

인두편도염

개요

• 등록일자 : 2021-05-14 • 업데이트 : 2022-10-27 • 조회 : 26043 • 정보신청 : 87

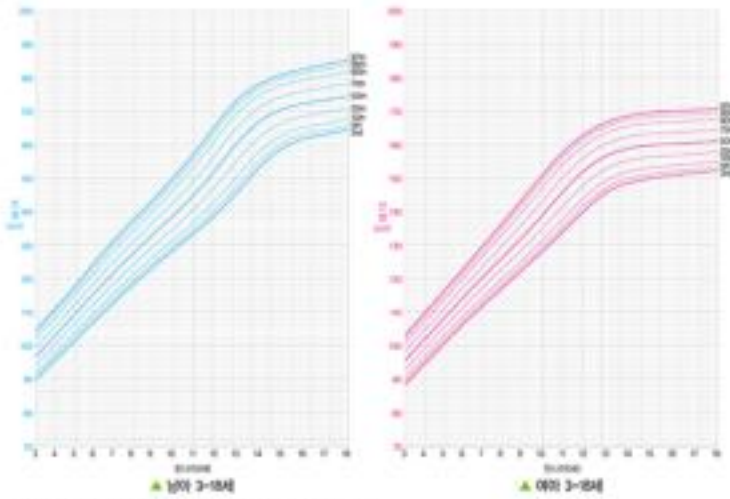
개요

인두는 코의 뒷벽부터 목젖 부위를 거쳐 식도의 바로 윗부분까지를 가리키는 말로, 우리 몸에서 외부와 가장 빈번하게 접촉하는 기관 중 하나입니다. 편도는 인두의 양쪽에 존재하는데 아데노이드와 함께 면역을 담당합니다. 세균, 바이러스 등의 병원체 외에도 담배 연기, 대기 오염, 알레르겐, 뜨겁거나 자극적인 음식, 알코올 등이 인두나 편도에 염증을 유발할 수 있습니다.

개요-정의

인두편도염은 인두와 편도에 염증이 생긴 상태를 가리킵니다. 3세 이하에서는 대개 바이러스에 의해 생기나, 5세 이상에서는 30~40%에서 그룹 A 연쇄상구균 등 세균이 원인이 됩니다. 원인 병원체에 따라 증상이 달라져 인두나 편도가 빨갛게 부어 오르거나 출혈 반점이 생기는 경우도 있고, 흰색 삼출성 막이 끼거나, 수포성 물집 같은 궤양도 생길 수 있습니다. 대개 발열이 동반되며, 음식을 삼킬 때 아파서 먹지 않으려 하거나 침을 흘리기도 합니다. 편도가 많이 커지면 기도 폐쇄로 인한 코골이나 수면 무호흡증이 발생할 수 있습니다.

〈그림 2017년 한국 소아청소년 성장도표〉



*출처 : 질병관리본부 · 대한소아과학회, 2017, 2017 소아청소년 성장도표.

개요-종류

원인에 따라 크게 바이러스성과 세균성으로 나눕니다. 감기에 속하는 바이러스성 인두편도염은 항생제를 쓰지 않아도 대증요법으로 치료가 됩니다. 하지만 세균성 인두편도염(그룹 A 연쇄상구균이 가장 대표적)은 항생제 치료를 해야 빨리 호전되고, 합병증을 예방할 수 있습니다. 바이러스성 인두염은 구강인두가 빨갛게 변하는 것이 주 증상이지만, 수포나 궤양이 생기기도 합니다. 세균성 인두편도염과 유사한 증상을 보이는 경우도 있어 임상 증상만으로 세균과 바이러스를 구별하기는 어렵습니다.

개요-원인

1) 바이러스: 가장 흔한 원인입니다. 아데노바이러스(adenovirus), 장관바이러스[콕사키바이러스(coxsackievirus), 에코바이러스(echovirus)], 리노바이러스(rhinovirus), 파라인플루엔자 바이러스(parainfluenza virus), 인플루엔자 바이러스(influenza virus), 엡스타인 바 바이러스(Epstein-Barr virus), 단순 헤르페스 바이러스(herpes simplex virus), 거대세포바이러스(cytomegalovirus)]

2) 세균: 대개 3세 이상에서 발생합니다. 그룹 A 연쇄상구균, 그룹 C 연쇄상구균, 용혈성 아카노박테리아균(Arcanobacterium haemolyticum), 마이코플라스마(Mycoplasma pneumoniae), 클라미도필라(Chlamydia pneumoniae)

개요-경과 및 예후

바이러스성 인두염은 대개 콧물, 기침으로 시작해 서서히 진행하다가 열이 나고, 목이 붓고, 아픈 증상이 생깁니다. 저절로 좋아지며 증상이 경미하고 예후가 좋습니다. 그룹 A 연쇄상구균에 의한 세균성 인두편도염은 초기에 항생제를 쓰면 열이 빨리 떨어지고 합병증을 줄일 수 있습니다. 페니실린이나 세팔로스포린계 항생제에 잘 듣습니다.

개요-병태생리

그룹 A 연쇄상구균은 외독소 A, B, C를 분비하여 피부 발진을 유발합니다. 균의 독성과 관련된 M 단백질은 우리 몸의 면역체계에 저항하는 인자로, 200개 이상의 종류가 존재하므로 한번 감염되어도 면역이 평생 지속되지 않습니다. 즉, 새로운 유형의 M 단백을 가진 연쇄상구균에 감염되면 다시 인두편도염을 앓게 됩니다.

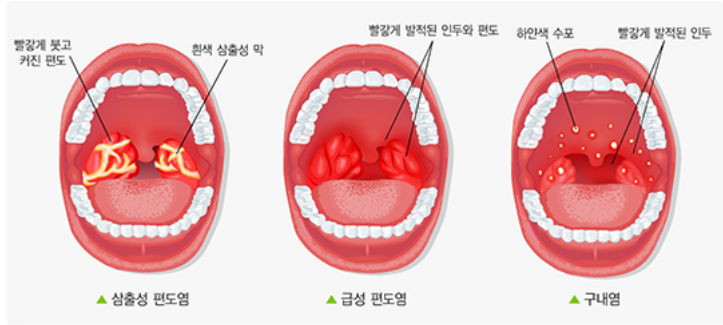
역학 및 통계

바이러스성 인두염은 3세 이전에 흔합니다. 아데노바이러스에 의한 인두염은 산발적으로 생길 수도 있고, 유행성으로 생길 수도 있습니다. 특히 여름철 수영장에서 잘 전염됩니다. 장관바이러스에 의한 인두염도 여름철에 흔합니다. 세균성 인두편도염은 연쇄상구균에 의한 경우가 가장 많습니다. 3세 이전에는 드물고, 5~15세에 가장 많이 발생하며, 청소년 후기로 가면서 빈도가 감소합니다. 연쇄상구균성 인두편도염은 연중 발생하지만 겨울과 봄에 많습니다. 전염력이 높아 집이나 학교에서 쉽게 전파됩니다. 그룹 A 연쇄상구균은 학령기 소아에서 발생한 인두편도염의 15~30%를 차지합니다.

증상

바이러스성 인두염은 세균성에 비해 서서히 진행합니다. 대개 콧물, 코막힘 등 감기 증상이 먼저 생기고 발열, 권태감, 식욕부진이 나타납니다. 하루 정도 지나면 목이 아프기 시작해 2~3일째 가장 심한 양상을 보입니다. 원인 바이러스에 따라 조금씩 다른 양상을 보일 수 있습니다.

◀그림 급성 인두편도염▶



1) 단순포진 헤르페스 바이러스에 의한 인두염은 잇몸, 혀, 인두, 입술 부위에 궤양성 물집이 생기는 치은구내염(gingivostomatitis)입니다. 고열이 나고 입안의 통증으로 삼키기 어려운 증상이 보통 5~7일 정도 지속되지만, 물집이 다 없어지기까지 14일까지도 지속될 수 있습니다.

2) 아데노바이러스는 고열과 함께 인두가 빨갛게 부으며, 눈이 충혈되는 결막염이 동반될 수도 있습니다. 인두염은 1주 이내로 좋아지지만, 결막염은 2주까지도 지속될 수 있습니다.

3) 콕사키바이러스 같은 장관바이러스에 의한 포진성구협염(herpangina)은 인두의 전면, 후면에 산발적으로 작은 수포와 궤양이 생기면서 피부발진, 설사 등이 동반됩니다. 목이 아파 음식을 제대로 삼키지 못하고 침을 흘리며, 영유아에서는 탈수가 올 수 있습니다. 수족구병은 인두, 손바닥, 발바닥에 물집과 궤양이 생기는 병으로 콕사키바이러스 A16이 가장 흔한 원인이지만 엔테로바이러스 71이나 콕사키바이러스 A6에 의해 생길 수도 있습니다.

4) 엡스타인-바 바이러스에 의한 전염성 단핵구증은 고열과 함께 편도가 빨갛게 부어오르고 흰색 삼출성 막이 생깁니다. 경부 임파선염, 간과 비장 커짐, 피부 발진, 전신 피로가 생길 수 있습니다. 고열이 1~3주 정도로 오래 지속되면서 항생제를 써도 듣지 않습니다. 편도 비대로 인해 기도가 좁아져 밤에 코를 골거나 수면 무호흡증이 생길 수도 있습니다.

5) 연쇄상구균에 의한 인두편도염은 세균성 인두편도염의 가장 흔한 원인으로 그룹 A 베타용혈성 연쇄상구균에 의한 경우가 가장 많습니다. 2~5일 정도의 잠복기를 지나 갑자기 고열이 나고 목이 아프며 인두와 목젖, 편도가 빨갛게 부어오릅니다. 편도에는 흰색 또는 노란색 삼출성 분비물이 막처럼 붙어있고 점상출혈이 생길 수 있습니다. 헛바닥은 처음에 흰색 백태가 낀 것처럼 보이다, 시간이 지나면 빨간색 돌기가 딸기처럼 도드라집니다. 목에서 경부 림프절이 크게 만져지고 누르면 통증을 느낍니다. 두통과 복통, 구토 증상도 흔합니다. 비교적 빠르게 진행하며, 보통 1~4일 정도 열이 나지만 항생제를 쓰지 않으면 2주까지도 지속됩니다. 설사, 기침, 콧물, 인두 궤양, 목쉰 소리, 결막염 등은 대개 동반되지 않습니다. 이런 증상이 있다면 바이러스성 인두염일 가능성이 더 높습니다. 그룹 A 연쇄상구균의 외독소에 의해 성홍열 발진이 생길 수 있는데, 얼굴에서 시작해서 전신으로 퍼지고 볼이 빨간 데 비해 상대적으로 입술 주변은 창백해 보입니다. 발진은 특히 팔의 접히는 부분, 겨드랑이, 사타구니에 심하지만 손으로 누르면 하얗게 없어집니다. 압박받는 곳의 모세혈관이 터져 점상출혈이 생길 수도 있습니다. 발진은 며칠 내에 없어지며, 그 자리가 햇볕에 탄 것같이 껍질이 벗겨지는데, 특히 손톱 주변이 잘 벗겨집니다.

진단 및 검사

바이러스와 세균 감염은 임상 증상만으로는 구분하기 힘든 경우가 많습니다. 그래서 항생제가 불필요하게 사용되곤 합니다. 특히 엡스타인 바 바이러스에 의한 전염성 단핵구증은 연쇄상구균에 의한 인두편도염과 증상이 매우 비슷합니다. 바이러스 감염과 세균 감염을 구분하는 것이 중요한 이유는 세균성 인두편도염의 경우 조기에 항생제를 투여하면 급성 류머티즘 열 같은 합병증을 예방할 수 있기 때문입니다. 증상과 진찰 소견으로 진단하는데, 세균 감염을 시사하는 경우는 다음과 같습니다.

1) 38도 이상의 고열
2) 기침 없음
3) 경부 임파선 비대와 통증
4) 편도의 비대 또는 삼출성 막
5) 나이가 3~14세

다섯 가지 중 해당 사항이 많을수록 세균성 감염 가능성이 높습니다. 세균성 감염을 확인하기 위해서 다음과 같은 검사가 필요할 수 있습니다.

1) 인두 배양: 인두를 면봉으로 긁어 균을 배양하는 검사입니다. 결과가 나오는 데 최소 3일 정도 걸립니다. 항생제를 이미 투여한 경우 위음성으로 나올 수 있고, 면봉이 오염된 경우 위양성으로 나올 수 있기 때문에 임상 증상과 함께 판단해야 합니다.
2) 신속 항원 검출법: 그룹 A 연쇄상구균을 빨리 진단할 수 있는 방법으로 30분 내에 결과가 나옵니다. 특이도가 95% 이상으로 매우 높아 신속 항원 검출법에서 양성이면 세균성 감염으로 확진할 수 있으며, 인두 배양검사를 할 필요가 없습니다. 하지만 민감도가 낮아 음성으로 나와도 세균성 감염을 배제할 수 없기 때문에 인두 배양검사로 확인해야 합니다.

3) 혈액검사: 혈액검사에서 백혈구 수치나 염증 수치를 보면 세균성 인두편도염 진단에 도움이 됩니다. 전염성 단핵구증은 말초 혈액 내에 비정형 림프구가 증가합니다.

치료

치료는 증상을 완화시켜주는 대증요법과 세균성 인두염인 경우 항생제를 투여하는 방법이 있습니다.

치료-약물 치료

연쇄상구균 감염에서는 항생제 투여 후 12~24시간 내에 열이 떨어지고 인두의 통증이 완화됩니다. 항생제는 보통 10일간 사용합니다. 그룹 A 연쇄상구균은 페니실린이나 베타락탐계 항생제에 잘 듣습니다. 페니실린에 알레르기가 있다면 1세대 세팔로스포린 계열 항생제나 마크로라이드 계열(에리스로마이신, 클라리스로마이신, 록지스로마이신, 아지스로마이신)이나 클린다마이신을 쓸 수 있는데, 마크로라이드 계열에는 내성을 보이는 경우가 많습니다. 항생제 치료를 하지 않아도 수일 내에 좋아질 수 있으나, 항생제를 사용하면 빨리 좋아지고 편도주위농양이나 경부임파선염 같은 화농성 합병증을 예방할 수 있습니다. 연쇄상구균 감염에서 항생제를 사용하는 중요한 목적 중 하나는 심장 판막에 합병증을 일으키는 급성 류머티즘 열을 예방하는 것입니다. 대개 증상 발생 후 9일 이내에 항생제를 사용하면 급성 류머티즘 열을 예방할 수 있습니다. 따라서 인두배양 검사에서 양성이 나오거나 배양검사 결과가 없더라도 인두염의 증상이 있으면서 다음의 경우에 해당된다면 즉각 항생제 치료를 시작하는 것이 좋습니다.

- 임상적으로 세균성 감염이 의심되고 신속 항원 검출법에서 양성
- 임상적으로 성홍열로 진단되는 경우
- 가족 내 연쇄상구균 인두염 확진자가 있는 경우
- 급성 류머티즘 열의 과거력이 있거나 가족 내에 급성 류머티즘 열 환자가 있는 경우

하지만 항생제 치료를 해도 급성 사구체신염(poststreptococcal glomerulonephritis)을 예방할 수는 없습니다. 전염성 단핵구증에서 편도 비대로 인한 상부 기도 폐쇄 증상(심한 코골이나 수면 무호흡증)이 있는 경우는 전신 스테로이드제를 쓸 수 있습니다. 하지만 전염성 단핵구증을 제외한 대부분의 인두편도염에서는 전신 스테로이드제를 사용하지 않습니다.

치료-비약물 치료

증상을 완화시키는 대증요법은 바이러스와 세균성 인두염 모두에서 중요한 치료 과정으로, 다음과 같은 방법이 있습니다.

◦ 아세트아미노펜이나 이부프로펜 같은 해열진통제를 사용하여 발열과 인후통을 완화합니다.

◦ 미지근한 생리식염수 등 소금물로 가글을 하거나 진통 효과가 있는 스프레이, 멘톨이나 벤조카인이 함유된 사탕으로 통증을 완화합니다.

◦ 음식은 억지로 먹이지 않으며, 고형식보다 죽이나 미음 등 부드러운 음식으로 영양 공급을 해주는 것이 좋습니다.

자가 관리

평소 면역 기능이 최상의 상태에 있도록 충분한 수면을 취하고, 수분을 충분히 섭취하며, 자주 손을 씻고, 영양소를 골고루 섭취하는 것이 좋습니다. 마스크를 쓰고, 손을 자주 씻고, 서로 간 거리를 유지하면 COVID-19 유행 시기에 코로나 감염뿐 아니라 바이러스와 세균에 의한 인두편도염도 예방할 수 있습니다.

정기 진찰

연쇄상구균에 의한 인두편도염 후에는 급성 류머티즘 열이나 사구체신염 등의 합병증이 생기는지 관찰해야 합니다. 바이러스성 인두염은 합병증이 없으면 정기 진찰할 필요는 없습니다. 합병증이 생기면 적절한 치료를 받아야 합니다.

합병증

바이러스성 인두염 합병증으로 세균성 종이염이나 부비동염이 생길 수 있습니다. 연쇄상구균 인두편도염 합병증은 화농성 합병증과 비화농성 합병증으로 나뉩니다. 화농성 합병증에는 종이염, 부비동염, 인두후부 및 편도 주위 농양이 있으며, 비화농성 합병증으로는 급성 류머티즘 열, 급성 사구체신염, 반응성 관절염 등이 발생할 수 있습니다.

위험요인 및 예방

인두편도염을 유발하는 연쇄상구균이나 바이러스 감염에 대한 백신은 아직 개발되지 않았습니다. 예방적 항생제는 급성 류머티즘 열이 있을 때 재발을 예방하기 위해서만 사용합니다. 인두염은 기본적으로 상기도 감염(감기)의 일종이므로 예방 조치가 도움이 됩니다. 기본적인 예방법은 손 씻기, 구강 세척(가글링), 양치질, 금연 등입니다. 면역 상태도 중요하므로 과로를 피하고, 충분한 수면을 취하고, 영양을 골고루 섭취하는 것이 좋습니다. 건조한 공기는 좋지 않습니다.

생활습관 관리

건조한 공기에 장기간 노출되면 인두나 편도 점막의 방어 기능이 정상적으로 작동하지 못해 인두염이 생기기 쉽습니다. 우리나라는 겨울철 대기가 건조하고 난방으로 인해 실내는 더 건조해지는데, 습도를 40~50%로 유지하는 것이 좋습니다. 공기청정기, 에어컨, 가습기 등을 사용하는 경우 잘 청소하지 않으면 오히려 세균 및 바이러스의 서식처가 될 수 있으므로 청결하게 유지하고 정기적으로 필터를 교환해야 합니다 .

대상별 맞춤 정보

연쇄상구균에 의한 인두편도염이 자주 재발하는 이유는 연쇄상구균에 대한 항체 형성이 잘 안되거나, 새로운 유형의 연쇄상구균에 감염되거나, 항생제를 제대로 복용하지 않았거나, 항생제 내성균에 감염되었을 때입니다. 항생제를 제대로 복용하지 못한다면 페니실린을 1회 근육주사합니다. 편도선 수술은 1) 1년간 7회 이상의 재발성 감염, 2) 2년간 연 5회 이상의 감염, 3) 3년간 연 3회 이상의 감염이 있을 때 고려합니다. 편도선 수술을 해도 수술 후 2년이 지나면 수술하지 않은 경우와 인두편도염 재발에 차이가 없기 때문에, 수술에 따른 위험 부담과 병의 경중을 고려하여 결정해야 합니다. 심한 편도선염이 반복될 때는 면역질환이 있는지도 생각해야 합니다.

참고문헌

소아과학 교과서 Nelson textbook



공공누리
공공 저작물 자유이용허락

본 공공저작물은 공공누리 "**출처표시+상업적이용금지+변경금지**" 조건에 따라 이용할 수 있습니다.

☰ 목록

[개인정보처리방침](#) [개인정보이용안내](#) [저작권정책 및 웹접근성](#)

[28159] 충청북도 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명2로 187 오송보건의료행정타운 내 질병관리청
문의사항: 02-2030-6602 (평일 9:00-17:00, 12:00-13:00 제외) / 관리자 이메일 : nhis@korea.kr
COPYRIGHT © 2024 질병관리청. ALL RIGHT RESERVED

해외기관

^

유관기관

^

정부기관

^

※ 본 페이지에서 제공하는 내용은 참고사항일 뿐 게시물에 대한 법적책임은 없음을 밝혀드립니다. 자세한 내용은 전문가와 상담하시기 바랍니다.

