

7

カリウム異常 —ケース・カン ファレンス—

中村嘉宏

豊橋市民病院 腎臓内科

Point 1 低K血症，高K血症の緊急治療ができる。

Point 2 高K血症になりやすい状況を説明できる。

Point 3 問診，検査により低K血症の原因の鑑別を進められる。

はじめに

カリウム (K) 異常は緊急性が高いことも多く，その際は原因の鑑別よりも治療が優先される。レジデントが初期対応を求められる機会が多い病態のため，本章では実臨床でスムーズに初期対応をできることを目標に，実際の症例を用いて解説する。

1. 症例1

症例1 88歳の女性

〔主訴〕 浮遊性めまい

〔現病歴〕 高血圧症，慢性腎不全（原疾患不明，Cre 1.0 mg/dL程度），糖尿病で他院かかりつけ。浮遊性めまいのため当院内科を受診し，K 6.7 mEq/L，徐脈（HR 34回/分）のため腎臓内科コンサルトとなった。

〔内服薬〕 アムロジピン5 mg（カルシウム〔Ca〕拮抗薬），カルベジロール10 mg（β遮断薬），オルメサルタン20 mg（アンジオテンシン受容体拮抗薬），フロセミド10 mg（ループ利尿薬）

〔身体所見〕 血圧 102/47 mmHg，心拍数 35回/分，体温 36.2℃，SpO₂ 99%（room air），呼吸数 16回/分，意識清明，心音異常なし，呼吸音異常なし，両下腿浮腫なし。

〔検査所見〕

・血液ガス検査：pH 7.419，pO₂ 77.1 mmHg，pCO₂ 32 mmHg，HCO₃⁻ 21.4 mmol/L，K 6.3 mmol/L

・血液検査：WBC 6500/μL，Hb 9.8 g/dL，Plt 25.7/μL，T.Bil 0.5 mg/dL，AST 32 U/L，ALT 31 U/L，LDH 206 U/L，CPK 54 U/L，Glu 123 mg/dL，BUN 35.5 mg/dL，Cre 1.52 mg/dL，Na 125 mEq/L，K 6.7 mEq/L，Cl 95 mEq/L，Ca 8.4 mg/dL，P 3.4 mg/dL，UA 7.9 mg/dL，HbA1c 6.9%

・尿検査：Na 28 mmol/L，K 64.2 mmol/L，Cl

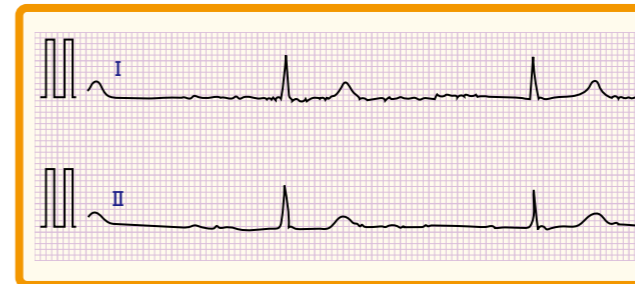


図1 症例1における心電図
HR 35回/分，P波消失あり，T波増高やST低下は認めず。

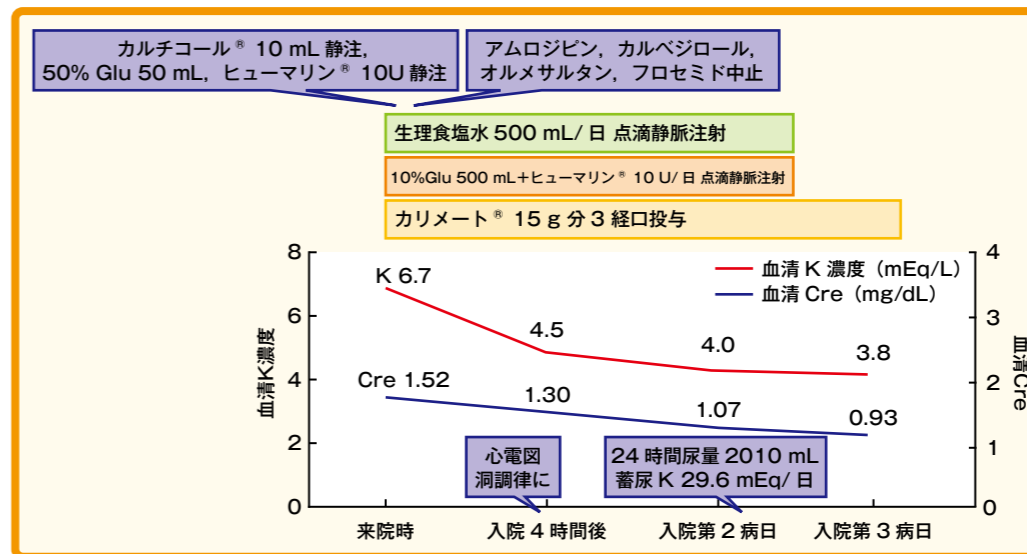


図2 症例1における治療経過

31 mmol/L，UN 336.1 mg/dL，Cre 96.23 mg/dL

〔胸部X線所見〕 心胸比48%，肺野に異常所見認めず。

〔心電図〕 図1に示す。

〔腹部エコー所見〕 皮質に軽度萎縮を認める，水腎症なし。

高K血症の初期対応

高K血症の初期対応として，以下の順にアプローチを行った（6章図7「高K血症の治療アルゴリズム」参照）。

- ①偽性高K血症の有無
- ②緊急治療の必要性の有無
- ③治療をしながら原因検索

①偽性高K血症の有無

採血で溶血（LDHやASTの上昇），血球増多は認めず，偽性高K血症は否定的であった（6章「偽性高K血症」の項参照）。

②緊急治療の必要性の有無

血清K 6.0 mEq以上で，心電図ではP波の消失を認めるため緊急治療が必要である。ただちに①カルチコール®10 mLを緩徐に静脈注射，②グルコースインスリン（GI）療法（50%ブドウ糖50 mL+レギュラーインスリン10単位を静注）を行った。

③治療をしながら原因検索

追加の問診より，K過剰摂取は明らかではなかった。（6章表1「高K血症の原因」参照）。有効循環血漿量減少およびRAS阻害薬内服による急性腎不全，高K血症を起こしたと考えられた。