

Ⅲ. 기능적 악교정법에 의한 치료

Functional Jaw Orthopedics

서울대학교 치과대학 교정학교실

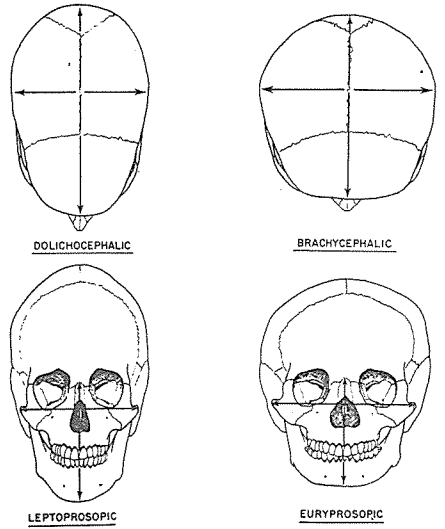
교수 양 원 식

I. 서 론

E. H. Angle은 일찌기 상하악치열궁의 근원심관계에 의해 교합의 분류를 시도하였는데, 상하악의 치열궁관계에 있어서 상악제 1 대구치의 위치를 부동의 이상적인 위치로 간주하여 상악제 1 대구치에 대한 하악제 1 대구치의 근원심적 위치관계 만으로 정상교합 또는 I級, 원심교합(또는 II級), 근심교합(또는 III級)으로 분류하였고, 하악전돌증은 III級에 속하며, 상하악 치열궁의 근원심관계가 정상인 반대교합 또는 하악전돌은 I級の 범주에 속하게 된다.

하악전돌은 엄밀히 말하면 두개 또는 상악에 대해서 하악이 전방위에 있는것을 지칭하는 것이다. 즉 하악전돌은 하악이 돌출된 악태를 나타내는 명칭이다. 따라서 하악전돌은 반대교합의 상태를 나타내는 증례의 일부만을 지칭하는 명칭이라 할 수 있다. 그러나 현재는 관례상 하악전돌이라는 명칭은 광의로 해석되어 반대교합 전반을 표현하는 명칭으로 혼용되고 있다.

하악전돌은 구미인에 비해서 동양인이 훨씬 그 빈도가 높으며, 그 이유로는 구미인이 長頭型(Dolichocephalic)에 長顔型(Leptoprosopic)인데 비해서 동양인은 短頭型(Brachycephalic)에 廣顔型(Euryprosopic)이라는 인종적인 차이때문이라는 견해가 지배적이다(그림 1). 즉 단두형이기 때문에 상악기저부의 전방돌출도가 작고 상악이 후방에 위치하고 있기 때문인 것으로 생각된다. 하악전돌의 원인이 선천적인 경우와 유치교합시의 우식증이 많을때 유구치의 치관붕괴나 조기상실로 인해서 유구치부에서의 저작이 곤란하게 되어 하악을 전방으로 내밀어



A B
그림 1. 두개지수 및 안면지수
A. 장두형 및 장안형
B. 단두형 및 광안형

서 절치로 음식물을 씹는 버릇이 생겨서 발생된다고 추측된다.

Ⅱ. 하악전돌의 분류

상하악 전치의 피개가 정상에서 벗어나 하악이 전방위에 위치하는 하악전돌도 그 성립양상이 다양해서 이에 따라 치료방침과 치료법이 달라진다. 따라서 이 부정교합이 어떠한 부위의 부정에 의해서 성립되어진 것인가를 아는것이 치료를 성공시키는 열쇠가 된다. 하악전돌(또는 반대교합)을 이러한 관점에서 분류하며는 치아의 전위(Version) 또는 경

사에 기인하는 齧性 또는 假性近心咬合(Pseudo Angle ClassⅢ)인 것과 악골의 전위 또는 성장의 변이에 의해서 되는 顎性 또는 眞性近心咬合(True Angle ClassⅢ)인 것으로 분류된다(그림 2). 전자는 상악전치의 순설적 위치 또는 치축경사에 부정의 원인이 있고, 상하악의 치조기저는 전후적으로 조화가 성립된 관계에 있으며, 이에 대해 후자는 상하악치조기저의 전후적 관계에 부조화가 있어 상악에 대해 하악이 전방위를 취하고 있는 것이다.

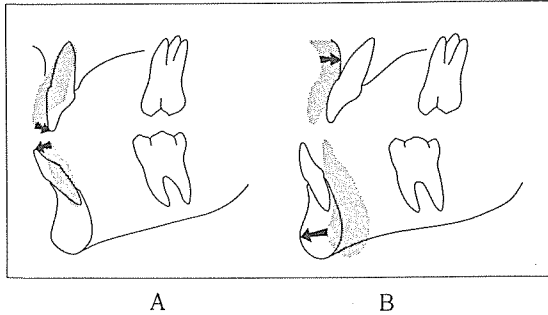


그림 2. 치성의 반대교합과 악성의 반대교합
A. 치성의 반대교합
B. 악성의 반대교합

1. 치성의 반대교합

- a) 상악전치의 설측전위 또는 경사
- b) 하악전치의 순측전위 또는 경사

2. 악성의 반대교합

- a) 상악골의 후퇴 또는 열성장
- b) 하악골의 전돌 또는 과성장

실제로 임상에서 조우하는 반대교합 또는 하악전 돌증환자의 다수는 이런 요인들이 다수 복합적으로 구성되어 주된 요인을 찾아내는것이 치료에 매우 긴요하지만 어떤 요인이 강하게 나타나고 있는가 구별이 곤란한 증례도 적지않다.

Ⅲ. 하악전돌의 감별진단

하악전돌의 치료에서 우선 그 반대교합이 어떠한 부위의 이상에 의해서 발생되었는가를 자세히 살펴 보아야 한다. 즉 그 반대교합이 치아의 이상에 의해서 일어난 치성인지, 상하악관계의 부조화에 의해서 일어난 악성인가를 감별할 필요가 있다. 이에 따라 그 반대교합의 치료가 용이한가 또는 어려운가를 어느정도 판정할 수 있다. 즉 주로 치아의 전위 또는 경사가 그 반대교합의 성립에 관계된 치성인 경우 치조골내에서 치아를 이동시키므로서 비교적 용이하게 또 단기간에 치료가 가능하고 예후도 양

호하다. 그러나 상하악의 전후적인 위치관계의 이상, 또는 상하악의 불균형적인 성장으로 발생되는 악성의 반대교합은 상하악의 전후적인 관계의 개선을 해야 하므로 악골의 성장을 control해야 하며, 치료는 극히 어렵게되며 또한 장기간을 요한다. 게다가 예후도 반드시 양호하지않은 않다. 이같이 치성인가 악성인가에 따라서 치료의 난이도에 차이가 있고 치료법도 달라지므로 정확한 감별이 중요하다. 이감별을 용이하게 하기위해서 치성 및 악성의 반대교합의 감별진단상의 특징을 열거 하자면 다음과 같다(표 1, 그림 3).

표 1. 치성 및 악성의 반대교합의 감별진단상의 특징

	치 성	악 성
안 모	측모는 정상	중안면의 함몰
전 치 부	상악절치의 설측 경사 하악절치의 순측 경사 Overbite길다 Overjet (-)작다	상악절치의 순측 경사 하악절치의 설측 경사 Overbite얕다 Overjet (-)크다
구 치 부	정상에 가까운교합관계(I급) Terminal plane은 straight	하악의 근심교합(Ⅲ급) Terminal plane은 mesial step
두부방사선 규격사진	A-B difference 정상 하악각 정상	A-B difference (-)측으로 크다. 하악각 크다
하악의 Retrusion	절단교합의 상태를 취할수 있다.	하악의 후퇴가 거의 불가능하다.

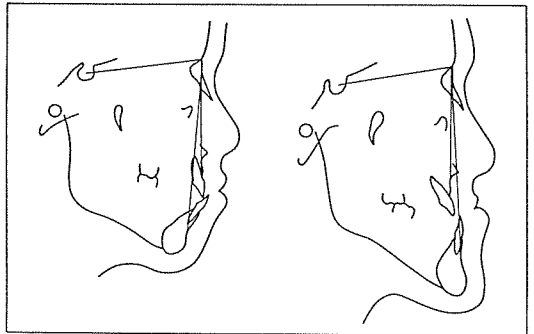


그림 3. 치성반대교합과 악성반대교합의 측모 X선 사진
A. 치성의 반대교합
B. 악성의 반대교합

이상이 치성과 악성의 주된 감별상의 특징이나 이양쪽의 특징이 같은 정도로 나타나 있어서 어느 쪽으로 분류시켜야 좋을지 판단이 곤란한 증례도 적지않다. 그런 경우에는 악성의 요인을 강하게 받아들여서 고려하는 편이 좋다. 진단에 임해서 치료가 어려운 악성의 문제에 중점을 두는것이 치료상 무난하기 때문이다.

IV. 하악전들의 기능분석법

부정교합의 성립에는 형태학적으로인과 기능적요인이 관여하고 있다. 형태학적방법의 발달에 비하며는 현단계에서는 기능분석법은 아직 확실한 정도로 확립되어 있지는 않다. 그러나 부정교합의 성립이나 예후에 있어서 기능적요인이 커다란 역할을 연출하고 있음은 주지의 사실로 현재 비교적 많이 쓰이는 기능분석법에 대해 간단히 논하고자 한다.

오늘날 많이 쓰이는 반대교합의 기능분석법으로 두부 X선규격사진을 이용하는 방법과 Wax bite법이 있으며, 여기서는 두부X선규격사진법에 의한 기능분석법을 설명하겠다. 이것은 Thompson, Thörne, 神山에 의해 소개된 방법인데 하악안정위의 습관성교합위에서 촬영된 두장의 두부X선규격사진의 투사도를 SN평면을 중첩(Superimposing)시켜서 하악의 Path of closure를 검토 하므로써 습관성교합위와 근이나 악관절등의 기능적요인에 의해 정해지는 하악의 위치와의 사이에 불일치나 부조화가 존재하는지 않는지를 진단하려고 하는 것이다. 즉 하악안정위를 기준으로 하여 하악의 전방편위(기능적 하악근심교합)가 인정되는지 않는지의 여부를 진단코저하고 방법이다. 하악안정위로부터 습관성교합위에 이르는 악의이동이 정상인 경우 Path of closure는 약간 전상방으로 향하는 것으로 알려졌으며 神山은Thompson의 작도에 기초해서 Path of closure의 측정으로 다음과 같은 값을 산출했다. 즉 그림 4에서 교합위에서의 하악전치절단을 I, 하악안정위에서의 전치절단을 I', 이 두점을 이어 연장하면서 SN평면과 이루는 각($\angle SN, II'$)을 정상교합자 성인남자 30례에서 계측하여 평균 76.59°, 표준편차 12.04°를 얻었다. 또 하악안정위로부터 습관성교합위에 이르는 악운동의 범위에 있어서는 그 중심은 과두(Condyle)의 1 점을 축으로 하는Hinge movement(또는 회전운동)로 神山은 과두의 근처에 있는 Thörne의 D점을 그림 4에서와 같이 후두골기저하연상에서 하악관절돌기목경의 중점으로 취하고 있

다. 이 D점에서 Gn까지의 거리를 반경으로해서 D 점을 중심으로 원호(arc)를 그리면 기능적 이상이 없는 경우의 Gn(습관성교합위의 Gnathion)과 Gn'(하악안정위의 Gnathion)와는 거의 동일원호상에 온다는 개념인 것이다. 그러나 최근에는 하악 안정위의 과두는 습관성교합위의 과두보다 다소 전방에 있으며, 순수한 회전운동은 아니라고 밝혀졌고, 神

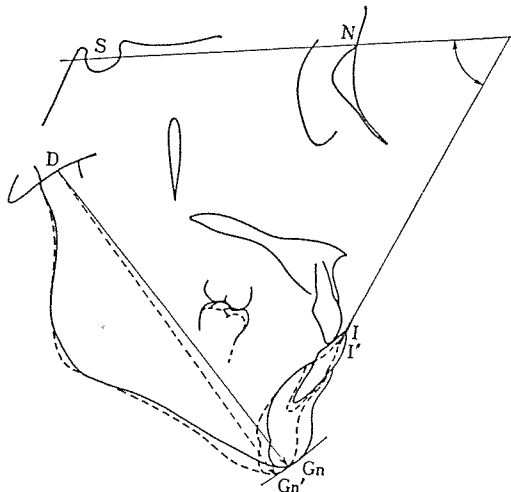


그림 4. 두부X선 규격사진에 의한 기능분석법
Gn이 DGn'를 반경으로 하는 원호상에 있고, $\angle SN, II'$ 는 59°로 path of closure가 전방으로 경사되어, 기능적 하악근심교합(가성반대교합)으로 진단된다.

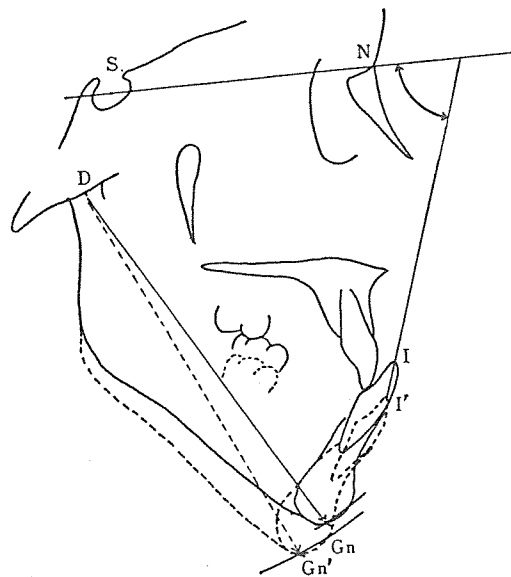


그림 5. Gn이 DGn'를 반경으로 하고 원호보다 약 3mm 내측에 있고, $\angle SN, II'$ 는 73°로 구조적 하악근심교합(진성하악전돌)으로 진단된다.

산도 정상교합자 성인남자 30예의 하악안정위와 교합위에 있어서의 $DGn'-DGn$ 의 값이 평균 0.95mm, 표준편차 0.82라고 했고, 하악안정위에서의 과두위치는 교합위보다 전방에 위치하여, 기능적하악근심교합인 경우에도, 습관성교합위에 이르는 과두의 움직임은 크지 않아서 $DGn'-DGn$ 의 값이 (-)가 되면 나타나지 않는 경우도 많다. 즉 Gn 이 Gn' 와 D 점을 중심으로 하는 동일원호상에 있는 경우는 오히려 기능적하악근심교합(가성 반대교합)이라 보아야 할 것이다. 이에대해 Gn 이 D 점과 Gn' 와를 잇는 선을 반경으로 하는 원호보다 내측에 있는 하악근심교합의 증례는 구조적 하악근심교합(진성하악전돌)이라고 진단될 수 있다(그림 5).

이상 기능분석의 임상적활용으로서 그림 4와 5를 예들들어 설명하면 그림 4의 환자는 본래 더욱 후방에 있어야 할 하악이 때로는 상하치아의 Cusp의 경사상태가 적당치 않아서 중심교합을 이루지 못하고 Cusp inclined plane에 의해 전방으로 유도되어 반대교합이 됐다고 생각되므로 치료방침으로는 상악대구치의 근심이동이나 하악대구치를 원심이동시켜서 상하악치아의 전후관계를 개선시켜 주므로써 하악의 2차적인 후방이동을 기대하고 치료를 행해야 한다. 반면 그림 5의 환자증례는 하악근심교합의 형태는 그 나름대로 위치가 기능적으로 안정되어 있어서 치료에 의해 기능적으로 정상적이고 안정된 관계를 파괴해서까지 하악을 후방으로 이동시킴을 바람직 하지 못하다. 그러므로 치료방침으로는 상하악의 Cranial anatomy에 대한 위치적관계는 그대로 두고 치아의 이동만으로 상하 치열궁의 근원심적교합관계를 개선하는 것이 좋으므로 상하악의 소구치 4개를 발거하고 전대환장치(또는 Bonding으로)로 치료를 하거나 또는 외과적으로 해결해야 한다. 그러나 그림 4의 증례는 기능적악교정법으로 치료가 가능한 것이다.

여기에 실제증례를 가지고 설명하면 그림 6의 증례는 8세11개월된 소년으로 하악전돌을 주소로 본 서울대병원 교정과를 내원했는데, 반대교합의 감별진단에서 치성으로 판별되었고, 두부 X선규격사진법에 의한 기능분석결과도 $\angle SN, 11'41''$; $DGn'-DGn$ 이 0.5mm로 기능적하악근심교합(치성반대교합, 가상반대교합)으로 진단되어 Activator의 단기간사용으로 반대교합이 간단히 개선되었으며, 반대교합이 된 원인으로는 우식증에 의한 유치의 조기상실로 하악이 전돌된 것으로 사료되며, 앞으로 영구치의 맹출을 기다려서 개개치아의 Interdigitation과 전치부 정중선의 개선이 요망된다(그림 6, 7).

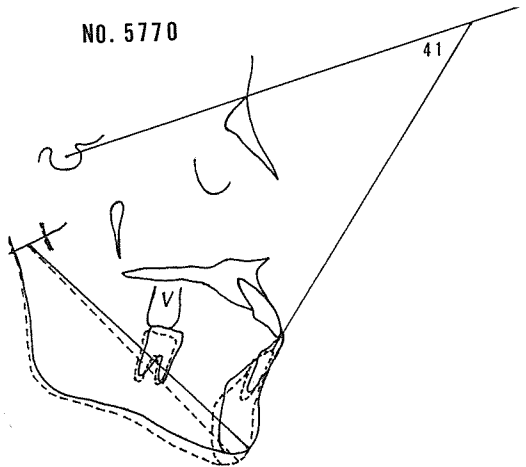
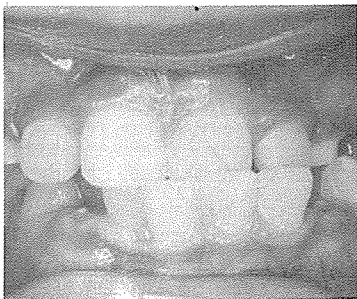


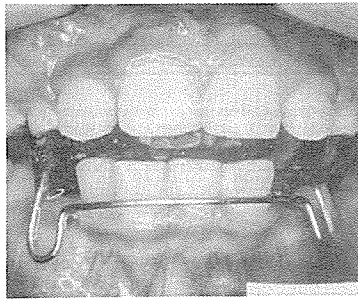
그림 6. 8세11개월의 반대교합인 소년의 두부X선규격사진법에 의한 기능분석.

V. 하악전돌증의 치료계획

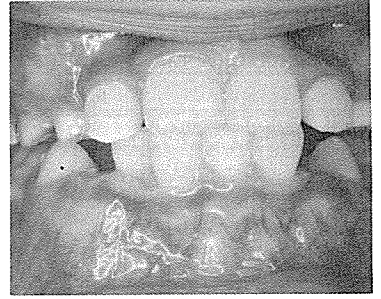
하악전돌 또는 반대교합의 치료는 악골의 성장발육이 왕성한 시기에 행하는 것이 바람직하다. 치성 또는 기능적인 반대교합은 그대로 오래 방치함으로써



A. 치료전



B. Activator를 장착



C. 반대교합 치료후

그림 7. 그림 6 증례의 구강내 사진.

서 상악의 성장을 저해하고 역으로 하악의 성장을 촉진시켜서 상하악관계를 악화시켜 악성의 반대교합으로 이행할 가능성이 있으므로 혼합치열기에 치료해야 한다. 치성의 반대교합은 이시기에 치아의 이동에 의해서 극히 용이하게 또한 단기간에 개선이 될 수 있다. 또한 상하전치의 피개를 개선하므로써 상악의 성장의 억제를 해방시켜 그 이후의 상하악의 성장을 본체도에 올려놓는 것이 기대된다. 특히 하악이 기능적으로 전방위를 취하고 있는 반대교합에서는 피개의 개선을 하므로써 기능적인 이상을 제거하여 교합성상이나 이상적인 악골의 성장을 막지않으면 안된다. 피개개선후는 하악의 성장에 주의하여 반대교합의 재발에 대처하지 않으면 안되지만 일반적으로 치성의 반대교합은 상하악의 성장이 조화되어 있으므로 재발(Relapse)의 경향은 적다. 그러나 악성의 반대교합은 치료목표가 상하악치조기저의 전후적관계의 개선이므로 하악의 전방성장에 길항해서 적극적으로 하악의 후방이동을 기해야 한다. 또한 상악의 열성장이 있는 증례에서는 반대교합을 치료하므로써 상악의 성장을 소극적으로 기대할 뿐아니라, 적극적으로 상악의 전방이동 또는 전방성장의 촉진을 기할 필요가 있다. 즉 악골의 성장발육양이 아직충분히 남아있는 유치열기(Hellman씨 치형 II A), 혼합치열전기(II C, III A)로부터 상하악의 성장을 조절해서, 상하악의 전후적관계의 개선과 전치부의 피개의 개선을 기할필요가 있다. 악성의 반대교합은 장기간의 치료를 요하며, 치료 그 자체가 어렵다. 게다가 성장에 의해 재발하는 경향이 커서 치료후도 성장의 완료시까지 정기적으로 관찰해야 하고 필요하면 적절한 수단을 강구해서 처치해주어야 한다. 증례에 따라서 피개개선후도 장기간에 걸쳐 하악의 전방성장을 억제할 필요가 있다. 반대교합의 치료에 쓰이는 장치는 수 많이 있으나 각기 증례에 따라서 골라써야 하겠지만 일반적으로 치성의 반대교합인 경우에는 치아를 이동시키는데 적합한 장치, 예컨대 순, 설측호선장치(Labio-lingual appliance), 기능적악교정장치(Functional jaw orthopedic appliance), 상교정장치(Plate appliance), 때로는 쌍선호선장치(Twin wire arch appliance) 등이 쓰인다. 이에대해 악성의 반대교합인 경우에는 chin cap이나 상악전방견인장치등의 악교정장치(Orthopedic appliance)가 이용된다. 이들 장치는 물론 필요에 따라 각기 증례에 병용되는 것은 재언할 필요도 없다.

VI. 하악전돌증의 기능적악교정법에 의한 치료

1936년 Andresen과 Häupl이 기능적악교정장치를 창안발표 했으며 이장치는 저작근을 활발히 하거나 그기능력을 변화시키므로써 명명된 것이다. 이장치는 Activator 또는 F. K. O. A. (Funktions-kieferorthopädischer Apparat)라고도 한다.

하악성의 이동에 관한 원리로서 Herbst가 1922년에 발표한 접반장치가 있고, Korkhaus가 1932년에 발표한 사면관장치등이 저작근의 기능을 이용한 장치이다. 형태적 특징으로 상하악일체로된 장치로 Robin의 monobloc(그림 8)이 이전부터 사용되어왔으나 Andresen의 기능적 악교정법의 고안은 결코 이들의 영향을 받은 것은 아니고 그 자신의 풍부한

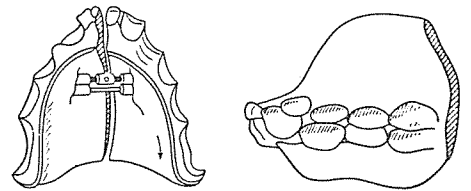


그림 8. Robin의 monobloc

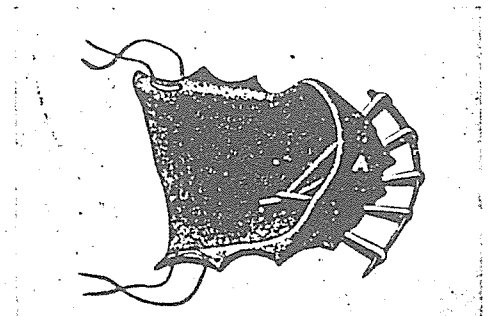


그림 9. Kingsley의 사면관장치

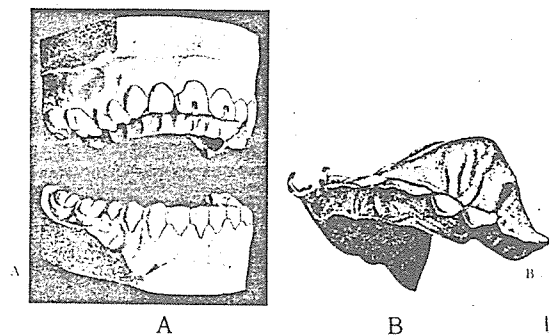


그림 10. Andresen이 그의 영양에게 사용했던 보정장치.

임상경험과 창의성으로 이루어졌다고 한다. Andresen이 그의 영양의 상악전들의 치료후의 보정장치로서 Kingsley의 사면판장치를 개량해서 사용하므로서 여기서 기능적교정법의 힌트를 얻었다고 전해진다(그림 9, 10).

기능적장치(Functional appliance)로서는 Activator외에도 Korkhaus의 Inclined plane, Balters의 Bionator, Muzj의 Federbügelaktivator, Fränkel Appliance(그림 11, 12), Bimler의 Gebissformer, Stockfish의 Kinetor, Hotz와 Mühlemann의 Propulsor, Herren activator등 수없이 많으나 여기서는 다만 기본적인 Activator에 한해서 논한다.

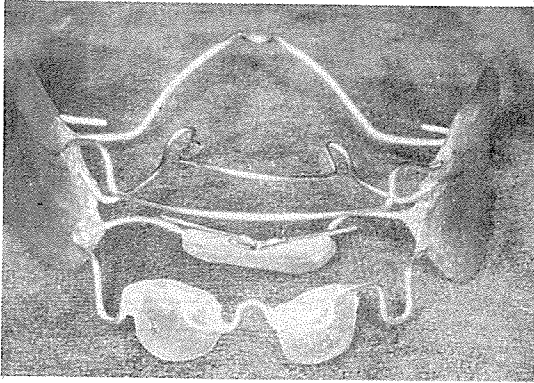


그림 11. Fränkel appliance의 구조

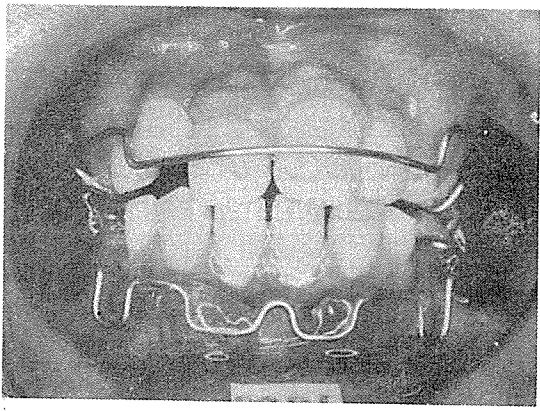


그림 12. Fränkel appliance의 구강내 장착한것.

Activator의 구조

이장치는 구성교합(Construction bite) 즉, 하악을 원래의 상태에서 후방으로 강제로 이동시킨 교합을 채득하여 그 상태에서 제작된 금속선을 가진 상하악의 상(Plate)을 합친것 같은 형태의 장치이다(그림 13).

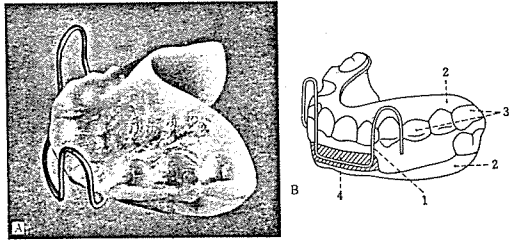


그림 13. Activator의 기본적 구조.
 A. 하악전들의 치료에 쓰이는 기본적인 Activator.
 B. Activator의 기본적 구조를 나타내는 모식도.
 1. (약간)유도선, 2. 상익부, 3. 유도면, 4. 사용에 따라 삭제되는 부분

Activator의 작용기전

Activator에서는 기능력의 활성화가 구성교합의 채득에 의해 초래된다. 하악전들인 경우의 구성교합은 하악을 원심으로 강제적으로 밀어넣어 채득하기 때문에 이상 상태에서 제작된 Activator의 사용에 의해 하악은 원래위치에서 원심으로 유도되어 자리를 잡는다. 따라서 하악에 부착하는 근의 긴장의강도와 방향에 강제적인 변화 즉 일종의 쥘가 발생하여 여기서 다음의 2가지 작용이 일어난다. 즉, 근의 새로운 위치에서의 적응과 하악의 위치를 본래의 위치(부정교합위)로 돌아가게 하려는 작용으로서 전자는 하악골자체의 적응으로서 교정치료 후의 예후의 안정을 위해 필요불가결한 조건이 되며, 후자는 근의 적응만으로는 해결 안되는 강제적교합위가 치조에 있어서의 적응을 일으킨다는 점이다. 구체적으로 말하면 장치를 장착시 이상긴장상태에 있는 근군은 원래의 안정되었던 교합위로 돌아가려고 하악의 전진을 일으키는 방향으로 작용한다. 하악이 전진하면 구강내에 장착되어있는 장치는 당연히 하악과 함께 전진하려고 하여 상악전치의 설면을 전방으로 향해서 압박한다. 곧 이것이 교정력이되어 작용하는 것이다. 또한 하악의 전진으로 또 하나의 변화가 일어난다. 하악전치의 순면과 여기에 접해있는 유도선과의 사이에 일어나는 것으로서 전자가 후자를 누르는 형태로 나타난다. 즉 반작용으로서 하악전치는 역으로 설측으로 향해서 눌린다. 이것이 하악전치에 대한 교정력이 된다. 이와같이 해서 근의 기능력은 구성교합의 채득에 의해서 교정력으로 치환되는 것이지만 다만 상하악의 전치에 국한되는 것이 아니고 장치의 적당한 조절과 유

도면의 형성에 의해서 상하악의 구치부나 상하악의 전후관계에 대해서도 극히 유효하게 작용하는 것이다 (그림 14, 15).

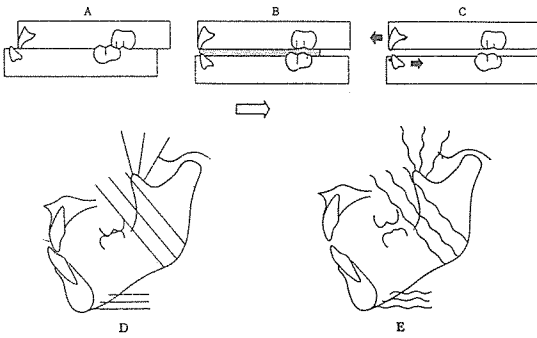
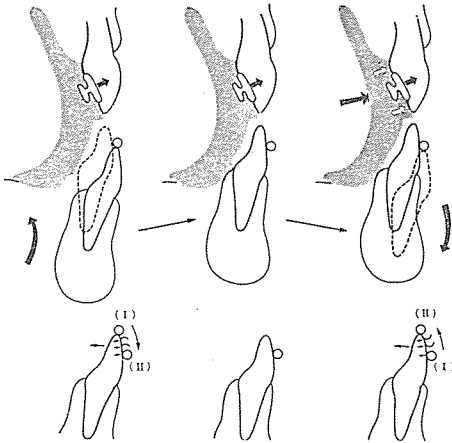


그림 14. 하악전돌증에서의 Activator의 작용.

- A. 하악전돌증의 교합상태
- B. 구성교합위
- C. Activator장착시의 힘의 작용방향
- D. 교합위에서의 저작근
- E. 구성교합위에서의 저작근



- A. 폐구시
- B. 개구시

그림 15. Activator의 기능시의 작용.

- A. 유도선이 순면을 쓸면서 내려옴.
- B. 유도선이 순면을 쓸면서 올라감. 또한 하악의 전진으로 장치도 전진하여 상악 전치설면을 누름.

Activator의 이점

1. 구조와 제작법이 비교적 간단하다.
2. 환자가 사용하기 쉽다.
3. 위해작용이 적다.
4. 구강을 청결하게 유지할 수 있다.
5. 통원간격을 길게 할 수 있다.
6. 심미적장애, 저작장애가 없다.

Activator의 결점

1. 적응증이 국한되어 있다.
2. 환자가 장착을 태만히 하기 쉽다.
3. 개개의 치아이동에는 부적당하다.
4. 혀의운동을 제한하거나 호흡하기 곤란한때가 있다.
5. 야간, 수면중에 주로 사용하므로 장착시간이 짧고, 구강외로 이탈, 유도선을 변형시킬 우려가 있다.

VII. 결 언

하악전돌증환자의 기능적교정법에 의한 치료에 있어서 Activator의 사용은 그 형태상 주간의 활동시에 사용함에는 무리가 있어 원칙적으로 야간, 환자의 수면중에 구강내에 삽입, 유지시켜 사용하게 된다. 수면중에 치아 또는 악골에 교정력으로서의 기능력을 가함은 하루종일 연속적으로 가하는 기계적교정력과는 본질적으로 다르며, 이런 간헐적(Intermittent)인 힘에 의해 일어나는 조직변화는 극히 생물학적으로 바람직한 변화로 Activator는 Light intermittent force로서 위해작용이 없는 훌륭한 치료법이라 하겠다.

REFERENCES

1. Graber, T.M., and Neumann, B.: Removable Orthodontic Appliances. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1977.
2. Herren, P.: The Activator's Mode of Action, Am. J. Orthod., 45:512-527, 1959.
3. McNamara, J.A., Jr.: Neuromuscular and Skeletal Adaptations to Altered Orofacial Function. Ph. D. Dissertation, University of Michigan, 1972.
4. Schwarz, A.M., and Gratzinger, M.: Removable Orthodontic Appliances. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1966.
5. Thompson, J.R., and Brodie, A.G.: Factors in Position of the Mandible, J.A.D.A., 29:925-941, 1942.
6. Thompson, J.R.: The Rest position of the

Mandible and Its Application to Analysis and Correction of Malocclusion, Angle Orthodont., 19:162-187, 1949.

7. 滝本和男：反對咬合—その基礎と臨床—，東京，醫齒藥出版，1980.

8. 三浦不二夫：機能的矯正裝置の作用機轉に關する實驗研究. 日齒會學術會議誌, 1949.
9. 梁源植：반대교합환자의 교정치료법. 齒科界, 3(7) : 39-45, 1975.
10. 梁源植：가철성 교정치장치 — 기능적 악교정치장치 —. 大齒誌, 19(5) : 409-416, 1981.

◆ 토막소식 ◆

世界齒科醫學士會 韓國部會 春季學術大會 開催



(I. C. D. 학술대회 강연장 전경)

세계치과의학사회(International College of Dentists) 한국부회(部會長: 池憲澤 齒協 名譽會長)의 춘계 학술대회가 지난 2월26일 서울 힐튼호텔에서 金東順 協會長을 비롯한 會員 및 非會員 50여명이 참가한 가운데 성료됐다.

이날 學術大會는 日本 大阪齒大 丸山剛郎 教授의 「컴퓨터」를 이용한 顎口腔神經系統 기능의 진단방법에 관한 주제강연과, 「퍼스날 컴퓨터」등 西獨「시멘스社」에서 제공한 각종 응용기기가 동원된 Demonstration의 순서로 진행되었으며, 주최측이 마련한 「디너파티」를 끝으로 종료되었다.

이날 행사에는 부광약품공업(주)와 (주) 도멘트 코리아에서 협찬했다.

◇ 전화번호 변경 ◇

주식회사 다 목 양 행

(舊) 778-3028
28-7919

(新) ☎ 753-5181~3
28-7919