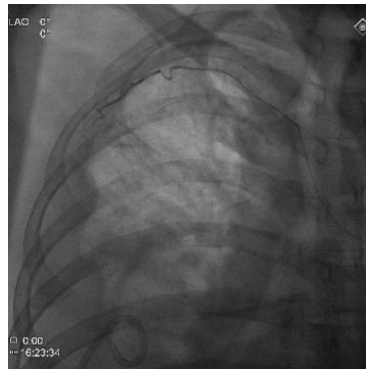


자발성 늑간동맥 출혈로 인한 혈흉, 그리고 이에 의한 급성 신부전에 관한 증례보고

인제대학교 서울백병원 내과학교실

*박일권, 정현걸, 도영석, 구호석, 고행일

서론: 혈흉은 흉곽 내 구조물들이나 흉벽의 손상으로 인해 발생을 하는데 대부분의 원인이 외상에 인한 것이다. 외상 외의 원인으로 종양, 혈액질환, 폐색전증, 결핵, 괴사성 염증, 가슴 대동맥류 등의 여러 원인이 있을 수 있다. 따라서 원인을 정확하게 규명하는 것이 치료에 중요한 부분이 될 수 있다. 저자들은 자발성 늑간동맥 출혈로 인한 우측 흉통을 주소로 내원하여 급성 신부전이 동반되어 투석을 시행한 환자의 증례를 보고 하고자 한다. **증례:** 환자는 63세 남환으로 고혈압으로 약물 복용하는 것과, 여호와의 증인이라는 종교적 특징 외에 특이사항 없이 우측 흉통을 주소로 내원하였다. 흉부사진 상 우측 흉막삼출이 관찰되었다. 흉관 삽입 후 삼출액 분석 상 혈흉임이 밝혀졌다. 수혈거부의 종교적 특성으로 수혈을 받지 않았고 지속적인 혈흉으로 인한 급성 신부전으로 8번의 혈액투석을 시행하였다. 혈관염이나 결핵,종양 등 다른 원인 없이 혈관 조영술 시행 결과 3번째 늑간동맥 출혈이 발견되었고 색전술을 시행하였다. 빈혈에 대해서는 철분제와 적혈구 형성 인자를 투여하였다. 이후 혈흉의 양은 줄어들게 되었고, 소변의 양이 늘어나고, 혈중 요소질소 수치, 크레아티닌 감소와 더불어 혈색소 수치도 상승하여 투석 중단 후 퇴원하였고 외래 추적관찰 중이다. 혈흉과 관련된 다른 특이한 질병 없이 자발성 늑간동맥 출혈로 인한 혈흉과 이에 의한 급성 신부전으로 투석한 예는 국내에 보고 된 경우가 없어서 보고하고자 한다.



Simultaneous occurrence of hypokalemic periodic paralysis and rhabdomyolysis as complications of hypokalemia with primary aldosteronism

Department of Internal Medicine, Sanbon Hospital, ¹Wonkwang University College of Medicine,

²Department of Neurology, Sanbon Hospital, Wonkwang University College of Medicine,

³Department of Internal Medicine, Hallym University College of Medicine

*Bongsu Seo¹, Jikyoung Lee¹, Ji Eun Lee¹, Il-Hong Son², Chul Sik Kim³, Hyunwook Kim¹

Primary aldosteronism is characterized by hypertension, suppressed plasma renin activity, increased aldosterone excretion, and hypokalemia. Although muscle weakness is a well-known muscular manifestation of marked hypokalemia with primary aldosteronism, both rhabdomyolysis and hypokalemic periodic paralysis are rare presentations respectively. Moreover, simultaneous occurrence of these two complications in primary aldosteronism is much rarer. We report a case of a 52-year-old man, who presented with muscular paralysis, hypertension, and hypokalemia. On admission, his plasma potassium level was 2.3 mmol/L and creatinine kinase level was 1815.0 IU/L. The diagnosis of hypokalemic periodic paralysis was confirmed by electromyography and nerve conduction velocity. Aldosterone-renin ratio (ng/dL÷ng/mL/hr) was 76.9 and subsequent computed tomographic evaluation of right adrenal gland revealed 1.1 cm-sized nodule. Thereafter, laparoscopic removal of adrenal nodule was performed and adrenal gland adenoma was pathologically confirmed. Several weeks after surgery, the patient's blood pressure and plasma potassium level were restored within normal range without medications. This case suggests that, if primary aldosteronism is presented, serious muscular complications such as hypokalemic periodic paralysis and rhabdomyolysis, individually or together, masked by muscular weakness, which is common in hypokalemia, should be considered.