KISEP Head and Neck Korean J Otolaryngol 1998;41(3):381-384

인후두부 이물감을 호소하는 환자에서의 기질적 요인 및 심인성 요인의 중요성

성균관대학교 의과대학 이비인후과학교실,[1] 내과학교실,[2] 정신과학교실[3]
손영익[1] · 권중근[1] · 이풍렬[2] · 이화영[2] · 유범희[3] · 김지혜[3]

Importance of Psychological Factors and Organic Factors in Globus Pharyngeus

Young-Ik Son, MD[1], Joong-Keun Kwon, MD[1], Poong-Lyul Rhee, MD[2], Hwa-Young Lee, MD[2], Bum-Hee Ryu, MD[3] and Ji-Hae Kim, PhD[3]

[1]Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, [2]Internal Medicine, [3]Psychiatrics, College of Medicine, Sung Kyun Kwan University, Samsung Medical Center, Seoul, Korea

ABSTRACT

Background and Objectives : Recently, researchers have come to believe that gastroesophageal reflux (GER) and esophageal motility disorders are the most important etiologic factors causing globus pharyngeus. On the other hand, psychological factors such as somatization or depression are regarded as relatively less important etiologic factors. In an attempt to verify this current belief, the authors performed a prospective study in patients who complained of globus sensation in the throat. **Materials and Methods** : Among 62 adult patients with globus symptoms, 33 patients underwent 24-hour esophageal ambulatory pH-monitoring ; 46 patients underwent esophageal manometry ; 26 patients underwent Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI) ; and 25 patients underwent Becks depression index (BDI) test. **Results** : GER was diagnosed in 21.2% of the tested patients and non-specific esophageal motility disorder was found in 4.3%. MMPI showed abnormalities in 57.7% of the tested patients, and BDI showed a high index of depression in 96% of the tested patients. **Conclusions** : In contrast to the current belief, GER and esophageal motility disorder should be regarded as just one of the possible etiologic factors, and psychological factors should not be ignored in the evaluation of a patient with globus pharyngeus. **(Korean J Otolaryngol 1998;41(3):381-384)**

KEY WORDS : Globus pharyngeus · Gastroesophageal reflux · Esophageal motility disorder · Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI) · Depression.

서 론

인후두부 이물감을 주소로 병원을 찾는 환자는 이비인후과 외래 초진의 약 4%를 차지할 만큼 흔하지만,[1)] 아직 그 병인이 뚜렷이 밝혀지지 않았으며, 진단이나 치료 역시 쉽지 않은 실정이다. 과거에는 " 히스테리구 " 라 하여 히스테리 전환증이나 정신신체장애 등 심인성 질환으로 해석[2)]하는 경향이 많았으나, 최근에는 위식도역류, 식도운동장애 등이 인후두부 이물감의 중요한 병인으로 강조되고 있다. 최근 보고에 의하면 40 65%의 인후두부 이물감환자에서 위식도역류를 진단하였다고 하나,[3-5)] 저자들의 경험으로는 위식도역류로 진단되거나, 그에 준한 치료로 이물감이 호전되는 예가 보고된 바에 비하여 많지 않아, 인후두부 이물감을 호소하는 환자에서의 심인성 요인과 위식도역류 및 식도운동장애 등 기질적 요인의 중요성을 재평가하여 보고자 하였다.

논문접수일 : 1997년 10월 29일 / 심사완료일 : 1997년 12월 16일
교신저자 : 손영익, 135 - 710 서울 강남구 일원동 50
성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 이비인후과학교실
전화 : (02) 3410 - 3575 · 전송 : (02) 3410 - 3879
E - mail : yison@smc.samsung.co.kr

대상 및 방법

1994년 12월부터 1996년 7월까지 본원 이비인후과 외래를 방문한 환자로서 6개월 이상의 인후두부 이물감을 호소하는 환자 중 이비인후과적인 이학적 검사상 특이 소견이 없으며, 읽고 쓰기가 가능한 10대에서 60대사이의 환

자 62명을 대상으로 하였다. 대상군은 여자 40명, 남자 22명으로 평균연령은 각각 44세, 46세였으며 연령별로는 30대에서 40대 사이가 33.9%로 가장 흔하였다.

위식도역류 또는 식도운동장애의 진단을 위하여, 검사에 응한 33명에서 24시간 식도산도측정(24 - hour ambulatory pH monitoring)을 하였고, 46명에서 식도내압측정(eso - phageal manometry)을 하였으며, 48명에서 위식도 내시경검사를 시행하였다. 24시간 식도산도측정은 단일 probe 형태인 Digitrapper III (Synectics medical, Sweden)를 이용하였으며, probe의 위치는 식도하부괄약근 5 cm상방에 위치하도록 하였다. 산도가 4미만으로 떨어지는 경우를 역류로 간주하여 1) 총 역류 횟수, 2) 5분이상 지속되는 역류 횟수, 3) 가장 긴 역류지속시간(분단위), 산에 노출된 시간 백분율을 4) 전체 24시간 동안, 5) 걸어다니는 동안, 6) 누워있는 동안에 대해 수치를 구한 뒤 Johnson and DeMeester scoring table[6]에 의거해 계산하였다. 위식도 역류의 진단 기준으로는 DeMeester score가 14.73이상인 경우로 정하였다. 식도내압검사는 Microcapillary Infusion System (Synectic medical, Sweden)을 사용하였고 근위부에는 8 channel, 체부에는 3 4 channel, 원위부에는 5 channel을 위치시켜 식도압력을 측정하였다.

심인성 요인의 중요성을 파악하기 위하여, 검사에 응한 26명에서 MMPI(Minnesota multiphasic personality in - ventory) 검사를 시행하였으며, 그 중 25명에서는 Beck's depression index(BDI)를 함께 구하였다. MMPI 및 BDI는 본원 정신과 소속의 임상 심리학자에게 의뢰하여 실시하였으며, 정신과 전문의에 의하여 평가 및 분석되었다. MMPI의 경우 한국심리학회 산하 임상심리학회편 다면적 인성검사[7]를 이용하였고 척도1(건강염려증, Hs), 척도2(우울증, D), 척도3(히스테리, Hy), 척도4(반사회성, Pd), 척도5(남성특성 – 여성특성, Mf), 척도6(편집증, Pa), 척도7(강박증, Pt), 척도8(정신분열증, Sc), 척도9(경조증, Ma), 척도0(내향성, Si) 등 10개의 척도에 대한 각각의 T - 점수를 분석하였다. BDI검사는 21개의 문항으로 이루어진 한국판 Beck's depression inventory를 이용하였으며 각각의 문항은 문제의 정도에 따라 4개 중 하나의 답을 하도록 되어있다. 이들 답은 문제의 정도에 따라 0에서 3점까지 점수가 주어지며 총 점수는 0에서 63점까지의 범위에 있게 된다.[8]

결 과

24시간 식도산도측정을 받은 환자 중 21.2%에서 위식도역류로 진단되었으며, 식도내압검사상 4.3%에서 비특이적인 운동장애의 소견이 관찰되었고, 위식도내시경검사상 2.1 %에서 역류성식도염의 소견을 보였다(Table 1).

Table 1. Results of gastroesophageal examinations

Tests / Findings	Frequency	Percentage (%)
24-hr esophageal pH monitoring	*(n=33)*	
Normal	26	78.8
Gastroesophageal reflux	7	21.2
Esophageal manometry	*(n=46)*	
Normal	42	91.3
Gastroesophageal reflux	2	4.3
Nonspecific esophageal motor disorder	2	4.3
Gastrofiberscopy	*(n=48)*	
Normal	10	20.8
Gastritis	32	66.7
Polyp	2	4.2
Duodenal scar	2	4.2
Gastroesophageal reflux	1	2.1
Xanthoma	1	2.1

Table 2. Results of Minnesota multiphasic personality inventory *(n=26)*

Disorder	Cumulative frequency
Somatization disorder	8
Depression	6
Dysthymia	5
Hypochondriasis	4
Personality disorder	2
Adjustment disorder	1
Stress disorder	1
Anxiety disorder	1

MMPI검사상 57.7%에서 이상 소견을 보였으며, 한 환자에서 중복되어 여러 이상 소견이 관찰되기도 하였고, 신체화경향(somatization), 우울증(depression), 정서불안(dysthymia), 건강염려증(hypochondriasis)의 순으로 진단되었다(Table 2). 각 임상 척도별로 살펴보면 건강염려증, 우울증, 히스테리, 강박증의 T - 점수가 비교적 높은 편이었으나, T - 점수의 평균값은 60점 이하로 정상 범위 내에 있었다(Fig. 1). BDI 검사에서는 피검자 25명중 24명이 21점이상의 점수를 보였으며 평균 29.0의 높은 점수를 보였다.

고 찰

본 연구 결과의 특이한 점은 최근 일련의 연구 결과[9-13]와 달리 인후두부 이물감이 위식도역류나 식도운동장애와의 관련성이 비교적 떨어진다는 점이다. Koufman 등[9]은

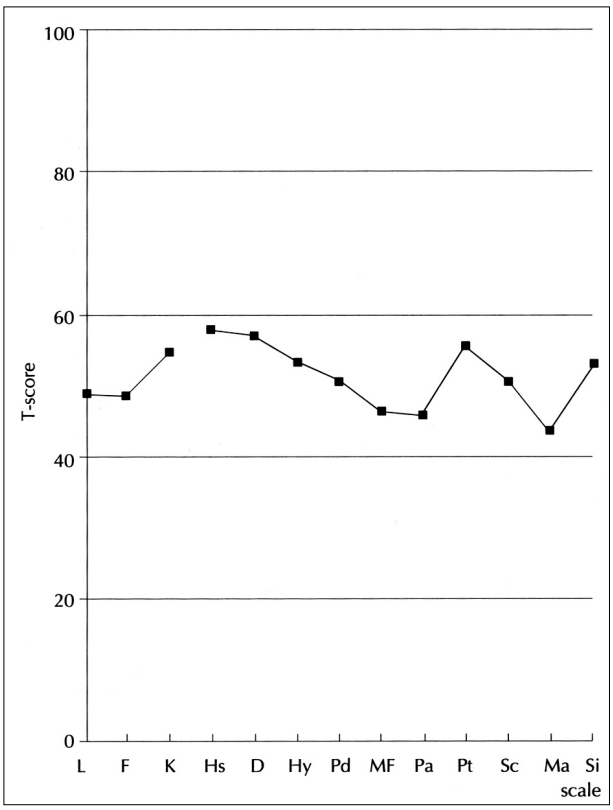


Fig. 1. T-scale of MMPI (n=26) test shows relatively high scores in hypochondriasis (Hs), depression (D), and psychasthenia (Pt) scale.
L=lie scale, F=frequency scale, K=K scale, Hs=hypochondriasis, D=depression, Hy=hysteria, Pd=psychopathic deviation, Mf=masculinity-femininity, Pa=paranoia, Pt=psychasthenia, Sc=schizophrenia, Ma=hypomania, Si=social introversion

대다수의 인후두부 이물감을 호소하는 환자는 기질적 원인이 있으며 그 중 상당수는 위식도역류에 기인한다고 하였고, Lorenz 등[13]은 47%, Batch 등[3][4]은 65%, Kang 등[5]은 42.2%에서 위식도역류를 진단할 수 있었다고 하였으나, 본 연구에서는 위식도역류에 가장 민감하다는 24시간 식도산도측정에서 21.2%만이 위식도역류로 진단되어 그 연관성이 미약한 것으로 보였다. Jacob 등[14]은 dual-probe를 사용하여 24시간 산도측정을 한 결과 하부식도괄약근 직상부에서 측정한 원위부의 pH변화보다는 인두 부근에서 측정한 근위부의 pH변화가 후두부의 증상 및 변화와 연관성이 더 많다고 보고한 바 있으나, pH변화는 원위부가 근위부보다 더 민감하였다는 연구[15][16]를 감안하면, 원위부의 pH변화를 측정한 본 실험을 원위부 및 근위부 양쪽의 dual-probe를 이용한 방법으로 대신하더라도 위식도역류와 인후두부 이물감의 연관성은 높아지지 않을 것으로 예측할 수 있다. 한편 Wilson 등[17]도 47명의 환자를 대상으로 한 24시간 산도측정법검사에서 15%정도의 낮은 연관성을 보고하고 있어 위식도역류는 인후두부 이물감과 연관성은 있으나 원인의 일부분일 뿐이지, 대부분을 설명할 수 있는 가설모델로는 적절하지 못하다고 사료되었다.

식도운동질환과 인후두부 이물감의 관계에 관하여 Moser 등[10]은, 인후두부 이물감을 호소하는 환자의 90%에서 식도운동장애가 있으며 그 대다수가 이완불능증이라 하였고, Watson 등[11]도 식도운동질환과의 높은 연관성을 주장한 바 있으나, Wilson 등[17]은 인후두부 이물감 환자의 81%에서 정상식도압을 관찰하였다고 보고하여 이견이 있는 실정이다. 본 연구에서는 이완불능증이 1례도 없었으며, 식도내압검사에서 4.3%만이 비특이적인 식도운동장애를 보여, 인후두부 이물감과 식도운동질환 사이에 높은 연관성이 있을 것이라는 주장은 재고의 여지가 있다고 사료되었다.

인후두부 이물감이 전환장애 중 단일 증상을 보이는 것이라는 주장이 있으며,[17] 히스테리 전환증, 정신신체장애로 분류하거나 히스테리성격보다는 강박적 성격이 강하다는 정신과적 연구가 있으나,[2] 최근의 연구들이 기질적 요인을 강조하는 경향임을 감안할 때, 본 연구의 MMPI 결과 및 BDI 결과는 예상외로 많은 수에서 이상 소견을 보인다는 점에서 다소 의외였다. MMPI검사의 이상 소견 빈도는 정신신체화장애, 우울증, 건강염려증 등이 다수를 차지하고 있어 Park 등[19]이 보고한 바와 비슷하였으나, T-척도 개개의 점수는 모두 60점 이하로 정상 범위에 드는 것으로 나타나, MMPI 결과만으로는 인후두부 이물감을 호소하는 환자에서 건강염려증, 우울증, 강박증, 히스테리 등의 경향이 높다고 일반화할 수는 없다. 한편 BDI는 피검자 25명 중 24명이 21점 이상의 점수를 보였으며 평균 29.0의 높은 점수를 보여, 한국인에서 우울증으로 잠정적으로 진단될 수 있는 절단 점수 21점[20]을 고려할 때, 인후두부 이물감 환자에서 우울증의 경향이 강함을 보여 주었다. 하지만 피검자의 96%에서 우울증의 소견이 있다는 결과는 여과없이 받아들이기 곤란하며, 이는 한국인에 있어서의 BDI에 대한 충분한 연구 및 병원을 내원하는 환자 등에 대한 기초 조사가 추후 뒷받침되어야 검사 결과의 타당성을 입증할 수 있으리라 사료되었다.

결 론

인후두부 이물감을 호소하는 환자에서 위식도역류 및 식도운동질환 등의 기질적 요인 및 건강염려증이나 우울증 등의 심인성 요인의 중요성을 파악하기 위하여, 62명의 성인환자를 대상으로 24시간 식도산도측정, 식도내압측정, 위식도내시경, MMPI, BDI 검사 등을 시행하였다. 위식도

역류는 21.2%에서, 식도운동장애는 4.3%에서 이상 소견을 보였고, MMPI에서는 57.7%에서, BDI에서는 96%에서 이상 소견을 보였다. 따라서 인후두부 이물감의 대부분을 위식도역류와 식도운동질환으로 설명하려는 최근의 시도는 재고되어야 하며, 인후두부 이물감을 호소하는 환자에서 신체화경향, 우울증, 정서불안, 건강염려증 등의 심인성의 요인을 무시할 수 없으며, 특히 우울증은 강한 연관성이 있을 것으로 보여, 환자 진료시 참고하여야 할 것으로 사료되었다.

중심 단어 : 인후두부 이물감 · 위식도역류 · 식도운동장애 · 다면적 인성검사 · 우울.

REFERENCES

1) Moloy PJ, Charter R. *The globus symptom. Incidence, therapeutic response, and age and sex, relationships. Arch Otolaryngol 1982; 108:740-44.*
2) Letinen V, Pukahka H. *A Psychosomatic approach to the globus hystericus syndrome. Acta Psychiat Scand 1976;53:21-8.*
3) Batch AJG. *Globus pharyngeus. Part Ⅰ. J Laryngol Otol 1988; 102:152-58.*
4) Batch AJG. *Globus pharyngeus. Part Ⅱ. J Laryngol Otol 1988; 102:227-30.*
5) Kang YW, Han CY, Park SK. *Esophageal motility disorder in patients with globus senses in throat or anterior chest. Korean J Gastroenterol 1993;25:251-57.*
6) Johnson LF, DeMeester TR. *Development of the 24-hr intraesophageal pH monitoring composite scoring system. J Clin Gastroenterol 1986;8(suppl 1):52-8.*
7) 김영환 김재환 김중술 노명래 신동균 염태호 등. 다면적 인성검사 실시 요강. 한국 가이던스;*1994. p.1-10.*
8) Beck AT, Steer RA, Garbin MG. *Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev 1988;8:77-100.*
9) Koufman JA. *The otolaryngologic manifestation of gastroesophageal reflux disease: Clinical study of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. Laryngoscope 1991;101(suppl 53) :1-28.*
10) Moser G, Vacariu-Granser GV, Schneider C, Abatzi T-A, Pokerser P, Stacher-Janotta G, *et al. High incidence of esophageal motor disorder in consecutive patients with globus sensation. Gastroenterology 1991;101:1512-21.*
11) Watson WC, Sullivan SN. *Hypertonicity of the cricopharyngeal sphincter: A cause of globus sensation. Lancet 1974;2:1417-19.*
12) Flores TC, Cross FS, Jones RD. *Abnormal esophageal manometry in globus hystericus. Ann Otol Rhinol Laryngol 1981;90:383-86.*
13) Lorenz R, Jorysz G, Clasen M. *The globus syndrome: Value of flexible endoscopy of the upper gastrointestinal tract. J Larygol Otol 1993;107:535-37.*
14) Jacob P, Kahrilas PJ, Herzon G. *Proximal esophageal pH-metry in patients with reflux esophagitis. Gatsroenterology 1991;100: 305-10.*
15) Woo P, Noordzij P, Ross JA. *Association of esophageal reflux and globus symptom: Comparison of laryngology and 24 -hour pH manometry. Otolaryngol Head Neck Surg 1996;115:502-07.*
16) Frank M, Komisar A. *Ambulatory pH monitoring in the management of reflux. Ann Otol Rhinol Laryngol 1993;102(4 pt1) :243-46.*
17) Wilson JA, Heading RC, Maran AGD, Pryde A, Piris J, Allan PLR. *Globus sensation is not due to gastroesophageal reflux. Clin Otolaryngol 1987;12:271-75.*
18) Wilson JA, Deary IJ, Maran AGD. *Is globus hystericus? Br J Psychiatry 1988;153:335-39.*
19) Park CS, Kang DW, Shin HG, Shon JW, Hahn KH. *Clinical characteristics of globus hystericus. The Seoul J Psychiatry 1989; 15:29-38.*
20) Hahn HM, Yum TH, Shin YW, Kim KH, Yoon DJ, Chung KJ. *A standardization study of Beck depression inventory in Korea. J Korean Neuropsychiatric Association 1986;25:487-502.*