

혈 변

가톨릭대학교 의과대학

염 근 상

개 요

혈변의 경우 그 출혈 장소가 어디지를 찾아야 하는 것은 의사의 피할 수 없는 작업이다. 위장관의 범위는 비인두부에서 외항문까지이다. 그러므로 혈변의 원인은 위장관 전체가 원인이 될 수 있다.

표 1. 혈변의 색깔과 그 원인.

Bright red rectal bleeding
Hemorrhoids
Diverticula
Regional enteritis
Ulcerative colitis
Infectious colitis (entero-hemorrhagic)
Carcinoma
Polyps
Arteriovenous malformation
Intussusception
Fistula
Fissure
Chronic solitary ulcer
Occult blood
Gastritis
Gastric ulcer
Gastric carcinoma
Esophageal varices
Arteriovenous malformation
Esophageal tumor
Esophagitis
Hiatal hernia
Duodenal ulcer
Duodenitis
Polyps
Carcinoma
Diverticula

밝은 선홍색 피(hematochezia)는 검붉은 또는 밤색의 혈변에 비해 그 장소가 항문에 가깝다. 출혈량에 따라서도 혈변의 색깔이 틀리는데, 상부 위장관 출혈이면서 출혈량이 50 cc의 경우 검은색 혈변이고, 100~200 cc 정도의 양이면 검은색의 끈적거리는 혈변을 본다.

200 cc 이상의 경우에는 밤색의 혈변을 본다. 그러므로 상부 위장관이 출혈 장소이면서 밝은 색 혈변을 보는 경우는 매우 대량의 출혈을 하는 위급한 상황이다. 그러나 하부 위장관의 경우 직장에서 5 cc 정도의 출혈량으로도 붉은 색의 변 색깔을 띤다.

밝은 색 혈변을 보는 환자의 검사에서 일부 의사들은 60 cm 정도의 유연한 결장경을 사용하기를 추천하고 있으나, 몇몇의 환자에서 기시부 장에서의 출혈을 놓치기 쉽다.

표 1은 혈변의 상태에 따른 원인이고, 표 2와 표 3은 성인과 소아에 있어 위장관 출혈의 원인에 관한

표 2. 성인에 있어서 위장관 출혈의 원인.*

Hemorrhoids
Fissures
Polyps
Proctitis
Peptic ulcer
Colorectal cancer
Ulcerative proctocolitis
Gastritis
Diverticular disease
Systemic disease
Anorectal conditions

*상기 나열은 혼한 순서대로임

표 3. 소아에 있어서 위장관 출혈의 원인.

Varix
Peptic ulcer
Ulcerative colitis
Crohn's disease
Parasite infection
Airway foreign body
Gardner syndrome
Anorectal condition

표이다.

진 단

1. 병력

혈변의 원인을 찾는 것은 병력을 정확히 문진하는 것에서부터 시작된다. 가장 중요한 것은 응급이나 아니냐, 급성이나 만성이나에 따라 검사 및 감별 진단과 적절한 치료가 시작된다.

1) **현 병력:** 먼저 파악을 해야 할 것은 혈변의 시작, 기간, 빈도, 그리고 출혈의 양이다. 또한, 변이 혈액과 혼합되어 나왔는지(장 기시부의 가능성), 변에 피가 코팅되어 나왔는지(하부 장의 가능성) 여부와 어지럽거나 현기증이 같은 전신 상태를 물어보아야 한다.

또한, 열이 있는지, 야간에 땀을 흘리는지, 체중감소, 피곤, 식욕부진 등이 있었는지를 물어보아야 한다.

최근에 시작된 설사 또는 변비 여부와 배변 시 통증의 유무 등도 감별하는 데 좋은 소견이 된다.

2) **과거력:** 과거에 궤양성 질환 유무나 알코올 중독 유무, X-선, 내시경, 수술 유무 등도 참고가 된다.

3) **가족력:** 용종 또는 45세 이전의 대장암의 가족력이 있는 경우는 악성 혈변의 가능성이 크고, 염증성 대장 질환 등의 가족력이 있거나 혈관성 질환의 가족력이 있는 노인 환자의 경우도 동일 질환의 가능성을 검사해야 한다.

4) **현 투약력:** Heparin, warfarin, aspirin, NSAID, 항암 치료를 위한 antimetabolics, 관절염 치료를 위한

gold 유무 등도 문진해야 한다.

그밖에 혈변으로 오인되기 쉬운 것은 질이나 소변에서 나온 혈액을 오인하는 경우가 종종 있으며 철분이나 bismuth 등의 복용도 오인의 소지가 된다.

2. 이학적 검사

1) **전신 상태:** 식은 땀을 흘리거나 핏기가 없어 보이고 누운 상태에서의 수축기 혈압이 100 mmHg 이하이면 맥박이 100회 이상 떨 때 전혈의 25% 출혈을 의심할 수 있다. 25~50%의 출혈이 의심되는 소견은 심잡음이 들리고 심방 세동의 소견 등을 보일 수 있다.

2) **복부:** 촉진상 간비장 비대, 혹, 정맥이 비정상적으로 돌출되었는지, 복부 청진상 잡음이 들리는지, 혹의 양상 등을 면밀히 검사한다.

3) **항문:** 부종과 동통, 혈전 유무, 돌출된 병변, 항문 주위 염증, 치루 등을 관찰하고, 수지 검사와 항문경 검사를 통해 항문 및 직장의 병변 유무를 검사한다. 항문경 검사시 반드시 360° 회전을 통해 빠진 곳이 없도록 관찰을 하여야 한다.

3. 검사

1) **검사실 소견:** Hemoglobin, hematocrit, mean corpuscular volume (MCV), 혈소판, blood urea nitrogen (BUN), prothrombin time 등을 측정한다. 대량 출혈 시작 후 18~36시간 사이에는 인체의 보상 작용(volume re-expansion)으로 혈액 검사에 오판정이 생길 수 있다.

Hemoglobin 6~8 mg/100 mL이면 혈변 전에 출혈이 계속되고 있었다는 소견이고, MCV가 낮으면 철결핍성 빈혈을 의미하고, 높으면 알코올 섭취나 비타민 부족을 시사한다. Creatine 수치가 정상이면 BUN이 높아 있으면 위장관 출혈을 의미한다.

2) **내시경:** 항문경, 25-cm rigid proctoscope, 60-cm flexible sigmoidoscope 등을 이용하여 염증, 혹 유무 등을 관찰한다.

3) **기타:** 대장 조영술, 대장경 등을 이용해 대장의 병변 유무를 관찰하고, 동위원소를 이용해 출혈 장소를 찾을 수 있는데, 분당 0.1 cc에서 0.5 cc의 출혈도 발견할 수 있다. 그 밖에 혈관 질환을 확진하기 위해

혈관조영술도 이용되고 있다.

치 료

1. 응급 혈변

응급으로 조치를 원하는 혈변 원인의 경우 80~90%에서 상부 위장관 출혈이 많다. Vital sign이 흔들리거나 24시간 안에 혈액을 6팩 이상 수혈을 받아야 하는 경우이다. 상부 위장관 내시경을 통해 병변을 발견하고 그에 맞는 조치를 취해야 한다.

하부 위장관의 경우 병력이나 이학적 검사상 증거를 찾기가 쉽지 않은데, 가장 많은 원인은 복부동맥의 퇴행성 변형으로 인해 혈관 파열로 출혈이 발생하는 것이다. 그 밖의 원인으로 게실의 출혈, 용종, 악성 암의 출혈 등이다.

2. 비응급 혈변

항문 병변이 70%로 가장 많으며, 그 중에서 치질이 가장 많은 비율을 차지한다. 그밖에 게실, 용종, 암 등이 원인이고 이 경우들은 선택적 치료를 통해 병변을 치료하면 된다.

참 고 문 헌

1. 홍창의. 소아과학. 대한교과서(주). 1997.

2. Blatchford GJ. The evaluation of incontinence. 3. *Semin Colon Rectal Surgery* 1997;8:61-72.
3. Greenlee RT, Hill-Harmon MB, Murray T, Thun M. *Cancer statistics, 2001. CA Cancer J Clin* 2001;51:15-36.
4. Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, Sox HC. History of visible rectal bleeding in primary care population. Initial assessment and 10-year follow-up. *JAMA* 1997;277:44-8.
5. Roetzheim RG, Pal N, Gonzalez EC, Ferrante JM, Van Durme DJ, Ayanian JZ, et al. The effects of physician supply on the early detection of colorectal cancer. *J Fam Pract* 1999;48:850-8.
6. Smith RA, von Eschenback AC, Wender R, Levin B, Byers T, Rothenberger D, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: Update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. *CA Cancer J Clin* 2001;51:38-75.
7. Taylor RB. *Difficult diagnosis*. Saunders 1992.
8. Trilling JS, Robbins A, Meltzer D, Steinhardt S. Hemorrhoids: Associated pathologic conditions in a family practice population. *J Am Board Fam Pract* 1991;4:389-94.
9. Wexner SD, Dailey TH. The diagnosis and surgical treatment of chronic constipation. *Contemp Surg* 1988;32:59-64.