

우측대장계실염

포항선린병원 외과 및 계명대학교 의과대학 외과학교실*

이익재 · 송국현 · 장중길 · 배옥석* · 박성대*

= Abstract =

Diverticulitis of the Right Colon

Ik Jae Lee, M.D., Kook Hyun Song, M.D., Joong Kil Chang, M.D.

Ok Suk Bae, M.D.* and Sung Dae Park, M.D.*

*Department of Surgery, Pohang Sun-rin Hospital and College of Medicine, Keimyung University**

Diverticular disease of the colon is uncommon in Korea and usually developed at right colon as congenital, true type in Orientals. Authors reviewed 13 cases of diverticulitis of the right colon treated with surgically at the Department of Surgery, Pohang Sun-rin Hospital and Keimyung University Dong-san Hospital, from April 1989 to July 1993.

The results were as follows.

- 1) The peak incidence of age group was the fourth decade and male to female sex ratio was 1.6:1.
- 2) The most frequent symptoms and signs were RLQ pain, RLQ tenderness, RLQ rebound tenderness, and mild RLQ rigidity.
- 3) The leukocytosis(over 10,000/mm³) was found in 9 cases but normal range in 4 cases.
- 4) Preoperative diagnostic studies were ultrasonography, barium enema and abdominal CT.
- 5) The diagnostic accuracy was 23.1%. Most common preoperative impression was acute appendicitis in 6 cases.
- 6) Surgical procedures were simple diverticulectomy in 7 cases and right hemicolectomy in 6 cases.
- 7) The numbers of diverticula were single in 11 cases and multiple in 2 cases.
- 8) The most common location of diverticulum was pericecal area in 11 cases.
- 9) Among 13 cases of right colonic diverticular disease, 10 cases of them were false type and 3 were true type by histopathologic classification.
- 10) The postoperative complications were wound infection in 1 case, wound seroma in 1 case, and postoperative adhesion in 1 case. There was no postoperative mortality.

Key Words: Diverticulitis, Right colon

서 론

계실은 위장관중에서도 대장에 호발하며, 대체로 다

발성으로 발생한다. 대장계실질환은 일반적으로 고 단 백질, 저 섬유질 음식을 주로 섭취하는 구미지역에서 는 흔히 볼 수 있으나 우리나라에서는 드문 질환으로 되어 있으며 요즈음은 식생활의 변화와 검사방법 및

진단방법 등의 발전으로 인하여 점차 증가하는 추세에 있다. 서구에서는 계실이 주로 좌측 대장에 호발하며 후천적으로 발생하는 가성형이 대부분이나 우리나라의 경우는 우측 대장에 호발하며 선천적으로 발생하는 진성형이 대부분을 차지하고 있으며, 또한 연령분포도 대장 계실은 대부분이 40대 이후에 나타나며 40대 이전에는 매우 드문 것으로 보고되고 있다. 그러나 저자들은 환자의 예는 적지만 우측대장부위에 발병한 계실 질환 13예를 비교적 젊은 연령층에서 치험하였으며, 또한 진성형보다 가성형의 빈도가 높았기에 이들을 대상으로 임상 및 문헌고찰을 하였다.

관찰대상 및 방법

저자들은 1989년 4월부터 1993년 7월까지 만 4년 4개월 동안 포항 선린병원 외과와 계명대학교 부속 동산의료원 외과에서 치험한 13명의 우측대장계실염 환자에 대해 연령 및 성별분포, 발생부위별 분포, 술전진단, 수술소견, 병리조직학적 소견, 술후합병증 및 사망율 등에 대하여 조사하였다.

성 적

저자들이 경험한 대장계실염은 모두 13예로서 9예는 급성복증으로 진단하여 응급 개복수술을 시행하였으며 4예는 선택수술을 시행하여 얻어진 결과이며 13예 모두 우측대장에 생긴 계실염이었다.

1) 성별 및 연령분포

성별 및 연령 분포를 보면 13예중 8예는 남자이고 5예는 여자였으며 30대에서 8예(61.5%)가 발생하여 비교적 젊은 연령에서 발생함을 나타내었다(Table 1).

2) 병력 및 이학적 소견

급성충수염의 고전적 동통(Classic pain)과 비슷하게 병의 시작 초기에 상복부 동통이나 거북함을 느낀 후에 차츰 우하복부에 동통을 느낀 경우가 5예이었으며, 처음부터 우하복부에 동통을 호소한 환자가 8예 있었다. 이를 좀더 자세히 살펴보면 3예에서는 상복부 동통이 2일 동안 지속되다가 우하복부로 동통이 이동(shift)되었으며, 2예에서는 1일 동안 상복부 동통이

Table 1. Age & sex distribution

Age	Male	Female	Total(%)
20~29세	1	1	2(15.4)
30~39세	4	4	8(61.5)
40~49세	1	0	1 (7.7)
50~59세	1	0	1 (7.7)
60~69세	1	0	1 (7.7)
Total	8	5	13(100)

Table 2. History & physical examination

	항 목	환자수
병 력	RLQ shifting(+)	5
	RLQ shifting(-)	8
이학적 소견	압 통	13
	반사압통	11
	복부강직(미약)	11

Table 3. Laboratory findings

백혈구수(/mm ³)	환자수
10,000이하	4
10,000~15,000	7
15,000이상	2
Total	13

있었다가 다음날 우하복부 동통이 발견되었다. 6예에서는 2~3일전부터 상복부 동통없이 우하복부 동통이 서서히 발견되었으며, 나머지 2예에서는 상복부 동통이나 오심, 구토 등이 없이 하루동안 우하복부 동통을 주소로 내원하였다. 이학적 소견으로는 압통은 13예 모두에서 있었으며, 복부강직이 11예, 반사압통이 11예 등으로 나타났으며 단순계실염의 경우에는 복부강직이 있더라도 급성충수염 환자의 복부강직에 비교해서는 아주 미약한 정도이었다(Table 2).

3) 술전 검사소견

수술전 말초혈액의 백혈구수는 10,000이하가 4예, 10,000~15,000이 7예, 15,000이상이 2예 등으로 비



Fig. 1. Ultrasonographic finding of diverticulitis.

Left: diverticular sac with fecalith(arrow), Right: peridiverticular fluid collection.

교적 백혈구증가증이 심해지는 양상을 보여주고 있다 (Table 3).

4) 술전 진단방법

수술전 진단방법으로는 환자의 병력 및 이학적 소견을 중요시 하였으며 보조적 수단으로 혈액검사와 단순복부 X-선 검사를 실시하였으며 그외 복부 초음파검사와 바륨대장조영술 및 복부 단층촬영을 시행하였다 (Fig. 1). 이중 바륨대장조영술은 복부초음파 검사상 대장계실질환이 의심되고 이학적 소견상 복부강직이 비교적 적은 경우에 한해 시행하였다 (Table 4).

5) 술전 진단명

개복하기전의 추정 진단으로는 단순급성충수염으로 진단한 것이 6예이었으며, 충수주위농양으로 진단한 것이 4예이었으며, 3예(23.1%)에서만이 계실염으로 추정하여 개복을 하였는데, 이중 1예는 복부 초음파검사상 대장계실염이 의심되어 바륨대장조영술을 실시하여 충수가 바륨으로 충전이 잘되고 다발성의 계실이

Table 4. Methods of the preoperative study

수술전 검사	환자수
P/E	3
P/E+USG	7
P/E+USG+BE	2
P/E+CT scan	1
Total	13

*P/E: Physical examination + history + labor
 USG: Ultrasonography
 BE: Barium enema
 CT: Computerized tomography

확인된 경우이었으며, 1예에서는 종리가 촉진되어 복부단층촬영으로 계실주위 농양으로 확인되었으며, 다른 1예는 복부초음파상에 작은 농양이 나타났고 대장바륨조영술에서 계실은 나타나지 않았으나 충수가 바륨으로 충전이 잘되어 단발성 계실염으로 추정하였으며 개복후 단발성계실염인 것을 확인할 수 있었다

(Table 5).

6) 수술 전 진단명

총 13예의 환자 중 8예에서는 단순 계실염이었으나 5예에서는 계실염의 천공에 의한 대장 주위농양을 형성하였다(Table 6).

7) 수술방법 및 수술소견

수술방법으로는 대장주위 농양을 형성하지 않은 단순성 대장계실염 8예중 7예에서 단순계실절제술을 실시하였고, 계실천공에 의한 대장주위 농양을 형성한 5예와 단순계실염이지만 다발성 계실이 발견된 1예에서는 우반대장절제술을 시행하였다(Table 7). 수술소견은 단순계실염의 경우에는 충수돌기는 염증성 변화 없이 정상소견이었으며, 회맹관 주위의 맹장부를 자세히 살펴 보았을때 다소 경화된 붉게 보이는 엄지 손가락 크기의 장막종류를 촉지할 수 있었다. 이 부위는 계실이 부속망(appendices epiploicae)으로 덮여 있었으며 조심스럽게 박리하였을때 약간의 농이 나오면서 얇은 계실이 확인되었다. 이 계실을 제거하고 이중 봉합하였다. 또한 대장주위농양을 형성한 경우는 계실만을 절제할 수 없었으므로 우반대장절제술을 시행하였는데 대장내강(lumen)과 농양사이에는 직경 3~4 mm되는 열공으로 연결되어 있었다.

8) 계실염의 발생부위, 계실의 수 및 계실의 크기

Fig. 2에서 보는 바와 같이 계실의 발생부위는 13예 모두 우측대장에 위치하고 있었으며, 단순계실염으로 진단된 8예중 4예는 회맹관 직하방 전내면에 위치하였으며, 3예는 회맹관 직상방 내면에 위치하고 있었으며, 1예는 상행결장 내측벽에 다발성으로 위치하고 있었다. 계실천공으로 대장주위 농양을 형성한 5예중 1예는 상행결장 중반부 내측벽에 위치하였으며, 4예에서는 맹장 외측벽에 위치하고 있었으나 천공부위는 회맹관 전면에 위치하고 있었다. 계실의 수는 단순계실염으로 진단된 8예중 6예는 단발성이었으며 1예는 수술소견상 단발성으로 계실절제술을 시행후 수술 시행한 대장조영술에서 다발성으로 판명되었으며 1예는 술전 대장조영술을 통해 다발성으로 판명되었다. 계실천공에 의한 대장주위농양은 모두 단발성이었다(Table 8). 농양을 형성하지 않은 계실의 크기는 대부분 지름

Table 5. Preoperative diagnosis

수술전 진단명	환자수
Appendicitis	6
Periappendiceal abscess	4
Divericulitis	3
Table	13

Table 6. Postoperative diagnosis

수술후명	환자수
Diverticulitis	8
Pericolic abscess (Perforated diverticulitis)	5
Table	13

Table 7. Operative procedures

수술명	환자수
Diverticulectomy	7
Hemicolectomy	6
Total	13

0.5~1 cm, 길이 0.5~1 cm 정도였다.

9) 수술합병증

수술 합병증으로는 창상혈종 및 창상감염이 각각 1예씩 있었으며 우반대장절제술을 시행한 1예에서 수술장유착으로 인한 부분 장폐색이 있었으나 보존적 치료로서 완치되었다(Table 9).

10) 병리조직소견

병리조직소견상 13예중 10예에서 계실은 부속망(appendices epidploicae)내로 돌출되어 있었으며, 조직학적으로 단발성인 경우 대부분 장간막총 결장뉴(taenia mesocolica)와 장간막 반대측 결장뉴(taenia libera)사이에서 발생하였으며, 계실은 2층으로 내측의 점막층과 외측의 장막으로 구성되어 있었으며,

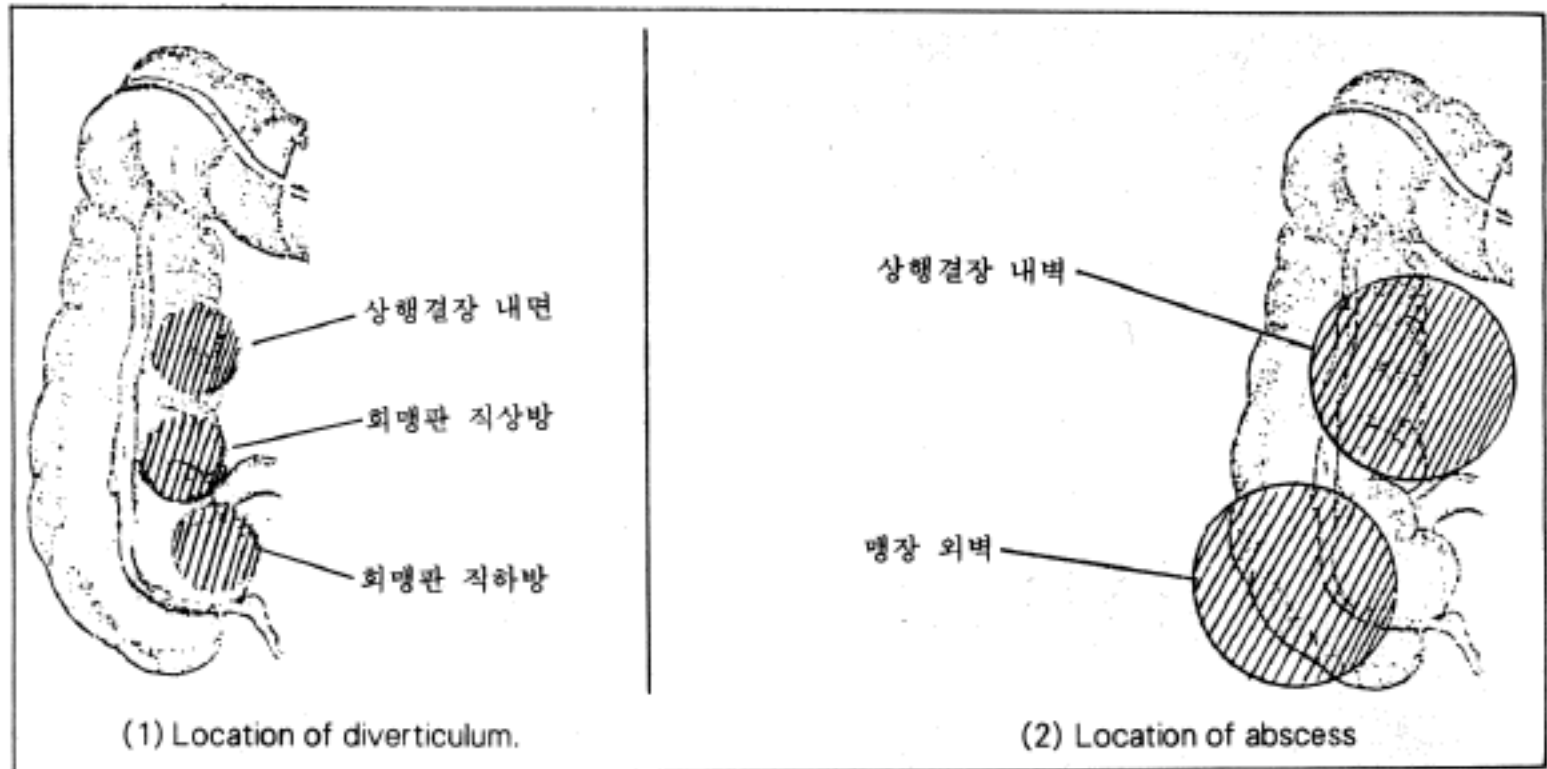


Fig. 2. Location of diverticula and abscess.

(1) Location of diverticula

Just beneath ileocecal valve: 4 cases

Just above ileocecal valve: 3 cases

Medial wall of ascending colon: 1 case

(2) Location of abscess

Lateral wall of cecum: 4 cases

Medial wall of ascending colon: 1 case

Table 8. Numbers of diverticulum

	환자수
Single	11
Multiple	2
Total	13

Table 9. Postoperative complications

술후합병증	환자수
Wound seroma	1
Wound infection	1
Postoperative adhesion	1
Total	3

Table 10. Histopathologic type

계실의 형태	환자수
False type	10
True type	3
Total	13

계실이 탈출한부위의 근육층은 매우 약해져 있었으며 계실의 기저부에선 근육층이 없는 가성형 계실이였다 (Fig. 3). 3예에서는 병리 조직소견상 근육층이 얇게 존재하는 진성형이였다 (Table 10).

고 안

대장은 위장관 중에서도 계실이 호발하는 부위이며

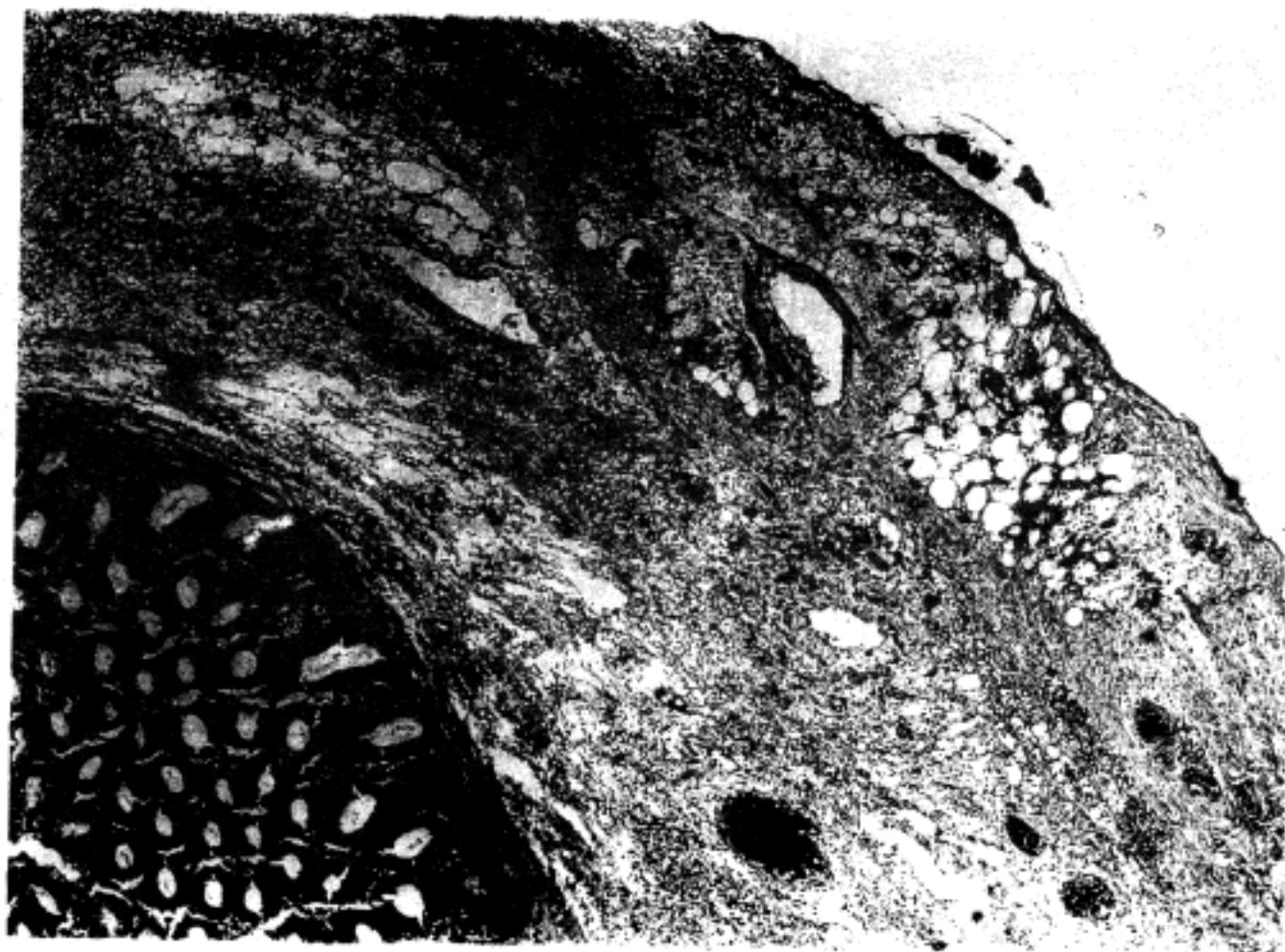


Fig. 3. Histopatologic finding of Diverticulitis. The wall of the diverticular sac contains no muscular layer and serosal surface layered by inflammatory exudates. Many inflammatory cells were infiltrated in the wall.

일반적으로 다발성으로 존재하며, 계실 중 염증이 동반되지 않은 경우를 계실증(diverticulosis)이라 하며, 염증이 동반된 경우를 계실염(diverticulitis)이라 한다. 그러나, 일반적으로 대장계실증과 대장계실염을 구분해 사용하기도 하지만 증상 및 방사선소견으로도 구별이 힘들어 최근에는 통털어 통상 대장계실질환(diverticular disease)으로 사용하기도 한다. 대장계실질환은 구미지역 국가와 같이 고 단백질, 고 지방, 저 섬유질 음식을 주로 섭취하는 국가에서 높은 빈도로 나타나며 우리나라 및 일본, 동남아 지역에는 비교적 드물다고 한다. 대장계실질환의 원인은 중년기 이후 많아져 노년기에 발생빈도가 상당히 증가하는 것으로 미루어 보아 후천적 요인이 크게 작용하는 것으로 생각되어져 왔으며, 서구지역과 같이 저 섬유성 육식성 음식에 의한 대장내 체류시간의 증가로 근육긴장도가 증가되어 내압상승이 유발되므로 혈관진입부등 약한 대장벽 부위로 점막돌출이 일어나 발생한다고 보며, 병리적이라기 보다는 노화현상으로 보는 것이 지배적이다.

Markham등¹⁶⁾은 극동지방에서 좌측보다는 우측대장계실이 호발하고 그 빈도는 76%로 보고하였으며, Chia등¹⁷⁾은 극동지역의 우측계실염의 빈도를 약 70%로 보고하고 우측계실의 발생빈도가 서구보다 높은 것은 유전적 요인이 다른 것에 기인하는 것을 추정 보고하였고, Magness등¹⁸⁾은 서양인에 있어서는 우측대장계실염의 빈도를 0.9% 정도로 낮게 보고하였다. Yasuda등²⁰⁾은 대장 조영술 141예 중 대장암과 대장계실이 합병된 예를 55예 보고하였으나 대장암과 계실과의 직접관계는 확인하지 못한 것으로 보고하였다. 그러나 고등¹⁹⁾은 우리나라에서도 식생활의 발달등으로 우측뿐만아니라 좌측계실염도 증가추세에 있다고 분석보고하였다.

우측대장계실 질환중 특히 맹장계실은 선천적으로 생기는 것으로 알려져 왔다. 이 선천성, 진성형, 단발성 계실은 거의 맹장근처에 혹은 회맹관 근처에 발생하며 회맹부 상부 2cm, 하부 1cm 이내에 약 80%가 발생한다^{9, 12, 13, 20)}고 하였으며, 이것은 맹장부 계실이 선천적 원인이라는 주장의 근거가 되고, 이는 좌측 계

보고한 바와 같이 저자들은 최근 13예중 10예에서 양성인 것을 확인하였다. 맹장부위계실질환은 주로 회맹관 상방 2cm 또는 하방 1cm내에 발생하는데 저자들은 13예중 11예가 이 범주내에서 확인되었다. 우측대장계실염은 좌측대장계실염과 달리 출혈, 염증 등의 합병증 발생빈도가 낮으므로 치료방법에는 아직 논란이 많고 확실한 체계가 정립되어 있지 않다. Hachigan등³⁾은 좌측계실염에서 단총활영술로 5%의 오진율이 있었으나, 62.7%에서 합병증이 동반되지 아니한 급성계실염을 확인한 예에서 수술 하지않고 보존적 요법으로 치료하고, 농양이 동반된 예에서 경피성 배액술로 응급수술을 피하여 병의 심도를 낮출 뿐 아니라 1차에 의한 수술로 치유시킬 수 있는 것을 보고하였다.

Ngoi등¹⁵⁾은 우측계실질환 68예중 40예의 비천공성계실염 환자에서 개복후 병변부위를 절제하지않고 충수돌기절제술과 배액술을, 천공된 25예는 계실절제술을, 악성종양이 감별되지 아니한 3예에서 우반대장절제술을 한 결과 사망률없이 낮은 유병율로 단기간 입원으로 치유시킨 것을 보고하였다. 좌측대장계실의 치료에 있어서는, Gregg등¹⁷⁾은 1940년대는 3단계 수술을 시행하였으나, 최근에는 선택수술인 경우와 오염정도가 심하지 않은 경우 절제 및 일차봉합술을 권하고 있으며, Smirniotis등²¹⁾은 병기(disease stage)와 관계없이 가능하면 천공된 S-자 결장의 절제를 권하고 있다. 그러나 Peoples등⁶⁾은 농양 또는 복막염을 일으켰던 경우를 70년대와 80년대를 비교 보고하며 천공된 장관의 절제가 사망률에 큰 차이가 없는 것으로 보고 하였다. Ambrosatti등¹¹⁾은 복막염 없이 국소농양이 형성된 좌측계실염 22예중 9예에서 항생제등 내과적으로 치료하고 3개월후에 치유된 것을 보고하였다.

저자들의 경우 계실절제술만 시행한 경우에는 전예에서 부수적 충수절제술(incidental appendectomy)을 시행하였다. 계실절제술은 수술 술기는 간단하나 계실염이 있는 대장 부위를 정확히 발견하여 박리 및 절제 하는 것이 중요하며, 가능한 한 술전에 바륨대장조영술을 실시하여 계실의 수와 위치를 확인 하는 것이 좋다. 또, 술중에는 우측대장의 후벽의 내벽쪽에 계실염이 있는 경우에는 수술시야에서 간과하고 지나칠 수 있으므로 유의해야 할 것으로 생각되며

가급적이면 조기 진단으로 인한 계실절제술로 향후 대장주위농양 형성으로의 이행과 그로 인한 합병증을 줄일 수 있으리라 사료된다.

결 론

1989년 4월부터 1993년 7월까지 만 4년 4개월간 포항선린병원 및 계명대학교 부속 동산병원 외과에서 수술한 우측대장계실염환자 13명을 대상으로 다음과 같은 결과를 얻었다.

1) 연령별 발생빈도는 30대가 8예(61.5%)로 가장 많았고, 20대가 2예(15.4%)순으로 비교적 젊은층에서 발병했으며, 남녀비는 1.6:1이었다.

2) 주 증상은 우하복부 동통이었으며, 이학적소견으로는 우하복부 압통, 반사통, 복부강직이 있었으며, 전신증상과 복부강직은 급성충수염에 비해 매우 약했다.

3) 술전 혈액 검사소견에서 백혈구수가 10,000/mm³이하인 경우가 4예 10,000~15,000/mm³인 경우가 7예, 15,000/mm³이상인 경우가 2예로 백혈구수는 대체로 약간 높거나 정상이었다.

4) 술전 진단방법은 바륨대장조영술, 복부초음파, 전산단층촬영등이 도움이 되었다.

5) 술전 진단으로는 3예(23.1%)에서만 계실염으로 정확히 진단되었으며, 급성충수염으로 6예(46.2%) 및 충수주위농양으로 4예(30.8%)가 오진되어 진단의 정확도는 23.1%이었다.

6) 수술방법으로는 7예(53.8%)에서 계실절제술을, 6예(46.2%)에서 대장우반절제술을 시행하였다.

7) 계실의 수는 11예(84.6%)에서 단발성이었으며, 2예에서 다발성이었다.

8) 주 발생부위는 맹장주위이었으며(13예중 11예) 그중 회맹관주위가 8예(61.5%)로 가장 많았고, 상행결장에 있었던 2예를 제외한 나머지는 모두 회맹관 2~3cm내에 위치하였다.

9) 병리조직검사상 10예는 기저부 근층이 없는 양성계실이었고 3예는 진성형계실이었다.

10) 술후 합병증은 창상혈종 및 감염이 각각 1예씩 있었으며, 대장우반절제술을 시행한 1예에서 장유착으로 인한 부분 장폐색증이 있었으나 보존적 치료로 완치되었다.

이상의 결과로 보아 우측대장에서 생긴 대장계실염

실에 비해 연령이 낮고 또한 진성형인 점이 선천적 원인일 것이라는 것을 뒷받침한다고 알려져 왔으며, 저자들의 경우 13예 중 11예가 이 범주내에서 발생한 것이 확인되었다. 그러나, 후천성의 우측대장계실염은 충수돌기 절제술후 절제부위의 약화로 인해서 점막층이 돌출되어 생기는 전진성 계실과 복강내 결핵성 임파선염등의 염증이 원인이 되어 생기는 견인성계실등이 있는 것으로 알려져 왔다.

좌측대장계실염은 거의가 가성형이며 유발원인은 비만형, 고 단백질 저 섬유성식사, 고령으로 인한 대장 탄력성의 결손등이 거론되고 있으나 뒷받침한 근거는 아직 미비한 상태며, mesenteric vessel의 traction, feces의 consistency, pulsion stasis등이 그 원인으로 알려져 왔다. 우측대장계실질환중 맹장부계실염은 수술전 진단이 매우 힘들며 감별진단을 요하는 질환으로는 급성 충수돌기염, 급성 담낭염, Meckel씨 계실염, Tubo-ovarian disease, 맹장암, 이물성 장천공, 장결핵, 비특이성 궤양, Crohn씨병, S자상결장계실염, Carcinoid, 방선균증, 아메바성 대장염 등을 들 수 있다. 계실염의 증상으로는 복부동통, 오심 구토, 배변습관의 변화, 직장출혈 등이 나타날 수 있으며, 합병증을 동반하지 않는 대장계실질환은 일반적으로 증상이 없거나 모호한 복부동통이 있어 대장조영술등을 통해 우연히 발견되는 경우가 많다.

그러나 발생부위에 따라 증상이 다양하게 나타나며 특히, 맹장부위의 계실염은 급성 충수돌기염으로 오진되기 쉬우며 저자들의 경우도 13예중 10예에서 수술 전진단을 충수돌기염 또는 충수주위농양으로 추정하여 개복후 비로소 우측대장계실염으로 확인할 수 있었다. Markham등¹⁶⁾은 홍콩에서 경험한 35예의 우측대장계실환자를 대상으로한 보고에서 급성충수염과의 구별이 힘들며, 급성충수염과의 감별되는 특징을 ① 병력이 좀더 길며, ② 전신증상이 적으며, ③ 종축별 차이 등 3가지로 보았으며 26예에서 단발성 가성형 계실염을 보고한 바 있다.

대장계실질환의 수술전 진단은 증상 및 이학적 소견, 대장조영술, 대장경, 복부 초음파, 단층촬영등을 선택하여 할 수 있으나 임상증상 및 이학적 소견만으로는 대장계실질환을 의심해 볼 수 있을뿐 특히 맹장부 계실염은 급성 충수돌기염과 구별이 거의 불가능하며, 바륨대장조영술등 방사선 검사상 충수가 바륨으로

충전되고 몇개의 계실이 발견될 때에만 계실염으로 추정되며, 단발성계실에서 발생한 계실염은 크기가 작아 바륨으로 충전되는 것을 찾기가 극히 어려울때가 많다. 복부초음파검사나 복부단층촬영술은 타질환과의 감별에 도움을 줄 뿐아니라, 계실염에 의한 합병증의 유무와 그 상태를 분별하는데 도움을 주므로 급성 계실염환자에서 유용한 검사방법이라 할 수 있다. Scatarige등¹⁸⁾은 술전 복부단층촬영을 받았던 6명의 환자를 Review하며 술전 정확한 진단을 위해 복부단층촬영의 중요성을 강조하였으며, 그에 따르면 단층소견으로는, ① Regional thickening of the colonic wall, ② Extraluminal mass involving the cecum and/or ascending colon, ③ Haziness and linear strands in adjacent pericolic fat, ④ Thickening of nearby fascial planes, ⑤ Extraluminal air, ⑥ Contrast-filled structures within the inflammatory mass등이 있다고 하였다. 성별 및 연령별로 보면, 남자가 여자보다 조금 많은 빈도를 보이고 있으며 구미지역에는 남녀 성비의 차이가 크지 않지만 동양지역에서는 남성이 조금 많은 것으로 보고되고 있다. 김등¹⁰⁾은 15예중 12예, Yasuda등²²⁾은 1.2:1로 남성에서 호발하는 것으로 보고하고 있으며 저자들의 경우 13예중 8예가 남자이었다 (1.6:1).

급성충수염으로 추정되는 환자에서 우하복부의 동통이 있으면서 그 증상과 병력이 급성충수염과 비슷하나 증상이 급성충수염보다 다소 미약하거나 동통부위가 상부나 내측으로 치우쳤을때, 복부초음파 상에서 우측대장벽 부위에 0.5~1.0cm크기의 작은 농양이 있는 것으로 나타날때, 대장바륨조영술 상에서 충수가 바륨으로 충전이 잘되면서 계실이 발견이 될 때, 계실이 발견 안되더라도 임상적으로 충수염과 계실염의 구별이 안된 상태에서 충수가 바륨으로 충전될 때, 혈액 검사상 백혈구 증가가 없거나 미약할 때등의 경우에는 반드시 단순맹장계실염을 추정해보아야 될 것으로 생각되어진다.

우측대장계실질환중 특히 맹장계실질환은 선천적으로 발생하는 것으로 보고되어 왔는데, 병리조직학적 검사로 확진된 우측대장계실염중 김등¹⁰⁾은 15예중 12예, Laurisen등¹²⁾은 71.9%가 진성형인 것을 보고하였으나, Markham등¹⁶⁾이 35예중 26예에서 가성형으로

은 종래의 보고와는 달리 단발성이며 가성형인 계실염의 발생빈도가 높았으며 또 비교적 연령이 젊은 30대에서 발생빈도가 높은 것이 특이 하다고 할 수 있으며, 좀더 주의깊은 술전진단 및 치료로 우측대장계실염으로 의한 합병증을 줄일 수 있다고 생각되어진다.

REFERENCES

- 1) Ambrosetti P, Robert J, Witzig JA, et al: *Incidence, outcome and proposed management of isolated abscesses complicating acute left-sided colonic diverticulitis. Dis Colon-Rectum 35: 1074, 1992*
- 2) 박철규: 급성 맹장계실염. 대한외과학회지 17(7): 75-77, 1975
- 3) Bona TG, Hopens TA, Goldstein HM: *Diverticulitis of the right colon. Dig Dis Sci 29(2): 150-156, 1984*
- 4) Chia JG, Wilde CC, Ngoi SS, et al: *Trends of diverticular disease of the large bowel in a newly developed country. Dis Colon-Rectum 34: 498, 1991*
- 5) Hachigan MP, Honickman S, Eisenstat TE, et al: *Computed tomography in the initial management of acute left-sided diverticulitis. Dis Colon-Rectum 35: 1123-1129, 1992*
- 6) James B Peoples, Deborah R Vilck, John P Maguire, et al: *Reassessment of primary resection of the perforated segment for severe colonic diverticulitis. Am J Surg 159: 291-293, 1990*
- 7) 고영관, 이기형, 윤 충: 대장계실질환의 임상적 분석. 외과학회지 36(2): 165-170, 1989
- 8) 고영복, 장선택: 단발성 맹장계실염. 대한외과학회지 12(9): 39-42, 1970
- 9) 김광연, 차귀현, 김용신: 대장의 계실질환. 외과학회지 25(8): 1083-1089, 1983
- 10) 김광연, 차귀현, 이영희등: 대장계실염. 대한대장항문병학회지 2(1): 31-36, 1986
- 11) 김동구, 김승남, 김재성: 맹장계실염. 대한외과학회지 22(10): 92-95, 1980
- 12) Lauridsen J, Ross FP: *Acute diverticulitis of cecum. Arch Surg 64: 320, 1952*
- 13) Magness LJ, Sanfelippo PM, van Heerden JA, et al: *Diverticular disease of the right colon. Surg Gynecol Obstet 140: 30-32, 1975*
- 14) Mariani G, Tedoli M, Dina R, et al: *Solitary diverticulum of the cecum and right colon. Dis Colon-Rectum 30(8): 626-629, 1987*
- 15) Ngoi SS, Chia J, Goh MY, et al: *Surgical management of right colon diverticulitis. Dis Colon-Rectum 35(8): 799, 1992*
- 16) NI Markham, AKC Li: *Diverticulitis of the right colon-experience from Hong Kong. Gut 33(4): 547-549, 1992*
- 17) Robert O Gregg: *An Ideal operation for diverticulitis of the colon. Am J Surg 153: 285-290, 1987*
- 18) Scatarige JC, Fishman EK, Crist DW, et al: *Diverticulitis of the right colon: CT observation. AJR 148: 737-739, 1987*
- 19) 서성옥, 박신일, 김세민: 선천성 맹장계실염. 대한외과학회지 19(12): 43-45, 1977
- 20) 서준석, 윤여규, 최국진: 대장계실질환의 임상분석. 외과학회지 36(2): 157-164, 1989
- 21) Smirniotis V, Tsoutsos D, Fotopoulos A, et al: *Perforated diverticulitis: A surgical dilemma. Int Surg 76: 44-47, 1991*
- 22) Yasuda M, Inoue H, Kobayashi T, et al: *A Study of combined cases with diverticulosis and cancer of the colon. J Jpn Soc Colo-Proctol 46: 390-393, 1993*