

## 늑막유착을 동반한 질환의 비디오 흉부수술

서울대학교 병원 흉부외과  
김현조 · 성숙 환 · 김주현

늑막 유착이 있는 경우에서의 비디오 흉부 수술은 기술적인 문제점과 출혈 및 폐실질손상의 가능성 등으로 인해 개흉술로 전환하거나 또는 비디오 흉부 수술의 금기로 인식되고 있다. 수술 전 방사선 검사로 늑막 유착이 심하다고 생각되는 환자는 비디오 흉부수술에서 제외시키지만 수술 도중 발견되는 환자가 많다. 따라서 본 병원에서는 이러한 늑막 유착이 비디오 흉부수술에 미치는 영향에 대해 후향적으로 연구하였다. 서울 대학교 병원 흉부외과에서 1992년 7월 7일부터 1995년 9월 4일까지 비디오 흉부 수술을 226명의 환자에서 시행하였고, 이중 51명 (22.6%)에서 늑막 유착이 있었다. 각 질환별 늑막 유착의 빈도를 살펴보면, 기흉 환자는 71명중에서 16명 (22.5%), 58명의 다한증 환자중 2명 (3.4%), 30명의 종격동 종양 환자중 5명 (16.7%), 늑막 질환 환자중 25명중 15명 (60.0%), 양성 폐결절에 대한 췌기절제술을 시행한 13명중 7명 (53.8%), 폐 생검 12명중 2명 (16.7%), 원발성 및 전이성 폐암에 대한 췌기절제술과 폐엽절제술 8명중 1명 (12.5%), 기관지 확장증으로 폐엽절제술을 시행 받은 2명 (100%), 기관지 절핵으로 전폐절제술을 시행 받은 1명의 환자에서 늑막 유착이 있었다.

늑막 유착은 포함된 범위에 따라 한쪽 폐의 1/3이하, 1/3에서 2/3, 2/3이상을 포함한 경우를 각각 I도, II도, III도로 나누었으며, 유착의 정도에 따라 특별한 dissection이 필요하지 않을 정도의 유착이 있는 경우를 경도, blunt 또는 sharp dissection이 필요한 경우를 중등도, 그리고 작업창 개흉이나 개흉술로의 전환이 필요한 경우를 심한 정도로 나누어 분류하였다. 유착 범위는 대부분(33명, 64.7%)이 II도에 속하였으며, I도와 III도가 각각 8명 (15.7%), 10명 (19.6%)이었고, 유착의 정도는 중등도 이하가 45명 (88.2%)이었으며, 심한 정도의 늑막 유착도 6명 (11.8%)에서 있었다. 질환별로는 기흉, 양성 폐결절, 그리고 미만성 폐질환 환자에서 수술 시간, 흉관거치기간, 재원일수 등이 늑막 유착이 있는 경우에서 통계적으로 의의가 있는 정도( $p < 0.05$ )로 증가되어 있었다. 수술 후 합병증으로 지속적 공기 유출 또는 흉관 배액은 늑막 유착의 유무와 관계는 없었으나, Horner 증후군, 횡격막 신경 손상, 횡격막 열상, 애성 등은 늑막 유착이 있었던 환자에서 발생되었다. 수술 중 개흉술로 전환하였던 8명의 환자 중에서 기관지 확장증 2명과 종격동 종양 1명에서 늑막 유착이 원인이었다.

늑막 유착이 있는 환자에서의 비디오 흉부 수술은 수술 시간, 흉관거치기간, 재원일수 등의 증가를 가져올 수 있으나, 합병증의 정도 및 빈도의 차이는 없었으며, 대부분이 중등도 이하의 유착으로 blunt 또는 sharp dissection으로 유착 박리가 가능하므로 늑막 유착 자체가 비디오 흉부 수술의 절대적인 금기는 아니며, 개흉술로의 전환 없이 수술이 가능하다.