

HBsAg 음성인 환자에서 HBcAb 및 HBsAb 유무에 따른 B형간염 재활성화 빈도 비교

울산의대 서울아산병원 신장내과

*전제완, 김순배, 김효상

Introduction: Hepatitis B virus (HBV) reactivation is frequently observed in kidney transplantation (KT) recipients with hepatitis B surface antigen (HBsAg). Prophylaxis with antiviral agent is effective in preventing HBV reactivation. Therefore, HBsAg positive KT recipients should receive preemptive antiviral agent regardless of their HBV DNA titer. However preemptive antiviral therapy in HBsAg negative KT recipients is not established yet. There are many studies about HBV reactivation in HBsAg negative KT recipients. The existence and titer of hepatitis B surface antibody (HBsAb) and hepatitis B core antibody (HBcAb) is known to be related to HBV reactivation. We investigated the rate of HBV reactivation in KT recipients without HBsAg, depending on their HBcAb and HBsAb status. **Method:** From February 1997 to March 2015, there were 1988 KT recipients without HBsAg in Asan Medical Center. They were divided into 4 groups: (1) HBcAb negative and HBsAg negative (cAb-sAb-)(n=356), (2) HBcAb negative and HBsAb positive (cAb-sAb+)(n=652), (3) HBcAb positive and HBsAb negative (cAb+sAb-)(n=146), (4) HBcAb positive and HBsAb positive (cAb+sAb+)(n=834). HBV reactivation rate was analyzed and compared between each groups. **Results:** There were 46 patients (2.3%) with HBV reactivation after kidney transplantation. In each group, HBV reactivation rate was 1.7% in cAb-sAb-, 1.7% in cAb-sAb+, 8.2% in cAb+sAb-, and 2.0% in cAb+sAb+ ($p < 0.001$). HBV reactivation according to HBcAb was 3.0% in HBcAb positive group and 1.5% in HBcAb negative group ($p = 0.022$). HBV reactivation according to HBsAb was 3.6% in HBsAb negative and 1.9% in HBsAb positive ($p = 0.033$). **Conclusion:** HBV reactivation rate in HBsAg negative KT recipients was not negligible, especially in cAb+sAb- patients. We suggest that regular monitoring of HBsAg, HBcAb, HBsAb and HBV DNA titer after KT be done to check HBV reactivation.

미도드린 투여에 반응하지 않는 투석 중 혈압저하 환자에서 플루로코티손의 효과

울산의대 서울아산병원 신장내과

*서유리, 강성명, 정수민, 김순배

배경: 투석 중 저혈압은 환자의 예후에 좋지 않은 영향을 미치며 사망률을 높인다. 명확한 원인 없이 투석 중 저혈압이 발생하는 경우 임상적으로 적용할 치료 방법이 적다. 미도드린을 투여함에도 투석 중 혈압저하가 지속되는 환자에서 플루로코티손을 투여하면서 투석 중 저혈압이 호전된 국내 첫 사례를 보고한다. **케이스요약:** 66세 여자 환자로 13년 전 당뇨병성 신장병으로 투석 시작하여 주 3회 유지 혈액 투석을 받는 분이다. 투석 중 혈압저하를 일으킬 특정 원인이 없으나 빈번하게 투석 중 혈압저하로 인하여 투석을 종료할 수 밖에 없었다. 미도드린(10 mg, 경구) 투여에도 반응하지 않는 혈압저하의 빈도가 더 잦아지는 상태였기에, 투석 중 혈압저하 예방 목적으로 플루로코티손 0.2 mg을 투석 30 분 전 투여하였다. 플루로코티손을 투여하지 않은 40회 투석과 플루로코티손을 투여한 40회 투석을 비교하였다. 수축기 혈압이 80 mmHg 이하로 저하된 횟수는 플루로코티손 비투여군(5회)이 플루로코티손 투여군(0회)에 비해 많았다. 혈압저하로 인하여 투석을 조기 종료 하였던 횟수도 플루로코티손 비투여군(4회)이 플루로코티손 투여군(0회)에 비해 많았다. 투석 직전 평균 수축기 혈압은 플루로코티손 비투여군(187 mmHg)이 플루로코티손 투여군(149 mmHg)에 비해 높았으며($p < 0.05$), 투석 시작전 혈압과 최저혈압의 차이가 줄어들면서 환자가 느끼는 주관적 불편감은 현저히 호전되었다. **결론:** 미도드린 투여에도 호전되지 않는 투석 중 저혈압이 발생하는 환자에서 플루로코티손이 도움이 될 수 있음을 시사한다. 플루로코티손과 투석 중 혈압의 관계에 대한 연구가 더욱 필요하다.

	플루로코티손투여	플루로코티손 비투여
투석횟수	40	40
조기종료횟수	0	4
최저수축기혈압 < 80 mmHg 횟수	0	5
시작시 수축기 혈압 (mmHg)	149	187
시작과 최저 수축기혈압의 차이(mmHg)	48	86

