

# 질 疑 應 答

□...本協會誌는 여러 會員께서 平素에 患者를 診療하시다가 疑問點이 생기실 경우를 爲...□  
 —...하여 質疑應答欄을 設置했습니다. 診斷・治療・機械・器具・材料等 全般에 걸쳐 書...—  
 —...面質問해 주시면 學界의 權威者에게 依賴, 誠意있는 解答을 드리고 있사오니 忌憚없...—  
 —이 質問해 주시고 많은 利用을 바랍니다. 每月 末日까지 質問해 주시면 다음號 30日...—  
 —發行 協會誌에 掲載하겠습니다. <無記名 質問도 可합니다> ...—

## 치 주 과

### 질 문



저의 병원에 내원하는 환자들 중에는 특히 여자환자들에게, 구강점막에 ulcer가 생겨 심한 동통을 호소하는 환자들

이 종종 있으나 별다른 처치를 해주지 못하고 있는 실정입니다. 제가 알기론 recurrent aphthous ulcer인것 같은데 이에 대한 좋은 처치법을 알려 주시면 고맙겠습니다.

### 해 답

저 역시 가끔 이 recurrent aphthous ulcer의 치료법에 대해 생각해 보곤 합니다.

여러 문헌에 나와 있는 drug이나 치료법이 우리 실정과는 약간 괴리된 감이 있어 저오기 당황하기도 합니다.

우선 recurrent aphthous ulcer에 대한 일반적인 것부터 시작을 해서 이야기를 전개할까 합니다.

이 recurrent aphthous ulcer는 canker sore, aphthous ulceration, recurrent aphthous stomatitis란 여러 이름으로 불려지고 있으며 구강점막이나 oropharynx 부위에 ulcer가 재발되는 것이 특징이며 남자에 있어서 보다는 여자에 더 잘 나타납니다.

호발부위는 순측과 협측의 구강점막부위이며 그 다음으로 혀, 구개, 치은의 순으로 나타납니다.

년령별로 보며는 initial onset (first attack)은 대개 10~20歲 사이에 일어나며 대개 years interval을 가지고 일년에 한번 정도씩 재발이 되나 사람에 따라서는 일년에 몇번씩 재발이 일어나기도 합니다.

lesion은 주위와 경계가 뚜렷한 fibrin으로 덮힌 ulceration이 나타나며 이 ulceration은 red halo로 둘러싸여 있습니다. 크기는 직경이 대개 1~2mm. 정도이나 5mm. 정도까지 되는 경우도 있으나 이는 아주 드문 경우에 불과합니다.

초기증상으로 환자는 작열감과 tingling sensation을 호소하며 시간이 경과함에 따라 동통을 호소하게 됩니다. 동통이 심해지면서 환자는 eating, speaking, 안면운동 등이 곤란해지며 식욕이 떨어지며 잠을 잘 이루지 못하게 됩니다. 어린이에 있어서는 발열하는 수도 있습니다.

ulcer는 대개 1~3주 사이에 margin부위에서 부터 중앙부위쪽으로 천천히 치유되며 lesion이 큰 경우에는 몇달동안 ulcer가 지속되며 대단히 서서히 치유되며 scar를 형성하기도 합니다.

원인은 분명치 않으나 여러가지 factor들이 이 병의 발생과 관계가 있습니다.

그 중에서 가장 유력한 원인으로는 genetic background를 생각할 수 있으며 그의 psychogenic한 면을 들 수가 있습니다.

이 병을 경험한 많은 수의 환자들에 의하면 우울하다거나, 근심적정이 많은 경우나, 신경이 예민하였던 때에 이 병을 경험하였다고 합니다. 예민한 사람에 있어서는 denture pressure와 같은 minor local trauma에 의해서도 ulcer가 생깁니다.

transitional L-form organism

도 원인으로 들수 있으며 이의 autoimmune reaction과 이 병의 원인사이에는 어떠한 관련이 있지 않나 생각됩니다.

치료로서는 우선 구강내를 정결히 하고 Kenalog in Orabase를 구할 수만 있다면 하루에 여러차례 국소도포해 주는 것이 가장 좋은 치료방법이라 할 수가 있으나 이 ointment는 구하기가 상당히 어렵으므로 대증요법적인 치료에 의존할 수 밖에 없습니다.

즉 동통이 심하므로 Lidocaine ointment와 같은 anesthetic ointment를 국소도포하여 동통을 없

애주고 이차감염을 방지하기 위해 antibiotic sol'n으로 mouthwash를 시키고 Vitamin B.C를 다량 즉 therapeutic dosage로 투여하며 유동식을 하게 하며 이와 아울러 영양분을 공급시키는 방법이 가장 무난하다고 할 수 있습니다.

이 의 예전에 쓰던 방법으로 Ag NO<sub>3</sub>를 생리적 식염수에 3%정도로 희석하여 ulceration의 크기가 작은 경우 소각시키는 방법이 있는데 이는 치유는 촉진되나 scar가 남으므로 잘 사용하지는 않나 때에 따라서는 사용해 볼지도 괜찮다고 할 수 있습니다.

되어 있지않은 치아가 탈락및 완전 탈구된 경우는 재식술 후 revascularization(백관재생)이 일어나 치수조직의 생활력과 기능이 계속되기 때문에 탈락및 탈구된 치아를 직접 재이식시키지만,

2) 치근이 완전히 형성된 치아가 탈락및 완전탈구된 경우는 즉시 구강외(外)에서 aseptic하게 근관치료를 하여 재이식시켜야 합니다.

3) 또 치근형성이 미완성된 치아 일지라도 외상이 발생한 후 치료시까지의 시간이 오래 경과했으면 치아의 생활력과 기능회복의 성공률이 반비례하여 낮아지므로 역시 근관치료후 치아를 재이식시켜줄이 원칙입니다. 즉 근관치료는 치근의 완전형성여부와 외상과 치료시까지의 지체된 시간이 관건이 됩니다.

넷째로, 위와같은 과정을 거쳐 재이식된 치아는 가장 완전하게 고정이 이루어져야 합니다. 만약에 불완전한 치아고정술을 시행했다면 역시 실패하게 됩니다. 대부분의 경우 치아고정술은 wire나 arch bar에 의해 시술되며 약 4주간의 고정시간이 요하게 됩니다. 치아고정술을 행한 후 Surgical pack을 첨가해서 이용하면 고정에 좋은 효과를 얻을수 있습니다.

다섯째로, 치아고정술이 끝난후에는 외상성교합이 되지않도록 유의해 주어야 하고 필수있으면 rest상태에 놓이게 해줌이 마지막 성공의 관건이 됩니다.

## 구강외과

### 질문



치아재식술(齒牙再植術)에 대해 주의할 점을 얘기해 주십시오.

### 해답

임상에서 가끔 <이의응교수> 환자들이 외상에 의해 탈락된 전치부의 치아를 들고 구강내 출혈과 함께 찾아오거나 출혈과 함께 불완전탈구로 전위된 전치부치아의 동통을 호소하며 찾아오거나, 몇 시간내지 하루정도 지나 치아를 싸들고 찾아오는 경우가 있습니다.

이러한 경우에 치아재식술을 시행해 주게되는데 이때 몇가지 유의사항과 주의를 하면 그 성공도가 높아져 시술후의 효과는 비할데가 없습니다.

그러면 시술시의 유의사항과 주의점을 살펴보면,

첫째로, 먼뿔한 구강검사와 더불어 치과 방사선사진을 촬영하여 탈

락된 치아 이외의 다른 치아들의 상태를 확인해야 합니다. 대부분의 경우 主訴하는 치아의 인근치들도 완전및 불완전탈구되어 있기 때문입니다.

치아재식술이란 치아가 위치하던 원래의 치조골와내에 탈락및 탈구된 치아를 다시 갖다놓는 시술이므로,

둘째로, 탈락된 치아는 우선 생리식염수에 담가두어야 합니다. 이때 탈락된 치아가 더럽혀 있다면 깨끗이 생리식염수로 닦아내어 담가놓은후 시술을 해야합니다.

셋째로, 1) 치근이 완전히 형성



## 소아치과

### 질문

다음은 <소아과 의사> 의사가 의뢰한 환

자의 상태를 요약한 것입니다.

생후 2개월된 예기의 하악오른쪽 alveolar Ridge에 하얀치아와 비

슷한 모양의 덩어리가 한개 있습니다. 에기의 전신상태는 양호하며 특별히 불편해 하거나 다른증상은 없습니다. 적절한 치료를 바랍니다.

■ 해답 ■

이러한 질문은 자주접하게되는데 이것은 질문내용으로 보아 Peutal lamina Cyst of the New born (Gingival Cyst of the New-born · Epstein's Pearls · Born's Nodules)이라고 짐작이 됩니다. 이것은 일반적으로 여러개가 나타나는 경우가 많으며 한개일때도 있습니다. 특히 신생아에서 발생빈도가 높으며 생후 수개월후에 까지 나타나기도 합니다. 발생하는 부위가 alveolar Ridge이기 때문에 Natal teeth나 Neonatal teeth와 혼동하기 쉽습니다. 촉진하여 보면 치아와같은 딱딱한 촉감은 없고 단치치의 비례와같은 느낌이나 색깔만 희다는 것이 틀립니다.

이것으로 인한 특별한 증상이나 불편한것은 느낄수 없으며 치료방법은 특별한것이 없으며 환부를 적당한 소독된 기구로 천공시켜 주거나 사정이 허락하지 않을때는 그대로 방치하여도 없어지는 경우가 많으며 치아가 붓출하면서 자연히 터지게 되므로서 자연치유가 됩니다.

제발하거나 점점 개수가 늘어날때도 있는데 이는 앞서 말한것과 같은 별주에 속하는것이므로 걱정할것이 없으며 다만 다른병과의 감별진단이 특별히 요구된다. 주로 어린아이에 발병하므로 보호자에게 특별히 안심을 시켜서 조급하게 엉뚱한 치료를 하지않도록 열두에 두어야 하겠읍니다. 보호자들은 어린아이가 태어나서 바로 이러한 증상이 나타나면 혹시 우리아가 나쁜 병이나 걸리지 않았나하고 바로 병원 측히 소아과에 데원하는 경우가 많읍니다.

치과에 의뢰가 오면 우선 보호자를 안심시키고 위에서 말한 내용을 자세히 설명하고 2내지 3일 간격으

로 정기적인 검사만하고 상태의 화만 관찰하면서 감별진단만 하 되겠읍니다.

구강진단과

■ 질문 ■



저는 22歳の 남자로서 건강한 편에 속하는데, 4日 전부터 혀가 몹시 아프고 혀의 일부에는 케양이 형성

(정성창교수) 되었으나, 혀는 대부분 백태가 덮혀 있고 건강조직과는 경계를 나타내었습니다.

상악좌측 견치뒤에 erosion이 생겨서 여기서는 심한 pain을 느꼈읍니다. 처음에는 음식저작이 힘들어서 2-3日 정도 유동식을 했으며, tongue movement가 힘들어서 발음에 지장이 있을 정도였습니다. 혀에 이상이 있기 전에 귀가 몹시 아프고 해서 중이염으로 생각되어 T.M.을 2日間 복용했습니다.

치솔질을 할때 백태가 떨어져 나올 경우가 종종 있고, 백태가 떨어져 나오면 출혈되었다가 멈추었습니다. 저는 담배는 하루에 반갑 정도이며, 술은 약간 하는 정도입니다. 적절한 치료법은 무엇인지요?

■ 해답 ■

- 혀에 백태가 끼는 경우는 대개
- ① 고열로 인한 타액 유출량의 감소
- ② 구강위생 상태가 불량한 경우
- ③ 유동성 음식을 섭취한 경우
- ③ 탈수 현상 등을 들수 있다.

질문자의 경우와 같이 혀의 대부분에 백태만 끼는 것이 아니라, 일부에 케양도 있고 백태가 제거되면

출혈도 되고 등통도 호소하는 경우는 Fungus infection에 의한 moniliasis(아口瘡)와 약물의 전신적인 투여시 나타날수 있는 Stomatitis medicamentosa의 病巢의 特徵은 Erosion이 있고 fungus infection과 유사하며, 같은 약물의 의하여 동일부위에 재발하는데 變換한 제발부위 즉 fixed drug eruption에 부위는 혀이다.

따라서 혀에 발생한 fungus infection과 stomatitis medicamentosa의 임상증상은 유사하여서, 醫答자가 환자를 직접 관찰하지 않고는 무엇이냐고 답하기 곤란하나, 질문내용만으로는 청년이 2日간의 T.M.복용으로 intraoral micro flora의 balance가 깨어져 fungus infection되었다고 보기보다는, 드물기는 하나 Broad-spectrum antibiotics에 의한 Allergic reaction이 아닌가 생각된다. 그런데 성인에서는 항생제의 복용으로 stomatitis medicamentosa가 발생하고 2차적으로 oral moniliasis가 흔히 발생할수 있으므로 두가지를 함께 생각할 수도 있다.

이런 경우에 치료방법은 우선 투여중인 항생제를 중단하고 등통은 Anesthetic troches나 analgesics로 감소시켜 주고 fungus infection의 가능성이 있으므로 mycostatin 같은 antifungal drug를 사용함이 좋겠다.

Non-Keratotic white lesion으로는 Benign migratory glossitis

의 이차감염, syphilitic mucous patch, tranmatic lesion, chemi-

cal burn등을 완전히 배제할 수는 없을 것 같다.

# 구 강 병 리

치아파절도 아니요 탈구도 아니다.

**질 문**



<임상윤교수> 때 범경문제로 비화될 뻔 하였다.

2-3년전이다. 십여명의 치과 의사 한명의 X-선 필름을 가지고 여러가지 상해진단서를 작성하여 한

사건인즉 한 환자가 남과 다투후 치과에서 X-선 촬영을 한 바 치아 파절로 진단이 나와 가해자로 부터 화해제로 금품을 수수하였다. 그러나 실제로는 그 치아에 상해를 받은 적이 전혀 없었다. 이로 인하여 피해자는 자기치아에 치과 의사가 치아파절로 진단을 내릴 수 있는 병소가 있음을 알고 지능적으로 자기의 병소를 이용하여 상습적으로 남과 다투고 난후 구강에 자상을 내어 치과에서 상해진단서를 발부 받아 가해자로 부터 금품을 갈취하여 왔다. 이 때 치과 의사들의 진단명은 대부분이 치근부파절 또는 치아탈구였다. 환자 자신이 서울시내 여러 경찰서 관할지역에 걸쳐 간헐적으로 사건을 일으켰기 때문에 경찰에서는 발견하지 못하였으나 검찰에서는 동일명의 한 환자의 진단서가 일년 여에 걸쳐 계속 사건으로 접수되고 있기 때문에 이를 추궁하게 되어 사건이 노출되었다.

여기서 치과 의사들의 진단이 거의 전폐일률적으로 치아파절 또는 탈구였다는 것이다. 그러나 서울대학교 치과대학 방사선과에서의 진

단은 치내흡수(齒內吸收: Internal resorption)이었다. 치내흡수라도 치관부내흡수(齒冠部內吸收: coronal internal resorption)가 아니라 치근부내흡수(齒根部內吸收: Radical internal resorption)인 경

우는 특히 치근단파절과 감별이 곤란한 경우가 많다. 이로 인해 치과 의사들이 X-선을 잘못 판독하게 되었던 것이다. 또 치내외흡수(齒內外吸收: Internal-external resorption)인 경우는 특히 주의를 요하게 된다.

치내흡수인 경우는 원형 또는 난원형의 암영을 보이며 치아장축에 대칭상을 이룬다. (그림 1, 2 참조)

그러나 치내외흡수는 암영의 margin이 불규칙하고 치아장축에 대하여 암영이 편재되어 있고 치근막 부위까지 개통되어 있는 상을 보인다. (그림 3 참조)

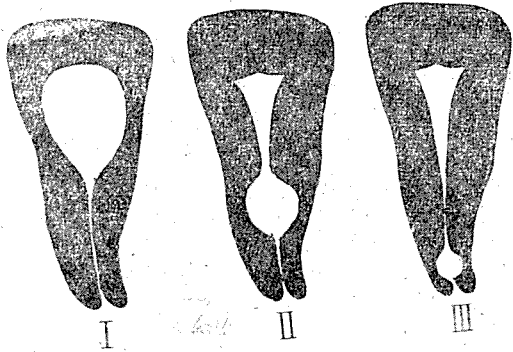


그림 1. 치내흡수 I. 치관부흡수 II. 치경부흡수 III. 치근부흡수

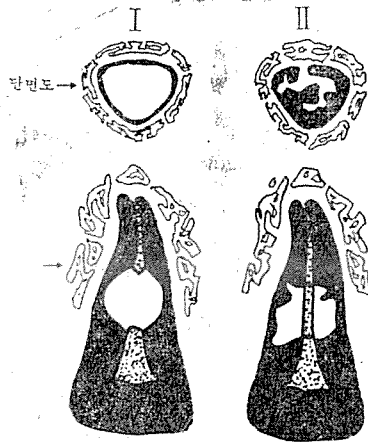


그림 2. I. 치내흡수 1) 좌우동형 2) 원형 또는 난원형 3) 외부와 개통되어 있지않음 II. 치내외흡수 1) 한쪽으로 편재되어 있음 2) 연이 불규칙하고 모양이 여러가지임 3) 외부와 개통되어 있음

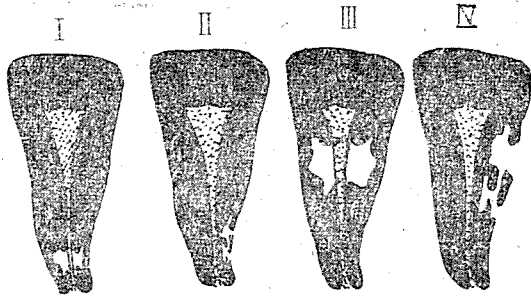


그림 3. 치내의 흡수의 분류  
 I : 치근부순측(apical labial or lingual)  
 II : 치근부근심측(Apical proximal)  
 III : 치경부순측, 설측(Cervical labial or lingual)  
 IV : 치경부 근심측(cervical proximal)

圖 해 답 圖

치내흡수는 치소에 육아조직이 증식되고 있어 서서히 치수강이 넓어지게 되는 질환으로 일명 치내육아종(齒內肉芽腫 Internal granuloma)라고도 하며 어떤학자는 육아조직내에 상아질을 파괴하는 세포가 많다하여 Odontoclastoma. 라고도 한다.

임상적으로 치관부치내흡수가 일

어날 경우는 상아질두께가 얇아지고 혈관이 많은 육아종조직이 치관외부에 투시되어 선홍색으로 보이기 때문에 Pink Tooth라고도 한다. 치료는 근관치료 또는 경우에 따라서는 발치하여야 할 경우가 있다.

그러나 치내의 흡수(Internal-external resorption)인 경우는 발치하는 수밖에 없다.

矯 正 科



◇ 質 問 ◇

連續拔去法이란 무엇이며 어떤 症例에 適用할수 있는 方法인지요?

◇ 解 答 ◇

<양원식교수> 連續拔去法(Serial extraction) 또는 連續拔齒法이라고 하는 이 術式은 Kjellgren, Heath, Nance, Tweed등의 여러 學者들이 矯正, 小兒齒科에 導入한 方法으로서 拔齒을 要하는 症例中 특히 顎骨과 齒牙의 크기의 不調和에 依한 Angle氏 I級不正咬合에 適用시킨다. 一般의 拔齒을 要하는 症例에서는 永久齒咬合이 되고나서, 動的治療開始期에 必要한 齒牙를 拔去하는것이지만, 이 連續

拔去法에서는 먼저 早期에 이 不調和를 豫測하여 計劃的으로 乳齒, 永久齒를 拔去해나아가므로서 理想的으로된 경우에는 어떠한 矯正處置를 하지않고도 1 2 3 5 6 7이라는 齒式을 갖는 咬合을 거의 만족할만한 상태로 완성시킬 수있다. 그러면 먼저 일반적인 연속발거법의 순서의 일례를 들면 제 1 대구치및 중절치가 萌出된 混合齒咬合期초기에 측절치의 萌出餘地가 극히 적은 症例에서는 ① 먼저 유전치를 발거해서 측절치의 정상萌出을 유도한다.

- ② 다음으로 제 1 유구치를 발거해서 제 1 소구치의 萌出을 촉진한다.
- ③ 제 1 소구치가 萌出하면 즉시 이 제 1 소구치를 발거한다.
- ④ 전치는 이에의해 원심으로 유

도되어 거의 제 1 소구치의 위치로 萌出하게 된다.

⑤ 제 2 유구치와 제 2 소구치의 교환으로 완료된다.

⑥ 잔여 space는 제 1, 제 2 대구치의 근심이동으로 폐쇄된다.

Tweed는 환자의 안모의 성장경향이 비교적 바람직한 형태인 Type A에서는 우선 연속발거법에 의해서 소정의치아(유치, 영구치)를 발거한후 상악악영구치의 완전출은을 기다려서 장치에 의한 치료를 개시해서 완성으로 이끄는 방법을 쓰고 있다. 그 순서는

① 7.5~8.5세에서 연속 발거를 개시하지만 먼저 제 1 유구치를 발거한다. 이는 제 1 소구치의 萌出을 촉진시키기 위한 목적이다.

② 수개월후(4~8개월) 제 1 소구치의 발거를 한다. 동시에 유전치의 발거도한다. 이것은 영구전치가 제 1 소구치의 발치 space로 자연 유도 되는것을 기대하기 위해서이다. 이경우 하악절치부에 crowding이 있는때는 자연치유의 경향을 갖게된다.

③ 제 2 유구치에 있어서는 자연 탈락의 시기까지 기다리는것이 좋다. 이는 제 2 유구치의 상실에 의해 발생될 제 1 대구치의 근심이동을 막기 위해서이다.

④ 영구전치가 완전히 萌出된 후 장치에 의한 space폐쇄, 치측 control등을 행해서 완성시킨다.

연속발거법은 일견 간단히 행할수 있는 방법이라고 생각되기 쉬우나 발거의 순서, 시기등의 환경에는 교합의 발육과 그 변이 악골발육등에 관한 꽤 고도의 지식과 경험을 필요로 한다.

예컨대 시기 순서가 틀리면 영구치의 교합유도는 희망대로 안되고, 불만족한 interdigitation, 치아경사를 야기시킨다. 또한 교합은 deep overbite의 경향으로 되기 쉽다.

