

만성콩팥병의 진단과 분류

부산대학교 의학전문대학원 내과학교실

성 은 영

Diagnosis and Staging of Chronic Kidney Disease

Eun Young Seong

Pusan National University College of Medicine, Internal Medicine

1차 의료기관 임상의를 위한 근거중심의 표준화된 임상진료를 위해 만성콩팥병에 대한 치료 및 예방에 관한 가이드라인 중, ‘만성콩팥병의 진단과 분류’에 대한 요약이다.

1. 만성콩팥병의 정의와 검사

- 1) 만성콩팥병의 정의는 (1) 사구체여과율에 관계없이 콩팥손상의 증거가 있거나 (2) 사구체 여과율이 $60 \text{ mL/min/1.73m}^2$ 미만으로 3개월 이상 지속되는 상태를 말한다(근거수준 A, 권고).
- 2) 단백뇨의 검진은 아침 첫 소변이 가장 적절하나, 여의치 않을 경우 시간대와 관계없이 검사를 시행할 수 있다(근거수준 C, 의견). 임의뇨 덤스틱 검사에서 단백뇨가 1+ 이상인 경우 3개월 내에 단백뇨 정량 검사를 실시하는데(근거수준 C, 의견), 임의뇨 알부민/크레아티닌 비를 이용한다. 알부민/크레아티닌 비가 높은 경우($> 500 \text{ mg/g}$)는 임의뇨 단백/크레아티닌 비도 이용할 수 있다(근거수준 C, 제안).
- 3) 의미있는 혈뇨란 성인에서 적절하게 채집된 3회 소변검사서 2회 이상 시험지 붕 검사 잠혈 양성이거나 현미경 고배율 시야에서 적혈구 3개 이상(근거수준 B, 제안)인 경우이며, 50세 이상에서 나타나는 혈뇨는 콩팥 요로계 암에 대한 선별 검사가 필요하다(근거수준 C, 제안).
- 4) 만성콩팥병 환자와 만성콩팥병의 위험도가 높은 환자들은 영상의학 검사가 시행되어야 한다(근거수준 A, 권고).

2. 만성콩팥병의 단계

만성콩팥병은 추정 사구체여과율(eGFR)에 따른 콩팥기능에 따라 다섯 단계로 나누는 것으로 제안한다(근거수준 C, 제안).

3. 콩팥기능의 평가

혈청 크레아티닌을 측정하는 검사실은 추정 사구체여과율(eGFR)을 보고해야 하는데(근거수준 C, 제안), 혈청 크레아티닌 측정 방법에 따라 MDRD 공식 혹은 IDMS-traceable MDRD 공식을 이용하고(근거수준 C, 권고), 위의 공식을 사용할 수 없는 경우라면 Cockcroft-Gault 공식으로 크레아티닌 청소율을 구하여(근거수준 C, 의견) 콩팥 기능을 평가한다.

4. 만성콩팥병의 검진대상 및 신장내과 전문의에게 의뢰시기

- 1) 모든 성인에서 만성콩팥병의 발병 위험성을 가지고 있는지 확인해야 한다.

2) 만성콩팥병의 위험군은 (1) 혈압 측정 (2) 소변검사(임의뇨 알부민/크레아티닌 비, 소변 침전물, 소변 디스틱 검사) (3) 알부민/크레아티닌 비 (4) 추정 사구체여과율(eGFR)을 계산한다. 검진 결과 만성콩팥병의 증거가 없는 환자는 이후 1년마다 3번 항목의 검진을 받아야 한다 (근거수준 C, 의견).

3) 모든 만성콩팥병 4-5단계 환자(eGFR < 30 mL/min/1.73m²)와 만성콩팥병 3단계 환자 중 (1) 치료되지 않는 빈혈(혈색소 <11 g/dL) (2) 비타민 D 치료에도 지속되는 부갑상선 기능 항진증(iPTH > 70 pg/mL) (3) 불응성 고혈압에 대한 치료가 필요할 경우 신장전문의 진료가 필요하다(근거수준 C, 제안).