

## 결핵성 경부 임파선염의 임상적 고찰

국립의료원 흉부내과

박미란, 김창선, 서지영, 손형대, 유남수, 조동일

= Abstract =

### Clinical Investigation of Cervical Tuberculous Lymphadenitis

Mi-Ran Park, M.D., Chang-Sun Kim, M.D., Jee-Young Seo, M.D.,  
Hyung-Dae Son, M.D., Nam-Soo Rheu, M.D. and Dong-Il Cho, M.D.

*Department of Chest Medicine, National Medical Center, Seoul, Korea*

**Background :** Cervical tuberculous lymphadenitis(CTL) is one of the most common extra-pulmonary tuberculosis. Recently overall incidence of pulmonary tuberculosis has decreased, but the incidence of tuberculous lymphadenitis has not decreased. Its duration of treatment is still controversial and the pathogenesis, prognosis and relationship with other site tuberculous are poorly published. So we did a retrograde study of 120 cases of confirmed CTL about its clinical manifestations.

**Method :** All patients were applied fine needle aspiration(FNA) of palpable enlarged cervical lymph nodes and 114 patients were examined for AFB smear and 34 patients for TB culture with aspirated fluid. 57 patients were examined Mantoux test(5TU with PPD-S). With above methods, a total of 120 patients was diagnosed as having CTL.

**Results :** 1) CTL is most prevalent in young women between the age of 20~30 years and the incidence of CTL in female is 2.5 times higher than that of male. It is located most commonly in the posterior cervical area. The most common presenting symptom is painless palpable enlarged cervical lymph nodes.

2) With FNA of enlarged cervical lymph nodes, the percentage of histopathological positivity is 82.3%. The percentage of AFB smear positivity is 38.6%, and that of TB culture positivity is 17.6% ( $p < 0.001$ ).

3) Pulmonary tuberculosis is noted in 79 cases(65.8%). And 42 cases(53.5%) of them had minimal pulmonary tuberculosis. In 14 cases(11.7%), other extrapulmonary tuberculosis coexisted and pleural tuberculosis was most common in the order.

4) CTL was treated with anti-tuberculous medication(first line drug) and median treatment duration was

---

\*본 논문은 1996년 제83차 대한 결핵 및 호흡기 학회에 같은 제목하에 발표되었음.

18.5months. During treatment, the size of involved lymph nodes decreased gradually in 62 cases(75.8%), newly developed lymph nodes were found in 25 cases(30.4%), fluctuation formation in 22 cases(26.8%) and fistula formation in 14 cases(17.0%).

**Conclusion :** CTL is prevalent in women between the age of 20~40 years and it involves posterior cervical area most commonly. CTL is treated with long-term anti-tuberculous chemotherapy. We think it is one manifestation of systemic disease and frequently coexisting with pulmonary tuberculosis. Despite anti-tuberculous chemotherapy, the size of involved lymph nodes was increased, new lymph nodes were developed or fluctuation and fistula formed in involved lymph nodes. After sufficient medication, when the patient felt pressure discomfort from enlarged lymph node or fistula was formed, we recommended total excision of involved lymph nodes.

**Key words :** (CTL)Cervical tuberculous lymphadenitis, (FNA)Fine needle aspiration, Chemotherapy.

## 서 론

결핵성 임파선염은 폐외결핵중 가장 흔한 형태의 하나이며<sup>1,5,13)</sup> 경부 임파선이 가장 호발하는 위치이다<sup>3)</sup>. 이는 주로 20~30대의 연령에서 잘 생기며<sup>1,2,4,5)</sup> 여자가 남자보다 약 2배정도 더 많이 발병한다<sup>2,5)</sup>. 또한 병의 발병은 인종에 따라 다양하게 나타나서 백인보다는 흑인과 아시아인에게서 호발한다<sup>3,4)</sup>. 결핵성 임파선염은 임파선의 국소적인 절제보다는 결핵약 복용이 기본적인 치료이며 통상의 단기 치료(6~9개월)로는 치료 기간이 부적합한 경우가 많아 대부분 18~24개월의 장기 치료를 하게 되지만<sup>4,8,9)</sup> 적절한 치료에도 불구하고 상당수에서 치료중 임파선의 크기가 커지거나 새로운 임파선염이 생기고 농양과 누공이 형성되어<sup>14,17,18)</sup> 치료 효과를 판정하고 치료 기간을 결정하는데 어려움이 있다.

이에 저자들은 국립의료원 흉부내과에 내원하여 결핵성 경부 임파선염으로 진단된 환자들의 임상 양상에 대한 후향적 고찰을 통하여 이 질환의 임상 특징과 치료 방향에 대하여 알아보고자 하였다.

## 대상 및 방법

대상은 1991년 1월 1일부터 1996년 8월 31일까지 국립의료원 흉부내과에 내원하여 경부의 임파선이 축

진된 환자 중 결핵성 경부 임파선염으로 진단된 120명을 대상으로 하였다.

환자들은 120명 모두 침범된 임파선의 세침흡인검사(fine needle aspiration)와 단순 흉부 X-선 촬영을 시행하였으며 이중 소수에서 세침흡인검사물로 항산성균 도말(114명)과 결핵균배양(34명)을 시행하였다. 57명에서 결핵 피부 반응 검사(Mantoux test)를 시행하였고 14명이 치료의 목적으로 외과적 절제술(Excisional biopsy)을 시행하였으며 상기의 방법들로 확진이 되었다.

## 결 과

1991년 1월 1일부터 1996년 8월 31일까지 국립의료원 흉부내과에 내원하여 경부 임파선의 세침흡인검사(Fine needle aspiration)를 시행한 273명을 고찰한 결과, 이 중 69명(25.3%)은 전이성 암, 84명(30.8%)은 양성 임파선염, 120명(43.9%)은 결핵성 임파선염으로 진단되었다(Table 1).

결핵성 임파선염으로 진단된 환자들의 성별 분포는 여자가 85명(70.8%), 남자가 35명(29.2%)으로 여자가 2.5배 더 호발하였다. 평균 연령은 28.9세이었고 연령별 분포는 20대가 64명(53.3%), 30대가 33명(27.5%)으로 20~30대에서 80.8%의 발병율을 보였다(Table 2).

**Table 1.** Histology of enlarged cervical lymph nodes with fine needle aspiration

	No of patients(%)
Metastatic cancer	69(25.3)
Benign lymphadenitis	84(30.8)
Tuberculous lymphadenitis	120(43.9)
Total	273(100)

**Table 2.** Sex distribution of cervical tuberculous lymphadenitis

Sex	No of patients(%)
Male	35 (29.2)
Female	85 (70.8)

**Age distribution of cervical tuberculous lymphadenitis**

Age	No of patients(%)
10~19	10(8.3)
20~29	64(53.3)
30~39	33(27.5)
40~49	7(5.8)
50~59	5(4.2)
Above 60	1(0.8)
Total	120(100)

내원시 환자들이 호소하는 임상 증상은 경부의 종괴 축진이 96명(80.0%)으로 가장 많았으며 경부 종괴에 동통이 동반되는 경우가 14명(11.6%), 호흡기 증상(기침,가래,객혈,호흡 곤란,흉통)이 동반되는 경우가 47명(39.2%), 진신 증상(체중 감소,열,피로,식욕 감소,야간 발한)이 동반되는 경우가 25명(20.8%)에서 있었으며 호흡기 증상만으로 내원해서 우연히 경부종괴가 발견된 경우도 20명(16.6%)에서 있었다(Table 3).

내원시 축진되는 임파선을 Jones and Campbell의 분류<sup>1)</sup>에 의하여 분류한 결과 stage 1이 60명(50.0%), stage 2가 27명(22.5%), stage 3이 30

**Table 3.** Presenting symptoms of cervical tuberculous lymphadenitis

Symptoms	No of patients(%)
Palpable neck mass	96(80.0)
Neck pain	14(11.7)
General symptoms weight loss,fever fatigue,anorexia, night fever	25(20.8)
Respiratory symptoms cough,sputum,hemoptysis, dyspnea,chest pain	47(39.2)

**Table 4.** Stages of lymphadenopathy by Jones and Campbell's criteria

Stage	No of patients(%)
Stage 1	60(50.0)
Stage 2	27(22.5)
Stage 3	30(25.0)
Stage 4	2(2.5)
Stage 5	1(0.0)

명(25.0%), stage 4가 2명(1.6%), stage 5가 1명(0.8%)이었다(Table 4).

경부 임파선의 위치에 따른 분포는 posterior cervical area가 57명(47.5%)으로 가장 많았으며 supraclavicular area(37.5%), jugular chain(19.2%), submandibular area(12.5%), infraauricular area(5.8%), submental area(3.3%)의 순이었다(Table 5). 침범된 임파선의 위치는 오른쪽이 41명(34.1%), 왼쪽이 49명(40.8%), 양쪽에 생기는 경우는 30명(25.0%)으로 좌우에 고르게 분포하는 양상을 보였다.

결핵 반응 검사(5TU with PPD-S)는 57명에서 시행하였으며 4명(7.0%)이 음성, 53명(93.0%)이 양성을 보였다. 결과가 음성으로 나온 경우는 모두 중 폐결핵이 동반되었다(Table 6).

Table 5. Site of cervical lymphadenitis

Site of lymphadenitis	No of patients(%)
Posterior cervical	57(47.5)
Supraclavicular	45(37.5)
Jugular chain	23(19.2)
Submandibular	15(12.5)
Infraauricular	7(5.8)
Submental	4(3.3)
Postauricular	2(1.7)
Preauricular	1(0.8)

Table 6. Results of Mantoux test (total=57)

Mantoux test	No of patients(%)
Positive	53 (93.0)
Negative	4 (7.0)
total	57 (100)

Table 7. Results of fine needle aspiration

Result	No of patients(%)
Caseating tuberculous lymphadenitis	77(65.3)
Noncaseating tuberculous lymphadenitis	20(17.0)
Reactive hyperplasia	17(12.7)
Chronic granulomatous lymphadenitis	6(5.0)
total	120(100)

침범된 임파선의 세침흡인검사는 120명 모두에서 시행하였으며 77명(65.3%)에서 건락괴사성 결핵성 임파선염, 20명(17.0%)에서 비건락괴사성 결핵성 임파선염, 17명(12.7%)은 반응성 종대, 6명(5.0%)에서 만성 육아종성 임파선염 소견을 보였다. 세침흡인검사를 통한 해부조직학적 검사의 특이도는 86.9%, 민감도는 100%이었다(Table 7).

세침흡인검체물로 114명에서 항산균 도말 검사를 시행하여 44명(38.6%)이 양성을 보였고 34명에서 결핵균 배양을 시행하여 6명 (17.6%)에서 양성을

Table 8. Results of AFB smear and TB culture

AFB smear number(%)	TB culture number(%)
Positive 44 (38.6)	Positive 6 (17.6)
Negative 70 (61.4)	Negative 28 (82.4)
Total 114 (100)	34 (100)

$P=0.023, \chi^2=5.138$

Table 9. Comparison of FNA and AFB smear and TB culture

	FNA	AFB smear	TB culture
Positive	97명(92.3%)	44명(38.6%)	6명(17.6%)
Negative	23명(17.7%)	70명(61.4%)	28명(82.4%)
Total	120명(100%)	114명(100%)	34명(100%)

$P<0.001, \chi^2=43.549,$

Table 10. Severity of coexisting pulmonary tuberculosis(total=78)

Severity	No of patients(%)
Minimal	42 (53.8)
Moderate-advanced	25 (32.1)
Far-advanced	11 (14.1)
Total	78(100)

나타내었다(Table 8).

단순 흉부 X-선 사진에 폐결핵이 의심되는 경우가 79명(65.8%)이었으며 경중 폐결핵이 42명(53.5%)으로 가장 많았으며(Table 10) 이 결과에 기존의 잔여 결핵병변 즉 석회화, 섬유화 병변등은 제외하였다.

흉부 전산화 단층촬영을 하여 진단된 결핵성 종격동 임파선염은 24명(20.0%)이었다.

기관지 결핵은 환자의 증상이나 단순 흉부 X-선상 기관지 결핵이 의심되는 경우에 기관지 내시경을 행하여 확인한 경우가 22명(18.3%)으로 그중 3명은 폐결핵이나 종격동 임파선염의 동반 없이 결핵성 임파선염에 기관지 결핵만 동반된 경우이다.

**Table 11.** Site of combined extrapulmonary tuberculosis

Combined extrapulmonary tb	No of patients
Pleura	6
Intestine	3
Bone	1
Joint	1
Skin	1
Peritonitis	1
Soft tissue	1
Meninges	1
Total	15

**Table 12.** Total duration of anti-tbc chemotherapy

Duration of treatment (year)	Number (%)
0.5~1	15(18.9)
1~1.5	21(26.6)
1.5~2	34(43.0)
Above 2	9(11.4)
Total	79(100)

15명(12.5%)에서 폐외결핵이 동반되었으며 그중 결핵성 늑막염이 6명(42.8%)으로 가장 많았다 (Table 11).

치료는 항결핵제로 하였으며 다제 병용 요법 (EHRZ)을 원칙으로 하였다. 20명(16.7%)은 치료 도중 탈락되었으며 현재 치료중인 환자는 21명(17.5%)이다. 치료중 경과 관찰이 된 79명(65.8%)의 평균 치료 기간은 18.5개월이었다. 15명(18.9%)은 6개월에서 1년동안 치료하였으며 21명(26.6%)은 1년에서 1년 반, 34명(43.0%)은 1년 반에서 2년간 치료하였고 9명(11.4%)은 2년 이상의 치료를 요하였다 (Table 12).

치료 기간동안 경과 관찰이 된 79명 중 62명(75.8%)에서 크기가 줄어들었으며 25명(30.4%)은 새로운 임파선이 발생하였고 22명(26.8%)에서 파동 형성, 14명(17.0%)에서 누공이 형성되었다. 치료중 임

**Table 13.** Change of nature and size of lymphadenitis

Change of lymph node	Number (%)
Decreased size	62 (75.6)
Newly developed LN	25 (30.4)
Fluctuation	22 (26.8)
Increased size	15 (18.3)
Fistula formation	14 (17.0)
Decreased number	6 (7.3)

**Table 14.** Follow up fine needle aspiration histology, AFB smear and TB culture

Histology	AFB smear	Number (%)
Tb lymphadenitis	positive	4 (28.5)
	negative	7 (50.0)
Reactive hyperplasia	positive	0 (0.0)
	negative	3 (21.4)
Total		14 (100)

파선의 크기가 커진 경우는 15명(18.3%)이었다 (Table 13).

이에 새로운 임파선이 생기거나 임파선이 계속 커지는 환자중 14명(11.7%)에서 다시 세침흡인검사를 시행한 결과 11명(78.5%)에서 결핵성 임파선염으로 나왔으며 이중 4명(28.5%)에서 항산성균 양성이 나왔다 (Table 14).

치료를 하여도 임파선의 크기가 계속 커지는 경우의 14명(11.7%)에서 외과적 절제술을 시행하여 완치가 되었고 이중 1명은 수술후 결핵성 임파선염이 재발하여 항결핵제 치료를 다시 시작하였다.

## 고 찰

결핵성 임파선염은 결핵성 늑막염, 골관절의 결핵과 함께 가장 호발하는 폐외 결핵이라는 것은 이미 잘 알려진 사실로<sup>1,3,5,13)</sup> Farer 등<sup>5)</sup>은 늑막, 임파선의 순으로 폐외 결핵이 호발한다고 하였으며 Hooper<sup>1)</sup>는 임파선

이 가장 호발하는 위치라고 하였다.

환자의 경부에 종괴가 축적될 경우 감별해야 하는 질환으로 전이성 암, sarcoidosis, 악성 림프종, 비특이성 림프종, 괴사성 림프종, 전염성 단핵세포증가증, Toxoplasmosis등이 있으며<sup>21)</sup> 본과의 고찰에서는 결핵이 가장 높은 비율(43.9%)을 차지하였으나 Gupta등<sup>2)</sup>에 의하면 38.06%가 결핵성 임파선염이었고 Hooper<sup>1)</sup>는 전이성 암이 가장 많으며 그 다음으로 임파종과 결핵의 순이라고 하였다. 이는 타 병원에 비해 결핵 환자의 방문이 많은 본과의 특수성에도 원인이 있을 것으로 여겨진다.

과거에 비해서 현재는 폐결핵이 감소 추세에 있으나 Farer등<sup>5)</sup>과 Enarson등<sup>13)</sup>의 보고에 의하면 결핵성 임파선염의 발병율은 줄어들지 않고 있다. 결핵성 임파선염은 과거에는 소아결핵의 흔한 형태이었으나 소아결핵이 줄어들어 따라 결핵성 임파선염의 호발 연령이 20~40대로 높아진 추세를 보인다<sup>7)</sup>. 결핵성 임파선염은 20대의 아시아 여자에게서 가장 호발하는 양상을 보이며<sup>1~5)</sup> 본 결과도 20대의 여자에서 가장 호발하는 양상을 보여 다른 보고와 일치하였다.

결핵성 임파선염은 초감염의 결과로 생기거나 이전의 감염된 병소의 재활동으로 생기기도 하며 혹은 다른 병소로부터 전이되어 생기기도 한다. 따라서 결핵성 임파선염은 국소적인 병이라기보다는 전반적인 임파선과 혈행성 전파의 한 부분으로 생각되어진다<sup>4,8)</sup>. 본 고찰에서는 과거력상 폐결핵(혹은 결핵성 임파선염)을 앓았는지의 여부와 결핵성 임파선염이 치유된 후의 수년간의 추적조사는 하지 않았기 때문에 결핵성 임파선염이 초감염으로 더 잘 생기는지 혹은 재감염이 되는 경우가 흔한지 그리고 재발율은 어느 정도 인지는 알 수 없었다. 향후 이에 대한 고찰도 필요하리라 본다.

결핵성 경부 임파선염은 통증 없이 서서히 커지는 경부의 종괴가 특징적이며 간혹 결핵에 의한 전신증상을 호소하는 경우도 있다<sup>1,4,8)</sup>. 침범하는 임파선의 위치는 서등<sup>15)</sup>과 Kent<sup>4)</sup>등의 보고와 같이 후경부가 가장 많았다. 결핵성 임파선염은 여러 개가 경부의 여러

부위에서 다발하는 경향이며<sup>9,15)</sup> 오른쪽과 왼쪽에서 비슷한 빈도로 발병하며 양쪽에 발생하는 경우도 서등<sup>15)</sup>에 의하면 18.8%로서 이에 비해 본 연구의 고찰에서는 25.0%로 높은 빈도를 보였다.

결핵의 감염율이 높지 않은 지역에서는 결핵반응검사가 결핵성 임파선염의 진단에 도움을 줄 수 있으나 우리나라같이 결핵의 감염율이 높고(15.5%)<sup>24)</sup> BCG 접종을 거의 모든 사람이 한 경우(0~29세: 91.7%)<sup>24)</sup>는 결핵반응검사가 진단에 큰 도움을 주지 못한다. 본 고찰에서도 결핵반응검사는 97.0%에서 양성을 보였으며 음성은 중증 폐결핵에 의한 위음성으로 해석되었다.

결핵성 임파선염은 과거에는 임파선 생검으로 진단하였으나 근래에는 세침흡인검체로 해부조직학적 검사와 결핵균 도말과 배양을 종합하여 높은 sensitivity로 진단이 되게 되었다<sup>2,3,6,7,11)</sup> Gupta등<sup>7)</sup>은 세침흡인검체로 조직학적 검사상 82.5%의 진단율을 보였으며 결핵균 도말 양성은 75.6%라고 하였다. Perenboom등<sup>11)</sup>은 세침흡인검체의 결핵균 도말 양성은 35%, 생검검체의 결핵균 도말 양성은 53%, 세침흡인검체로 93%에서 확진을 할 수 있다고 하였으며 현재는 세침흡인검체로 조직학적인 검사와 결핵균 도말과 배양을 종합하여 진단하며 치료가 잘되지 않거나 진단이 어려운 경우를 제외하고는 임파선 생검을 거의 시행하지 않으나 진단을 위하여 필요한 경우에는 생검을 하여야하며 부분 생검이 아닌 완전 절제가 필수적이다.

본 연구에는 결핵균 배양이 상대적으로 낮은 결과를 보였으며 이는 흡입검체양이 충분할 경우만 배양을 하여 전체 대상자수에 비해 상대적으로 낮은 수에서 배양을 하였으며 배양을 한 검체는 대부분 건관파사물질로 여기에는 정균물질로 인해 상대적으로 결핵균수가 적은 것이 원인인 것으로 추정된다<sup>1)</sup>.

폐결핵은 Brander등의 보고<sup>10)</sup>에 의하면 흉부 X선상 41%에서 결핵으로 인한 변화를 보였고 12%에서 활동성 폐결핵, 28%에서 이전에 폐결핵을 앓은 흔적을 보였다. 또 Kent<sup>4)</sup>의 보고에서는 정상 흉부 X

-선을 보인 경우가 29%, Tomblin등<sup>9)</sup>의 보고는 흉부 X-선사진의 28%가 현재 혹은 이전의 폐결핵을 보였다. 본 연구에서는 흉부 X-선상 활동성 폐결핵이 의심되는 경우가 65.8%로 다른 보고보다 높은 비율을 보였으며 이는 폐결핵을 주소로 내원하여 동시에 결핵성 임파선염이 발견된 예도 많았기 때문이라고 여겨진다. 따라서 경부의 종괴를 주소로 내원하여 결핵의 의심하에 검사를 하게 될 경우 반드시 흉부 X-선 촬영을 하여 폐결핵의 유무를 확인하는 것이 중요하다는 것을 알 수 있었다. 또한 세침흡인검사상 확진이 되지 않았으나 중증 폐결핵이 있고 결핵반응검사상 양성인 경우는 침범된 임파선을 결핵성 경부 임파선염으로 진단을 내렸다. 하지만 동반된 폐결핵의 정도는 중증 폐결핵이 가장 많았다.

결핵성 종격동 임파선염은 흉부 X-선 사진상 종격동의 비대가 강력히 의심이 되는 경우에만 흉부전산화단층촬영을 시행하여 진단하였으며 20%에서 종격동 임파선염이 있었으나 종격동의 비대가 있어도 흉부전산화단층촬영을 하지 않은 경우는 진단이 되지 않아 본 결과보다 더 많은 수에서 동반되었을 것으로 생각된다. 이 등<sup>23)</sup>의 보고에 의하면 결핵성 종격동 임파선염의 52%에서 결핵성 경부 임파선염이 동반된다고 한다.

기관지 결핵 또한 단순 흉부 x-선과 이학적 검사, 환자의 병력상 기관지 결핵이 의심되는 경우만 기관지 내시경을 시행하여 18.3%에서 있었으나 모든 환자에서 기관지 내시경을 시행하지 않아서 이보다 더 많은 수에서 있을 것으로 생각된다.

결핵성 임파선염은 국소적인 병의 과정이라기보다는 전반적인 임파선과 혈행성 전파의 한 부분이므로<sup>4, 8)</sup> 치료는 국소 절제보다는 항결핵제로 치료하는 것이 원칙이다. 그러나 결핵성 임파선염은 항결핵제로 치료하는 도중 오히려 크기가 커지거나 새로운 임파선이 생기거나 임파선의 농양과 누공이 형성되는 경우가 많으므로 치료효과를 판정하기 어려우나 Campbell등<sup>14)</sup>에 의하면 치료 종결후 임파선이 남아있거나 새로 생기더라도 이는 결핵균의 단백질 항원에 대한 과민반응

에 의한 것으로 여겨지며 세균학적 재발은 없었다고 한다. 결핵성 임파선염의 치료기간은 통상의 단기 치료보다는 치료 기간을 길게 해서 18~24개월을 치료 기간으로 하며<sup>4, 8, 9)</sup> 본 고찰을 통해 본 결과 항결핵제로 치료해서 크기가 점차 줄어들어 없어지는 경우의 15예(18.9%)에서는 6개월에서 9개월 치료로 충분하였다. British thoracic society research committee의 보고<sup>14)</sup>에 의하면 9개월 치료후 5년간 추적 관찰 결과 재발이 없어 9개월의 단기치료를 추천하였으나 그 외에는 단기치료에 대한 보고가 없으며 본 고찰에서 충분한 치료에도 불구하고 계속 커지거나 새로 생긴 임파선에 대해 14명(11.7%)에서 세침흡인검사를 다시 시행하여 결핵균 도말 양성인 경우도 28.5%나 되기 때문에 9개월후 약을 중지하기에는 불안하였다. 충분한 항결핵제 투여에도 불구하고 지속적으로 커지거나 농양, 누공을 형성하는 등 경과가 호전 없이 지속되는 경우에는 완전절제생검을 시행하여도 바람직하다고 보며 본 고찰에서는 14명(11.7%)에서 항결핵치료후 지속적으로 커져있거나 누공이 형성되어 완전절제술을 시행하여 이중 1명이 재발하여 항결핵제 투여를 다시 하였다.

본 고찰에서는 결핵성 임파선염의 완치후의 예후와 재발여부에 대한 추적 관찰은 시행되지 않아 항결핵제 복용기간과 예후에 대한 연관성은 말하기 어려우나 현재까지 대부분의 보고들은 18~24개월 정도의 긴 치료기간을 요구하였으며<sup>4, 8)</sup>본원도 이를 따르고 있다. 하지만 이렇게 충분한 기간 항결핵제복용을 하여도 지속적으로 커지거나 농양과 누공이 형성되어 환자가 곤란을 겪는 경우는 완전절제수술을 하는 것이 권장된다.

## 요 약

### 연구배경 :

폐결핵은 세계적으로 발병율이 점차 줄어드는 추세에 있으나 결핵성 임파선염은 그 빈도가 그대로 유지되고 있다. 하지만 아직도 치료기간을 어느 정도로 해야할

지, 임파선이 줄어들지 않을 경우 치료에 반응이 있는 것 인지 판단하기가 어렵다. 그리고 다른 부위의 결핵과의 연관성도 많이 알려져있지 않아 결핵성 임파선염의 임상양상과 치료기간, 타 장기의 결핵과 관련성에 대하여 후향적 고찰을 시행하였다.

#### 방 법 :

1990년 1월 1일부터 1996년 8월 30일 까지 본원 흉부내과에 내원하여 임파선의 세침흡인검사를 통해 결핵성 경부임파선염으로 진단 받은 환자 120명을 대상으로 후향적 고찰을 시행하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

#### 결 과 :

1) 결핵성 경부 임파선염은 20대에서 53.3%로 가장 호발하였으며 여자에서 2.5배 더 많았다. 경부의 종괴축진을 주소로 내원하는 경우가 80.0%로 가장 많았다. 경부 임파선염은 후경부에 가장 호발하였으며 좌우측에 침범하는 빈도는 비슷하였다.

2) 침범된 임파선염의 세침흡인검사를 시행하여 조직학적 검사상 결핵성 임파선염으로 진단된 경우는 82.3% 이었고 흡인검체물로 항산균도말검사를 시행하여 양성은 38.6%, 결핵균배양에서 17.6%가 양성이었다( $p < 0.001$ ).

3) 폐결핵은 79예(65.8%)에서 동반되었으며 대부분 경증폐결핵이었다(53.8%). 폐외결핵은 14명(11.7%)에서 동반되었으며 그중 결핵성 늑막염이 6명(42.8%)으로 가장 많았다.

4) 치료는 항결핵제복용(1차약, EHRZ)을 원칙으로 하였으며 평균치료기간은 18.5개월이었다. 치료기간동안 75.8%는 점차 크기가 줄어들었으며 30.4%에서 새로운 임파선이 발생하였고 26.8%에서 농양이 형성되었으며 17.0%에서 누공이 형성되었다.

#### 결 론 :

결핵성 임파선염은 젊은 여자에서 호발하는 질병으로 경부 임파선을 가장 많이 침범한다. 결핵성 임파선염은 전신적인 질환의 한 표현으로 여겨지며 타 장기의 결핵과 동반되는 경우도 빈번하다. 이는 대부분 항결핵제치료로 완치될 수 있으며 치료기간은 약 18~24

개월을 요한다. 항결핵제를 계속 복용함에도 불구하고 크기가 커지거나 새로운 임파선염이 생기고 농양, 누공이 형성될 수 있으나 항결핵제로 지속적인 치료를 요하며 임파선의 세침흡인검사를 반복하여 결핵균이 있는지 여부를 보는 것도 치료효과를 판정하는데 도움을 주리라 생각한다. 충분한 결핵약 치료에도 불구하고 계속 커지거나 농양, 누공이 생겨 환자에게 불편을 초래하는 경우에는 완전절제생검을 고려해본다.

## 참 고 문 헌

1. Hooper AA : Tuberculous peripheral lymphadenitis. *Br J surg* 59 : 353, 1972
2. Gupta SK, Chugh TD, Sheikh ZA, Nawal AR : Cytodiagnosis of tuberculous lymphadenitis : A correlative study with microbiologic examination. *Acta cytologica* 37 : 329, 1993
3. Cantrell RW, Jensen JH, Reid D : Diagnosis and management of tuberculous cervical adenitis. *Arch otolaryngol* 101 : 53, 1975
4. Kent DC : Tuberculous lymphadenitis : not a localized disease process. *Am J Med sci* 254 : 866, 1967
5. Farer LS, Lowell AM, Meador MP : Extrapulmonary tuberculosis in the united states. *Am J epidemiol* 109 : 205, 1979
6. Shaha A, Webber C, Marti J : Fine needle aspiration in the diagnosis of cervical lymphadenopathy. *Am J Surg* 152 : 420, 1991
7. Gupta AK, Nayar M, Chandra M : Critical appraisal of fine needle aspiration cytology in tuberculous lymphadenitis. *Acta cytologica* 36 : 391, 1992
8. Russell J, Gregory J : Tuberculous cervical lymphadenitis. *Arch otolaryngol* 99 : 327, 1974
9. Tomblin JL, Roberts FJ : Tuberculous cervical lymphadenitis. *Can Med Assoc J* 121 : 324, 1979

10. Huhti E, Brander E, Paloheimo S : Tuberculosis of the cervical lymph nodes : A clinical pathologic and bacteriologic study. *Tubercle* 56 : 27, 1975
11. Perenboom RM, Richter C, Swai ABM, Kitinya J, Mtoni I, Chande H, Kazema RR, Mwakyusa DH, Maselle SY : Diagnosis of tuberculous lymphadenitis in an area of HIV infection and limited diagnostic facilities. *Tropical and geographical medicine* 46 : 288, 1994
12. Artenstein AW, Kim JH, Williams WJ, Chung RCY : Isolated peripheral tuberculous lymphadenitis in adults : current clinical and diagnostic issues. *Clinical infectious diseases* 20 : 876, 1995
13. Enarson DA, Ashley MJ, Grzybowski S, Ostapkowicz E, Dorken E : Nonrespiratory tuberculosis in canada : epidemiologic and bacteriologic features. *Am J epidemiol* 112 : 341, 1980
14. British thoracic society research committee : Short course chemotherapy for lymph node tuberculosis : Final report at 5 years. *Br J Dis chest* 82 : 282, 1988
15. Suh KW, Park CS, Lee JT, Lee KG : Diagnosis of cervical tuberculous lymphadenitis with fine needle aspiration biopsy and cytologic examination under ultrasound guides. *Yonsei medical journal* 34 : 328, 1993
16. Kamboj S, Goel MM, Tandon P, Natu SM, Natu P : Correlative study of histopathology and bacteriology in patient of tuberculous lymphadenitis. *Indian journal of chest disease and allied sciences* 36 : 187, 1994
17. Campbell IA : The treatment of superficial tuberculous lymphadenitis. *Tubercle* 71 : 1, 1990
18. Campbell IA, Dyson AJ : Lymph node tuberculosis : A comparison of treatments 18 months after completion of chemotherapy. *Tubercle* 60 : 95, 1979
19. Schlossberg D : chapter 13, Tuberculous lymphadenitis, Powell DA, Tuberculosis, 3rd Ed., p143, New York, Springer-Berlag 1994
20. Rom WN, Garay S : chapter 44, Mycobacterial lymphadenitis, Sloane MF, Tuberculosis, 1st Ed., p577, Boston, Little, Brown and Company 1996
21. 천효영 : 결핵, 제 1판, p176, 고려의학 1993
22. Davies PDO : Clinical tuberculosis, 1st Ed., p94, London, Chapman & Hall medical 1994
23. 이영실, 김경호, 김창선, 조동일, 유남수 : 종격동 결핵성 입파선염의 흉부전산화 단층 촬영 소견과 임상 양상에 대한 고찰. *결핵 및 호흡기질환* 42 : 481, 1995
24. 보건복지부, 대한 결핵협회 : 제 7차 전국 결핵 실태 조사, 1995