



Chlorid

Testparameter Chlorid (Serum)
Chlorid (Liquor)
Chlorid (Urin)

Material Serum, 1 mL, binnen 2 Std. vom Blutkuchen trennen
Liquor, 1 mL
Urin, 10 mL aus 24-Std.-Sammelurin. Urinvolumen bitte angeben.

Referenzbereich

	[mmol/L]	
Serum	98 - 108	
	< 75	pathologisch ☎
	> 125	pathologisch ☎
Liquor	110 - 128	
	[g/24 Std.]	
Urin	4,26 - 8,52	

SI-Einheiten Berechnung

Methode PHOT

Qualitätskontrolle Zertifikat Serum Zertifikat Urin

Anforderungsschein Download und Analysenposition

Auskünfte Klinische Chemie und Toxikologie

Analysenkosten EBM, GOÄ

Indikationen Störungen im Säure-Basen- und Elektrolythaushalt, Störungen im Natrium-Wasser-Haushalt, Klassifizierung metabolischer Azedosen, Berechnung der Anionenlücke, anhaltendes Erbrechen, Magensaftdrainage, Durchfälle, Darmfisteln.

Erhöhte Werte **Serum:** Infektiöse Enteritis, Cholera, Colitis; proximale renale tubuläre Azidose bei Fanconi-Syndrom, sekundärem Hyperparathyreoidismus, Nephropathie bei Amyloidose, toxischer Nephropathie, Azetazolamid-Therapie. Distale renale tubuläre Azidose bei Ehlers-Danlos-Syndrom, Galaktosämie, Sichelzell-Anämie, Erkrankungen mit Nephrocalcinose, Zustand nach Nierentransplantation. Hyperkaliämische metabolische Azidose bei Hypoaldosteronismus, M. Addison, 21-Hydroxylase-Mangel; hyporeninämischer Hypoaldosteronismus bei diabetischer Nephropathie, interstitielle Nephritis, Nephrosklerose; Salz-Verlust-Niere-Syndrom, Chlorid-Shunt-Disease, chronische Hyperventilation bei Fieber, ZNS-Erkrankung, Hypoxie; medikamentös bei Applikation von Ammoniumchlorid, Lysinchlorid, Argininchlorid.

Liquor: Enzephalomyelitis, Hirntumoren, Urämie, Nephritis.

Urin: Reichliche NaCl-Aufnahme, Resorption von Transudaten, Exsudaten. Osmotische Diurese bei diabetischer Hyperglykämie, Parallel zu allen Zuständen mit erhöhter Natriumausscheidung.



Chlorid

Erniedrigte Werte

Serum: Verlust durch Magensaftdrainagen, chronisches Erbrechen; tubulärer Chloridverlust bei Diuretikagabe wie Furosemid, Etacrynsäure; Zustand mit metabolischer Alkalose bei Mineralokortikoidexzeß (Hyperaldosteronismus, Cushing-Syndrom, Lakritzabusus); Milch-Alkali-Syndrom, chronische Hyperkapnie durch Ateminsuffizienz.

Liquor: Meningitis, v.a. tuberkulöse Meningitis, Lues cerebrospinalis, Chorea, Kleinhirntumore.

Urin: Hypoparathyreoidismus, Diabetes insipidus, bakterielle Pneumonie, Diarrhoen, Erbrechen, familiäre periodische Paralyse.

Pathophysiologie

Von dem in ionisierter Form vorliegenden Chlorid sind 88 % auf den Extrazellulärraum, 12 % auf den Intrazellulärraum verteilt. Chlorid wird zusammen mit Natrium im Ileum resorbiert und fast ausschließlich über die Nieren ausgeschieden. Einen hohen Chloridgehalt weisen die Belegzellen im Magen und die Schweißdrüsenepithelien auf.

Chlorid ist als Gegenion von Natrium für den osmotischen Druck im Extrazellulärraum mitverantwortlich. Es folgt dem Natrium passiv, wenn sich dessen Konzentration in den Verteilungsräumen ändert und unterliegt damit auch der Regulation durch Aldosteron. Die Messung des Chlorids stellt die Grundlage für die Ermittlung der Anionenlücke dar (Bewertung von Ketoazidose, Laktatazidose. Anionenlücke = Differenz zwischen Plasmakonzentration von Na^+ und der Summe der Cl^- und HCO_3^- -Ionen in mmol/L (8 - 16 mmol/L). Die Elektroneutralität wird durch Plasmaproteine, Phosphate und Sulfate ausgeglichen).

H.-P. Seelig