副腎不全を背景に進行した低Na血症により四肢しびれを呈し救急受診した一例

三宅大河[1]　藤原竜童[2]

大阪府済生会中津病院　初期研修医[1]　臨床教育部[2]

抄録

副腎不全を背景に進行した低Na血症により四肢しびれを呈した症例を経験した。低Na血症は多様な病態により引き起こされるため，ADH・甲状腺機能・尿中Na・尿浸透圧を含めた体系的な鑑別が重要である。ステロイド内服患者では副腎不全の関与を常に念頭に置き，シックデイ対策の教育，早期診断と適切な補正が必要である。

Key Word：低Na血症　副腎不全　四肢しびれ　ステロイド怠薬　シックデイ

はじめに

低Na血症は日常診療で頻繁に遭遇する電解質異常であり，進行すると神経症状や意識障害を来す危険がある[1]。原因は水分摂取過剰，薬剤，SIADH，副腎不全，甲状腺機能低下症など多岐にわたるため，鑑別が重要である。特に副腎不全を背景に持つ患者では，感染や摂食不良，怠薬などの軽微な契機で増悪しうる。

今回，関節リウマチ治療中で副腎不全を背景とし，ステロイドの怠薬歴を有する患者に発症した低Na血症により四肢しびれを呈した一例を経験したので報告する。

症例提示

【主訴】四肢しびれ

【現病歴】30年来服用中のプレドニンを減量中。CRH負荷試験反応不良でありプレドニゾロン2 mgにコートリル併用中であったが，服薬コンプライアンス不良で怠薬歴を有していた。

2日前から進行性に四肢のしびれを認めており，当日に予約していた外来受診に向かおうと外出したところ歩行困難となり，救急要請された。

【既往歴】関節リウマチ，環軸椎亜脱臼，副腎不全，CKD，腎性貧血

【生活歴】飲酒・喫煙：なし

【内服薬】パリエット錠 20 mg，イグラチモド錠 50 mg，カロナール錠 1800 mg，チラーヂン錠 25 μg，アルファロールカプセル 0.25 μg，メナテトレノンカプセル 45 mg，ビオフェルミン錠剤 36 mg，プレドニゾロン錠 2 mg

【入院時現症】体温度 36.4 ℃，脈拍数 65 /分，血圧 152 / 100 mmHg，酸素飽和度 96 %（room air）

頸部～肩部にかけて自発痛あり

両側橈骨動脈触知可能

四肢 edemaなし

明らかな麻痺，筋力低下なし

【検査所見】血液検査：WBC 9.5×103 / μl，RBC 1.84 ×106 / μl，Hb 6.3 g/dl，PLT 5.4×104 / μl，MCV 95.7 fL，T-Bil 0.7 mg/dl，AST 23 IU/l，ALT 10 IU/l，LDH 151 IU/l，CK 49 IU/l，BUN 21.2 mg/dl，Cre 1.47 mg/dl，Na 114 mEq/l，K 5.4 mEq/l，Cl 79 mEq/l，CRP 41.57 mg/dl，血糖 64 mg/dl，TSH 1.128 μIU/mL，FT4 1.68 ng/dL，血漿浸透圧 243 mOsm/kgH2O

尿検査：赤血球 1-4 /HPF，白血球 1-4 /HPF，U-Na <20 mEq/l，U-Cl <20 mEq/l，U-K 10 mEq/l，U-UN 114.9 mg/dl，U-Cre 19.8 mg/dl，U-OSM 102 mOsm/kgH2O

胸部～骨盤部CT：明らかな炎症のfocus指摘できず。

頚椎Xp，MRI：頚部脊柱管狭窄や髄内異常信号なし。環軸椎亜脱臼，環椎後弓欠損:前回と著変なし（図 1，図 2）。

受付け：令和 8 年 3 月 23 日



図１　頚椎Xp

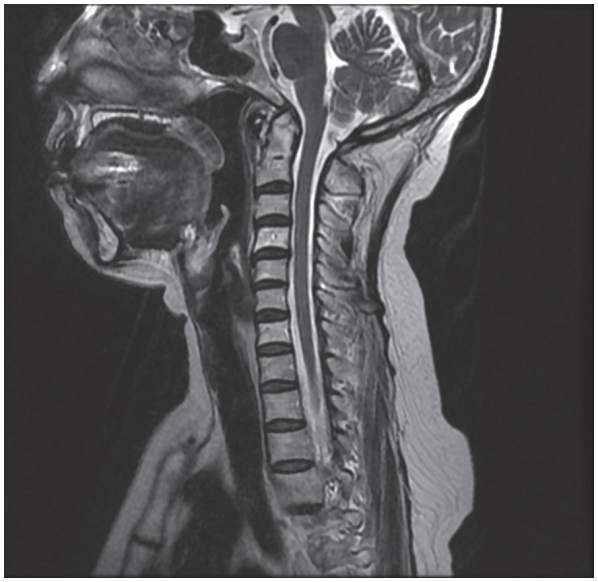


図２　頚椎MRI

入院後経過

頚椎MRIで新たな異常所見を認めなかった。血液検査で低Na血症，高K血症，腎機能低下，貧血，炎症反応亢進を認めた。胸部～骨盤部CTで明らかな炎症のfocusを指摘できず。尿検査では低張性低Na血症に加えて尿中Na排泄の低下を認めた。甲状腺機能は正常であった。感染や溶質摂取不足に加え，ステロイド怠薬に伴う副腎不全の関与を考慮し，入院後生理食塩水の輸液とヒドロコルチゾン100 mg/日の補充，抗菌薬投与，輸血を施行したところ，第４病日にはNa 135 mEq/L, CRP 8.63 mg/dlと低Na血症・炎症反応ともに軽快を認め，神経症状も消失し第７病日に退院した。

考　察

本症例では，ステロイド怠薬による副腎不全に加え，感染および溶質摂取不足が重なり，低Na血症が進行したと考えられた。甲状腺機能低下症は検査所見から否定的であり，SIADHについては尿浸透圧低値で，尿中Naも20mEq/L未満であったことから否定的と判断した。画像所見から頸椎病変や脳血管障害は否定された。また，１か月前からNa低下傾向を認めており，慢性的に進行していた可能性が示唆された。

低Na血症の臨床症状は，血性Na値そのものだけでなく，その低下速度や持続期間によって異なる。一般に軽症では倦怠感，悪心，頭痛など非特異的症状を認め，重症化すると嘔吐，傾眠，けいれん，呼吸循環障害などの重篤な神経症状をきたしうる。一方，慢性低Na血症では急性例に比して重篤な脳症状は目立ちにくいものの，認知機能低下や歩行障害，転倒のリスク増加が知られている[2]。本症例では意識清明で明らかな中枢神経障害は認めなかったが，慢性的な高度低Na血症を背景として四肢しびれと歩行困難を認めており，慢性進行性低Na血症に伴う神経症状として矛盾しないと考えられた。

結　語

副腎不全と感染および摂食不良が重なり進行した低Na血症により四肢しびれを呈した症例を経験した。低Na血症は多様な病態により引き起こされるため，ADH・甲状腺機能・尿中Na・尿浸透圧を含めた体系的な鑑別が重要である[3]。ステロイド内服患者では副腎不全の関与を常に念頭に置き，シックデイ対策の教育，早期診断と適切な補正が必要である。

参考文献

1. Gankam Kengne F, Decaux G. Hyponatremia and the Brain. Kidney Int Rep. 2017 Sep 1; 3(1) : 24-35.
2. Adrogué HJ, Tucker BM, Madias NE. Diagnosis and Management of Hyponatremia: A Review. JAMA. 2022 Jul 19 ; 328(3) : 280-291.
3. 山口秀樹ほか：日内会誌 2016 ; 105(4) : 667-675.