

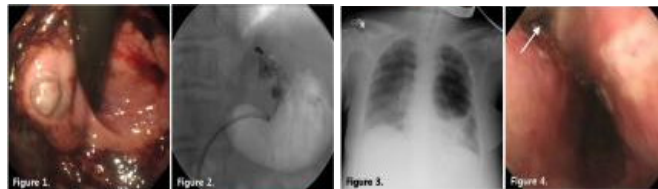
■ S-13 ■

Tracheoesophageal Fistula in the Treatment of Gastric Variceal Hemorrhage with Sengstaken-Blakemore Tube

Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

*Jeong Ho Kim, Se Hyun Cho, Chung Hwa Park, Jin Hwan Jung, Sang Hun Lee, Jun Ho Song, Eun Jung Jeon,
Jin Il Kim, Soo Heon Park, Joon Yeol Han, Jae Kwang Kim

The Sengstaken-Blakemore (SB) tube is used to control esophageal or gastric variceal bleeding in emergencies, and still many complications have been reported. Tracheoesophageal (TE) fistula is a rare complication after SB tube insertion. We present a case of a patient who experienced TE fistula after repeated SB tube insertions to control gastric variceal hemorrhage. The use of the SB tube has been associated with many complications. TE fistula is a rare disease of abnormal communication between esophagus and trachea. Fistula is generally thought to occur as a consequence of iatrogenic causes. The patient had gastric variceal hemorrhage, so the SB tube was inserted, and the position of gastric balloon was confirmed with auscultation, but the chest radiography was overlooked. The final diagnosis of the TE fistula was confirmed by the esophagogastroduodenoscopy. This case shows that repeated and prolonged insertion of the SB tube may make a TE fistula. The SB tube should be inserted no longer than 48 hours, and routine chest radiograph should be taken soon after full inflation in order to prevent complications. Fig.1. Esophagogastroduodenoscopy showing gastric varix with ulcer at the cardia. Fig.2. BRTO was partially performed with two microcoils at the gastroduodenal shunt. Fig.3. A chest radiograph revealing the gastric balloon at the left lung field. Fig.4. Esophagogastroduodenoscopy showing the TE fistula.(Arrow)



■ S-14 ■

목매 자살하려던 환자에서 발생한 거대 위점막 열상 1예

대림성모병원

*이병호, 임상수, 성미경, 안성배, 이장욱, 우성용, 박석준

41세 남자가 내원 3시간 전 음주 상태에서 목매 자살을 시도하였고 가족들에 의해 발견되어 구조 되었다. 당시 환자는 의식과 자발호흡이 있어 별다른 처치 없이 있다가 내원 2시간 전부터 5차례 토혈이 있어 응급실로 내원하였다. 의식은 명료하였으나 음주 상태였으며 자발호흡은 있었다. 혈압은 70/40 mmHg, 맥박은 분당 135회, 호흡은 분당 26회였다. 목에는 목맨 상처가 있었고 내원시 Hb 12.7 g/dL이었다. 비위관 배액에서 활동성 출혈이 확인 되었고 응급실에 도착한 이후에도 2회의 대량 토혈이 있어 다량의 활동성 출혈이 계속되고 있다고 판단되어 응급 위-식도 내시경을 실시하였다. 인후두에 울혈이나 손상은 관찰되지 않았으며, 식도의 점막은 정상 소견이었으나 위소만부 전체에 걸친 열상과 기저부에 서로 다른 방향성과 크기를 보이는 여러 개의 점막 열상이 관찰되었다. 각각의 열상의 깊이는 비슷하게 보였으나 기저부에 돌출 혈관에서 활동성 출혈이 있어 밴드 결찰술로 지혈하였다. 혈괴가 다량 있어 전체 점막은 관찰하지 못하였으나 출혈성 위염이나 위궤양을 시사할 만한 위점막 소견은 없었다. 프로톤 펌프 억제제 정맥 투여와 금식 치료를 하였다. 전일 시행한 밴드 결찰한 혈관은 괴사되어 활동성 출혈은 없었으며 위점막의 열상은 치유되고 있었다. 내원 5일째 위-식도 내시경을 시행하였고, 더 이상의 출혈 소견 없어 식이를 진행하면서 경과 관찰하였고, 특이증상 없어 입원 6일째 퇴원하였다. 증례의 환자는 목매 자살을 시도하면서 반사적인 혈떡임에 의한 복압의 증가와 하부식도 괄약근의 이완, 위기저부의 이완 등에 의한 수동적 구토로 인해 기저부에 열상 및 출혈이 발생하였고 수차례 토혈하면서 위점막에 거대 열상이 발생한 것으로 사료된다.

