

■ S-225 ■

Type A aortic dissection mimicking AMI with vasospasm

건국대학교 의학전문대학원 내과학교실

*홍성철, 한장수, 홍미진, 박중희, 이초이, 박유지, 김현중, 김성해, 서순용

대동맥 박리 및 급성 심근 경색은 흉부 통증을 주소로 오는 치명적인 질환이다. 대동맥 박리의 경우 응급 수술을 요하는 경우가 많으며 혈전 용해제나 항응고제가 투여될 경우 치명적일 수 있으나, 급성 심근 경색을 경우에는 혈전용해제나 항응고제를 투여하는 것이 일반적이어서 감별 진단에 매우 주의를 요하는 질환이다. 내원 ?? 시간 전부터 시작된 전흉부의 통증을 주소로 60세 남자환자가 내원하였으며, 내원 당시 신체 활력증후에서 혈압 167/90 mmHg, 맥박수 47/min을 보이고 있었으며, 내원 당시 심전도 상에서 정상동조율이었고 Lead V2-V6, I aVL에 Biphasic T inversion 관찰되었고, 초기 CK-MB 및 Troponin I는 정상 범위였다. 좌전하행지 병변 의심하에 관상동맥 조영술을 시행하였으나 좌전하행지는 의미있는 협착소견이 없었고, 대신 좌회선분지 원위부에 90%이상의 협착이 관찰되어 stent 시술을 하였다. 시술 30분 후, 환자는 다시 흉통을 호소하였고, V1~V6 까지 ST 분절의 상승이 관찰되어 다시 CAG를 시행하였다. 스텐트내 혈전은 관찰되지 않았고, 좌전하행지의 중간 부위에 완전 폐쇄가 관찰되었다. Spontaneous vasospasm 의심하에 IC NTG 주입후 완전폐쇄는 TIMI 3 flow를 회복하였고, 심전도 및 환자의 통증도 호전되었다. 다음날 시행한 심초음파상에서 대동맥 내막파괴가 관찰되어, 전산화 단층 촬영을 시행하였고, 상행 대동맥에서 신동맥 하방 2cm. 좌전하행지까지 침범한 Type A 대동맥 박리증이 발견되어 응급수술을 시행하였다. 수술소견상 관상동맥 조영술상 spasm으로 의심되었던 병변주위에 hematoma 가 관찰되었다. 위의 소견들을 근거로 종합하면 대동맥 박리로 인한 혈종이 좌전하행지로 진행하면서 AMI 또는 vasospasm으로 오인되었던 것으로 사료된다.

■ S-226 ■

Blinking Heart : Pneumopericardium

Cardiology Division, Severance Cardiovascular Hospital, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

*Jaewon Oh, Chi Young Shim, Hoyoun Won, Byeong-Keuk Kim, Seok-Min Kang

A 56-year-old man presented with chest discomfort on emergency room. He had stroke 8 years ago and right upper lobectomy (lung cancer, adenocarcinoma) with lymph node dissection 2 weeks ago. Electrocardiogram revealed normal sinus rhythm without any ischemic signs but chest radiograph showed pleural effusion at right lobe and pneumopericardium at left heart border (Figure 1). Computed tomography (CT) showed pneumopericardium at anterior side but no sign of bronchopericardial fistula (Figure 2). Two-dimensional transthoracic echocardiogram was visible only in diastolic phase (Figure 3) but hindered by trapped pericardial air in systolic phase (Figure 4). It could be 'blinking heart sign' in echocardiogram of pneumopericardium, especially in early phase at parasternal long view and parasternal short view. We could not find any compromised-hemodynamic sign and remarkable abnormality. Chest tube was inserted for drainage of right pleural effusion and pleural fluid analysis revealed chylothorax. So we presumed that pneumopericardium resulted from the sequela of post lung cancer operation. During conservative care with chest tube drainage and intermittent nasal oxygen therapy, his symptoms did not aggravate and his vital signs were stable. After improvement in pleural effusion and pneumopericardium, chest tube was removed. The patient was discharged in good condition and has subsequently done well.

