Roentgenogram of the Issue

좌측폐농양을 의심케한 흉부X선 소견

중앙대학교 의과대학 내과학교실

서 승 천 · 허 성 호

증 례

본 63세 여자환자는 약 10년전부터 흉부 불편감 및 간헐적 심계항진이 있어 오던중 최근에 이르러 상복부 팽만감이 심해지고 수차의 구토 및 흑색변과 운동시 경한 호흡곤란을 호소하여 중앙대학교 의과대학부속 성심병원 내과에 입원하였다. 과거력상 약 8년전에 본태성 고혈압으로 1년간 불규칙적인 항 고혈압제복용을 하였으며 외상이나 수술등의 특기할 만한 원인적 사항은 없었다.

이학적 소견상 신체발달상태는 정상이었으나 영양상태는 양호하지 않았고 입원당시 혈압은 120/70mmHg, 체온 36.2°C, 맥박 및 호흡수는 각각 76회, 18회이었고 체중은 45kg이었다. 흉부 소견은 외관상 정상이었고, 청진상 호흡음은 특기할만한 것이 없었으나, 심첨부에

서 Grade III/IV의 범 수축기 심잡음이 들렸다.

입원당시 말초혈액검사상 혈색소 4.3gm/dl, 적혈구 평균용적 14%, 백혈구 11,500/mm³, 망상적혈구 1.4% 이었고 소변검사상 백혈구 10~15/HPF이었으며 간기능검사는 정상범위였다. 심전도검사상 myocardial ischemia가 있었으며 입원당일 촬영한 흉부단순X선 및 측면사진상 좌측 흉강의 후측방부에 두꺼운벽으로 둘러싸인, 수평면(air fluid level)을 함유하고 있는 거대한 낭상의 음영을 발견하였고 주위와의 경계가 뚜렷하였다(Fig. 1, 2). 우선 기관식도누공, 식도열공탈장을 배제할 목적으로 식도조영술 검사를 실시하였다.

Fig. 1. Chest P-A view showing no active lesion.

Fig. 2. Left lateral film showing air-fluid level in posterior-lower lung field.

고 안

본 증례는 Fig. 3.에서 보는 바와 같이 식도조영술 검사를 통하여, 식도위접합부 및 위장의 기저부의 일부가, 넓어진 식도열공을 통하여 활주탈장된것을 확인 하였던 해였다.

횡격막 탈장이란 복부장기의 일부 또는 전부가 횡격막열공을 통하여 흉강내로 이탈된 것을 말하는데¹⁾ 이러한 횡격막을 통한 복부 장기의 탈장은 학자에 따라 약간의 차이가 있기는 하나 그 원인과 부위에 따라 몇가지로 대별된다. 선천적인 것으로, Bockdaleck공을 통한 횡격막 뒷부분에서의 탈장과, Morgagni공을 통한 횡격막 앞부분에서의 탈장, 그리고 선천적으로 식도가 짧아 식도열공을 통해 탈장되는 경우가 있다. 후천성 탈장으로는 외상으로 인한 횡격막 열상을 통한 탈장이 있고 횡격막 및 식도주위조직의 이완 등에 의해 식도열공이 확장되어 일어나는 식도열공탈장이 있다. 흔히 식도열공탈장이라 함은 위의 한 부분이 넓어진 식도열공을 통하여 후부중격동으로 이동되어 있는 상태를 말하며, 성인 연령층의 환자에서 가장 높은 빈도를 보이는 탈장으로서 활주탈장, 식도주위열공탈장 및 혼합탈장으로 분류 된다. 그중 식도열공을 통한 소위 sliding 형의 탈장이 가장 많아서 구미에서는 전인구의 10%에 달한다고 하며 50세 이상의 연령군에서는 약 33%를 점한다고 한다²⁾. 식도열공이 확장되는 원인에 관하여는 아직 견해가 일치하지 않고 있다. Allison등은 열공 주변이 비정상적으로 이완되어서 생긴다고 하였고³⁾

Hill등은 선천적으로 식도주위에서 식도열공을 이루는 횡격막의 부분들이 융합이 잘 안되어서 생긴다고 하였다⁴⁾.

Wolf등은 식도열공 hernia를 phrenicoesophageal-membrane 즉 fascia of Laimer가 노화에 의해 탄력성을 상실하여 식도위경계부가 상행이동한다고 했다. 활주탈장의 경우 나타낼수있는 증상의 원인이되는 기능적 이상의 원인은 phrenoesophageal ligement가 늘어나고 이완되어서 낮은 부위에 붙게 되면 팔약 기능이 저하되며 식도위역류가 일어나게 되고⁵⁾ 이어서 산이나 펩신, 당즙, 체강액 등의 소화작용에 저항력이 낮은 식도하부에 염증반응이 일어나 소화성 식도염을 일으키게 되며 이때 흉골하부의 작열감을 느끼게된다. 역류현상은 드물게 볼수있으며 흡입에 따른 호흡기관의 합병증으로 만성기관지염, 천식, 흡입성 폐렴, 폐농양 등이 있다. 염증성 식도하부의 경련에의해 연하곤란이 올수 있으나 이때는 간헐적으로 나타나며 염증이 진행되어 협착이 있게되면 지속적인 연하곤란이 있게된다. 그외에 출혈 및 빈혈이 올수있으며 빈혈의 원인은 congestive gastritis나 small-gastric ulcer에 의한 것으로 생각되고 본 증례에서도 빈혈을 볼수 있었다. 식도열공주위탈장에서는 활주탈장에 비해 식도위역류나 소화성 식도염의 빈도가 낮다.

진단은 정확한 병력과 X-선검사 및 식도경검사로 쉽게 이루어 질 수 있으나 경한 식도열공 hernia를 X선검사로 증명하기 위해서는 여러가지 조작이 요구되는 경우가 있는데 환자를 Trendelenberg 자세로 하거나, Valsalva maneuver를 취하거나, 엎드린 자세에서 右

Fig. 3. UGI-Series revealed sliding hernia.

前位를 취하는 방법이 유용하다. 치료는 고식적 요법에 응하지 않을 때는 수술을 하는데 Hill등은 수술의 적응증을 다음과 같이 정하였다. 1) 내과적 치료에 반응이 없을때, 2) 식도협착, 3) 출혈, 4) 호흡기계 합병증이 있을때, 등을 열거 하였다. sliding hernia와 관계된 증상의 대부분은 내과적 치료에 효과가 있으나 symptomatic paraesophageal hernia는 고식적 요법에 잘 듣지 않으며 외과적인 치료를 요할때가 많다.

References

1. Bockut, H.L. : Gastroenterology 3rd Ed. vol I., W.B. Saunders. 1974, p. 349.
2. Smith, J.N. Jr. : Essentials of Gastroenterology, The C.V. Mosby Company, 1969, pp. 17~19.
3. Allison, P.R. : Hiatus hernia : A 20 year retrospective survey. Ann. Surgery., 178:273, 1973.
4. Hill, L.D., and Tobias, J.A. : Paraesophageal hernia Arch. Surgery., 86:744, 1968.
5. Urschel, H.C. Jr. and Paulson, D.L. : Gastroesophageal reflux and hiatal henia : Complication and therapy. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 53: 21, 1967.
6. 윤우근 : 典型的인 食道孔 hernia 2例報告, 最新醫學, 17:407, 1974.

=Abstract=

Sliding hiatus hernia simulating a lung abscess.

Seung Cheon Seo, M.D. and Sung Ho Hue, M.D.

Department of Internal Medicine, College of Medicine, Chung Ang University.

A case of sliding hiatus hernia which was radiologically simulating a lung abscess was observed. This 63 year old female was admitted to this hospital with the chief complaints of left chest discomfort and exertional dyspnea for about 10 years duration. She has not been any traumatic history and physical effort before entry. The initial simple chest P-A and lateral film showed an air-fluid level with a sacular lesion in the left chest suggesting lung abscess. Esophagography revealed a sliding hiatus hernia of the stomach and esophagogastric junction into the left chest. The patient was explored with a oblique posterolateral left thoracotomy incision and received a corrective reduction and repair operation and sliding hiatus hernia was confirmed.