

II. Oro-Antral Fistula

연세대학교 치과대학 구강외과학교실

부교수 이 충 국

흔히 상악 소구치나 대구치를 발치하는 도중 혹은 발치하고 난 후 예기치 않은 다음과 같은 경우를 종종 당하게 된다.

- ① 상악동과 구강이 개통되는 경우
- ② 치아 또는 부러진 치근이 상악동 내로 들어가는 경우이다.

발치도중 이러한 경우가 의심스러울 때는 방사선 사진을 이용하여 천공이나 치근의 유입 유무를 확인하기 전에 우선 손가락으로 코를 막고 동시에 후두부를 막제한 후 숨을 코로 내쉬게 하여 압축된 공기를 상악동내로 유입시켜 보아 발치와를 통한 바람이나 혹은 피겨픔으로 이들의 유무를 확인할 수 있겠다. 만약 상악동내 점막의 천공이나 상악동내로 치근의 유입을 확인 못하고 그냥 방치하게 되면 일부 자연치유의 경로를 밝히기도 하지만 때로는 상악동염을 유발하거나 영구적인 상악동과 구강간의 누공을 초래케 한다. 이와같은 관점에서 본 장에서는 돌발적으로 발생한 전술한 ①과 ②에 대한 외래에서의 기본적인 처치를 논하고자 한다.

I. 상악동과 구강의 개통

I - 1. 천공의 크기가 작은 경우

만약 상악동내로의 구멍이 작고 다행히 상악동내에 염증이 침한 상태가 아니면 자연치유되는 것이 일반적인 경우이다. 그러하기 때문에 돌발적으로 생긴 이런 경우에 아래 사항은 반드시 주의해야 할 사항이다.

- ① 발치와에 생리식염수를 이용한 세척을 삼가할 것.
- ② 발치와에 gauze나 솜등 다른 물질을 절대 넣지말 것.
- ③ 발치후 불양치를 삼가 시킬 것.

④ 발치후 코를 풀게하지 말 것.

I - 2. 천공의 크기가 큰 경우

만약 치조골 일부가 치근에 묻어 나올 정도로 구멍이 클 경우는 그 즉시 적당한 술식을 택해 폐쇄시켜야 할 것이다.

구강내 폐쇄를 위해 구사할 수 있는 술식은

- ① Palatal flap을 이용하는 방법.
- ② Buccal flap을 이용하는 방법등이 있다.

그러나 어떠한 술식을 이용하든 폐쇄술을 구사하기에 앞서 고려해야 할 중요한 사항은 상악동내의 염증 유무를 확인하는 것이다. 이는 폐쇄술의 예후에 영향을 주는 중요한 요인의 하나이다. 그러나 실제로 있어서 발치도중에 상악동의 염증상태를 확인하기는 쉽지 않으나 일반적으로 상악동으로부터의 삼출액과 상악동내로의 천공으로부터 보일 수 있는 상악동내 점막의 두께등으로 이의 유무를 확인하게 된다. 점막이 두터워 지고 쉽게 찢어지는 경향이 있으면 염증상태인 것으로 볼 수 있다. 이와같이 상악동내의 염증이 확인될 때는 어떤 폐쇄술이든 연기했다가 상악동의 염증을 없앤 후 시행해야 한다. 왜냐하면 적당한 폐쇄술을 이용했다 하더라도 상악동내가 염증상태라면 상악동내로부터의 염증액이 상악동구(ostium maxillaive)로 배출되지 못하고 하방으로 흘러내려 폐쇄술에 이용된 구강점막상피의 치유과정을 방해해서 재차 구멍이 뚫리게 되기 때문이다. 이와같은 경우에는 상악동내 염증조직을 제거함과 동시에 삼출액을 배출할 새로운 입구를 만들어 줄 수 있는 Caldwell-Luc씨 수술법을 구강내 폐쇄술과 동시에 구사해야 한다. 한편 위에 열거한 두가지 폐쇄술 방법중 어떤 술식을 이용하는 발치창 주위의 구강점막 염증조직을 과감히 절단해야 하는 것도 그 예후에 중요한 요인이된다.

I - 2 - a. Palatal flap을 이용하는 방법

그림 1과 같이 우선 발치창 주위의 염증조직을 충분히 제거한 후 양인접치의 근심과 원심을 접해서 협부와 구개부에 충분한 길이와 각도를 유지하게끔 골막을 포함하여 점막을 절개한 후 골로부터 curette를 이용하여 이를 박리한다. 이때 curette는 그 귀가 큰 것이 좋을 경우가 많다. 그 후 구개 점막에 보조절개를 그림과 같이 하여 두 조직편을 당겨 봉합하면 된다. 이때 두 조직편은 절대로 자연스레 모아져야 한다. 결과적으로 노출되는 구개면의 골은 방치해 두어도 무방하다. nitro furazone gauze나 surgical cement으로 dressing하면 좋다. 또는 경우에 따라서는 그림 2와 같이 구개면의 조직편을 재배치하는 방법도 있겠다. 이 두 방법에서 모두 조심해야 할 것은 제 3 대구치의 구개면에 위치하는 greater palatine artery의 혈액공급이 절개한 조직편의 주공급원이 되므로 이의 손상을 피해야 한다.

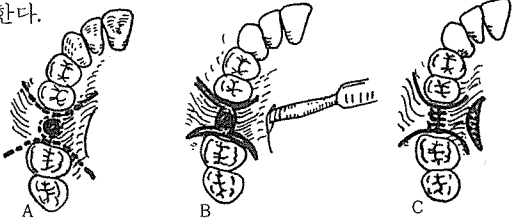


그림 1.

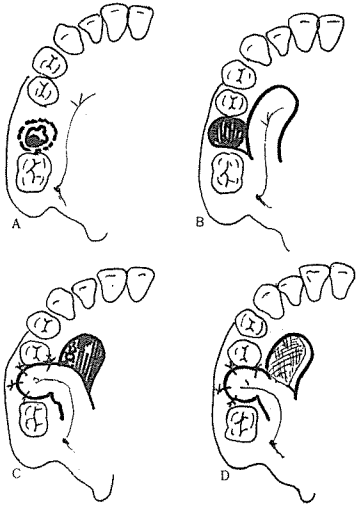


그림 2.

I - 2 - b. Buccal flap을 이용하는 방법

(Berger's sliding flap)

이 방법은 협점막쪽에서의 조직편을 이용하는 방법이다. 그림 3에서와 같이 발치창 주위의 염증조

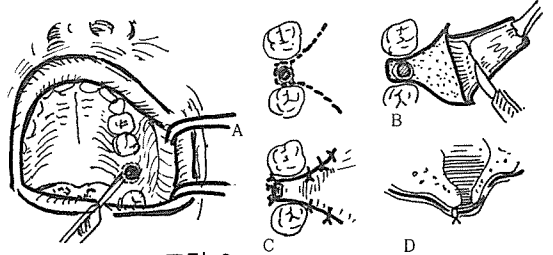


그림 3.

직을 충분히 제거한 후, 충분한 길이와 각도를 유지하여 골막을 포함한 협점막을 절개하여 이를 골로부터 박리한다. 그 후 박리한 협점막 내부의 골막을 조직편의 끝과 평행하게 협점막을 남겨둔 채로 절개한다. 이렇게 함으로 협점막의 넓이를 충분히 넓혀 구개점막과 자연스레 봉합할 수 있는 상태를 얻을 수 있다.

이상 모든 경우에 있어서 5~7일후 사용하였던 3-0 혹은 4-0 Black silk나 Dermalon을 제거한다. 또한 수술후 적당량의 항생제를 3~5일간 투여하며 Nasal drop을 동시에 이용하면 좋다.

II. 치아나 치근의 상악동내로의 유입

1. 치근이 상악동내로 유입된 경우

상악동에 근접한 소구치나 대구치를 발치할 경우 치근의 심한 만곡도로 인해 치근의 절단이 흔히 일어나며 이것을 발견하기 위하여 조작하던 도중 상악동내로 그 절단된 치근조각이 유입되는 경우는 허다하다. 특히 치근단 병소가 있는 경우에는 상악동하벽과 치조골 사이의 골조직이 병적육아조직화되어 있기 때문에 기구를 치조골내로 삽입하는 순간 상악동내로 쉽게 밀려 들어가게 된다. 이때 술자는 우선 그 위치를 확인하기 위해 여러각도에서 몇장의 치근단 방사선 사진을 찍어야 할 것이다. 이 사진을 통해 그 위치를 확인치 못하고 눈에 보이지 않는 치근을 집어내려 할 경우 대부분의 경우는 주위조직에 외상을 줄 뿐이고 이것으로 말미암은 2차적인 감염으로 치조골의 치유는 고사하고 상악동염까지도 초래할 경우가 많게 된다. 이때 항상 염두에 두어야 할 것은 치근이 상악동내로 들어간 것 같은 경우에도 실은 상악동내의 점막과 치조골사이에 위치하는 경우도 많다는 것이다. 이때는 그림 4와 같이 점막을 제거고 치조와내부의 치조간골을 골감자로 제거하여 가능한 상악동내의 점막에 손상을 안주고 치근을 제거해야 한다. 한편 실제로 치근이 상악동내부로 유입되어 있는 경우는 그림 5와

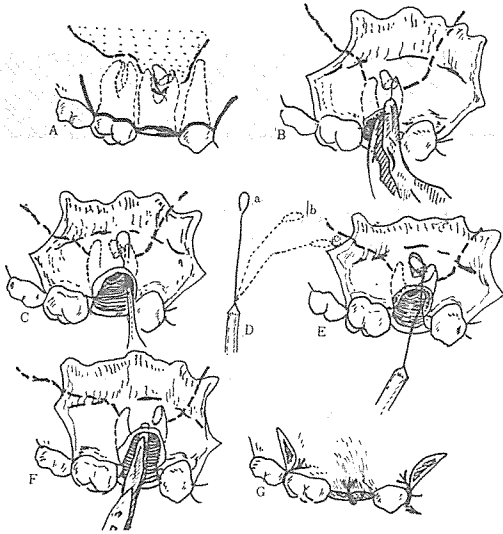


그림 4.

같이 상악동 전벽에 입구를 만들어 치근을 제거해야 할 것이다. 이때 상악동 전벽의 입구는 가능한 하방에 위치하게 함은 물론이다. 이와같은 위치에 입구를 형성해주므로써 직접 pincette로 꺼내기도 하고, 생리식염수를 상악동내로 상당량 주입하여 그 압력으로 최하방에 위치한 입구로 치근을 밀어내게 하여 꺼내는 방법도 있겠다. 그후 점막을 4-0 Black silk로 봉합하고 5~7일 후 발사하는데 적당량의 항생제를 사용하며 동시에 nasal drop을 이용하면 좋다.

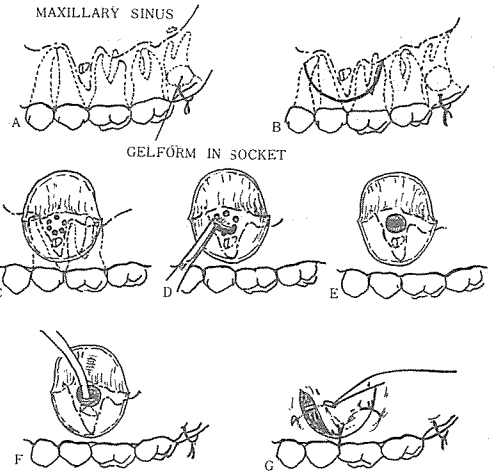


그림 5.

2. 치아자체가 발치도중 없어졌을 경우
우선 상악동내로 유입되었는지 또는 infratemporal fossa내로 유입되었는지를 치근단사진이나 panorex로 확인해야 할 것이다. 만약 상악동내로 유입되었다면 전술한 바와 같이 그림 5와 같은 방법으로 처치하면 될 것이다. 한편 infratemporal fossa내로 유입되었다면 해부학적으로 치명적인 부위가 되기 때문에 특별히 전문의에게 의뢰되어야 할 것이다.

칭탁풍조 배격하여

정의사회 구현하자

대한치과의사협회 정화위원회