

103.6±10.5 mg/dl 및 14.1±0.9 mg/dl, 혈액 투석군이 85.5±8.5 mg/dl 및 13.5±1.3 mg/dl, 지속성 외래 복막 투석군이 54.9±3.7 mg/dl 및 14.7±0.9 mg/dl이었다.

4) T세포 집락 형성 단위는 대조군이 998.3±262.9, 투석 시작전군이 426.9±69.0, 혈액 투석군이 1114.3±260.2, 지속성 외래 복막 투석군이 1369.3±371.7로 투석 시작전군이 대조군, 혈액 투석군 및 지속성 외래 복막 투석군보다 T세포 집락 형성 단위가 유의있게 ($p < 0.05$) 감소되어 있었으며, 대조군, 혈액 투석군 및 지속성 외래 복막 투석군 사이에는 통계학적으로 유의 있는 차이가 없었다 ($p > 0.1$).

5) Interleukin-II는 대조군이 8.8±2.2, 투석 시작전군이 2.7±0.8, 혈액 투석군이 11.8±3.0, 지속성 외래 복막 투석군 보다 유의있게 감소되어 있었으며 ($p < 0.05$), 대조군, 혈액 투석군 및 지속성 외래 복막 투석군 사이에는 통계학적으로 유의 있는 차이가 없었다 ($p > 0.1$).

이상의 결과로 말기신부전증 환자의 임파구의 lymphokine 생성능은 투석 시작전군에서 대조군, 혈액 투석군, 지속성 복막 투석군에 비해 저하되어 있는 것이 관찰되었으며 혈액 및 복막 투석후에 lymphokine 생성능이 회복되는 경향을 알 수 있으나 좀더 많은 예에서 관찰이 필요할 것으로 사료된다.

- 7 -

신증후군이 동반된 IgA 신증의 치료 성적 및 추적조사

경희의대 내과

김세윤 · 최철준 · 이태원

임 천 규 · 김 명 재

IgA신증의 예후 인자로서 단백뇨소견이 보이는 신증후군은 널리 알려져 있다. 이들에게서 스테로이드 치료와 병합요법을 시행하여 치료성적 및 추적 조사의 결과를 알아보았다. 대상환자는 경희의대 부속병원 내과에서 신생검상 IgA신증으로 진단받고 신증후군이 동반되었던 환자 19명을 대상으로, 1981년 8월부터 1988년 3월까지 관찰하여 그 치료성적과 재발율을 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

- 8 -

장기간의 Captopril투여가 신기능 및 단백뇨에 미치는 영향

순천향의대 내과

박민선 · 황승덕 · 이희발

1) 대상환자 19명의 24시간 단백뇨는 평균 7.33 gm이었고 혈청 알부민은 평균 2.7 gm/dl이었다.

2) 스테로이드 요법군 6명과 스테로이드 및 cyclophosphamide의 병합 요법군 11명간에 평균혈청 알부민, 평균 단백뇨, 평균혈청 크레아티닌치에 있어서 유의한 차는 없었으며, 대상환자중 2명은 치료없이 관해를 보였다.

3) 스테로이드 요법군에서 일차반응자는 6명으로 대상환자 모두에서 반응을 보였고, 치료 시작후 2개월 이내에 완전관해를 보인 예는 3명으로서 50%에서 관찰되었으며, 빈번재발자는 1명(17%), 빈번하지 않은 재발자는 2명(34%)이었다. 치료 시작후 2개월이후에서는 3명이 완전관해를 보였다. 병합 요법군에서 일차반응자는 5명으로 45%에서 반응을 보였고, 치료시작후 2개월 이내에 완전관해를 보인 예는 2명으로서 18%에서 관찰되었으며, 빈번재발자는 1명(9%), 빈번하지 않은 재발자는 1명(9%)이었다. 부분 관해는 5명(45%)에서 이루어졌으며 1명(9%)만이 일차성 무반응 자였다.

4) 스테로이드 요법군은 추적조사동안 신기능의 저하는 관찰되지 않았으며, 병합요법군에서는 초진시 정상 신기능을 보였던 9명(81.8%)의 환자중 2명(18.2%)을 혈청 크레아티닌치가 1.5 mg/dl이상 추적 조사시 증가되었고, 2명(18.2%)의 환자는 초진시 혈청 크레아티닌치가 1.5 mg/dl이상이었으나 추적조사시 증가하지는 않았다.

Angiotensin converting enzyme inhibitor인 captopril이 혈압, 신기능 단백뇨에 미치는 영향을 조사하기 위하여 혈청 creatinine이 2 mg/dl이상이고 24시간 뇨단백 배설이 300 mg이상인 환자 35명을 대상으로 captopril투여전 후에 혈청 creatinine(Cr), creatinine clearance(Ccr), DTPA-사구체 여과율 및 24시간 뇨단백 배설량을 측정하였다. 혈압조절을 위하여 필요한 경우에는 이뇨제, 혈관 확장제를 추가 사용하였다. 대상환자 35명의 평균연령은 43.4(19~72)세였고 이중 남자

소아의 특발성 고칼슘노증

이화외대 소아과

유 경 하 · 감 지 혜

이 승 주 · 이 근

가 21명 여자 14명이었다. 관찰기간중 6명은 말기 신부전증으로 진행하여 투석을 시작하였고 4명은 피부발진(3명) 또는 심한 식욕부진(1명)으로 투약을 중단하였으며 1명은 심근경색증으로 사망하였고 5명은 captopril 시작 후 추적불능으로 현재 19명이 계속 captopril을 복용 중이며 이중 8명에서는 1년이상 추적관찰이 가능하였다.

전체 35명 환자에서는 captopril 투여 1개월 후에 24시간 뇨단백 배설량이 3.5 ± 3.6 에서 2.7 ± 3.3 gm/gm Cr으로 감소하였다. 혈청 creatinine, Na, K, 24시간 뇨 Na, K, DTPA-사구체여과율 및 혈압은 1개월사이에 변화가 없었다.

12개월이상 captopril을 복용한 환자 8명에서는 시작시와 비교하여 12개월에 혈청 creatinine, Na, K, 24시간 뇨 Na, K 및 혈압에는 차이가 없었고 Ccr은 24.8 ± 10.9 에서 16.8 ± 7.1 ml/min로 감소하는 추세를 보였으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 24시간 뇨단백 배설량은 1.947 ± 1.51 에서 0.919 ± 0.782 gm/gm Cr로 현저히 감소하였다 ($p < 0.05$).

Captopril 시작후 6명에서는 9.0 ± 2.5 개월(5~11개월)에 말기 신부전증으로 진행하며 투석을 시작하였다. 혈청 Cr은 captopril시작시 5.0 ± 1.5 에서 11.4 ± 1.7 mg/dl로 증가하였고 ($p < 0.0005$) Ccr은 12.5 ± 3.0 에서 6.7 ± 2.4 ml/min으로 감소하였으며 ($p < 0.05$) 24시간 뇨단백 배설량은 5.0 ± 4.9 에서 6.5 ± 4.8 gm/gm Cr으로 증가하는 경향을 보였다.

12개월 이상 추적된 군(8명)과 말기신부전증으로 진행한 군(6명) 사이에 captopril시작시의 혈청 Cr은 각각 4.6 ± 1.3 와 5.0 ± 1.4 mg/dl로 신부전증으로 진행한 군에서 높았다. 24시간 뇨단백 배설량은 1.9 ± 1.5 와 5.0 ± 4.9 gm/gm Cr로 신부전증으로 진행한 군에서 높은 경향을 보였다. 두군 사이에 복용한 혈압강하제의 종류와 용량, 혈압, 혈청 Na, K 및 24시간 뇨 Na, K에는 차이가 없었다.

결론으로 captopril을 신부전증 환자의 일부에서 단백뇨를 감소시키고 신기능을 보호하는 효과가 있는 것 같다. 그러나 신부전증이 심한 환자 단백뇨가 심한 환자 또는 captopril 투여 후 단백뇨의 현저한 감소가 없거나 오히려 증가하는 환자에서는 captopril에도 불구하고 또는 captopril로 인하여 신기능이 계속 감소할 가능성이 있으므로 환자선택에 유의하여야 할 것으로 생각된다.

특발성 고칼슘노증은 혈중 칼슘치가 정상이면서 원인 질환없이 과량의 칼슘이 뇨로 배설되는경우로 무증상의 경우가 많지만 때론 뇨결석, 혈뇨 및 다양한 뇨로증상을 유발할 수 있으므로 이 질환에 대한 인식이 필요하다.

1986년 7월부터 1987년 8월까지 입원 및 외래환자를 대상으로 뇨 Ca/Cr비가 0.21 이상인 경우를 선별한 후 24시간 뇨 Ca량이 4 mg/kg/24 hr 이상이면 고칼슘노증으로 진단하였다. 혈청 전해질, pH 및 PTH등을 측정하여 이차적인 원인을 제외하였다. 특발성 고칼슘노증으로 진단된 환자에서 칼슘부하검사를 실시하였다.

1) 대상자 414명중 특발성 고칼슘노증으로 진단된 경우는 20명으로 4.8%였다.

2) 혈요나 뇨로증상이 없었던 388명중 고칼슘노증은 12명으로 3%였으며 혈요나 뇨로증상이 있었던 26명중에서는 8명으로 31%였다.

3) 증상의 빈도는 혈뇨, 농뇨, 단백뇨, 배뇨통, 야뇨순이며 2예에서 결석이 발견되었다.

4) 특발성 고칼슘노증 환자중 20%에서 결석의 가족력을 갖고 있었다.

5) 칼슘부하검사결과는 흡수형이 7예 신장형이 2예였다.

신결석의 중요한 원인인 고칼슘노증은 소아기에서부터 존재하고 있음을 알 수 있으며 노이상이나 요로증상이 있을 때는 특발성 고칼슘노증에 대한 검사가 필요하다고 생각한다.