

대동맥질환에 대한 외과적 요법

울산의대 서울중앙병원 흉부외과
 송명근, 서동만, 이재원, 김종욱, 손광현

본 서울 중앙병원에서는 1992년 9월부터 1993년 9월까지의 기간동안 20례의 후천성 대동맥 질환을 치험하였다.

병인에 의한 분류를 보면 대동맥박리증이 13례 (65%), 대동맥류가 5례 (25%), 그리고 2례의 Takayasu 동맥염 (10%)이 포함되어 있었으며, 평균연령은 56 ± 16 세 (범위 : 5-78세)이며 16례가 50세 이상이고, 그중 8례는 60세 이상으로 대부분이 노령에서 발생하였으며, 남녀비는 1대 1이었다.

동반된 위험인자로는 고혈압이 13례 (65%)에서 동반되어 있었고, 당뇨병이 1례 있었다.

6례의 대동맥류의 발생부위와 양상을 분석해보면 1례의 대동맥판륜확장증(anuloaortic ectasia), 2례의 상행대동맥류 (1례는 대동맥판협착이 동반), 1례의 대동맥궁의 낭상동맥류 (saccular aneurysm), 1례의 파열된 흉부부동맥류가 있었다. 상행대동맥류 1례는 동반된 제 III형의 대동맥박리증이 발견되었다. 13례의 대동맥박리증은 7례의 DeBakey 제 I형 급성박리와 1례의 제 II형 만성박리, 1례의 제 II형 급성박리, 그리고 4례의 제 III형 박리가 있었으며, III형에는 급성, 만성이 각 2례씩 포함되어 있었다. 또한 2례의 Takayasu동맥염은 각각 제 II형과 제 III형의 양상이었고, 2례 모두 심한 심부전과 고혈압, 그리고 폐부종으로 위급한 상황이었다.

수술은 상행대동맥을 침범한 질환에서는 고동맥과 고정맥 또는 우심방이틀 이용한 체외순환하에서 10례는 심도저체온(직장온도 $14-20^{\circ}\text{C}$)을 유도한 후 완전순환정지술 (Total Circulatory Arrest)을 사용하여 대동맥차단없이 개방성 원위부문합을 완성한 후 인조혈관을 대동맥검자로 차단하고 체외순환으로 전환한 후 근위부문합을 시행하였으며, 평균 순환정지 시간은 30분 (범위 : 17-45분)이었고 상행대동맥류중 대동맥판막치환이 필요하였던 2례는 동일한 심폐외로하에서 대동맥차단을 시행한 상태에서 순환정지없이 Bentall술식과 대동맥치환과 상행대동맥치환을 시행하였으며, 이때 대동맥차단시간은 59분과 104분이었다. 1례의 제 II형 급성 대동맥박리와 후내측유두근의 후방전삭 급성파열이 동반되었던 1예는 판막성형술을 동시에 시행하였다. 5례의 하행대동맥의 동맥류와 박리는 심폐기의 도움을 받지않고 헤파틴도 투여하지 않은 상태에서 정상체온에서 근위대동맥의 직접차단하에 근위부 및 원위부 문합을 시행하고, 급격한 수술을 하여 혈압을 유지하면서 대동맥차단을 풀어주는 방법을 사용하였으며, 평균대동맥 차단 시간은 37분(범위:25-50분)이었다. Takayasu 동맥염은 대동맥 우회로술(aortic bypass graft)과 extraanatomic bypass인 Axillobifemoral bypass를 시행하였으며, 2례 모두 합병증없이 외복되었다.

수술결과는 사망 2례(10%), 만기뇌경색 1례(완전외복), 하지의 근력약화 1례(완전외복), 수술중 심근경색 1례(수술중 심전도소견으로 CABG 시행후 외복) 등이 있었으며, 생존례는 모두 만기 합병증없이 정상적인 생활을 하고 있다.