

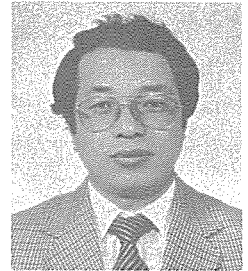
》원인으로 본 구강점막질환《

| | | | |
|---------------------------------|---|---|---|
| I. 원인에 따른 구강점막질환..... | 신 | 금 | 백 |
| II. 세균·진균감염에 의한 구강점막질환..... | 고 | 명 | 연 |
| III. Allergy, 교원병에 의한 점막질환..... | 한 | 경 | 수 |
| IV. 원인에 따른 구강점막질환..... | 최 | 재 | 갑 |
| V. 종양성 병변으로 인한 구강점막질환..... | 기 | 우 | 천 |

I. 원인에 따른 구강점막질환

전북대학교 치과대학 구강진단학, 구강내과학교실

부교수 신 금 백



서 론

구강점막질환이란 구강점막에 발생하는 모든 질환을 말한다.

구강점막질환의 분류에 있어 1972년 WHO에서 발간된 "The Dental Application of the International Classification of Disease(8th revision)"에 의하면 구강질환이 IX항의 소화기계 질환에 포함되어 있다. 그런데, 이 항에는 각종 치은염, 하마종(ranula), 아프타(aphtha), 유피낭종, 백반증, 교순벽(입술 깨무는 버릇), 지도상설 등의 잡다한 질환이 계통없이 포함되어 있다.

따라서 많은 경우 구강점막질환의 분류는 발생부위별, 증후별, 또는 원인별체계에 의존한다. 즉 발생부위별로는 구순, 혀, 구개, 인두부, 혀, 구강저 및 치은에서의 점막질환 등으로 분류되며, 증후별로는 색소침착성, 수포성, 궤양성, 홍반성, 백반성, 및 종창성 구강점막질환

등으로 분류된다. 한편, 원인별로는 바이러스감염, 세균감염, 진균감염, 알러지, 교원병, 혈액질환, 및 종양성 병변 등에 의한 구강점막질환으로 분류된다.

발생부위별 분류는 구강점막질환에 따라 어떤 질환은 구강점막의 특정 부위에 출현하며, 이와 같은 소견이 진단에 중요한 단서가 된다는 점에 기초한 것이며, 증후별 분류는 구강점막질환이 대부분이 표재성의 질환이고 시진상 직접 볼 수 있다는 특징을 살린 것이다.

한편 원인별 분류는 질환의 원인을 알 경우 근본적인 치료를 시행할 수 있다는 점에 기초한 것이며 이는 구강점막질환의 효과적인 치료를 위하여 매우 유용한 분류체계라 사료된다.

따라서 본 특집에서는 적어도 원인이 알려진 구강점막질환에 한해 그것을 원인별로 분류하여 그에 따른 진단소견과 함께 치료법에 관하여 속하고자 한다. 단, 본문의 내용과 사진은 대한구강내과학회 역편 "구강점막질환"을 원전으로 하였음을 밝혀둔다.

I. 바이러스(virus)감염에 의한 구강점막질환

구강점막에 일차적인 감염을 야기시키는 바이러스에는 단순포진 바이러스(單純疱疹 바이러스, herpes simplex virus), 콕사키 바이러스(coxsackie virus), 수두·대상포진 바이러스(水痘帶狀疱疹 바이러스, Varicella-Zoster virus)가 있다.

본 장에서는 이들 바이러스에 의해 야기되는 구강점막질환중 급성포진성치은구내염(急性疱疹性齒齦口內炎, acute herpetic gingivostomatitis), 구순포진(口唇疱疹, herpes labialis), 대상포진(帶狀疱疹, herpes zoster), 포진성앙기나(herpangina) 및 수족구강질환(手足口腔疾患, hand-foot-mouth disease)의 진단소견과 치료법에 관하여 기술하고자 한다.

1. 급성포진성치은구내염

(急性疱疹齒齦口內炎,
acute herpetic gingivostomatitis)

개 념

정의: Virus에 의한 급성 전염성 질환으로 소수포 형성을 특징으로 하는 구내염이다.

원인과 유인: Herpes simplex virus: HSV 1, 2형 감염증으로 감기 등의 열성 질환 경과중에 발병하는 경우가 많다.

발생빈도와 호발부위: 첫감염의 대부분은 불현성이며 발병하는 것은 10% 이하이고, 유소아에 많으며, 구내염의 형을 취한다. 청소년에서는 구순 herpes로서 나타나는 경우가 많다. 성인에서도 종종 볼 수 있으나, 구순 herpes, 치은염, 구내염이 많고, 인두부까지 파급되는 경우도 있다.

증 상

감염후 3~8일의 잠복기를 거쳐 전신권태감과 38~40℃의 고열(3~5일간 지속)이 되며, 1~3일 후에는 구강내 점막은 전체적으로 발적하여,

치은 변연부에 발적과 종창이 심하고 접촉에 의하여 쉽게 출혈성이 된다(그림1).

동시에 1~3mm의 소수포가 점점이 형성되는데, 수포는 파열되기 쉽고, 홍운을 동반한 황백색의 위막으로 덮인 aphtha양 궤양을 형성한다(그림1, 2).

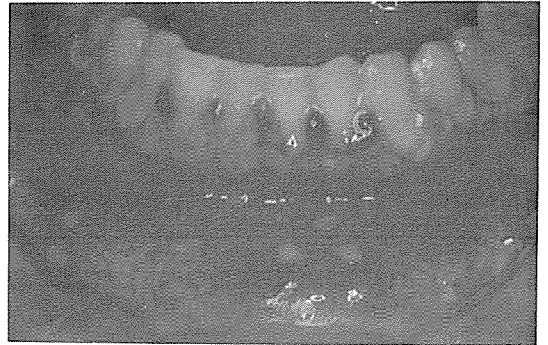


그림 1. 치은, 구강점막의 발적, 종창 및 아프타양(aphthoid) 궤양

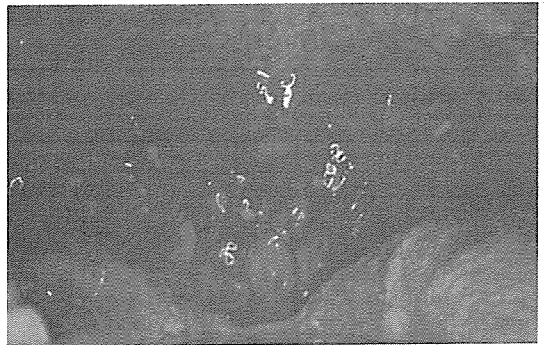


그림 2. 구개설궁, 구개편도, 구개인두궁 및 인두벽에 형성된 아프타양 궤양

이 궤양은 접촉통, 자극통이 심하고, 연하통 때문에 음식물 섭취가 곤란해지고, 때로는 영양장애를 초래하는 수도 있다. 또 비교적 초기부터 악하 임파절의 종창과 압통이 있다.

수포와 궤양은 구순, 혀, 치은, 구강저, 혀, 구개, 편도, 인두의 점막 등에 발현하고(그림 2), 주로 구강의 전방부에 나타나는 수가 많다. 미란, 궤양은 소수포 발현 후 8~10일 경부터 치유가 시작되고, 입술에서는 가피를 형성하여 2~3주 사이에 대부분 치유된다. 후유증은 없고 예후도 양호하다.

감별진단

다발성 aphtha : ① 고열이 없고, ② 구강점막 특히 치은 전반에 걸친 발적, 종창, 소수포 형성의 결여, ③ 발열시기와 수포, 궤양 형성 등의 시간적 관계, ④ 입술의 궤양 형성 가피 형성의 결여.

Herpangina : ① 구협부에 국한되어 있고, ② 치은병변이 결여되고, ③ 증상이 가볍고, ④ 경과가 짧다.

수족구병 : 손, 발등의 소수포 형성을 동반한다.

이상을 유약하면, 감별은 가능하다.

치료법

① 구강내 청소, 소독과 양치.

② 2차감염의 치료와 예방을 위하여 국소에는 항생제연고(tetracycline)를 도포, 전신적으로는 항생물질 투여.

약제명과 용량에 대해서는 구순포진의 항 치료법 ②)을 참조하기 바란다.

③ 발열, 동통에 대한 해열 진통 소염제 투여. 급성 포진성 치은 구내염 치료의 상세한 것은, 구순포진의 항 치료법 ①~⑨)을 참조하기 바란다.

2. 구순포진

(口唇疱疹, herpes labialis)

개 념

정의 : 구순(피부점막 이행부)을 중심으로 한 수포 형성을 특징으로하는 virus 감염증이다.

원인과 유인 : Herpes simplex virus가 숙주에 잠복하여, 열성 질환, 위장장애, 피로, 일광조사, 한냉 등으로 유발되어 발증한다. 첫감염 증례에서는 급성 포진성 치은 구내염으로서 격심한 증상을 나타낸다.

발생빈도와 호발부위 : 구순과 입 주위에 발현되는 것이 가장 많으며, 단순성 포진의 약50%,

안면, 경부, 구강영역의 증상이 약65%을 차지하고 있다. 증상에 성별 차이는 없으나, 연령 분포에는 2~5세(주로 초감염 예)와 20~39세(주로 재감염 예)의 두 연령 group을 나타낸다.

증 상

상순, 하순, 구각부의 점막, 피부, 점막피부 이행부에, 작열감, 동통으로 시작하여, 1~2mm의 구진성 홍반이 밀집형으로 출현하여, 1~2일 사이에 구순 위에 소수포를 형성한다.(그림 1, 2). 동시에 소속임파절의 종창이 나타난다.

소수포는 1~수일 후에 농포화(그림 3, 4)하고, 이것이 파열되어 미란(그림2)이 되고, 가피가 형성(그림 3, 4)되며, 항체가 생산됨으로써 2주 전후에서 치유된다. 초감염 때에는, 구순포진에 심한 구내염을 병발하여 중증감을 나타낼



그림 1. 하순의 점막 피부 이행부에 있어서의 구진성 홍반과 소수포 형성



그림 2. 하순의 피부 점막 이행부에 있어서의 집단성 소수포 형성과 구각부 포진의 미란, 궤양화

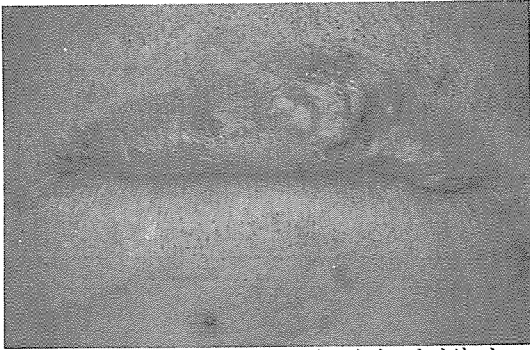


그림 3. 상순 정중부의 피부 점막 이행부에 있어서의 집단성 소수포의 농포화



그림 4. 구순 및 구각부의 피부 점막 이행부에 있어서, 포진의 농포화 및 가피 형성

때가 있다(급성 포진성 치은구내염의 항 참조).

감별진단

입술과 입 주위를 중심으로 하여 밀집성으로 출현하는 소구진 홍반과 그 위에 형성되는 소수포, 소수포 파괴 후의 가피 형성에 주의하면 진단은 쉽다.

치료법

대증적 치료와 2차감염의 예방과 치료가 본 질환 치료의 주체이다.

본 증례에서는 중증례는 적고, 항생제 연고의 국소적 도포와 항생제의 전신적 투여에 의하여 10~20일 전후에 치유되는 경우가 많다. 그러나, 구내염을 일으켰을 때의 중증례에서는 다음과 같은 치료가 필요하다.

① Tetracycline 연고, 또는 tetracycline과 부신피질 홀몬 복합제의 연고 도포.

Tetracycline hydrochloride 연고 3%와 betamethasone valerate 연고 0.12%를 1:1로 혼합하여 사용한다.

Hydrocortisone 1%와 oxytetracycline hydrochloride 3%의 합제도 있다.

구강내에는 tetracycline hydrochloride 3~6정/일, hydrocortisone acetate 연고 또는 triamcinolone acetonide를 사용한다.

② 항생물질의 전신적 투여.

Tetracycline hydrochloride, oxytetracycline : 소아는 30mg/kg/일, 성인은 1,000mg/일을 1일 4회, 6시간마다 복용한다.

Bibramycine (Pfizer) : 소아는 초일 4mg/kg/일, 이후 2mg/kg/일, 성인은 초일 200mg/일, 이후에는 100mg/일, 1일 1~2회, 식중 또는 식후에 복용한다.

Minomycin : 소아는 2~4mg/kg/일, 성인은 100~200mg/일, 이후는 100mg/일을 12~24시간마다 복용함.

Tetracycline계 항생물질만을 열거하였으나, 제1선택약제로서 널리 사용되고 있는 광범위 항균제인 cephalosporine 계 또는 penicillin계 항생물질도 목적을 달성할 수 있다.

③ Vitamin B복합제(vitamin B₁₂ 배합제)투여(성인량만 기재함).

Beecom : 3~4cap./일, vitaneurin : 1~2cap./일, Neurovitane : 1~4정/일, Tridocelan : 1정/일.

④ γ -Globulin 제제 투여(항체 생산을 기대할 수 없는 시기의 중증례에 사용).

Globenin Gammabenin, Venoglobulin, Beronin, Globulin N, Polyglobin 등이 어느 것이나 성인 : 2,500mg/일, 소아 : 100~150mg/kg/일을 1~4일, 점적주사한다. 단, 부신피질 홀몬제의 전신적 투여와 γ -globulin의 병용은 좋지 못하다.

⑤ 부신피질 홀몬의 전신 투여. 심한 신경통 양 동통이 있을 때에는 소염. 증상 개선을 목적으로 사용한다. (성인량만 기재함).

Rinderon, Decadron : 1.5~3mg/일을 3~4회

식후와 취침 전에 분복한다. 호전되면 2일마다 0.5mg을 감량한다. 0.5~1.5mg/일의 유지량을 결정하여 서서히 감량한다. Prednisolon, Prednin, Cordesol : 15~30mg/일을 2~4회 식후에 복용한다. 호전되면 2일마다 2.5~5mg/일을 감량한다. 5~15mg/일을 유지량을 결정하고 서서히 감량한다.

⑥ 동통에 대한 진통 소염제의 투여

성인 : Indacin, Inteban : 1~3정/일을 동통 때 또는 식후에 분복한다.

Bortaren : 1~3정/회, 진통 소염 3~4정/일을 식후에 분복한다.

Pontal : 2cap./회, 진통 소염 3~6cap./일을 3~6회, 4~8시간 마다 분복.

Sedes G : <정제> 1~2정/회(1일 4정까지), <과립> 1~2g/회(1일 4g 까지), 3~4정(g)/일을 3~4회, 식후와 취침 전에 분복한다.

소아 : 성인량을 체중, 연령 등을 고려하여 적절히 감량한다.

⑦ 경구섭취장애가 있을 때는 유동식(자극이 적은) 또는 경관영양, 그리고 보조적 요법으로서 보액을 고려한다. 접촉통, 연하통, 자극통에 의한 음식물 섭취 곤란시의 대응책으로써 1% lidocaine으로 양치하는 것도 효과적이다.

⑧ 성상신경절은 교감신경계의 신경절로서, 안면부의 혈관 수축에 관여하고 있다. 국소마취제에 의한 일시적 block에 의해 혈관이 확장되어 혈류량은 증가한다. 따라서 varicella zoster virus 감염증에서 발병후 초기부터 본 치료법을 병용하면 신경통, 신경마비, 골괴사 등의 예방, 완화에 효과적이다. 일반적으로 국소마취제로는 작용시간이 긴 macain을 사용하여 1일 수회 실시하여 지속 유지시켜야 한다.

⑨ 그 외의 치료법으로는, 종래부터 사용한 zinc oil의 국소 사용, 신경통양 동통에 대한 침술마취, 항 virus제로서의 interferon, ara-acyclovir, IDU 연고, IDr(S-iodo-2-deoxyuridine) 연고 등을 들 수 있다.

3. 대상포진

(帶狀疱疹, herpes zoster)

개 념

정의 : Virus 가 숙주의 지각신경절에 잠복, 재활성화됨으로써 말초의 신경분포범위에 일치하여 대상으로 수포를 형성하는 특징을 가진 전염성 질환이다.

원인과 유인 : Varicella-zoster virus : VZV의 첫감염상이 수두이고, 수두가 치유된 후에 지각 신경절에 VZV가 잠복되어 있다가 면역능력이 저하되었을 때 (악성종양, 항암제, 부신피질홀몬, 방사선요법 후 등) 발증하는 수가 많다.

발생빈도와 호발부위 : 본증은 뇌척수신경 지배 영역에서 볼 수 있으며, 흉부, 경부, 삼차신경의 순으로 많은 것 같다.

삼차신경 지배영역에서의 발생빈도는 제1지(안신경)가 약40%, 제2지(상악신경)가 약25%, 제3지(하악신경)가 약20%이고, 제1지와 제2지, 제2지와 제3지의 합병예도 10% 전후로 관찰되고 있다.

증 상

편측성으로 일정한 신경지배영역에 경도 또는 중정도의 신경통양 동통이나 작열감을 호소하고, 때로는 전신편태감을 갖는 발열(38~39℃) 등의 감기와 같은 증상을 보인다. 수일 후에는 그 신경 지배영역에 일치하여 발적과 미만성 증창이 나타나고, 집단성으로 붉은 테두리를 가진 구진이 나타나며, 구진 위에는 소수포가 형성된다(그림1). 소수 입과결의 증창이나 압통도 있다.

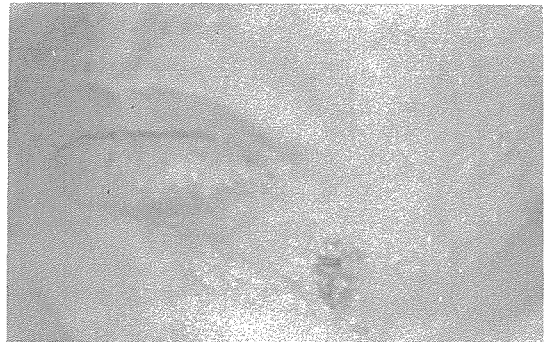


그림 1. 삼차신경 제 3 지(하악신경) 지배영역에 있어서의 집단성 소수포 형성. 일부에는 수포내 출혈과 농포화도 관찰된다.

소수포는 1~3mm가량으로 투명한 내용액이 들어 있으나, 점차로 혼탁해져서 농포화하고 흑갈색의 가피를 형성하여 3~4주 경에는 치유된다(그림 2). 그러나, 갈색의 피부 색소침착, 경도의 반흔형성, 신경통양 동통이나 운동신경마비 등의 후유증을 남기는 경우가 있다. 구강 점막면의 병변은 신경 지배영역에 일치하여 발적과 많은 소수포형성, 그리고 홍운을 동반하는 aphthoid 케양을 볼 수 있다. 구강점막병변은 제2지, 제3지 중 어느 것이 침범되어도 구순, 혀, 혀, 치은에서 볼 수 있으나, 증례에 따라서는 볼 수 없는 경우도 있다. 또는 안면피부의 삼차신경지배영역을 그림 3에 나타낸다.

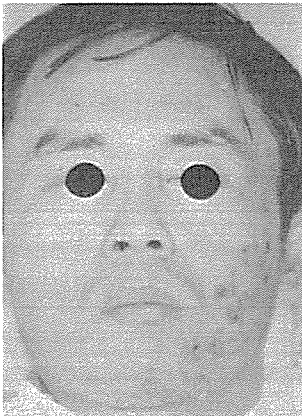


그림 2. 하악신경 지배영역에 일치해서 나타나는 피부의 색소 침착, 일부에서는 아직 가피가 잔존하는 것이 보인다.

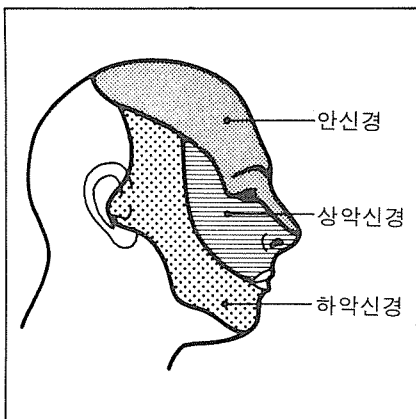


그림 3. 삼차신경(피지, cutaneous branches)의 분포영역

감별진단

단순성 포진, 구제병, 피부·점막·안증후군 등과의 감별이 필요하나, 편측성으로 일정한 신경분포영역에 일치하여 생기는 집단성의 홍반성 구진, 소수포형성과 신경통양 동통, 가피형성 등에 유의하면 쉽게 감별할 수 있다.

치료법

Virus에 대한 특별한 치료법은 없으며, 신경통양 동통의 완화와 2차감염의 방지를 주목적으로 한다. 본증례는 일반적으로 중증인 경우가 많으므로 입원하여 치료를 받는 것이 바람직하다.

구체적인 치료법에 대해서는 구순 포진의 항을 참조하기 바란다.

4. 포진성앙기나

(疱疹性앙기나, herpangina)

개 념

정의: Herpes(포진)는 피부 또는 점막에 소수포가 집단성으로 존재하는 상태를 말하며, angina는 어원적으로 교액감(목이 졸리는 구협부의 염증을 가리킨다. 이와 같은 용어상의 정의에 의해서 herpangina는 herpetic angina, 수포성 구협염, 포진성 angina라고도 한다.

원인: Enterovirus (장관 virus)에 의한 감염증이며, 본증으로부터 Coxsackie virus A군(A-2, 4, 6, 8, 10)이 분리되는 수가 많다. 또 장관 virus에 의한 것이므로 여름부터 가을에 걸쳐서 병하는 수가 많다.

호발부위: 연구개 및 구개수, 구개궁, 인두벽 등의 구협부 점막에 국한하며, 좌우 대칭성으로 나타나는 것이 특징이다.

증 상

잠복기간은 2~4일, 유아, 소아에 주로 나타나며, 성인에게도 발병한다.

발열, 인두통 등의 증상과 함께 발병하여 식욕부진, 신체권태 등의 전신증상을 동반하며, 때로는 두통, 설사, 근육통 등의 증상이 있다.

구강내에서는 연구개 및 구개수, 구개궁, 인두벽 등의 구협부 점막이 발적되며, 이 부위에 좌우 대칭성으로 10~20개 정도의 소수포가 생기고, 이것이 곧 파열되어 원형의 작은 궤양을 형성한다. 궤양은 주위에 홍운을 동반하고 궤양면에는 회백색 위막이 있다. 또 경구개나 혀의 후방부에도 연속적으로 발적하나 원형의 작은 궤양이 생기고, 인두통 때문에 연하장애를 일으키고, 침을 흘릴 때가 있다.

감별진단

Virus성 질환은 임상적으로 특징적인 발진의 형상과 분포상태에 의해서 감별되나, 본증의 구강점막진은 포진성 치은염, 만성 재발성 aphtha, 수두 등과 구별하기 어렵다. 포진성 치은염은 aphtha성 구내염이라고도 하며, 소아에서 첫감염이 많으며, 전신상태는 비슷하나, 구강점막진은 구강 전방부에 나타나기 쉽고, 구협부 등의 후방부에 국한하여 나타나지는 않는다.

또 수두는 수가 적고, 수두의 시기가 긴 등의



그림 1. 24세 여성. 연구개부터 구협부의 점막은 발적되어있고, 소수포가 파열된 소원형 궤양이 다발하고 있다.

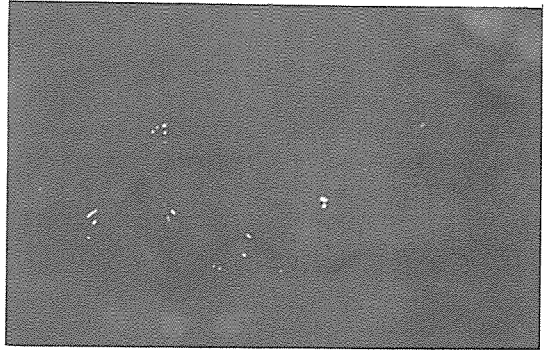


그림 2. 그림 1부터 12일 후의 구강내 소견. 특별한 처치는 하지 않았으나 경과는 양호하다.

특징이 있고, 재발성 aphtha는 구내염의 증상을 동반하지는 않는다.

대상포진은 피진이 있고, 대개 편측성으로 신경통양의 동통을 동반할 때가 많다. Hand-foot-mouth 병에서는 대부분의 증례가 손바닥, 발바닥의 발진과 동시에 나타나지만, 구강점막내 포진만 있을 때는 감별이 어렵다.

치료법

생체의 저항력을 증강하기 위하여 전신상태 개선에 노력한다. 특히 소아인 경우에는 수분, 영양의 보급에 유의하고, 구강내를 청결하게 한다. 처치는 특히 필요치 않으나, 필요할 때는 대증적으로 한다. 발열 등의 전신증상은 처음에는 2~4일이면 경쾌해지나, 구강내의 증상은 1~2주 사이에 쇠퇴하여 치유되는 것이 보통이다.

5. 수족구강질환

(手足口腔疾患, hand-foot-mouth disease)

개 념

정 의: 1958년에 최초로 보고되었고, 1959년에 독립된 질환으로서 hand-foot-mouth disease라고 명명된 소아의 전염성 피부점막 질환이

다.

원 인 : 병원체는 Coxsackie A16 virus 라 하였으나, 그 후 Coxsackie A4, A5, A10, enterovirus 71 등도 분리되어, 현재는 하나의 증후군명으로 되어 있다. 그러나, 종래부터 알려져 있는 구제병(foot-mouth disease)과는 전혀 다른 성질의 질환이며, 양자는 구별하여 취급되고 있다.

빈도와 호발부위 : 본증은 소아의 전염성 질환이며, 그 유행은 1956년에 Australia의 Sydney가 최초이다. 유행하는 계절은 6~8월로 여름철에 많다.

영유아(1~5세)에 많고, 보육원, 유치원, 국민학교에서 주로 유행하나, 성인에게도 발증한다. 성별의 차는 볼 수 없다.

발진의 호발부위는 발바닥, 손바닥, 구강점막의 순이나, 그 외에도 무릎, 엉덩이, 손등, 팔꿈치 등에도 나타난다. 구강내에서는 비교적 전방의 구강점막에 나타나는 경우가 많다.

증 상

잠복기는 3~6일이며, 드물게는 감기 모양의 전구증상이 나타나지만, 대개는 갑자기 37~38°C의 발열과 함께 피부, 점막에 발진이 나타난다.

구강점막의 증상은 직경 약 3mm의 1~10여 개의 소수포로서 출현하나, 곧 파열되어 홍운으로 둘러싸인 aphtha로 변화한다.

피부의 발진은 소수포 또는 구진의 두 종류가 있고, 손바닥, 발바닥에서는 특징 있는 소수포가 많고, 그 밖의 부위에서는 구진이 많다고 한다. 피부의 수포는 잘 파열되지 않는다.

증상은 일반적으로 경증이며, 구강점막, 피부 증상도 7~10일에 자연치유되나, 때로는 중추 신경증상을 합병할 때가 있다.

감별진단

손바닥, 발바닥, 구강점막의 세 증상이 영유아에 출현하면 진단은 쉬우나, 부전형, 특히 구내포진국한형에서는 진단하기 어려울 때도 있

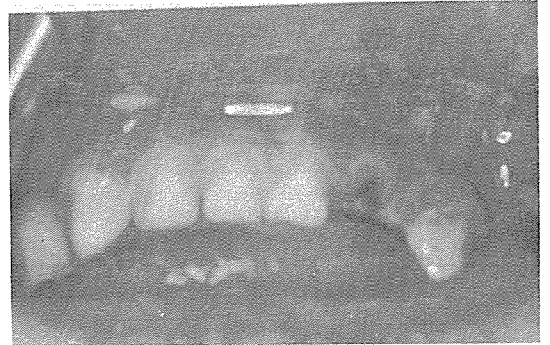


그림 1. 2세 남아. 구강점막의 아프티

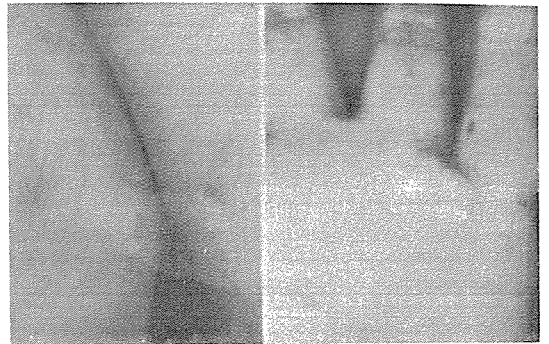


그림 2. 손, 발의 발진

다. 감별을 요하는 구강영역의 질환으로는 herpangina, 단순성 포진, 포진상 치은구내염, 대상포진, 수두, 재발성 aphtha, 구제병 등을 들 수 있다.

대부분의 증례는 임상증상으로부터 진단되나, 확정진단은 대변 또는 발증 초기의 수포내용액으로부터 virus분리와 경과 중의 혈중항체의 추이에 따라야 한다.

치료법

경증의 일과성 감염증으로서 경과하는 경우가 많으므로, 특히 치료할 필요는 없으나, 전신 증상이 있는 경우에는 대증요법을 실시하고 안정시켜 합병증을 예방한다. 구강점막의 증상에 대해서는 케양면의 진정과 감염예방을 위하여 항생물질 함유 CMC 연고를 도포하지만, steroid 함유 연고는 사용하지 않는 것이 좋다. 동시에 주위 사람에게 전파하지 않도록 환자에게 지시한다.