

バゾプレシン分泌過剰症(SIADH)の診断と治療の手引き

(平成22年度改訂)

A. 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、意識障害などの低ナトリウム血症の症状を呈することがある。

II. 検査所見

1. 低ナトリウム血症：血清ナトリウム濃度は135 mEq/Lを下回る。
2. 血漿バゾプレシン値：血清ナトリウム濃度が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. ナトリウム利尿の持続：尿中ナトリウム濃度は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 µg/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ナトリウム血症が改善する。

[診断基準]

確実例：Iの1およびIIの1～7を満たすもの。

[鑑別診断]

低ナトリウム血症をきたす次のものを除外する。

1. 細胞外液量の過剰な低ナトリウム血症：心不全、肝硬変の腹水貯留時、ネフローゼ症候群
2. ナトリウム漏出が著明な低ナトリウム血症：腎性ナトリウム喪失、下痢、嘔吐

表1. バゾプレシン分泌過剰症 (SIADH) の原因

1. 中枢神経系疾患：	髄膜炎 外傷 くも膜下出血 脳腫瘍 脳梗塞・脳出血 Guillain-Barre症候群 脳炎
2. 肺疾患：	肺炎 肺腫瘍（異所性バゾプレシン産生腫瘍を除く） 肺結核 肺アスペルギルス症 気管支喘息 陽圧呼吸
3. 異所性バゾプレシン産生腫瘍：	肺小細胞癌 膵癌
4. 薬剤：	ビンクリスチン クロフィブレート カルバマゼピン アミトリプチン イミプラミン

B. バゾプレシン分泌過剰症 (SIADH) の治療の手引き

次のいずれか（組み合わせも含む）の治療法を選択する。

1. 原疾患の治療を行う。
2. 1日の総水分摂取量を体重1 kg当り15～20 mlに制限する。
3. 食塩を経口的または非経口的に1日200 mEq以上投与する。
4. 重症低ナトリウム血症(120 mEq/L以下)で中枢神経系症状を伴うなど速やかな治療を必要とする場合はフロセミドを随時10～20 mg静脈内に投与し、尿中ナトリウム排泄量に相当する3%食塩水を投与する。その際、橋中心髄鞘崩壊を防止するために1日の血清ナトリウム濃度上昇は10 mEq/L以下とする。
5. 異所性バゾプレシン産生腫瘍に原因し、既存の治療で効果不十分な場合に限り、成人にはモザバプタン塩酸塩錠(30 mg)を1日1回1錠食後に経口投与する。投与開始3日間で有効性が認められた場合に限り、引き続き7日間まで継続投与することができる。
6. デメクロサイクリンを1日600～1,200 mg経口投与する。

* 2011年3月31日改訂