

급성 심근경색 치료 후 장기적으로 안정된 환자에서 중증외상 이후 발생한 좌심실 혈전 1례

부산의료원 내과

*이동욱, 하주희, 김준호, 김진희

서론: 좌심실 벽의 운동장애는 혈류정체를 야기해, 좌심실 혈전을 유발하기도 한다. 좌심실 혈전은 급성 심근경색 환자의 5%에서 발생한다고 보고된다. **증례:** 55세 남자 환자가 1.5 m 높이에서 추락 이후 2014년 7월 내원, 척추 자기공명영상에서 3번째 요추의 골절 및 척추관 협착이 확인되었다(Fig. 1). 과거력으로 2007년 4월 ST 분절 상승 심근경색증으로 좌전하행지 경피적 관상동맥 중재술을 시행했고, 당시 심장 초음파에서 심첨부 전벽, 전중격, 전측부, 하중격의 얇아짐과 좌심실류 관찰, 좌심실 구혈률은 41%로 중등도 좌심실 수축부전이 관찰, 하중격, 하벽, 전벽의 무운동성과 좌심방, 좌심실의 확장이 관찰되었다. 2년 간격으로 심장 초음파를 추적관찰했고, 외상 전 마지막 검사에서 좌심실 구혈률과 벽운동 장애는 변화가 없었다. 하지만, 외상 이후 심장 초음파 검사에서 좌심실 구혈률 35%로 좌심실 수축기 기능저하와 더불어, 심첨부에 혈전이 새로이 관찰되었다. 항혈전요법과 척추 고정술 시행하였고, 와파린으로 유지 치료하였다. 이후 연속적 심장초음파와 검사를 수행하였고, 수술 후 9개월의 약물 치료 이후 좌심실 혈전은 관찰되지 않았다(Fig. 2). **고찰:** 좌심실 혈전 발생의 기전은 응고항진, 염증성 변화, 좌심실벽의 수축 장애로 인한 혈액의 정체로 설명한다. 좌심실 혈전은 급성 심근경색 발생 이후 3달내에 발생하는 경우가 많다. 응고항진은 암, 임신, 당뇨, 감염등의 상황에서 가능하고, 중증 외상에서도 가능하다. 중증 외상은 트롬빈의 생성을 증가시켜서 혈전 발생의 위험성을 높인다고 알려져 있다. 본 증례의 경우 급성 심근 경색 이후의 정기적 심장 초음파 검사에서 변화 없던 환자에서 중증외상 이후 좌심실 혈전이 발생, 약물 치료 통해 뇌졸중과 같은 중요한 전신 혈전 색전증 없이 혈전의 호전을 경험하였기에 보고하는 바이다.

Fig. 1

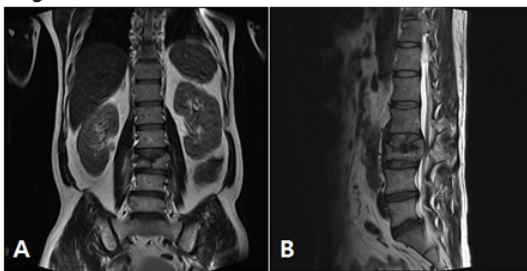


Fig. 2

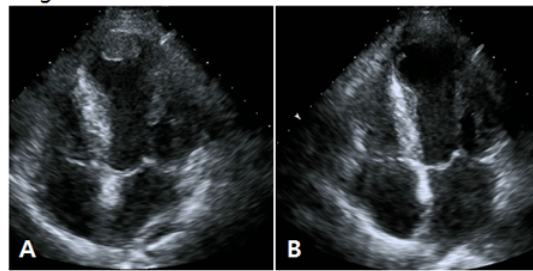


Fig. 1. Spinal magnetic resonance imaging at coming to the orthopedics. Images show burst fracture of the 3rd lumbar. (A) Coronal view. (B) Sagittal view.

Fig. 2. Echocardiographic findings at apical 4 chamber view. (A) Two days after trauma, large thrombus measuring 24 mm X 15 mm in size were detected at the apex of the left ventricle. (B) Nine months treatment of thrombus, thrombus disappeared at the apex of the left ventricle.

우심증 환자에서 발생한 동기능 부전 증후군에 성공적으로 영구형 심박동기 거치술을 시행한 1례

중앙보훈병원

*안성영, 김희서, 이상희, 양재윤, 한승문

배경: 우심증은 드물게 나타나는 선천적 기형으로, 완전내장역위증에 동반된 경우가 많다. 우심증 환자의 심박동기 거치술은 변형된 해부학적 구조와 동반 기형 및 방사선 투시 촬영상 방향의 변화 등으로 인한 어려움이 있고, 관련 증례도 드물게 보고되어 있다. 이에 본 저자들은 완전내장역위증에 동반된 우심증 환자에서 성공적으로 시행한 영구형 심박동기 거치술 1례를 경험하였기에 보고하는 바이다. **증례:** 67세 여자 환자가 간헐적 가슴 답답함을 주소로 내원하였다. 과거 흉부 및 복부 전산화단층촬영을 통해 완전내장역위증을 진단받았던 환자로, 고지혈증 외의 특이병력은 없었다. 내원 당시 혈압 100/60 mmHg, 맥박수 54회/분이었다. 심전도에서는 동서맥 및 우심증 소견인 우축편위, aVR 유도에서의 상형 P파와 QRS파 및 전흉부유도의 poor R progression를 보였다. 흉부 X선 검사상에서도 심장과 대동맥의 음영이 우측 흉곽에 존재하는 것을 확인하였다. 심초음파에서는 거울상 우심증 외 다른 이상소견은 없었고, 운동부하검사와 혈중 전해질 및 갑상선기능도 정상소견이었다. 24시간 홀터 검사에서는 동서맥 및 증상과 연관된 최대 3.8초의 동정지가 수차례 기록되어 동기능부전 증후군으로 진단하고, 심박동기 삽입술을 시행하기로 하였다. 영구형 심박동기 시술 직전 먼저 대퇴동맥을 통하여 심혈관조영술과 전기 생리학 검사를 시행하였다. 해부학적 구조를 관찰하기 위하여 시행한 관상동맥조영술에서는 전형적인 거울상 위치 반전을 보이고 있는 혈관 구조를 확인할 수 있었다. 전기 생리학 검사상에서는 동결절 회복 시간이 상당히 지연되어 있어 심한 동기능 부전임을 확인하였다. 또한, 우심실 및 우심방의 전극 도자를 이용하여 우심실 첨부와 우심방의 위치를 확인하였고 위치의 반전 이외에 다른 특이소견은 없어 영구형 심박동기 삽입에는 문제가 없을 것으로 판단하였다. 왼쪽 쇄골하정맥을 통하여 전극도관을 삽입하여 우심방이와 우심실첨부에 위치시킬 수 있었다. 동반기형이 없으며 완전내장역위증에 동반된 우심증 환자였기에 시술과정에서의 큰 어려움은 없었으나 방사선 투시 촬영 상 기존 환자들은 다른 거울상의 방향을 보이고 있음을 고려하는 것이 중요했다. 도자의 위치 확인 역시 이를 고려하여 심실 도자의 말단부가 AP view에서는 오른쪽을 향해, RAO view에서는 척추 쪽을 향해, LAO view에서는 심첨부 쪽을 향해 있는 것으로 위치를 확인하였다. 우심방이 도자의 말단부는 LAO view에서 앞뒤로 움직이는 것을 관찰하여 최종 위치를 확인하였고 DDDR 형의 영구형 심박동기를 연결 및 고정시킨 뒤 성공적으로 시술을 종료하였다.