

開院医를 위한 顎關節疾患 講座

◇ 前回分 要約 ◇

齒科臨床에서 病因論의 究明과 治療方針의 設定에 있어서 가장 어려움을 겪고있는 分野가 바로 顎關節疾患이라고 볼수 있다.

確實한 診斷과 治療計劃을 樹立하는데 있어서 患者가 呼訴하는 局部的인 症狀에 執着하기보다는 全體的인 病態를 巨視的이며 綜合的으로 整理할 必要가 있다.

顎關節의 構成과 解剖學的 特性에 따른 그 役割은 다른 數 많은 他關節에 比하여 상당히 纖細하다는데 그 特徵이 있으며, 特히 關節円板은 甚한 變位와 基質的 病變, 그리고 滑液의 重要性, 蝶番運動關節로서의 顎關節의 特性은 상당히 強인한 咀嚼力을 發揮할 뿐만 아니라, 言語 및 咀嚼運動을 同時에 遂行하는 銳敏한 反應을 보이고 있는 特性을 가지고 있다.



서울대학교 치과대학 구강외과학교실

교수 金宗源

42세·여자: 우측 악관절 탈구로 심한 아픔을 호소하고 있다.

III. 顎關節疾患의 種類와 그 病態

① 顎關節疾患의 種類

악관절 질환을 유형별로 보면 다음과 같다.

1. 골절성 질환
2. 종양성 질환
3. 강직성 질환
4. 악관절 탈구
5. 동통성 관절증

그러나 악관절의 외상성 골절, 양성 및 악성의 각종 종양질환, 그리고 주로 염증과 골절등의 부적절한 치료와 후유증으로 대부분 나타나는 증상으로써 입이 벌어지지 않는 강직성질환등 세가지 형태의 질환은 악관절 질환의 어떤 특징적 질환이라기보다 하나의 본태성 질환(本態性疾患)으로서, 실상 악관절뿐만 아니라 어떤 관절에서도 볼수있는 일반적인 질환인 까닭에, 악관절만에 질환으로서의 특징이라 볼수는 없는 것이다.

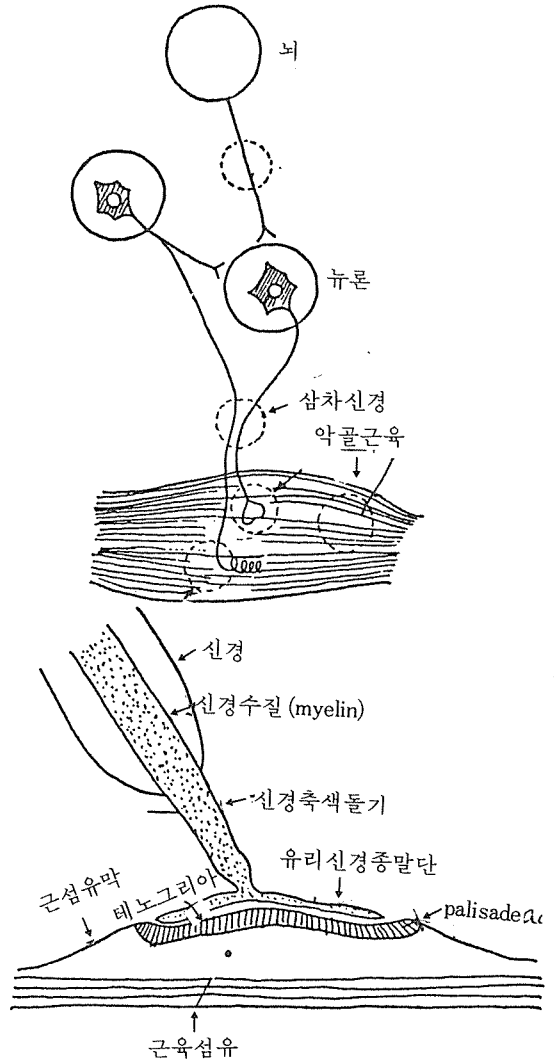
따라서 이상 3가지 질환의 병태(pathogenesis)라든가 발생기전을 설명하는것은 그리 어려움이 없고, 다른 부위에 발생하는 그것과 별로 특징적인 것이 없다.

따라서 악관절질환의 본태(本態)라고 볼수 있는 것이 악관절탈구증(dislocation)과 동통을 주증상으로하는 소위 악관절증(顎關節症, arthrosis)의 발생기전 성립이 사실상 다소 복잡한 여러가지 원인군(群)에 의해서 복합적으로 발생하는 것이기 때문에 늘상 혼돈을 가지고 온다고 볼수 있다.

② 顎關節疾患의 病態

질환의 類型別로 탈구, 관절증으로 나누어 이야기 할수 있으나, 이들 2가지의 질환은 발생의 동시성으로 인하여 그 유형은 비록 다르다 할수 있어도, 소위 악관절 내장장애 혹은 낭내장애(囊內障礙)의 병변이라 볼때, 이들을 소위 internal derangement(內障礙)로 부르게 된다. 따라서 이와같이 발병부위를 원인별로 categorize하면 관절 자체의 원인과, 관절운동과 관계있는 관절외원인(소위 M. P. D)으로 크게 대별해서 생각하는것이 더 합리적인 논리접근이라 생각된다.

a) M. P. D.의 병태: 소위 근막원인성 동통기능부



M. P. D. S가 근육에서부터 뇌의 감각신경까지 전달되는 과정을 나타내는 도식(圖式)이다. 유리신경종말단(free nerve end plate)과 근육의 palisade 층과 사이에 "teloglia"라고하는 이교층을 매체로해서 동통이 전달되어 뇌(high brain)까지 이르게 된다.

전(筋膜原因性 疼痛機能不全)이라는 긴이름의 이질환을 M. P. D.증후군이라 일컫는데 이의 pathogenesis를 한마디로 간결하게 표현한다면, 교합근육의 장력(張力) 즉 tonus의 변화라 말할수 있다.

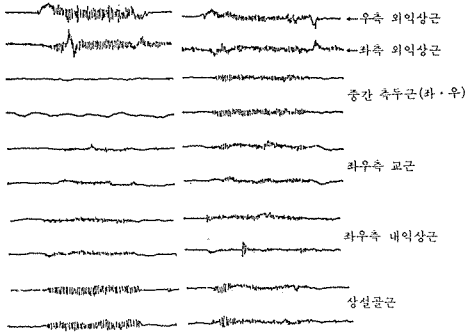
악운동은 근육의 수축과 이완에 있고, 근육의 수축이완은 근장력에 비례하며 근장력은 균형(balance)이 맞아야 한다. muscle tonus balance가 혼조내지는 난조(亂調)가 오는 이유를 설명하는 데서부

더 좀 복잡하게 진행된다.

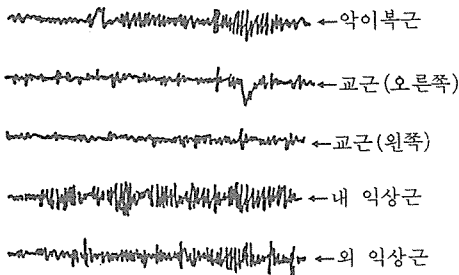
아주 간단하게 설명하면 전신적인 원인과 국소적인 원인으로 구분할때 전신적인 측면에서보면 생물학적측면, 기계적인 측면 그리고 정신적인 측면으로 크게 나눈다.

생물학적측면 (biological aspect)에서보면 환자의 개체(個體)차이다. 기계적인측면(mechanical aspect)에서보면 주로 외상이다. 이 외상(外傷)은 직접외상과 간접외상이 있다. 임상에서는 간접외상이 대부분이다.

간접외상(間接外傷)의 대부분은 외상성교합이다. 외상성교합은 교합불균형(occlusional unbalance)으로서, 예전대 교합고경(咬合高徑)이 맞지 않는다는가 구치부결손, 특히나 free end의 경우, 전치부 개



하악골을 전·후방으로 이동할때 하악골에 부착되어 있는 각종 근육의 근전도(筋傳圖)저작근육의 자극 초기에서는 일반적으로 장력(tonus)가 증가되다가, 오래 지속적인 부정교합이 발생하면 오히려 장력이 감소한다.



개구운동시 각 근육의 근장력에 따라서 운동력량이 결정되며 이는 균형적인 수축·이완이 안될때 교합장애의 역현상이 나타난다.

교(開咬), 부적절한 의치의 장착등은 흔히 볼수 있는 외상성 교합으로 생기는 간접외상들이 것이다.

물론 직접외상도 적지않다.

예전대, 관절부위나 하악골부에 타박, 구타등 외상을 받았다든가, 껌이나 오징어같은 질긴음식물을 장기간 섭취했다든가 아니면 아주 추운 날씨에 심한 지속적인 악력(顎力)을 가해서 muscle tonus의 혼조가 올수있게 하는것도 일종의 외상에 속한다고 볼수 있다.

이같은 것들이 직접외상에 속한다.

위에 기술한것 이외에도 직접 혹은 간접외상에 속하는 것들이 아주 많다.

실제 우리가 인지(認知)하지 못하는 것들도 많이 있지만.....

이 외상이 어떻게 근육의 탄성(彈性)에 영향을 주는가를 설명하는것은 또 복잡한 논쟁이 있으나, 하여간 동통으로 까지에 이르는 과정은 생리학적으로 별도의 설명이 필요하다.

그리고 정신적인 측면(psychological aspect)에서의 원인과 진단과정이 많이 강조된다.

1970년대 초에 필자의 임상적인 통계논문문에 의하면 이 M. P. D. syndrome은 남자에서보다 여자에서 훨씬 많고, 여자중에서도 미혼 old miss에서 많고, 폐경기전후의 40대 후반, 50세대 초반에서 많이 발생했음을 통계적으로 입증된바 있다. 정신적인 우울증세의 환자에서, 아주 예민한 성격의 여자에서 특히 M. P. D.환자가 많음은 바로 이런 측면에서 설명된다. 이와같은 검사법이 소위 인성검사(人性檢査)라고 해서 소위 personality를 측정하는 여러가지 방법이 있다.

아무튼 이상과 같은 3가지 aspect에서 부분적인 몇가지 원인군의 실례를 들었지만 그밖에도 상당히 많이 factors이 있다.

문제는 이와같은 원인들이 어떠한 과정으로 근장력균형(muscle tonus balance)과 연관지어 푸느냐에 따라서 연구하는 사람들의 각자의 견해가 다를수 있다.

예전대 저작근육 긴장도(緊張度)의 불균형으로 인하여 악운동(顎運動)의 이상을 초래하게 되는 과정을 생각할수 있고, 저작운동의 이상으로 인해서 그 자체가 악운동 즉 근육장력의 변화를 초래하게 되는 역기전(逆機轉)현상이 나타나는 과정을 생각

할수 있다.

그러나 여기서 한가지 분명한 사실은 우리 치과 임상에서 대부분 볼수 있는것은 교합외상(咬合外傷)에 의해서 근육장력의 난조가 발생하는 경우가 많다.

따라서 대부분의 치과의사들은 이와같은 외상성 교합장애에 의한 원인들이 근육기능장애의 모든 원인이라 잘못 생각하는 경우도 있는데(논문 발표의 내용으로 보아) 그러나 이것은 일반적인 사고방식으로 좀더 넓은 의미에서 추리해보아야 할것이다.

예컨대 외상성 교합이나 구타등 직·간접적 자극이나 외상성 원인과 전연관계가 없이 홀몬등 영향에 의하여, 예컨대 부신수질로 부터의 카테코라민(catecholamine) 홀몬의 유리의 증가와 이로인한 혈중농도의 증가는 근육과 혈관계에 미치는 영향이 상당히 많다고 볼수 있다. 일반적으로 인체에서 이와같은 과정은 소위 "stress"와 상당히 밀접한 관계가 있는 것으로서 예컨대 "psychological aspect"의 논리와도 서로 접속되는 이론이라고 볼수 있고 그밖에 임상에서의 통계적 자료에서도 입증되는것이라고 볼수 있다. 그밖에 우리가 흔히 볼수 있는 caffen의 근육에 미치는 영향이라든가, tetanus의 근육경련등은 실제로 외상성 교합과는 전연 관계가 없는것으로서, 이와같은 전신적(全身的) 인자들은 정신적(精神的)인 문제와 서로 엉켜서 나타나는 현상인 고로 이부분에서 상당히 혼란을 야기 하며, 결국 이와같은 개체(個體)의 정신적 인자는 정서적(情序的)인 개체차이, 즉 individuality와 밀접한 관계가 있는고로 소위 인성검사(人性檢査)의 진단학적 가치가 이에 필요한 것으로 소위 mental stability이 중요성을 강조하는 이유가 바로 여기에 있는 것이다.

아무튼 이러한 복합적인 원인들의 상호작용은 결국은 전기(前記)한바와 같이 가역적이든 비가역적이든 심한 하악운동의 소위 리듬을 깨지게 한다.

이런 현상은 실제로 필자도 수차 보고한바 있지만 M. P. D환자에 대한 생리적인 근육수축긴장도검사(E. M. G)에서보면 어렵지않게 증명할수 있는 것으로서, 자극에 대한 근육의 초기반응은 어떤 근육에서도 그러하듯이 근육의 긴장도가 증가하는 현상을 대부분 볼수 있다.

자극(stimuli)에 대한 초기 근육반응(reflex) 현상

이라 볼수 있다.

이같은 초기 근육긴장도의 증가는 경우에 따라 저작근인 경우에 어떤 교합장애, 즉 저작운동의 균형에(symmetrical movement)에 영향을 줄수 있다고 생각할수 있고 이것이 정상적인 악운동의 불균형까지 발전할수 있다.

이런 현상은 자극의 지속과 환자의 콘디션에 따라서 일시적인 현상으로 끝나버릴수도 있고, 아니면 계속되어 점점 더 악화될 수도 있다.

이때 생물학적인자(biological factor)와 정신적인자(psychological bactor)가 상당히 많이 영향을 미치는듯 하다.

이와같이 계속되는 자극에 근육의 반응이 한계점에 이르게되고 근육이 계속 피로할 경우 초기 근긴장도의 강세(強勢)는 오히려 점점 약화되고 근육의 장력(tonicity)은 약하여져서 소위 근무력증(筋無力症)까지 야기된다는 것을 어렵지 않게 추리할수 있다.

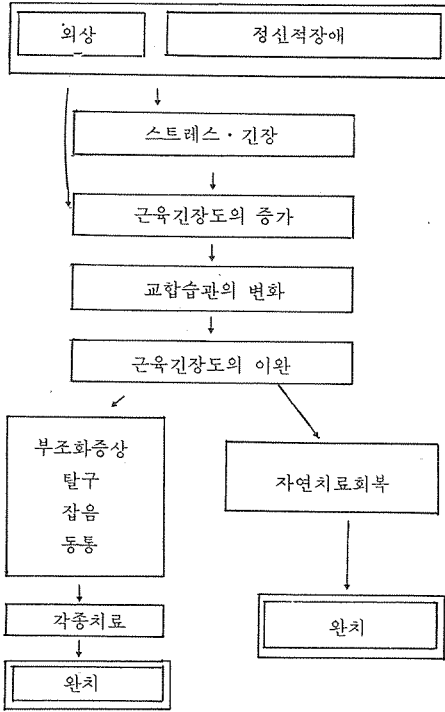
이러한 현상은 前記한 대로 경우에 따라(individuality) 회복되기도 하고 M. P. D를 위시한 각종 장애로 발전(aggravate)하기도 한다.

이처럼 회복되어지는 단계를 치루게 되는 경우가 대부분이지만 그렇지 않을 경우에 소위 임상에서보는 탈구현상에 의한 잡음(捻髮音), 동통, 저작장애 등의 현상을 초래하게되는 경우가 M. P. D까지 발현(發顯)되는 병리(pathogenesis)의 한 유형(類型)이라 볼수 있다.

지면관계로 교합장애나 외상등 각종 원인이 M. P. D까지 이르게되는 과정을 아주 간단하게, 그리고 단편적이거나 추리해 보았으나 실상은 이러한 과정을 거치는 동안 소위 간여인자(co-factors)들이 많이 게재되어 있으나 모두 설명할수는 없고, M. P. D. 증상에 기전에 대해서 많은 연구보고를 발표한 Schwartz교수의 학설을 작도화(作圖化)해서 별표와 같이 정리해 보았고, 곁들여 필자의 풀이를 역시 간여인자(co-factor)가 어떤 영향(intercept)을 미치는가를 도식화(圖式化)해서 이해하는데 혹시 참고가 되었으면 한다. (별표참조)

b) 내장애(內障) 혹은 낭내장애(囊內障)의 병태: 소위 "internal capsular derangement" 라고 해서 악관절의 난절낭(關節囊) 내부에 발생하는 주로 기질적 병변(organic change)을 말하는 것으로

[별표] SCHWARTZ'S M.P.D. CIRCLE



서, 내장장애, 낭내장애로 부르기도 하고 “capsule”을 빼고 그저 “internal derangement” 혹은 약자로 쉽게 I.D.라 쉽게 부르기도 한다.

이 I.D.의 병인(病因)은 비교적 M.P.D. 보다는 쉽게 풀수가 있다.

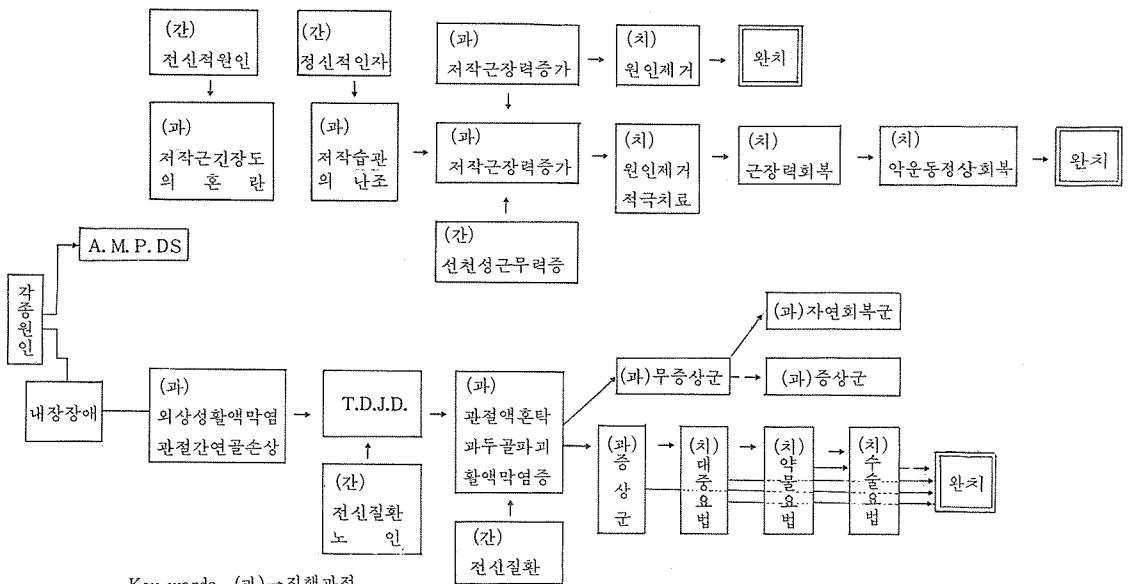
- 즉 1) 관절와의 흡수 혹은 증식성질환
- 2) 관절능의 이상
- 3) 관절두 측 과두의 병변
- 4) 활액막(滑液膜)의 이상
- 5) 활액의 이상분비
- 6) 관절간연골(關節間軟骨) 혹은 관절 간원판(關節間門板)의 이상

이상 6 가지의 원인중의 하나에 속하거나 2~3 가지 원인이 동시에 발생하면서 나타나는 동통을 수반하는 기능부전증을 말한다.

그러나 악관절의 동통성 기능부전이 주증상이기 때문에 위에 말한 6 가지 유형은 6) 번째의 관절원판에 이상으로 인해서 생기는 것이 대부분이다.

비록 관절두나, 관절능, 관절외에 원인이 있다고 하더라도 이의 주요증상은 관절원판에서부터 발생하게 되거나 관절원판 주위조직에서 부터 나타나게

[별표]



Key wards (과)→진행과정
(간)→간여인자(co-factor)
(치)→치료과정

된다. 왜냐하면 과두나 관절외에서 부터 발생하는 경조직병변은 주로 흡수성 병변이거나, 아니면 증식성 병변으로서 이 자체의 증상이기 보다는, 이로 인한 계발적인(繼發的) 관절원판에 영향을 초래하는 때문에 관절원판의 변이(變移) 즉 displacement 현상이 나타나거나 천공(perforation), 유착(癒着) 등으로 발생한다.

1986년 스웨덴 스타크호름에 karolinska병원 성형외과의 Dr. Larson(D. D. S.)이 재미있는 그의 연구결과를 보고한 논문의 내용을 소개하고자 한다.

이 사람은 구강외과의사로서 성형외과에서 특히 악관절 질환에 관한 많은 연구논문을 발표해온 사람으로서 그의 연구논문에서 악관절의 심한 동통을 호소하는 그의 환자(내장장애) 15명, 20관절중 17관절에서 악관절 연골을 除去하였고 3관절에서 전방부 변이(anterior displacement of meniscus)된 관절간 연골 즉 disc를 수술적인 방법으로 제위치(원위치)로 복원시켜주는 수술로 완치시켰음을 보고하였다. 이들 환자는 모두 심한 동통을 호소하였으며, 보존치료로 증상 개선에 실패한 예들이다. 물론 이들환자의 수술전에 조영제주입에 의한 소위 double contrast arthrotomography에 의해서 disc의 위치를 어렵지 않게 확진할수 있으며 이러한 결과의 정확한 판독에 의해서 관절간 연골이 천공되었다든가, 이상부착되었다든가, 염증이 생겼었다든가, 이상전위되었다든가 함을 확진하게 되는 것이다.

이들의 원인은 대부분 유기적인 어떤 기질적(基質的) 병변(病變)이라기 보다 기계적, 외상성(外傷性)원인이 존재하든가, 아니면 과거에 경험한바가 대부분인 것이다.

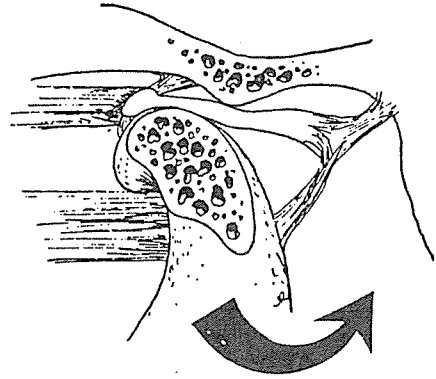
이와같은 외상의 경험은 대부분 완치되는 경우, 즉 특별한 처치나 치료를 받지 않아도 스스로 치료되는, 즉 증상이 소실되는 경우가 대부분이다.

이런 유형의 환자에 대한 악간고정, 물리요법 내지는 기계적인 맛사지등이 하나의 치유과정을(자연치유) 촉진시키며 다른의미에서 동기부여시키는 부수적인 효과를 나타내게 하는데 도움을 줄수도 물론 있다.

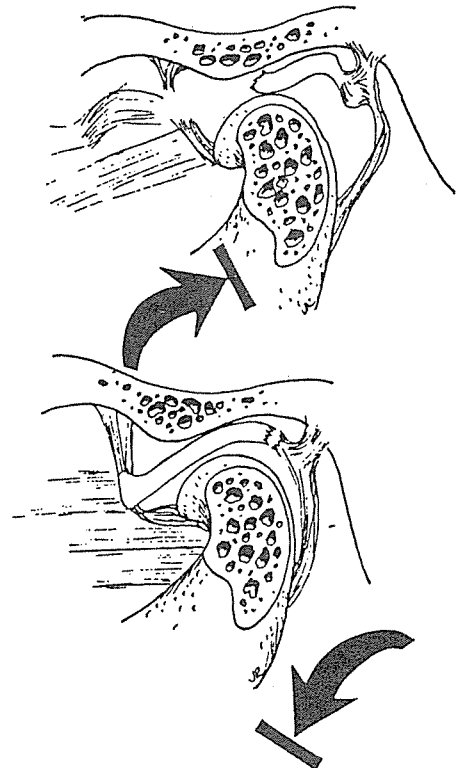
이러한 과정에서 악관절내부, 즉 관절판이라든가, 활액막이라든가, 관절판의 전·후방 지지조직에서 나타날수 있는 조직학적 혹은 생화학적 변화의 일과성 현상을 볼수 있고, 따라서 이를 전연 도의시

하자는 의미는 결코 아니다.

예컨대 이러한 병변들에 속하는 것으로서 우리가 확인할수 있는것들은 이들 혈관주위에서 부터 발생하는 출혈에 의한 적혈구의 발견이다.



악관절 근육의 만성자극에 의한 피로는 습관성 탈구를 야기하게되고 관절원판은 전방전위(ant displacement)하게 되며 심하면 수술을 받아야 한다.



급격한 관절부위의 외상은 관절두의 관절간 연골에 대한 심한 충격으로 말미암아 관절원판의 파열을 초래하게 되며 이런 현상은 물리적, 약물적 치료로 치유가 되지 않는것이 보통이다.

이 적혈구는 외상에 의한 소위 extravasated erythrocyte로서 관절내 연조직의 심한 충혈에 의해 나타나는 현상으로 볼수 있는 것이다.

이와같은 경우, 환자의 나이가 젊다든가, 병역(病歷)이 오래되지 않았을 경우는 확실히 쉽게 회복이 가능하다.

왜냐하면 관절간 원판의 손상은 주로 과두돌기의 관절접촉부에서 대부분 나타나며 그밖에 탄부분에서 나타나는 경우는 아주 극히 드물다는 것은 그동안 많은 연구논문에서 우리가 익히 알고있는 터이다.

따라서 혈관이 없는 중앙부의 관절원판은 원판주위(실제로 정상인 경우 접촉이 안되는)의 혈관조직으로부터 침투압에 의한 혈유의 shunting에 의해서 영양공급을 받게 되든가, 아니면 활액으로부터 간접적으로 영양공급을 받고 있기 때문에 활액내의 적혈구의 존재는 실상 관절관 그 자체의 손상과는 직접 관계는 없다고 보아도 과언은 아닐상싶다.

이와같은 견지에서 본다면, 근래의 외국문헌에서 많이 보고되고 있는 임파구의 활액내 출현의 의미도 혈액이 나타나는 정도 이상의 의미는 부여할 필요가 없지않나 싶은 생각이다.

그러나 활액의 혼탁과 관계된 섬유소(纖維素) 즉 fibrin은 관절낭내의 만성질환 즉 퇴행성병변(退行性病變)과 관련시켜 소위 T. D. J. D. (traumatic degenerative joint disease) 즉 外傷性질환과 많은 관련성이 있는 것이다.

실제로 악관절조직에 큰 자극이 없었던 젊은 사람들의 활액(滑液)은 원래가 상당히 맑은 깨끗한 상태이다.

이러한 상태의 활액성분이 나이가 들고, 외상성 자극이 가해지므로 해서 40세대 이후의 연령층에서는 꽤 혼탁된 경우를 많이 본다.

이 혼탁되는 이유에 대한 견해는 확실하지 않다고 보다는 각자 연구보고하는 사람들에 따라서 큰 차이가 있다고 본다.

즉 체액설, 외상설, 기질적 장애설, 가령적(加齡的)생리현상설, 신경성 장애설등 구구한 원인들이 참으로 많은 논문에서 각각 주장하고 있지만, 筆者의 견해로는 가령적 생리현상설과 외상설(外傷說)에 꽤나 마음이 쏠린다.

아무튼 어떤 원인과 기전에 의해서 그렇게 되었

던지 간에 이 혼탁된 활액은 각종 단백질(分子) 즉 protein particle이나 fibrin등이 많이 존재하게 됨에, 결국은 이런것들이 활액막의 활액분비 기전과 능력을 심히 손상시키고, 감소하게 하므로서, 악관절 구조물(構造物)의 퇴행성 병변은 가속화되어지고, 그러므로 해서 X-ray 像이나 arthrogram 像에서 발견되어지는 특별한 원인이 없음에도 불구하고 환자는 불편한 증상을 느끼게 되는 경우가 허다하다고 보는 것이다.

아마도 이러한 경우가 실제 임상에서 가장 많이 볼수있는 내장장애로 인한 동통성 증후군에 속하지 않나 하고 筆者는 생각된다.

이와같은 경우, 다시말해서 악관절조직의 하등의 기질적인 변화가 각종 검사에서 쉽게 발견되지 않았을때, 우리 치과임상에서 우리는 드물지 않게 악골운동을 休止시키던가, 咬合關係를 바로 잡아준다든가 아니면 물리적 치료, 기계적인 맛사지등을 생각해 볼수 있으나, 이러한 임상적인 치료와 조작이 증상을 경감시키는데 많은 도움을 줄수 있다고도 볼수는 있다.

따라서 이런 기전에 의하여 발생하는 악관절 내장장애에 의한 동통은 대부분 관절원판의 손상과 별도로일수도 있다. 다시말해서 관절원판이 원인이 아닌 경우가 많이 있을수 있다는 말이다.

왜냐하면 우리가 보통 느끼는 관절낭내의 동통에서 동통수용기로서 pain receptor는 관절원판의 후방접촉부 즉 bilaminar zone등 탄부위에서 느낄수 있기 때문이다. 이 부위에 있어서의 신경분포도 분포이지만 원판의 전이(轉移)는 anterior displacement가 일반적으로 displacement의 대부분을 차지하기 때문에, 그렇다 할 경우 다른 synovial membrane에 장애보다는, 신경압박이 이부분에 가장 많고, 감각신경이 이부분에 가장 많이 발달된 이유로 해서 이 posterior disc attachment가 가장 중요한 동통의 발통점(發痛點)이 된다고 볼수 있는 것이다.

또한 실제로 이부위의 신경섬유는 1~15 μ m 정도의 두께의 비교적 발달된 신경섬유가 분포되어 이들 감각신경섬유는 관절낭에까지 연결되어 사실상 동통발통대로서 작용하게 된다.

우리가 악관절통의 진단과정에서 흔히 평면 X-레이 촬영에서 이와같은 연조직 변화의 관찰은 전연 의미가 없는것이다. M. P. D는 물

론이지만 일반적인 관절낭내(關節囊內)의 원인인 경우에서도 그 동통의 원인이 연조직에 있는 경우가 95% 이상 거의 대부분을 차지하고 있음을 우리는 잘 알고 있으면서도 우리는 버릇처럼 plain radiogram(일반 편면X-레이사진)에서 애써 원인을 찾으려 헛수고를 하는 경우가 많다.

따라서 위에 記述한 病因論을 추려서 생각해 볼 때 관절낭내의 연조직 변화를 관찰하는 것이 진단은 물론 치료에 얼마나 중요한 것인가를 우리는 알아야 할 것이다.

따라서 우리는 임상에서 이와같은 단순한 평면방사선 사진에 노력을 기울이기 보다는 환자의 호소 증상등 병력확인(病歷確認)하는데 더욱더 많은 노력을 경주하는 것이 더욱더 바람직한 일이라 생각된다.

예전대 환자의 연령으로 예후를 짐작하려 노력한다든지, 발통의 원인을 찾아 원인제거, 예전대 만성 외상성 교합의 제거라든가 구치결손, open bite, 잘 맞지않는 보철물의 수복등은 외상성 원인으로서 여간 중요한 病因이기 때문에 이를 제거해주

고 개선하는 '노력'이라든지 환자의 심리분석등 mental stress factor를 찾는다든지 등등의 진단학적 가치가 더 많이 있는곳에 우리의 노력을 경주하여야 하리라고 본다.

물론 아주 드물기는 해서 관절조직중 관절외나, 관절두의 경조직 변화를 관찰할 필요가 없다는 얘기는 물론 아니다. 관절두 경조직의 흡수, 측두골관절외의 낭종형성, 관절두와 관절외와의 상대적 위치관계등도 물론 확인함이 중요할지라도, 이들이 직접 원인이 되어서 내장장애의 원인이 되는 예는 극히 드물기 때문이다.

따라서 관절낭내 연조직 변화에 대한 진단학적 가치중 가장 필요한 요소는 opaque arthrographie(조영제를 주입한후 관절조직의 구조적 변화를 관찰하는것)이요 이보다 더 확실한 진단방법은 "arthroscopy" 즉 관절경(關節鏡)검사방법이다.

관절경의 검사방법은 아직 우리나라에서는 도입이 안되고 있기 때문에 opaque arthrography에 대해서 다음 연재에서 더 설명코자 한다

신민철치협회장 정례 전문지 기자회견

申旻澈회장은 지난 27일 엠베서더호텔에서 전문지 기자회견을 갖고 치협의 금년도 사업계획을 밝혔다.

李柱鳳·金正均부회장, 朱洛林총무이사, 田元培사무국장이 배석한 가운데 明魯哲공보이사의 사회로 열린 이날 기자회견에서 申회장은 87년도의 중점사업에 대해서는 신년사에서 언급한 바 있어 각 위원회별로 구체적인 운영계획만 밝혔다.

申회장은 간단한 인사말에 이어 ▲회원복지를 위한 연금제도 도입, 공제조합운영 ▲부정치과의료행위 근절을 위한 대국민홍보강화책의 일환으로 신문·TV등 홍보매체 활용과 예산반영, 법적 제도화 실현 ▲정관개정 ▲치과의사 국가고시제도 개선책 연구 ▲협회지 인수 및 직영, 홍보실 운영 활성화 ▲우편대체구좌 활용과 회비 납부현황 전산화를 통한 회비납부를 제고 ▲공중보건치과의사에 대한 조직, 교육, 근무 등에 있어서의 지원태세 확립 ▲치

과용 합금 및 소분품, 무허가품의 유통조사, 정리 ▲의료보험 진료수가 현실화 ▲「의료보험해설집」발간, 배포등 세부적인 사업계획을 밝혔다.

한편 배석한 李柱鳳부회장은 보충설명을 통해 정관개정에 대해 언급 「일부에서 오해가 있었던것 같다」고 말하고 오는 4월 정기총회에 상정할 정관개정안은 현 집행부가 독자적으로 마련한 것이 아니라 작년 대의원총회에서 보고만 하고 폐기된 案중 주요 사항을 발췌하여 成案했다고 밝혔다. 또한 李부회장은 답변을 통해 재작년 총회에서 구성된 정관개정소위원회는 86년 총회에서의 경과보고와 함께 해산된 것으로 보아야 한다고 말했다.

또 金正均부회장은 보험수가 현실화와 관련, 기술료 인상을 건의할 방침이라고 밝히고 홍보실 운영 활성화에 대해 치의신보와 협회지는 각기 특색을 살려 이원적으로 운영하되 기능적으로는 서로 보완시켜나가겠다고 말했다.