

혈변을 이유로 외래를 찾은 환자의 임상적 고찰

이화여자대학교 의과대학 내과학교실
김영선 · 손혜영 · 정혜경 · 이선영

= Abstract =

The Clinical Study of Outpatients with Hematochezia

Young Sun Kim · Hye Young Son · Hye Kyoung Jung · Sun Young Yi
Department of Internal Medicine, Ewha Womans University College of Medicine

Objectives : The aims of this study were to assess the clinical observation of outpatient who showed hematochezia, and to determine whether specific clinical symptoms associated with hematochezia were predictive of important gastrointestinal pathology.

Methods : Prospective study was carried out from July 1998 to July 1999 with sixty-five outpatients (35 males and 30 females with mean age, 43 ± 11 years) who had no evidence of recent bleeding. Patients were interviewed by questionnaires about the amount and frequency of bleeding, change in bowel habits, weight loss, usage of aspirin/NSAIDs, and family history, prior gastrointestinal pathologic illness before colonoscopy. Based on this information, endoscopist were asked to predict whether the bleeding was from a benign perianal or other lesion. "Important gastrointestinal pathology" was defined as carcinoma, adenomas more than 1cm, active ulcerative colitis, and active tuberculosis by colonoscopy.

Results : Colonoscopic findings were as follows : 27 cases of benign anorectal lesion ; 16 cases of polyps, 10 cases of normal ; 8 cases of acute colitis and nonspecific colitis ; 7 cases of colorectal cancer, 7 cases of ulcerative colitis and intestinal tuberculosis ; and other cases. "Important gastrointestinal pathology" was 17 cases. Variables including duration, type and frequency of bleeding, weight loss and change in bowel habit did not predict the colonoscopic diagnosis. Of the 35 patients diagnosed clinically by endoscopist to begin anorectal lesion alone, 18 patients were found to have benign anorectal lesion, 2 patients had cancer, 2 patient had polyp (bigger than 1cm), and 1 patient had ulcerative colitis.

Conclusion : In outpatients with hematochezia, the incidence of colon cancer was 10.8%. Clinicians were unable to distinguish significant colonic lesions by history alone. Therefore accurate diagnostic workup is needed for this group of patients.

KEY WORDS : Hematochezia · Outpatient · Colorectal cancer.

서 론

혈변은 직장에서 밝은 적색이나 적갈색의 피가 통과되

어 나오는 것으로 시간당 30cc 이상의 출혈이 Treiz ligament의 하부에서 발생하는 것이 대부분이지만 1000cc 이상의 대량출혈이나 급속한 상부위장관 출혈에 의해 나

타나기도 한다¹⁾²⁾. 국내에서의 정확한 유병율은 보고된 바 없으나 미국의 경우 인구의 약 24%정도가 혈변을 경험하는 것으로 보고되었다³⁾.

혈변의 원인으로는 쉽게 치료가 가능한 치질에서부터 대장암에 이르기까지 매우 다양하며 자세한 문진과 신속한 평가가 진단과 치료에 중요하나 하부위장관 출혈은 상부위장관 출혈과 달리 출혈 속도가 느리고 간헐적이며 저절로 멈추는 경우가 많아 대장경과 혈관조영술, 방사핵종 주사 등의 검사에도 불구하고 원인에 대한 정확한 평가를 할 수 없는 경우가 많다⁴⁾. 국내에서 혈변에 대한 임상 보고는 1991년 이 등⁵⁾의 보고와 1999년 천 등⁶⁾의 보고가 있었고 모두 내원 시 혈변을 보인 입원 환자를 대상으로한 임상적 고찰이었다. 그러나 혈변을 이유로 외래를 찾는 환자는 간헐적이고 경미한 출혈이 대부분이어서 환자 스스로 치질 등의 양성병변으로 간과하는 경우가 많다. 그러므로 증상이 생긴 직후 정확한 검사를 받는 경우가 적고 또 출혈이 멎고 난 후에 오는 경우가 많아 혈변의 원인에 대한 정확한 평가가 어려우며, 이에 대한 국내보고도 없는 실정이다. 또한 임상에서도 현재 활동성 출혈의 증거가 없는 환자의 평가에 있어서 문진을 통한 정보로 기초로 어디까지 검사를 할 것인가에 대한 명확한 기준이 아직 정립되어 있지 못하다. 이에 저자들은 혈변을 이유로 외래를 찾았으나 활동성 출혈의 증거가 없는 환자들의 임상적 특징과 질병양상을 분석하고 의사의 문진으로 임상적으로 중요한 질환을 선별해내고 환자의 평가에 도움을 줄 수 있는지 알아보려고 하였다.

대상 및 방법

1. 대 상

1998년 7월부터 1999년 7월까지 혈변을 이유로 이화여자대학교부속 목동병원 내과 외래에 방문한 환자 중 직장 수지 검사에서 출혈의 증거가 없고 신체 및 활력징후가 안정적이어서 활동성 출혈의 증거가 없는 환자를 대상으로 전향적으로 연구를 시행하였고 상부 위장관 출혈을 배제하기 위해 위 십이지장내시경 검사 또는 상부 위장관 조영술을 통해 상부 위장관에 병변이 있는 환자는 제외하였다.

2. 방 법

문진은 설문지를 통해 혈변의 양상과 혈변의 양, 혈변

의 빈도, 혈변 발생 후 내원까지의 기간, 배변습관의 변화, 아스피린 및 비스테로이드성 소염제(NSAID) 복용 여부, 복통 여부, 체중감소 및 치질 및 대장암의 가족력을 조사하였다. 혈변의 양상은 “배변 후 휴지에 묻는다, 배변 후 피가 떨어지거나 흐른다, 변의 외부에만 피가 묻거나 줄로 보인다, 내이에 피가 묻는다, 대변과 혈액이 섞여있다” 등으로 분류하였다. 혈변양은 “휴지에만 묻어나는 정도, 몇 방울 정도, 차순갈 정도, 한 컵 정도, 변기 전체가 선홍색으로 변하는 정도” 등으로 분류하였다. 배변습관의 변화는 배변횟수나 굵기의 변화가 있었는지 조사하였고 변비의 정의는 1주일에 2회 이하의 배변이나 과도한 힘주기를 하거나 딱딱한 대변을 보는 경우로 하였고 설사는 하루 4회 이상의 잦은 배변으로 정의하였다.

직장수지검사에서 활동성 출혈이 있는 환자는 제외하였고, 일반 혈액검사 및 대장내시경 검사를 외래에서 시행 후 내시경소견을 중심으로 임상적 특징을 비교 분석하였다.

문진에는 3명의 내시경 의사가 참여하였고 한 환자를 한 명의 의사가 문진하였으며 문진을 통한 정보를 기초로 환자의 혈변이 치핵이나 치열 등의 양성 직장항문 질환에 의한 출혈로 생각하는지를 판단하였다. 양성 직장항문 질환의 판단기준은 복부 진찰 및 직장 수지 검사상 촉진되는 종괴가 없으며 대변 굵기의 변화, 배변습관의 변화, 체중감소 및 복통이 없고 혈변의 양상이 대변과 섞이지 않으며 점액성이 아니고, 일상 시 혹은 배변 시 점막돌출이 있고 항문통과 소양감이 동반된 경우로 하였다. 대장암의 병기는 TNM분류⁷⁾에 따라 분류하였고 대장 내시경 소견에서 대장암, 1cm 이상의 용종, 활동성 궤양성 대장염 및 활동성 장결핵을 임상적으로 중요한 질환으로 분류하였으며 대장내시경 소견에 따른 질병간에 임상증상의 차이를 알아보기 위해 통계처리는 chi-square test를 이용하였다.

결 과

1. 연령 및 성별 빈도

대상환자는 총 65명으로 평균 연령은 43±11세였으며 남자가 35명, 여자가 30명이었다. 연령은 23세부터 71세의 분포를 보였고 40대가 21명(32.3%), 30대가 20명(30.8%), 50대가 9명(13.9%), 60대 이상이 8명

Table 1. Characteristics of Patients

| | |
|---------------------------------|-------------|
| No. of cases (male/female) | 65 (35/30) |
| Mean age (year) | 42.6 ± 11.4 |
| Age distribution | |
| 20-29 | 7 (10.7%) |
| 30-39 | 20 (30.8%) |
| 40-49 | 21 (32.2%) |
| 50-59 | 9 (13.9%) |
| 60- | 8 (12.3%) |
| Symptoms : | |
| Changes in bowel habit (cases) | 33 (50.8%) |
| Change in stool caliber (cases) | 20 (30.8%) |
| Abdominal pain (cases) | 10 (15.4%) |
| Weight loss (cases) | 5 (7.7%) |

(12.3%), 20대가 7명(10.7%)이었다(Table 1).

2. 임상상

대변 습관의 변화를 보인 경우는 33예(50.8%)였고 이중 설사가 우세한 경우가 17예(51.5%), 변비가 우세한 경우가 8예(24.2%)였다. 대변 굵기의 변화를 경험한 경우는 20예(30.8%)였고, 복통을 동반한 경우는 10예(15.4%)였으며, 과거력상 6개월 이내에 5kg 이상의 체중감소는 5예(7.7%)에서 동반되었다(Table 1). 치질의 병력이 있는 경우는 20예(30.8%)였고 최근 내원 5일 이내에 아스피린이나 NSAID를 복용한 경우가 10예(15.4%)이었다.

3. 혈변의 특징

혈변의 발생 시작부터 병원 방문까지의 기간은 평균 65.1일로 1일에서 5년까지의 분포를 보였고, 마지막 혈변 후 내원까지 기간은 평균 15 ± 19일 이었으며 내원까지 혈변의 평균횟수는 14 ± 47회였다. 혈변의 발생 시작부터 병원 방문까지 기간이 5년인 환자의 마지막 혈변 경험한 시기는 내원 14일 전이었다.

혈변의 양상은 배변 후 피가 떨어지거나 흐르는 경우가 25명(38.5%), 대변과 피가 섞여있는 경우가 23명(35.4%), 휴지에 묻는 정도가 14명(21.5%)이었다. 혈변양은 차순갈 정도가 22명(33.8%)으로 가장 많았다(Table 2).

4. 검사실 소견

일반 혈액 검사상 평균 혈색소는 남자가 14.3 ± 1.7g/dl,

Table 2. Characteristics of Hematochezia

| | |
|--|------------|
| Duration of bleeding | |
| Mean time since start of hematochezia (days) | 651 ± 2444 |
| Mean number of episode since start of hematochezia | 14 ± 47 |
| Mean time since last episode (days) | 15 ± 19 |
| Characteristic of bleeding | |
| Dripping of blood after defecation (cases) | 25 (38.5%) |
| Blood mixed with stool (cases) | 23 (35.4%) |
| Blood on toilet paper (cases) | 14 (21.5%) |
| Blood streaking or coating stool (cases) | 3 (4.6%) |
| Quantity of bleeding | |
| Tea spoon (cases) | 22(33.8%) |
| Few drops (cases) | 14(21.5%) |
| Toilet water filled with blood (cases) | 12(18.5%) |
| Cupful (cases) | 10(15.4%) |
| On toilet paper only (cases) | 7(10.8%) |

Table 3. Colonoscopic Findings

| | Number of Patients | % |
|---------------------------------------|--------------------|------|
| Benign anorectal lesion | 27 | 41.5 |
| Polyps | 16 | 18.4 |
| Normal | 10 | 15.4 |
| Acute colitis and nonspecific colitis | 8 | 12.3 |
| Cancer | 7 | 10.8 |
| Ulcerative colitis | 4 | 6.2 |
| Intestinal tuberculosis | 3 | 4.6 |
| Angiodysplasia | 2 | 3.1 |
| Radiation colitis | 1 | 1.5 |

여자가 13.9 ± 1.7g/dl이었고 hematocrite은 남자가 41.7 ± 5.2%, 여자가 38.1 ± 5.2%였으며 5명(7.7%)의 환자에서 철분결핍성 빈혈이 관찰되었다.

5. 대장내시경 소견

대장 내시경 소견상 치핵이나 치열이 27예(41.5%)로 가장 많았으며 용종 16예(24.6%), 정상소견 10예(15.4%), 급성장염 및 비특이성 장염 8예(12.3%), 악성종양 7예(10.8%), 궤양성 대장염 4예(6.2%), 장결핵 3예(4.6%), 혈관이형성증(angiodysplasia) 2예(3%), 방사선성 대장염 1예(1.5%)였다(Table 3). 대장암, 1cm 이상의 용종, 활동성 궤양성대장염 및 장결핵 등의 중요 질환은 총 17예로 26.2%를 차지하였다.

Table 4. Age Distribution according to Colonoscopic Diagnosis

| Age | Benign anorectal disease | Malignant neoplasm | Polyp | Acute colitis & nonspecific colitis | Ulcerative colitis & Intestinal tuberculosis |
|-------|--------------------------|--------------------|-------|-------------------------------------|--|
| 20-29 | 3 | | | 1 | 2 |
| 30-39 | 16 | 1 | 2 | 2 | 5 |
| 40-49 | 8 | 2 | 6 | 4 | |
| 50-59 | | 2 | 6 | 1 | |
| 60- | | 2 | 2 | | |

1) 치핵 및 치열

치핵이 23예였고 내치핵이 8예, 혼합 치핵이 9예, 외치핵이 6예였으며, 치열이 4예였다.

2) 용종

용종의 평균 크기는 0.68±0.34cm(0.3~2cm)였고 용종크기 1cm이상이 4예로 25.0%를 차지하였다. 용종의 위치는 직장과 S-상결장이 12예(75.0%)로 가장 많았고, 단일 용종이 10예(62.5%), 다수 용종이 6예(37.5%)였다. 조직 병리 소견상 관상 선종(tubular adenoma)이 12예(75.0%)로 가장 많았고, 관상용모상 선종(tubulovillous adenoma)이 3예, 용모상 선종(villous adenoma)이 1예였다.

3) 악성종양

악성종양의 위치는 S-상 결장이 4예, 직장이 3예로 모두 S-상 결장이하 부위였고, 직장암의 경우에는 항문에서 평균 7.7±1.5cm 상방에 위치하였다. 총 6예(85.7%)에서 수술을 시행하였으며, TNM 병기에 따른 종양의 병기는 I기 2예, II기 4예, III기 1예였다. 악성종양 환자 중 치핵이 4예, 용종이 2예가 동반되어 있었다.

4) 기 타

급성장염 및 비특이성 장염은 모두 8예로 4예에서 설사를 동반하였고 균이 동정된 경우는 없었다. 만성 염증성장질환 중 궤양성 대장염이 4예였고 모두 활동기 대장염을 보였다. 장결핵은 3예였고 이중 2예는 활동성 장결핵이었고, 1예는 반흔만 관찰되었다. 혈관이형성증이 2예에서 진단되었으나 모두 급성 출혈의 흔적은 관찰되지 않았다.

6. 연령별 질환의 빈도

치핵 및 치열은 주로 30대와 40대의 비교적 젊은 연령층에 발생하였고, 악성종양은 30대부터 60대 이상까지 분포하고 있었지만 궤양성 대장염과 장결핵은 모두

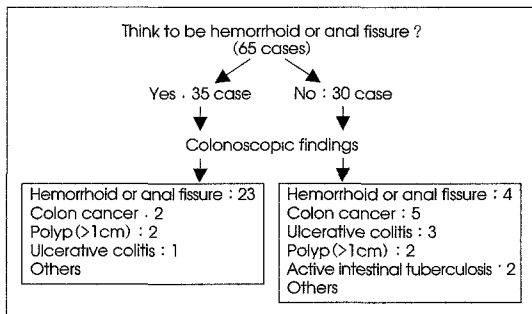


Fig. 1. Opinion of endoscopist.

30대 이하에서 많았다(Table 4).

7. 대장내시경 소견에 따른 질환의 임상증상의 분석

대변 습관의 변화나 대변 굵기의 변화, 혈변의 기간 및 대변에 피가 섞이는 양상, 그리고 복통과 체중감소 등의 임상증상과 대장 내시경 소견에 따른 각 질환과는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 대장암, 크기 1cm 이상의 대장 용종, 활동성 궤양성 대장염 및 활동성 장결핵 등의 중요질환과 기타 비중요질환을 비교했을 경우에도 임상 증상에 있어서 두 군간에 유의한 차이는 발견할 수 없었다.

8. 문진을 통한 내시경의사의 예측

환자를 통한 문진으로 의사가 치핵 및 치열과 같은 양성 직장항문 질환으로 생각하는 경우는 35예(53.8%)였고 이중 실제로 내시경 검사에서 치핵 및 치열은 23예(65.7%)였고, 그 외 악성종양 2예(5.7%), 1cm 이상 크기의 용종 2예(5.7%), 활동성 궤양성 대장염이 1예(2.9%)로 나타났다. 반면에 의사가 치핵이나 치열이 아니라고 생각한 경우는 30예(46.2%)였는데, 이 중 악성종양은 5예(16.6%)였고, 활동성 궤양성 대장염 3예(10.0%), 1cm 이상의 용종 2예(6.7%), 활동성 장결핵 2예(6.7%), 치핵 및 치열이 4예(13.3%)였다(Fig. 1).

고 안

하부 위장관 출혈은 상부위장관 출혈과 달리 출혈속도가 느리고 간헐적이며 80~85%는 저절로 멈추기 때문에⁴⁾ 원인에 대한 검사가 정확히 이루어지기 어렵다. 대량의 혈변을 주소로 내원한 환자는 대부분 응급실을 통하여 입원하여 그 평가가 이루어지므로 이에 대한 분석은 비교적 용이하나 외래로 방문한 환자는 간헐적이고 경미한 출혈양상과 치핵 등의 양성 병변으로 간과하는 경우가 많아 정확한 평가가 이루어지기 어렵다. 미국의 한 연구에 의하면 1년에 7명 중 1명이 혈변을 경험하며 1년에 14%, 평생에 24%의 유병률을 보인 반면, 혈변을 경험한 환자의 41%만이 의사의 진찰을 받았다고 보고하였다³⁾. 본 연구에서도 혈변의 시작부터 내원까지 기간이 1일에서 5년까지 다양하였고 1주 이내에 병원에 내원한 환자는 7명(10.8%)에 불과해 혈변의 발생부터 내원까지의 기간이 지연됨을 알 수 있었다.

혈변의 원인 질환은 쉽게 치료할 수 있는 치질에서부터 위험성이 높은 계실에 의한 출혈까지 원인이 다양하며 신속한 평가를 통하여 정확한 진단과 치료가 가능하다. 자세한 문진은 혈변의 경중도를 판단하는데 도움을 주므로 출혈의 기간, 기저병력, 약물복용여부, 응고장애, 동반증상 등에 대해서 확인해야 한다. 환자의 나이도 감별진단에 중요하는데, 외국의 경우 발생빈도가 유아 및 소아에서는 Meckel's diverticulum, 용종, 궤양성 대장염, 장중첩증 등의 순이며, 청소년기와 젊은 성인에서는 Meckel's diverticulum, 감염성 장질환, 용종의 순이며, 그 이후부터 60세까지는 계실, 용종, 악성종양, 동정맥기형의 순이며, 60세 이상에서는 혈관이형성증, 계실, 악성종양, 용종의 순이다⁸⁾. 그러나 약 10% 정도는 대장내시경 검사, 비파조영술, 동맥 조영술 및 동위원소 검사 등의 진단 기술의 발전에도 불구하고 출혈 부위를 확인하지 못하는 경우가 있다⁹⁻¹¹⁾. 국내의 경우 보고에 따라 차이가 있으나 이 등⁵⁾의 보고에서는 혈변을 주소로 입원한 환자 총 970명 중 양성 직장항문질환이 65.5%로 가장 흔한 원인이었고, 악성종양이 21.1%, 용종이 4.2%를 차지하였고, 천 등⁶⁾의 보고에서는 혈변을 주소로 입원한 474명의 환자 중 악성종양이 43%로 가장 흔한 원인이었다. 본 연구는 혈변을 이유로 병원을 찾았으나 활동성 출혈의 증거가 없는 외래환자를 대상으로 하여 대장 내

시경으로 조사한 결과이므로 혈변의 원인을 모두 대변하지 못한다는 제한점이 있었으나 치핵이나 치열이 30.8%로 가장 많았고 용종이 18.4% 그리고 악성종양이 10.8%를 차지하였다.

치핵은 가장 흔한 혈변의 원인으로 혈변을 이유로 내원한 환자의 27~72%를 차지한다고 알려져 있다¹²⁾¹³⁾. 그러나 치핵은 다른 질병과 동반하여 존재할 수 있으며 특히 직장암의 경우 치핵이 동반되는 경우가 많고 치핵에 의한 출혈이 비슷하며, 종양의 국소적 침윤에 의하여 치질이 발생할 수도 있다는 점을 유념해야 한다²⁾. 본 연구에서도 악성종양환자 7예 중 4예에서 치핵을 동반하고 있었다.

혈변을 경험하는 환자를 평가하는 중요한 목적은 출혈의 원인을 찾는 것과 대장암을 조기에 진단하는데 있다¹⁴⁾. 대장암은 흔한 소화기계 악성종양으로 40대 이후에 발병률이 나이가 10세 증가할 때마다 2배 증가하므로¹⁵⁾ 이의 조기발견에 관심이 집중되고 있으며 국내에서도 그 발생률이 증가 추세에 있다. 이는 최근의 식생활 및 생활습성의 서구화와 악성질환에 대한 관심이 높아짐에 따라 발견률이 높아졌기 때문인 것으로 생각된다¹⁶⁻¹⁸⁾. 본 연구에서는 혈변으로 외래를 찾은 환자에서 악성 종양의 비율이 10.8%였으며 이는 외국의 여러 보고의 4.2%~10.8%과 유사한 결과이나⁸⁾¹³⁾¹⁹⁾ 혈변을 주소로 내원한 45세 이상의 103명의 외래환자를 대상으로 한 Segal 등¹⁴⁾의 3.9%보다는 높은 진단율을 보였다. 또한 환자를 통한 문진으로 내시경의사가 치핵이나 치열 등의 항문주위의 양성 병변으로 생각하는 경우에도 악성종양이 2예(5.7%)가 있었다. 이 경우에 모두 치질을 동반하고 있었고 배변습관의 변화나 체중감소 등의 증상이 없어 양성질환으로 간주되었다고 생각하였다. 혈변을 이유로 진단되는 악성종양의 경우에는 비교적 조기 병기로 예후가 좋은 것으로 보고되고 있다²⁰⁾. 본 연구에서도 악성종양의 TNM 병기는 I기 2예, II기 4예, III기 1예였고 7예 중 6예에서 근치적 절제술을 시행하였고 평균 2.4 ± 1.1년간 생존 중이다. 따라서 더 많은 증례를 토대로 한 연구가 필요하겠으나 혈변을 주소로 병원을 방문하는 환자에 대해서 대장내시경 검사가 어려운 조건이라면 S-상결장경의 검사라도 필수적으로 시행하는 것이 좋다고 판단된다.

대장의 용종성 질환은 대장암의 전구질환이기 때문에 대장검사에서 용종을 발견한 후에 적절한 치료를 하는

것은 대장암 예방에 매우 중요하다²¹⁾²²⁾. 대장 용종의 빈도는 서구에서는 약 20~40%로 보고되고 있고²³⁾, 국내에서는 건강 검진자를 대상으로 한 이 등²⁴⁾의 연구 의하면 20.4%의 빈도를 보였고 본 연구에서도 용종의 빈도는 18.4%를 차지하여 서구와 유사한 수준임을 알 수 있었다. 용종으로 인한 출혈은 용종의 크기와 관계가 있다고 알려져 있다²⁵⁾²⁶⁾. 그러나 본 연구에서는 용종 크기 1cm 이하가 75.0%(12/16)로 대부분 우연히 발견된 경우로 생각되며, 관상 용모상 또는 용모상 선종이 25.0%(4/16)를 보였으나 악성화를 보인 경우는 없었다.

궤양성 대장염은 설사, 혈변, 복통을 주 증상으로 하고 임상증상의 재발과 완화를 반복하는 대장의 만성염증성 질환으로²⁷⁾ 본 연구에서는 4예(6.2%)를 차지하였고 모두 20대에서 30대의 연령분포를 보였다.

혈변을 이유로 병원을 찾은 환자의 평가에 있어서 문진을 통한 정보로 치핵 등의 양성 직장항문 병변과 대장암이나 용종 등의 중요질환의 감별점을 얻어내고 어디까지 검사를 하는 것이 타당한지 판단하는 것은 중요한 문제이다. Mant 등²⁸⁾은 혈변을 경험한 40세 이상의 환자에서 혈변의 양상이 대변에 피가 섞여 나오는 경우에 대장암의 가능성이 높다고 보고하였고, Metcalf 등²⁰⁾은 혈변을 경험한 환자 중 대변에 피가 섞이는 혈변양상, 배변 습관의 변화와 복통이 대장암, 대장용종, 염증성 장질환 등의 중요질환을 예측할 수 있는 인자라고 보고하였다. 또한 Segal 등¹⁴⁾의 보고에서도 크기 8mm 이상의 선종, 악성종양, 장염 등을 “substantial pathology”로 분류하였을 때 대변에 피가 섞이는 경우, 혈변의 횡수가 많을수록, 혈변의 발생부터 내원까지의 기간이 짧을수록 대장 내시경 소견상 중요병변으로 진단된 경우가 유의하게 많았다고 주장하였다. 그러나 본 연구에서는 대상환자의 수가 적었고 의사간의 일치율을 확인하지 않아 객관성이 결여된 제한점들이 있으나 대장암, 크기 1cm 이상의 대장 용종, 활동성 염증성 장질환 및 활동성 장결핵을 중요질환으로 분류하고, 기타 질환을 비중요질환으로 분류하였을 때 혈변의 기간 및 횡수, 대변에 피가 섞이는지 등의 혈변 양상, 배변습관의 변화, 복통 등의 증상이 두 군간에 유의한 차이가 없었다. 또한 의사가 치핵 등의 양성 직장항문 병변으로 판단한 경우에도 악성종양이 2예(5.7%), 크기 1cm 이상의 용종이 2예(5.7%), 활동성 궤양성 대장염이 1예(2.9%)로 나타나 임상 의사의 판단만으로 질병을 예측하기엔 부족함이 있어 혈변의 양과 횡

수가 적다고 중요질환의 가능성을 간과해서는 안된다.

본 연구에서는 혈변을 이유로 외래를 방문한 환자의 10.8%에서 대장암이 진단되었고, 이들 환자의 평가에 있어서 자세한 문진이나 신체검진소견으로 임상적으로 중요한 질환을 예측하기엔 부족하므로, 정확한 원인 규명과 치료를 위해서는 반드시 정밀한 검사가 필요할 것으로 생각된다. 또한 혈변을 경험하는 환자에 대해 스스로 치핵 등에 의한 출혈로 간과하지 말고 반드시 원인에 대한 평가를 받도록 교육하는 것도 중요하다고 생각한다.

요 약

목 적 :

혈변은 임상이가 접하게 되는 흔한 증상으로 대장암을 비롯한 다양한 질환의 증상이나 외래를 찾은 환자는 간헐적이고 경미한 출혈양 때문에 치핵 등의 양성병변으로 간과하는 경우가 많아 정확한 평가가 어렵다. 이에 저자들은 혈변을 이유로 외래를 방문한 환자들의 임상적 특징과 질병양상을 분석하고 임상 의의 문진으로 임상적으로 중요한 질병을 선별할 수 있는지 알아보고자 본 연구를 시행하였다.

대상 및 방법 :

1998년 7월부터 1999년 7월까지 혈변을 이유로 이화여자 대학교부속 목동병원 내과 외래를 방문한 환자에서 활동성 출혈의 증거가 없는 65명(남자 35명, 여자 30명, 평균연령 43±11세)을 전향적으로 연구하였다. 문진은 설문지를 통해 혈변의 양상과 혈변 양, 혈변의 빈도, 혈변 발생 후 내원까지의 기간, 배변 습관의 변화, 체중감소, 아스피린이나 NSAID복용여부, 치질 병력, 대장암의 과거력 등을 조사하였다. 대장암, 1cm 이상의 용종, 활동성 궤양성 대장염 및 활동성 장결핵 등을 임상적으로 중요한 질환으로 분류하였다. 내시경위사가 환자를 통한 문진 소견으로 혈변의 원인이 치핵이나 치열 등의 양성 직장 항문 질환으로 생각되는지 여부를 조사하였다.

결 과 :

대장내시경 검사 결과 치핵이나 치열 27예, 용종 16예, 정상 10예, 급성 장염 및 비특이성 장염 8예, 악성종양 7예, 궤양성 대장염 및 장결핵이 7예로 진단되었다. 대장암 등의 중요질환은 총 17예로 26.2%를 차지하였다. 배변습관의 변화나, 체중감소, 복통, 혈변의 기간 및 대변과 혈액이 섞이는 출혈 양상을 비교하였을 때 내시

경 소견에 따른 질환을 예측할 수 있는 인자는 없었다.

환자를 통한 문진으로 내시경의사가 치핵이나 치열로 생각하는 경우는 35예(53.8%)였고 이중 실제로 내시경 검사에서 치핵과 치열은 23예(65.7%)였다. 그 외 질환으로 악성 종양이 2예(5.7%), 1cm 이상의 용종이 2예(5.7%), 활동성 궤양성 대장염이 1예(2.9%)로 나타났다.

결론:

혈변을 이유로 외래를 방문한 환자에서 대장암은 10.8%를 차지하였고, 환자를 통한 문진과 신체검진 소견만으로 임상적으로 중요한 질환을 선별하기 어려워 원인규명과 치료를 하기 위해 정확한 검사가 반드시 필요하다.

References

- 1) Zuckerman DA, Bocchini TP, Bimbaum EH : *Massive hemorrhage in lower gastrointestinal tract in adults : diagnostic imaging and intervention. Am J Roentgenol* 1993 ; 161 : 703-711
- 2) Boley SJ, Brandt LJ : *Vascular ectasias of the colon-1986. Dig Dis Sci* 1986 ; 31 (9 Suppl) : 26S
- 3) Talley NJ, Jones M : *Self reported rectal bleeding in United States Community : prevalence, risk factors, and health care seeking. Am J of Gastroenterol* 1998 ; 93 : 2179-2183
- 4) Kester RR, Welch JP, Sziklas JP : *The ^{99m}Tc labeled RBC scan. A diagnostic method for lower gastrointestinal bleeding. Dis Colon Rectum* 1984 ; 27 : 47-52
- 5) 이규택 · 성건형 · 양석철 · 이오영 · 이종철 · 함준수 · 이동후 · 기준석 · 박경남 : 하부위장관 출혈환자에 대한 임상적 관찰. 대한내과학회지 1991 ; 40 : 776-783
- 6) 천정학 · 손희정 · 이풍렬 · 김제준 · 최윤호 · 고광철 · 백승운 · 이종철 · 최규완 : 혈변을 주소로 내원한 하부위장관출혈 환자에 대한 임상적 고찰. 대한소화기내시경학회지 1999 ; 19 : 911-917
- 7) Hutter RVP, Sobin LH : *A universal staging system for cancer of colon and rectum. Arch Pathol Lab Med* 1986 ; 110 : 367-368
- 8) Krevsky B : *Evaluation of hematochezia. Hosp Pract (Off Ed)* 1990 ; 25 (6) : 35-42
- 9) Levinson SL, Powell DW, Callahan WT, Jones JD, Kinard HB, Jackson AL, et al : *A current approach to rectal bleeding. J Clin Gastroenterol* 1981 ; 3 (suppl) : 9-16
- 10) Caos A, Benner KG, Manier J, McCarthy DM, Blessing LD, Katon RM, et al : *Colonoscopy after Golytely preparation in acute rectal bleeding. J Clin Gastroenterol* 1986 ; 8 : 46-49
- 11) Vernava AM, Moore BA, Longo WE, Johnson FE : *Lower gastrointestinal bleeding. Dis Colon Rectum* 1997 ; 40 : 846-858
- 12) Shinya H, Cwern M, Wolf G : *Colonoscopic diagnosis and management of rectal bleeding. Surg Clin North Am* 1982 ; 62 : 897-903
- 13) Goulson KI, Cook I, Dent OF : *How important is rectal bleeding in diagnosis of bowel cancer and polyps? Lancet* 1986 ; 2 : 261-264
- 14) Segal WN, Greenberg PD, Rockey DC, Cello JP, McQuaid KR : *The outpatient evaluation of hematochezia. American J of Gastroenterol* 1998 ; 93 : 179-182
- 15) Sidney F, John H, Roy G : *Cancer Epidemiology and prevention. In : Scottenfeld D, Winawer SJ. eds Large intestine. 3rd ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1982 : 703-715*
- 16) 조종기 · 조현진 : 대장 및 직장암 256예에 대한 임상분석. 대한대장항문병학회지 1994 ; 10 : 25-33
- 17) 이석한 · 이기형 · 주홍재 : 연령군에 따른 대장암의 예후인자. 대한대장항문병학회지 1992 ; 8 : 73-83
- 18) Rosen P, Hellerstien S, Horwitz C : *The low incidence of colorectal cancer in a "high risk" population. Its correlation with dietary habits. Cancer* 1981 ; 48 : 2692-2695
- 19) Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck JM, Sox HC Jr : *History of visible rectal bleeding in a primary care population. Initial assessment and 10-year follow up. JAMA* 1997 ; 277 : 44-48
- 20) Metcalf JV, Smith J, Jones R, Record CO : *Incidence and causes of rectal bleeding in general practice as detected by colonoscopy. Br J of Gen Pract* 1996 ; 46 : 161-164
- 21) Morson BC : *The polyp cancer sequence in the large bowel. Proc R Soc Med* 1974 ; 67 : 451-457
- 22) Fleisher DE, Goldberg SB, Browning TH, Cooper JN, Freidman E, Goldner FH, et al : *Detection and surveillance of colorectal cancer. JAMA* 1989 ; 261 : 580-585
- 23) Krevsky B, Fisher RS : *Yield of rescreening for colonoscopic polyps using flexible sigmoidoscopy. Am J Gastroenterol* 1994 ; 89 : 1165-1168
- 24) 이화영 · 김재준 · 이풍렬 · 고광철 · 백승운 · 이종철 · 오영륜 : 한국성인에서 직장경검사로 관찰된 대장용종의 빈도와 특성. 대한내과학회지 1998 ;

55 :21-27

- 25) Atkins W, Basil C, Morson D, Cuzick J : *Long term-risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenomas. N Engl J Med* 1992 ; 362 :658-662
- 26) Macrae FA, St John DJ : *Relationship between patterns of bleeding and hemoccult sensitivity in patients with colorectal cancers or adenomas. Gastroenterology* 1982 ; 82 : 891-98
- 27) Hamilton SR, Morson BC : *Ulcerative colitis. In : Haubrich WS, Schaffner F, Berk JE, eds. Bockus gastroenterology. 5th ed. Philadelphia, W.B. Saunders* 1995 :1338-1342
- 28) Mant A, Bokey EL, Chapuis PH : *Rectal bleeding : Do other symptoms aid in diagnosis? Dis Colon Rectum* 1989 ; 32 :191-195