

알코올 중독에 동반된 횡문근 용해증에 의한 급성 신부전증 1례

충남의대 내과학교실

구영선 · 강민규 · 황평주 · 김종학 · 이강욱 · 신영태

횡문근 용해증은 근세포 대사 장애나 근손상, 직접적인 압박에 의한 근괴사, 감염질환 등 여러 원인에 의해 발생하며 합병증으로 급성 신부전이 발생할 수 있다. 연구자들은 최근 충남대학교병원에서 폭주후에 나타난 알콜성 간염과 횡문근 용해증에 의한 급성 신부전 1례를 경험하였기에 보고하는 바이다.

중례: 55세 남자환자가 내원 당일에 발생한 의식혼탁을 주소로 응급실을 통해 내과에 입원하였다. 환자는 최근 일주일간 폭주를 한후 내원 3일 전부터 오심, 구토, 설사가 있었으며 내원일 오후 6시경에는 의식이 혼탁해져 입원하였다. 이학적 소견상 환자는 급성 병색을 보였으며 의식은 혼탁하였다. 입원당시 수축기 혈압이 70mmHg, 맥박수 60/분, 호흡수 22/분, 체온 36.5°C였다. 피부는 외상의 흔적이나 자반은 관찰되지 않았다. 신경학적 검사상 이상 소견은 없었다. 입원 당시 혈당은 17 mg/dL였고 50% D/W 50 cc를 정주후 의식은 회복되었다. 말초 혈액소견은 혈색소 15.3 g/dL (MCV 73.7 fL), 백혈구 6,900/mm³, 혈소판 16,000/mm³으로 심한 혈소판 감소가 있었으며 소변 검사는 요비중 1.030, pH 5.0이었으며 요단백은 100 mg/dL가 검출되었고 잠혈 반응이 3+이었고 현미경적 소견상 적혈구가 3-5/HPF로 검출되었다. 혈중 전해질은 Na 126 mmol/L, K 5.6 mmol/L, Cl 79 mmol/L였고 동맥혈 가스 검사상 대사성 산혈증 소견을 보였다. 환자의 혈액화학검사상 혈중 요소질소 37 mg/dL, 크레아티닌 3.6 mg/dL, 칼슘 6.5 mg/dL, 인 2.0 mg/dL로 신부전의 소견을 보였다. 혈청 총단백치는 5.4 g/dL, 알부민 2.8 g/dL, AST는 872 IU/L, ALT는 437 IU/L, alkaline phosphatase 240 IU/L, γ -GTP 153 IU/L, 콜레스테롤 153 mg/dL, 중성 지방 1139 mg/dL였다. 혈중 요산은 10.9mg/dL였고 CPK는 최고 17130 IU/L였으며 LDH는 2320 IU/L로 전체 효소의 활성도가 증가되어 있었고 혈중 myoglobin은 3000 μ g/ml이상으로 증가되었다. B형 간염 검사는 항원은 음성, 항체는 양성이었고 C형 간염 항체는 음성이었다. 입원초기 환자는 1일간 소변량 350cc로 피뇨를 보였으며 급성 신부전에 대한 고식적인 치료후 입원 8일째 소변량의 증가와 함께 전신상태의 호전을 보였으며 퇴원 12일후 외래에서 시행한 신기능 및 간기능 검사는 정상으로 회복되었다.

오심에 의해 유발된 항이노호르몬 부적절 분비 증후군 1례

원광대학교 의과대학 내과학교실

이명수, 최창수, 김상욱, 이성근, 엄주진, 이재홍, 안선호, 송주홍.

서론: 항이노 호르몬 부적절 분비 증후군은 입원 환자에서 저나트륨혈증의 원인중 80%를 차지 할 정도로 흔하며 심한 경우 신경학적 증상까지 야기할 수 있어 그 임상적 중요성이 크다고 할 수 있다. 항이노 호르몬은 여러 가지 폐질환, 악성 종양, 중추 신경계 질환, 내분비 질환 및 각종 약물에 의해서 분비가 증가되며 오심과 같은 생리적 증상에 의해서도 일시적으로 분비가 증가된다고 알려져 있다. 특히 오심에 의해서는 기저치의 100-1000 배까지 증가 할 수 있고 이로 인한 임상양상을 보일 수 있다고 알려져 있으나 아직까지 오심에 의해 발생한 임상 증례가 국내에서 보고된 바가 없다. 이에 저자들은 여러 가지 원인 중 대장 내시경을 위해 장하제(Colyte)를 복용한 후 수 시간 동안 지속되는 심한 오심에 의해 유발된 항이노 호르몬 부적절 분비 증후군 1례를 경험하였기에 보고하는 바이다.

중례: 59세 여자 환자가 정신 착란과 경련이 발생하여 응급실에 내원하였다. 환자는 내원 전날 저녁부터 대장 내시경을 위해 장하제 3 liter를 마신 후 수 시간 동안 지속되는 오심 증상 이후 상기 증상이 발생되었다. 과거력상 30년 전 폐결핵의 기왕력이 있었으며 완치 판정을 받았고 기타 약물 복용의 기왕력은 없었다. 활력증후는 정상이었으며 이학적 검사상 심한 지남력의 장애를 보였으며 좌측 폐에서 호흡음이 감소되어 있었다. 동맥혈 가스 검사는 정상 소견을 보였고, 생화학 검사상 Na⁺ 126 mEq/L, K⁺ 4.2 mEq/L이었고 6시간후 혈중 Na⁺는 120 mEq/L로 더욱 감소되었다. 혈중 요산치는 1.9 mg/dL, 혈중 삼투압은 250 mOsm/Kg H₂O, 요 삼투압은 776 mOsm/Kg H₂O로 혈중 삼투압에 비해 부적절하게 증가되어 있었고, 뇨 Na⁺는 45 mEq/L였다. 혈당, 단백질, 지질 등은 정상이었으며 갑상선 기능 검사 및 부신 기능 검사도 정상이었다. 12시간후 혈중 Na⁺는 116mEq/L으로 감소되면서 환자의 정신 착란 증상이 더욱 심해져 수분 제한과 고장성 생리 식염수를 주입하였고 혈중 Na⁺ 농도가 상승하면서 임상 증상은 호전되었다. 환자는 지속적인 추적검사상, 더 이상의 저나트륨혈증은 보이지 않았고 임상증상의 재발 없이 회복되어 퇴원하였다.