

코피(비출혈)

| | |
|----|---|
| 개요 | ▼ |
|----|---|

• 등록일자 : 2020-04-29 • 업데이트 : 2023-11-12 • 조회 : 46499 • 정보신청 : 99

개요

비출혈은 실생활에서 비교적 흔하게 접할 수 있는 ‘코피’라고 표현되는 코질환의 하나입니다. 일반인들은 흔히 과로의 상징으로 알고 있기도 하고 과도하게 코를 파면서 코 점막에 상처가 나면서 생기는 것으로 알려져 있습니다. 대부분의 경우 비교적 잘 지혈되나 간혹 병원에서 치료를 받아야 하거나 입원을 해야 하는 경우도 있습니다.

개요-종류

비출혈은 크게 비강의 전방에서 출혈이 발생하는 전방 비출혈과 비강의 후방에서 출혈이 생기는 후방 비출혈로 나뉩니다. 전방 비출혈의 경우 지혈이 어렵지는 않으나 소량의 출혈이 자주 반복되는 경우로 대개 어린이나 젊은 성인들에게 많습니다. 후방 비출혈의 경우는 주로 고혈압이나 동맥경화 등 다른 의학적인 문제를 동반한 고령자들에게 잘 생기고 지속적이고 심한 출혈로 인해 입원을 요하는 경우가 많습니다. 후방 출혈은 드물지만 저혈압이나 기도 흡인 등으로 생명에 위험이 되기도 합니다.

개요-원인

비강 내의 점막아래 혈관들이 분포해 있는데 점막이 손상을 받거나 출혈이 쉽게 발생하는 다른 기저 질환이 있을 때 비출혈이 생깁니다.

특히 여러 원인에 의해서 비점막의 점막이 마르고 딱지가 생기면서 2차적으로 생기는 감염과 염증조직들에 의해서 이러한 출혈이 발생합니다.

1. 국소적 원인

직접적으로 비강 내에서 점막이나 혈관에 손상을 주어 비출혈을 일으키는 원인은 다음과 같습니다.

1) 외상

외상은 가장 흔하게 점막에 손상을 주는 원인입니다. 어린이, 일반 성인, 혹은 정신지체자에서 의식적이나 무의식적으로 코를 후비는 경우 비중격이라 불리는 코의 가운데 칸막이 점막에 손상을 줄 수 있습니다. 이로 인한 직접적인 점막, 혈관의 손상이나 2차적인 점막의 염증으로 인하여 비출혈이 생길 수 있습니다.

이러한 일상적으로 발생 가능한 외상 이외에도 비골골절(코뼈의 골절)과 같은 안면골 골절, 혹은 두개골 골절 등으로 비점막이 손상되어 대량 출혈이 있을 수 있습니다. 비중격 수술, 축농증 수술과 같은 수술 시에 직접적으로 점막 및 혈관에 손상을 입은 후에도 출혈이 생길 수 있습니다. 또한 외상에 의한 출혈이 지혈된 후 비행기를 타거나 기압이 낮은 곳으로 갈 경우 이러한 기압변화가 출혈을 다시 만들 수 있습니다. 그러므로 심한 비출혈 후 안정을 취할 때에는 재출혈에 유의하여야 합니다.

2) 비중격 질환

비중격의 손상이나 구조적 이상이 비출혈을 일으킬 수 있습니다. 비중격의 앞쪽 점막은 습관적으로 코를 후비거나 알레르기 등으로 코의 소양감(가려움증)이 있어 코를 문지를 경우 가장 쉽게 손상을 입습니다. 이는 어린이에서 가장 흔한 비출혈의 원인으로 알레르기성 비염이나 급성 비염(감기)이 있을 때 잘 발생합니다. 앞서 말한 키셀바흐(Kiesselbach) 혈관총이 손상을 받아 생기는 것입니다.

이 혈관총이 분포하는 비중격의 구조적 이상도 잦은 비출혈을 유발할 수 있습니다. 비중격 만곡(비강을 좌우로 구분하는 비중격이 휘어 있거나 돌기가 있는 경우), 비중격 천공(수술이나 감염등으로 생기는 비중격의 구멍)이 있으면, 숨을 내쉴 때 코 안에 계속적인 와류가 생깁니다. 또 그 부위의 점막이 쉽게 건조해져서 코를 문지르는 등의 가벼운 외상에도 혈관이 손상을 받아 출혈이 일어납니다. 이때 대개 비중격의 휘어진 부위의 전방에서 출혈이 생깁니다.

비중격의 출혈은 심각한 출혈은 드물고 비교적 자연 지혈이 잘 됩니다. 간혹 출혈이 지속되어 병원에 내원했을 경우에도 비강 내 앞쪽에서의 출혈이기 때문에 출혈 부위를 찾기가 비교적 쉽습니다. 이경우 전기나 화학 물질로 시행하는 소작, 혹은 비강 내 패킹(압력으로 출혈부위를 눌러 지혈시키는 재료를 비강 내 삽입하는 것) 등으로 지혈이 잘 됩니다.

3) 염증

염증에 감기, 축농증, 알레르기성 비염, 기타 비점막에 생기는 경우입니다.

점막의 분비 등 정상적인 비점막의 방어기전이 변화하면 가피 형성이나 세균 감염으로 인하여 점막이 건조해지고 약해지면서 비출혈이 생길 수 있습니다.

앞서 말한 외상이나 비중격의 이상, 염증들은 따로 분리된 원인이라기보다는 종합적으로 서로 영향을 미쳐서 함께 비출혈을 일으킬 수 있습니다. 이러한 원인들은 비출혈을 일으키는 가장 흔한 요소들입니다. 재 출혈을 막기 위해서는 지혈 후 염증을 치료해주고 염증을 일으키는 원인을 잘 조절해 주는 것이 필요합니다.

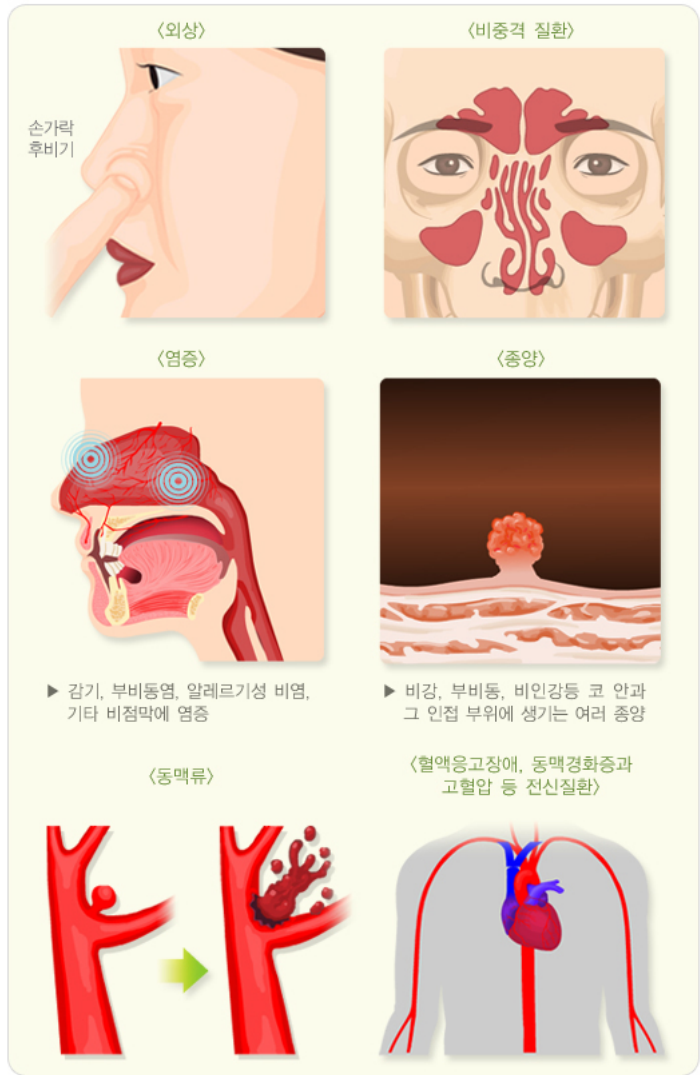
4) 종양

코 안과 그 인접 부위에 생기는 여러 종양들 중에 출혈이 잘 되는 양성 또는 악성종양이 있으면 반복적인 비출혈이 발생 할 수 있습니다. 한쪽에만 우달리 더 코막힘을 동반하거나 지속적으로 잦은 비출혈이 발생한다면 이비인후과에 내원하여 비강 내에 이러한 종양성 병변이 없는지 확인해야 합니다. 이때 CT나 MRI등의 영상 검사를 시행해 볼 수 있습니다. 특히 젊은 남자에게서 생기는 혈관 섬유종 등 혈관 조직이 풍부한 종양에서 과도한 비출혈의 증상을 자주 관찰 할 수 있습니다.

5) 동맥류

동맥류는 교통사고 등으로 심한 두부외상을 입은 후 뇌로 혈류를 공급하는 내경동맥이나 외경동맥에서 발생할 수 있습니다. 이때 혈관벽에 평창이 생기면 출혈이 되어 일반적인 치료에 반응 없는 심한 비출혈을 야기하기도 합니다. 여러 차례 비출혈을 지혈함에도 반복적으로 재발하는 경우 의심해 보아야 합니다. 비출혈의 일반적인 원인은 아니지만 사고 후 수주에서 수개월까지 생길 수 있으므로 재발이 많은 심한 비출혈시 과거 사고의 여력이 있는지 확인하여 의심해 보아야 합니다. 이경우 사망률은 50%정도로 알려져 있습니다. 진단은 동맥조영술로 하며 치료는 대개 동맥 색전술로 동맥류를 막아주고 있습니다.

〈그림. 비출혈의 원인〉



2. 전신적 원인

비강 내의 직접적인 원인외에 몇 가지 전신적 기저질환들은 비출혈을 자주 일으키게 합니다. 이러한 원인들은 주로 혈관과 혈액 응고에 관련된 질병들로 다음과 같은 것들이 있습니다.

1) 혈액응고장애

혈액이 혈관 밖으로 누출될 경우 응고되어 출혈이 멈추어야 하는데 혈액 응고 질환이 있을 경우 이러한 작용이 되지 않아 비출혈이 발생 할 수 있습니다.

이러한 원인에는 혈우병, 폰빌레브라나트(Von Wilebrand)병 등이 있으며 선천적 응고장애 질환 중에 가장 흔한 것입니다. 전신적으로 쉽게 멍이 들고, 반복되는 비출혈이 있으면서 월경과다, 잇몸출혈과 같은 다른 부위의 출혈 증상을 동반합니다.

혈소판의 수가 감소하는 질병들에서도 쉽게 출혈이 발생할 수 있습니다. 혈소판의 생성에 문제가 있는 백혈병, 다발성 골수종이나 간질환 등은 혈액 응고나 혈소판의 수를 감소시켜 비출혈을 포함한 출혈성 질환의 원인이 됩니다. 특히 혈소판의 수가 10,000- 20,000/mm³이하가 되면 외상 없이도 저절로 피가 날 수 있습니다.

가장 흔한 후천적인 혈액 응고 장애는 심근경색이나 협심증, 부정맥 등의 심혈관 질환이 있습니다. 또 기타 뇌혈관, 말초 혈관으로 인해 복용하는 항응고제인 아스피린이나 해파린, 와파린 등의 복용에 의한 것입니다. 간혹 이러한 약의 투약이 과다해서 적정 정도보다 출혈성 경향이 높아져 비출혈이 발생할 수 있습니다.

그 외에도 만성 신부전 환자가 장기 혈액투석을 받는 경우도 비출혈을 호소하는 경우가 있습니다. 알코올 섭취로 인해서 비타민K가 결핍되어도 혈액 응고 인자의 생산이 부족하여 출혈성 경향이 나타날 수도 있습니다. 이외에 복용하는 약들에 의해서도 혈액 응고가 영향을 받을 수 있습니다.

2) 동맥경화증과 고혈압

젊은 층에서 전비강 출혈이 많은 것에 비해 노인에서는 후비강 출혈이 많습니다. 비강의 뒤쪽에는 전방보다 상대적으로 큰 동맥들이 위치하고 비인강총(woodruff's nasopharyngeal plexus)이라는 정맥총이 존재합니다. 동맥경화증이나 고혈압 등에 의해서 혈관에 문제가 생기면 이 부위에서 비출혈이 발생할 수 있습니다. 고혈압이나 동맥경화가 연령이 증가할수록 더 흔하므로 상대적으로 노인층에서 후비강 출혈이 더 자주 발생합니다. 비출혈 환자가 고혈압이나 동맥경화 등 혈관성 질환이 있고, 또한 아스피린이나 와파린 등의 항 혈액 응고제를 복용하고 있다면 후비강 출혈의 가능성을 먼저 생각해야 합니다.

출혈 부위가 전방 출혈보다 깊은 부위에 있어 비강 내시경을 통해 찾아야 합니다. 더 큰 혈관에서의 출혈이므로 출혈량이 많아 출혈 부위를 찾기가 더 어렵습니다. 정맥에서의 출혈일 경우 후비강 측벽에서 광범위하게 출혈될 수 있으므로 지혈에 어려움을 겪을 수 있습니다. 출혈량이 많으므로 드물지만 쇼크가 올 수 있습니다. 혈류가 기도로 넘어가 폐로 들어가는 흡인이 되면 폐렴이 될 수도 있으며 입원 및 장기치료를 필요로 할 수 있습니다. 간혹 지혈이 쉽지 않을 경우 수술실에서 국소 혹은 전신 마취하에 지혈을 시행할 수 있으며 지혈 이후 재출혈로 인해 재수술을 하는 경우도 있습니다.

고혈압은 비출혈을 일으키는 전신적인 원인 중에 가장 많은 것으로 지목되고 있습니다. 그러나 고혈압 자체가 비출혈을 일으키지는 않고 다만 발생 시 출혈정도를 심하게 한다는 보고들도 있습니다. 그러나 고령에 고혈압 등의 전신 질환이 있는 경우는 꼭 후비강의 출혈을 염두에 두어야 합니다.

3) 유전성 출혈성 모세혈관 확장증

유전성 출혈성 모세혈관 확장증은 일종의 출혈이 잘되는 혈관을 가진 유전성 질환으로서 상염색체 우성으로 유전되는 동정맥기형을 가지는 질병입니다. 약 10만 명당 1명 정도의 발병률을 가지며 피부, 비점막, 입술, 구강점막에 1-2 mm 직경의, 버찌적 반점(cherry red spot)이라는 혈관이 확장된 윤기가 보입니다. 이것은 모세혈관 확장증으로서 작은 손상에도 쉽게 출혈이 생기며 비강에 발생할 경우 자주 재발하는 비출혈이 발생할 수 있습니다. 단순히 비강 내 출혈을 지혈하는 것뿐만 아니라 폐혈관에 다른 동정맥기형이나 동맥류가 동반되는지 확인해야 합니다.

4) 기타 원인

기타원인으로 수은이나 크롬 등 중금속의 전신적 독성이나 장티푸스, 백일해, 디프테리아 등의 감염성 질환 및 심부전증에서도 비출혈이 나타날 수 있습니다. 적은 수준이라도 지속적인 음주, 만성 간염, 지방간, 간경화가 있는 경우도 비출혈이 더 잘 반복되는 것으로 알려져 있습니다.

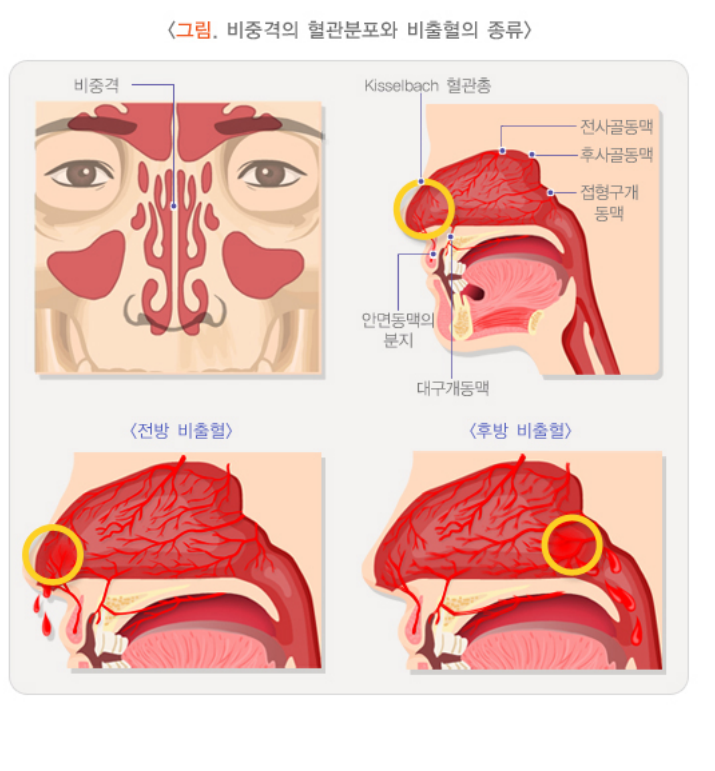
역학 및 통계

일반 성인의 약 60% 정도가 코피를 경험하는 것으로 알려져 있으며, 이중 6%는 적극적인 치료가 필요합니다.

비출혈은 보고에 따라 다르지만 대개 여름에 가장 감소하고 겨울철에 많이 발생하는 것으로 알려져 있습니다. 겨울에는 감기 등 비강 내 염증이 흔하고 온도, 습도변화가 심해서 비강 내 점막이 쉽게 건조해지며 이러한 비강 점막 상태가 비출혈과 관련이 있다고 생각하고 있습니다. 동맥경화증이 있는 비혈관이 겨울철의 찬 외기 및 낮은 습도 때문에 빈번히 파열되는 점도 원인으로 지목되고 있습니다. 또한 기온, 기압, 습도변화가 심한 계절일수록 발생 빈도가 높다고 보고되어 기상의 변화도 비출혈의 중요한 원인으로 생각하고 있습니다.

대부분의 비출혈은 전방 비출혈이며 국내 보고에 따르면 전방출혈이 약 90%, 후방 출혈이 약 10%정도입니다. 전방 비출혈이 흔한 이유 중 하나는 여러 혈관이 모이는 키셀바흐(Kiesselbach)라고 불리는 혈관총이 비강 앞쪽에 존재하기 때문입니다.

흔하지만 비교적 쉽게 지혈이 되는 전방 출혈과 달리 후방 출혈은 지혈이 어렵고 재출혈의 빈도가 더 높는데, 최근 성인병이 증가하여 고혈압, 동맥경화가 증가하면서 과거보다 40세 이상에서 후방 비출혈의 빈도가 증가하고 있는 추세입니다.



증상

가장 먼저 일어나는 증상으로 피가 코의 앞쪽으로 흘러내리는 경우가 가장 많습니다. 후방 비출혈이 있는 경우에는 피가 코의 뒤쪽으로 넘어가 목구멍으로 넘어갈 수도 있습니다. 비출혈이 생겨서 코의 앞쪽으로 흘러나오면 고개를 뒤로 젖히는 경우가 있는데 이때는 전방출혈이라도 코의 뒤쪽으로 넘어갈 수 있습니다. 목구멍으로 넘어가는 출혈은 기도로 넘어가 폐로 들어가서 흡인을 일으킬 수 있으므로 가급적 비출혈이 발생하면 고개를 앞으로 숙여서 흡인을 방지하는 것이 필요합니다.

전방 비출혈의 경우에는 비출혈이 생기기 이전에 비강 점막의 염증인 감염성, 알레르기성 비염의 증상이 심해질 수 있습니다. 또한 그 외 여러 원인으로 비강 점막이 건조해지거나 손상을 입는 상황이 있을 수도 있습니다. 전방 비출혈은 출혈이 되어도 양이 많지 않아 자연적으로 지혈이 되는 경우가 흔하지만 간혹 수차례 재발하여 조금씩 출혈이 반복될 수도 있습니다. 반면, 후방 비출혈이 있는 고혈압 환자나 고령자의 경우는 지속적으로 많은 출혈이 있을 수가 있습니다. 계속되는 출혈로 인해 환자는 어지럼증, 빈맥, 식은땀 등의 증상이 있고 육안으로 보기에다 창백한 얼굴색과 결막이 관찰될 수 있습니다. 출혈이 심해질 경우 입원치료나 수액 보충 등이 필요할 수 있습니다.

진단 및 검사

이비인후과 의사는 치료를 시작하기 전에 환자의 나이와 함께 문진을 통해 외상, 수술 등의 유발인자와 출혈의 기왕력이 있는지 확인합니다. 그리고 폐질환, 심장질환, 간질환, 혈액응고장애의 유무와 현재 복용중인 약제에 대한 정보를 얻습니다.

육안으로 비강을 관찰하는 전비경 검사를 기본으로 전방 출혈 여부를 확인합니다. 비강 내에 감직형 내시경, 굴곡내시경을 넣어서 출혈부위를 찾아볼 수 있습니다. 출혈이 잠깐 멈춘 상태라면 조심스럽게 피딱지를 제거하면서 꼼꼼하게 살펴 의심되는 부위를 찾아서 출혈 부위를 확인하는 것이 우선입니다. 고혈압, 동맥경화 등의 과거력이 있고 고령이라면 후방 비강출혈을 의심해 보아야 하고 출혈양도 많을 수 있습니다. 만약 4~5일 동안 출혈이 계속되었거나 다량의 출혈이 계속될 경우에는 수술적 치료를 고려합니다. 특히 만성 폐쇄성 폐질환, 고혈압, 동맥경화증이 있는 환자는 드물지만 사망하는 경우가 있어 진단에 주의를 기울여야 됩니다. 환자의 과거력, 출혈양, 출혈부위가 확인되면 지혈을 위한 치료를 진행하게 됩니다.

치료

비출혈의 치료는 환자가 다른 동반 질환이 있는지 파악하고 비출혈의 정도와 부위를 확인한 후에 전반적인 치료의 방향을 결정하게 됩니다. 이미 언급한 대로 고혈압, 동맥경화증, 심장질환, 폐질환등이 동반되어 있으면서 대량 출혈이 발생하면 여러 합병증이 발생할 가능성이 높으므로 수술적 치료를 일찍 고려하여야 합니다. 그러나 흔하고 출혈이 많지 않은 전방 출혈의 경우에는 좀 더 간단한 치료를 시도하게 됩니다.

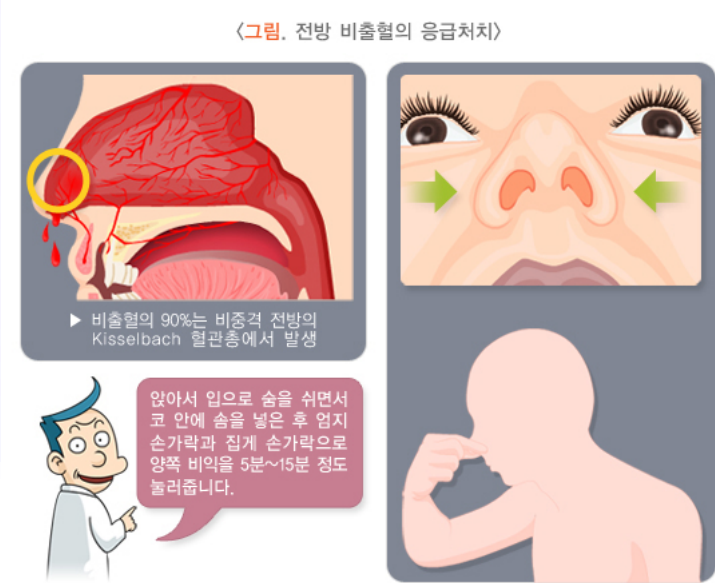
1. 일반적 치료

대부분의 환자는 비출혈이 심하다고 생각되거나 반복되면 당황하므로 마음을 안정시키는 것이 중요하며 필요시 진정제를 투여하기도 합니다.

우선적으로 출혈량을 측정하여 어느 정도 실혈을 하였는지 알아두고 대량 출혈에 의해서 혈압, 맥박수 등이 변하지 않는지 관찰하는 것이 매우 중요합니다. 정맥주사 경로를 확보하여 혈관내로 수액을 공급하여 다량 출혈로 인한 쇼크에 대비해야 합니다. 일반혈액검사, 출혈경향검사 등 기본적인 혈액검사를 시행하여 빈혈, 혈액응고이상 등의 유무를 확인합니다. 환자를 안정시키고 비강내의 출혈과 혈종을 제거하면서 현재 지속적으로 출혈이 진행되는지 여부를 파악하고 출혈 부위를 찾아보게 됩니다.

국소적 치료로서 목 뒤에 얼음 주머니를 대거나 얼음물로 비강을 세척해서 반사적인 혈관수축을 일으키는 것이 도움이 됩니다. 전방 비출혈의 경우 환자가 조용히 앉아서 머리를 앞으로 숙이고 있거나 콧등 아래의 연결부위를 손으로 쥐고 있는 것만으로도 출혈이 멈출 수 있습니다. 또는 혈관수축제를 코에 넣는 것으로도 지혈되는 경우가 많습니다. 화학 약품이나 전기 소작기, 혹은 레이저로 출혈 부위의 혈관을 소작하거나 코 안의 출혈부위를 압박하는 지혈대를 삽입하는 패킹을 시행할 수 있습니다. 이러한 모든 방법이 실패할 경우 비출혈을 일으키는 동맥을 결찰하거나 막는 수술을 시행할 수도 있습니다. 반복적인 출혈이나 대량 출혈이 있는 경우 입원을 하게 되는데 환자의 50% 이상에서 약 6~10일간의 치료기간을 요하는 것으로 알려져 있습니다.

패킹을 시행한 경우는 비강내에 2~5일 정도 유지시키게 됩니다. 비출혈의 재발을 예방하기 위해서 과로, 긴장을 피하고, 재채기를 할 때 입을 벌려 코로 압력이 가지 않게 합니다. 아스피린이나 항응고제의 복용은 잠시 중단해야 합니다.



1) 소작법

소작법은 원인이 되는 혈관이 확인 되었을 때 이를 바로 화학물질이나 전기 소작기, 레이저 등을 이용하여 소작하는 것입니다. 소작 후에는 바셀린이나 연고를 출혈부위에 발라 점막과 혈관이 건조해지거나 갈라지는 것을 방지하여 비출혈의 재발을 억제해야 하며 소작 후 환자가 코를 만지지 못하게 합니다. 이러한 소작은 지나치게 여러 번 할 경우 비중격 천공의 위험이 있습니다. 그러므로 여러 차례 재발할 경우 소작에 조심해야 하며 이때는 전비강 패킹을 고려해 보아야 합니다.

2) 전비강패킹

소작에 실패하는 경우 비강 전반에 걸쳐 패킹을 하게 됩니다. 패킹이란 것은 출혈 부위를 압박할 수 있는 지혈대를 비강 안으로 삽입하여 출혈부위를 눌러 지혈하는 방법입니다. 흔히 많이 사용되는 것은 바셀린을 묻힌 거즈입니다. 먼저 국소마취제와 혈관수축제로 비강을 수축 및 마취를 한 후 바셀린 거즈를 이용하여 코 전체에 차곡차곡 압축하여 삽입하게 됩니다. 패킹은 출혈 정도에 따라 2~5일 후 제거합니다. 거즈 자체에서 균이 자라거나 2차적인 세균감염을 예방하기 위해 항생제도 함께 복용하여야 합니다. 출혈 부위가 제대로 압박 받지 못하게 되면 패킹 후에도 출혈이 지속될 수 있으며 이때는 추가 패킹을 시행하거나 패킹을 제거하고 다시 시행하여야 합니다.

최근에는 바셀린 거즈 대신 압축스폰지가 많이 이용되고 있습니다. 압축스폰지는 출혈 의심 부위에 삽입하고 수분을 공급하면 부풀어 올라 출혈 부위를 압박하게 됩니다. 이 경우 주변 점막과 유착되는 경향이 있으므로 보통 48시간 이내에 제거하게 됩니다. 약 2일 정도 동안 비강 내를 압박하여 출혈부위가 회복되도록 지혈을 기다리는 것입니다.



3) 비중격 수술

전비강 출혈의 경우 점막의 지속적인 자극이 출혈을 쉽게 일으키는 요인이 될 수 있습니다. 비강의 양쪽을 가르는 비중격이 한쪽으로 치우쳐 있거나 휘어 있는 경우나 혹이 튀어나와 있는 경우 숨을 쉴 때 공기의 흐름이 일정하지 않고 불규칙하게 되는 와류가 발생하게 됩니다. 이 부위의 점막은 다른 쪽보다 더 잘 마르고 지속적인 자극을 받게 되므로 작은 자극에도 쉽게 비출혈이 생길 수 있으며 반복적인 출혈로 이어 질 수 있습니다. 이러한 전방 비출혈이 자주 발생하는 경우에 비중격 수술을 시행하여 교정해 줌으로서 비강내 공기의 흐름을 회복하고 점막에 자극을 줄여 반복적인 비출혈을 교정할 수 있습니다. 비중격 만곡 이외에 지혈에도 지속적으로 재발하는 전비중격 출혈의 경우 비중격의 점막을 완전히 제거 후 피부이식을 하는 수술도 시행되고 있습니다.

2. 후비강 출혈의 치료

후비강의 출혈은 일반적으로 전방에 비해 더 큰 혈관에서 출혈이 생기는 경우가 많습니다. 출혈의 세기나 양이 많고 더 광범위한 부위에서 발생하기 때문에 출혈부위를 찾는 것이 좀 어렵습니다. 출혈 부위를 찾은 후에도 적절하게 지혈하는 것이 전방에 비해 더 어렵습니다. 후방부의 출혈은 전방과 마찬가지로 내시경 하에 출혈부를 전기 소작하거나 패킹을 시행합니다. 후방부의 경우 woodruff 점막총으로부터의 출혈이 흔한데 이 부분은 넓게 퍼져 있어 패킹을 시행할 때도 좀 더 정확하고 꼼꼼하게 시행하여야 합니다. 후방 출혈의 경우 국내 보고에 따르면 재출혈의 빈도가 전방 출혈보다 의미 있게 높은 것으로 알려져 있습니다.

1) 후비공 패킹과 내시경하 소작술

후비공 패킹은 전통적으로 후비강의 출혈을 막는 방법입니다. 후비강의 출혈은 범위가 넓거나 출혈양이 많아 정확히 패킹으로 막기 힘듭니다. 그러므로 먼저 거즈를 말거나 풍선을 이용하여 후비공(코의 뒤쪽에서 목으로 넘어가는 부분)을 막아 피가 기도로 넘어가지 않게 합니다. 이후 비강 전체에 패킹을 시행하여 비강 앞으로 나오는 길도 막아 지혈을 합니다. 패킹을 유지하는 시간은 약 2~5일이며 패킹을 시행하는 동안 항생제를 사용하여 세균의 감염을 예방해야 합니다.

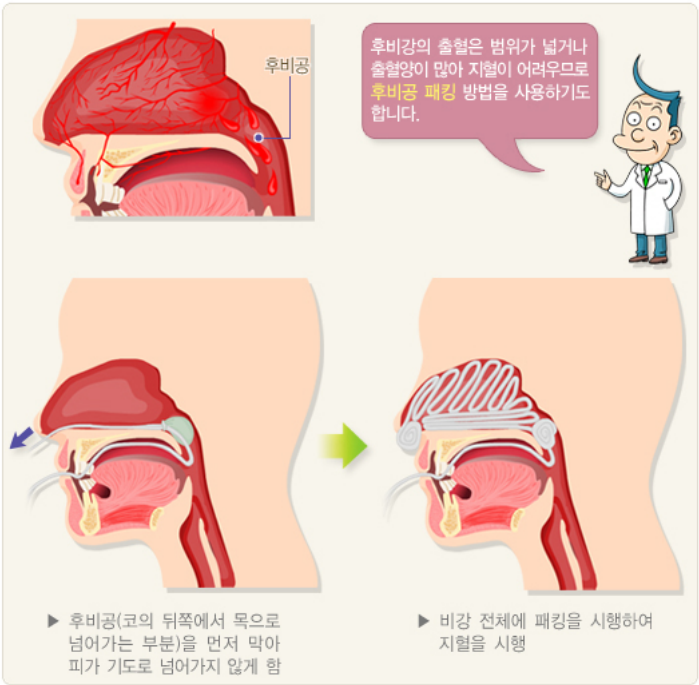
후비공에 패킹을 시행할 경우 자율신경계의 반사에 의해 맥박수가 감소하고 혈압이 내려가며 호흡이 억제되는 등의 현상이 나타날 수 있습니다. 그러므로 때문에 일단 후비공 패킹을 시행하면 입원을 하고 상태를 관찰해야 합니다. 전방 패킹이나 후비공 패킹은 모두 비강내를 압박하여 출혈을 조절하므로 출혈이 지속될 경우 비루관(눈과 비강이 연결된 관으로 보통 눈물이 코로 내려오는 통로)을 통해 피가 눈으로 역류해 안구로 피가 올라갈 수도 있습니다. 이는 패킹을 제거할 경우 모두 사라지게 됩니다.

비강 내를 전반적으로 막는 후비공 패킹을 시도하더라도 비강 후방부의 여러 돌출부와 함요부위를 효과적으로 압박하기 어려운 경우가 많습니다. 국내 보고에 따르면 재출혈 빈도가 약 26~52%로 치료 실패율이 높은 것으로 알려져 있습니다.

최근에는 내시경이 발달하여 내시경 하에서 출혈부위를 좀 더 정확히 찾아내 전기로 소작을 시행하거나 압축 스폰지를 삽입하여 출혈 부위를 압박하여 지혈하는 방법을 많이 사용하고 있습니다. 후비공 패킹에 비해서 환자에게 주는 부담이 적은 방법이지만 소작이나 패킹 후에도 반복적인 출혈이 되어 다시 패킹하거나 소작하는 경우가 있습니다. 여러 차례 재출혈이 있는 경우 수술실에서 국소 마취나 전신 마취 하에서 출혈부위를 좀 더 세밀하게 찾아보고 전기소작을 정확하게 시행할 수 있습니다.

내시경과 전기 소작기를 이용한 후방 출혈 부위 지혈은 17~33%의 낮은 재발율을 보이고 혈관을 결찰하는 등의 복잡한 수술을 피할 수 있는 장점이 있습니다. 한계점은 정확한 출혈 지점을 구분하기가 쉽지 않고 출혈이 많은 경우 출혈 지점을 볼 수 없을 가능성이 있다는 것입니다. 혈액 응고 장애가 있거나 항 혈액응고 약을 사용하고 있는 경우에는 패킹 후 점막에 손상을 주어 다시 출혈이 발생할 수 있으므로 특수한 지혈용품을 사용하여 출혈을 조절하기도 합니다.

〈그림. 후비공 패킹〉



2) 동맥결찰술

동맥 결찰술은 전통적으로 패킹으로 출혈을 멈추지 못했을 경우에 사용해 왔습니다. 일반적으로 패킹 후 4-5일 동안 피가 멎지 않거나 출혈이 계속되는 경우 내약동맥이나 접형구개동맥, 사골동맥등 비강에 혈액을 공급하는 동맥을 직접 결찰하는 방법입니다. 내시경을 통해 접형구개 동맥을 결찰하는 방법이 많이 시행되어 높은 치료 결과를 보이고 있습니다. 이 방법 역시 출혈되는 혈관이 결찰을 시행하는 혈관 이외에 다른 혈관과의 통로가 존재하는 경우 결찰 후에도 지혈이 되지 않을 수도 있습니다.

3) 동맥색전술

동맥색전술은 수술을 시행하지 않고 출혈되는 혈관을 선택적으로 막아 비출혈을 조절할 수 있는 방법입니다. 수술로 접근하기 어려운 혈관도 막을 수 있다는 장점이 있습니다. 선천성 동정맥기형이 있거나 동맥결찰술 후 재출혈이 있을 때 사용할 수 있습니다. 환자의 전반적인 상태가 불량하거나, 수술을 위한 전신마취의 위험성이 높은 경우에 선택될 수 있는 방법입니다. 색전술은 폴리비닐 알코올, 젤폼 등의 물질을 이용하여 출혈 원인이 되는 혈관을 막는 방법입니다. 색전술의 성공률은 75-90%정도이고 합병증은 0.1%미만으로 쇼크, 뇌졸중, 안면신경 마비 등이 올 수 있습니다.

자주하는 질문

Q. 코피가 날 때 고개를 젖혀야 하나요?

A.

코피가 날 때 고개를 젖히면 위험합니다. 코피가 날 때는 앞으로 흐르므로 반사적으로 고개를 뒤로 젖히게 되는 경우가 많습니다. 그러나 코피가 날 때 고개를 젖히게 되면 피가 목으로 넘어가 잘못하면 폐로 피가 넘어가 흡인되어 폐렴이 발생할 수 있으며 출혈이 계속 진행되는지 여부도 알기가 어렵습니다. 따라서 고개를 숙인 채로 최대한 빨리 병원으로 가는 것이 최선의 방법입니다. 후방보다는 전방 비출혈의 빈도가 높으므로 고개를 숙인 상태에서 5분정도 엄지와 검지로 코를 꼭 쥐어보는 것도 지혈에 도움이 될 수 있습니다.

Q. 코피가 자주 나는 편인데 예방할 수 있는 방법이 있나요?

A.

우선 코피가 나는 흔한 원인들을 먼저 제거해 주어야 합니다. 코피는 주로 손가락에 의한 외상으로 발생하므로 불편하더라도 최대한 손을 대지 않는 것이 중요합니다. 감기나 알레르기성 비염이 있다면 이를 잘 조절하여서 비점막의 염증을 줄여주는 것이 중요합니다. 갑작스러운 온도의 차이나 너무 건조한 환경은 비점막을 건조시키거나 혈관에 영향을 주어 코피를 나게 할 수 있으므로 피하는 것이 좋습니다. 점막에 적절한 가습을 해줄 수 있게 실내 습도를 잘 유지해 주시고 점막을 보호하고 습도를 유지하기 위해 연고를 점막에 계속 도포해 주는 것이 비출혈이 계속 재발할 때 해줄 수 있는 방법입니다.

Q. 고혈압이나 동맥경화가 있으면 코피가 잘 생기나요?

A.

일반적으로 전방 비출혈이 아닌 후방 비출혈에서 고혈압이나 동맥경화가 있으면 비출혈의 가능성이 높습니다. 고혈압의 경우 직접적으로 비출혈의 빈도를 높이지 않는다는 보고도 있으나 일단 출혈이 발생하면 출혈량에는 밀접하다는 보고들도 있습니다.조절되지 않는 고혈압이 있거나 진행된 동맥경화가 있는 경우 특히 기후가 차고 건조한 계절이 되면 후방 비출혈에 유의하셔야 합니다. 고혈압과 동맥경화가 있는 경우 아스피린이나 와파린 등 항혈액응고제를 함께 드시는 경우가 있는데 이들 약들이 출혈의 가능성을 더 증가시킬 수 있습니다. 노인인구가 증가하고 성인병이 증가하는 추세이기 때문에 전체 비출혈 중에 고혈압과 동맥경화에 의한 후방 비출혈의 비율이 증가할 것으로 예상하고 있습니다. 특히 지혈이 어려운 경우가 많고 출혈량이 많고 재출혈 하는 경우들이 있습니다. 고령에 고혈압, 동맥경화가 있으신 분들은 지속적인 비출혈이나 대량 출혈이 있을 경우 병원에 오셔서 적절한 진단과 치료를 받으셔야 합니다. 항 혈액 응고제를 드시는 경우 출혈이 조절될 때까지 잠시 약을 중단하는 것이 필요합니다.

연관 주제어

코피, 비출혈, 전방 비출혈, 후방 비출혈, 고혈압, 아스피린, 와파린



본 공공저작물은 공공누리 “출처표시+상업적이용금지+변경금지” 조건에 따라 이용할 수 있습니다.



※ 본 페이지에서 제공하는 내용은 참고사항일 뿐 게시물에 대한 법적책임은 없음을 밝혀드립니다. 자세한 내용은 전문가와 상담하시기 바랍니다.