

황문근 용해증이 합병된 중증 저나트륨 혈증 환자에서 발생한 삼투성 탈수초 증후군 1예

대구가톨릭대학교 의과대학 내과학교실

*홍효림, 이다영, 김민근, 안기성, 이인희

배경: 삼투성 탈수초 증후군은 중심 뇌교의 기저부에 대칭적인 비염증 수초탈락으로 인해 사지 마비, 구음 장애, 연하 곤란 및 의식 장애 등의 신경 증상을 보이는 질환이다. 특히 저나트륨 혈증 교정 후 발생하는 드문 신경학적 합병증으로 알코올 중독, 영양실조 및 신부전 등의 위험 요인이 알려져 있다. 이에 연자 등은 중증 저나트륨 혈증 환자에서 급성신손상과 황문근 용해증이 동반되어 신경이완제 악성 증후군으로 오인된 삼투성 탈수초 증후군을 경험하고 이를 보고하는 바이다. **증례:** 47세 여자로 내원 1년 전부터 만성 알코올중독과 우울증으로 정신과 치료를 받았으며, 수주 전부터 수면 장애로 인해 개인 정신병원 입원 중 내원 1일 전 발생한 의식 변화를 주소로 응급실로 전원되었다. 내원시 혈압 90/60 mmHg, 맥박 87회/분, 호흡수 20회/분, 체온 36.7℃이었고, 이학적 검사상 혼수상태를 보였다. 말초혈액 검사상 백혈구 7,700/mm³, 혈색소 11.8g/dL, 혈소판 41,000/mm³이었으며, 혈청 생화학검사상 혈당 65 mg/dL, 혈청 Na/K/Cl 94/3.4/56 mEq/L, 혈중요소질소(BUN) 17.0 mg/dL, 크레아티닌(Cr) 1.5 mg/dL, AST/ALT 1,393/431 IU/L, 칼슘 7.4 mg/dL이었고, CPK/LDH 5,315/4,996 IU/L, 혈청 미오글로빈 1,126.0 ng/mL로 근 효소치가 증가되어 있었다. 혈장 삼투압은 191mOsm/kg이었으며, 갑상선 호르몬 수치는 정상이었으며 뇌 CT 촬영에서 특이 이상은 없었다. 내원 직후 고장성 식염수 정주(3% NaCl, 1mL/kg/hour)로 교정을 시행하였으며, 정주 24, 48시간 후 혈청 Na치는 각각 118, 125mEq/L로 증가하면서 의식은 점차 호전되었다. 그러나 정주 4일째 의식이 다시 혼수상태로 저하되었고, 고열과 전신 강직이 관찰되면서 근 효소치가 증가하고 신기능이 악화되었다. 내원 후 7일째 시행한 혈청 생화학검사상 Na 143mEq/L, BUN/Cr 49.7/2.5 mg/dL, AST/ALT 7,449/1,340 IU/L, CPK/LDH 26,000/14,720 IU/L소견을 보였으며, 이때 시행한 뇌파검사상에서 미만성 대뇌 기능장애, 99mTc-MDP 전신 골 스캔상 양하지 근육 및 연부 조직에서 동위원소 섭취증가가 관찰되었다. 이후 대증요법 유지하면서 근 효소치 감소, 신기능이 호전되어 내원 후 14일째 뇌 MRI 촬영을 시행하였으며, 이때 T2 강조 영상과 FLAIR 영상에서 상부 뇌교, 양측 기저핵 및 중심앞이랑(precentral gyrus) 등에서 고신호 강도가 관찰되었다. 이후 포도당, 전해질 및 비타민 등을 포함한 수액요법 지속 중 제30일째 자발적으로 눈을 떴으며, 이때 사지 근력이 저하되어 있어(MRC grade 1/5) 재활치료를 병행하였다. 내원 후 6주째 간단한 의사소통과 경구 식이섭취가 가능하였고, 근력이 호전되면서 현재 경과 관찰 중이다.

Hemorrhagic fever with renal syndrome manifested as severe colitis

전북대학교병원 신장내과

*김인재, 이 식

Although various symptoms in hantavirus infection have been reported, an association between hantavirus infection and colitis has not been described. Herein, we report an unusual case of hemorrhagic fever with renal syndrome presented as severe colitis. A 36-year-old man visited the emergency room with complaints of severe diarrhea and dehydration. Concomitant symptoms were fever, nausea, vomiting, and oliguria. Six days prior to admission, fever, chill, and sore throat developed. Initially, he visited a local clinic and was treated with antibiotics, but his condition didn't improve. He had no previous history of diabetes mellitus, hypertension, pulmonary tuberculosis, or hepatitis. A physical examination revealed an acutely ill appearance, flushed face, conjunctival hemorrhage and petechiae on both lower legs. He had diffuse tenderness in the abdomen. Severe diarrhea persisted and sigmoidoscopy showed multiple small aphtoid ulcers and erosions with diffuse erythematous and edematous mucosa at rectum and sigmoid colon. (Figure 1). Serum creatinine rose on day 5 to 5.8 mg/dL, and the patient started hemodialysis. Sera were tested on day 1 and 7 for a sero-diagnosis of HFRS using an immunofluorescent antibody test with Hantaan viral antigen. The serologic test showed a negative into positive result for Hantaan virus. Urine output gradually increased, and became polyuric during the third week of illness. The patient recovered and was discharged after 4 week of hospitalization with all laboratory findings and symptoms normalized

