

흉통으로 내원한 환자에서 발견된 Paraesophageal Hiatal Hernia 1예

영남대학교 의과대학 내과학교실

권순욱*, 은종열, 최선택, 최진수, 김준환, 송영두, 김태년, 정문관

식도 열공 탈장은 크게 I형(sliding hernia)과 II형(paraesophageal hernia)으로 분류되며 노화, 복압 증가, 기타 요인-협관성 질환등과 관련이 있는 것으로 알려져 있다. I형은 식도 횡격막의 이완에 의해 식도 하부와 위분부가 식도 열공 상부로 미끄러져 올라가 발생하며 대개 무증상이며, 특별한 치료를 요하지 않는다. 반면, II형은 식도-위장 경계 부위는 정상 위치로 유지되나 식도 횡격막의 부분결손에 의해 위저 부위가 횡격막 상부로 돌출된 것으로 궤양, 출혈, 호흡곤란, 흉통 등의 증상이 동반된다. 또한 시간에 따라 돌출이 심해지는 경향이 있으며 위 전체와 대장까지 흉강내로 빠지는 경우도 있다. 심하면 장폐색과 괴사까지 야기하므로 수술을 통한 복원이 필요하다. 연구자들은 흉통으로 내원한 환자에서 II형 식도 열공 탈장을 진단하여 수술적 복원으로 치료한 예를 경험하였기에 보고한다.

증례 : 63세 남자 환자가 수년간의 흉통을 주소로 내원하였다. 환자는 주로 운동시 호흡곤란과 흉통을 호소하였으며, 자주 소화불량 증상이 동반되었다고 하였다. 내원 2년전 협심증 의심하여 심초음파, 운동부하검사, 심혈관 촬영술 등의 검사를 받았으나 이상소견은 없었다. 이후 경과 관찰중 상기 증상의 호전이 없어 본 병원 소화기 내과로 전원되었다. 과거력상 5년전 백내장 수술을 하였으며 사회력상 흡연은 하루 반 갑 정도였으며 음주는 하지 않았다. 이학적 소견상 비교적 건강해 보였으며 장음이 약간 증가되어 있었으나, 그의 이상 소견은 없었다. 혈액검사상 혈색소 11.8g/dL, 백혈구 14800/uL, 혈소판 196,000/uL 이었고 간기능, 소변검사, 대변검사는 정상이었으며, 심전도상 좌각차단의 소견을 나타내었다. 위장관 내시경 검사상 위 전정부가 비정상적으로 상부로 올라가 있는 것이 관찰되었다. 이어 시행한 상복부 위장관 촬영상 식도-위 경계부위의 이동없이 위 전정부가 식도 열공을 통해 횡격막 상부 흉강내로 탈장되어 있음이 관찰되었다. 환자는 위저부위의 복원과 횡격막의 일차적 봉합 수술을 시행받았으며 수술후 흉통은 완전히 호전되어 외래에서 추적 관찰 중이다.

— F-2 —

복직근에 발생한 원발성 복부 방선균증 1예

인하대학교 의과대학 내과학교실

김대혁· 민효영· 박상준· 권계숙· 조현근

최원· 이돈행· 김범수· 신용운· 김영수

인체 방선균증은 만성 화농성 육아종성 질환으로 가장 흔한 원인균은 1878년에 처음 동정된 *Actinomyces israelii* 이다. 이 균은 구강, 편도 및 위장관 내에 상존하는 비호기성 혹은 혐기성 그람 양성균이며, 정상적인 점막은 침입하지 못하나 손상된 점막에 침투하여 화농성 염증반응을 유발시켜 농양 및 농루를 형성한다. 조직이나 농에서 황 과립(sulfur granule)을 증명하는 것이 진단에 도움이 된다. 복부 방선균증은 충수돌기가 제일 흔히 생기고, 그 다음으로 결장, 위, 간, 담낭, 횡장, 소장, 항문 및 직장, 골반, 그리고 복벽의 순으로 발생한다고 보고되어 있으며 복벽, 특히 복직근에서의 원발성 방선균증은 매우 드물다. 저자 등은 복부 수술경력이 없는 60세 남자환자에서 복직근에서 발생한 방선균증 1예를 치험하였기에 그 회귀성에 비추어 보고하는 바이다.

60세 남자가 입원 20일 전부터 발열, 복부 불쾌감 및 우상복부 종괴를 주소로 입원하였다. 환자는 내원 13년 전에 요추골절로 후측방 유합술을 시행받은 적이 있으나, 복부 수술의 기왕력이 없으며 가족력상 특이사항이 없었다. 혈압은 120/80 mmHg, 맥박 70회/분, 호흡수 18회/분, 체온은 38℃이었다. 외식은 명료하였으나 만성병색이었고, 결막이나 공막에서 반혈 및 황달소견은 없었다. 청진상 호흡음 및 심음은 정상이었고, 복부 검사상 우상복부에 10×10cm 크기의 단단한 종괴가 촉진되었으며, 열감과 압통이 있었다. 그의 비장종대나 림프절 종대는 없었다. 검사실 소견으로 말초 혈액 검사상 백혈구 12,600/mm³(중성구 79%, 림프구 17%, 단핵구 4%, 산성구 1%), 혈색소 11.7 g/dL, 혈소판 312,000/mm³이었으며, 적혈구 침강속도 59 mm/hr이었다. 생화학적 검사상 이상소견 없었으며, HBsAg과 anti-HBs Ab는 음성이었고 혈액배양검사 소견도 음성이었다. 악성 종양의 전이가 의심되어 복부 초음파 및 복부 전산화단층촬영 및 대장조영술을 시행하였다. 복부 초음파 검사상 우측 상복부의 복막과 복벽 근육층에 내부의 충실성이 불균일한 10×4 cm 크기의 종괴가 관찰 되었으며, 복부 전산화단층촬영상 제대에서 상방으로, 복직근과 복사근에 불규칙하고 불균등한 종괴가 장간막과 대장의 지방층을 침습하는 양상을 보였고, 횡행결장의 벽이 두터워져 있었다. 대장조영술상 횡행결장의 길이 9cm 가량에서 내강이 동심성으로 좁아져 있었으나 변연부 돌출은 현저하지 않았으며 점막 변화나 궤양은 없었다. 이러한 방사선학적 결과로, 악성 종양의 전이는 가능성이 다소 떨어졌다. 절개 조직 생검에서 방선균증의 특징적인 소견인 황 과립과 그 주위에 염증세포침윤을 보여 방선균증으로 확인되었다. 페니실린을 매일 2,000만 단위씩 6주간 정맥 주사 하였으며 그 후 발열 및 전신증상은 호전되었고 종괴의 크기가 서서히 감소했으며 현재 환자는 외래에서 경구 페니실린으로 치료하고 있다.