

폐낭종을 동반한 다발성 신낭종 드물 1예

팔레스 기념 침례병원 내과
서보경 · 류용선 · 정효경 · 성한동

상염색체 우성 다발성 신낭종은 부검시 1/500, 입원 환자의 1/3000에서 발견되며 팔기 신부전 환자의 10%를 차지하는 낭종성 질환이다. 양쪽 신의 피질과 수질에 직경 수 mm에서 수 cm에 이르는 구형의 낭종이 들어차서 장기를 크게 만들고 내프론을 파괴하고 국소적 폐쇄를 야기하여 기능장애를 일으킨다. 임상 양상은 20-30세 경부터 증상이 시작되고 신부위의 동통, 혈뇨, 야뇨 등이 흔하며 75%에서 고혈압이 발생하며 흔히 신부전으로 진행한다. 단백뇨는 대개 하루 2g을 넘지 않으며 감염이 대부분의 환자에서 발생하며 대개 신결석이 원인이다. 저자 등은 다발성 신낭종에서 드물게 폐낭종을 동반한 1예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

증례 : 35세 남자환자가 8개월 동안 좌측 옆구리 불편감과 2년 동안의 간헐적인 흉통을 주소로 내원하였다. 운동시 호흡곤란은 없었고 30~40분간의 간헐적으로 지속되는 흉통은 호흡과는 관계 없었다. 과거력상 20년 전 결핵이 있었으며 1년간 약물치료를 받고 완치 되었다. 사회력상 하루 1갑의 흡연력이 있었으며 가족력상 누나가 다발성 신낭종, 어머니는 당뇨와 만성신부전을 갖고 있고, 할아버지는 뇌출혈로 사망하였다. 내원 당시 체온은 38℃, 맥박은 72회, 호흡수는 22회, 혈압은 120/80이었다. 일반혈액검사상 백혈구 8100/mm³, 혈색소 13.4g/dl, Hct 38.9%, 혈소판 186,000/mm³ 나왔고 소변검사상 단백은 음성, 적혈구 2~3개, 상피세포가 3~5개 보였다. 복부 초음파와 상복부 컴퓨터 단층 촬영상 양측 신장에 많은 다양한 크기의 낭종이 보였으나 단순 흉부 촬영상 좌측 늑격동 분화과 좌측 심장 후부의 공동성 병변, 좌폐하엽의 상소엽에 많은 벽과 격막을 가진 낭성 병변, 좌폐하엽의 후기저소엽에 다소 두꺼운 벽과 격막을 가진 낭성병변, 감염이 원인으로 추정되는 좌폐하엽의 내기저소엽에서의 공기기관지염을 동반한 기관지혈관주변의 비후와 경화가 관찰되었다. 초음파상 경도의 승모판 폐쇄부전 소견 보였다. 환자에게 뇌동맥류의 확인 위해 뇌자기공명촬영, 폐낭종 조직검사와 유전자 확인 등을 권유하였으나 경제적인 이유로 확인하지 못하고 환자는 아세트아미노펜으로 통증이 호전된 후 퇴원, 현재 외래 추적 관찰중이다. 상염색체 우성 다발성 신낭종은 신장 외에도 간, 췌장, 비장 및 드물게 식도, 난소, 자궁, 뇌, 폐에 낭종이 생길 수 있는데 본 예에서는 폐에 낭종이 동반된 드문 예이기에 보고하는 바이다.

한국형 출혈열 환자에서 동반된 심근염 1예

원광대학교 의과대학 내과학교실
장근영, 재영하, 이명수, 오석규, 유남진, 안선호, 송주홍

한국형 출혈열은 한탄바이러스 (Hantaan virus) 혹은 한탄바이러스의 감염에 의한 고열, 저혈압, 위장관 증상, 출혈증상 및 신부전을 주 증상으로서 급성 열성질환이다. 한국형 출혈열에 동반되는 심장과 관련된 합병증으로는 고열압, 심근염, 1도와 2도 방실 전도장애, 심방세동, 방실 접합부 빈맥, 심방확장, 심부전, 심방출혈 그리고 심실비대 등이 드물게 보고가 되고 있으나, 한국형 출혈열에 동반된 심근염에 대한 보고는 국내에서는 없었다. 이에 저자 등은 한국형 출혈열 환자에서 동반된 심근염 1예를 경험하였기에 보고하고자 한다.

증례) 45세 남자 환자가 2주전부터 발열, 오한등 감기증상 보인후 내원 3일전 구토와 복통등 증상이 심해져 개인 병원 경유하여 본원 응급실로 입원하였다. 내원 당시 혈압 130/80 mmHg, 맥박 72/min, 체온 37℃였고 의식상태는 명료하였다. 급성 병색을 보였으며 두부소견상 안검충혈의 특이소견은 없었다. 흉부 청진에서 호흡음은 비교적 깨끗하였으며 심장 박동은 규칙적이었고 잡음은 들리지 않았다. 복부소견으로 복부는 부드러웠으나 팽창되어 있었고 하지에서 부종은 없었다. 말초 혈액검사상에서 혈색소 12.4 g/dl, 백혈구 31,080/mm³, 혈소판 18,000/mm³ 보였다. 혈청 생화학 검사에서 BUN 50mg/dl, Creatinine 1.8mg/dl, AST 107IU/L(정상:5-35), ALT 69IU/L(정상:5-40)로 상승되어 있었고 전해질 검사는 sodium 131mmol/L, potassium 4.1mmol/L, 간염 바이러스 표지자 검사는 HBsAg(-), Anti-HBsAb(+), HCV Ab(-), CK 208IU/L, LDH >1898IU/L로 상승되었으나 CK-MB분획은 정상이었다. 뇨검사서 적혈구 25-50/HPF, 단백 3+, 당 2+이었으며, Hantaan virus 항체의 역가는 1:1280(ELISA method)이었다. 단순 흉부 촬영 소견, 복부초음파, 심전도는 정상소견이었다. 내원 2병일째부터 발생한 심한 흉부 통증으로 내원 4병일째부터 혈액투석과 보존적치료를 하였다. 내원 10병일째 호흡곤란을 호소하여 시행한 심전도에서 T inversion, 심초음파에서 미만성 심실벽 운동저하가 관찰되었으나 심근스캔(Myocardial SPECT)에서는 정상소견이었다. 23병일째 심전도에서 지속적 T inversion 소견이 보였으나 전반적인 임상증상 호전 및 혈액검사, 생화학검사, 뇨검사서 모두 정상화되어 퇴원하였다. 퇴원 2개월후 외래에서 시행한 심전도와 심초음파에서 정상 소견이 관찰 되었다. 바이러스 심근염은 심근조직생검이 확진에 필수적이지만 본 환자는 출혈경향으로 시행하지 못하였고 임상양상과 심장검사 및 Hantaan virus 항체 역가의 증가 소견으로 바이러스에 의한 심근염을 추정할 수 있었다.