

くも膜下出血急性期における輸液管理の後方視的検討 ～ナトリウム投与量を中心に～

名張市立病院 薬局¹⁾，NST²⁾，脳神経外科³⁾

久保雅喜^{1,2)}，横田 浩^{2,3)}，寺邊政宏²⁾，山本順平¹⁾，松本優子²⁾，坂本幸子²⁾，
和崎加奈²⁾

【目的】くも膜下出血（SAH）後にしばしば低ナトリウム（Na）血症を合併し臨床的に問題となる。この低 Na 血症は、主に中枢性 Na 喪失症候群（CSWS）により生じ、これによりもたらされる過剰な Na 排泄や脱水は、脳血管攣縮の発生と関連し、SAH の重大な予後不良因子のひとつである。このため、SAH 後は低 Na 血症に陥らないような輸液が考慮される。今回、Na を中心に SAH 急性期における輸液管理について検討したので報告する。

【方法】当院にて 2009 年 7 月～2011 年 9 月に動脈瘤破裂による SAH と診断され開頭手術を施行された 20 例を対象に、手術当日から術後 14 日間の輸液内容を調査し Na 投与量を算出した。

【結果】Na 投与量の中央値は手術当日の 27.3（18.1-36.2）gNaCl/日が調査期間を通して最大であった。最小となったのは、術後 1 日目の 11.9（3.8-27.1）gNaCl/日であった。その後は徐々に増加し、術後 7 日目に 19.5（5.2-30.0）gNaCl/日と手術当日を除いて最大となり、以後 14 日目まで 17.4～18.6 gNaCl/日の範囲で推移した。

【まとめ】術中に細胞外液補充液が多く投与されたため手術当日の Na 投与量が最大となった。当院の SAH 術後の輸液管理では、摂取基準の 2 倍程度の Na が投与されていた。SAH の術後管理として低 Na 血症に注意する必要があるが、Na の明確な投与基準はなく、今回の検討は今後の治療方針を考えるうえで有用であると考えられた。