

## 동반된 출혈성 Dieulafoy 병변으로 인하여 객혈이 지연 진단된 1례\*

계명대학교 의과대학 내과학교실

김동춘 · 이정민 · 홍윤석 · 이경인 · 이주엽 · 박경식

### A Case of Hemoptysis Diagnosed in Retard Due to Actively Bleeding Gastric Dieulafoy Lesion

Dong Choon Kim, M.D., Jung Min Lee, M.D., Yoon Seok Hong, M.D.,  
Kyung In Lee, M.D., Ju Yup Lee, M.D., Kyung Sik Park, M.D.

*Department of Internal Medicine,  
Keimyung University School of Medicine, Daegu, Korea*

**Abstract :** Unless controled properly, each one of hematemesis and hemoptysis may be fatal. Thus discrimination between these two conditions is very important for early proper treatment. Usually discrimination of hemoptysis from hematemesis with endoscopy is simple. However in some circumstance such as recently stopped massive hemoptysis, the discrimination may be very difficult. We experienced a rare case of hemoptysis diagnosed in retard because actively bleeding antral Dieulafoy lesion had masked recently stopped massive hemoptysis.

**Key Words :** Hematemesis, Hemoptysis

### 서 론

토혈 및 객혈은 각각 내과적 응급상황으로 초기에 적절한 치료가 이루어지지 않을 경우 치명적 결과를 초래할 수 있다. 토혈의 경우 사망률이 10-14% 정도이며 [1] 대량 객혈 (>1000 mL/24hr) 의

경우 사망률이 80% 정도이다 [2]. 따라서 이 두 상황을 조기에 감별하는 것이 매우 중요한데 상부위장관 내시경을 이용하면 대부분 쉽게 감별할 수 있으나 대량의 객혈 후 출혈이 일시적으로 멎은 상황 등에서처럼 둘 사이의 감별이 어려운 경우도 있다.

저자들은 처음에는 토혈로 생각된 환자에서 상

\* 이 논문의 요지는 대학내과학회 2005년도 추계학술대회에서 포스터로 발표되었음.

부위장관 내시경을 통해 위 전정부 Dieulafoy 병변 으로부터의 활동성 출혈을 확인하고 밴드결찰술을 이용하여 성공적으로 지혈하였으나 이 병변에 너무 치중함으로써 결과적으로 동반된 기관지확장증으로 인한 객혈의 진단이 지연된 1례를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

## 증 례

환자 : 신 ○길, 57세, 남자

주소 : 토혈

현병력 : 환자는 1년전 알콜성 간경변으로 진단 받고 정기적으로 개인 의원에서 진료를 받던 자로 알콜성 간경변 진단 후에도 매일 소주 1병씩 마셔왔으며 입원 당일 급작스런 토혈을 주소로 2차 병원을 방문하여 상부 위장관 내시경을 시행하였으나 정확한 출혈 병소를 찾지 못하여 계명대학교 동산의료원으로 전원되었다.

과거력 : 제 2형 당뇨병, 고혈압, 알콜성 간경변  
가족력 : 특이사항 없음.

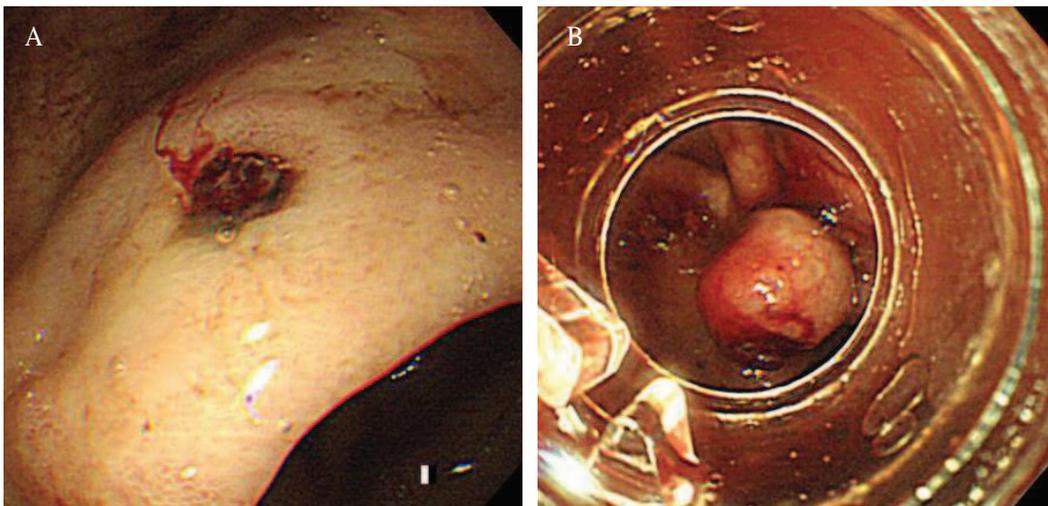
신체검사 소견 : 환자는 급성 병색을 보였으나 의식은 명료하였다. 결막은 창백하지 않았고 공막에서 황달 소견을 보였다. 흉부 청진 상 특이소견은

없었으며 복부 촉진에서 종괴 등이 만져지지 않았다. 활력징후는 혈압 130/80 mmHg, 맥박수 100회/분, 호흡수 24회/분, 체온 37℃였다.

검사실 소견 : 내원 시 말초혈액검사에서 백혈구 2,910/ $\mu$ L, 혈색소 11.1 g/dL, 혈소판 79,000/ $\mu$ L이었으며 혈액응고검사에서 PT 17.9초, aPTT 28.8초이었다. 혈청 생화학검사에서 총단백 5.9 g/dL, 알부민 2.9 g/dL, 혈청 총빌리루빈 4.0 mg/dL, AST 75 IU/L, ALT 22 IU/L, ALP 124 IU/L, 공복 혈당 114 mg/dL, 총콜레스테롤 60 mg/dL이었다. 간염바이러스 표지자 검사에서 HBs Ag 음성, anti-HBs 음성, anti-HCV 음성이었다.

내시경검사 소견 : 내원 시 시행한 비위관세척에서 급성출혈 소견이 의심되어 응급으로 상부 위장관 내시경을 시행하였으며 위체부 소만부에 소량의 출혈이 지속되는 Dieulafoy 병변이 관찰되어 고무밴드결찰술을 이용하여 성공적으로 지혈하였다 (Fig. 1).

임상 경과 : 내시경적 지혈 후 입원하였으며 환자는 간간히 기침과 함께 소량의 출혈이 침에 섞여 나온다고 호소하였으나 기존 출혈에 기인할 가능성이 많음을 설명하였다. 입원 3일째 다시 토혈이 발생하여 시행한 응급 내시경검사에서 구강내부, 식

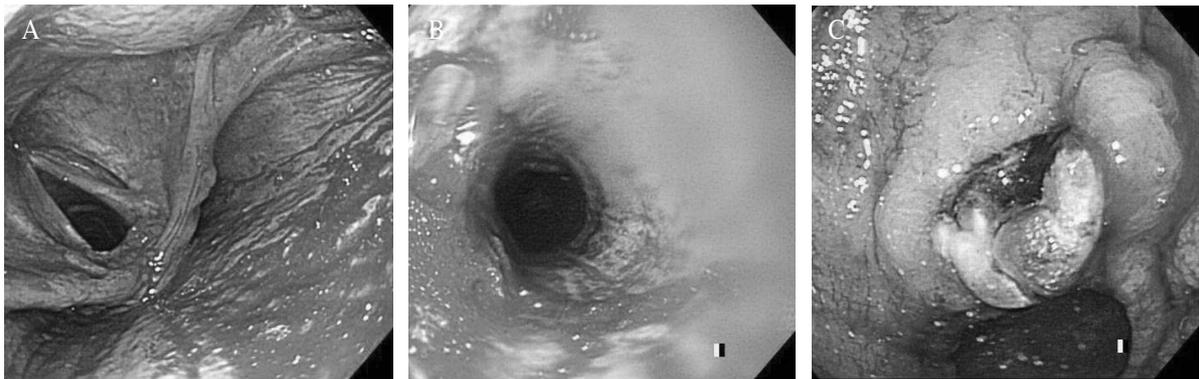


**Fig. 1.** Endoscopic findings on admission. Bleeding Dieulafoy lesion was noted at the lesser curvature of antrum (A) and hemostasis with endoscopic band ligation was done (B).

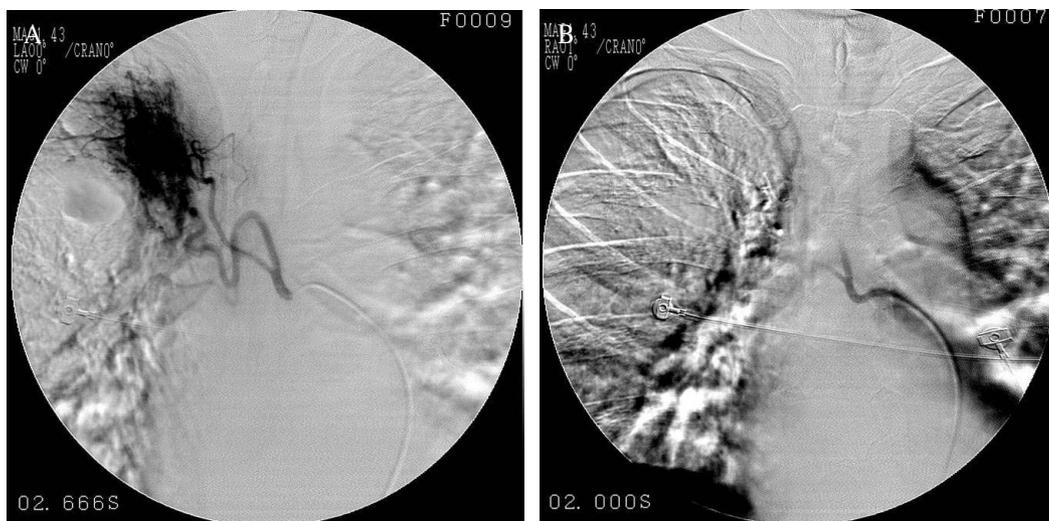
도와 위체부에 다량의 선홍색 혈액이 관찰되었으나 이전의 병변에서 출혈 소견은 보이지 않았으며 위 내 기타 부위에서도 출혈의 병소는 없었다(Fig. 2). 환자는 토혈 시 기침과 호흡곤란이 동반되었으며 입원 당시 시행한 흉부단순방사선촬영 사진의 검토 결과 결핵 흔적이 동반되어 있어 객혈을 의심하고 기관지동맥혈관조영술을 시행하였다. 기관지동맥혈관조영술에서 우기관지동맥의 출혈이 확인되어 동맥색전술을 시행하였고 이 후 더 이상의 출혈은

관찰되지 않았다(Fig. 3).

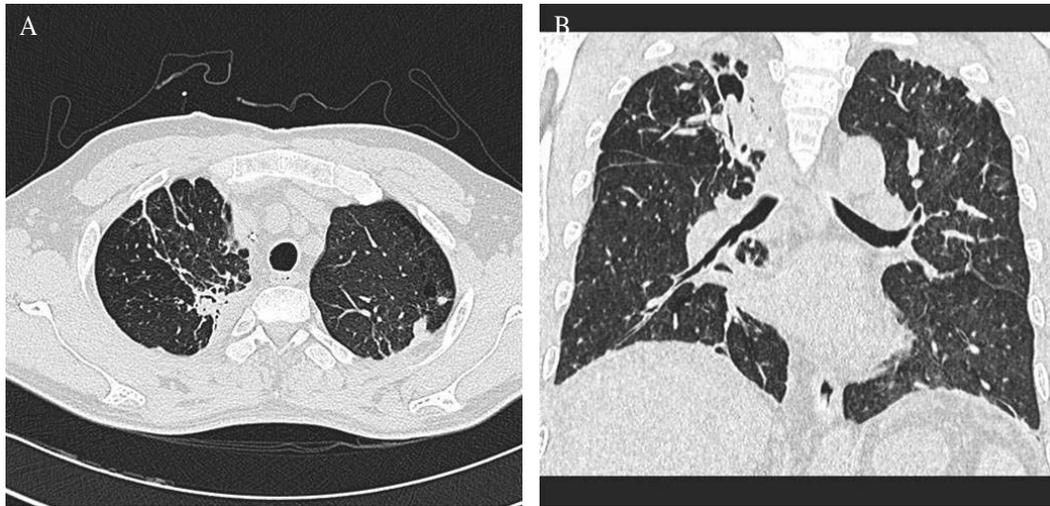
흉부 전산화단층촬영 결과 우하폐엽에 과거 폐결핵을 앓았던 흔적이 보였고 양폐하엽에 기관지 확장증의 소견이 보여 과거 폐결핵에 동반된 기관지 확장증에 의한 객혈로 진단하였다(Fig. 4). 처음 응급실에 내원하기 전의 상황을 역으로 조사한 결과 내원 전 역시 기침과 동반된 선홍색 혈액이 구강으로부터 배출되었음을 알 수 있었다. 객담 도말검사 상 결핵균은 관찰되지 않았으며 결핵중합효소



**Fig. 2.** Endoscopic findings two days after admission a few amount of fresh red colored blood are noted at laryngopharyngeal area (A), and swallowed blood is noted at esophagus (B). Previously ligated Dieulafoy lesion shows no further bleeding (C).



**Fig. 3.** Angiographic findings. Right. bronchial angiography shows a tortuous and dilated bronchial artery with parenchymal staining in the apex of the right lung (A), and bronchial angiography after gelfoam embolization shows the occlusion of right bronchial artery (B).



**Fig. 4.** Chest findings. Calcified and non-calcified nodules, irregular parenchymal line, traction bronchiectasis are noted at the both lung field (A), and a 2 cm-sized cavity with central nodule is noted at the right apex (B).

연쇄반응에서도 음성 소견이었다. 이후 더 이상의 출혈 소견 없이 입원 10일째 퇴원하였다.

## 고 찰

토혈 및 객혈은 각각 응급실에서 비교적 흔히 볼 수 있는 내과적 응급 상황들로 상부 위장관 출혈의 경우 사망률은 5-10%에 달하며[3,4], 객혈의 경우도 10%정도의 환자에서 질식사로 이어질 수 있는 대량 출혈을 보인다[5]. 구강으로부터 대량의 출혈을 주소로 내원하는 환자의 경우 정확한 이학적 검사 및 병력조사를 통한 토혈과 객혈의 감별은 조기치료에 있어 매우 중요하다. 토혈의 경우 응급 내시경검사가 진단에 매우 중요한 정보를 제공할 수 있으며 hemoclipping이나 밴드결찰술, 에피네프린 주사요법과 같은 내시경적 지혈술로[6], 객혈의 경우 기관지동맥 혈관조영술을 통한 동맥색전술로 출혈에 의한 이환율과 사망률을 감소시킬 수 있다[7,8]. 환자의 과거력, 출혈 발생 전 환자에 있어서 기저 질환의 동반 유무, 출혈 시 혈액의 양상, 혈괴 내 대식세포나 호중성구의 존재유무 등이 두 상황의 감별에 도움이 된다. 기침 등 호흡기 증상의

동반, 선홍색 혈액, 알칼리성 혈액, 거품이 섞인 경우 객혈을 의심할 수 있으며 오심, 구토의 증상 동반, 산성 혈액, 빈혈이 동반된 경우 토혈의 가능성이 높다[9]. 그러나 오심, 구토의 증상은 대량 객혈이 위장관으로 흡인된 경우에도 생길 수 있어 정확한 출혈부위를 확인하는데 혼동을 줄 수 있다. 그리고 구강, 비강, 인두 등의 상기도 출혈이 기도 또는 식도로 흡인되었다가 배출되면서 객혈 또는 토혈로 오인될 수도 있다[10]. 이러한 점들을 충분히 고려하더라도 이 두 상황의 감별이 어려운 경우가 간혹 있는데 특히 호흡기관으로부터의 대량 출혈이 있은 후 출혈이 일시적으로 멎은 상황에서는 위 내로 넘어간 다량의 혈액이 토혈의 형태로 나타남으로써 원발 객혈이 간과되기 쉽다. 이 증례의 경우 대량의 토혈로 추측되는 상황으로 내원하였으며 내시경 검사에서 지속적으로 출혈을 보이는 Dieulafoy 병변이 확인되어 이 부위를 출혈 병소로 생각할 수 밖에 없었다. 고무밴드결찰술을 이용하여 성공적으로 지혈하였다고 판단하였으나 3일째 재출혈이 있었으며 Dieulafoy 병변 출혈의 경우 고무밴드결찰술 후에도 조기 밴드탈락 또는 밴드 조기이완, 잔유 혈관의 노출 등으로 인한 재출혈이 있을 수 있어 [11,12] 이번에도 Dieulafoy 병변의 재출혈을 우

선적으로 의심하였다. 재차 시행한 내시경검사에서 Dieulafoy 병변의 재출혈이 아님을 확인한 후에야 선홍색 혈액, 토혈 시 기침, 호흡곤란 등의 호흡기 증상, 혈액에 거품이 섞여 있는 등 객혈을 의심할 만한 소견들을 의식하게 되었으며 내원시 시행한 흉부 단순방사선촬영 사진을 다시 확인한 결과 과거 결핵을 의심할만한 병변이 관찰되어 즉시 기관지동맥조영술을 시행하였고 우측 기관지동맥으로부터의 출혈이 확인되어 색전술로 지혈하였으며, 흉부 전산화단층촬영으로 폐의 병변을 확인할 수 있었다. 역으로 병력을 추적한 결과 내원 직전의 출혈이 과거 결핵에 의한 기관지확장증 으로부터의 객혈과 Dieulafoy 병변으로부터의 토혈이 공존하였음을 유추할 수 있었다. 대량의 객혈 시 위장관 출혈로 오인되어 응급 내시경검사를 시행하거나 기관지결석 등에 의하여 객혈과 토혈이 발생하는 경우는 있지만[13] 각기 다른 질환에 의해 객혈과 토혈이 동시에 발생한 경우는 보고된 예가 드물다. 이번 증례는 위장관 출혈과 객혈이 동시에 발생한 경우로 응급 내시경검사에서 발견된 상부 위장관 출혈에 너무 치우치지 않고 철저한 병력청취를 하였더라면 동반된 객혈을 조기에 치료할 수 있었을 것으로 생각된다. 따라서 구강으로부터의 대량 출혈 환자가 내원하여 한 가지 출혈 원인이 밝혀지더라도 항상 공존할 수 있는 출혈병소의 가능성을 염두에 두고 철저하고 주의깊은 병력조사가 필요함을 시사한다.

## 요 약

57세 남자가 토혈이 의심되는 양상으로 내원하여 시행한 응급 내시경검사서 Dieulafoy 병변 출혈이 발견되어 고무밴드결찰술을 이용하여 지혈하였으나 재출혈이 발생하였다.

내시경검사서 동일 병소로 부터의 출혈이 아님을 확인한 후에야 출혈 시 동반된 호흡기 증상과 입원시 시행한 흉부 방사선촬영 사진을 통해 공존한 객혈을 의심하였으며 기관지동맥조영술을 통해 우기관지 동맥의 출혈을 진단하고 색전술로 지혈하

였다. 따라서 구강으로부터의 대량 출혈로 내원하는 환자에서 한 가지 원인을 발견하더라도 철저한 병력 청취를 통해 공존 가능한 출혈병변을 감별하여야겠다.

## 참 고 문 헌

1. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. *Br Med J* 1995;**331**:222-6.
2. Knott-Craig CJ, Oostuizen JG, Rossouw G, Joubert JR, Barnard PM. Management and prognosis of massive hemoptysis. Recent experience with 120 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993;**105**:394-7.
3. 박현용, 허진욱, 최바울, 박남영, 김지연, 김동완 외. 상부 위장관 출혈 환자의 임상적 고찰 및 소화성 궤양 출혈환자에서 조기 재출혈의 위험인자 분석. *대한소화기내시경학회지* 2003;**27**:57-63.
4. Savides TJ, Jensen DM, Cohen J, Randall GM, Kovacs TO, Pelayo E, *et al.* Severe upper gastrointestinal tumor bleeding: endoscopic findings, treatment, and outcome. *Endoscopy* 1996;**28**:244-8.
5. 이향주, 엄혜숙, 김정태, 조동일, 유남수. 객혈을 주소로 입원한 환자의 임상적 고찰. *결핵 및 호흡기 질환* 2000;**49**:760-72.
6. Palmer K. Management of haematemesis and melena. *Postgrad Med J* 2004;**80**:399-404.
7. Yoon W, Kim TK, Kim YH, Chung TW, Kang HK. Bronchial and nonbronchial systemic artery embolization for life-threatening hemoptysis: a comprehensive review. *Radiographics* 2002;**22**:1395-409.
8. Eurvilaichit C, Supasinsathit T, Saenghirunvattana S. Bronchial artery embolization for hemoptysis. *J Med Assoc Thai* 2000;**83**:590-600.
9. Jacob LB, Robert WP. Hemoptysis: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2005;**72**:1253-60.
10. 김세규. 객혈의 감별 진단. *대한내과학회지*

- 1998;**55**;634-41.
11. 김희숙, 박재선, 문정섭, 전영빈, 유 권. Dieulafoy 병변 출혈에서의 내시경적 결찰술. *대한소화기내시경학회지* 1999;**19**;537-44.
  12. 정을조, 배용목, 김광하, 허정, 허정호, 주형준 외. Dieulafoy 유사 병변의 임상양상 및 내시경적 고무밴드 결찰술의 효과. *대한소화기내시경학회지* 2002;**24**;267-72.
  13. Kefri M, Dyke S, Copeland S, Morgan CV Jr, Mehta JB. Hemoptysis and hematemesis due to a broncholith: granulomatous mediastinitis. *Southern Med J* 1996;**89**;243-5.