

목 이물감

부산대학교 의학전문대학원 이비인후과학교실

이일우 · 신성찬 · 이병주

Globus Sensation

Il-Woo Lee, MD, Sung-Chan Lee, MD and Byung-Joo Lee, MD

Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, Pusan National University School of Medicine, Busan, Korea

서 론

목 이물감(globus sensation)은 약 2500년 전 Hippocrates에 의해 최초로 언급된 질환으로 간헐적 또는 지속적으로 목 안에서 느껴지는 무통성 느낌이다. 목 이물감은 일반적으로 증상이 장기간 지속되고, 치료하기 쉽지 않으며, 재발이 잦아 주변에서 쉽게 접할 수 있는 질환이다. 환자는 보통 목안에 무엇인가 붙어 있는 듯한 느낌과 그것을 뱉어 내려 노력해도 나오지 않는 증상을 주소로 내원한다. 이러한 목 이물감은 음식을 먹을 때는 증상이 호전되는 양상을 보이며, 연하곤란이나 연하통은 동반하지는 않는 특징이 있다.

목 이물감은 아직 정확한 원인은 명확하지 않으나 최근에 인후두역류 또는 위식도역류 질환과의 연관성에 대해 많은 보고가 있다. 그러나 인후두역류질환 이외에도 목에 이물감을 유발할 수 있는 여러 가지 원인 질환에 대한 보고가 있다. 본 연구에서는 문헌 고찰을 통해 목 이물감을 유발할 수 있는 여러 가지 원인 질환의 진단법 및 치료법에 대해 고찰하고자 한다.

목 이물감의 역학

목 이물감을 주소로 내원하는 환자는 이비인후과 신환의 4%을 해당하는 흔한 증상으로 주로 중년 여성에 많이 발생한다. 건강한 성인의 최대 46%까지 증상이 보인다고 보고도 있다.¹⁾ 과거에는 목 이물감이 주로 폐경이나 심리적인 요인과 연관성이 많은 중년 여성에 발생하여 ‘globus hystericus’라고 부르기도 하였다.

목 이물감 환자의 장기적인 경과 관찰에 대한 연구는 많지 않다. 74명의 목 이물감 환자를 7년 7개월간 경과 관찰한 연구에서 45% 환자는 증상이 지속되었지만, 악성 종양이 발견된 경우는 없었다고 하였다.²⁾ 다른 관찰 연구에서 목 이물감에 환자 중 60%는 5년 이내에 증상이 호전되거나 소실되었고, 3개월 이내의 유병기간을 가진 남자와 목에 다른 증상이 없는 경우 증상이 호전되거나 소실되었다.³⁾

목 이물감의 원인

위식도역류질환(Gastroesophageal reflux disease) 및 인후두역류질환(Laryngopharyngeal reflux disease)

목 이물감의 원인에 대해서 아직 논란은 있지만, 위식도역류와 인후두역류 질환이 가장 중요 원인으로 알려져 있다. Malcomson 등⁴⁾은 목 이물감 환자에서 시행한 바

교신저자 : 이병주, 602-739 부산광역시 서구 구덕로 179
부산대학교 의학전문대학원 이비인후과학교실
전화 : (051) 240-7335 · 전송 : (051) 246-8668
E-mail : voiceleebj@gmail.com

림연하검사서에서 60%의 환자에서 위식도 역류가 있는 것을 확인하여 목 이물감과 위식도역류의 연관성을 처음으로 확인하였다. 목 이물감 환자의 58%에서 비정상적인 식도 산도를 보이며, 식도 원위부에 산성 자극을 주는 경우 목 이물감을 호소한다는 보고도 있다.⁵⁾ 25명의 목 이물감과 애성을 호소하는 환자에서 24시간 보행산도검사 상 위식도역류 소견을 보인 경우가 72%이었고, 위식도역류가 있는 경우에 목 이물감의 정도가 심하였다.⁶⁾ 또한 8주간의 양성자펌프억제제(proton pump inhibitor, PPI)를 치료하는 경우 목 이물감이 호전된다는 보고가 있다.⁷⁾ 박 등⁸⁾은 목 이물감을 주소로 내원한 57명의 환자 중 41명(71.9%)에서 24시간 보행 산도검사서 인후두역류 소견이 보였다고 하였다. 이러한 연구는 목 이물감이 위식도역류 또는 인후두역류 질환과 상당한 연관성이 있다는 것을 의미한다. 위식도역류가 목 이물감을 일으키는 기전은 1) 위 내용물의 인후두역류에 의한 인후두 부위에 직접적인 자극과 염증에 의한 기전, 2) 위식도역류에 의한 식도 원위부의 산성화와 팽창에 의한 미주신경반사(vasovagal reflex)에 의한 기전으로 생각된다.^{9,10)}

비정상적인 상부식도괄약근 및 식도 운동장애

목 이물감 환자에서 상부식도괄약근 압력이 높은 빈도가 28%로 정상인의 4%에 비해 매우 높았다는 보고가 있다.⁹⁾ 목 이물감 환자에서 상부식도괄약근의 압력이 높은 경우 보톨리눔 독소를 상부식도괄약근에 주입하면 상부식도괄약근의 압력이 감소하고 목 이물감 증상이 호전된다는 보고도 있다.¹¹⁾ 그러나 상부식도괄약근과 목 이물감은 연관성이 없다는 상반된 연구도 있다.¹²⁾

목 이물감 환자의 67%에서 식도내압검사서 이상 소견을 보였다.¹³⁾ 비특이적인 식도운동장애(nonspecific esophageal motility disorder)가 가장 흔한 식도운동장애 소견이었다.¹³⁾ 이러한 소견은 식도운동 장애가 목 이물감의 원인 중의 하나일 가능성이 있음을 의미한다

심리적인 원인

심리적인 문제는 목 이물감을 유발시키거나 악화시킨다고 알려져 있다. 목 이물감이 있는 환자의 성격 분석에 대한 연구에서 감정표현불능증(alexithymia), 신경

증상(neuroticism), 심리적 고통(psychological distress)의 점수가 높았고, 외향성(extraversion)의 점수가 낮았다.¹⁴⁾ 목 이물감 증상이 발현하기 전에 심리적으로 스트레스를 유발하는 사건이 발생하였던 경우가 많았고, 이러한 스트레스는 증상의 발생과 악화와 연관성이 있다.¹⁵⁾ 목 이물감 환자의 96%에서 심리적인 긴장이 증상을 악화시킨다고 하였다. 박 등은 목 이물감 환자에서 인후두역류 질환의 유무에 따라 심리적인 상태가 차이가 있다고 보고하였는데, 목 이물감 환자 중 24시간 보행산도검사서 양성을 보인 환자에서 심리적인 증상 지수가 낮았다고 하였다.⁸⁾ PPI에 반응하지 않는 목 이물감 환자는 불안지수가 높았다는 보고도 있다.¹⁶⁾ 그러나 목 이물감을 호소하는 환자에서 심리적인 상태는 정상인과 차이가 없다는 상반된 보고도 있다.¹⁷⁾

상기도 염증 및 종양

인후염, 편도선염, 부비동염 등이 목 이물감의 원인이 될 수 있다. 특히 부비동염에 의한 후 비루는 국소 자극에 의해 목 이물감을 야기할 수 있다. 상기도의 악성 종양은 목 이물감을 야기할 수 있다. 그러므로 목 이물감을 주소로 내원한 환자는 반드시 상기도 및 인후두 부위에 대한 악성 종양과 염증 여부에 대해 확인하여야 한다. 과거력에 대한 세심한 문진과 내시경 검사를 시행하여야 하며, 체중 감소, 연하장애, 연하통, 인후통 등의 증상이 있는 경우 특히 주의하여야 한다.¹⁸⁾

설기저(tongue base)가 비대한 경우에 비대한 혀의 여포(follicle)가 인두의 후벽에 부딪혀서 목 이물감을 유발할 수 있다. 이런 경우 인후두역류를 동반하는 경우가 있어 인후두역류에 의한 목 이물감과 감별이 필요하다.¹⁹⁾ 그 외에 후두개의 끝이 혀의 기저부 또는 후인두벽과 접촉하여 목 이물감을 유발하는 후굴된 후두개(retroverted epiglottis)가 있을 수 있다. 이러한 경우 부분적인 후두개절제술(partial epiglottectomy) 후에 증상의 호전되었다는 보고가 있다.²⁰⁾

갑상선 질환

축진되지 않으나 초음파상에서 이상을 보이는 갑상선 질환 환자에서 정상인에 비해 목 이물감이 흔하다는 보고가 있다. Burns 등²¹⁾은 갑상선 결절이 있는 1/3의 환자

에서 목 이물감과 유사한 증상을 가진다고 보고하였고, 갑상선 절제술을 시행하면 수술 직후에는 목 이물감과 유사한 증상을 호소하였지만 시간이 흐르면 증상은 소실되었다고 보고하였다. 목 이물감과 갑상선 질환과의 관계에 대한 정확한 기전은 밝혀지지 않았지만, 최근 남 등²²⁾은 갑상선 결절이 3 cm 이상이거나 기관 앞에 위치하고 있는 경우 목 이물감을 호소하는 경우가 많았다고 하였다. 이러한 연구는 갑상선절제술이 목 이물감을 호전시킬 수 있을 가능성 있다는 것을 의미한다.

경부 이소성위장점막(Cervical heterotopic gastric mucosa, CHGM)

경부식도에서 위산을 분비할 수 있는 위점막이 존재하는 경우, 목 이물감 등의 역류성후두염 증상을 유발할 수 있다. 목 이물감을 호소하는 CHGM 환자에서 아르곤 플라즈마(Argon plasma)로 CHGM을 제거하는 경우 목 이물감이 감소하였다.²³⁾ 또한 CHGM이 있는 경우 70.6%에서 목 이물감을 호소하였고, CHGM에 helicobacter pylori 감염 시 모든 환자에서 목 이물감을 호소하였다.²⁴⁾

기 타

경추의 골증식체(osteophytes), 악관절 질환, 비인강 점막의 점성 증가, Eagle's 증후군, 후두와 인두의 긴장 증가, 타액 기능 저하 등이 목의 이물감과 연관성이 있다는 연구가 있다.^{10,25)}

목 이물감의 진단

비인강후두내시경 검사

목 이물감은 목에 무엇인가 붙은 느낌을 호소하면서 목에 종양이 있는 느낌을 주소로 내원하는 경우가 많다. 목 이물감의 진단법에 논란은 있지만, 후두나 하인두 부위의 내시경을 통한 종양 등의 기질적 병변 가능성을 배제하여야 한다. 목 이물감은 매우 흔한 증상이고 악성 종양에 대한 불안을 야기이지만, 실제로 하인두를 포함하여 두경부 영역에 악성 종양이 발견되는 경우는 매우 드물다. Tsikoudas 등²⁶⁾의 연구에서 하인두암이 초기에 목 이물감만을 호소하는 경우는 9%로 매우 낮

았다고 보고하였다. 699명의 목 이물감 환자 중 두경부암이 5명에서 발견되었다. 5명의 두경부암 환자 중 목 이물감만을 주증상으로 호소한 환자는 없었다.²⁷⁾

목 이물감 환자에 대한 후두경 검사는 후두나 하인두의 악성 종양, 역류 관련 소견, 혀 기저부의 비대, 후두개 이상 유무 등을 확인하기 위해 시행한다. 후비루 등을 확인하기 위한 비강 검사에 대해 논란이 있을 수 있지만, 비인강후두내시경 검사를 통해 비강을 포함하여 인두, 후두, 하인두 등에 대한 검사가 필요하다. 영국 이비인후과 의사들에 대한 설문조사에서 목 이물감 환자에서 가장 많이 시행하는 검사는 후두경 검사였다.²⁸⁾ 인후통, 연하장애, 연하통, 체중 감소, 음성 변화 등의 증상이 있는 경우 자세한 병력 청취를 하여야 하며, 이러한 증상이 좌측이나 우측으로 편위되는 경우 특히 주의하여야 한다.²⁹⁾

역류 소견 점수(Reflux finding score, RFS)와 역류 증상 지수(Reflux symptom index, RSI)

역류성후두염은 목 이물감의 중요한 원인 질환이다. 역류성후두염을 후두경 검사와 증상으로 간편하게 진단하기 위해 역류소견점수(RFS)와 역류증상지수(RSI)가 개발되었다.^{30,31)} 박 등⁸⁾은 목 이물감 환자 중 24시간 보행산도검사로 진단된 역류성후두염 군과 비역류성후두염 환자군 사이에서 RFS와 RSI의 차이는 없었다고 하였다. 목 이물감을 주소로 내원한 환자에서 RFS와 RSI를 이용한 역류성후두염의 진단은 정확성이 낮을 가능성을 의미한다.

바륨연하검사

목 이물감 환자에서 인두나 식도의 악성 종양을 배제하기 위해 바륨연하검사를 시행할 수 있다. 목 이물감 환자에서 바륨연하검사를 시행하는 경우 위식도역류, 골증식체, 운상인두연축(cricopharyngeal spasm)이 관찰되지만, 이러한 소견은 정상인에서도 비슷한 빈도로 관찰된다.³²⁾ 또한 1,145명의 목 이물감 환자에서 바륨연하검사를 시행하여도 인두나 식도에 악성 종양을 발견하지 못하였다는 보고가 있다.³³⁾ 그래서 최근에는 인후두나 식도 부위의 악성 종양의 발견 비율이 낮고, 방사선 피폭이 많고, 비용적으로 비싼 바륨연하검사를 목

이물감 환자에서는 잘 시행하지 않는다.³³⁾ 방사학적으로 이러한 악성종양을 배제하기 위해서는 CT나 MRI를 검사하는 것이 좋다.

위식도내시경 검사(Flexible esophagogastroscopy)

위식도내시경 검사는 목 이물감의 원인이 될 수 있는 역류성식도염이나 식도의 악성 종양을 진단하는 데 도움이 될 수 있다. 24시간 보행 산도검사에서의 역류성후두염으로 진단된 환자 중 단지 19%에서 역류성식도염이 위식도내시경 검사에서 관찰되었다.³⁴⁾ 그러므로 목 이물감을 포함하는 역류성후두염의 진단에서 위식도내시경 검사의 진단적 의미는 낮다. 그러나 경부 식도에 이소성위장점막(CHGM)의 가능성이 있으므로 위식도내시경 검사 시 경부 식도에 대한 세심한 검사가 필요하다.²⁴⁾

24시간 보행 산도검사(24 hour ambulatory pH monitoring)와 보행다채널내강임프던스(ambulatory multichannel intraluminal impedance) 검사

역류성후두염에서 24시간 보행산도검사가 가장 객관적 검사인 것은 맞지만, 인후두역류증 환자의 60~70%에서 만 산도검사에서의 이상 소견을 보이고, 정상인에서도 20%에서 이상소견이 보인다. Sinn 등³⁵⁾은 전형적인 위식도역류 증상을 가진 목 이물감 환자에서 24시간 보행산도검사상 이상소견의 빈도가 낮았다. 이러한 소견은 목 이물감 환자에서 위식도역류는 약산이나 비산성 역류의 가능성을 제시한다고 하였다. 또한 인후두역류 증상이 없는 목 이물감 환자에서 시행한 24시간 보행산도검사는 모두 정상이었다는 보고도 있다.³⁶⁾ 그러므로 인후두역류 증상이 없는 목 이물감 환자에서 24시간 보행산도검사는 진단적 의미가 낮다고 생각된다.

보행다채널내강임프던스 검사는 역류하는 물질의 산성도(산성 또는 비산성), 물리적인 양상(액체성, 가스성, 혼합성), 역류의 높이 등의 양상을 정확하게 파악할 수 있는 새로운 검사법이다. 위식도역류 증상이 있는 환자의 31%, 인후두역류증상이 있는 환자의 19% 정도가 비산성 역류와 연관성이 있는 것으로 보고되고 있다. Anandasabapathy 등³⁷⁾의 연구에서 목 이물감을 호소하는 환자가 속쓰림(heart burn)을 호소하는 환자에 비해 상부 탐침까지 위 내용물이 역류 되는 비율이 높았다고

하였다. 또한 Bajbouj 등³⁸⁾은 위산역류에 의한 목 이물감의 진단에 있어 24시간 보행 산도검사와 보행 다채널 내강 임프던스검사를 모두 하는 것이 가장 좋았다고 하였다.

식도내압검사

비정상적인 상부식도괄약근의 기능과 식도 운동 장애는 목의 이물감의 원인이 될 수 있다. 식도내압검사를 이용한 상부와 하부의 식도괄약근의 기능과 압력, 식도의 운동성을 평가할 수 있는 유용한 방법이다. 그러나 아직 식도 운동성의 호전으로 목 이물감이 감소하였다는 연구는 미미하다.

목 이물감의 치료

목 이물감 환자의 자연 경과에 대한 연구에서 특별한 치료를 시행하지 않아도 50~60%의 환자는 증상이 호전되었다.^{2,3)} 목 이물감은 악성 종양이 빈도가 매우 낮고 양호한 경과를 보이고 효과적인 치료 약물이 없다. 그래서 목 이물감은 장기간 지속되어 환자에게 불안감을 야기함으로 충분히 설명하고 안심시키는 것이 중요하다. 하지만, 이러한 설명과 안심시키는 것만으로 치료가 불충분할 수 있다. 목 이물감에 대한 치료에 대해 논란이 있지만, 항역류 치료, 이완 요법을 포함하는 음성 및 언어 치료, 인지행동치료와 항우울 치료등을 시행할 수 있다 (Fig. 1).¹⁰⁾

항역류 치료

위식도역류질환이나 인후두역류질환이 목 이물감의 중요한 원인이므로 목 이물감의 초치료로 항역류치료를 시행한다. 위식도역류나 인후두역류에 대한 다양한 검사법이 있지만, 이러한 검사는 다소 침습적이고 비용이 든다. 또한 이러한 검사에서 음성으로 나와도 위산 역류의 가능성을 완전히 배제하기 힘들기 때문에 경험적 PPI 치료를 하는 경우가 많다. 경험적PPI 치료를 시행하면서 위식도역류의 양과 빈도를 감소시킬 수 있는 음식 조절과 생활습관의 교정을 시행한다. 초콜렛, 기름진 음식, 탄산음료, 감귤류, 레드 와인, 카페인, 늦은 밤 식사 등을 줄이는 것이 도움이 되고, 규칙적인 운동을

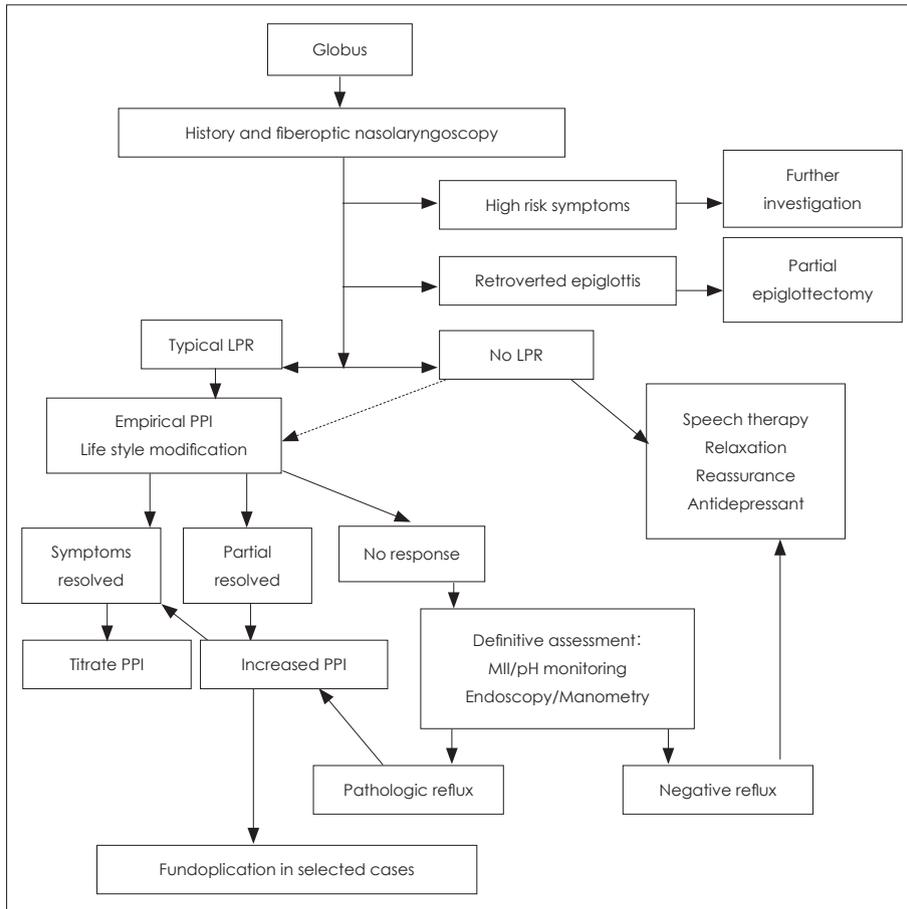


Fig. 1. Algorithm for the management of globus sensation. LPR: Laryngopharyngeal reflux, PPI: Proton pump inhibitor, MII: Multichannel intraluminal impedance.

하며 술과 담배를 피하고, 침대 머리를 약간 높게 하는 것(10~15 cm), 너무 꼭 끼는 옷을 피하는 것 등이 도움이 된다. 옆으로 누워서 자는 것 역시 역류의 양을 줄일 수 있다.

역류성후두염에서 PPI 치료 시 증상이 완전 호전, 부분 호전, 무 호전의 비율이 각각 69%, 12%, 20%로 역류성후두염에서 PPI 치료가 매우 효과적이라는 연구가 있다.³⁹⁾ 그러나 목 이물감 증상을 포함하는 인후두역류질환에서 PPI 치료 효과에 대한 메타 분석(meta-analysis)에서 대조군과 비교하여 효과가 없었다는 보고가 있다.^{40,41)} 이러한 인후두역류질환에서 PPI치료효과에 대한 부정적인 메타분석 결과는 인후두역류질환에서 PPI 치료가 효과가 없다는 것 보다는 대상 선정에 따른 문제로 생각

된다. PPI 치료 시 보다 엄격한 대상 선정이 요구된다.

인후두역류증에 대한 PPI 치료는 일반적인 위식도역류증 보다 장기간 그리고 공격적인 치료를 해야 한다. 경험적인 PPI 치료를 적어도 3개월 동안 하루에 두번 복용하는 것이 추천 되고 있으며, 최대 6개월까지 치료할 수 있다. PPI복용은 식사하기 30~60분 전에 해야 음식섭취로 인한 양이온펌프(proton pump)가 작용할 때까지 가장 높은 농도에 도달하여 양이온펌프를 억제할 수 있다. 3~6개월 동안 PPI를 복용한 후 증상이 호전되면 중단할 수 있지만, 증상 호전이 없으면 위식도내시경, 24시간 보행 산도검사, 보행다체널내강임프던스와 같은 정밀한 검사가 필요하다. 가능하다면 단순 산도검사 보다는 비산성역류를 발견할 수 있는 산도검사와

다채널내강임프턴스(MII/pH monitoring)을 동시에 시행하는 것이 선호된다.³⁸⁾

야간 산분비 억제실패(Nocturnal acid breakthrough, NAB)는 PPI에 대한 불완전한 치료 반응의 원인이 된다. 하루에 두번 복용하는 PPI 치료에 히스타민-2 수용체 길항제(histamine-2 receptor antagonists)를 추가로 처방하는 것이 야간 산분비 억제실패에 도움이 될 수 있다고 보고되고 있지만, 이러한 히스타민-2 수용체 길항제의 추가적인 치료가 인후두역류증의 장기간의 효과에 대해서는 아직 논란이 있다.^{42,43)}

성 등⁴⁴⁾은 목 이물감 환자의 70.4%에서 위식도내시경 검사와 48시간 식도산도 검사에서 위식도역류가 동반되었고, PPI 치료에 44.4%에서 반응을 하였지만, 55.6%에서 PPI치료 반응하지 않았다고 보고하였다. 식도산도 검사에서 역류가 있을 때 목 이물감의 증상이 유발되는 경우에 PPI 치료 반응이 좋았다. Tsutsui 등⁴⁵⁾은 목 이물감을 호소하는 위식도역류 환자의 55.6%에서 PPI에 반응을 하지 않았고 보고하여 성등의 결과와 비슷하였다. 주로 남자와 고령의 환자에서 PPI에 반응하지 않는 경우가 많았다. PPI에 반응하지 않은 환자에서 식도운동장애가 47.9%에서 관찰되었다. 위장운동 촉진제(Prokinetics)는 식도나 위의 운동을 증가시킬 필요가 있을 때 유용하며, PPI에 대한 치료 반응이 만족스럽지 않을 경우 사용할 수 있다.

위식도역류의 수술법인 복강경 위저추벽성형술(Laparoscopic Nissen fundoplication) 후에 목 이물감, 구토, 속쓰림 등의 증상은 모든 환자에서 호전되었고, 연하 곤란은 75%에서 호전되었지만, 새로운 연하 곤란이 9%에서 발생하였다.⁴⁶⁾ 환자는 매우 신중하게 수술을 선택하여야 하며, 수술이 필요한 경우는 1) 치료에 반응이 좋지만 PPI에 대한 부작용이 심한 환자, 2) 최대 용량의 약물 치료에도 반응을 보이지 않는 확진된 위식도역류증 환자, 3) 보행다채널내강임프턴스 검사에서 비산성 역류가 확진된 환자 등에 고려할 수 있다.⁴⁷⁾

음성 및 언어 치료(Speech and language therapy)와 이완 요법(relaxation therapy)

목과 어깨의 운동, 일반적인 이완 기법, 음성치료, 음성 위생 등의 목의 긴장과 불편감을 해소시키기 위한 재활

치료와 이완기법들은 목 이물감 환자에게 효과적으로 사용할 수 있다. 음성 및 언어 치료는 환자에게 목 이물감에 대해 자세하게 양성 질환임을 설명하여 환자를 안심시키고, 헛기침(throat clearing)을 중단시킴으로써 인후두불편감의 악화를 방지한다. 또한 충분한 수분을 섭취하며, 담배와 커피 사용을 중단하고, 인후두부의 긴장을 감소시키기 위한 여러 가지 운동 등으로 구성된다. Khalil 등⁴⁸⁾은 36명의 목 이물감 환자를 음성치료군과 단순 안심시키는 군으로 무작위로 구분하여 치료하였다. 음성 치료는 인후두부의 긴장을 감소시키기 위해 다양한 운동(하품하기, 키키거리며 웃기, 삼키기)을 시행하였다. 또한 환자는 헛기침을 없애려고 노력하고, 담배, 과량의 차, 커피를 피해서 적절한 수분을 유지하려고 노력하였다. 3개월 뒤에 음성 치료를 받은 군에서는 이전보다 의미 있게 목 이물감 증상 점수가 호전되었다. 그러나 어떤 음성치료가 특별한 효과가 있는지, 또는 어떤 환자에게 적합한 효과 있는지에 관해서는 추가 연구가 필요하다.

인지행동치료(Cognitive-behavioral therapy)와 항우울치료(Antidepressants)

목 이물감은 구토, 무음성, 팔 또는 다리의 동통 다음으로 4번째로 흔한 신체화질환(somatization disorder)의 증상이다. 다양한 신체화질환의 치료에 적용되는 인지행동 치료가 아직 목 이물감에서는 적용되지 않고 있다. 그러나 증상이 호전되지 않아 반복적인 치료를 받는 환자에서 효과를 기대할 수 있는 치료법인 것으로 생각된다.⁴⁹⁾ 그리고 여러 가지 항우울제는 공황장애, 신체화질환, 우울증, 광장공포증과 같은 동반된 정신과적 질환이 있는 경우 목 이물감 환자에게 유용하다고 알려져 있다.⁵⁰⁾

기타 치료법

갑상선 질환이 있는 환자에서 갑상선 절제술, 후두개가 혀의 기저부와 맞닿아 있는 환자에서 부분후두개절제술(partial epiglottectomy)을 시행하였을 때 목 이물감이 감소하였다고 보고가 있다.⁵¹⁾ 하지만 이런 방법은 매우 신중히 선택해야 할 것이다.

결 론

목 이물감은 비교적 흔한 증상이며, 최근 역류성후두염이나 역류성식도염과의 연관성에 대해 연구가 많이 보고 되지만, 다양한 원인으로 발생할 수 있고 아직 표준화된 진단법과 치료법은 없는 실정이다. 목 이물감을 호소하는 환자에서 세심한 병역 청취와 비인강후두내시경 검사를 먼저 시행하여야 한다. 비강이나 인후두 부위에 염증성 질환이나 악성 종양등의 다른 기질적 원인이 없는 것을 확인한다. 다른 기질적인 원인이 없는 경우 경험적인 PPI 치료를 시행할 수 있다. 3~6개월 간의 PPI 치료에도 반응하지 않는 경우 위식도내시경, 식도 산도 검사, 다채널내강임프던스검사 등을 시행하여 산성 또는 비산성 역류에 대해 검사한다. 이러한 검사에서 특이한 소견이 없이 목 이물감이 지속되는 경우에는 음성 치료, 항우울치료, 인지행동치료 등을 시행할 수 있다.

중심 단어 : 목 이물감 · 역류성후두염 · 역류성식도염 · 항역류치료.

본 연구는 2014년 부산대학교병원 임상연구비 지원으로 이루어 졌음.

REFERENCES

- 1) Moloy PJ, Charter R. *The globus symptom. incidence, therapeutic response, and age and sex relationships.* Arch Otolaryngol 1982;108(11):740-4.
- 2) Rowley H, O'Dwyer TP, Jones AS, Timon CI. *The natural history of globus pharyngeus.* Laryngoscope 1995;105(10):1118-21.
- 3) Timon C, O'Dwyer T, Cagney D, Walsh M. *Globus pharyngeus: long-term follow-up and prognostic factors.* Ann Otol Rhinol Laryngol 1991;100(5 Pt 1):351-4.
- 4) Malcomson KG. *Globus hystericus vel pharyngis (a reconnaissance of proximal vagal modalities).* J Laryngol Otol 1968;82(3):219-30.
- 5) Koufman JA. *The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation 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(4 Pt 2):1-78.
- 6) Smit CF, van Leeuwen JA, Mathus-Vliegen LM, Devriese PP, Semin A, Tan J, et al. *Gastropharyngeal and gastroesophageal reflux in globus and hoarseness.* Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000;126(7):827-30.
- 7) Tokashiki R, Yamaguchi H, Nakamura K, Suzuki M. *Globus sensation caused by gastroesophageal reflux disease.* Auris Nasus Larynx 2002;29(4):347-51.
- 8) Park KH, Choi SM, Kwon SU, Yoon SW, Kim SU. *Diagnosis of laryngopharyngeal reflux among globus patients.* Otolaryngol Head Neck Surg 2006;134(1):81-5.
- 9) Tokashiki R, Funato N, Suzuki M. *Globus sensation and increased upper esophageal sphincter pressure with distal esophageal acid perfusion.* Eur Arch Otorhinolaryngol 2010; 267(5):737-41.
- 10) Lee BE, Kim GH. *Globus pharyngeus: a review of its etiology, diagnosis and treatment.* World J Gastroenterol 2012;18(20):2462-71.
- 11) Halum SL, Butler SG, Koufman JA, Postma GN. *Treatment of globus by upper esophageal sphincter injection with botulinum A toxin.* Ear Nose Throat J 2005;84(2):74.
- 12) Sun J, Xu B, Yuan YZ, Xu JY. *Study on the function of pharynx upper esophageal sphincter in globus hystericus.* World J Gastroenterol 2002;8(5):952-5.
- 13) Farkkila MA, Ertama L, Katila H, Kuusi K, Paavolainen M, Varis K. *Globus pharyngis, commonly associated with esophageal motility disorders.* Am J Gastroenterol 1994; 89(4):503-8.
- 14) Deary IJ, Wilson JA, Kelly SW. *Globus pharyngis, personality, and psychological distress in the general population.* Psychosomatics 1995;36(6):570-7.
- 15) Harris MB, Deary IJ, Wilson JA. *Life events and difficulties in relation to the onset of globus pharyngis.* J Psychosom Res 1996;40(6):603-15.
- 16) Siupsinskiene N, Adamonis K, Toohill RJ, Sereika R. *Predictors of response to short-term proton pump inhibitor treatment in laryngopharyngeal reflux patients.* J Laryngol Otol 2008;122(11):1206-12.
- 17) Moser G, Wenzel-Abatzi TA, Stelzeneder M, Wenzel T, Weber U, Wiesnagrotzki S, et al. *Globus sensation: pharyngoesophageal function, psychometric and psychiatric findings, and follow-up in 88 patients.* Arch Intern Med 1998;158(12):1365-73.
- 18) Cathcart R, Wilson JA. *Lump in the throat.* Clin Otolaryngol 2007;32(2):108-10.
- 19) Mamede RC, De Mello-Filho FV, Dantas RO. *Severe hypertrophy of the base of the tongue in adults.* Otolaryngol Head Neck Surg 2004;131(4):378-82.
- 20) Quesada JL, Lorente J, Quesada P. *Partial epiglottectomy as a possible treatment for globus pharyngeus?* Eur Arch Otorhinolaryngol 2000;257(7):386-8.
- 21) Burns P, Timon C. *Thyroid pathology and the globus symptom: are they related? A two year prospective trial.* J Laryngol Otol 2007;121(3):242-5.
- 22) Nam IC, Choi H, Kim ES, Mo EY, Park YH, Sun DI. *Characteristics of thyroid nodules causing globus symptoms.* Eur Arch Otorhinolaryngol 2015;272(5):1181-8.
- 23) Bajbouj M, Becker V, Eckel F, Miehlke S, Pech O, Prinz C, et al. *Argon plasma coagulation of cervical heterotop-*

- ic gastric mucosa as an alternative treatment for globus sensations. *Gastroenterology* 2009;137(2):440-4.
- 24) Alagozlu H, Simsek Z, Unal S, Cindoruk M, Dumlu S, Dursun A. Is there an association between *Helicobacter pylori* in the inlet patch and globus sensation? *World J Gastroenterol* 2010;16(1):42-7.
 - 25) Baek CH, Chung MK, Choi JY, So YK, Son YI, Jeong HS. Role of salivary function in patients with globus pharyngeus. *Head Neck* 2010;32(2):244-52.
 - 26) Tsikoudas A, Ghuman N, Riad MA. Globus sensation as early presentation of hypopharyngeal cancer. *Clin Otolaryngol* 2007;32(6):452-6.
 - 27) Harar RP, Kumar S, Saeed MA, Gatland DJ. Management of globus pharyngeus: review of 699 cases. *J Laryngol Otol* 2004;118(7):522-7.
 - 28) Webb CJ, Makura ZG, Fenton JE, Jackson SR, McCormick MS, Jones AS. Globus pharyngeus: a postal questionnaire survey of UK ENT consultants. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2000;25(6):566-9.
 - 29) Galmiche JP, Clouse RE, Balint A, Cook IJ, Kahrilas PJ, Paterson WG, et al. Functional esophageal disorders. *Gastroenterology* 2006;130(5):1459-65.
 - 30) Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *Laryngoscope* 2001;111(8):1313-7.
 - 31) Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *J Voice* 2002;16(2):274-7.
 - 32) Back GW, Leong P, Kumar R, Corbridge R. Value of barium swallow in investigation of globus pharyngeus. *J Laryngol Otol* 2000;114(12):951-4.
 - 33) Alaani A, Vengala S, Johnston MN. The role of barium swallow in the management of the globus pharyngeus. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264(9):1095-7.
 - 34) Koufman JA, Belafsky PC, Bach KK, Daniel E, Postma GN. Prevalence of esophagitis in patients with pH-documented laryngopharyngeal reflux. *Laryngoscope* 2002;112(9):1606-9.
 - 35) Sinn DH, Kim JH, Kim S, Son HJ, Kim JJ, Rhee JC, et al. Response rate and predictors of response in a short-term empirical trial of high-dose rabeprazole in patients with globus. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27(12):1275-81.
 - 36) Chen CL, Tsai CC, Chou AS, Chiou JH. Utility of ambulatory pH monitoring and videofluoroscopy for the evaluation of patients with globus pharyngeus. *Dysphagia* 2007;22(1):16-9.
 - 37) Anandasabapathy S, Jaffin BW. Multichannel intraluminal impedance in the evaluation of patients with persistent globus on proton pump inhibitor therapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2006;115(8):563-70.
 - 38) Bajbouj M, Becker V, Neuber M, Schmid RM, Meining A. Combined pH-metry/impedance monitoring increases the diagnostic yield in patients with atypical gastroesophageal reflux symptoms. *Digestion* 2007;76(3-4):223-8.
 - 39) Dore MP, Pedroni A, Pes GM, Maraqqoudakis E, Tadeu V, Pirina P, et al. Effect of antisecretory therapy on atypical symptoms in gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis Sci* 2007;52(2):463-8.
 - 40) Gatta L, Vaira D, Sorrenti G, Zucchini S, Sama C, Vakil N. Meta-analysis: the efficacy of proton pump inhibitors for laryngeal symptoms attributed to gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25(4):385-92.
 - 41) Qadeer MA, Phillips CO, Lopez AR, Steward DL, Noordzij JP, Wo JM, et al. Proton pump inhibitor therapy for suspected GERD-related chronic laryngitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Gastroenterol* 2006;101(11):2646-54.
 - 42) Fackler WK, Ours TM, Vaezi MF, Richter JE. Long-term effect of H2RA therapy on nocturnal gastric acid breakthrough. *Gastroenterology* 2002;122(3):625-32.
 - 43) Ours TM, Fackler WK, Richter JE, Vaezi MF. Nocturnal acid breakthrough: clinical significance and correlation with esophageal acid exposure. *Am J Gastroenterol* 2003;98(3):545-50.
 - 44) Sung HJ, Chung WC, Roh JW, Choi S, Kang YG, Hong SL, et al. Prediction of the response to proton pump inhibitor treatment using wireless ambulatory pH monitoring in patients with globus sense. *Korean J Gastroenterol* 2015;65(2):85-9.
 - 45) Tsutsui H, Manabe N, Uno M, Imamura H, Kamada T, Kusunoki H, et al. Esophageal motor dysfunction plays a key role in GERD with globus sensation--analysis of factors promoting resistance to PPI therapy. *Scand J Gastroenterol* 2012;47(8-9):893-9.
 - 46) Antoniou SA, Delivorias P, Antoniou GA, Natsiopoulos A, Dalenback J, Makridis C, et al. Symptom-focused results after laparoscopic fundoplication for refractory gastroesophageal reflux disease--a prospective study. *Langenbecks Arch Surg* 2008;393(6):979-84.
 - 47) Hassall E. Decisions in diagnosing and managing chronic gastroesophageal reflux disease in children. *J Pediatr* 2005;146(3):S3-12.
 - 48) Khalil HS, Bridger MW, Hilton-Pierce M, Vincent J. The use of speech therapy in the treatment of globus pharyngeus patients. A randomised controlled trial. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2003;124(3):187-90.
 - 49) Burns P, O'Neill JP. The diagnosis and management of globus: a perspective from Ireland. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;16(6):503-6.
 - 50) Brown SR, Schwartz JM, Summergrad P, Jenike MA. Globus hystericus syndrome responsive to antidepressants. *Am J Psychiatry* 1986;143(7):917-8.
 - 51) Tae K, Lee YS. Treatment of laryngopharyngeal reflux. *J Clinical Otolaryngol* 2009;20(1):21-7.