

긴 관상동맥 협착 병변에 시행한 약물 부착 스텐트의 효과

전주예수병원 내과 이일수*, 임지현, 류제영, 전성희, 배종오, 이영재, 성백진, 문용

배경 및 목적: 관상동맥 스텐트 시술이 풍선 확장술에 비해 재협착율을 감소시켰음에도 불구하고 긴 관상동맥 시술 시에는 짧은 스텐트 시술 시보다 재협착율이 높다고 알려져 있다. 일반 스텐트에 비해 약물 부착 스텐트는 재협착율을 현저하게 감소시키는 것으로 있으나 긴 병변에 시행한 경우에서의 효과는 아직 확립되어 있지 않다. 본 연구에서는 긴 병변에 시술된 약물부착 스텐트의 효과를 알아보고자 하였다.

대상 및 방법: 2003년 1월부터 2004년 7월까지 관상동맥 질환으로 관상동맥 조영술을 시행하여 28mm 이상의 약물부착 스텐트(sirolimus-eluting stent)를 시행받았거나, 한 병변에 시행한 두 개 이상의 DES의 총 길이가 28mm 이상이면서 추적 관상동맥 조영술을 시행 받은 61명(남:여, 29:25명, 연령: 62.3±9.5세)을 대상으로 분석하였다. 대상 환자들의 병원 내 임상 경과, 1개월 및 6개월 이내에 발생한 주요 심장 사건을 평가하였고 약물부착 스텐트 시술 전후 및 추적 관상동맥 조영술상의 특징을 분석하였다.

결과: 관상동맥 조영술 소견에서 표적 혈관으로는 좌전하행지 33예(54%), 좌회선지 8예(13%), 우관상동맥 20예(33%)였고, 시술병변의 형태는 B1형 2예(3%), B2형 26예(43%), C형 33예(54%)였다. 병변의 길이는 27.6±8.0mm였고, 최소 관내경은 0.45±0.29mm, 가장 심한 부위의 내경협착은 83.9±10.2%였다. 61병변에 사용된 스텐트는 84개였고 23병변은 2개의 스텐트를 시술하였다. 스텐트 직경은 3.13±0.28였고, 스텐트 길이는 36.4±10.5mm였다. 시술 후 최소 관내경은 3.18±0.3mm, 조기 이득(acute gain)은 2.67±0.39mm이었다. 병원 임상 경과는 모두 양호하였고 퇴원 후 1개월 이내의 주요 심장 사건은 없었다. 6개월 이내의 사망이나 심근경색 등의 발생은 없었고, 6개월 전후로 시행한 관상동맥 조영술에서 후기 손실(late loss)은 0.53±0.48mm(15.7±15.5%)이었으며, 세 병변(4.9%)에서 재협착이 있었다. 세 병변 모두 IC형의 재협착이었고, 한 개의 스텐트를 시술한 병변이었으며 한 병변에 2개의 스텐트를 시술한 경우에는 재협착이 발생하지 않았다. 두 병변은 커팅빌론 혈관성형술을 통해, 한 병변은 단순 풍선확장술을 통해 재협착을 성공적으로 치료하였다.

결론: 28mm 이상의 긴 DES를 사용하거나, 2개의 DES를 중첩 시술하여 긴 관상동맥 협착을 치료하는 것은 매우 안전하고 효과적인 방법으로 생각된다.

Septic Pneumonitis with Right side Infective Endocarditis in Intravenous Drug Abuser

Doo Young Lee, Seong Ho Kim, Jae Hyoung Sun, Jin Suk Park, Jun Gwang Son, Hong Ju Sun, Ok Young Park, Jung Hyun Shin, Soong Lee, Kyoung Ok Park, Suk Jo1, Jong Chun Park1

Department of Internal Medicine, Seonam University College of Medicine, Department of Internal Medicine of Chonnam National University Hospital1

Right-sided Infective endocarditis (IE) is relatively rare among the overall cases of IE.

A 45-year-old man was admitted with complaints of high fever and dyspnea for 3 days. Ten years before admission, he had visited the emergency room due to traffic accident and was experienced amputation of right arm. And he had been administrated the morphine via left subclavian catheterization for one year due to severe chronic pain. A chest radiograph and chest CT showed multiple nodules of various sizes, some with necrotic centers and feeding vessels in the peripheral areas. Echocardiography showed a large mobile mass (3.0 x 2.2 mm diameter) attached to the atrial surface of beneath the tricuspid valve. Multiple blood cultures grew methicillin sensitive Staphylococcus aureus. We diagnosed right-side bacterial infectious endocarditis caused by Staphylococcus aureus and culminating in septic pulmonary emboli. Intravenous Piperacillin /Tazobactam treatment was prescribed. After 3 weeks, the patient recovered, was negative for C-reactive protein and had improved chest radiographs. Follow up echocardiography demonstrated normal tricuspid valve motion without vegetation and minimal tricuspid regurgitation.