

맹장 게실염의 치료

순천향대학교 구미병원 외과학교실

성종제 · 송 단 · 흥관의 · 박래경

Management of Cecal Diverticulitis

Jong Je Sung, M.D., Dan Song, M.D., Gaun Yue Hong, M.D., Nae Kyeong Park, M.D.

Department of Surgery, Soonchunhyang University Gumi Hospital, Gumi, Korea

Purpose: Diverticular disease of the cecum and ascending colon is a relatively uncommon disease, and is often difficult to diagnose. The purpose of this study was to investigate the clinical features of patients who underwent surgical treatment for cecal diverticulitis. **Methods:** A retrospective review was conducted between January 1998 and December 2002 of 44 patients treated at the Department of Surgery, Soonchunhyang Gumi Hospital. **Results:** All patients presented with right lower quadrant pain and tenderness. Preoperatively, 34 patients were diagnosed with acute appendicitis. The surgical procedures for cecal diverticulitis were an appendectomy only (5 cases), a diverticulectomy with appendectomy (31 cases), and a right hemicolectomy (8 cases). Postoperative complications were found in 17 cases: wound infection (13 cases), and partial intestinal obstruction (2 cases). **Conclusions:** When cecal diverticulitis is found at the time of an operation, surgical management is a safe treatment with low morbidity and a low recurrence rate. A diverticulectomy with appendectomy is a safe and effective procedure for the treatment of cecal diverticulitis if there is no evidence of free perforation or abscess formation. If the diverticulitis is complicated, undistinguishable from a malignancy, a resection (ileocecal resection, right hemicolectomy) should be considered for the surgical treatment. *J Korean Soc Coloproctol 2004;20:251-256*

Key Words: Diverticulitis, Cecal
맹장 게실염

접수: 2004년 3월 23일, 승인: 2004년 9월 30일
책임저자: 송 단, 730-706, 경북 구미시 공단 2동 250번지
순천향대학교 구미병원 외과
Tel: 054-463-7151, Fax: 054-463-7504
E-mail: backsa7@mail.schgm.co.kr

서 론

대장게실질환은 서양인들에서는 비교적 흔한 질환으로 알려져 있지만 동양인에게는 드문 질환이다.¹ 빈도뿐만 아니라 발생부위도 동양인의 경우 서양인과 비교하여 우측 대장에 더 빈번하다.^{2,3} 우측 대장게실염은 약 80년 전 첫 보고가 있는 후 문헌상 약 1,000예 정도가 보고되었으며, 이 질환은 급성충수돌기염과 감별이 어려워 응급 개복술을 시행하는 경우가 많은데 아직 그 치료에 대해 논란이 많다.⁴

지금까지 보고된 수술적 치료방법은 합병증이 없는 경우 충수절제술만을 행한 후 약물치료를 하는 방법,^{5,6} 게실절제술을 행하는 방법(충수절제술을 함께 한 경우도 포함),^{3,7,8} 회맹부절제술 또는 우측 대장절제술을 행하는 방법들이 알려져 있다.⁹⁻¹⁴

국내에서는 1960년 김 등¹⁵이 우측 대장게실염 4예를 학회에 보고한 것이 처음이며 그 이후로 많은 저자들이 학회에 보고하였다.

이에 저자들도 1998년부터 2002년 5년 간 본원 외과에서 수술적으로 치료한 맹장 게실염 환자 44명을 경험하였기에 그 결과를 보고하는 바이다.

방 법

저자들은 1998년 1월부터 2002년 12월까지 만 5년 간 순천향대학교 구미병원 외과학교실에서 체험한 44명을 대상으로 그들의 임상기록지를 바탕으로 나이, 성별, 이학적 소견, 수술적 진단, 수술방법 및 합병증에 대해 임상

Received March 23, 2004, Accepted September 30, 2004
Correspondence to: Dan Song, Department of Surgery, Soonchunhyang university Gumi hospital, 250 Gongdan 2-dong, Gumi 138-736, Korea. Tel: +82-54-463-7151, Fax: +82-54-463-7504
E-mail: backsa7@mail.schgm.co.kr

적 분석을 시행하였다.

결 과

1) 환자의 성별과 연령분포

44례의 환자에서 연령분포는 6세에서 71세까지였고 평균연령은 39.1세였으며, 30대가 50%로 가장 많았고, 남녀비는 1.9:1로 남자에서 더 많았다(Table 1).

2) 증상 및 이학적 소견

모든 환자에서 우하복부 동통 및 압통을 호소하였으며, 식욕부진 6예(14%), 열감을 호소한 경우는 3예(7%), 오심 및 구토 11예(25%)였으며, 우하복부의 종괴 촉지는 6예(14%)였다.

이전에 충수돌기절제술을 받았던 환자로 3예(7%)가 있었으며, 전에도 같은 증상으로 본원 외래에 내원한 환자는 6예(7%)가 있었다(Table 2).

Table 1. Age and sex distributions

Age	M	F	Total (%)
0~9	0	1	1 (2%)
10~19	1	0	1 (2%)
20~29	4	0	4 (9%)
30~39	14	8	22 (50%)
40~49	6	2	8 (18%)
50~59	0	1	1 (2%)
60~69	2	4	6 (14%)
70~79	1	0	1 (2%)
Total	28	16	44

M = male; F = female.

Table 2. Symptoms and signs in diverticular disease

Symptoms/signs	Number of patients	Percentage (%)
Anorexia	6	14
Fever	3	7
Nausea/vomiting	11	25
RLQ pain and tenderness	44	100
Palpable mass in RLQ	6	14
Prior episode	6	14
Previous appendectomy	3	7

RLQ = right lower quadrant.

3) 발병 후 수술까지의 시간

증상 발병 후 48시간 이내에 수술을 한 경우가 34예였으며, 증세 발현 후 2~7일 사이에 수술한 경우가 6예였다.

1주일 이상 증세가 지속된 경우는 4예였으며, 이들은 만성적, 반복적 우측 하복부에 통증이 있어 왔으나 증상은 심하지 않았다(Table 3).

4) 수술 전 진단

급성충수돌기염으로 진단된 경우가 30예로 가장 많았으며, 충수돌기주위농양으로 진단된 경우는 4예였고, 그 외 맹장 종물이 2예, 골반 내 염증으로 진단된 경우가 3예였다. 그리고 계실염으로 진단하여 수술한 경우도 5예 있었다(Table 4).

수술 전 검사로 복부초음파 9예, 대장조영술 6예, 전산화단층촬영을 4예에서 시행하였으며 복부초음파 2예, 대장조영술 5예 전산화단층촬영 2예에서 맹장계실염 소견을 보였다.

수술 전 백혈구 수가 10,000개/mm³ 이상 보인 환자가 35예였다.

5) 수술적 치료

전체 44명의 환자들 중 대부분 횡절개 및 Mcburney 절개(36예)로 절개하였으며, 종물이 만져지거나 염증이 심하다고 생각한 환자(10예)에게는 정중상부 절개 및 우측 방중상 절개를 시행하였다. 41예에서 응급수술이었고 3예가 대기수술이었다.

Table 3. Duration of symptoms in patients with the diverticular disease preoperatively

Duration of symptoms	Number of patients
<24 hr	13
24~48 hr	21
48 hr~1week	6
>1 week	4

Table 4. Preoperative diagnosis

Preoperative diagnosis	Number of patients
Acute appendicitis	30
Periappendiceal abscess	4
Cecal mass	2
Pelvic inflammatory disease	3
Diverticular disease	5

Table 5. Operative procedure

Procedure	Number of patients (%)
Appendectomy only	5 (11%)
Diverticulectomy and appendectomy	31 (71%)
Right hemicolectomy	8 (18%)

Table 6. Results of operation of cecal diverticulitis

	Appendectomy only	Diverticulectomy	Right hemicolectomy
Hospital day (days)	8.4	10.2	18.5
IV antibiotics (days)	4.4	6.5	11.9

개복 시 대부분 충수돌기는 정상이었으며, 맹장 주변에 심한 염증성 종괴 등의 소견을 보이는 것으로 맹장게실염 진단이 가능했으며, 5예에서 맹장 및 상행결장의 암이 의심되었다.

수술의 선택은 수술장에서 집도의의 판단에 의해 결정되었다. 천공 등의 심한 합병증이 없거나 맹장암이 아니라고 판단했으면 단순 충수돌기절제술(5예)만, 혹은 맹장게실절제술(31예)을 포함한 수술을 시행하였으며, 8예에서는 우측 대장절제술을 시행하였다(Table 5). 우측 대장절제술을 시행한 경우 5예에서 맹장 및 상행결장의 암과 구별이 안 되었으며, 3예에서는 천공이 되어 주위조직과 구별이 되지 않을 정도로 유착이 심한 때문이었다. 대부분의 수술은 응급으로 진행하여서 냉동 절편 검사의 도움을 받을 수는 없었다.

6) 항생제 및 입원기간

항생제 사용기간은 우측 대장절제술을 시행한 군이 평균 11.9일로 가장 길었으며, 게실 절제술을 시행한 군이 6.5일 충수돌기절제술만 시행한 군이 4.4일이었다. 입원기간도 우측 대장절제술을 시행한 군이 평균 18.5일로 가장 길었으며, 게실 절제술을 시행한 군이 10.2일 충수돌기절제술만 시행한 군이 8.4일이었다(Table 6).

7) 수술 시간

수술 시간은 평균 시간으로 우측 대장절제술을 시행한 군이 161분(115~240)으로 가장 길었으며, 게실 절제술을 시행한 군이 100분(50~190), 충수돌기절제술만 시행한 군이 68분(55~90)이었다(Table 7).

Table 7. Operation time for cecal diverticulitis

Procedure	Number	Operation time (min)	
		Mean	Range
Appendectomy only	5	68	55~90
Diverticulectomy	31	100	50~190
Right hemicolectomy	8	161	115~240

Table 8. Postoperative complications

Complications	Number (%)
Wound infection	13 (30%)
Intestinal obstruction	2 (5%)

8) 수술 후 합병증 및 경과

수술 후 합병증은 17예에서 발생되었으며, 창상감염이 13예, 부분적 장폐쇄증이 2예였다. 전 예에서 사망의 예는 없었다(Table 8).

고 찰

대장게실이란 결장 벽이 비정상적으로 탈출하여 생긴 소낭으로, 게실에 염증이 동반되어 있지 않은 경우는 게실증(diverticulosis)이라고 하고 염증이 동반된 경우를 게실염(diverticulitis)이라고 하지만, 증상 및 방사선 소견으로도 이들의 정확한 구별이 힘든 경우가 많아 최근에는 통상 대장게실질환으로 통칭해서 사용하기도 한다.

대장게실은 두 가지 형태로 분류되는데 하나는 선천성 진성게실로, 대장의 전층이 밀려나오는 경우이고 다른 하나는 연령이 증가됨에 따른 퇴행성 변화로 발생하는 가성게실로 대장 근육의 약한 부분을 통하여 점막 및 점막하 조직만이 근층으로 밀려나오는 경우이다. 진성게실은 대부분 단발성으로 회맹부에 많이 나타나며 주로 맹장의 전벽과 측벽에 생기는 경우가 많은 반면, 가성게실은 대부분 다발성으로 주로 좌측 대장에 호발하는 것으로 알려져 있다.¹⁷

일반적으로 동양인보다는 서양인에서 흔하며 발생빈도, 발생부위, 발생기전도 지역 및 인종에 따라 차이가 있다.^{17,18} 서구인의 경우 대장 중 에스자결장과 이것의 주변부를 포함한 좌측 대장에서 가장 흔히 발생(65~90%)하고 연령이 증가할수록 높은 빈도를 보이는 가성형, 후천

성, 다발성계실이 거의 대부분이다. 이는 특히 연령이 증가할수록 발생빈도가 높게 나타나는데 30세 이하에서는 1~2%의 빈도를 보이는 반면, 60세 이상에서는 최소한 30%에 이른다고 보고되고 있다.¹⁸ 그러나 맹장계실을 포함한 우측 대장계실은 선천성 진성계실이 많고 80%가 단발성이며, 비교적 젊은 층에서 많이 발생하고 연령과 발생 빈도와는 관련이 없는 것으로 알려져 있다.

대장계실의 발생기전에 대해서도 여러 가지 설이 있으나 기본적으로 생리학적 요인, 해부학적 요인, 발생학적 요인 등이 거론되고 있다.^{18,21} 서구인들의 경우 연령이 높을수록 발생 빈도가 증가하고 좌측 대장에서 호발하며 후천성인 반면, 한국과 일본 등 동양인들의 계실질환은 우측 대장에서 흔히 발생하는데 발생빈도는 연령과 무관하고 94%가 진성형이며 약 88%가 맹장에서 발생한.^{18,22,23}

대장계실질환의 증상은 계실의 발생 부위와 합병증에 따라 다양한데 대부분 수술 전 진단이 어려운 것으로 알려져 있다. 특히 맹장 부위의 계실염은 주증상이 우하부 동통으로 급성 충수돌기염과의 감별이 어려워 응급 개복시에 발견되는 경우가 65~95%나 되는 것으로 보고되고 있으며,²⁴ 김 등²⁵도 73%에서 급성 충수염으로 개복 후 발견되었다고 보고하였다.

맹장 계실염의 진단은 비록 맹장 계실염의 임상 증상이 급성 충수염보다는 비특이적이라고 하지만 임상적인 증상만으로 급성 충수돌기염과 감별하기는 거의 불가능하다고 한다. 따라서 맹장 계실염 환자의 70~100%는 급성 충수돌기염으로 수술을 받게 되는 것으로 알려져 있다.

Anderson²⁶에 의하면 그가 경험한 99예의 맹장 계실염 환자들 중 수술 전에 정확한 진단을 한 경우는 6명(6%)에 불과하였으며 나머지는 전부 급성 충수돌기염으로 오인하였다고 한다.

본 연구에서도 36예(81%)의 환자가 수술 전에는 급성 충수돌기염 및 충수돌기 주위농양으로 진단하여 수술 전에 두 질환을 임상적으로 구별한다는 것은 어려웠다.

Nicholas 등²⁷, Lauridsen과 Ross,²⁸ Wagner와 Zollinger²⁹는 감별진단에 도움을 주는 요소로 ① X선상에 분석이 보이고, ② 우하복부 통증이 과거에도 간헐적으로 여러 번 경험했으며, ③ 이미 충수절제술을 받았을 경우, ④ 급성 충수돌기염 환자들보다 증상기간이 길며, ⑤ 오심, 구토 등 전구증상이 적으며, ⑥ 맹장계실염 환자의 연령이 30~40대로 늦은 편이고, ⑦ 복통이 시작부터 우하복부에 국한되어 있고 압통이 뚜렷하지 않으며, ⑧ 하부장관 출혈이나 혈변의 병력이 있었다고 열거하였다. 본 연구에서는 X선상에 분석이 관찰되거나 혈변의 과거력을 가진 사람

은 없었다. 우하복부 통증을 반복해서 경험한 환자는 6예(14%)가 있었으며 충수돌기절제술을 받은 환자도 3예 있었다. 또한 오심 구토 등 위장관 전구증상이 급성 충수염의 경우에는 73~78%의 빈도로 나타나는데 비하여 맹장계실염의 경우 상대적으로 적어 Lauridsen과 Ross²⁸는 27%, 조 등³⁰은 26.7%로 보고했는데 저자들의 경우에는 25% (11예)에서 나타났다. 환자들의 평균연령은 39.1세로 다른 연구 발표자와 비슷하게 나왔으나 이것으로 충수돌기염과 구별할 수는 없다.

진단 방법으로는 임상양상과 방사선학적 방법인 대장조영술, 전산화단층촬영술, 초음파 등이 있다. Crist 등,³¹ 정 등³²에 의하면 맹장계실의 조기진단방법으로 전산화단층촬영술의 유용성을 설명하였고, 대장조영술은 완전하게 대장주위염증 정도를 파악하기는 어렵고, 급성 대장계실염의 경우 적응증이 되지 않고, 악성종양과의 감별이 어렵다는 점에서 제한적 진단방법이라 하였다.

합병증이 없는 계실염으로 수술 전 확진된 경우에는 비수술적 요법으로 항생제를 투여하는 보존적 치료만으로도 충분하다고 한다.^{5,13,31} 그러나 이런 경우에도 출혈, 천공 등 계실염의 합병증이 나타나거나 반복해서 재발하는 경우에는 수술이 필요하다.

Fisher와 Farkas³³는 응급개복수술 중 발견된 염증성 계실을 제거하지 않고 수술 후 재발을 추적 관찰하기 위해 충수돌기절제술과 항생제 치료만으로 충분하다고 보고하였다.

맹장계실환자의 수술적 방법의 선택은 계실염이 맹장벽이나 인근 장기로 퍼지는 염증 과급정도에 따라 결정되는데 Wagner와 Zollinger²⁹ 염증이 계실에만 국한되어 있을 경우에는 계실절제술과 충수돌기절제술을 시행하며, 악성종양과 감별되지 않거나 상행결장까지 광범위한 병변이 있는 경우, 우측대장절제술을 시행하고, 계실염이 천공되어 국소농양을 동반할 때는 배농과 가능하면 계실절제술을 시행하고, 진단에 의심이 가면 병변의 점막 부위를 동결조직검사 후 수술을 진행할 것을 권하였다.

저자들의 경우 급성충수염으로 응급개복 결과 발견된 염증이 계실에만 국한되어 있고 그 정도가 미약한 5예에서는 충수돌기절제술 및 항생제 투여로 치료하였으며, 염증이 심하고 천공 등의 합병증이 있던 31예에서는 충수돌기절제술과 계실절제술을 같이 시행하였으며, 8예에서는 주위조직과 구분이 안 될 정도로 염증이 심하고 특히 주위조직과 한 덩어리로 만져지면서 압과 구분이 안 되어서 우측대장절제술을 시행하였다.

수술을 한 전 예에서 사망한 예와 재발한 예는 없었으며, 합병증으로 창상감염, 부분적 장 폐쇄증이 있었다.

결 론

1998년부터 5년간 순천향대학교 구미병원 외과학교실에서 맹장게실염으로 수술적 치료를 받았던 환자들을 분석한 결과 급성충수돌기염 의증하에 실시한 응급 개복술 중 게실염이 발견된 경우 다른 합병증이 없고 염증이 경미한 경우에는 충수돌기절제술을, 염증이 심하고 천공 등의 합병증이 있는 경우에는 충수돌기 절제술과 게실절제술을, 그리고 주위 조직과의 관계가 불분명할 정도로 염증이 심하거나 종양과 감별이 어려울 경우에는 회맹장절제술이나 우측 대장절제술을 시행하는 것이 합병증 예방 및 재발의 빈도를 낮출 수 있을 것으로 생각한다.

REFERENCES

1. Parks TG. The clinical significance of diverticular disease of the colon. *Practitioner* 1982;226:643-54.
2. Almy TP, Howell DA. Diverticular disease of the colon. *N Engl J Med* 1980;302:324-31.
3. Magness LJ, Sanfelippo PM, van Heerden JA, Judd EJ. Diverticular disease of the right colon. *Surg Gynecol Obstet* 1975;140:30-2.
4. Potier F. Diverticulitie et appendicite. *Bull Mem Soc Anat Paris* 1912;87:29.
5. Harada RN, Whelan TJ Jr. Surgical management of cecal diverticulitis. *Am J Surg* 1993;166:666-9.
6. 오재필, 김보균. 맹장 게실염의 치료. *대한외과학회지* 1997; 53:243-51.
7. Kaufman Z, Shpitz B, Reina A, Dinbar A. Cecal diverticulitis presented as a cecal tumor. *Am J Surg* 1990;56: 675-7.
8. Mcfee AS, Sutton GP, Ramos R. Diverticulitis of the right colon. *Dis Colon Rectum* 1982;25:254-6.
9. Asch MJ, Markowitz AM. Cecal diverticulitis: report of 16 cases and a review of the literature. *Surgery* 1969;65:906-10.
10. Lo CY, Chu KW. Acute diverticulitis of the right colon. *Am J Surg* 1996;171:244-6.
11. Wyble EJ, Lee WC. Cecal diverticulitis changing trends in management. *South Med J* 1988;81:313-6.
12. Gouge TH, Coppa GF, Eng K, Ranson JH, Localio SA. Management of diverticulitis of the ascending colon. *Am J Surg* 1983;145:387-91.
13. Graham SM, Ballantyne GH. Cecal diverticulitis: A Review of the American experience. *Dis Colon Rectum* 1987;30: 821-6.
14. Schmit PJ, Bennion RS, Thompson JE Jr. Cecal diverticulitis: A continuing diagnostic dilemma. *World J Surg* 1991;15: 367-71.

15. 김광연, 김학수, 김인환, 전은철. 맹장부 게실염. *대한외과학회지* 1968;17:249-57
16. Schapira A, Leichtling JJ, Wolf BS, Marshak RH, Janowitz HD. Diverticulitis of the cecum and right colon: clinical and radiographic features. *Am J Dig Dis* 1958;3:351-83.
17. 김건상, 이관세, 최순섭, 송인섭. 한국인 대장게실의 최근양상. *대한방사선의학회지* 1984;120:632-8.
18. Rege RV, Nahrwold DL. Diverticular disease. *Curr probl Surg* 1989;26:133-89.
19. 김기석, 김용주. 우측 대장게실 질환의 임상적 고찰. *외과학회지* 1993;45:703-8.
20. 손미영, 장재천, 권혁표, 정경화, 변우목, 김선용 등. 한국인 대장게실의 나이, 성별, 부위, 크기 및 다발성 분포에 관한 분석. *대한방사선의학회지* 1989;25:59-65.
21. Eastwood MA, Watters DAK, Smoth AN. Diverticular disease- Is it Motility Disorder? *Clin Gastroenterol* 1982;11:545-61.
22. 김경희, 김용범, 강진경, 김상진. 대장게실증 환자의 임상적 고찰. *대한의학협회지* 1986;29:63-8.
23. Leitman IM, Paul DE, Shires GT 3rd. Evaluation and management of massive lower gastrointestinal hemorrhage. *Ann Surg* 1989;209:175-80.
24. Harada RN, Whelan TJ Jr. Surgical management of cecal diverticulitis. *Am J Surg* 1993;166:666-71.
25. 김 옥, 이도상, 서영진, 조원일, 오승택, 신형민 등. 맹장게실염. *대한외과학회지* 1995;50:116-21.
26. Anderson L. Acute diverticulitis of the cecum. *Surgery* 1947; 22:479-488.
27. Nicholas EE, Frymark WB, Raffensperger JR. Acute cecal diverticulitis. Report of 25 cases. *JAMA* 1962;182:157-60.
28. Lauridsen J, Ross FP. Acute diverticulitis of the Cecum. *AMA Arch Surg* 1952;64:320-30
29. Wagner DE, Zollinger RW. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Arch Surg* 1961;83:436-43.
30. 조현준, 조승연, 오재현. 급성충수염 의증으로 수술한 우측 대장게실염 환자에 대한 임상적 고찰. *대한대장항문학회지* 2000;16:18.
31. Crist DW, Fish EK, Scatarige JC, Cameron JL. Acute diverticulitis of the cecum and ascending colon diagnosed by computer tomography. *Surg Gynecol Obstet* 1988;166:99-102.
32. 정희두, 박규주, 허승철, 강성범. 대장게실질환에 대한 수술에 분석. *대한대장항문학회지* 2001;17:243-50.
33. Fischer MG, Farkas AM. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Dis Colon Rectum* 1984;27:454-8.

편집인의 글

대장에 발생하는 게실은 동양인보다는 서양인에게 흔한 것으로 알려져 있지만 우측대장에 발생하는 게실은 동양인에게 압도적으로 많은 것으로 보고되고 있다. 특히 맹장의 게실 자체는 특별한 증상이 없는 경

우 이를 진단하기 위한 검사 방법이 없고 대부분 대장조영술 또는 대장내시경 검사에서 우연히 발견되는 경우가 많다. 또한 맹장계실의 합병증이 발생하였을 경우 수술 전 진단이 대부분 급성충수염으로 진단되기 쉬우므로 CT 또는 바륨 대장조영술과 같은 검사를 시행하지 못하고 응급 개복 수술을 시행하는 도중에 발견되는 경우가 많다. 더구나 이런 경우의 치료에 대해서는 서로 다른 이견이 많아서 충수절제술 후 항생제 요법만으로도 충분하다는 주장으로부터 단순 계실절제술, 회맹장부 절제술, 우반 결장절제술 등의 수술적 치료를 해야 한다는 주장이 있으나 현재까지 어느 방법이 가장 적절한 방법인지는 여전히 논란의 대상이 되고 있다.

일반적으로 항생제 요법, 단순 계실절제술과 같은 축소 수술은 수술이환율을 낮출 수 있다는 장점과 재발률이 높다는 단점을 가지며 일차 수술시 대장절제술을 하는 경우는 재발률을 낮출 수 있다는 장점을 가지는 반면, 준비되지 않은 대장을 절제함으로 발생하는 수술이환율이 높아진다는 단점을 가진다. 이러한 점을 고려해 볼 때 급성충수염 잠정 진단 하에 응급개

복 수술을 시행하는 도중 맹장의 계실이 발견된 경우 단순 충수절제술을 시행하고 그 계실염의 심한 정도에 따라서 적절한 항생제 요법을 시행해도 대부분의 환자는 재발이나 계속적인 계실의 합병증 없이 잘 치료가 되므로 대장암과의 감별이 곤란하거나 계실염으로 인한 심한 합병증인 천공, 농양형성, 대량출혈 등의 소견이 없다면 오히려 보존적 치료를 하는 것을 권장해 볼 수 있다. 이 경우 입원기간의 단축, 수술시간의 단축, 수술 후 합병증의 감소, 미용상의 이점 등을 얻을 수 있다. 또 우측 대장의 계실은 맹장에만 국한되지 않고 다발성 병변을 보이는 경우가 많으므로 일차수술시 염증이 심한 부위만을 절제했을 경우 남게 되는 계실이 나중에 또 문제를 일으키는 점을 고려할 때 퇴원 후 바륨 대장조영술의 필요성을 환자에게 설명하고 나머지 계실의 위치를 정확하게 알고 난 후 추후에 다시 계실염이 발생할 경우 대장절제술을 고려하는 것도 한 방법이라고 할 수 있다.

성균관대학교 삼성서울병원 외과
전 호 경