

인두 이물감을 호소하는 환자에서 식도조영술과 위식도역류와의 상관관계 및 치료성적

단국대학교 의과대학 이비인후과학교실

정 필 섭

= Abstract =

The Correlation between Esophagogram and Gastroesophageal Reflux in Patients with Globus Symptom and the Outcome of Treatment with Antacid and Prokinetic agent

Pil Seob Jeong, MD

*Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery,
College of Medicine, Dankook University, Cheonan, Korea*

Gastroesophageal reflux (GER) has been considered one of major causes in patient with globus symptom. Diagnostic methods for GER are gastroesophagoscopy, acid perfusion test, esophagogram, esophageal manometry, 24-hour double probe pH-metry, and so on. According to the literature, positive rate of GER on esophagogram was reported variably from 4.7% to 45.9% and the outcome of classical treatment with antacid and prokinetic agent was reported from 70% to 84%.

We reviewed the medical records of 81 patients with globus symptom. Each patient had been performed esophagogram and treated with antacid and prokinetic agent.

Positive rate of GER on esophagogram was 46.9%. Complete resolution and improvement of globus symptom was 79% overall, 92% in positive group of GER on esophgogram, and 72% in negative group.

Considering aspects of time-cost and compliance of patient, esophagogram is one of the screening methods of GER in patients with globus symptom. Antacid and prokinetic agent is recommended in treatment of patients with globus symptom.

Key Words: gastroesophageal reflux, esophagogram, globus symptom

교신 저자 : 정필섭(Pil Seob Jeong, MD)

충남 천안시 안서동 산 29 단국대학교 병원 이비인후과

E-mail : psjeong@anse.dankook.ac.kr Tel : 0417) 550-3976 Fax : 0417) 556-1090

* 본 연구는 단국대학교 대학연구비에 의해 수행되었음.

I. 서 론

인두 이물감을 호소하는 환자들에서 주요한 원인으로 위식도역류가 관련되어 있다고 보고되고 있다¹⁻⁷⁾. 이러한 위식도역류를 증명하기 위한 진단 도구로는 식도 위내시경 검사, 산 살포 검사, 식도 조영술, 식도 내압검사, 24시간 이중탐침 산도검사 등이 있다. 이중 인두 이물감을 호소하는 환자에서의 식도조영술상 위식도역류 양성률에 대한 보고는 보고자에 따라 4.7%에서 45.9%까지 다양하다^{8,9)}. 또한 인두 이물감을 호소하는 환자에서 제산제 및 위장운동 촉진제의 고식적 치료에 대한 치료성적은 70%에서 84%로 보고되고 있다^{2,7)}.

이에 저자는 인두 이물감을 주소로 내원한 환자 81명의 식도조영술 및 고식적 치료에 대한 성적을 보고자 하였다.

II. 연구대상 및 방법

1994년 5월부터 1997년 7월까지 인두 이물감을 주소로 단국대학교병원 이비인후과를 내원한 환

Table 1. The result of esophagogram in patients with globus symptom. No of patient (%) (n=81)

Esophagogram	No (%)
GER (+)	34 (46.9)
GER (-)	43 (53.1)
Total	81 (100)

Table 2. The result of classic treatment with prokinetic agent and antacid in patients with globus symptom

Symptom	No (%)		Total
	GER (+) on esophagogram	GER (-) on esophagogram	
Improvement or disappearance of symptom	34 (92)	30 (72)	64 (79)
Persistence or aggravation of symptom	4 (8)	13 (28)	17 (21)
Total	38 (100)	43 (100)	81 (100)

자 81명을 대상으로 하였다. 환자의 선정은 병록 번호에 따라 무작위 추출에 의해 100명을 선정한 뒤, 식도조영술을 시행하지 않은 19명은 제외하였다. 대상 환자 81명의 의무기록을 후향적으로 검토하였다. 이들의 평균연령은 49.7 ± 12.9 세였고 남녀비는 남자 21례, 여자 60례였다. 추적 기간은 3주에서 24개월이었다.

식도조영술상 위식도역류는 기존의 이중 조영바륨검사 후 환자를 좌측방위로 눕게 하여 바륨이 위의 저부에 모이게 한 뒤 물을 마시면서 우측방위로 돌아눕게 하며 영상을 얻는 water-siphonage test를 병행하여, major, minor, normal로 구분하였다. 위식도역류가 대동맥궁 위치 이상인 경우는 major로, 대동맥궁 위치 이하인 경우는 minor로 하였다. major와 minor를 위 식도역류 양성으로, normal을 음성으로 하였다^{8,9)}.

치료는 제산제(famotidine 20mg, b.i.d)와 위장운동 촉진제(prepulse 10mg, b.i.d)의 고식적 약물요법을 추적 기간동안 시행하였다. 치료효과의 판정은 치료 전, 후의 인두 이물감 증상의 소실, 호전, 지속, 악화로서, 의무기록상에서의 환자의 주관적인 표현에 따라 나누었다.

III. 결 과

인두 이물감을 호소하는 81명의 식도조영술상 38례(46.9%)에서 위식도역류 양성을, 43례(53.1%)에서는 음성을 보였다(Table. 1). 위식도역류 양성군에서 성별에 따른 분포는 남자 10명, 여자 33명이

었고, 위식도역류 음성군에서는 남자 11명, 여자 27명이었다. 인두 이물감을 호소하는 환자에서 식도조영술상 위식도역류 양성률의 성별에 따른 분포는 남자 47.6%였고 여자 55%였다.

고식적 약물치료에 대한 효과는 증상의 소실 및 호전은 64명(79%)이었고, 증상의 지속 및 악화는 17명(21%)이었다. 이를 식도조영술상 위식도역류 양성 및 음성군으로 나누어 보면, 양성군에서 증상의 소실 및 호전은 34명으로 92%의 환자에서 증상의 소실 및 호전을 보였고, 음성군에서는 30명으로 79%의 환자에서 증상의 소실 및 호전을 보였다 (Table. 2).

IV. 고 찰

이비인후과영역에서의 위식도역류는 흔히 경부 증상(cervical symptom)으로 나타나며, 이에는 과도한 침분비(excess salivation), 애성(hoarseness), 후비루(post nasal drip), 만성 기침(chronic cough), 인두 이물감, 이통, throat cleaning 등이 있다. 그리고 위식도역류가 후두염(post. laryngitis), 성문하 협착(subglottic stenosis), 후두 육아종(laryngeal granuloma), 후두암 등의 원인의 하나로 작용한다고 보고되고 있다^{4,5,6,7,10,11,12}.

위식도역류를 증명하기 위한 진단적 도구로는 식도 식도위내시경 검사, 산 살포검사, 식도조영술, 식도 내압검사, 24시간 이중탐침 산도검사 등이 있다. 이중 식도조영술은 위식도역류의 진단에 있어 민감도나 예민도가 다른 진단법에 비해 높지 않다^{15,13}. 그러나 Baron¹⁴ 등에 의하면 식도 조영술을 위식도역류의 유무, 구인두 및 식도의 해부학적 기능적 이해 등 단일 검사로서 가장 유용한 검사라고 했으며, DeVault^{14,15}는 위식도역류의 진단의 첫 단계로서 식도조영술과 식도-위내시경검사를 제시하였다. 또한 Ott¹⁶는 식도조영술이 식도기능과 정화(clearance)의 질적인 이해에 대한 유용성과 정도가 심한 위식도역류를 위한 선별검사로서 적합하다고 하였다. Riva¹⁷ 등에 의하면 경부 증상을 가진 216례 중에서 여러 검사상 73%가 위식도역류의 증거가 있었으며, 45.9%에서 식도조영술상 위식도역류가 양성이었음을 보고하고 있다. 본 연구에서는 경부 증상중 인두 이물감을 호소하는 환자

에서 식도조영술을 water-siphonage test를 병행하여 시행함으로써, 기존의 보고에 비해 비교적 높은 위식도역류 양성률을 얻을 수 있었다. 이것은 식도조영술이 위식도역류의 여러 검사중에서 식도조영술이 가지는 여러 장점, 식도기능의 평가, 기질적 병변의 발견과 검사시행에 따르는 경제적인 측면, 환자의 호응도, 비침습성 등을 고려할 때 선별검사로서 적합함을 나타낸다.

위식도역류의 치료에 있어 Kaufman¹⁸은 1단계로서 식사습관 및 생활습관의 변화, 2단계로서 H₂ 차단제 및 위장운동 촉진제, 3단계로서 수소이온 차단제 혹은 수술적 치료를 제시하고 있다. DeVault¹⁵는 1단계로서 생활습관의 변화, 2단계로서 제산제, 3단계로서 위장운동 촉진제, 4단계로서 유지요법, 마지막 단계로서 수술을 권하고 있다. 그 중 제산제 및 위장운동 촉진제에 대해 Riva¹⁷ 등은 경부 증상을 가진 194례에서 84%에서 증상의 호전 및 소실을 보았고, DeVault¹⁵는 1993년까지의 문헌을 검토하여 H₂ 차단제 치료에 의해 32% ~ 82%의 환자에서 증상의 호전이 있었음을 보고하였다. 또한 Batch¹⁹는 인두 신경증 환자에서 70.5%의 증상의 호전을 보고하였다. 본 연구에서도 인두 이물감을 호소하는 환자에서 전체적으로 79%, 위식도역류 양성군의 92%, 음성의 군에서 72%의 증상의 소실 및 호전이 관찰되어 이전의 보고들과 유사한 치료성적을 보였다. 본 연구에서 음성군에서 비교적 높은 치료효과는 식도조영술의 위음성을 및 위약효과에 기인하는 것으로 사료된다.

V. 결 론

인두 이물감을 호소하는 환자에서 식도조영술은 환자의 시간적, 경제적 비용 및 호응도를 고려할 때 위식도역류를 선별하는 일차적 진단방법으로 유용할 것으로 사료된다. 또한 인두 이물감을 호소하는 환자에서 제산제 및 위장운동 촉진제의 고식적 약물치료는 비교적 추천할 만한 치료로 사료된다.

References

1. Baron TH, Richter JE: *The use of esophageal*

- function test. *Adv Intern Med*. 1993; 38: 361-386
2. Batch, A.J.G: *Globus Paryngeus*(Part I). *J Laryngol Otol*. 1988; 102: 152-158
 3. Deschner WK, Benzamin SB: *Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease*. *Am J Gastroenterol*. 1989; 84: 1-5
 4. Gaynor EB: *Otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux*. *Am J Gastroenterol*. 1991; 86: 801-808
 5. Kaufman JA: *The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease*. *Laryngoscope* 1991; 101: 1-78
 6. Ossakow SJ, Elta G, Colturi T et al: *Esophageal reflux and dysmotility as the basis for persistent cervical symptoms*. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1987; 96: 387-392
 7. Rival R, Wong R, Mendelsohn M, et al: *Role of gastroesophageal reflux disease in patient with cervical symptoms*. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1995; 113: 364-369
 8. Eisenberg RL: *Esophageal ulceration*. In: *Gastrointestinal Radiology*(ed. Eisenberg RL), 2nd Ed. Philadelphia, J.B. Lippincott, pp 46-52, 1990
 9. Laufer I, Levine MS: *Esophagus*. In: *Double contrast gastrointestinal radiology*(ed. Laufer I, Levine MS), 2nd Ed. Philadelphia, W.B. Saunders, pp 117-126, 1992
 10. Bain WM, Harrington JW, Thomas LE et al: *Head and neck manifestations of gastroesophageal reflux*. *Laryngoscope* 1983; 93: 175-179
 11. Pearlman NW, Stiegman GV, Teter A: *Primary upper aerodigestive track manifestation of gastroesophageal reflux*. *Am J Gastroenterol*. 1988; 83: 22-25
 12. Ward PH, Berci G: *Observation on the pathogenesis of chronic non specific pharyngitis and laryngitis*. *Laryngoscope* 1982; 92: 1377-1382
 13. Stacher G, Weiss W: *Diagnosis of gastroesophageal reflux disease*. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 1989; 156: 21-24
 14. DeVault KR, Castell DO: *Current diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease*. *Mayo Clin Proc*. 1994; 69: 867-876
 15. DeVault KR, Castell DO: *Guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease*. *Practice Committee of the American College of Gastroenterology*. *Arch Intern Med*. 1995; 155: 2165-2173
 16. Ott DJ: *Gastroesophageal reflux disease*. *Radiol Clin North Am*. 1994; 32: 1147-1166