

만성 위염전 2례

마산파티마병원 내과, 일반외과*, 계명대학교 의과대학 내과학교실** 및 의과학연구소

박찬규·이동욱·남성진·김추성·조성래·구본천·박영재·허규찬**

2 Cases of Chronic Gastric Volvulus

Chan Gyu Park, M.D., Dong Wook Lee, M.D., Sung Jin Nam, M.D.,
Choo Sung Kim, MD., Sung Rae Cho, M.D., Bon Cheon Koo, M.D.,
Young Jae Park, M.D., Kyu Chan Huh, M.D.**

Department of Internal Medicine, General Surgery* Fatima General Hospital, Masan, Korea

Department of Internal Medicine, Keimyung University School of Medicine & Institute
for Medical Science, Taegu, Korea**

-Abstract-

Gastric volvulus is an abnormal rotation of the stomach. Gastric volvulus may present as an emergency or as a chronic condition. Acute volvulus is potentially lethal if unrecognized, while a chronic volvulus may cause symptoms for years if not treated.

Gastric volvulus may be more common than previously estimated. Approximately 700 cases have thus far been documented. In patients with vague upper abdominal pain, bloating, vomiting, early satiety and weight loss, chronic gastric volvulus must be suspected.

Two patients with chronic gastric volvulus are reported and the related literature reviewed. The clinical presentation, diagnosis, and treatment are discussed. Features of acute and chronic volvulus are compared.

Key Words : Gastric volvulus, chronic

서 론

위염전은 위를 고정시키는 인대의 이완이나 위주위의 유착 혹은 횡경막의 탈상이나 거상 등에 의해 위의 일부 또는 전부가 비정상적인 회전을 일으킴으로 인해 상부 위장관 폐색의 증상을 나타내는 비교적 드문 질환으로 알려져 있다(Askew, 1978; Alan & Said, 1989; Bhansin et al, 1989). Berti(1866년)에 의해 급성 위염전이 처음 보고된 이래 세계적으로 700례(Ejstrud & Jensen, 1995) 정도가 보고되었다.

급성 위염전에서는 Borchardt(1904)가 기술한 세 장후가 진단에 도움이 되는 반면, 만성 위염전의 경우는 경한 위장관 장애나 호흡기 장애(Askew, 1978; Honna et al, 1990)로만 나타나서 임상 증상만으로 타 질환과의 감별이 어려우며 진단은 상부 위장관 조영술이나 내시경을 이용한다(Menuck, 1976).

최근 저자들은 소화불량, 식후 상복부 통증을 주소로 내원한 환자에서 만성 위염전 2례를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증례

증례 1

환자 : 이 ○ 율, 남자, 44세

주소 : 소화불량, 식후 상복부 농통,

현병력 : 입원 3년전부터 때때로 소화불량, 식후 상복부 농통, 구토, 복부팽만감 있어 이때마다 약국, 개인병원에서 투약하면서 지내오다가 내원 2주전부터 증상이 심해져 본원 외래 방문하였다.

과거력 및 가족력 : 특이사항 없음

이학적 소견 : 입원 당시 키 175 cm, 체중 62 Kg, 혈압 120/80 mmHg, 체온 36.4°C, 맥박수 80/min, 호흡수 20/min이었다. 영양 상태는 비교적 좋았으며, 의식은 명료하였고, 결막은 창백하지 않았으며, 흉부정진상 이상소견 없었으며, 복부 검사상 상복부에 경한 압통이 있었고, 촉진상 종물이나 기관 종대는 없었다.

검사실 소견 : 말초 혈액 검사상 백혈구수 6500/mm³, 혈색소 16.5gm/dl, 해마토크리트 47.3%, 혈소판수 254,000/mm³, 적혈구 침강속도 15mm/hr 이었다. 혈중 생화학 검사 및 전해질 검사, 소변검사, 심전도, 대변 삼혈반응 모두 정상 범위였다.

방사선학적 소견 : 흉부 X-선 소견은 정상이었다. 단순 복부 X-선 소견상 특별한 소견 보이지 않았다. 상부 위장관 조영술 소견상 위 대만부가 소변부 보다 상방으로 간 “개구로 신 위(upside down stomach)”의 모양을 보았다(Fig. 1-a).

내시경 검사소견 : 하부식도에 식도암의 소견이 있었고, 폭포상 위(cascade stomach)의 소간을 보았으며, 위내시경의 위동부(antrum)는 진행이 어려웠다. 위동부에는 위액 서류가 있었고 위액을 세거하자 유분부에 지름 0.8 cm 정도의 치유과정과의 궤양이 보였으며 유분 폐쇄의 소견이 보였다(Fig. 1-b).

치료 : 수술 거부로 비위관(nasogastric tube) 삼관과 수액공급등 대중적인 치료를 하였으며 내시경적 위엄진 교정을 시도한 후 상부 위장관 조영술을 실시하여 교정된 것을 확인하였다(Fig. 1-c). 이후 환자는 항 궤양 약제를 사용하면서 급성 증상이 호전되어 되원하였으며 현재까지 6개월간 성과 관찰 중이나 급성 증상의 재발은 없다.

증례 2

환자 : 이 ○ 숙, 여자, 51세

주소 : 식후 심한 상복부 농통과 구토

현병력 : 입원 2년전에도 수개월 동안의 간헐적 복부 농통, 구토, 복부팽만감이 있어 본원 외래 방문하여 위엄진 진단을 받았으나 수술 거부하여 비위관 삼관과 수액공급등 대중적인 치료로 증상이 호전되어 되원하였으나 그후에도 간헐적으로 경한 위장관 증상 있어오다 입원 당일 과식후 심한 상복부 농통과 구토있어 응급실을 통해 입원하였다.

과거력 및 가족력 : 특이사항 없음

이학적 소견 : 입원 당시 키 155 cm, 체중 48 Kg, 혈압 120/80 mmHg, 체온 36.6°C, 맥박수 70/min, 호흡수 16/min이었다. 영양 상태는 비교적 양호하였고, 의식은 명료하였으며, 결막은 창백하지 않았다. 흉부정진상 이상소견 없었으며, 복부 검사상 상음이 증가되어 있었고, 상복부에 복부팽만과 심한 압통이 있었고, 촉진상 종물이나 기관 종대는 없었다.

검사실 소견 : 말초 혈액 검사상 백혈구수 3800/mm³, 혈색소 13.3gm/dl, 해마토크리트 39.9%, 혈소판수 206,000/mm³, 적혈구 침강속도 5mm/hr 이었다. 혈중 생화학 검사 및 전해질 검사, 소변검사, 심전도, 대변 삼혈반응등은 모두 정상 범위였다.

방사선학적 소견 : 흉부 X-선 소견은 정상이었다. 단순 복부 X-선 소견상 양와위 사진에서 위 분비물과 공기로 심하게 팽만된 위가 구형으로 보이며 입원 사진에서는 두개의 기액면(air-fluid level)을 보았다 (Fig. 2-a,b). 상부 위장관 조영술 소견상 특별한 소견 보이지 않았으나 촬영 당시는 비위관 삼관등으로 환자의 급성 증상이 좋아진 후였기 때문에 위엄진이 교정된 상태로 판단되었다.

내시경 검사소견 : 급성 증상이 대종요법으로 치료된 후 시행하였으므로 유분부 위염 소견과 다른 이상 소견 보이지 않았다.

치료 : 대중적인 치료로 급성 증상은 좋아졌으나 재발의 위험이 많고 심한 위 감돈을 일으킬 수도 있어 예방 목적으로 위를 고정하는 수술을 시행하였다. 이후 환자의 상태는 양호하여 입원 20



Fig 1-a. Case 1. UGI series shows "upside-down stomach".

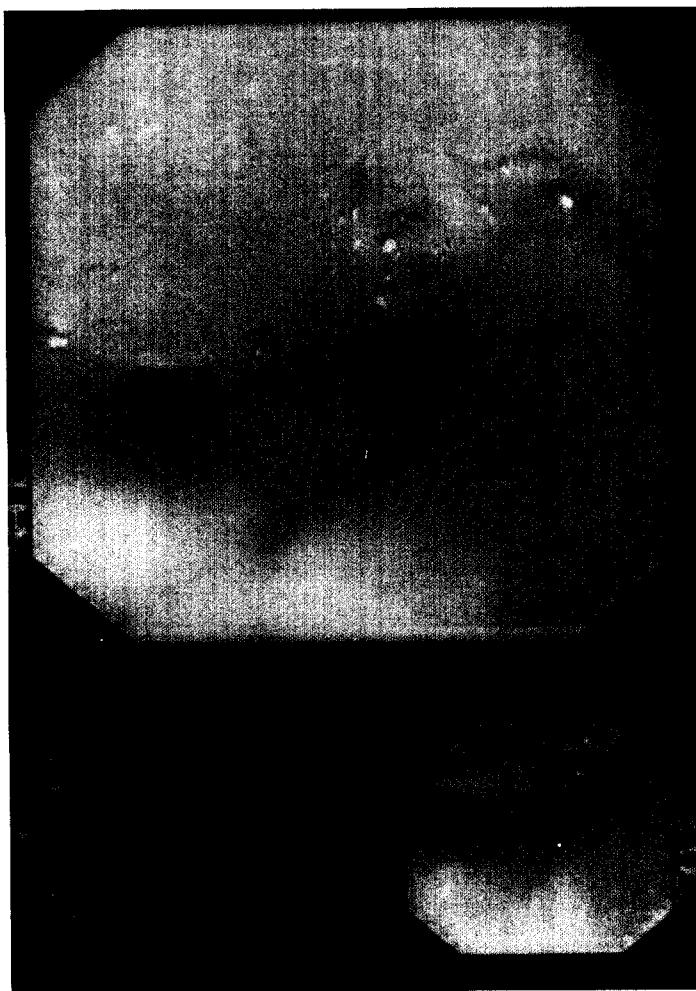


Fig 1-b. Gastrosopic finding shows healing ulcer near pylorus and pyloric obstruction.

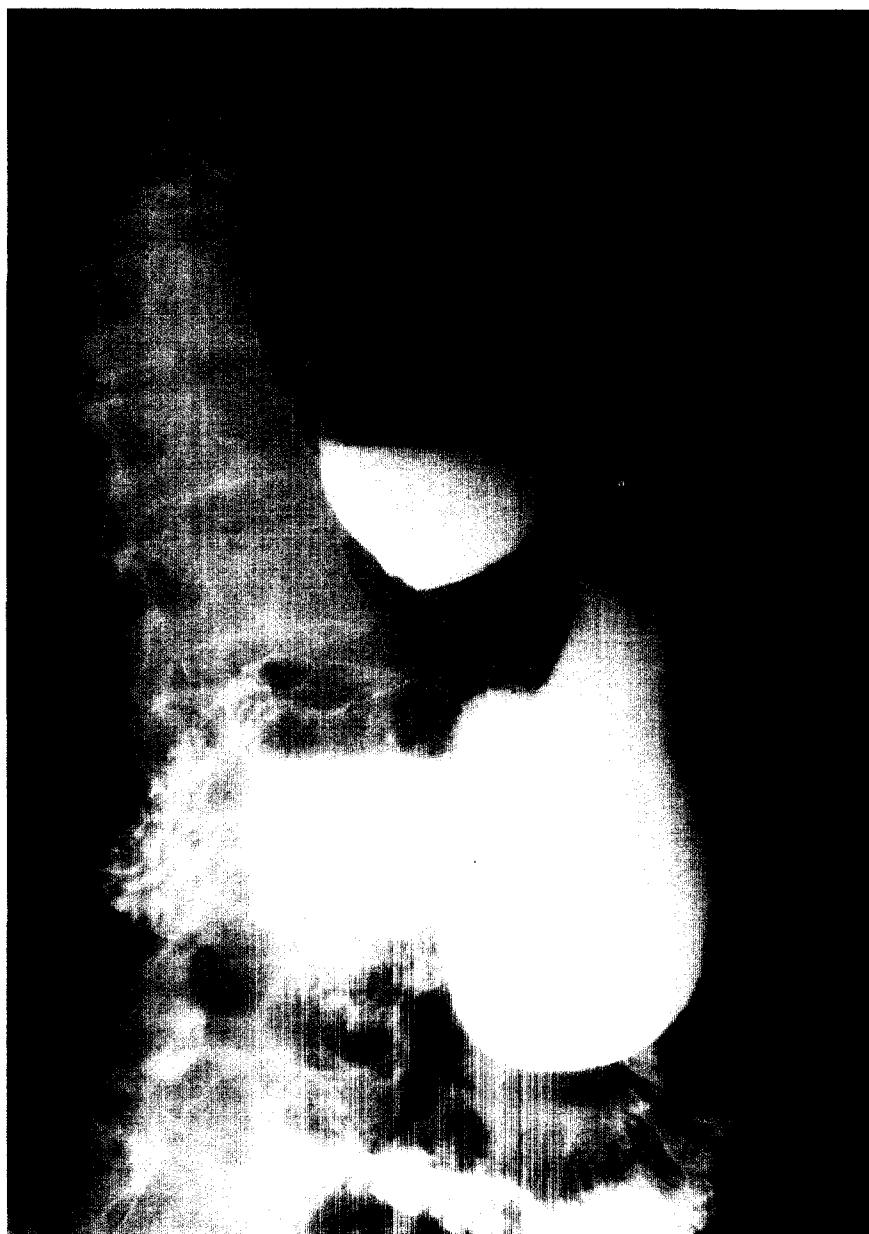


Fig 1-c. UGI series after endoscopic correction.

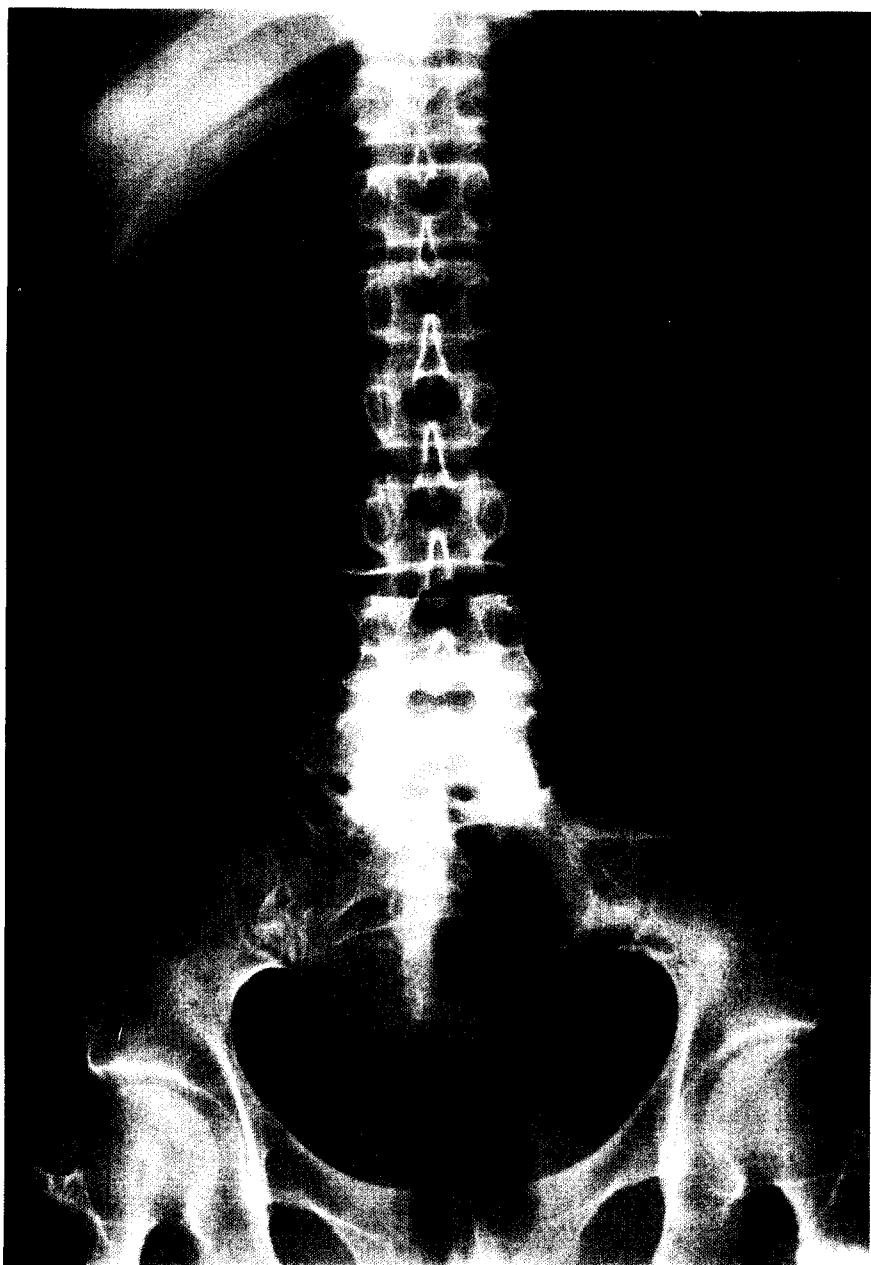


Fig 2-a. Case 2. Supine radiograph of the abdomen demonstrates distended stomach with air

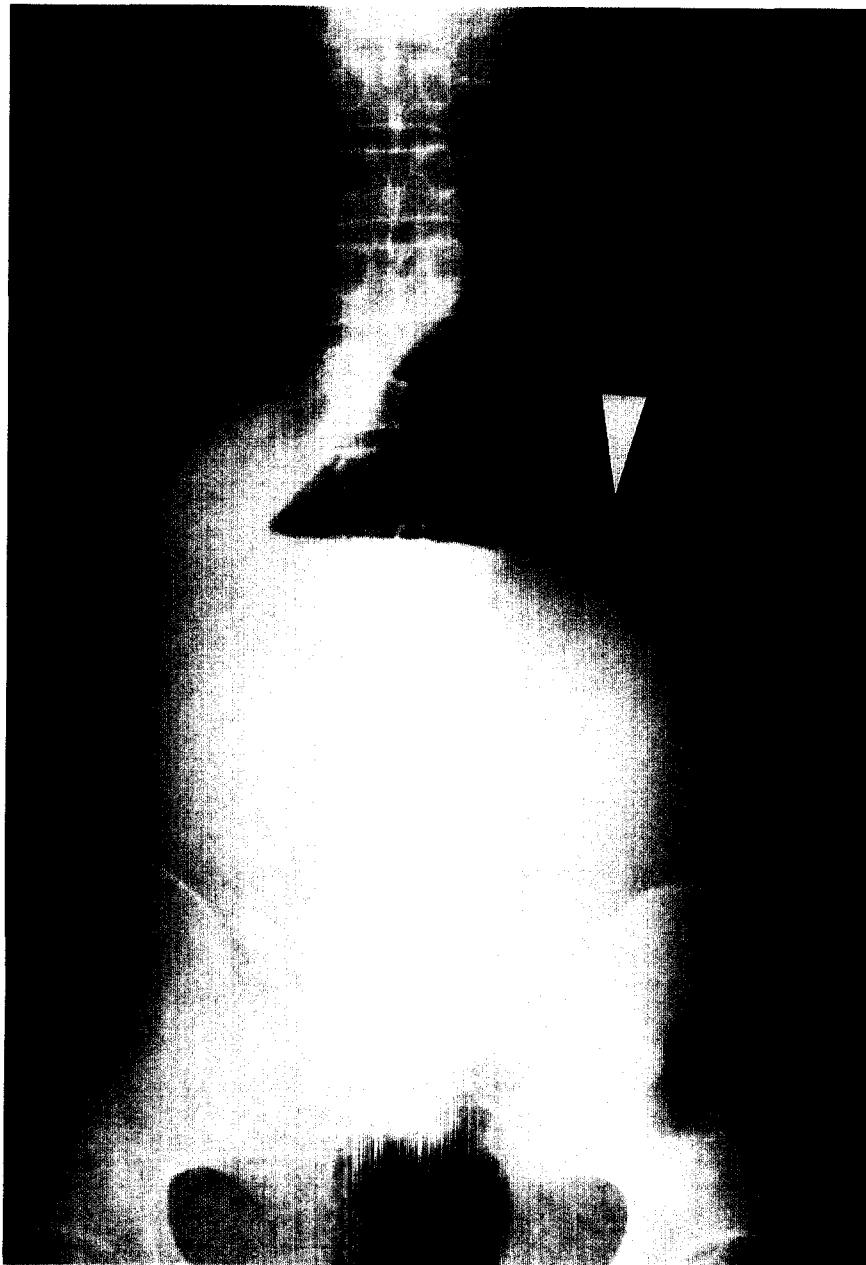


Fig 2-b. Upright radiograph of the abdomen demonstrates two large air-fluid level in the left upper quadrant.(arrow head)

일제 퇴원하여 현재까지 3개월간 경과 관찰 중이나 특별한 위장관 증상 없이 잘 지내고 있다.

고 찰

만성 위염전의 발병은 급성 위염전보다 두배로 흔하게 보고되고 있으며(Cambols, 1969) 남녀가 같은 비율로 발생한다. 대부분의 경우에서 50세 이상의 연령층에서 많이 발생하지만 어느 연령층에서나 발생할 수 있다(Thorpe, 1981; Ejstrud & Jensen, 1995). 그러나 소아에서는 흔치 않은 것으로 보고되어 있다(Asch & Sherman, 1977).

위 염전증의 분류는 Singleton(1940)에 의해 정립되고, Askew(1978)에 의해 혼합형이 추가되어 현재 위의 장축을 축으로 두는 종축형(organoaaxial type), 장간막을 축으로 두는 횡축형(mesenteroaxial type), 그리고 혼합형으로 분류된다.

종축형은 유문부와 분문부를 연결한 가상선을 축으로 전후방 회전을 일으킨 것이고, 횡축형은 위 대만부 중심부에서 간문을 연결한 가상선을 축으로 전후방 회전을 일으킨 것을 말하는데 전체적으로 종축형이 2/3정도로 흔하다(Singleton, 1940; Tanner, 1968; Carter et al, 1980).

위는 정상적으로 위쪽으로는 위횡격막 인대, 아래쪽으로는 십이지장 제 2부까지 덮고 있는 복막에 의해 고정되어 있고, 소만쪽은 좌위 농맥과 위간 인대, 대만쪽은 단위 농맥, 위비 인대 및 위결장 인대에 의해 고정되어, 운동범위가 비교적 제한되어 있으므로 외력없이 부분적 혹은 전체적으로 위가 회전되는 것은 아주 드물다(Singleton, 1940; Tanner, 1968; Carter et al, 1980). 대부분의 경우 위염전은 횡격막 이상, 유문부 폐색, 유착, 공기애 의한 결장확장, 위궤양, 위종양, 십이지장 종양등 다른 요인에 의해 이차적으로 나타나나 유발원인없이 특발성으로도 나타나는데 이는 위를 지지하고 있는 인대들이 비정상적으로 이완된 경우, 특히 위결장 인대, 위횡격막 인대의 이완이 있는 경우에 잘 발생하며 특히 격렬한 위 연동운동과 연관되어 나타난다(Tanner, 1968; Carter et al, 1980; Patel, 1985).

급성증에서는 Borchardt(1904)가 기술한 세 징

후 즉, 1)계속적인 구역질과 구토불능, 2)심한 상복부 통증 및 팽창, 3)비위관의 삽입곤란이 진단에 도움이 되며 감별해야 할 질환으로는 소화성 궤양의 친공, 급성 혀장염, 장간막혈관증, 급성 담낭염, 난소 낭종의 염전 등이 있다. 그러나, 만성증의 경우는 식후 상복부 통증, 트림, 구토, 복부팽만감, 조기포만감 등 비특이적 위장관 장애나 횡격막 이상에 의한 경우는 호흡곤란으로 나타나서 임상 증상만으로 소화성 궤양, 식도열공 탈장(hiatal hernia), 위염, 만성 혀장염, 간담도계 질환과의 감별이 어렵고, 증상이 있을 때 상부 위장관 조형술 및 내시경을 시행함으로 확진이 될 수 있다(Carlisle & Hayes, 1967; Tanner, 1968; Cambols, 1969; Menuck, 1976).

위염전증은 단순 복부 촬영 사진과 상부 위장관 조영술에서 특징적인 소견을 보인다(Singleton, 1940; Carlise & Hayes, 1967; Tanner, 1968). 횡축형은 양와위 사진에서 위 분비물과 공기로 팽만된 위가 구형으로 보이며 입위 사진에서는 두개의 기액면(air-fluid level)을 보인다. 위저부의 기액면보다 유문부의 기액면이 원쪽 위에 있으며 뒤집혀지고 공기로 팽만된 유문도, 유문, 그리고 근위 십이지장이 새 주둥이 모양을 만든다. 위관을 집어 넣어 보면 위식도 접합부가 정상 위치보다 아래쪽에 있다. 종축형은 단순 복부 촬영 사진에서는 역시 팽만된 위가 보이거나 특징적인 새 주둥이 모양은 안 보이고 입위촬영사진에서도 기액면은 한개만 보인다. 상부 위장관 조영술에서 소만측이 아랫쪽에 대만측이 윗쪽에 보이는 특정적인 소견이 있다. 본 증례에서는 증례 1의 경우는 상부 위장관 조영술에서 위의 대만이 위에 있고 소만이 아래로 전도되어 있어 종축형이었고 증례 2의 경우는 상부 위장관 조영술에서는 이상이 없었으나 급성 증상 발현시 촬영된 단순 복부 사진상 전형적인 횡축형 위염전이었다.

급성증의 경우 거의 항상 즉각적인 외과적 처치를 요하며 진단이 늦어질 경우 사망에까지 이를 수 있으며, 만성증의 경우는 때때로 비위관의 삽관과 수액공급등 대중적인 치료로도 치유될 수 있으나 재발이 많고 심한 위 감돈을 일으킬 수도 있으므로 수술상 특별한 어려움이 없으면 예방적 수술을 해 주는 것도 바람직하며, 특히 재발된 경우

는 수술이 필요하다. 본 증례 2에서도 재발된 경우라 수술하였다. 또 대중적인 치료를 한 경우 위의 과도한 충만이나 장관내 기체충만을 포함으로 재발을 방지해야 한다. 또 최근에는 내시경이나 복강경을 이용한 치료도 많이 보고되고 있는데 (Askew, 1978; Patel, 1985; Bhasin et al, 1990; Brian et al, 1993) 내시경적 교정술은 재발된 경우에는 할 수 없으며 혼합형이 아닌 종축형 혹은 횡축형에서 이용하기도 하는데 위내로 공기를 최소한으로 주입하면서 내시경을 만곡선으로 배열한 후 시계방향 혹은 시계반대 방향으로 180도 회전 시켜 교정하는데 1회 혹은 수회 시행할 수 있다. 본 증례 중에도 증례 1의 경우에 내시경적 교정술을 시행하여 교정하였다. 그러나 내시경적 교정술의 효과나 유용성에 대해서는 향후 계속적인 추적 조사가 필요할 것으로 사료된다.

위염전은 지금까지 알려진 것보다 더 흔한 질환일 수도 있으며 식후 상복부 통증, 트림, 구토, 복부팽만감, 조기포만감 등 비특이적 위장관 장애가 있는 경우 만성 위염전을 반드시 의심해 보아야 한다. 본 증례들의 경우도 급성 증상이 있기 전에는 진단이 어려웠던 경우들이었고, 특히 증례 1의 경우는 위궤양과 유문부 협착이 위염전과 동반되었는데 이것이 위염전의 유발인자가 된 것인지 위염전에 의해 이차적으로 생긴 것인지 알 수 없었으며 만성 증상 또한 어느 것으로 인한 것인지 확실히 알 수는 없었다.

요 약

위염전은 위의 비정상적인 회전으로 생기는 급성증에서는 진단이 늦어질 경우 치명적일 수도 있으나, 만성증의 경우는 비특이적 위장관 증상을 나타내며, 치료되지 않을 경우 수년 동안 증상이 지속될 수도 있다.

최근 저자들은 소화불량, 식후 상복부 통증을 주소로 내원한 환자에서 만성위염전 2례를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

참 고 문 현

Alwan MH, Said BA : Acute gastric volvulus.

- Dig Dis Sci 1989; 34: 1309.
 Asch MJ, Sherman NJ : Gastric volvulus in children; report of two cases. J Pediatr Surg 1977; 12: 1059-1062.
 Askew AR : Treatment of acute and chronic gastric volvulus. Ann R Coll Surg Engl 1978; 60: 326-328.
 Berti A : Singolare attortigliamento dele' esofago col duodeno sequita da rapida morte. Gass Med Intal Prov Venet 1866; 9: 139.
 Bhasin DK, Nagi B, Gupta NM, Singh K : Chronic intermittent gastric volvulus within the foramen of Morgagni.. Am J Gastroenterol 1989; 84: 1106-1108.
 Bhasin DK, Nagi B, Kochhar R, Singh K, Gupta NM, Mehta SK : Endoscopic management of chronic organoaxial volvulus of stomach. Am J Gastroenterol 1990; 85: 1486-1488.
 Brian H, Cameron and Geoffrey K. Blair : Laparoscopic-Guided Gastropexy for Intermittent Gastric Volvulus. J of Ped Surg 1993; 28: 1628-1629.
 Borchardt M : Zur pathologie und therapie des magen volvulus. Arch Klin Chir 1904; 74: 243.
 Camboks JF : Acute volvulus of the stomach. Am J Surg 1969; 35: 505-509.
 Carlisle BB, Hayes CW : Gastric volvulus. An unusual complication after pneumonectomy Am J Surg 1967; 113: 579-582.
 Carter R, Brewer LA 3d, Hinshaw DB : Acute Gastric volvulus. A study of 25 cases. Am J Surg 1980; 140: 99-106.
 Ejstrud P, Jensen FS : Chronic volvulus of the stomach. Ugeskr Laeger 1995; 157: 55-56.
 Honna T, Kamii Y, Tsuchida Y : Idiopathic gastirc volvulus in infancy and childhood. J Ped Surg 1990; 25: 797-710.
 Menuck L : Plain film findings of gastric volvulus herniating into the chest. Am J Roentgenol 1976; 126: 1169-1174.
 Patel NM: Chronic gastric volvulus ; Report of a case and review of literature. Am J

- Gastroenterol 1985; 80: 170-173.
- Singleton AC : Chronic gastric volvulus. Radiology 1940; 34: 53-61.
- Tanner NC : Chronic and recurrent volvulus of the stomach, with the results of "Colonic Displacement". Am J Surg 1968; 115: 505-515.
- Thorpe JA : Chronic gastric volvulus, etiology and treatment. Br J Clin Pract 1981; 35: 161-162.