

타액선 (완)

경희대학교 치과대학 구강외과학교실

이 상 철 · 김 여 갑

[6] 외과적처치 (Surgical management)

상술한 바와같이 세균성감염이나 virus, 및 타액관의 폐쇄에의하여 2 차적으로 타액선의 염증을 나타내며, 外傷에 의하여서도 염증이 초래된다.

염증발생의 원인에 관계없이 염증은 부종, 붓와적염 그리고 타액관폐쇄의 과정을 밟게된다.

이러한 폐쇄의 단계에서 타액선 실질의 변성, 섬유화 및 주관적 증상들을 나타내게 된다.

이러한 염증성변화를 나타내는 타액선의 외과적 치료방법에 대하여 의논하고자 한다.

(1) 타액선염 (Sialadenitis)

타액선의 세균의 감염은

구강내 상주균종의 병원균이나,

혈류를 통하여,

오염된 안면부나 구강내열상을 통하여 발생된다.

유행성이하선염(epidemic parotitis)이 가장 빈발하는 viral sialadenitis로서 어린이에양측성으로 많이 발생한다.

이것은 주로 보존적요법으로 치료된다.

- 휴식
- 대용액의 정맥주사
- 구강내 세척
- 항생제투여

viral sialadenitis의 경우 항생제의 투여는 일반적으로 필요하지 않으나, 병발증의 예방을 목적으로 사용된다.

이외에 타액분비를 촉진시키는 자극제를 제거하므로써 충분하다.

화농과 괴사에 의한 타액선실질의 파괴를 나타내는 급성세균성 감염시는 즉각적으로 외과적 처치가 고려되어야 한다.

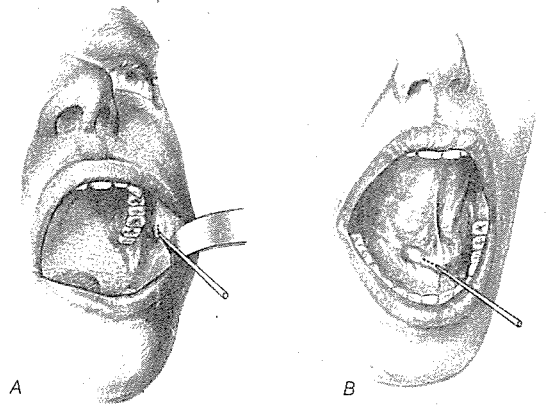
Streptococcal microorganism에 의한 경우

- watery exudate가 특징적이며,
- 백혈구증가증
- 종창
- 괴사
- 고열
- 전신적인 독성을 나타낸다.

Staphylococcal organism이나 mixed infection 경우

- 대, 소타액분비관을 폐쇄하는 thick purulent exudate가 특징적이며,
- 타액선의 동통성 증식을 나타낸다.

이때 blunt, smooth ended probe을 이하선관이 나 악하선관에 삽입하므로써 점액전(mucus plug)이나 농성배출물에 의한 폐쇄를 완화시켜줄 수 있다. 이로서 타액의 분비를 돕고 타액선 실질내의膿의 배출을 원활히 해준다(그림 39).



〈그림 39〉

- A. 이하선의 Stensen's duct
- B. 악하선의 Wharton's duct

Staphylococcal이나 mixed infection에서와 같이 농성배출액이 심하게 점액성일때 이러한 배농만으로는 불충분할 수 있다. 그러나 Streptococcal infection의 경우에는 효과적이다.

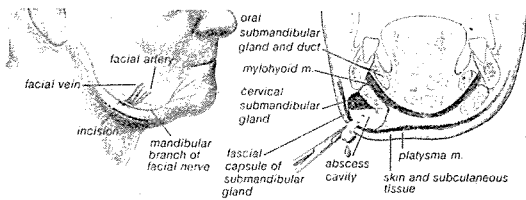
과피성 감염이 만성상태로 되고 보존적요법으로 효과가 뚜렷하지 못할때 외부로 배농(external drainage)을 시행한다. 이것은 최대한의 "softening"부위기 촉진될때 시행한다.

온습 썬질을 계속하므로써 화농을 촉진시켜줄 수 있다.

이후 적절한 절개(external incision)를 시행하고 배농시켜 준다. 절개시 안면신경 분지에 손상이 없도록 주의하여야 한다.

절개는 모든 조직층을 포함하여 넣어주며 감염된 타액선의 실질내까지 도달하도록 깊게하여야 한다(그림 40).

drain(tampon)을 배농이 없을때까지 계속넣어 주어야한다. 이때 소독 상태를 유지하며 지속적으로 온습썬질을 하여주는 것이 좋다.



〈그림 40〉 악하선농양의 절개와 배농

외부로 절개 및 배농을 시켜주며 염증상태기 경감되었을때 정상적인 타액선의 기능이 회복 되어야 한다. 때로 정상 기능을 수행치 못하고 만성 또는 아급성의 화농성상태기 지속되는 경우에는 염증이 완화되고 절개부위기 치유된 후 악하선이나 설하선을 완전히 절제하여 낸다.

이하선의 경우,

악하선보다 크고 주타액분비관이 심부와 표재부 이하선의 각각에서 발생된다. 그러므로 이하선 실질내의 농양이 전 이하선을 침범하지 않을 수도 있다. 침범된 부분만의 절개와 배농으로 남아있는 치유된 부위나, 침범받지 않은 부분에서는 정상 기능을 수행할 수 있다. 이로인해 격리된 이하선 실질내의 농양은 절개로 적절한 치료시 거의 이하선의 완전적출술이 필요기 없다.

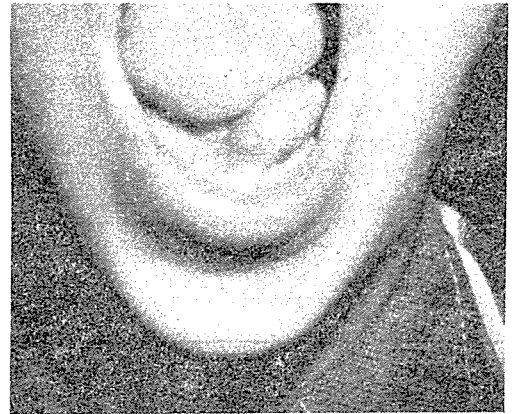
그러나 만성적인 폐쇄로 이하선실질의 섬유화기 초래되었을때, 심부 및 표재부 이하선의 완전적출술이 필요할 때도 있다.

주위의 건전한 실질의 파괴를 예방하고 병의 진행을 치유하여 위하여 적절한 이하선의 절제술이 요구된다.

설하선의 염증이나 폐쇄질환도 악하선에서와 같은 과정을 가지게 된다.

설하선은 여러개의 실질로 구성되어 있어 Rivinus duct를 통하여 독립적으로 구강내 개구된다. 이 타액분비관의 전방은 하나의 큰 분비관(Bartholin's duct)로 결합되기도 하며, 악하선의 타액관(Wharton's duct)과 연결되기도 한다.

설하선의 폐쇄로 압박에 의한 타액선의 낭종성변성이 초래되기도 한다. 이를 가막종(ranula)(그림 41)이라하며 치료방법으로 낭종자재의 marsupialization과 설하선의 완전적출술이 최선의 치료방법으로 되어있다.



〈그림 41〉 구강저의 가막종(ranula)

설하선의 낭종성변성은 세균의 감염이나 타액에 의한 폐쇄로 인한 폐쇄성 염증성질환에 의하여 발생된다.

염증, 낭종형성, 또는 폐쇄등이 설하선이나 악하선에 만성적으로, 재발성으로 발생시, 최선의 치료방법은 침범된 타액선의 완전적출술이다.

악하선이나 설하선 실질 및 타액분비관의 부분적 적출술을 염증의 재발이나 폐쇄를 나타내게된다. 이것은 또한 낭종이나 타액분비관을 구강내로 marsupialization 시에도 자주 발생된다.

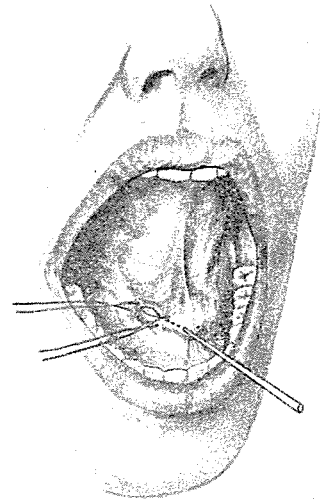
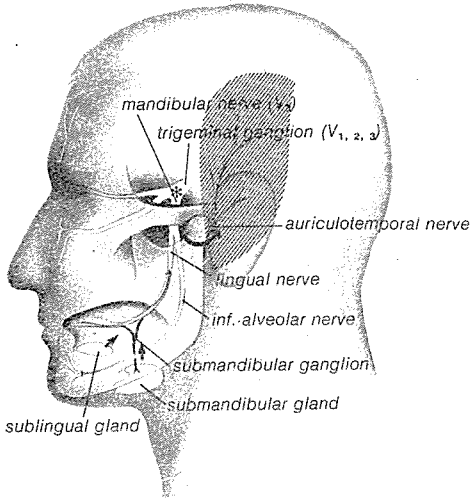
(2) 타석증(Sialolithiasis)

1) 악하선 및 설하선

타석의한 악하선 및 타액분비관의 폐쇄기 이미 말한바와 같이 이하선의 경우보다 많이 발생되며, 여자에서보다 남자에서 빈발한다.

동통성 증상을 보이며(그림 42), 구강저의 악하선관을 따라 촉진시 結節이 촉진된다. 또한 악하

선 또는 설하선의 타액분비기 감소 내지 중지되게 된다. 이러한 증상은 식사시 더욱 악화된다.



(그림 44) 악하선 타액분비관에 발생한 타석의 노출과 제거술식, 타석의 근원심부에서 결찰과 절개 및 탐침.

(그림 42) 악하선 및 설하선에서 기인된 전위통 악하선관을 통한 탐침으로 타액관내 타석 존재시 촉지된다.

타액관의 소파술로 타석의 제거가 가능하 기도하나 대부분 타액관 심부로 더욱 깊숙이 밀어넣게 되며 심할때는 타액선실질내로 미입된다.

이러한 폐쇄가 환자에게 처음 발생되었고, 단일의 타석이 촉지되며 X-선상이나 타액관의 탐침결과 타액관내에 있다면 다음과 같은 술식으로 타석을 구강내로 제거한다.

- i) 타석의 위치를 결정
- ii) 타석바로 상방의 구강저에서 절개(그림 43)
- iii) 악하선관을 노출
- iv) 4-0 silk나 nylon으로 타석의 타액선 근심부에서 타액관을 일시적으로 결찰하고(이때의 결찰은 타액관의 내경이 폐쇄될 정도이며, 내부상피벽의 손상은 예방해 주어야 한다.) (그림 44), 같은 방법으로 원심부에서 타액관을 결찰한다.

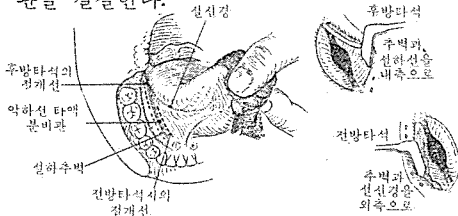


Fig 25-27. Intracanal landmarks and lines of incision for transoral sialotomy of the submandibular duct.

(그림 43) 악하선의 타석발생 부위에 따른 구강내 타석적출술시의 절개부위

이 두결찰부 사이에서 타액분비관을 절개(longitudinal incision)을 시행한 후, 타석을 제거한다.

구강내 점막절개는 그대로 나누기도 한다. 최근 타액관개부에서 적은 Silastic catheter을 삽입하여 절개한 부위를 봉합한다. 5-0 chromic gut 이나 5-0 polyglycolic acid suture을 사용한다.

구강내 점막은 5-0 chromic으로 봉합하여 준다.

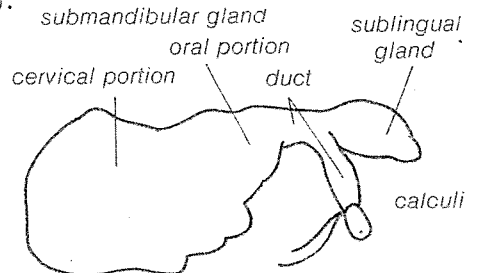
약 10일간 유동식을 섭취하며 Silastic catheter는 수술 24시간후에 제거한다.

타석발생의 원인이 실질에 남아있다면 재발될 우려가 있으므로 수개월간의 관찰을 요한다.

타석에 의한 악하선의 재발성폐쇄는 타액선실질내의 만성변성변화가 계속될때 나타난다. 이때 심한 파괴와 섬유화를 수반하는 폐쇄가 발생된다.

재발성폐쇄는 악하선 및 그 타액관을 절제하므로서 치료된다.

설하선의 경우에도 역시 절제술이 시행된다(그림 45).



(그림 45) 타석에 의한 악하선 및 폐쇄시의 타액선 적출술

2) 이하선

Stensen's duct의 타석에 의한 폐쇄시

- 타액분비의 감소
- 간헐적타액관 폐쇄의 만성적 재발에 의한 2차 염증
- 타액선소포와 타액관의 확장
- 동통과 종창

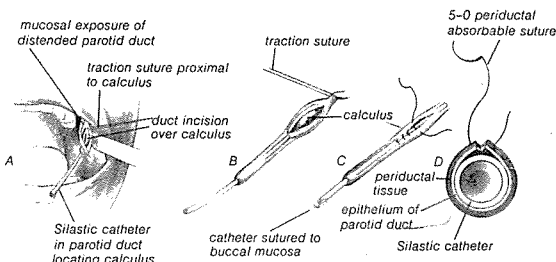
타석제거의 술식

- 타액분비관을 노출 : 구강점막의 절개를 통하여
- 타석을 격리 : 타석의 근, 원심부에서 일시적인 타액관의 절찰
- 타석을 제거 : 타액관의 절개선(longitudinal incision)을 통하여
- 타액관의 내면을 폐쇄부위에서 개구쪽으로 세척 : 잔존된 이물체를 제거
- 타액관을 봉합 : Silastic catheter을 넣고 5-0 chromic catgut을 사용
- 구강내 협점막과 점막하조직을 층별로 봉합 : 5-0 poly glycolic acid suture
- Silastic tubular stent를 10일간 장치후 제거 : 개구부에서의 협점막의 수축을 방지
- 계속적인 관찰 : 3개월간
 - 적절한 기능회복
 - 이하선의 배농

이하선의 기능이 회복되었을때 정상적인 식사를 시작한다.

타석이 개구부에 근접하여 있을때에는 간단한 外尿道口切開術(meatotomy)를 시행하여 용이하게 제거할 수 있다.

절개된 타액분비관의 벽을 구강내 점막에 봉합하므로서는 타액분비관의 개구부를 넓게해 준다(그림 46).



〈그림 46〉 타석의 구강내 적출

타액관이나 성실에 다발성 타석의 발생으로 이하선이 폐쇄시, 또한 재발성 종창, 동통, 염증, 아관진급의 기왕력을 가지고 있을때 단순한 타석의 제

거만으로는 적절한 치료가 어렵다.

식사시 또는 식사후 재발성종창과 동통을 나타내는 만성타석증과 타액선염은 타액선 실질의 변성을 의미한다.

실질내 타석은 때로 부타액관(accessory duct)의 부분적 또는 전반적 폐쇄와 침범된 소포의 분비물의 정체로 retention cyst를 야기하기도 한다. 이것은 치유불능의 조직손상을 초래하며 조직의 염증과 섬유화를 나타낸다.

이 경우의 치료방법은 타석의 단순제거 보다는 이환된 이하선의 부분절제술이나 이하선 완전 적출술이 요구된다.

이하선의 어느부위에나 만성타석증이 발생하나, 표재부가 심부보다 빈발한다. 그러므로 심부 또는 전체이하선의 적출술을 시행하기도 하지만 표재부 이하선적출술로도 만족스러운 결과를 얻을 수 있다.

타액의 정체나 실질조직의 염증에 의한 2차감염을 예방하기 위하여 항생제의 투여가 요구된다.

이와함께 구강내 세척, 음식물의 조절 및 타액분비조절등은 염증, 종창과 감염을 경감시켜 외과적 처치가 원활히 이루어지는데 도움을 주게된다.

參考文獻

- Hall H. D. :Diagnosis of Diseases of the Salivary Glands, J. Oral Surg., 27:15, 1969.
- Behrs O. H. & Woolner L. B. :Surgical Treatment of Diseases of Salivary Glands, J. Oral Surg., 27:119, 1969.
- Ramesh Narang & Russell A. Dixon: Surgical Management of Submandibular Sialadenitis and Sialolithiasis, Oral Surg., 43:201-210, 1977.
- Kurt H. Thoma: Oral Surgery, 5 th ed., The C. V. Mosby Co., 1969.
- Daniel E. Waite: Textbook of Practical Oral Surgery, Lea & Febiger, 1972.
- Kustav O. Kruger: Textbook of Oral Surgery, 4 th ed., 1974.
- W. Harry Archer: Oral and Maxillofacial Surgery, 5 th ed., W. B. Saunders Co., 1975.
- Robin M. Ran Kow & Irving M. Polayes: Diseases of the Salivary Glands, W. B. Saunders Co., 1980.