

급성충수염과 동반된 갑상선중독발증의 치료 1예

순천향대학교 의과대학 부천병원 내과

*황의권, 최덕현, 김보연, 정찬희, 김철희, 강성구, 목지오

서론: 갑상선중독발증(thyroid storm)은 갑상선중독증이 극도로 악화될 경우 발생할 수 있으며, 적절한 치료를 시행하지 않을 경우 환자가 사망할 수도 있는 임상 증후군이다. 갑상선중독발증은 다양한 증상들로 나타나므로, 초기 진단 및 적절한 치료의 선택이 중요하다. 특히, 갑상선중독발증이 복통으로 나타날 시에는, 급성복증(acute abdomen)과 같이 응급수술이 필요한 질환과의 감별이 필수적이다. 저자들은 급성충수염과 갑상선중독발증이 동반되어 나타나, 응급수술 시행 후 약물치료를 병행하여 호전된 사례를 경험하여 보고하는 바이다. **증례:** 환자는 기저 질환이 없던 26세 여성으로 5일 전부터 지속된 복통과 구토를 주소로 응급실에 내원하였다. 내원 당시 혈압은 130/80 mmHg, 맥박수는 190/min이며 심전도 상 급속심실반응의 심방조동이 있었으며, 체온은 38.1 °C 였다. 신체 진찰 상 복부 전반의 압통과 반발 압통이 있었으며 신경학적 결손은 관찰되지 않았다. 혈액 검사 상 갑상샘자극호르몬 <0.05 μ IU/mL, 유리T4 >7.77 ng/dL, T3 2.37 ng/mL였으며 Burch-Wartofsky Point Scale (BWPS) 55 점으로 갑상선중독발증을 진단할 수 있었다. 복부컴퓨터단층촬영에서 천공을 동반한 급성 충수염의 소견을 보이고 있어 환자는 응급으로 복강경 충수절제술을 시행받았으며 이후 히드로코르티손, 프로프라놀롤, 프로펠티오우라실, 루폴용액을 투약 받았다. 추가적인 내분비적 검사에서 갑상샘자극면역글로불린 28.44 IU/L, 갑상샘마이크로솜항체 >100 U/mL, 항사이로클로볼린항체 1.37 U/mL, technetium-99m scan uptake 25.4의 결과를 보였다. 환자는 퇴원 이후 외래에서 메티마졸을 투약 받고 있으며 갑상선항진증은 특이 합병증 없이 잘 조절되고 있다. **결론:** 갑상선중독발증으로 인한 복통은 내과적 응급상황이나, 본 사례에서의 급성충수염과 같은 외과적 응급상황이 동반되어 있을 가능성이 있으므로, 이에 대한 감별을 위한 정확한 판단과 적절한 검사가 필요하다.

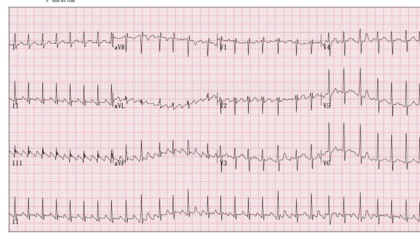


그림 1.
급속심실반응의 심방조동을 보이는 심전도



그림 2.
천공을 동반한 급성충수염 및 충수주위 농양을 보이는 복부컴퓨터단층촬영

Metastatic Cervical Spinal Epidural Abscess complicated by Diabetic Foot Infection: A Case Report

¹영남대학교의료원 내과, ²영남대학교의료원 내분비내과, ³영남대학교의료원 신경외과

*김재희¹, 정승민², 문준성², 전익찬³

Background: Spinal epidural abscess(SEA) is suppurative infection that had devastating effect on the central nervous system. The most common causes of SEA are infections of skin and soft tissues and complications of spinal surgery or other invasive procedures. Recently, a few published case reports have showed SEA as a sequela of a diabetic foot infection. In this report, we present the case of an adult patient with type 2 diabetes and SEA as a complication of the diabetic foot. **Case report:** A 66-year-old male admitted to our hospital for fever and severely infected foot ulcer in the Rt. 1st toe. He had type 2 diabetes, complicated by proteinuria and peripheral neuropathy. On admission, systolic blood pressure was 100 mmHg on dopamin infusion and oxygen saturation was 88% at room air. And his right foot was erythematous and edematous up to the level of the lower leg(FigA). Blood test on admission revealed leukocytosis, acute kidney injury (Creatinine 1.93 mg/dL), systemic bacterial infection (C-reactive protein(CRP) 30.1 mg/dl and procalcitonin 8.52 ng/ml), metabolic acidosis (pH 7.21, HCO₃ 12.3 mmol/L) and poor glycemic control (HbA1c 12.8%). No evidence of osteomyelitis was seen on the x-ray. Empirical antibiotics was initiated with vancomycin(IV 1g q 24hrs) and meropenem(IV 1g q 12hrs) and surgical debridement of the foot was performed. After 4 days, antibiotics was changed to piperacillin/tazobactam based on wound culture indicated Streptococcus agalactiae, which was susceptible to all beta-lactams. On day 7, fever subsided and CRP decreased to 0.21 mg/dl, but he reported severe neck pain. After a week, pain was getting worse. A C-spine magnetic resonance imaging was performed and revealed spondylitis in C3 to C5 with prevertebral and epidural abscess(FigB). The surgical intervention was not performed in consideration of his medical condition. Therefore, conservative treatment with broad spectrum antibiotics was continued. **Conclusion:** Diabetic foot infection could be a source of metastatic infection such as SEA. Attention to the patient's symptom is warranted for early detection of SEA complicated with severe diabetic foot infection.



Figure A.

Figure B.