

악관절 장애 환자의 교합적 특성 및 교정치료시 고려사항

S-2 심포지움

송영복 / 대한턱관절기능교합학회

대합 되는 치아의 접촉양상과 악관절의 운동 경로는 근육 신경계의 조절에 의하여 그 사람의 저작경로를 결정 짓고 이때 발생하는 근육의 힘은 전체 악골의 성장과 재형성에 영향을 미칠 수 있다.

광범위한 교합면을 재설정하는 전악회복술에 해당하는 교합치료를 수행하려고 한다면 반드시 적절한 하악골의 위치 선정과 그 위치에서 안정된 중심교합과 그 위치로 저작 경로를 유도할 수 있는 매끄러운 치아 경사면을 만들어 주어야 한다. 대부분의 치아교정치료는 성장 중에 시행되며 치료전의 최대교합상태가 변하고 최종치료의 목표가 기능적이고 심미적인 중심교합을 만들어 주는 데 있으므로 전악회복술에 해당되며 따라서 위의 원칙에 예외가 될 수 없다.

정상 악관절을 갖는 교정환자의 치료 위치는 최대교합위 또는 중심위가 될 것이고 이들 둘의 위치는 별 차이를 보이지 않는다. 그러나 비 정상적인 악관절을 갖는 환자에서는 중심위의 불안정, 최대교합위와의 차이, 악골의 부조화, 통증 등의 문제를 동반 할 수 있으므로 다른 각도에서의 접근이 필요하다.

교정학적 관점에서 본 악관절장애 환자의 교합적 특성은 1) 하악과두위치가 불안정하며 관절원판의 비정상적인 위치로 인하여 사전적 정의에 입각한 중심위를 얻기가 어렵다. 2) 하악과두가 성장하는 기간 중에 발생하는 악관절장애는 하악골 성장에 영향을 미칠 수 있어 비록 중심교합은 안정될지라도 악골의 부조화로 인한 심미적인 문제를 야기 할 수 있음에 주목하여야 한다.

아울러 교정치료를 시작하는 환자 중에는 비록 아무런 증상을 보이지 않고 있지만 이미 악관절의 비정상적인 상태를 갖고 있는 경우를 자주 볼 수 있으며 위와 같은 잠재적인 문제를 내포하는 경우가 있어 주의가 필요하다.

따라서 교정의사는 1) 악관절장애를 평가 할 수 있어야 한다. 이를 위한 방법으로는 병력청취와 수조작법에 의한 임상적 평가방법에 익숙하여야 하며, 2) 악관절장애 환자의 치료위치를 선정할 때 전략적 판단을 하여야 한다. 이를 위하여는 치료결과의 안정성 뿐 아니라 악관절장애의 개선 유무, 치료의 크기, 악골 부조화의 심미적 개선 등을 고려 하여야 한다. 즉 최대교합위, 중심위, 의도적인 하악 재위치에 대한 평가 및 손익에 따라 최선의 교합위치를 결정하고 그 위치로 턱을 유도 할 수 있는 교합면 경사를 만들어야 한다.

악관절 / 교정 진단 및 치료의 출발점

S-3 심포지움

최병택 / 최병택 치과의원

무엇이 교정의사를 힘들게 만드는가? 개방교합을 치료하고 난 후 원인 모를 재발로 환자의 불평을 듣거나 치료 이전에 없던 개방교합의 갑작스런 출현으로 도저히 일반교정으로 마무리하지 못할 정도의 골격 변위를 보이는 경우와 악교정 수술 후 개방교합과 비대칭 등을 동반한 재발이 아마도 가장 어려운 점일 것이다.

근대 치의학의 역사를 통하여 교합과 악기능에 대하여 이 학문을 전공하는 사람들이 공감하는 공통된 지식이 있다. 악운동의 이론과 하악 과두의 위치에 대한 정의는 이를 연구한 사람들에 따라 다소 차이를 보였으나 교합과 관절 사이의 명백한 상호 관계와 정적, 동적 교합의 주된 개념은 거의 변하지 않았다. 교합을 구성하는 요소들 중의 하나로 악관절을 들 수 있는데 이 교합 개념은 이미 오래 전부터 치의학의 모든 분야에서 적용이 되어 왔음에도 불구하고 특히 교정 분야에 있어서만 Angle 시대 이후로 현대에 이르기까지 치아만을 보는 정적인 교합에 너무도 익숙하여 이의를 제기한 교정의사들이 거의 없다는 것은 놀랍기까지 하다. 기본으로 돌아가서 이상적인 교