

중추 신경계를 침범한 찌르가무시병 1례
인제대학교 의과대학 서울 백병원 내과학교실
배원기·노승현·고행일

찌르가무시병은 한국, 일본, 대만, 중국, 동남아시아에서 주로 발생하는 질환으로 진드기유충의 침범에 리케치아 찌르가무시균이 살다가 진드기유충에 물렸을 때 전염되는 급성 열성 질환이다. 호발연령은 40-60대로 남자보다 여자에서 더 자주 발생하고, 발병은 진드기유충에 물린지 6-18일 후에 갑자기 발생하는 발열과 함께 시작하고 반점과 구진이 생기고 전신림프절이 붓는다. 이외에 두통, 근육통, 인후통, 결막충혈, 뇌신경병증 등이 있으며, 소수에서는 발열기 동안에 심한 두통, 진전, 섬망, 신경과민, 경부강직 등이 생긴다. 중추 신경계는 이 질환의 환자에서 가장 중요한 감염 장소중 하나이다. 저자들은 의식 변화를 주소로 내원하여 중추신경계를 침범한 찌르가무시병으로 진단된 1례를 경험하였기에 보고하는 바이다.

증례: 45세 여자가 아침부터 시작한 의식 변화를 주소로 본원에 내원하였다. 환자는 과거력상 당뇨 이외에는 특이사항이 없었다. 내원 일주일 전부터 발열, 오한이 있었고, 내원 2일전 기침과 가래가 있어 개인병원에서 치료하였으나 증상 호전이 없었다. 내원시 혈압은 140/70mmHg, 맥박은 120회/분, 호흡은 28회/분, 체온은 36.4 도씨 였고, 의식은 기면상태였다. 급성병색을 보였고, 전신에 발진이 있었으며, 오른쪽 슬와부에 2 * 1 cm 의 가피가 관찰되었다. 응급으로 시행한 뇌 단층 촬영과 요추천자 검사상 특이 소견이 없었다. 검사상 소견상 Hb 11.8g/dl, WBC 19800/mm³, PLT 178000/mm³, AST/ALT 87/110 IU/L, T-protein 6.2g/dl, albumin 2.6g/dL, BUN/Cr 36/2.3mg/dl, 소변검사상 단백뇨 +1, Tsutsugamushi Ab 320배이었고 추적검사상 1280배였다. 찌르가무시병으로 진단하고 Doxycycline을 투여하였다. 의식상태의 호전이 빠르지 않아 내원 일주일 후 시행한 요추천자 검사상 WBC 13/mm³(lympho 100%), glucose 169 mg/dl, total protein 204 mg/dl 이었다. 2주일간의 항생제 사용후 환자의 증상 호전되어 퇴원하였다.

성인의 동맥관 개존을 동반하지 않은 대동맥궁 단절 1예
전북대학교 의과대학 내과학교실
이양덕, 문치영, 김 원, 박성광, 강성귀

대동맥궁 단절(aortic arch interruption)은 대동맥축착증(coarctation of aorta)에서 tubular hypoplasia에 의한 극단적인 발달 장애로 인한 대동맥궁과 하행대동맥사이의 연결이 없는 경우로, 매우 드문 선천성 심혈관질환이다. 대부분의 경우에서 동맥관 개존이 동반되어 하행대동맥과 폐동맥이 연결되고 80-90%에서 심실중격결손을 동반한다. 수술적 교정이 시행되지 않는 경우에는 생후 1 개월 이내에 거의 사망하는 치명적인 기형이다. 수술적 교정없이 성인까지 생존하는 경우는 매우 드문데 성인까지 생존하기 위해서는 대동맥궁과 하행대동맥사이에 측부혈행이 발달할 때까지 동맥관 폐쇄가 충분히 지연되어야한다. 국내에서는 21세 남자에서 동맥관 개존을 동반한 1 예가 증례보고된 바 있으나 동맥관 개존을 동반하지 않은 예는 보고된 바 없다. 저자들은 이차성 고혈압의 원인 검사를 위해 내원한 환자에서 동맥관 개존을 동반하지 않은 대동맥궁 단절을 경험하여 보고하는 바이다.

증례) 18세 남자 환자가 2개월전부터 고혈압으로 진단되어 그 원인을 검사하기 위하여 내원하였다. 초등학교때 운동을 하면 다리가 저리는 증상이 있었으나 검진 받은 적은 없었다. 내원 당시 상지혈압이 우측 180/120mmHg, 좌측 170/100mmHg이었다. 외견상 성장장애는 없었으며 양측 경동맥에서 잡음이 있었고 심첨부에서 수축기 심잡음 (Grade III/VI)이 청진되었다. 복부에서 잡음은 없었으나 양측 대퇴동맥, 슬와동맥, 족배동맥 측지에서 박동은 약하고 요골동맥에 비해 지연되었다. 혈액 및 소변 검사는 정상이었다. 우측 대퇴동맥으로 접근하여 실시한 대동맥조영술에서 대동맥궁과 연결되지 않고 blind pouch로 끝나는 하행대동맥을 관찰하였고 우측 상완동맥을 통한 대동맥조영술에서도 대동맥궁과 하행대동맥 사이에 연결이 없었으며 좌쇄골하동맥에서 내흉곽동맥(internal thoracic artery)과 늑간동맥(intercostal artery)을 통하여 하행대동맥으로 측부혈행이 발달되어 있었다. 하행대동맥으로 연결되는 동맥관 개존은 존재하지 않았다. 환자는 대동맥궁 단절부위를 절단받고 단단 문합술을 시행한 후 상지혈압은 우측 180/80mmHg, 좌측 120/80mmHg로 관찰중이다.