

デキレジは一日にしてならず！
レジデントのレジカ判定
チェックシート

No.1



- 電解質異常をみたら、(①) などの要因がないかを考える。
- 低ナトリウム血症をみたら、まずは (②) 低ナトリウム血症、(③) 低ナトリウム血症を生じる病態がないかを確認する。
- 高張性低ナトリウム血症の原因には (④), (⑤), (⑥) の使用がある。等張性低ナトリウム血症の原因には、(⑦) の上昇、(⑧) の上昇、多発性骨髄腫に伴う (⑨) がある。
- 高血糖に伴う高張性低ナトリウム血症では、血糖値 100 mg/dl 上昇で、ナトリウムが約 (⑩) mEq/l 低下する。ただし、血糖値が 400 mg/dl 以上になるとナトリウムは (⑪) mEq/l の速度で低下する。
- 低張性低ナトリウム血症をみたら (⑫) をみる。⑫が最大限に (⑬) されていれば (⑭) や (⑮) を疑う。
- 尿比重と尿浸透圧の換算式は、尿浸透圧(概算)=(尿比重下2桁)×(⑯)。
- 水中毒の治療は (⑰) である。
- 細胞外液量正常の低張性低ナトリウム血症で、(⑱), (⑲) などが正常であれば SIADH を疑う (SIADH は除外診断)。
- 低ナトリウム血症の発症様式が不明な場合には、(⑳) を危惧して (㉑) 経過と捉えて治療する。
- 3 % NaCl の作り方は、生理食塩水 500 ml のボトルから (㉒) ml 捨てる。残りの (㉓) ml の生理食塩水に 10 % NaCl を (㉔) ml ((㉕) アンプル) 入れる。
- 血清ナトリウム補正速度が 0.5 mEq/l/ 時のときの 3 % NaCl の投与スピードは、(㉖) ml/ 時とする。

解説と解答

解説：低ナトリウム血症をみたら、まず点滴の上流からの採血など、測定ミスなどでないかを確認する。次に血漿浸透圧を計算し、高張性や等張性の低ナトリウム血症でないかを見る。もしそうであれば、それらを引き起こす病態がないかを検索する(高張性:高血糖、グリセオールの使用など、等張性:高脂血症、高 γ -glob 血症など)。低張性低ナトリウム血症をみたら、尿浸透圧をみて、最大希釈尿であるかどうかをみる。最大希釈尿であれば、水中毒や極度な溶質摂取不足がないか探る。また、尿浸透圧が測定できないときは、尿比重から尿浸透圧を推測する。計算式は、尿浸透圧(概算)=(尿比重下2桁)×25~40となる。最大希釈尿でない場合(水中毒や溶質不足でない場合)には、細胞外液量に注目する。体液量過剰であれば、心不全、腎不全、肝硬変などが鑑別に挙がる。細胞外液量減少であれば、①嘔吐、下痢など腎外性からのナトリウム喪失+脱水に伴う生理的 ADH の分泌などや、②利尿薬の使用や塩類喪失症候群などの腎性ナトリウム喪失の2群に分けられる。細胞外液

量正常の場合は、病態は ADH の分泌過剰、集合管での ADH の作用過剰が原因である。基礎疾患に甲状腺機能低下症、副腎不全などがなければ SIADH を疑う。SIADH の原因は、肺小細胞癌に代表されるような悪性腫瘍や、肺炎・COPD などの呼吸器疾患、三環系抗うつ薬・SSRI などの薬剤性を疑う。低ナトリウム血症の治療は症状の有無と経過によって変更する。経過がはっきりしない場合は慢性経過としての治療を優先する。血清ナトリウム濃度、尿浸透圧などを数時間おきにモニターしながら、補正速度を変更する。また、水中毒の場合は飲水制限だけで改善することが多いので、過剰補正、橋中心脱髄症候群にならないように注意する。3 % NaCl の作り方は、生理食塩水 500 ml のボトルから 100 ml 捨て、残りの 400 ml の生理食塩水に 10 % NaCl を 120 ml (6 アンプル) 入れる。3 % NaCl 作成が間に合わないほどの緊急のときはメイロン[®]を使う(3 % NaCl の2倍のナトリウム濃度を持つ)のも一法である。3 % NaCl の投与スピードは、体重×0.6 ml/時とする。

解答：

①測定ミス、②③高張性、等張性(順不同)、④~⑥高血糖、グリセオール、マンニトール(順不同)、⑦⑧中性脂肪、コレステロール(順不同)、⑨高 γ -glob 血症、⑩1.6、⑪2.4、⑫尿浸透圧、⑬希釈、⑭⑮水中毒、溶質不足(順不同)、⑯25~40、⑰水制限、⑱⑲甲状腺機能、副腎機能(順不同)、⑳橋中心脱髄症候群、㉑慢性、㉒100、㉓400、㉔120、㉕6、㉖体重×0.6

26 問中



問正解

20 問以上
デキレジ
10 ~ 19 問
ふつうレジ
9 問以下
ヤバレジ

(西崎祐史)



St. Luke's
International
Hospital