

■ S-205 ■

## 단백 S 결핍환자에서 발생한 May Thurner 증후군 1예

부산보훈병원 내과

\*김선광, 고성현, 박건우, 조준호

**서론:** May Thurner 증후군은 좌측 총 장골정맥이 우측 장골동맥과 요추의 몸통 사이에서 만성적인 박동성 압박에 의해 국소적으로 맥관 내막이 증식하여 혈류가 차단되어 심부 정맥 혈전증을 초래하는 질환이다. May thurner 증후군은 하지 종창 및 압통이 가장 흔한 증상이며 급성 합병증으로 폐색전증에 의한 사망이 있을 수 있다. 심부 정맥 혈전증을 초래하는 선천성 질환에는 Factor V leiden mutation, Prothrombin gene mutation, Protein C, S deficiency, Antithrombin deficiency, Dysfibrinogenemia 등이 있다. May Thurner 증후군과 단백 S 결핍이 함께 동반된 예는 매우 드물어 저자는 보고 하는 바이다. **증례:** 66세 남자 환자는 6개월 전 Rt. intrahepatic portal vein thrombosis 있어 와파린 복용하던 중 환자가 한 달 전부터 자의로 와파린 투약 중단한 상태로 3일 전부터 발생한 좌측 하지 함요 부종 및 압통 있어 내원하였다. D-dimer는 3.20 µg/mL (0~0.5 µg/mL) 증가되어 있었고, 추가적인 평가를 위해 시행한 흉부 전산화 단층 촬영상에는 폐동맥혈전을 확인 할 수 없었다. 하지 정맥 전산화 단층 촬영상 Lt. CIV-Lt. SFV에 심부 정맥혈전증이 관찰되는 May Thurner 증후군 소견 보였다. 상기 질환의 원인으로 유전성 혈전증에 대한 평가를 위해 시행하였다. 검사 결과에서 항카르디오리핀(anticardiolipin) IgG, IgM 음성, lupus anticoagulant 음성, Factor V Leiden mutation 음성, 항 트롬빈(antithrombin) III 90% (79-118%), 항 인지질항체(anti-phospholipid Ab) IgG, IgM 음성, C 단백 항원 54%, C 단백 활성 59% (73-142%), S 단백 항원 26%, S 단백 활성 38.5% (60-140%)를 보여 선천적 단백 S 결핍에 의한 심부정맥 혈전증으로 진단하였다. 첫날 IVC filter 삽입 및 총 장골정맥부위 흡인 혈전제거술(MPA1 8F) 시행 후 14X80 and Smart 12X80 스텐트 삽입하였고 다음날 장골 대퇴정맥 부위에 9X60 스텐트 삽입 후 Urokinase® (Green cross, Korea)를 이용한 혈전용해술 함께 시행하였다. 삽입제 시행한 정맥조영상에서 다른 추가적 혈전없이 하지 심부정맥의 혈류 소동이 원활해짐을 확인하였다. 퇴원 이후 환자 와파린 복용하며 순환기 내과 외래 추적 관찰 중이다. **결론:** 반복적인 심부 정맥 혈전증이 동반된 환자의 경우에 혈전 생성의 원인을 명확히 규명하고 재발을 막기 위한 치료적 노력이 필요하다.

■ S-206 ■

## Case of ST elevation myocardial infarction induced by spontaneous coronary artery dissection

Division of Cardiology, Department of Internal Medicine, Yonsei University Wonju College of Medicine, Wonju, Korea

\*Kyung-Min Kim, Jun-Won Lee, Jang-Young Kim, Young-Jin Youn, Joong-Kyung Sung,  
Sung-Gyun Ahn, Byung-Su Yoo, Seung-Hwan Lee, Junghan Yoon, Kyung-Hoon Choe

관상동맥 자연박리는 매우 드문 관상동맥질환으로, 주로 젊고 건강한 여성에서 주로 발생하는 것으로 알려져 있다. 관상동맥 자연박리는 관상 동맥의 혈관벽의 중막에 벽내 혈종이 발생하여 심근허혈을 유발하는 것인데 임상양상은 무증상부터 협심증, 그리고 급성심장사까지 매우 다양하다. 관상동맥 자연박리에 의한 비-ST 분절 상승 심근경색에 대한 1예를 보고하고자 한다. 고혈압의 과거력이 있는 62세 여환이 내원 약 4시간 전부터 시작된 흉통을 주소로 응급실로 내원하였다. 흉통은 명치부에서 발생하였으며 구토와 구역질 그리고 어지러움, 식은땀을 동반하였다. 내원 후 시행한 심전도상에서는 V3-V4까지 T-wave 역전과 함께 ST절 하강이 동반되어 있었으며 심근효소 상승이 있어 비-ST 분절 상승 심근경색 진단하에 관상 동맥 조영술을 시행하였다. 관상 동맥 조영술상에서 우측관상동맥은 지소동맥이었으며 좌전하행지에서는 내강협착은 보이지 않았다. 반면 좌회선지는 근위부에서 박리피판 의심소견이 모서리분지부 전에 보여 정확한 침범정도를 파악하기 위해서 혈관내 내시경 시행하였다. 그 결과 좌회선지 입구부터 원위부까지 아주 긴 박리피판이 보였으며 이것은 모서리분지 입구까지 침범하고 있었다. 다시한번 조영술을 시행하였을 때, 박리피판이 모서리분지 원위부까지 침범하여 의원성 박리가 생긴 것으로 판단되어 검사를 종료하였다. 이후 IV 해파린 및 약물 유지하면서 대증치료를 하였으며 환자 증상없이 퇴원하였다. 본 환자의 경우 광범위한 박리피판을 보여 스텐트 삽입 시술이 어려운 상태였으며, 의인성 박리까지 동반되어 더이상의 혈관조영술은 어려워 대증적 치료가 결정되었던 케이스였다. 본 케이스와 같이 광범위한 관상동맥박리 의심이되는 경우에는 침습적인 검사는 피하고 대증적 치료를 하는 것을 고려해야 할 것으로 생각된다.

