

90. 드라이 소켓(Dry Socket)의 원인 및 예방과 처치에 대해 알고 싶습니다.

발치후의 불쾌증상중에서도 드라이 소켓은 의사, 환자 쌍방모두 피로움을 겪습니다. 드라이 소켓은 어떤경우에 생기기 쉬운가? 또 그 원인 및 효과적인 처치법에 관해, 또한 방지법에 관해 알려 주십시오.

〈임상증상〉

발치수술을 시행하면 생체의 반응으로서 일과성의 동통을 느끼지만 시간의 경과에 따라 없어지기 마련입니다. 그러나 때로는 이러한 동통이 생리적인 범위를 넘어 발치후에도 수일에 걸쳐 지속하는 일이 있습니다. 이러한 경우 '발치후의 이상 동통'이라고 일컬어지는데, 그 중에서도 특히 심한 동통(throbbing ache)을 일으키는 것으로 드라이 소켓(dry socket)이 있습니다. 이것은 특이한 형태의 국소적인 치조골염(alveolar osteitis)으로, 국소마취후 매복된 하악지치를 발거 후에 호발하며, 특히 어렵게 발치한 후에 잘 발생합니다. 증상은 발치후 보통 3일 내지 5일이 지난 후에 시작되며 이때 발치외에는 혈병과 육아조직이 형성되지 않아서 발치와 내부는 하얗게 건조되며 자발통을 일으키는데, 가벼운 정도의 자극에도 심한 통증을 일으킵니다. 그러나 발적이나 종창 등의 염증상은 가벼운 정도입니다. 환자의 동통이 장기간 지속되므로 술자에 대한 불신감이 생길 수 있고, 술자도 또한 정신적인 부담을 받게 됩니다. 이러한 본증의 원인은 아직 정확하게 규명되지는 않았지만, 몇 가지 발생 원인을 생각할 수 있습니다.

〈원 인〉

먼저 치아 및 치조골의 만성염증이 장기간 방치되었거나 혹은 장시간에 걸친 치내 치료 및 약물치료를 시행한 경우에 만성염증이나 약물의 자극에 대한 생체 방어반응으로서 주위치조골이 치밀해 지는데, 이런 원인 치아를 발거한 경우에 혈병이 형성되지 않거나, 혈병의 기질화(organization)가 되지 않아서 발생할 수 있습니다.

그밖에도 환자의 전신허약으로 인해 저항력이 떨어져 있거나, 국소마취제 내에 포함된 혈관수축제의 작용으로 국소적인 빈혈이 야기되어 혈병이 형성되지 않았거나, 과도한 세척에 의해 혈병이 파괴된 경우, 혹은 이차적인 감염이나 이물의 개입 등에 의해 발치창이 오염된 결과 염증반응으로 인해 plasmin, kinin등의 효소가 생겨 혈병의 용해 및 심한 동통을 야기하게 되는 용해성 치조골염(fibrinolytic alveolitis; 그림 1 참조)등을 생각할 수 있습니다.

〈치 료〉

본증의 처치는 가장 큰 고통이 되는 환자의 동통을 없애는 것이 첫번째 목표가 되는데, 동통 완화를 위한 약물 도포 후 표면에 정상 육아조직이 형성되도록 생리적인 치유를 유도하는 것이 원칙적인 방법입니다. 그러나 만일 발치외의 골멍이 치밀하여 정상적인 치유가 어렵거나 너무 오래 걸릴 것으로 예상되는 경우에는 이 부분을 외과적으로 제거하는 관혈적 치료 방법이 시행되기도 합니다.

발치외를 따뜻한 생리식염수 등으로 세척하고 진통의 목적으로 유진올(Euginol)용액을 징크 옥사이드 분말과 물에 혼합하여 작은 가체에 묻혀 발치외에 삽입합니다. 그 밖에 표면 마취제(4% 리도카인, 벤조카인, 글리세린 등장액 등)를 도포하거나 또는 분무를 행할 수도 있습니다. 이러한 약제는 처음 2, 3일은 매일 교환하여 주고, 증상이 완화되는 정도에 따라 2, 3일 간격으로 교환합니다. 이 방법으로 빠르면 대개 1주일 정도의 시간이 걸리는데, 주위골의 치밀도가 너무 심해진 경우는 14개월 이상 요하는 경우도 있습니다. 때로는 더 이상의 오염 및 감염을 예방하기 위해 항생물질을 투입한 후 씨지칼 팩으로 발치외를 덮기도 하는데, 대개의 경우 가체를 살짝 삽입함으로써 외부 자극을 막습니다.

이러한 국소 요법과 병행하여 전신적으로 진통제, 항생물질을 투여하기도 하며 음식을 섭취곤란으로 전신 쇠약증이 나타나는 경우 영양제의 투여도 병행합니다. 학자에 따라서는 국소의 혈행을 양호하게 하고, 동통의 경감 및 치유가 촉진될 수 있도록 적외선이나 초단파를 10-15분간 보조적인 치료로 조사할 것을 권하기도 합니다.

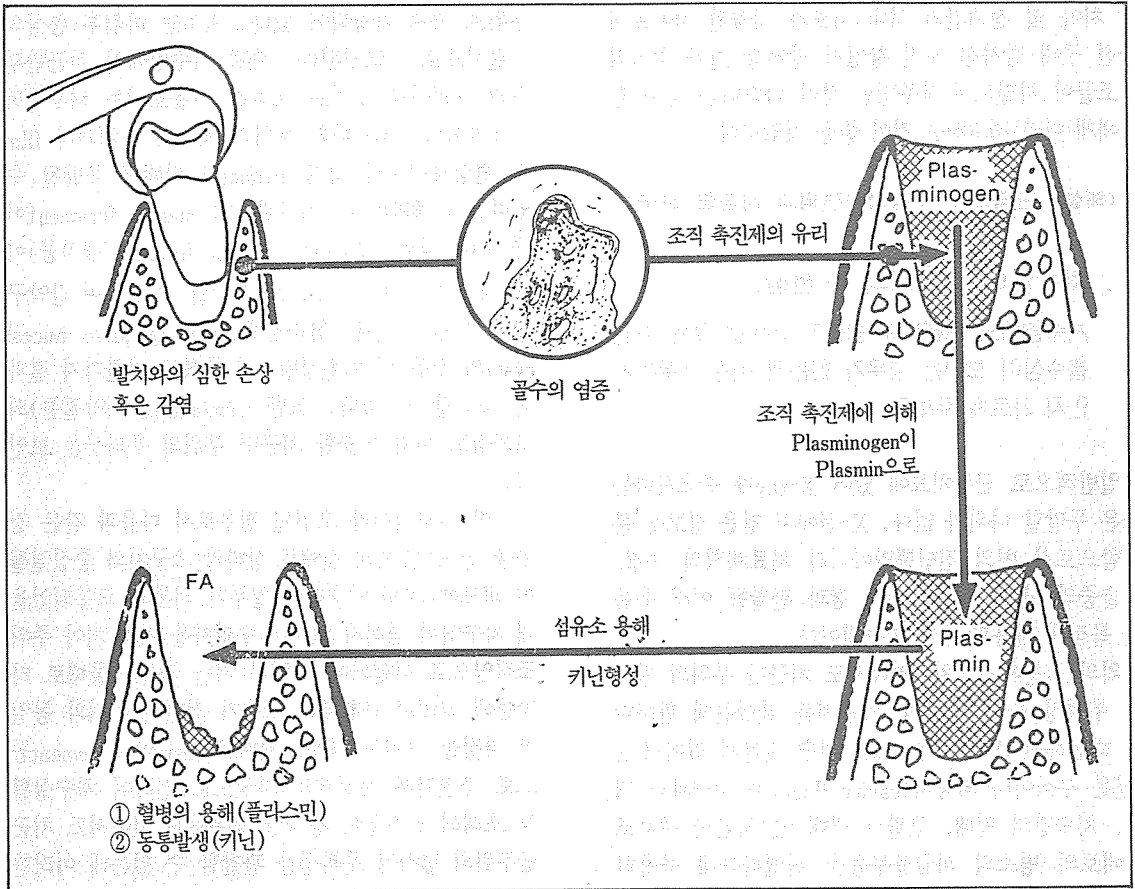


그림. Birm氏에 의한 섬유용해성 치조골염 기전에대한 가설.

이외에 앞서 말씀드린 바와 같이 관혈적인 처치를 하기도 합니다. 이것은 국소마취 하에 다시 한번 발치와로의 출혈을 목적으로 하는 방법입니다. 이때 발치와 벽이 치밀한 경우에는 치밀한 골면을 제거하여 혈병 형성을 유도함과 동시에, 발치와 주위의 치조골 변연을 제거하여 발치와를 얇게 만들고 협설축점막 괴판을 당겨 봉합하여 줌으로써 외부자극을 막습니다. 이 경우 무균적 술식을 충실히 시행하여 감염 예방에 유의해야 하며 국소적 또는 전신적으로 항생제, 항염증제, 진통제 등을 투여합니다.

<예 방>

이러한 합병증의 예방법으로 다음과 같은 조치를 취할 수 있습니다. 개방창의 경우 환자가 함수를 과

도하게 하거나 또는 손가락이나 이물질 등으로 발치와를 고의로 만져서 혈병을 파괴시키지 않도록 충분히 주위를 줍니다. 또한 발치 직후 출혈이 적어서 본증이 발생할 우려가 있다면 즉시 발치와 내면의 치밀골에 제거하고 출혈을 유도하여 신선한 혈병으로 충만케 한 후 발치와를 폐쇄시키는 것도 좋은 예방법 중의 한가지입니다. 이러한 어떤 경우라도 감염의 우려가 있는 경우는 항생물질을 투여합니다.

그러나 많은 보고에 의하면 본증은 수술후 처치를 완벽하게 시행하였는데도 불구하고 발생할 수 있으므로, 시술전 발치하려는 치아의 상태 및 방사선 소견이나 발치한 직후 발치와의 상태를 충분히 관찰하고서 만일 본 합병증의 발생이 예상된다면 환자에게 충분한 설명과 주의를 주는 것이 좋습니다. 즉 만성적인 치관 주위염이 존재한다든지 잔근상태로 방치

된 치아 및 장기간의 치내 치료가 계속된 치아로서 술전 구내 방사선 사진 촬영시 발거할 치아 주위의 치조골이 치밀해져 불투명한 상이 나타나는 경우 환자에게 미리 경고하는 것이 좋을 것입니다.

<해설 : 단국치대 구강악안면외과 임창준 교수>

91. 치수염에 있어서의 X-선상.

치수염에도 근첨부에 병소가 있는것 같은 X-선 흡수상이 보이는 경우가 있는데 어떤 이유에서인지 가르쳐 주세요.

일반적으로 근관치료에 있어 X-ray가 중요하다라는 것은 두말할 나위가 없다. X-선에서 얻은 정보를 분석함으로써 병의 진단뿐만아니라 치료계획의 수립, 시술중의 난점해결, 술후의 경과 관찰등 여러 유용한 목적에 사용할 수가 있는것이다.

위의 질문에서 「치수염에서도 치근단 부위의 방사선 투과성」을 관찰할 수 있는지를 물었는데 한마디로 대답하면 'Yes'이다. 보통 치수 질환에 있어서 X-선은 우식이나 와동저(cavity floor)와 치수와의 거리, 치수강의 형태, 근관의 형태 및 치근단 주위조직에서의 병소의 파급유무등을 판별하는데 유용하다. 그러나 치수에만 국한시키면 X-선은 치수와 같은 연조직을 쉽게 투과하기 때문에 치수염에 의한 치수자체의 변화에 대해서 특별한 소견을 관찰할 수 없다. 그러나 치수의 염증이 치근단 주위로까지 파급되어 치근단 부위의 치주인대에 영향을 미친 경우 즉 급성 치근단 치주염을 동반한 치수염(Acute pulpitis with apical periodontitis)의 경우는 치근단 부위의 치주인대가 thickening된 소견을 관찰할 수 있고 심한경우는 약간의 방사성 투과병소의 양상을 보이는 경우도 있다. 이러한 환자의 경우 보통 심한 동통으로 밤에 잠을 자지 못할 정도이며 타진에는 민감하게 반응한다. 찬 얼음과 같은것은 동통을 약간 완화시켜 주기도 한다. 이러한 치아의 치수는 완전히 괴사되어 있지는 않으며 단지 심한 염증이 치수와 치근단

부위로 까지 확장되어 있다. 치치는 마취후 통상의 근관치료로서 해결된다. 한편 치수염에서 치근단부위의 투과상을 보이는 또다른 이유로서는 해부학적 구조물이나 기타 다른 부위의 병소와 겹치거나 film의 현상과정에서 생긴 artifact에 의해서 유발될 수 있다. 즉 하악 소구치부위에서 mental foramen(이공)이나 상악 절치에서 Incisal foramen(절치공)이 중복된 경우 치근단 병소로 오인할 수 있으며 상악구치부의 경우 수술 후 흡착낭포(post operative buccal cyst)와 같은 비 치원성병소의 중복도 마찬가지로 결과를 초래할 수 있다. 또한 Cementoma(백악질종)의 초기상도 이와 비슷한 치근단 부위의 투과상을 보인다.

또한 치수염이라 오인된 경우로서 다음과 같은 경우를 들 수 있는데 첫째로 상하악 소구치의 중심결절이 교모에 의해 치수강의 일부가 외부와 교통되었을 때 치수염이 심해져 이미 치수괴사를 거쳐 치아 주위 조직염으로 이행되어 시일이 지난 경우, 둘째로 타박상에 의해서 근첨부의 치수가 절단되어 위와 동일한 과정을 거치는 경우, 셋째로 resin이나 cement등으로 충전후후 충전제의 자극으로 인하여 치수실활을 초래해서 시일이 경과한 경우등에 있어서도 치근단부위의 방사성 투과성을 관찰할 수 있는데 이러한 증례에서는 초진시에 단순성 치수염으로 생각하기 쉬우나 실은 이미 근첨치주조직염으로 진행된 상태인 것이다.

이상으로 치수염에 있어서 근첨부에서 관찰할 수 있는 방사선 소견에 대해 언급하였는데 결국 좋은 치료를 위한 올바른 진단은 임상적 증상, 여러가지 Test방법, 그리고 정확히 촬영된 X-선사진과 정확한 판독을 통한 정보를 평가 함으로서 얻어질 수 있는 것이다.

이러한 능력을 함양할 수 있도록 부단히 연구노력하는 것이 훌륭한 임상이가 되기위한 기본 자세가 아닐까 생각한다.

<해설 : 서울치대 보춘과 윤수한 교수>