

V. 혈액질환 및 암치료중인 환자의 구강점막 병변

*조선대학교 치과대학 구강진단학교실
**서울대학교 치과대학 구강진단학교실

김기석* · 이승우**



〈김 기 석 교수〉

1. 혈액질환에 의한 구강점막 질환

우리 인체의 생명활동에 가장 중요한 요소는 혈액이며, 혈액 구성 성분중의 하나에 이상이 있을때는 여러가지 전신적, 구강내적 임상증상이 발현된다.

치과의사는 혈액질환에 의한 구강내적증상, 즉 출혈성 치은이나 치은비대, 궤양성 점막병소, 하악과 경부 임파절의 증대에 대한 치료를 의뢰받기 때문에 이들 혈액질환은 치과치료에 아주 중요하다.

혈액질환에 의한 구강점막 질환의 증상이 자극이나 감염에 의한 병소들과 유사하기 때문에 진단이 어려우나 치과의사가 좀더 깊은 관심과 지식으로 특정 혈액질환을 조기진단하므로써 환자의 수명을 연장시킬수 있고 더 효과적인 치료 및 의사 자신의 안전을 도모할 수 있다.

이러한 점에서 여러가지 다양한 혈액질환중 가장 일반적인 몇몇 혈액질환에 대해 기술하고자 한다.

(1) 백혈병(Leukemia)

백혈병은 조혈조직의 특정세포(백혈병세포)가 비가역적으로 무제한 증식을 나타내는 것으로서 과거에는 약물요법에 의한 일시적인 수명 연장이 있었을 뿐이나 최근에는 새로운 항백혈병 제제의 개발 및 강화요법, 면역요법, 골수이식, 항감염, 항출혈 보조요법의 응용으로 환자의 생존기간을 연장시키고 완전치유까지를 기대할 수 있게 되었다.

이러한 백혈병의 원인은 불확실하나 유전과 같은 내적원인 및 바이러스감염, 방사선물질의 노출, 화

학물질의 감염등과 같은 외적원인등을 추측할 수 있다.

백혈병의 분류는 증식하는 백혈병 세포의 종류와 임상경과에 따라 분류되며 빈도는 급성 골수성 백혈병 50%, 만성 골수성 백혈병 30%, 급성 임파성 백혈병 7~8%, 단구성 백혈병 6%, 만성 임파성 백혈병 2~3%로 보고되고 있다.

증상을 보면 급성 백혈병은 어린이나 젊은층에서 몇주 혹은 몇개월내에 발생되어 사망으로까지 급속히 진행되며 전신적으로 발열, 전신 권태감, 식욕부진, 간장의 증대, 신체 각부 임파절의 종창들이 특징적으로 나타나고 구강내증상으로는 치은의 증대, 출혈, 괴사등이 있으며 구강점막의 괴사를 동반한 반상출혈이 있고 또 치아발거시 지속적인 출혈이 있다(사진 1 참고).

만성 백혈병은 성인이나 나이가 많은 사람들에게서 발생되며 몇년간 지속되기도 하지만 갑작스런 악화와 사망이 어느때나 있을 수 있다. 이때의 전신증상은 비장과 임파절의 증대가 첫째증상이며 환자는 전신무력을 호소하고 구강내의 특징적 증상은 치은비후이다.

백혈병의 치료로는 전신적으로 6 mercaptopurine, cytosine arabinoside 등의 화학요법제를 투여하고 구강내 국소적 치료로서 sodium bicarbonate 용액으로 함수하며 궤양이 심한 경우는 orabase를 수차례 도포한다.

이들 환자의 치과내원시 가능한 발치등의 외과적 술식은 피하며 보존적 치료만을 시행하도록 하고 다량의 항생제와 진통제를 병행하도록 한다.

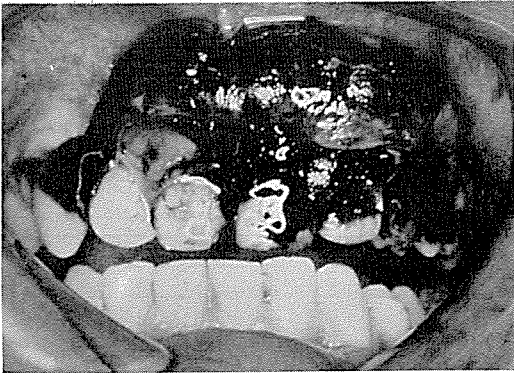


사진 1. 급성 골수성 백혈병, 11세소년
치은연의 출혈, 치은 피사 및 궤양등을 볼수
있음.

(2) 혈우병 (Hemophilia)

혈우병은 혈액응고 인자의 결핍이나 기능이상에 의한 출혈로 연장된 응고시간과 출혈성 성향에 의해 특징지어지며 X-chromosome에 의한 伴性(sex-linked) 유전을 나타내므로 주로 남성에서 나타나나 드물게는 여성에서도 발현됨이 보고되고 있다. 대개는 가족력을 갖으며 25%정도가 돌연변이적으로 발생된다. 보통 출생시부터 존재하나 다년간 임상증상이 나타나지 않을 수도 있다.

혈우병의 원인과 분류를 보면 혈우병의 3가지 주요형태는 혈우병A, 혈우병B, 혈우병C이며 각각의 차이는 특정 혈액응고 인자의 결핍에 의한 것으로 혈우병A는 AHG(plasma thromboplastinogen, Anti-Hemophilic Globulin)의 결핍에 의하며 혈우병B는 PTC(plasma thromboplastin component)의 결핍에 의한 것으로 christmas disease로도 명명된다.

혈우병C는 PTA(plasma thromboplastin antecedent)의 결핍에 의한다.

혈우병A와 B의 발현빈도는 4 : 1이며 혈우병A 남자의 발현율은 인구 약 8,000명중의 1명으로 추정된다.

각각의 유형과 관련되어 나타나는 임상적인 전구 증상 및 구강내증상은 거의 같다. 혈우병 환자는 자연적인 출혈이 일어나거나 미약한 마찰등과 같은 외상에 의해서도 지속적인 출혈이 일어나고 피하조직이나 내장, 관절에 출혈이 일어나 커다란 혈종을 생성한다. 구강내증상은 치은의 출혈과 구강점막의 출혈이 있고 생리적인 치아맹출과 탈락시에도 지속

적인 심한 출혈이 있다.

혈우병 환자의 치료로는 특별한 해결책이 없고 환자를 외상으로부터 보호해야하며 간단한 수술이라도 술전 전혈(whole blood)의 수혈과 항혈우병성 globulin이 요구된다. 그럼에도 불구하고 외과적 수술은 아주 위험하므로 피하는 것이 좋다(사진2 참고).

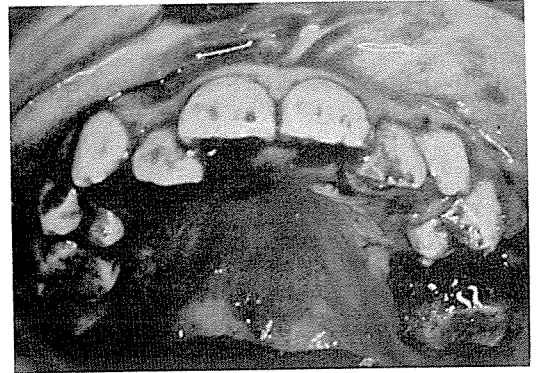


사진 2. 혈우병(factor VIII부족), 21세남자.

외상성 치은출혈과 혈종형성을 보이며 혈종의 파괴로 재출혈 발생

(3) 빈혈 (Anemia)

빈혈은 순환 적혈구의 숫자와 혈색소의 양, 또 일정한 혈액에 저장된 적혈구의 양이 비정상적으로 감소된 것을 말한다. 원인은 다양하며 실혈에 의한 혈액감소에 따른 철결핍성 빈혈, 적혈구의 생성 감소에 따른 악성빈혈, 엽산결핍성 빈혈, 적혈구의 파괴 증가에 따른 용혈성 빈혈등이 있고 그의 적혈구의 크기와 혈색소의 함유량에 따라서도 분류된다.

1) 철결핍성 빈혈 (Iron Deficiency Anemia)

철결핍성 빈혈은 철이 결핍된 적혈구, 혈소판의 생성장애에 기인한 빈혈이며 가장 일반적인 형태로서 주로 여성에 나타난다.

원인은 여성의 생리나 폐경성 출혈, 분만, 치핵 혹은 위장관계의 궤양이나 출혈성 악성병소, 위절제 후 철흡수율의 저하, 불충분한 철함유음식물 섭취 등이다.

만성 철결핍성 빈혈은 위장관계의 악성종양에서 전형적으로 나타난다.

전신적 증상으로는 소화기증상과 신경증상이 특징적이며 식도와 위점막의 변화, 무산증, 빈호흡, 이

명, 전신권태감, 두통, 피하점막의 창백등이 있고 구강증상으로는 구각염과 구강점막의 저항성감소, 외과적 혹은 치주과적 시술후의 느린 치유등이 있다. 이들 환자의 치료치료시는 필수적으로 혈액검사를 행해야하며 혈색소수치가 현저히 낮을때는 내과외에게 의뢰해야한다.

치료는 철제재를 경구투여하는데 통상 1일 100~200mg을 투여하며 최소한 3~6개월을 지속한다. (사진 3 참고).



사진 3. 철결핍성 빈혈시 설유두 위축.

모상유두의 위축으로 표면이 평활한것을 보임
설점부등에 작열감 및 동통을 호소

2) 악성빈혈(Pernicious Anemia)

악성빈혈은 내적인자의 결핍에 의한 만성질환으로 내적인자는 회장에서 일어나는 Vitamin B₁₂ (외적인자)의 흡수에 필요하다.

대부분의 환자에서 근본적인 원인은 알지못하나 최근의 연구로서 면역학적 기전이 이 질환에 관련된 것으로 추측하며 악성빈혈 환자의 약 1/2이 위장벽 세포에 대한 항체를 갖고 어떤 경우는 위저부를 제거한 수술후에 나타나기도 한다. 이 질환은 35세 이하의 젊은층에서는 거의 나타나지 않으며 약 20%의 환자는 가족력을 갖고 남·여 거의 동일 비율로 나타나며 철결핍성 빈혈보다는 훨씬 적다.

악성빈혈의 3가지 주요증상은 전신무력과 동통성 혀, 사지의 마비 및 타진통이며 일반적인 전신증상은 피로, 두통, 현기증, 오심, 구토, 설사, 복통, 식욕부진, 호흡축박, 체중감소, 창백등이다. 악성빈혈 환자의 75%에서 사지마비등의 신경성 증상이 나타난다. 구강내증상으로는 설염이 가장 주된

증상이며 설연부에 만성통증과 작열감이 있고 혀가 전반적으로 염증소견을 보이며 아프트성궤양과 같은 작고 얇은 궤양이 나타난다. 특징적으로 설염, 설통, 작열감을 갖는 경우는 설유두의 위축을 볼수 있다.

치료는 다량의 Vitamin B₁₂와 엽산을 투여하나 B₁₂투여를 중단시 거의 100%는 6개월내에 재발한다. 국소적 치료로서는 자극의 원인을 제거하며 혀와 의치가 닿는 부위를 약간 삭제시켜주며 약제의 국소도포로 동통을 완화시킨다.

3) 재생불량성 빈혈(Aplastic Anemia)

재생불량성 빈혈은 골수의 기능저하에 의한 것으로 이것은 적혈구뿐만 아니라 백혈구, 혈소판에 의해서도 영향을 받으며 영향을 받는 세포의 유형에 따라 임상증상이 다르고 두가지 주요형태는 선천성과 후천성이다.

재생불량성 빈혈의 원인은 선천성일 경우 불명확하며 주로 젊은층에 나타나 급속히 진행되어 대개는 사망에 이른다.

후천성인 경우 원인이 잘 알려져있고 어떤 연령층에서나 일어나며 예후가 양호하다. 이 후천성 재생불량성 빈혈의 원인은 여러가지 약물이나 화학물질, 혹은 방사선에 노출되는 것등이다.

전신적인 임상증상으로는 전신무력과 사지의 마비 및 타진통, 부종 등이며 혈소판 결핍에 의한 피부와 점막의 점상출혈이 나타나고 호중구감소에 의해 감염에 대한 저항성이 감소한다.

구강내증상으로는 구강점막의 점상출혈, 자반성 점 출혈이 있으며 자연적인 치은출혈이 있고 호중구감소에 의한 구강점막이나 인후의 궤양성 병소형성 등이다.

재생불량성 빈혈의 치료방법은 선천성인 경우 별 다른 치료방법이 없고 단지 항생제 투여와 수혈만으로 질병의 진행속도를 늦추며 후천성인 경우는 특정적인 원인을 제거하고 대증치료를 하므로써 성공적으로 치유될 수 있고 예후가 양호하다.

4) 혈소판 감소증(Thrombocytopenia)

혈소판 감소증은 순환 혈소판의 숫자가 비정상적으로 감소된 것으로 정상적인 혈소판은 혈액 1mm³ 당 150,000~500,000이나 60,000이하로 감소되면 피부나 점막을 포함한 조직과 기관에 출혈을 나타낸다.

혈소판 감소증은 크게 두가지로 분류되는데 원인

을 알수없는 선천성 혈소판 감소증(특발성 혈소판 감소성 자반증, Idiopathic thrombocytopenic purpura)과 원인을 알수있는 후천성 혈색소 감소증이다. 선천성 혈소판 감소증은 폐경기의 여성과 10세이하의 어린아이에서 많고 혈소판의 생성 감소와 혈소판의 파괴증가 2 가지 기전을 나타내는데 대부분의 환자에서는 혈소판의 파괴증가에 의한 것이며 이는 자가면역 작용과 관련이 있는 것으로 추측하고 있다. 이러한 환자의 대부분은 corticosteroid 치료에 잘 반응하며 거비증(splenomegaly)을 볼수 있는데 이는 비장내의 혈류정체가 혈소판 파괴에 작용하는 것으로 추정되며 이들 환자의 대부분은 비절제술(splenectomy)에 반응한다.

후천성 혈소판 감소증은 연령과 무관하게 나타나며 원인은 진정제, 진통제, 항생제, 항히스타민제, 신경안정제등의 여러가지 약제와 바이러스, 박테리아등의 감염성질환, 요독증등의 대사성질환, 암종, 육종등의 종양성 질환등이다.

혈소판 감소증의 전신적 증상은 피부에 작은 크기의 점상출혈에서부터 반상출혈, 혈종까지 다양한 크기의 자반성 혹은 출혈성 병소가 나타나고 좌상,뇨피, 혈뇨, 위장관계의 출혈등이 있으며 내출혈에 의한 반신불구가 나타나기도 한다.

구강증상으로는 심한 치은출혈이 자연적으로 일어나며 점막에 점상출혈이 나타나는데 보통은 구개에 나타나고 경우에 따라서는 반상출혈이 나타나기도 한다(사진 4, 5 참고).

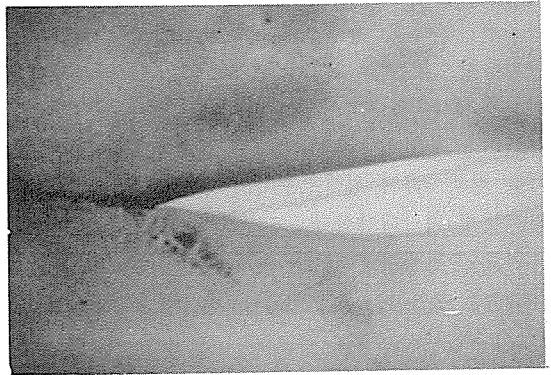


사진 5. 혈소판감소증, 6 세소년 하지 피하에 나타난 자반

치료는 후천성인 경우 원인을 제거하며 전신적으로 corticosteroid를 투여하고 비절제술과 혈소판의 수혈등으로 대중적인 완화요법을 시행하며 국소적으로 fibrin foam, Gelfoam, absorbable cellulose 에 thrombin을 문힌 지혈제를 사용하고 부드럽고 유동적인 음식물을 섭취토록하여 치은에 대한 외상을 감소시킨다.

2. 항암치료중인 환자의 구강점막 질환

치과의사는 항암치료를 위해 화학요법제를 투여 받고 있는 많은 환자들에서 구강점막질환을 흔히 볼수 있는데 이들 환자의 정확한 진단과 치료를 위해 환자가 투여받고 있는 화학요법제의 종류를 확인해야하며 이 구강점막질환이 화학요법제에 의한것인지 아니면 알레르기나 바이러스 감염에 의한것인지를 감별해야할 필요가 있다.

총질성 종양(solid tumor)이나 혈액성 악성종양(hemolytic malignancy)등의 치료에 일반적으로 사용되는 화학요법제의 주요형태는 알킬제제, 대사길항제제, 항생제, 알칼로이드 등이며 단독으로 혹은 복합적으로 사용되고 가장 흔히 나타나는 부작용중의 하나가 구내궤양이다.

화학요법제는 두가지 기전으로 구내궤양을 일으키는데 vinblastine같은 요법제는 심한 백혈구 감소증에 의해 간접적으로 구내염을 일으키고 methotrexate등은 구강점막의 표피에 직접적으로 영향을 미침으로서 궤양을 일으킨다.

일반적으로 구내궤양을 일으키는 약제는 methot-

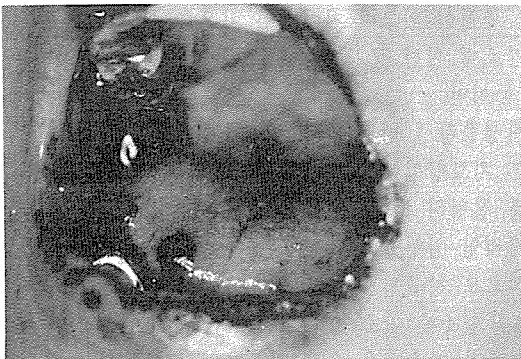


사진 4. 혈소판 감소증, 47세 여자.

협점막, 구순등의 점막에 많은 점막하 혈종이 형성되어있음을 특징적으로 볼수 있음. 혈소판 수 7,000, 백혈구수 16,300, 적혈구수 253만.

rexate, 5-fluorouracil, actinomycin D, adriamycin, bleomycin등이며 경우에 따라 6-mercaptopurin, hydroxyurea, vinblastine, procarbazine등도 궤양을 일으킨다. 두부 및 경부의 편평세포암 치료에 사용되는 항암성 항생제인 Bleomycin을 투여시 투여 2주 내에 구내궤양이 시작되어 투여중단 2주후까지 지속된다.

기도암의 치료에 사용되는 adriamycin을 투여시 협점막과 구개, 혀등에 심한 구내염을 나타내는데 투여 2~3일내에 홍반과 궤양을 동반한 작열감이 나타난다.

이들 화학요법에 의한 구강점막질환은 특징적

으로 깊고 크며 괴사성궤양으로 나타나는 반면 급성 바이러스성 질환은 얇고 등글며 대칭적이고 염증소견을 보이며 알레르기예 의한 병소 및 다홍성 홍진은 급성염증반응을 보이며 출혈이 있고 재발성 아프타스성 질환은 보통 크기가 적고 대칭적이며 염증성 소견을 보이므로 화학요법제 투여내력과 임상적 소견에 의해 다른 급성 다발성 궤양과의 감별이 가능하다.

화학요법에 의한 심한 구강점막질환의 처치로는 약물의 용량을 감소시키거나 중단하는 것이며 환자의 편안감을 위해 국소마취제등을 함수시킨다.

◆ 入 荷 案 內 ◆

Palgat	인상재 (W/Germany)	₩ 6,000
Palagaflex	고급인상재 (W/Germany)	₩ 6,500
Durelon Cement	카보세멘 (W/Germany)	₩ 20,000
Mizzy Cement	징크세멘 (U. S. A.)	₩ 5,000
Kri-1	충진제 (U. S. A.)	₩ 18,000
Impregum	2 차인상재 (5 조) (W/Germany)	₩ 110,000
Impregum Syringe	라바베이스용 (W/Germany)	₩ 30,000
Screw post pin	Post 크라운용 핀 (Sweden)	₩ 38,000
File	Zipperer (W/Germany)	₩ 5,000
Gutta Percha Point	Zipperer (W/Germany)	₩ 6,000
Paper Point	Zipperer (W/Germany)	₩ 6,000
Syringe	Astra 주사기 (U. S. A.)	₩ 40,000
Trubyte Resin Teeth	덴스푸라이 (U. S. A.)	₩ 28,000
Pana Handpiece	N. S. K. (Japan)	₩ 130,000
Pana Air (II) Handpiece	N. S. K. (Japan)	₩ 140,000
Odontoson	치석제거기 (Denmark)	₩ 950,000
Epipak	치아암배용링구 (W/Germany)	₩ 30,000
Adaptic	수복용 충진제 (U. S. A.)	₩ 85,000
Amalgam Alloy	팬트롬제 (U. S. A.)	₩ 190,000
Ormco	교장재료 일철 (U. S. A.)	

치과의원에 공급될 가격입니다.



(株) 榮進綜合商事
YOUNG JIN DENTAL CO., LTD.

서울特別市 中區 南大門路5街 6-8
TEL . 753-5792 · 4307 · 6635