

궤양성 대장염의 임상적 관찰

고신대학교 의과대학 내과학 교실

손호성, 장성훈, 정연순, 정한호, 송수근, 박무인, 박선자, 구자영

A Clinical Study on 54 Cases of Ulcerative Colitis

Ho Sung Son, M.D., Seong Hoon Chang, M.D., Yeun Soon Chung, M.D.,
Han Ho Chung, M.D., Soo Keun Song, M.D., Moo In Park, M.D.,
Seon Ja Park, M.D., and Ja Young Koo, M.D.

*Department of Internal Medicine, Kosin University College of Medicine,
Pusan, Korea*

Abstract

Background Ulcerative colitis is a chronic inflammatory disease of colon, which is common in western countries but relatively rare in Korea. As the colonoscopic examination becomes popular, early detection rate is increasing in oriental countries, but its precise clinical aspects are still obscure in Korea due to its rarity. The purpose of this study is to review the clinical features and trends of newly diagnosed cases in Korea. **Methods** We studied 54 patients of ulcerative colitis, who were diagnosed by clinical findings, laboratory examinations, barium enema, sigmoidoscopic and colonoscopic examinations at Kosin Medical Center from January 1987 to December 1997. **Results** The most prevalent age was 4th decade, male to female ratio was 1 : 1.57 and the duration of symptoms was less than 1 year in 63% of the cases, and the recent increase in the incidence of total cases and cases of proctitis was evident. The most common clinical manifestation was bloody diarrhea, while anemia (37.3%) was the most common laboratory abnormality, and the most common complication was abnormal liver function (11.1%). Among the diseases misdiagnosed as ulcerative colitis, irritable bowel syndrome and internal hemorrhoid were common. The most

common sigmoidoscopic finding was mucosal friability and the most common histopathologic change was non-specific inflammation (92.3%), while crypt abscess was present in 27.8% of cases. In 29 cases (53.7%), disease severity was of mild degree, while severe course was observed in 2 cases. We found positive correlation between the severity of disease and the extent of colitis ($p<0.05$), and marginal relationship between the severity of disease and endoscopic grading ($p=0.062$), but there was no correlation between the severity of disease and the duration of disease($p=0.146$). Of all cases, 35 cases (70%) showed longterm improvement to medical therapy, but 11 (22%) had recurrence. Operations were performed in 9 cases and its indications were confirming diagnosis in 3 cases, intractability in 4 cases, severe dysplasia by histology in 1 case and accompanying adenomatous polyposis in 1 case.

Conclusions For the accurate and early diagnosis of ulcerative colitis, routine use of sigmoidoscopy in suspected cases is mandatory, especially to exclude hemorrhoid, cancer or irritable bowel syndrome. As the incidence of ulcerative colitis is apparently increasing in this study, more extensive, systematic, nationwide study for ulcerative colitis may be needed for the better description and management of this disease in Korea.

Key Words : Ulcerative colitis, clinical review

서 론

궤양성 대장염은 복통이나 설사, 혈변 등의 증상을 특징으로 하는 결장 및 직장의 점막 및 점막하조직의 만성적인 비특이성 염증 및 궤양을 일으키는 질환¹⁾으로 그 원인은 아직 뚜렷이 규명되지 않은 질환이다. 구미에서는 비교적 자주 접할 수 있는 질환으로서 우리나라에서는 그 빈도가 낮았지만 1970년대부터 증례가 보고²⁾되기 시작하여 근래에는 점차 증가하고 있는 추세이다. 이에 저자들은 1987년 1월부터 1997년 12월까지 고신의료원 내과에서 궤양성 대장염으로 확진된 54예에 대해 임상적으로 분석을 하여 향후 이 질환의 진단 및 치료에 도움을 얻고자 본 연구를 시행하였다.

대상 및 방법

1) 대상

대상은 1987년부터 1997년 12월까지 고신의

료원에 내원하여 최소 2주 이상의 설사, 혈변, 복통 등의 증상들을 호소한 환자들 가운데서 분변세균배양검사, 기생충검사, 혈청학적검사, 에스자상 결장경 또는 결장경, 대장점막조직검사, 바륨대장조영술, 수술 및 수술후 병리조직검사 등에 의해 궤양성 대장염으로 확진된 54예를 대상으로 하였다.

2) 방법

관찰방법은 전예에서 에스자상 결장경 또는 결장경, 대장점막조직검사, 바륨대장조영술 등을 시행하여 진단된 54예에 대하여 연령 및 성별 발생빈도, 임상증상, 병력기간, 해부학적 병변의 위치, 치료 및 치료결과등을 분석 관찰하였다. 이때 내시경적 중등도는 Michael³⁾의 활동성에 따른 내시경적 등급을 사용하여 점막혈관의 소실과 과립상만을 보이는 경우를 휴지기, 점막에 전반적인 발적과 역출혈성을 보이는 경우를 경도 활동성으로 분류하였으며, 직경 5mm 이하의 궤양에 점액농성의 삼출액이 부착되어 있으나 그 숫자가 장관 10 cm당 10개이하인 경우를 중등도 활동성으로, 자기출혈소견을 보이

면서 직경 5 mm이상의 궤양이 장관 10 cm당 10개이상인 경우를 고도 활동성으로 분류하였다. 궤양성 대장염의 임상증상에 따른 중증도의 분류는 Truelove의 기준⁴⁾을 적용하여 경증은 설사횟수가 4회이하이며 발열, 빈맥, 빈혈이 없고 적혈구 침강속도가 30 mm/시간 미만인 경우로 하였으며, 중증은 설사횟수가 하루에 6회 이상이며 37.5°C이상의 발열 및 90회/분 이상의 맥박, 최근에 수혈이 필요할 정도의 빈혈, 적혈구 침강속도가 30 mm/시간 이상인 경우로 하였고, 중등증은 경증과 중증사이로 하였다.

결 과

1) 발병연령, 성별분포 및 흡연유무

발병연령은 최소 9세에서 최대 70세로 다양하였는데, 30대가 17예(31.5%)로서 가장 많았으며 20대, 60대, 40대, 50대의 순이었다. 남녀별 발생빈도는 각각 21예(38.9%), 33예(61.1%)로서 남녀비율은 1 : 1.57로 여자에게서 많았고(Table 1), 흡연유무가 기록된 남자 19례 가운데서 10예(52.6%), 여자에서는 33예중 1예(3.0%)가 흡연자였다.

Table 1. Age and sex distribution

Age	Male	Female	Total
0~9	0	1	1
10~19	2	2	4
20~29	6	4	10
30~39	6	11	17
40~49	4	3	7
50~59	2	3	5
60~69	1	9	10
Total	21	33	54

2) 진단과정

총 54예중 16예는 다른 병원에서 궤양성 대장염으로 진단받은 후 치료중단으로 재발하여 내원한 경우였고 본원에서 진단된 경우는 38예

였는데, 본원에서 진단된 38예중 29예는 혈변등으로 다른 병원에 내원하여 검사후 다른 질환으로 진단되어 치료하다가 본원에 내원하여 확진을 받았던 경우였고, 그 가운데서는 과민성대장염이 14예(48.3%)로 가장 많았으며, 불명열로 진단된 경우도 1예 있었다. 그리고 다른 병원에 가지 않고 바로 본원에서 검사후 궤양성 대장염으로 진단되었던 경우가 9예였다(Table 2).

Table 2. 진단과정

진단과정	No.	%
타병원확진	16	29.6
본원 진단	38	70.4
타병원방문후 내원	29	53.7
본원 처음 내원	9	16.7
타병원 방문후 내원시의 진단	29	
Irritable bowel syndrome	14	48.3
Dysentery	4	13.8
Hemorrhoid	4	13.8
Colitis	2	6.9
Colon cancer	2	6.9
Tuberculosis	2	6.9
Typhoid fever	1	3.4

3) 임상증상 및 이학적 소견

임상증세로는 총 54예중 혈액성설사가 38예(70.4%)로서 가장 많았으며 다음으로 설사, 복통, 혈변, 이증후급, 체중감소, 변비의 순이었으며, 복부촉진시 압통소견은 9예(16.7%)에서 관찰되었다(Table 3). 그리고 대변에서 육안적으로 혈변을 보인 경우는 46예(85.2%), 대변내 잠혈양성반응은 53예에서 양성을 보였다. 1예에서만 대변내 잠혈반응이 음성이었다.

Table 3. Clinical manifestations

Symptom and Sign	No.	%
Bloody diarrhea	38	70.4
Diarrhea	36	66.7
Abdominal pain	34	63.0
Hematochezia	33	61.1
Tenesmus	19	35.2
Weight loss	15	27.8
Abdominal tenderness	9	16.7
Constipation	6	11.1
Fever	5	9.3

4) 검사실 소견

혈색소 11gm%이하의 빈혈은 20예(37.3%)에서 있었으며, 혈액내 10,000/mm³이상의 백혈구의 상승은 17예(31.5%), ESR의 상승은 16예(29.6%), 알부민 3.0 gm%이하의 저알부민 혈증은 11예(20.4%)에서 관찰되었다(Table 4).

Table 4. Abnormal laboratory findings

Abnormal laboratory findings	No.	%
Anemia (Hb $\leq$ 11.0 gm/dl)	20	37.3
Leukocytosis($\geq$ 10,000/mm ³)	17	31.5
ESR elevation($\geq$ 30 mm/hr)	16	29.6
Hypoalbuminemia($\leq$ 3.0 gm%)	11	20.4

5) 합병증

국소적인 합병증으로서 중독성 거대결장을 보인 경우가 1예, 협착증을 보인 경우가 1예였으며, 전신적인 합병증을 보인 경우는 간기능 이상이 6예, 정신병이 2예, 구강궤양이 1예였다. 간기능의 이상을 보인 6예중 4예에서는 발병전 검사상 특이소견이 없었던 것으로 보아 간기능 이상이 궤양성 대장염의 합병증으로 생각되며, 2예에서는 HBs 항원 양성하면서 SGOT, SGPT의 상승을 보여 B형 간염과 동반된 것으로 생각되었다. 정신병을 나타낸 1예에서는 스테로이드제제를 쓰고 난 후 1일 뒤에 정신분열증과 유사한 임상양상을 나타내어 정신과에서 계속적인 치료를 받았으며, 평소 환자가 약간의 지능저하를 보였기 때문에 이러한 증세가 합병증으로 발생한 것인지 스테로이드제제로 인한 것인지 확실하지 않았지만, 스테로이드제제를 끊은 뒤에도 계속 증세가 남아 있어서 합병증으로 생각되었다(Table 5).

Table 5. Complications

Complications	No.	%
Local complication		
Dilatation	1	1.9
Stricture	1	1.9
Systemic complication		
Abnormal liver function	6	11.4
Psychosis	2	3.7
Oral ulcer	1	1.9

6) 병변의 범위 및 연도별 병변의 범위 변화

총 54예중 직장 및 에스자상 결장까지 침범한 경우가 23예로 가장 많았고, 전대장염이 10예, 전대장염 및 역류성 회장염의 소견을 보인 경우가 3예였다. 8예에서는 에스자상 결장경검사상 에스자상 결장경이 들어간 부위까지는 궤양성 대장염의 점막의 변화를 보이거나 전결장경검사는 시행하지 않았으며 대장조영술상 정상 소견으로 보여 그 범위를 확실히 알 수 없었고, 1예에서는 횡행결장의 부분적 협착으로 인하여 수술하였으며 수술후 병리조직학적 소견상 crypt 농양 등의 궤양성 대장염의 특징적인 소견을 보임으로써, 궤양성 대장염으로 진단된 예였다. 그리고 8예에서는 진단당시 전대장에 대한 결장경검사가 이루어지지 않고, 바륨 대장조영술상 그 침범 범위가 모호함으로서 그 정확한 침범정도를 알 수 없었다(Table 6).

Table 6. The anatomical distribution of diseases

Location	No.	%
Rectum only	9	16.7
Left sided colon	23	42.6
Rectum + entire colon	10	18.5
Entire colon + backwash ileitis	3	5.6
Segmental(transverse colon only)	1	1.9
Uncertain	8	14.8

한편 연도별 병변의 범위 변화를 보면 1994년 이전까지의 예들에서는 직장만 침범한 경우

Table 7. The relationship between anatomical distribution and secular trends

Year/Distribution (total case)	Rectum	Rectosigmoid	Left	Pancolitis	Localized*	Total
1987~1990년(10)	1(11.1) [†]	3(33.3)	1(11.1)	4(44.4)	1(5.5)	9(100.0)
1991~1994년(19)	8(42.1) [†]	3(16.7)	5(27.7)	9(50.0)		18(100.0)
1995~1997년(25)		9(47.4)	2(10.5)			19(100.0)

Numbers in parentheses are percent.

* The case involved transverse colon only

[†] p < 0.05 : rectum vs other sites

가 총 27예중 1예(3.7%)였던 것에 비해, 1995년 이후의 예들에서 전체 19예중 직장만 침범한 경우가 8예(42.1%)를 보임으로써, 1995년 이후 전체적인 빈도 및 직장염의 빈도가 현저히 증가하는 소견을 나타내었다(p<0.05)(Table 7).

7) 내시경적 소견

에스자상 결장경 소견상 점막의 역출혈성 소견이 38예(70.4%)로 가장 많았으며 다음으로는 궤양, 미란, 가성용종의 순이었다(Table 8).

Table 8. Endoscopic findings

Endoscopic findings	No.	%
Mucosal friability	38	70.4
Ulceration	26	48.1
Diffuse hyperemia	24	44.4
Erosion	18	33.3
Pseudopolyp	15	27.8
Bleeding	8	14.8
Granularity	5	9.3
Stricture	2	3.7

8) 병리학적 소견

병리학적 소견상 단순 염증소견이 50예(92.3%)로 가장 많았고, 다음으로는 crypt 농양, crypt염 등의 순이었다(Table 9).

Table 9. Pathological findings

Pathological findings	No.	%
Nonspecific inflammation	50	92.3
Ulceration	20	37.0
Crypt abscess	15	27.8
Cryptitis	12	22.2
Goblet cell depletion	3	5.6
Pseudopolyp	2	3.7

9) 병의 중증도 및 병력기간

전체 54예가운데서 병이 경증인 경우는 29예(53.7%), 중증도는 23예(42.6%), 중증은 2예(3.7%)였고, 병력기간은 증상발현후 1년 이내에 진단받은 예가 34예(63%)로 가장 많았으며, 1년에서 5년사이가 16예(29.6%), 6년에서 10년사이가 2예(5.6%), 10년 이상은 2예가 있었다(Table 11). 그리고 병력기간에 따르는 질병의 중증도를 보면 질병이 경한 경우에는 병력기간이 1년 이하인 경우가 17예, 1-5년인 경우가 11예였고, 병이 중증증인 경우에는 병력기간이 1년 이하인 경우가 15예, 1-5년인 경우가 5예, 6-10년인 경우가 1예였으며, 병이 중증인 경우에는 2예 모두에서 병력기간이 1년미만임을 보여 질병의 중증도와 병력기간과는 상관관계가 없음을 보여주고 있다(p=0.146)(Table 10).

Table 10. The severity of disease and the duration of disease

Severity \ Duration(yrs)	< 1	1 - 5	6 - 10	10 >	Total(%)
Mild	17	11	1	0	29(53.7)
Moderately severe	15	5	1	2	23(42.6)
Severe	2	0	0	0	2(3.7)
Total(%)	34(63.0)	16(29.6)	2(3.7)	2(3.7)	54(100)

test for trend : p = 0.146

10) 병의 중증도 및 에스자상 결장경 소견 상 병소범위

에스자상 결장경 검사상 직장만 침범한 경우에는 모두가 병이 경한 경우였으며, 직장상방까지 침범한 경우에는 경한 경우가 22예, 중등중인 경우가 23예, 중증인 경우가 2예임을 보여 병소범위와 질병의 중증도와는 상관관계가 있음을 보여주었다($p < 0.05$)(Table 11).

Table 11. The severity and the extent of colitis

Extent \ Severity	Mild	Moderately severe	Severe	Total
rectum only	7(100.0)*	0	0	7(100.0)
others	22(46.8)*	23(48.9)	2(4.3)	47(100.0)
Total	29(53.7)	23(42.6)	2(3.7)	54(100.0)

Numbers in parentheses are percent.

* test for trend : $p < 0.05$

11) 병의 중증도 및 내시경적 중증도

내시경적소견의 중증도와 질병의 중증도의 관계를 살펴 보면, 에스자상 결장경검사소견상 경도의 경우에는 질병이 경한 경우가 4예, 중등중인 경우가 1예였으며, 중등도 경우에는 질병이 경한 경우가 14예, 중등중인 경우가 8예였으며, 고도의 경우에는 질병이 경한 경우가 9예, 중등중인 경우가 13예, 중증인 경우가 2예로 내시경적 중증도와 질병의 중증도와는 어느 정도 상관관계가 있음을 보여 주었으나 통계학적으로 유의하지는 않았다($p = 0.062$)(Table 12).

Table 12. The severity of diseases and endoscopic grading

Grading \ Severity	Mild	Moderately severe	Severe	Total
Mild	4(80)	1(20)	0	5(100.0)
Moderate	14(63.6)	8(36.4)	0	22(100.0)
Severe	9(37.5)	13(54.2)	2(8.3)	24(100.0)

Numbers in parentheses are percent

test for trend : $p = 0.062$

12) 치료 및 결과

총 50예에서 내과적 치료를 받았으며, 내과적 치료로서는 증상이 경증인 경우는 설파살라진 및 스테로이드 관장치료를 시행하고, 증상이 중등도인 경우는 설파살라진 및 스테로이드 경구 투여를, 중증인 경우에는 금식 및 스테로이드 정주요법을 시행하였다. 내과적 치료를 받았던 50예중 4예에서는 내과적 치료에 반응하지 않았고, 11예(22.0%)에서 재발하였는데, 그중 7예는 처음에는 반응했으나 설파살라진으로 유지요법을 계속하는데도 불구하고 재발하였고, 4예는 치료중단후 유지요법없이 재발하였다. 수술은 내과적 치료에 반응하지 않았던 4예를 포함한 9예(16.7%)에서 시행하였는데 그중 3예는 수술전 대장의 협착소견을 보임으로서 대장암과의 감별이 어려워 확진을 위해 시행하였으며, 1예에서는 5년간의 병력을 가진 환자에서 결장경하 조직검사상 심한 이형성중소견을 보여 수술을 시행하였고, 1예에서는 다발성 선종이 동반되어 가족성 대장 용종증의 가능성을 배제할 수 없어서 이의 진단을 위해 수술하였고 수술 결과로는 염증성용종으로 판정되었으나 추적관찰이 되지 않아서 최종적인 진단은 알 수 없었다. 그리고 이때 시행한 술식은 3예는 대장암이 의심되어 대장암의 수술방법인 결장 반절제술, 직장 전적출술, 결장 부분절제술을 하였고, 5예에서는 전대장적출술 및 회장조루술을 시행하였다(Table 13, 14).

Table 13. Outcome of medical therapy

Outcome	No.	%
Improved	35	70
Not improved	4	8
Relapse	11	22
Total	50	100

Table 14. Operative treatment

Age/Sex	Situation	Indication	Operation	Complication
43/F	Elective	Toxic megacolon	Proctocolectomy + ileostomy	Sepsis
43/F	Elective	Unresponsive to Tx.	Left hemicolectomy	None
62/F	Elective	To confirm FAP*	Proctocolectomy + ileostomy	None
34/M	Elective	To confirm Dx.	Anterior resection of rectum	None
16/F	Elective	Unresponsive to Tx.	Proctocolectomy + ileostomy	None
66/F	Elective	Unresponsive to Tx.	Proctocolectomy + ileostomy	Wound abscess
58/F	Elective	To confirm Dx.	Segmental resection of colon	None
67/F	Elective	To confirm Dx.	Right hemicolectomy	None
37/M	Elective	severe dysplasia	Proctocolectomy + ileostomy	None

* FAP : Familial Adenomatous Polyposis

고 찰

궤양성 대장염은 설사, 혈변, 복통을 주증상으로 하고 임상증상의 재발과 완화를 반복하는 대장의 만성염증성질환¹⁾으로 1875년 Wilks등이 처음 보고하였다. 그후 원인규명을 위하여 많은 연구가 있었으나 아직 불분명한 상태에 있으며 현재 유전인자, 숙주방어인자, 장관방어인자 및 환경인자 등이 복합적으로 관여되는 것³⁾으로 생각되고 있다. 발생빈도는 지역과 인종에 따라 차이를 보이고 있으며 백인 특히 유태인에 호발하며 북유럽, 미국, 이스라엘에서는 인구 10만명당 5.8-15.1명으로 발병율이 가장 높은 반면 남미, 아시아, 아프리카에서는 드문 질환으로 되어 있다. 그러나 최근 일본, 인도, 방글라데시 등의 아시아국가에서 점차 발생빈도가 증가 추세에 있다^{5, 7)}. 저자들의 성적에서도 1987년부터 1994년까지 8년동안 29예에서 발생하였는데 1995년부터 1997년까지 3년간 발생한 것이 25예로서 최근 발생빈도가 증가하는 추세를 보였다.

그리고 궤양성 대장염의 발생율을 살펴보면 고발생지역에서의 발생율은 1980년대 이래 고원상태(plateau)를 유지하며 더 이상 늘지 않는 데 비하여 최근 들어 저발생 지역의 발생율이 빠른 속도로 증가추세¹⁹⁾를 보이고 있는데, 이러한 이유로서 1994년 장동경등²⁰⁾이 보고한 바와 같이 직장에 국한된 궤양성 직장염의 발견율이

향상된 것이 발생율 증가에 크게 기여하고 있다는 점이 지적되고 있으며, 실제로 세계적으로 볼 때 직장염은 전체 궤양성 대장염의 17-49%까지 보고되고 있고, 1965년에 비하여 1983년의 직장염 발생율이 3배이상 증가¹⁹⁾하고 있어 궤양성 대장염 발생율 증가분의 상당부분이 직장염의 증가에 기인함을 알 수 있다. 저자들의 경우에도 연도에 따르는 해부학적 병변의 위치를 보면 1995년이후의 해부학적병변의 위치는 총 19예중 8예(42.1%)가 직장에 국한되는 소견을 보인 반면 1994년이전에는 총 27예중 1예(3.7%)에서 직장염의 소견을 보여 1994년 이후 직장염의 빈도가 증가하는 소견을 보였다($p<0.05$).

성별에 따른 남녀의 비는 지역, 국가에 따라 다소의 차이가 있어 영국계 또는 북유럽계 인종의 국가에서는 1 : 1.3으로 여자에 빈도가 높으나 세계적인 통계로는 남녀비가 거의 같다⁵⁾. 그리고 우리나라의 경우 권국환등²⁾, 안현택등⁹⁾은 남녀의 비가 각각 1.36 : 1, 1.3 : 1로 남자에 다소 높았으나 백승훈등³⁾, 안명주등¹⁰⁾은 각각 1 : 1.44, 1 : 1.33으로 여자에 높은 것으로 보고하고 있어 전체적인 남녀의 비는 거의 비슷한 것으로 되어 있으며 저자들의 경우는 1 : 1.57로 여자에서 높았다.

연령에 따르는 발생빈도를 보면 본 질환은 어느 연령층에서도 발병할 수 있으나, 구미에서는 15-25세의 연령에 가장 호발⁵⁾한다고 하는데 저자들의 경우에는 30대에서 가장 호발하였다.

그러나 우리나라의 경우 권국환등²⁾, 안현택등⁹⁾은 40대, 백승훈등⁸⁾은 30대, 안명주등¹⁰⁾은 50대에서 호발하였다고 보고하여 보고자마다 다소 상이하였다. 이는 국내의 경우 증례수가 적고 소아과 증례의 누락 가능성, 조기진단 실패 등이 그 원인들일 것으로 생각되었다.

위험인자들중 흡연자보다 비흡연자에서 궤양성 대장염의 발생율이 높으며 담배를 많이 피우다가 끊으면 빈번히 재발한다는 것은 잘 알려져 있다. 흡연이 궤양성 대장염에 대해 방어작용을 하는 기전으로는 장관내 점액의 분비를 증가시키고 세포사이의 틈새를 좁혀서 세포막 투과성을 감소시켜서 항원에 노출될 가능성을 줄이며 항원에 대한 감수성을 줄일 것으로 생각된다.¹¹⁾ 저자들의 경우에서는 20세 이상 남자군에서 52.6%에서 흡연을 하였는데 이는 우리나라 20세이상 남자에서의 흡연을 68.9%¹²⁾보다 다소 낮은 소견을 보임으로서 흡연에 따르는 빈도차를 관찰하기가 어려웠다.

진단의 과정을 살펴보면 총 54예중 16예가 다른 병원에서 궤양성 대장염으로 진단받은후 치료중단으로 재발하여 내원하였고, 본원에서 진단된 경우는 38예였는데 그중에 29예는 혈변 등으로 다른 병원에 내원하여 검사후 과민성대장염, 치질, 이질, 장염, 열병, 장암, 결핵 등으로 진단하고 치료하였던 경우였고, 그 가운데 과민성대장염이 14예(48.3%)로 가장 많았던 것을 감안할 때 과민성 대장염에서도 반드시 궤양성 대장염과 감별이 필요하며, 설사등이 없이 혈변만 있는 경우에는 치질로 오인하는 경우가 있음으로써 주의가 필요하다고 생각되었다. 그리고 다른 병원에 가지 않고 바로 본원에서 검사후 궤양성 대장염으로 진단되었던 경우가 전체 54예중 9예뿐이었음으로 보아 대개의 궤양성 대장염의 환자들이 처음으로 찾는 곳이 1차 및 2차 의료기관이므로 이 곳에서 반드시 직장내시경을 구비하여 점막을 관찰하는 것이 필요하다고 하겠다.

그리고 궤양성 대장염의 임상증상은 설사, 혈변, 복통 등의 대장증상이 가장 흔한 것으로 되

어 있으며 저자들의 경우도 이와 비슷한 결과로서 혈액성 설사 70.4%, 설사 66.7%, 혈변 61.1%, 복통 16.7%로 구미 및 국내보고와 비슷하였다.

임상병리검사상 이상소견은 빈혈, 백혈구증가, 적혈구침강속도증가, 저알부민혈증 등의 순으로 관찰되었으며 이는 모두 임상증상의 증증도에 일치하여 궤양성 대장염의 증증도 평가에 있어 간접적인 방법으로 의의가 있는 것으로 생각되었다. 대장이외에 증상 및 합병증으로는 관절염이 10-15%, 결절홍반이 2-4%, 구내궤양이 10%, 안구증상이 5-8%, 그외 다양한 증상이 동반되는 것으로 보고¹³⁻¹⁷⁾되고 있으나 저자들의 경우는 간기능 이상 11.1%, 심한 신경증 3.7%, 구강궤양 1.9% 만이 관찰되어 상당히 낮은 빈도를 보였다. 이것은 아마도 후향적 연구의 특성상 필요한 항목이 정확히, 충분히 기재되어 있지 않아서 발생한 결과로 생각되며 실제로는 더 많은 빈도를 보였을 것으로 추측되었다.

병소범위는 보고자마다 다소의 차이가 있으나 구미의 경우 직장에만 국한된 경우가 약 40%, 좌측대장 침범이 약 30%, 전대장 침범이 약 30%로 알려져 있으며¹⁸⁾, 국내의 경우 권국환등²⁾은 직장에만 국한된 경우를 7.7%, 좌측대장까지 침범된 경우 38.4%, 전대장을 침범한 경우를 50.1%로 보고하였고, 백승훈등⁸⁾은 직장에만 국한된 경우를 15.4%, 좌측대장까지 침범된 경우 43.6%, 전대장을 침범한 경우를 30.8%로 보고하여 보고자마다 상이하였다. 저자들의 경우에는 직장에만 국한된 경우가 16.7%, 에스자상 결장까지 침범한 경우가 27.8%, 좌측대장까지 침범한 경우가 42.6%, 전대장을 침범한 경우가 24.1%였다.

질병의 중증도는 치료방법을 선택하거나 사망율을 예측하는데 중요한 가치를 가지므로 임상적으로 초기에 그 정도를 판정하는 것이 중요^{13,21)}하다. 고전적으로 중증도의 판정은 Truelove 등⁴⁾이 제시한 기준을 근거로 평가하며 저자들도 역시 이를 이용하였으며, Edwards등²¹⁾은 그들의 기준에 따라 경증이 54%, 중등증이 27%, 중증이

19%로 경증이 가장 많았음을 보고하였고, 우리나라에서 장동경등²⁰⁾의 보고를 보면 경증이 47.5%, 중등증이 32.9%, 중증이 19.6%로 역시 경증이 가장 많았으며, 저자들의 경우에도 병이 경증인 경우는 53.7%, 중등증이 42.6%, 중증은 3.7%로 유사한 소견을 보였다.

저자들의 성적에서는 질병의 중증도와 병력기간과는 상관관계가 없음을 보여주었다. 그리고 궤양성 대장염의 병력기간은 암성변화와 관계가 있는 것으로 되어 있어 10년이상 경과로 암성 변화의 위험도가 증가된다고 보고^{21,22)}하고 있는데, 저자들의 예에서는 10년이상 추적한 2예가 있었으나 아직은 암성변화는 관찰할 수 없었으며 계속적인 추적관찰이 필요할 것으로 생각되며, 또한 외국의 경우, 약 3-8%에서 질병의 경과 도중 병소의 범위가 확장된다^{24,25)}고 하나 저자들의 경우에는 추적결과 병소의 범위 확장이 있었던 예는 없었다.

질병의 중증도와 질병의 분포범위는 잘 일치하는 것은 아니지만 대체로 비례관계에 있음이 국외^{21,26)} 및 국내²⁰⁾ 보고를 통하여 알려져 있다. 저자들은 에스자상 결장경검사상 직장만 침범한 경우와 그 상방을 침범한 경우로 나누어서 비교하였는데 직장만 침범한 경우에는 모두가 병이 경한 경우였으며 직장상방까지 침범한 경우에는 경증이 22예, 중등도가 23예, 중증이 2예임을 보여 병소범위와 질병의 중증도와는 상관관계가 있음을 보여주었다($p<0.05$). 한편 저자들의 성적에서 내시경적 중증도와 질병의 중증도와는 어느 정도 상관관계가 있음을 보여 주었으나 통계학적으로 유의하지는 않았다($p=0.062$).

우리나라와 같이 아직 감염성 대장질환이 비교적 많지 않는 지역에서는 그 진단이 용이하지 않을 때도 많으며 이의 확진을 위해서는 정확한 병력과 검사방법 및 그 검사법의 일상적인 시행이 매우 중요하다. 이러한 면에서 볼 때 궤양성 대장염의 침범부위결정에 있어서 백승훈등⁸⁾이 대장조영술의 진단율이 50%미만이라고 보고한 사실은 의미가 크며, 특히 급성기의 경우에는 질환이 심한 경우에도 대장조영술

상 정상으로 나오는 경우가 종종 있음이 알려져 있고¹⁸⁾, 저자들의 예에서도 총 54예중 8예에서는 에스자상 결장경검사상 관찰부위 전체에서 궤양성 대장염의 점막의 변화를 보였으나, 대장조영술상 정상소견을 보임으로써 대장조영술이 병의 진단 및 병소범위결정에 큰 도움이 되지 않음을 나타내었다.

궤양성 대장염의 치료는 약물에 반응하지 않는 경우와 합병증이 있는 경우를 제외하고는 내과적 치료가 원칙인데, 내과적 치료로서는 증상이 경증인 경우는 설파살라진 및 스테로이드 관장치료를 시행하고, 증상이 중등도인 경우는 설파살라진 및 스테로이드 경구투여를, 중증인 경우에는 금식 및 스테로이드 정주요법을 시행하였다. 내과적 치료를 받았던 50예중 46예(92%)에서 완해되었고 그중 11예(22%)에서 재발을 보였는데 재발된 11예중 7예는 유지요법 중 재발하였으며, 4예는 치료 중단후 재발하였다.

궤양성 대장염의 재발의 원인에 대하여는 정신적긴장^{27,28)}, 상기도감염²⁹⁾, 약물복용³⁰⁻³²⁾, 계절적요인³³⁻³⁵⁾ 등이 있으나 아직 뚜렷한 원인이나 유발인자는 밝혀진 것이 없으며, 최재현 등¹⁸⁾은 2년내 재발율을 94.8%로 보고한 바 있으며, Edward등은 장기간의 관찰에서 초발후 64.4%에서 재발을 한다²¹⁾고 하였는데, 저자들의 경우에 재발율의 빈도가 낮은 것은 후향적 연구로 기록이 자세히 남아있지 않음으로 해서 재발하였는데도 누락된 경우가 있을 수 있었던 것으로 생각되었다.

궤양성 대장염에서 수술의 적응증으로서は大장천공, 과도한 출혈 및 대장암이 병발한 경우등의 절대적인 경우와 중증 대장염으로 내과적 치료에 불응하는 경우, 5년 이상에 걸쳐 자주 재발하거나 스테로이드로 인한 합병증이 생긴 경우, 암성변화가 의심되는 경우 등의 상대적으로 수술이 필요한 경우³⁶⁾를 들 수 있고, 장기적인 추적관찰중 궤양성 대장염의 약 20-25%에서 이러한 수술을 필요로 하게 된다³⁷⁾고 알려져 있는데, 저자들의 경우에는 독성거대결

장, 치료에 반응하지 않는 난치성, 10년 이상의 병력을 가진 환자에서 심한 이형성증소견을 보인 경우 및 대장암과의 감별진단을 위해서 9예(16.7%)에서 수술을 시행하였고, 국내의 경우 권국환등²⁾은 30.8%, 백승훈등⁸⁾은 12.8%, 안현택등⁹⁾은 43%에서 수술요법이 필요하였다고 보고하였다.

결론적으로 궤양성 대장염은 진단과정에 있어서 과민성대장염이나 치질등으로 오진되어 치료가 지연된 경우가 있으므로 그런 경우에 궤양성 대장염을 의심해서 반드시 에스자상 결장경검사 등을 시행해야 할 필요가 있다고 생각되었고, 진단후 철저한 치료 및 추적관찰이 필요하며, 또한 현재까지 전체 한국인의 궤양성 대장염의 임상상에 대해 전국적인 보고가 없으므로 이에 대한 연구가 더 필요할 것으로 생각되었다.

결 론

궤양성 대장염은 서구에는 비교적 많으나 한국에서는 아직 발견빈도가 낮은 만성 염증성 대장질환으로 최근 대장내시경의 발달로 한국에서도 조기 발견의 예가 증가하고 있는 추세이나 그 증례가 많지 않아 정확한 임상적 연구가 만족하지 못한 상태이다. 이에 저자들은 1987년 1월부터 1997년 12월까지 고신의료원 내과에서 궤양성 대장염으로 확진된 54예 대해서 임상적고찰을 하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 발생연령은 30대에서 가장 호발하였고 남녀의 비는 1:1.57 이었으며, 병력기간은 1년이내가 34예(63%)로 가장 많았으며, 최근에 전체 발생빈도 및 직장염의 발생빈도가 증가하는 경향을 보였다.

2. 임상증상은 혈액성설사가 38예(70.4%)로 가장 많았고, 검사실소견은 빈혈($Hb \leq 11g/dl$)을 보인 경우가 20예(37.3%)로서 가장 많았으며, 합병증으로는 간기능이상이가 6예로서 가장 많았

다. 진단과정에 있어서 타 질환으로 오인된 예들에서는 과민성 대장염(48.3%), 치질(13.8%) 등이 많았다.

3. 내시경소견상 점막의 역출혈성소견을 보인 경우가 38예(70.4%)로 가장 많았으며, 조직병리 검사상 비특이적인 염증을 보인 경우가 92.3%(50예)로 가장 많았고, crypt 농양을 보인 경우가 15예(27.8%)였다.

4. 병의 중증도는 경증이 29예(53.7%)로 가장 많았고, 중증이 2예(3.7%)였으며, 병의 중증도와 병소범위 사이에는 상관관계가 있음을 보여주고 있고($p < 0.05$), 병의 중증도와 내시경적 중증도 사이에는 어느정도 상관관계가 있음을 보여주었다($p = 0.062$). 그러나 병력기간과 질병의 중증도 사이에는 상관관계가 없음을 보여주었다($p = 0.146$).

5. 내과적 치료 후 전체 54예중 35예(70%)에서 장기적인 호전을 보였으며, 치료에 반응했으나 재발을 한 경우는 11예, 내과적 치료에 반응하지 않았던 경우는 4예였다.

6. 수술은 내과적치료에 실패한 4예를 포함한 9예(16.7%)에서 시행하였는데 그중 3예는 수술 전 대장암이 의심되어 확진을 위해 시행하였으며, 4예는 내과적 치료에 반응하지 않는 경우였고 1예는 심한 이형성증소견을 보여서 수술을 시행하였으며, 1예는 다발성 선종이 동반되어 수술하였다.

궤양성 대장염은 진단과정에 있어서 과민성 대장염이나 치질등으로 오진되어 치료가 지연된 경우가 있으므로 그런 경우에 궤양성 대장염을 의심해서 반드시 에스자상 결장경검사 등을 시행해야 할 필요가 있음을 보여 주었고, 진단후 철저한 치료 및 추적관찰이 필요하며, 또한 현재까지 전체 한국인의 궤양성 대장염의 임상상에 대해 전국적인 보고가 없으므로 이에 대한 연구가 더 필요할 것으로 생각되었다.

참고문헌

1. Kirsner JB : Ulcerative colitis. In : Berk

- JE, eds. Bockus gastroenterology. 4th ed., Philadelphia, WB Saunders, 1985, 2093~2095
2. 권국환, 박정수, 김병로, 김춘규 : 궤양성 대장염의 임상적고찰. 대한소화기병학회잡지 16 : 121~130, 1984
3. Michael OB : Endoscopy. In : Bayless TM, eds. Current management of inflammatory bowel disease., Philadelphia, BC Decker Inc 10~18, 1989
4. Truelove SC, Witts LJ : Cortisone in ulcerative colitis. Final report on a therapeutic trial. Br Med J 2 : 1041~1048, 1955
5. Kirsner JB : Chronic inflammatory bowel disease : Review of etiology and pathogenesis. In : Berk JE, eds. Bockus gastroenterology. 4th ed., Philadelphia, WB Saunders, 1985, 2117~2119
6. Gregory W : Epidemiology of inflammatory bowel disease, MCNA 74 : 1~11, 1990
7. Ishikawa M : Crohn's disease, nonspecific ulcer of the small intestine and idiopathic proctocolitis in a Japanese University Hospital from 1954 to 1974. Tohoku J Exp Med 118 : 97~109, 1976
8. 백승훈, 송인성, 최규완 : 궤양성 대장염의 임상적관찰. 대한소화기병학회잡지 17 : 229~237, 1985
9. 안현택, 이성훈, 주영만, 오동주, 이만호, 이상종 : 궤양성 대장염의 임상적관찰. 대한소화기병학회잡지 18 : 469~475, 1986
10. 안명주, 민경량, 함준수, 이민호, 기춘석, 박경남 : 궤양성 대장염 28예에 대한 임상적고찰. 대한소화기병학회잡지 7 : 19~26, 1987
11. Shanahan F : Pathogenesis of ulcerative colitis. Lancet 342 : 407~411, 1993
12. 송건용, 남정자, 최창수, 김태정 : 1992년도 국민건강 및 보건 의식 행태조사-보건 의식 행태 조사결과- 한국보건사회 연구원. 1993
13. Jewell DP : Ulcerative colitis. In : Sleigenger MH, Fortran JS, eds. Gastrointestinal disease. 5th ed, Philadelphia, WB Saunders. 1993, 1305~1307
14. Binder V, Beth H, Hancen PK, Hendriksen C, Kreiner S, Torpperderson K : Incidence and prevalence of ulcerative colitis and Crohn's disease in the country of Copenhagen, 1962 to 1978. Gastroenterology 83 : 563~568, 1982
15. Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar P B : The extra-intestinal complication of Crohn's disease and ulcerative colitis. A study of 700 patients. Medicine 4 : 401~412, 1976
16. Mir-Madjlessi SH, Taylor JS, Farmer RG : Clinical course and evolution of erythema nodosum and pyoderma gangrenosum in chronic ulcerative colitis. A study of 42 patients. Am J Gastroenterol 80 : 615~620, 1985
17. Monsen U, Sarstad J, Hellers G, Johansson C : Extracolonic diagnosis in ulcerative colitis. Am J Gastroenterol 85 : 711~716, 1990
18. 최재현, 현진해 : 궤양성 대장염 39예에 대한 임상적 고찰. 대한소화기병학회지 24 : 493~500, 1992
19. 송인성 : 염증성 장질환의 분류 및 역학. Medical postgraduates 25 : 2~7, 1997
20. 장동경, 이국래, 김재규, 김용태, 정현채, 송인성, 최규완, 김정룡, 박재갑, 이풍렬, 최상운 : 만성 궤양성 대장염의 추적 관찰. 대한소화기병학회지 26 : 907~918, 1994
21. Edwards FC, Truelove SC : The course and prognosis of ulcerative colitis. Gut 4 : 299~308, 1963

22. Nugent FW, Haggitt RL, Coldler H, Dufferuff GC : Malignant potential of chronic ulcerative colitis. *Gastroenterology* 76 : 1~5, 1978
23. Farmer, RG, Hawk WA, Turnbull RB : Carcinoma associated with mucosal ulcerative colitis and with transmural colitis and enteritis. *Cancer* 28 : 289~292, 1971
24. Niv Y, Bat L, Ron E : Change in the extent of colonic involvement in ulcerative colitis : A colonoscopic study. *Am J Gastroenterol* 82 : 1046~1051, 1987
25. Powell-Tuck J, Ritchie JK, Lennard-Jones JE. : The prognosis of idiopathic proctitis. *Scand J Gastroenterol* 12 : 727~732, 1977
26. Janet G, Rolny P, Sandberg-Gertzen : Intensive intravenous treatment of ulcerative colitis. *Gastroenterology* 89 : 1005~1013, 1985.
27. Murry CD : Psychogenic factors in the etiology of ulcerative colitis and bloody diarrhea. *Am J Med Sci* 180 : 239~248, 1930
28. Daniels GE : Psychiatric factors in ulcerative colitis. *Gastroenterol* 10 : 59~62, 1948
29. Mee As, Jewell DP : Factors inducing relapse in inflammatory bowel disease. *Br Med J* 2 : 801~802, 1978
30. Rampton DS, Mcneil NI, Sarnar M : Analgesic ingestion and other factors preceding relapse in ulcerative colitis. *Gut* 24 : 187~189, 1983
31. Rampton DS, Sladen GE : Relapse of ulcerative proctocolitis during treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Postgrad Med J* 57 : 297~299, 1981
32. Kaufmann HJ, Taubin TL : Nonsteroidal antiinflammatory drugs activate quiescent inflammatory bowel disease. *Ann Intern Med* 107 : 513~516, 1987
33. Myszor M, Calam J : Seasonality of ulcerative colitis. *Lancet* 2 : 522~523, 1984
34. Riley SA, Mani V, Goodman MJ, Lucas S : Why do patients with ulcerative colitis. *JR Coll Surg Edinb* 31 : 158~160, 1986
35. Sellu DP : Seasonal variation in onset of exacerbations of ulcerative colitis. *JR Coll Surg Edinb* 31 : 158~160, 1986
36. Wyngaarden, JB, Smith SH : Inflammatory bowel disease. In *Cecil Textbook of Medicine*. 10th ed, Philadelphia, WB Saunders, 1985, 740~756
37. Petersdorf RG, Adams RD, Braunwald E, Isselbacher KJ, Martin JB, Wilson JD : Inflammatory bowel disease. In *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 10th ed. McGraw-Hill book Co., New York, 1983, 1738~1752