

小兒扁桃炎과 扁桃摘出術에 대한 小考

고신대학 의학부 이비인후과학교실

이 석 규

Chronic Tonsillitis and Tonsillectomy in Child

Suk Kyu Lee, M. D.

Department of Otolaryngology, Kosin Medical College

수술준비 되었노라고 두번째 독촉이 온다. 그런데도 이 젊고 이쁜 아줌마는 나를 붙들고 놔 주지를 않는다. “선생님 그러면 이 아이는 편도선수술을 해야합니까 안해도 됩니까? 선생님 보시기에 어떻습니까?” 참네 이 아줌마는 남이 실컷 말해주면 듣지도 않고 있다가 말 끝나기 무섭게 꼭 같은 말을 마치 놀란 괴뢰군 따발총 쏘듯이 되풀이 하시는 구나... “우리 옆집 철이는 요, 선생님께 수술받고 아주 좋아졌다고 그러는데요.” 아하, 철이 옆의 극성이 웃사촌이구나. 그리고 보니 저쪽에서 철이 엄마가 웃으며 인사를 하시고 나도 잠시 미소로 숨을 돌린다. “선생님--임, 우리 영희도 이번 방학때 수술합시다--.” 글썽 이분이 어려서 람 등장시켜 애들을 먹이는구나. 또 수술실에서 전화가 오는구나. 제기랄, 누가 방학을 만 들었누? 넥타이 매듭에서 한여름의 심한 땀내음이 코를 살짝 스친다.

‘척 보기만 하면 알 수 있는 간단한 편도적출적용지표가 메타기처럼 구강속에 달려있으면’ 하고 생각해본다. 오늘도 외래에서 그 생각을 하다가 모 교수님께서 권하시는 책을 보고 소아편도염에 대해 한번 더 정리해봐도 괜찮을 것 같아 감히 소개를 드러본다. 참고책자: 岡本 健: 扁桃炎의最近의動向(小兒의場合) JOHNS 10. Vol. 1 No 8 : 5-10(815-820)

I. 먼저 소아편도적출술에 대한 문제점으로 아직도 그 시비에 논란의 여지가 많이 있으며

적출유효성은 구미, 일본 모두 차이는 있으나 대개 90% 안팎의 유효도를 발표한 보고가 많다고 하였다. 1930년대에는 편도적출술이 대단히 많이 시행되어 영, 미 도시학생의 반수정도가 편도적출술을 받았다고 한다. 1960년대에 와서 편도적출술의 비판이 시작되었고 1970년대에 와서 면역학적 문제 등으로 비판의 눈목들이 다량 나왔으며 심지어는 수술받은 환자의 5% 만이 적응이 된다고 하는 보고도 있다 하였다. 일본의 경우도 1971년부터 편도적출술이 감소하기 시작하였으며 1980년대에는 국민학교생의 1.6% 만이 편도적출술을 받았다고 하며 이에 대한 이유를 1) 편도의 면역기능의 문제, 2) 수술과 마취에 따르는 위험, 3) 수술사의 부족, 4) 낮은 보험수가 등을 들고있다.

II. 소아편도염의 경우 습관성편도염이 가장 일반적이며 가장 중요하다하며 그 정의는 명확치 않으나 여러 학자의 정의가 만성염증병소를 갖고있는 사람이 어떤 원인으로 인해 발작적 인두통, 고열 등의 급성염증의 반복을 연 2~3 회 이상 반복하는 것으로 정의하고 있으며 그 원인이란 신체 저항력의 감소, 기후변화, 비 부비강염증 등의 상기도염증, 외인성항원 등이라 하였다. 이러한 정의에서 볼 수 있듯이 습관성 편도염의 진단은 임상증상이나 경과로 가능하며 어떤 기간, 빈도의 급성편도염 증상의 반복이라는 동적변화로 생각해야 한다고 하였다. 또한 습관성편도염의 급성염증 반복현

상은 연령이 더할수록 점차 줄어들어 없어진다고 하였으며 이 저자의 연구분석 결과 국민학교 생이 연 4회이상 또는 연 4일 이상 학교를 쉬게 만드는 습관성편도염은 수술해야 한다고 주장하고 있다. 성인의 습관성편도염의 37%가 소아기부터 계속되었고 성인이 되어서 생긴 경우가 32%였으며 편도적출술을 성인에서 받는 경우의 43%가 유아기부터 염증이 계속되어 온 경우라고 하였으나 어떤 경우에 성인에 까지 반복될 것인가에 대한 임상지표는 없다고 하였다. 반복염증을 유발하게 하는 명확한 기전을 밝힌 보고도 아직은 없다고 하였다.

III. 습관성편도염이 장래 병소편도에 이르게 될까에 대해서는 아직 명확한 결론은 없으며 여태까지는 신장염등의 병소감염의 위험이 있으므로 조기에 수술을 해야한다고 환자나 그 가족에게 설명했던 경우가 많았으나 그 근거가 반드시 확실하지는 않다고 하였으며 그의 조사결과에 따르면 수술하지 않았던 예의 약 66%가 자연히 좋아졌으며, 신장염 등의 병소감염예를 거의 볼 수 없었던 점으로 미루어 단순히 편도염을 반복한다고 해서 병소감염을 일으킬 가능성은 적지 않을까 하고 생각한다고 하였다. 또한 소아의 습관성편도염에 대해 편도적출술을 앓고 장기간 관찰했던 증례를 참고로 A군연쇄상용혈균이 검출되어 ASLO치가 높았으며, 연 14회나 편도염을 반복하던 13세의 여아가 7년후에는 신장염 등의 질환없이 정상으로 되었던 경우를 보아 장기간 경과관찰보다 손쉬운 수술을 행하는 일을 경계해야 할 것이라고 하였다.

앞서 서술들에 따라 이 저자는 소아 습관성 편도염에 대한 편도적출술의 적응을 다음과 같이 고려해 보라고 권하였다.

- 1) 연 4회이상의 급성편도염증상의 반복, 동시에 고열 인두통을 동반하여 학교를 4일 이상 쉬지않으면 안되는 경우.
- 2) 수술의 연령은 5세에서 8세 사이가 적당한 점.
- 3) 편도적출의 결정을 곧바로 하지 말고 임

상결과와 함께 여러검사성적 즉 편도로부터의 균검색의 결과, 혈청 ASLO, CRP, IgG 값등의 변화에 관해 적어도 6개월 이상 관찰해본 후 결정하는 것을 권하였다.

즉 편도적출을 결정할때는 가능한 한 보존적으로, 그러나 필요할 때에는 적극적으로 할 수 밖에 없다고 강조하고 있다.

IV. 편도비대에 관하여는 제 III도 비대(양측의 편도가 붙을 정도의 비대)로 호흡, 연하장애가 있는 경우는 편도적출적응이 된다고 하였으며 수면무호흡증상 그리고 인두편도, 구개편도에 의한 폐성심부전증의 경우도 드물지만 편도적출적응이 된다고 하였다.

이 저자는 지금까지는 일반적인 수 밖에 없는 많은 기초적인 문제들에 대한 연구 의지를 밝히면서 글을 끝맺었다.

이상의 글을 읽고 나름대로의 느낀 점은 학생제의 발달과 함께 전반적인 외과수술의 발달로 편도적출술을 과다하게 많이 시행하였던 시기에서 점차 기초과학의 발달에 따른 편도적출술의 적용에 대해 관심을 갖게 됨으로 점차 그 수가 감소되고 있는 추세에 있으나 상기 서술에서도 유효율이 90% 정도임을 무시하고라도 아직도 많이 행하여지고 있으며 수술후 효과를 보았기에 의료인이나 환자가족 측에서도 쉽게 의논하고 수술이 시행되어지고 있는 것이 분명하며, 정확하게 적용될 때만 수술을 한다면 꼭 필요한 수술임에는 틀림없다 하겠다.

상기 저자의 기술중에서도 볼 수 있듯이 요즘에는 의료계의 의료적적 즉 사회적, 경제적 문제 등이 환자를 치료하는 방법의 선택이나 적용에 대해 많은 영향을 미침을 볼 수 있으며 이는 우리나라에서도 아직 사회전반적으로는 표출되지는 않았으나 의료계에서는 분명 인식되어져 왔던 문제로 생각된다. 어쨌든 성서(成書)나 논문들을 뒤적일 것도 없이 편도적출술의 적용은 이비인후과 의사라면 누구나 충분한 병력청취만으로도 진단 가능하며 더군다나 반복급성기에 몇번 진료를 해 온 경우라

면 더 이상 생각할 것도 없을 것인데도 방학 때만 되면 종합병원 문턱에서 불친절하다느니 의료계가 어떠니 해야 하는 것이라면 이것이 과연 인간의 힘으로 해결 불가능한 것이고 그래서 우리가 오로지 사명감을 갖고 감수할 수밖에 없는 것인가 아니면 해결할 수 있는 일인데 길 아는 머슴이 길도 모르는 장님 주인 뒤따라 가는 꼴은 아닐까 생각해 본다. 어찌되었건 의사는 환자를 위해 있음을 우리 모두는 알고 있듯이 환자를 위해 적용이 되면 적극적 수술을 택할 것이고 그렇지 않으면 주의 깊게 관찰하여 필요할 때 빨리 낮게해 주어 환자를

도와줄 수 있을 것이다.

아무튼 학계에서는 계속 기초, 임상적으로 편도적출술에 대한 더욱 좋은 연구보고가 나오고 일선 임상가에게 뚜렷한 방향을 제시해줄 수 있는 지표가 마련되어 적극적인 자세로 환자를 도와줄 수 있는 날이 왔으면 하며 그와 아울러 현실적으로 더욱더 중요할지도 모르는 의사와 환자 이외의 여건으로 인해 환자가 진정한 도움을 받지 못하는 여러가지들이 이 이상 악화되지 않고 차츰 나아져 갔으면 하고 생각해 본다.