

## 대량 출혈을 동반한 식도의 자발성 점막하 박리

경희대학교 의과대학 내과학교실

\*김경엽 · 장재영 · 황보영 · 심재준 · 이창균 · 정성훈 · 동석호 · 김효중 · 김병호 · 장영운 · 장 린

**서론 :** 식도의 자발성 점막하 박리는 드문 질환으로 병인이 명확하지 않지만 혈우병 또는 간경변과 같이 출혈 경향이 있는 환자에서 보고된 증례들이 있다. 대개 보존적인 치료로 회복된다. 그러나 대량 출혈을 동반한 식도의 자발성 점막하 박리는 매우 드물다. 본론 57세 남자가 5일 전부터 시작된 인후통과 목의 이물감을 주소로 응급실에 내원하였다. 혈액 검사에서 혈색소 8.8 g/dL, 혈소판 368,000/mm<sup>3</sup>, 알부민 2.8 g/dL, 총 빌리루빈 3.17 mg/dL, 직접 빌리루빈 0.89 mg/dL 이었다. 경부, 흉부, 복부 전산화단층촬영(CT)에서 인두후두부, 식도 전장에 걸친 심한 부종이 있었으나 식도 파열, 대동맥 박리는 없었으며 간경변이 관찰되었다. 상부위장관내시경 검사에서 조롱박오목(pyriform sinus)의 심한 부종, 식도 초입부에서 고름을 동반하는 식도의 궤양이 있었으나 식도 정맥류는 없었다. 음식과 항생제 사용 후 증상이 좋아졌고 추적 흉부 CT에서 부종이 현저히 호전되어 경구 섭취를 재개하였다. 그러나 하루 뒤 토혈이 발생하여 응급 상부위장관내시경 검사를 시행하였다. 식도 궤양이 있던 부분부터 하부식도조임근 부위까지의 점막하 박리와 하부식도조임근 근처의 박리 부위에서 출혈이 있어 내시경적 지혈술을 시행할 수 없어 소마토스타틴(somatostatin)을 사용하면서 보존적인 치료를 시행하였다. 출혈이 멈추고 일주일 뒤 다시 토혈이 발생했고 혈색소가 6.5 g/dL까지 감소하여 혈관조영술 시행하였다. 좌측 위동맥 식도 분지에서 과염색되는 파괴 모양의 출혈부가 있어 리피오돌(lipiodol)을 이용, 혈관색전술을 시행하여 지혈하였다. 그 후 세 차례의 토혈이 있었고 응급 혈관조영술 및 혈관색전술로 지혈하였다. 입원 65일 후 환자는 출혈이 더 이상 발생하지 않고 호전되어 퇴원하였고 추적 관찰 중이다. **결론 :** 보고된 자발성 점막하 식도 박리의 대부분의 증례에서 보존적인 요법 또는 박리된 식도 점막 부분의 절제 후 보존적인 치료로 호전되었다. 출혈이 있어 스텐트를 삽입한 증례도 있으나 본 증례와 같이 여러 차례의 대량 출혈이 동반되었으며 혈관조영술 및 혈관색전술 시행 후에 호전된 증례가 매우 드물어 보고한다.

## 협심증 증상으로 발현된 식도 아니사키스증 1예

알레스 기념 침례병원 내과

\*서찬희 · 이창현 · 김나래 · 김도형 · 노동현 · 박종선 · 김영호 · 이무열 · 이준상

흉통은 관상동맥 질환 뿐만 아니라 식도질환, 위장질환, 종격동 및 늑막질환에서도 원인이 될수 있지만 식도질환에 의해 초래되는 흉통은 심장과 비슷한 신경지배를 받기 때문에 유사한 증상을 초래할수 있어 원인질환을 규명하는데 어려움이 있다. 본 증례는 과거 고혈압과 협심증으로 치료받은 병력이 있는 환자에서 협심증과 비슷한 흉통으로 내원하여 시행한 위내시경검사에서 식도점막하에서 아니사키스가 발견되어 내시경 조직생검 검사로 제거한 후 증상이 소실된 증례를 경험하였기에 보고하는 바이다. 증례: 58세 여자가 2시간 전부터 시작된 흉통을 주소로 응급실에 내원하였다. 흉통은 흉골 정중부에 발생하며 1~2분가량 지속되며 가슴이 조이는 양상으로 목과 어깨에 방사되었고 식은땀을 동반하였다. 과거력에서 10년 전부터 고혈압으로 약물 투약 중이었으며 1년 전에는 협심증 증상으로 외래 내원하여 치료받은 병력이 있었다. 환자는 응급실 내원 전날 점심에 아나고회를 먹었으며 특이한 증상이 없다가 다음날 새벽에 갑자기 흉통이 발생하여 응급실에 내원하였다. 내원당시 혈압은 160/100 mmHg이었으며 맥박 64회/분, 호흡수 24회/분이었다. 심전도에서 특이 소견 관찰되지 않았다. 내원시 말초 혈액 검사에서 혈색소 15.2g/dL 백혈구 7,200/mm<sup>3</sup> 혈소판 252,000/mm<sup>3</sup>이었고 간기능 검사에서 AST 34 IU/L, ALT 48 IU/L, 총빌리루빈 0.8 mg/dL, Trponin I <0.01 ng/mL, CK 77 IU/L CK-MB 11 IU/L이었다. 흉부 X-선 검사에서는 특이소견이 없었다. 응급실 내원 후 환자의 통증양상은 변화 없이 계속되어 식도질환을 의심하고 상부 위장관내시경 검사를 시행하였다. 내시경 검사에서 위 와 십이지장에는 특이 소견이 없었지만 식도위점막하에서 부종, 발적을 동반한 흰색의 가늘고 긴 충체를 발견하였다. 생검검자를 이용하여 충체를 제거하였고 환자의 증상도 호전되었다.

