## P35

# 신증후군 치료중 발생한 Varicella 감염후에 급성 신부전이 동반된 Stevens-Johnson 증후군 1례

순천향대학교 의과대학 소아과학교실

**김우성 · 김은미 · 이동환 · 신상판**

**서론 :** Stevens-Johnson 증후군은 재발하는 피부와 점막의 염증성 질환으로, 이는 약품, 감염등에 의한 과민 반응이라 여겨지고 있다. 저자들은 신증후군으로 prednisone으로 치료를 받아오던 10세 남아에서 고열과 사지 말단의 수포 형성, 체간의 홍반등이 발생하고 급성 신부전증이 동반되는 Stevens-Johnson 증후군 1례를 경험하였기에 보고하는 바이다.

**증례 :** 환자는 10세 남아로 신증후군으로 진단받고 매일 Prednisone($60mg/m^2/day$)으로 3주간 치료받고 관해가 왔다. 격일로 Prednisone($40mg/m^2/day$) 1주간 투여 받던중 수두환아와 1회 접촉된 이후 발생한 사지 말단 부위의 수포성 병변을 주소로 내원하였다. 환아는 신증후군과 수두감염후에 발생한 Stevens-Johonson 증후군 진단하에 Acyclovir($500mg/m^2/dose$)로 투여하였다. 내원 3일째되는 날부터 핍뇨에 빠지면서 급성 신부전증 소견과 단백뇨를 보이고, BUN 45mg%, 혈중 creatinine 3.5mg%으로 급격하게 증가하면서 전신의 부종이 악화되어 내원 4일째부터 복막투석 시행하였다. 피부소견은 처음에 발생한 손발부위에서 체간으로 중앙에 수포를 포함하는 발적이 융합되어 대수포를 형성하면서 빠르게 진행되었다. 발생과 소멸을 반복하였으며 체간과 둔부에는 광범위한 피부탈락을 보이며 서서히 회복하였다. 복막투석 14일째부터 소변량이 점차 증가하면서 혈중 creatinine이 1.9mg%으로 회복되어 복막투석을 중지하였다. 내원 4일째부터 지속적으로 보여주었던 단백뇨는 재발한 후 43일경부터 Deflazacort($60mg/m^2/day$)로 10일간 투여후 소실되었고, 전신상태도 회복되었다.

**결과 :** Corticosteroid로 치료하던 신증후군 환아에게서 varicella 감염후에 Stevens-Johnson 증후군이 발생하고, 급성 신부전증이 동반되어 복막투석후에 호전되었던 증례이다.

## P36

# 지질강하제에 의하여 발생된 급성신부전을 동반한 횡문근융해증 1례

중앙 길병원 내과 김 필운, 이 종호

서울대학교 의과대학 내과학교실 오 병희

횡문근융해증은 골격근의 손상으로 근세포내 함유물이 혈장내로 유리되어 나타나는 질환으로 급성신부전, 쇽, 대사성 산증, 심한 전해질 장애 등을 보이며, 원인으로 일산화탄소중독, 약물, 알코올, 감염, 과도한 근육운동, 직접적인 근육손상, 대사성 장애 등이 알려져 있다. Lovastatin은 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitor로서 고지혈증의 치료제로 널리 쓰이고 있으나 cyclosporine, gemfibrozil, niacin, erythromycin 등과 같이 사용시 횡문근융해증에 의한 급성 신부전이 발생할 수 있는 것으로 보고된 바 있다. 이에 연자 등은 lovastatin과 bezafibrate를 같이 복용한 환자에서 횡문근융해증에 의한 급성신부전 1례를 경험하였기에 보고하는 바이다.

(증 례)

41세된 남자 환자가 내원 1주일 전부터 발생한 전신쇠약감, 근육통, 핍뇨, 심계항진을 주소로 내원하였다. 3년전 담낭절제술을 받은 적 있고, 2년전 급성췌장염, 심방세동, 고지혈증 type IIb, 고혈압으로 입원 치료한 기왕력이 있었으며, '93 년 8월부터 내원 당시(94년 12월)까지 enalapril, lovastatin, bezafibrate, digoxin을 계속 복용하고 있었다. 내원시 혈압 150/110mmHg, 체온 36.5℃, 맥박 122회였으며, 이학적 소견으로 경미한 전신부종과 양측 견갑부 압통 및 황달성 공막과 적색뇨가 관찰되었다. 검사실 소견은 혈색소 12.4g/dl, 헤마토크리트 37.2%, 백혈구 $10,500/mm^3$(중성구 67%), 혈소판 $327,000/mm^3$, 혈구침강속도 90mm/hr, CRP 1+, AST 1,663IU/L, ALT 210IU/L, BUN 79.5mg/dL, Cr 11.9mg/dL, uric acid 13.1mg/dL, calcium 7.8mg/dL, phosphorus 8.7mg/dL, Na 142mEq/L, K 6.2mEq/L, CPK 3,462IU/L, LDH 8,800IU/L, s-myoglobin 2,025.8ng/mL, aldolase 3.3mU/mL이었으며, 뇨검사상 pH 5.0, protein 100mg/dL, bilirubin 1+, occult blood 3+, 뇨침사소견에서 RBC 5-7/HPF, WBC 3-5/HPF이었고, spot urine Na 35mEq/L, Ccr 8.3ml/min, urine myoglobin 5.0 ng/mL의 소견을 보였으며, 입원기간중 1일 뇨량은 1,000-1,500mL였다. $Tc^{99m}$-MDP 골스캔상 양측신과 연조직의 광범위한 동위원소 섭취 증가가 보였으나, 뼈 및 관절은 정상이었다. 비복근 생검소견에서 분절성괴사와 재생 및 단핵구의 침윤, 이영양성 석회화를 보였다. Lovastatin과 bezafibrate에 의한 횡문근융해증과 급성신부전으로 진단하고 원인약제를 중단한 후 보존적 치료로 임상증상이 호전되었으며, AST 30IU/L, ALT 22IU/L, BUN 38.1mg/dL, Cr 1.6mg/dL, CPK 63IU/L, LDH 1,027IU/L, Na 141mEq/L, K 4.8mEq/L, calcium 10.4mg/dL, phosphorus 4.7mg/dL, s-myoglobin 67.3ng/mL 등으로 호전되어 퇴원 후 외래 관찰 중이다.