 3.4g/L (45mmol/L), 补钾速度不超过 0.75g/小时 (10mmol/小时), 每日补钾量为 3~4.5g (40~60mmol)。在体内缺钾引起严重快速室性异位心律失常时, 如尖端扭转型室性心动过速、短阵、反复发作多型性室性心动过速、心室扑动等威胁生命的严重心律失常时, 钾盐浓度要高 (0.5%, 甚至 1%), 滴速要快, 1.5g/小时 (20mmol/小时), 补钾量可达每日 10g 或 10g 以上。如病情危急, 补钾浓度和速度可超过上述规定, 但需严密动态观察血钾及心电图等, 防止高钾血症发生。小儿剂量每日按体重 0.22g/kg (3mmol/kg) 或按体表面积 3g/m² 计算。

【不良反应】

1. 静脉滴注浓度较高, 速度较快或静脉较细时, 易刺激静脉内膜引起疼痛, 甚至发生静脉炎。
2. 高钾血症。应用过量、滴注速度较快或原有肾功能损害时易发生。表现为软弱、乏力、手足口唇麻木、不明原因的焦虑、意识模糊、呼吸困难、心率减慢、心律失常、传导阻滞、甚至心跳骤停。心电图表现为高而尖的 T 波、并逐渐出现 P-R 间期延长。P 波消失、QRS 波变宽、出现正弦波。

【禁忌】

1. 高钾血症患者禁用。
2. 急性肾功能不全、慢性肾功能不全者禁用。

【注意事项】

1. 本品不得直接静脉注射, 未经稀释不得进行静脉滴注。
2. 下列情况慎用: (1) 代谢性酸中毒伴有少尿时; (2) 肾上腺皮质功能减弱者; (3) 急慢性肾功能衰竭; (4) 急性脱水, 因严重时可致尿量减少, 尿 K⁺排泄减少; (5) 家族性周期性麻痹, 低钾性麻痹应给予补钾, 但需鉴别高钾性或正常血钾性周期性麻痹; (6) 慢性或严重腹泻可致低钾血症, 但同时可致脱水和低钠血症, 引起肾前性少尿; (7) 胃肠道梗阻、慢性胃炎、溃疡病、食道狭窄、憩室、肠张力缺乏、溃疡性肠炎者、不宜口服补钾, 因此时钾对胃肠道的刺激增加, 可加重病情; (8) 传导阻滞性心律失常, 尤其当应用洋地黄类药物时;
- (9) 大面积烧伤、肌肉创伤、严重感染、大手术后 24 小时和严重溶血, 上述情况本身可引起高钾血症; (10) 肾上腺性异常综合征伴盐皮质激素分泌不足。

3.用药期间需作以下随访检查：(1)血钾；(2)心电图；(3)血镁、钠、钙；(4)酸碱平衡指标；(5)肾功能和尿量。

4.当药品性状发生改变时：如瓶内有异物、颜色改变请勿使用。

【孕妇及哺乳期妇女用药】 尚不明确。

【儿童用药】 小儿剂量每日按体重 0.22g/kg(3mmol/kg)或按体表面积 3g/m² 计算。

【老年用药】 老年人肾脏清除 K⁺ 功能下降，应用钾盐时较易发生高钾血症。

【药物相互作用】 1.肾上腺糖皮质激素类药，尤其是具有较明显盐皮质激素作用者、肾上腺盐皮质激素和促肾上腺皮质激素 (ACTH)，因能促进尿钾排泄，与其合用时降低钾盐疗效。

2.抗胆碱药物能加重口服钾盐尤其是氯化钾的胃肠道刺激作用。

3.非甾体类抗炎镇痛药加重口服钾盐的胃肠道反应。

4.与库存血 (库存 10 日以下含钾 30mmol/L, 库存 10 日以上含钾 65mmol/L)、含钾药物和保钾利尿药合用时，发生高钾血症的机会增多，尤其是有肾损害者。

5.血管紧张素转换酶抑制剂和环孢菌素 A 能抑制醛固酮分泌，尿钾排泄减少，故合用时易发生高钾血症。

6.肝素能抑制醛固酮的合成，尿钾排泄减少，合用时易发生高钾血症。另外，肝素可使胃肠道出血机会增多。

【药物过量】 应用过量易发生高钾血症。一旦出现高钾血症，应及时处理。(1)立即停止补钾，避免应用含钾

饮食、药物及保钾利尿药；(2)静脉输注高浓度葡萄糖注射液

和胰岛素，以促进 K⁺ 进入细胞内，10%~25%葡萄糖注射液每小时 300~500ml。每 20g 葡萄糖加正规胰岛素

10 单位；(3)若存在代谢性酸中毒，应立即使用 5%碳

酸氢钠注射液，无酸中毒者可使用 11.2%乳酸钠注射液，特别是 QRS 波增宽者；(4)应用钙剂对抗 K⁺ 的心脏毒性，

当心电图提示 P 波缺乏、QRS 波变宽、心律失常，而不应用洋地黄类药物时，给予 10%葡萄糖酸钙 10ml 静脉注

射 2 分钟，必要时间隔 2 分钟重复使用；(5)口服降钾树脂以

阻滞肠道 K⁺ 的吸收，促进肠道排 K⁺；⑥伴有肾功能

衰竭的严重高钾血症，可行血液透析或腹膜透析，而以血透

清除 K⁺效果好，速度快；(7)应用祥利尿药，必要时同时补充生理盐水。

【药理毒理】

钾是细胞内的主要阳离子，其浓度为 150~160mmol/L，而细胞外的主要阳离子是钠离子，血清钾浓度仅为 3.5~5.0mmol/L。机体主要依靠细胞膜上的 Na⁺-K⁺ ATP 酶来维持细胞内外的 K⁺、Na⁺浓度差。体内的酸碱平衡状态对钾代谢有影响，如酸中毒时 H⁺进入细胞内，为了维持细胞内外的电位差，K⁺释出到细胞外，引起或加重高钾血症。而代谢紊乱也会影响酸碱平衡，正常的细胞内外钾离子浓度及浓度差与细胞的某些功能有着密切的关系，如碳水化合物代谢，糖原贮存和蛋白质代谢，神经、肌肉包括心机的兴奋性和传导性等。

【药代动力学】

钾 90%由肾脏排泄,10%由肠道排泄。

【贮藏】

密闭保存。