

図3 推定塩分排泄量の日内変動と24時間蓄尿法による塩分排泄量との比較

早朝尿を1として、その後排尿のたびに随時尿に含まれているナトリウムとクレアチニンから推定した塩分排泄量を、その日全ての尿をためて24時間蓄尿法で算出した塩分排泄量との比較したもの。矢印は、第2尿の推定塩分排泄量である。

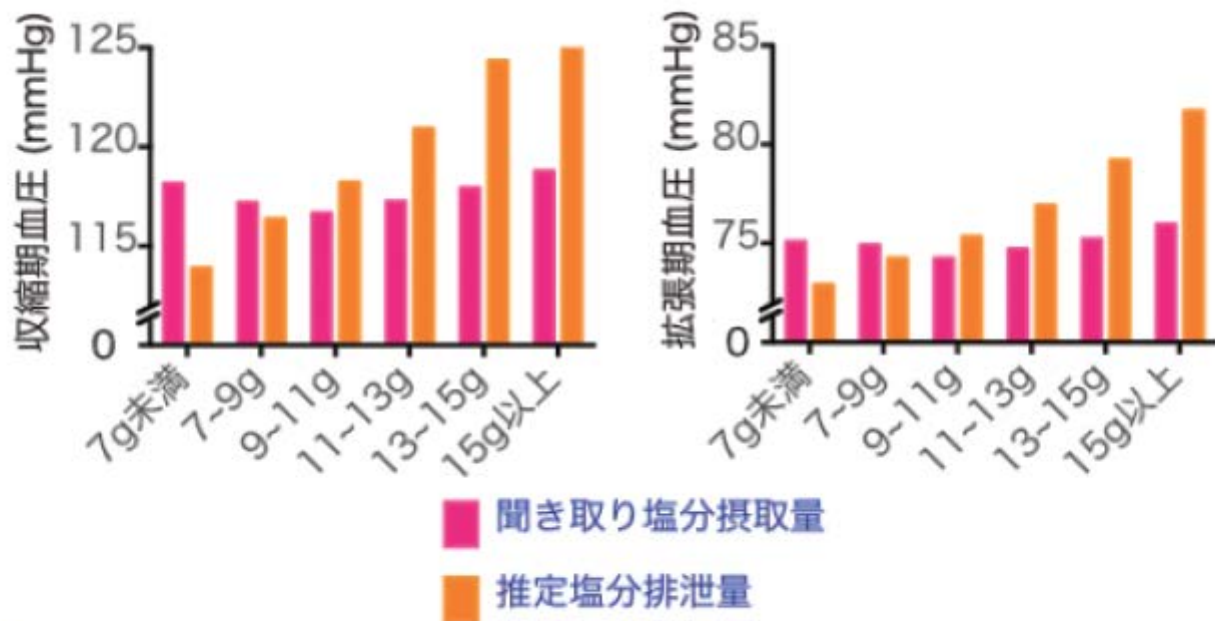


図4 聞き取り塩分摂取量と推定塩分排泄量との比較—血圧との関連において

表 2 バゾプレシン分泌過剰症 (SIADH) の診断の手引き

I. 主症候

1. 脱水の所見を認めない。
2. 倦怠感, 食欲低下, 意識障害などの低 Na 血症の症状を呈することがある。

II. 検査所見

1. 低 Na 血症: 血清 Na 濃度は 135 mEq/L を下回る。
2. 血漿バゾプレシン値: 血清 Na 濃度が 135 mEq/L 未満で, 血漿バゾプレシン濃度が測定感度以上である。
3. 低浸透圧血症: 血漿浸透圧は 280 mOsm/kg を下回る。
4. 高張尿: 尿浸透圧は 300 mOsm/kg を上回る。
5. Na 利尿の持続: 尿中 Na 濃度は 20 mEq/L 以上である。
6. 腎機能正常: 血清クレアチニンは 1.2 mg/dL 以下である。
7. 副腎皮質機能正常: 早朝空腹時の血清コルチゾールは 6 μ g/dL 以上である。

III. 参考所見

1. 原疾患 (表 1) の診断が確定していることが診断上の参考となる。
2. 血漿レニン活性は 5 ng/mL/h 以下であることが多い。
3. 血清尿酸値は 5 mg/dL 以下であることが多い。
4. 水分摂取を制限すると脱水が進行することなく低 Na 血症が改善する。

[診断基準]

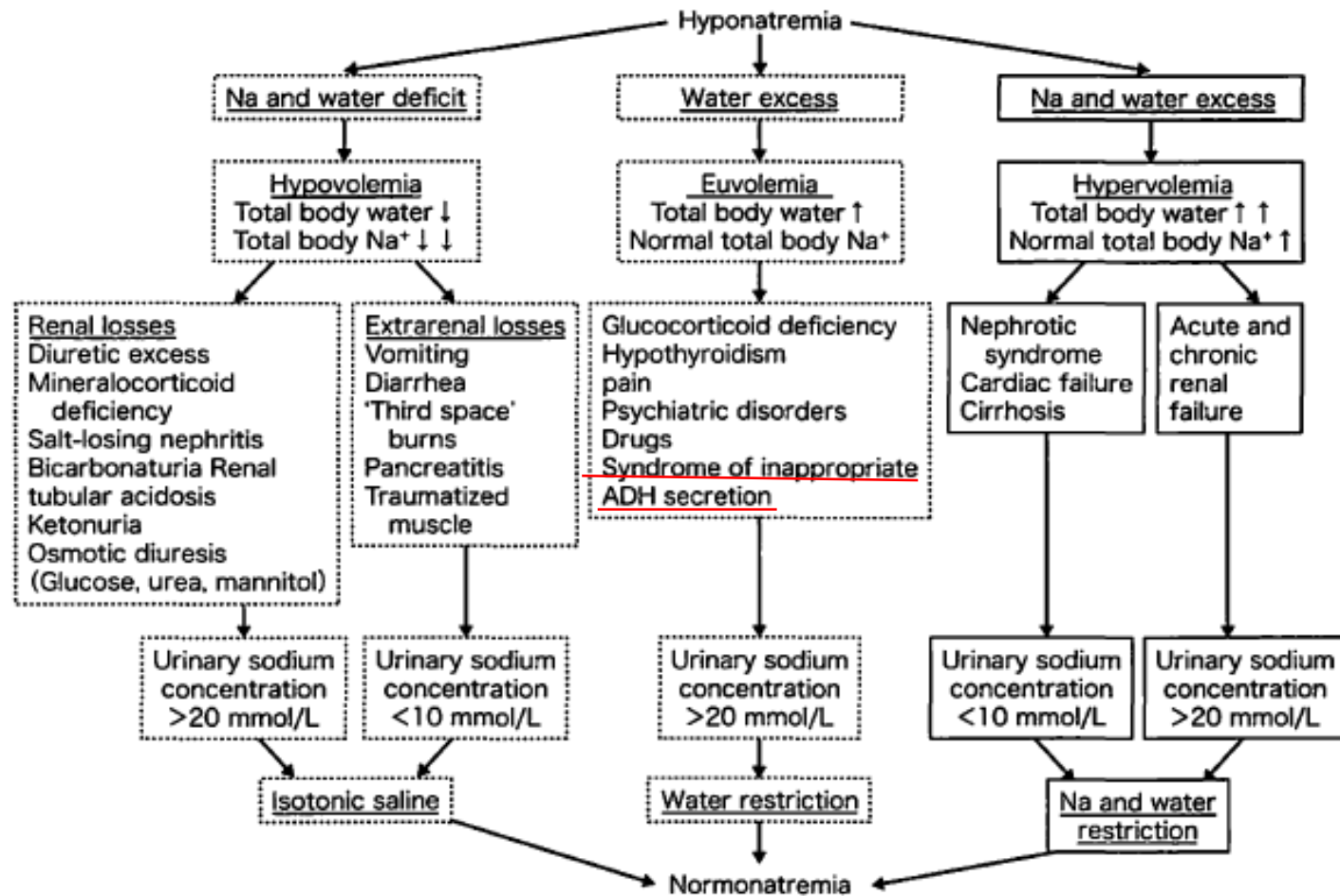
確実例: I の 1 および II の 1~7 を満たすもの。

表 3 Laboratory Values in Various Volume States

	Uric Acid	BUN	Urine Na ⁺ (meq/L)
Normal values	2-8 mg/dL	7-20 mg/dL	(depends on diet)
Hypovolemic hyponatremia	>4	High	Renal losses >30 Extrarenal losses <10
Hypervolemic hyponatremia	>4	High	Renal failure >30 Non-renal failure <10
Euvolemic hyponatremia (<u>SIADH</u>)	<4	Low	>30

Abbreviations : BUN, blood urea nitrogen ; SIADH, syndrome of inappropriate antidiuretic hormone hypersecretion.

文献 9 より



☒ 4 Diagnostic and therapeutic approach to the hypovolemic, euvolemic, and hypervolemic hyponatremic patient