

만성 악안면 동통(Chronic Orofacial Pain) 감별진단을 위한 임상적 접근

서울대학교 치과대학 구강내과·진단학교실

교수 정 성 창

교수 김 영 구

급성동통과 만성동통
진 단
병 력
동통 분류
진단 분류
요 약
참고 문헌

급성동통과 만성동통

치료를 위해서는 급성동통과 만성동통을 구분할 필요가 있다. 대개 6개월이상 지속되는 동통을 만성 동통이라 하며 그렇지 않은 경우를 급성동통이라 한다. 급성동통은 거의 대부분 확실한 원인과 연관되어 나타나며, 특징적인 과정을 거쳐서 손상받은 부위가 치유되면 사라진다.

급성동통은 보호기전(protective mechanism)이나 경계신호(Warning signal)와 같은 생물학적인 목적을 위해서도 필요하다. 갑자기 시작되어서 저절로 멈추거나 일시적으로 증상이 나타나기도 하는데 진단하기가 어렵지는 않다. 급성동통은 일반적인 의학 적, 치과적, 외과적 치료법에 의하여 잘 치료된다. 그러나 적절한 진단과 치료가 행해지지 않는다면 급성동통으로 만성동통이 되기도 한다.

한편, 만성동통은 어떤 생물학적인 목적을 위해 필요하지도 않으며, 저절로 치유되지도 않고 지속적으로 나타난다. 급성동통에 효과적인 치료법이 만성 동통에는 효과가 없거나 심지어는 부작용까지 나타나는 경우가 있다. 동통이 지속되면, 동통은 중심화(centralized)되고, 심리적인 요소로 인해 그 임상적 특징들은 더 심해진다. 급성동통이 걱정이나 근심등과 관련된 반면 만성동통은 보통 우울증과 관련되어

환자가 병원을 찾는 가장 큰 원인은 동통때문이다. 악안면 동통에 대한 관심이 증가함에 따라 치과 의사의 역할은 구강내에서 생기는 동통의 치료뿐만 아니라 얼굴, 머리 목 부위의 만성동통증후군의 치료로까지 확대되고 있다. 우리는 일상생활에서 흔히 동통을 경험하지만 확실히 그 정의를내리기는 어렵다. 동통은 단순히 "어떤 아픔"이라고 묘사될 수도 있지만, 국제 동통 연구회(International Association for the Study of Pain)에서 제안된 "실제적 또는 잠재적 조직 손상과 관련된 지각적, 감정적인 불편감이 경험이나 언어로 표현되는 것"이라는 설명이 더 널리 받아들여지고 있다.

동통은 매우 개인적인 경험이며 심리적, 신체적 연상작용과도 연관되어 있다. 그리고 동통은 항상 주관적이다. 따라서 정확히 측정될 수도 없으며 사회적, 문화적인 배경에 의해서도 큰 영향을 받는다.

서 나타나며, 종종 만성동통 행동과 동반되어서 나타난다. 급성동통은 어떤 질병의 증상으로 나타나는 반면 만성동통은 그 자체가 병이라고 할 수 있다.

진 단

많은 환자들이 다양한 증상을 갖는 복합동통을 호소함으로써 결과적으로 여러가지 진단을 내리게 한다. 다른 임상증후군에서의 증상이 서로 같을 수 있음으로써 진단과정이 더욱 복잡해진다.

종종 만성악안면동통은 다른 분야의 의료인에 의해서 치유되기도 한다. 불행히도 각 분야는 다른 명칭 및 치료개념으로 설명된, 그 분야의 지식을 이용하여 그들의 관점에 따라 진단과정에 접근한다. 따라서 실제로 진단을 하기 위해서는 악안면동통 환자들에서 나타나는 다양한 증상을 분류할 필요가 있다.

진단과정은 동통발생부위를 알아내고 동통을 분류하며 이완된 조직계를 결정하고 주소를 야기한 동통 질환을 판별하는 것이다. 가능하다면 그 원인도 알아내야 한다.

동통의 관리와 치료를 위해서는 기여요인도 밝혀내야 한다. Friction 등은 기여요인이라 "어떤 질환을 시작시키고, 지속시키거나 그 질환으로부터 유래되는 것이다. 즉 문제를 시작시키며(initiating), 직접적으로 그 문제가 지속되게 하거나(perpetuating), 그 문제로 인해 야기된 나쁜 결과(resultant)가 기여요인"이라고 했다.

병 력

동통의 객관적인 원인은 신체적인 검사나 진단검사를 거쳐서 밝힐 수 있지만 환자의 동통에 대한 인식은 주관적이어서 감정적, 정신적, 생물학적, 문화적인 요소에 의해서 영향을 받는다. 주관적인 동통은 측정될 수 없기 때문에 정확한 진단을 하려면 철저한 병력조사가 필수적이다. 병력 조사시 임상 의는 아래 정보를 얻어야 한다. (1) 주소, (2) 동통발생부위, (3) 동통의 특징(질적 특징, 강도, 시작하는 양상, 일시적 양태), (4) 이전의 병력을 포함한 주소의 시간적 경과와 현재 투약 상태, (5) 어떤 연관된 증상이나 증후, (6) 동통을 야기하거나 가중시키

는 요소 또는 동통을 완화하는 요소, (7) 과거 전신적인 병력 여부 등이다.

임상의는 병력에 기초하여 환자의 주소가 속하는 진단 범위 및 이완된 조직계를 결정할 수 있어야 한다. 어떤 경우는 동통 증후군이 식별될 수도 있다. 추가로 신체검사를 시행하는데 치아, 얼굴, 목등 연관된 부위를 임상적으로 철저히 평가해야 한다. 방사선 사진, 진단용 마취제 주입, 실험실 검사, 다른 전문가와의 상담등과 같은 보조적 진단 자료와 어떤 경우에는 실험적 치료법등이 확진에 도움을 준다.

동통 분류

1. 신체적인 동통(Somatic pain)

신체적인 동통은 이완된 부위에 신경분포하고 있는 정상조직에 대한 유해자극의 결과이다. 압력이나 고열, 고냉동과 같은 기계적인 손상이나 화학적인 자극물들이 동통수용기(nociceptors)를 자극하고 이때 생긴 임펄스가 뇌에 전달되어 동통을 느끼게 된다.

신체적인 동통은 표면동통과 심부동통으로 나눌 수 있다. 표면동통은 짧고 자극적인데 치은 점막 부위에서 생기는 급성동통이 이에 해당된다. 한편 심부동통은 보다 깊은 신체구조물에서 유래하는데 둔하고 깊고, 누르는 듯한 양상으로 나타나며 만성악안면 동통이 이에 해당된다. 동통발생부위가 항상 실제적인 동통의 근원지는 아니다. 만성동통 증후군에서는 종종 이차적 흥분효과가 나타나는데, 이로 인해 임상 의들이 혼란에 빠지는 경우도 있다. 이러한 이차적인 효과에는 다른 부위에서 동통을 야기하는 연관통을 포함해서, 국소 자율신경계 반응등이 있는데 이때는 눈물이 나거나 국소적인 부종, 콧물, 피부발적등의 증상이 나타난다.

2. 신경계 동통(Neurogenous pain)

신경계 동통은 이완된 부위에 분포하는 신경의 구조적인 이상에 의해서 나타난다. 이런 동통은 어떤 유해 자극 없이도 나타난다. 동통의 양상은 주로 자극적이고 작열감으로 표현되는데, 신경분포를 따라서 지각마비(paresthesia) 증상이 나타나기도 한다.

비록 환자는 동통이 나타나는 부위를 쉽게 구분할 수 있지만, 동통을 느끼는 부위가 실제로는 그 근원지가 아닐 수도 있다. 연관통같은 중추성 흥분효과는 대개 일어나지 않지만 동통의 심도는 자극의 강도에 비해 더 세게 나타난다.

3. 심인성 동통(Psychogenic pain)

심인성 동통은 심리적 원인에 의해 발생하는 것으로서 유해자극이나 신경계의 이상에 의해 유발되는 것이 아니다. 동통의 생리적인 기초는 쉽게 결정될 수 없다. 심인성 동통은 여러부위에서 동통을 느끼며, 병이 진행됨에 따라서 그 부위가 변한다. 동통의 근원지와 동통부위 사이에는 해부학적인 연관성이 없다. 치료에 대한 반응은 일치하지 않으며, 환자들은 다양한 양상의 수술과정을 거친 병력을 가지고 있기도 하다. 환자에 의해 표현되는 동통의 정도는 과장되기도 하고, 경시되기도 하며, 존재하는 어떤 병적인 요소와도 연관성이 없는 경우가 대부분이다.

진단 분류

일단 동통이 분류되면, 진단과정의 다음 단계는 동통이 어떤 진단분류군(diagnostic group)에서 유래하였는지를 알아내는 일이다. 대개는 이화된 조직과 동통의 근원지가 일치한다. 임상적 특징에 근거를 두고, 임상의 진단 분류군 안에서 특정 동통증후군을 판별할 수 있어야 한다. 이화된 조직계(tissue system)를 두개외, 두개내, 근골격계, 혈관계, 신경계, 심인성계 등으로 나누는 분류법이 소개된 바 있다.

1. 두개외 장애에 의한 동통(Extracranial pain)

악안면 동통이 있는 경우, 임상의는 머리나 목 부위의 다양한 기관 및 구조물의 질환을 가장먼저 배제시켜야 한다. 치아, 눈, 귀, 코, 인후(throat), 공동(sinuses), 혀 그리고 선(glands)등의 질환이 여기 포함된다. 각 구조물의 다양성 때문에 동통의 양상은 미약하고 둔한 동통에서 부터 급성치수염처럼 심하게 고통스럽고 찌르는 듯한 동통까지 다양하게 나

타난다. 얼굴이나 입주위에 나타나는 동통의 가장 흔한 원인은 치성병변에 의한 것이므로 다른 주위조직으로 동통이 이행하기 전에 그 원인을 제거해야 한다.

1) 치성 동통(Dental pain)

치성동통은 악안면동통의 주원인인 치수로 부터의 동통과 치주조직으로 부터의 동통이 있다. 치성동통은 심부체성 동통이며, 연관통, 자율신경계 효과, 근경련 유도나 삼차신경이 분포한 근육의 발통점과 같은 다양한 중추성 흥분효과를 보여준다.

가) 임상적 특징

치성동통은 비록 다양하게 나타나기는 하지만 보통은 멍하고 쑤시는 듯 누르는 감각이 나타난다. 때때로 찌르는 듯 하거나 화끈거리며, 심한 경우 쿡쿡 쑤시는 동통으로 나타나기도 한다. 치수에 대한 해로운 자극은 치주조직에 대한 자극보다 더 심한 동통을 야기한다. 대개는 관련 치아를 쉽게 구분하지 못하며, 다른 악궁의 치아 혹은 머리나 얼굴에서 유래된 동통으로 혼동하기도 한다. 치수동통은 시간이 지남에 따라 저절로 없어지기도 하고 치주조직으로 퍼져나가기기도 한다. 치주염이 있는 치아에 교합압이 가해지면 둔한 동통을 느끼거나 치아가 솟아 오르는 듯한 감각을 느끼기도 한다. 치수동통과는 달리 치주조직에서의 동통은 해당치아에 압력을 가하면 통증이 나타나기 때문에 환자가 쉽게 구분할 수 있다.

나) 감별진단

치성 악안면동통은 비치성동통과 혼동하기 쉽다. 비치성 동통의 원인에는 상악동염, 근막발통점, 혈관성 두통(vascular headache), 삼차신경통같은 신경계 질환, 비특이성 치성동통(odontalgia), 신경염(neuritis), 심지어 심장 박출시 동통까지도 포함된다. 국소마취를 해도 치성동통이 없어지지 않는 경우에는 비치성 동통일 가능성에 대해서도 생각해 보아야 한다.

2) 상악 동염

여러가지 부비동염이 있겠지만 가장 흔한 것은 상악동염이다.

가) 임상적 특징

상악동 상피의 염증으로 인해 심하지는 않으나 지속적인 동통이 상악구치부와 이환측 얼굴에 나타날 수 있다. 이환된 상악동의 동통이나 차있는 느낌, 귀의 통증, 전두부 두통, 권태감, 미열, 코의 울혈, 콧물, 머리를 숙였을 때 증가되는 안면부동통, 치통 등이 연관된 증상으로 나타난다. 동통은 상악동 상피에서 유래된다기 보다는 비강점막에서 유래된다. 비강의 중비도는 상악동의 개구부이면서 가장 민감한 부위이다. 이런 유형의 동통은 심부체성 동통의 특징을 보이며 Bell에 의하면 “상악동염의 일반적인 증상은 비강점막에서 생기는 일차적 증상에서 유래되는 이차적인 자율신경계 및 감각신경계 효과이다.” 머리를 숙임으로써 동통이 증가되는 것은 염증성 누출물들이 상악동에서 비강점막으로 확산됨으로써 나타나는 현상이다. 급성 상악동염과는 반대로 만성상악동염의 경우 간혹 증상이 발현하는 것을 제외하고는 안면부와 치아에 동통을 야기하는 일은 드물다. 상악구치부 근단(apex)과 상악동의 첨단부는 거리상 매우 가깝기 때문에 치성병변이 상악동까지 퍼질 수 있다.

나) 감별진단

상악동 동통은 근막발통점에서 유래된 연관통이나 악관절 장애로 인한 동통과 감별해야 한다. 상악동의 방사선 사진에 의해 확인되거나 콧구멍속에 국소 마취제를 분사시켜서 동통이 제거되면 상악동염으로 진단할 수 있다.

2. 두개내 장애에 의한 동통(Intracranial pain)

악안면 동통의 비특이성 원인으로는 두개내 구조물의 병변도 생각해 볼 수 있다. 동통은 대뇌의 동통 민감 구조물의 수축성 장애(traction disorders)에서 기인하거나 종양, 동맥류, 혈종(hemorrhage), 출혈, 부종등에 의해서도 생긴다. 뇌막염(meningitis) 같은 특이성 중추 신경계 증후군은 비교적 안면부 동통과 무관하다.

가) 임상적 특징

부종이나 종양과 같은 공간을 점유하는 질환에서 유래하는 동통은 멍하고, 지속적인 심부동통으로 점진적으로 진행된다. 전신적 쇠약감, 감각소실, 어지럼증 등과 같은 신경계적인 증상이 함께 나타난다. 뇌신경이 압박되면 발작적이며 예리한 동통이 나타날 수 있다.

나) 감별 진단

40세가 넘는 환자에서 만성두통의 양상이 변화되거나 새로운 두통이 발생되면 뇌종양을 의심해 볼 수 있다. 신경과 전문의에게 의뢰해서 두개내 병변 여부를 확인해 보아야 한다. 만성 악안면 동통이 신경계와 연관된 증상이나 결함을 보이는 경우도 마찬가지이다.

3. 근골격계 장애에 의한 동통(Musculoskeletal pain)

근골격계 장애에 의한 동통은 심부체성동통에 속하고, 그 양상은 지속적이고 멍한 동통으로 나타난다. 이환부위가 기능을 하는 경우 동통이 증가된다. 만성 악안면동통의 근골격계 동통은 두개하악장애, 근막동통장애, 전신적 류마티즘이나 교원성(collagen) 질환등이나, 경추부 병변등에서 유래된다. 다양한 교원성(collagen) 질환은 악관절 및 경추부를 포함하는 근육과 관절에 영향을 미쳐 종종 경직, 피로감, 미열, 관절부 부종과 전신적 증상으로 나타난다.

1) 두개하악장애(Craniomandibular disorders)

미국 두개하악장애학회(American Academy of Craniomandibular Disorders)의 정의에 의하면 두개하악장애란 “저작근육계나 측두하악관절 또는 두가지지를 다 포함하는 임상적 문제를 포괄하는 집합적인 용어”라고 하였다. 다양한 수준의 동통과 기능장애가 나타나며, 이런 증상들은 하악의 기능이나 운동과 직접적인 관계가 있다. 동통은 관절부나 저작근을 촉진 할 때 더욱 심해진다. 두개하악장애의 원인은 다양한데 일반적으로 외상을 주원인으로 생각하며, 미세외상(microtrauma)과 외상(trauma)으로 나눌 수 있다. 외상은 손상에 의해 생기는데, 펀타손

상(whiplash)과 같은 간접적인 손상이나 또는 직접적인 손상과 관계된다. 관절부에 가해지는 미세외상은 계속적인 부하 즉 이악물기를 심하게 하는 사람에서 볼 수 있다. 류마티성 관절염과 같은 전신적 질환이나 정서적인 긴장도 역시 일차적 원인 요소이다.

근육장애가 악관절 장애를 일으키는지, 혹은 악관절병변의 결과인지는 분명하지 않다. 근육과 관절의 장애는 대개 함께 나타나고, 증상이 겹치는 경우가 많으므로 치료계획을 세우기 전에 감별진단을 할 필요가 있다.

2) 악관절 병변(Temporomandibular joint arthropathy)

악관절의 가장 흔한 장애는 Dolwick에 의해 정의된 내장증(internal derangement)으로 이것은 하악과 두나 하악와, 관절윤기에 대한 관절원판의 비정상적 관계이다. 내장증은 아래와 같이 구분될 수 있는데 (1) 정복되는 관절원판의 전방변위 (2) 더 진행된 단계인 정복되지 않는 관절원판의 전방변위이다.

두 단계 모두 관절내의 기계적 장애인데 이는 비염증성이다. 악관절내장증은 치료할 때는 물론이고 치료하지 않아도 재형성이나 생물학적 적응이 나타날 수 있다. 그러나, 관절구조물에 적응한계를 넘어서는 힘이 계속 가해지면 관절면, 활막(synovial membrane), 관절낭에 염증과 더불어 퇴행성 관절질환이 나타날 수 있다. 이런 변화는 외상에 의해서도 나타날 수 있으나 대개는 내장증에서 병적진행이 계속되면서 그 결과로 나타난다. 관절에 염증성 병변이 생기는 경우 퇴행성관절질환(degenerative joint disease)이라는 용어를 사용한다.

가) 임상적 특징

정복되는 관절원판 전방 변위는 악관절 내장의 초기 단계로 왕복성 관절음(click)이 특징으로 나타난다. 하악운동범위는 대개 정상이다. 동통은 귀앞의 동통(preauricular pain)으로 시작해서 귀, 측두부, 안면부로 방사되며 움직이면 심해진다. 어떤 환자들은 심한 동통이나 기능장애없이 일정하지 않은 잡음(click)만을 보여주기도 한다. 그러나 어떤 환자들은 기능장애와 같은 보다 진행된 단계 즉, 비정복성 관절원판 전방변위(anterior disc displacement without reduction)로 진행되기도 한다.

이것은 종종 관절 구조물의 손상(damage)으로 부터 유래되기도 하며, 계속되는 기여요인들과 관련되어 나타난다. 이 단계는 심한 동통이나 하악운동 제한과 같은 급성 단계로 특징지어질 수 있다. 관절원판이 정복되지 않고 전방에 위치해 있기 때문에 기능시 관절에서 소리는 나지 않는다. 저작근은 관절통에 의한 기능제한의 결과로 보호성 근긴장(protective splinting)을 나타내서 근육통이 나타나기도 한다. 만성적으로 진행되면 동통은 감소되고 운동범위가 정상으로 돌아가기도 한다.

퇴행성관절질환이나 골관절염(osteoarthritis)의 증상은 평한 동통의 양상을 보이며, 때때로 격심해 지거나 부종과 더불어 촉진시 관절의 압통을 나타내기도 한다. 염발음(crepitus)이나 다양한 관절음, 통증이나 퇴행성 병변에 의해 야기되는 이차적으로 운동 제한이 나타나기도 하며, 이차적 충추성 흥분 효과가 나타나기도 한다.

3) 저작근 장애(Masticatory muscle disorders)

이 장애는 근육, 부착근육, 인대에서 유래된다. 급성과 만성장애로 구분될 수 있는데, 근긴장, 근경련, 근염은 급성증상에 속하며 만성 악안면 동통에 직접적인 영향을 미치지 않는다.

Fricton에 의하면 가장 일반적인 만성근육장애로는 근막동통증후군(myofascial pain syndrome)이 있는데, 이것은 복합적인 장애로 아직도 논란의 대상이 되고 있는 용어이다. 미국 두개하악장애학회(The American Academy of Craniomandibular Disorders)는 근막동통 “근육이나 건에 단단한 띠를 형성(일명 발통점) 하면서 국소적 압통과 연관되는 국소적 동통(regional aching pain)”이라고 정의하고 있다. 과거에는 근막동통기능 장애 증후군(myofascial pain dysfunction syndrome)이라는 용어를 치과에서 주로 사용하였다. 발통점은 저작근이나 연관된 두경부근육에서 유래하는데 지속적 근긴장, 근수축, 머리의 전방위치, 이상기능(parafunction) 및 외상등에 의해서 이차적으로 생긴다. 불면증, 수면장애(sleep disturbances), 관절질환, 바이러스성 질환, 대사성 장애(metabolic disturbances)와 같은 것은 근육장애를 악화시키는 요소들로 근육에 발통점이 생기게 하는 작용도 한다.

가) 임상적 특징

발통점에는 활동성(active)과 잠재성(latent)의 두 가지 유형이 있다. 활동성 발통점은 촉진시 양성도약반응(positive jump response)과 같은 매우 예민한 반응을 보이면서 자극시 연관된 부위에 예측가능한 연관통이 나타난다. 이것은 또한 이차적 중추성 신경 흥분효과와도 관련된다. 잠재성 발통점은 촉진시 예민하기는 하나 활성화되지 않는 경우 동통은 나타나지 않는다. 지속적이고 둔한 동통과 한군데나 그 이상 근육에서의 국소적 압통은 근막동통의 특징적 양상이다. 발통점이 추위, 지나친 긴장, 외상, 날씨 변화등과 같은 요소에 의해서 활성화되면 동통의 심도가 미약한 데서부터 괴로운 단계를 거쳐서 참을 수 없는 단계까지 진행된다. 발통점을 촉진하면 환자는 동통을 느낀다. 초기단계에서의 동통은 국소적으로 나타나며, 만성적으로 진행된다면 발통점은 보다 먼 부위까지 퍼져 나간다.

나) 감별진단

두개하악장애로부터 유래된 동통은 편두통이나 근수축성 두통, 측두성 동맥염(temporal arteritis), 두경부 신경병변인 삼차 신경통이나 비특이성 치성동통(atypical odontalgia)등과 구분되어야 한다. 외상이 있는 경우는 외상후 증후군(post-traumatic syndrome)을 고려해야 한다.

4) 근긴장형 두통(Tension-type headache)

근긴장형 두통과 근수축성 두통은 과거에는 함께 사용된 용어였지만, 지금은 근육의 역할이 재평가되고 있다. 근수축이 일차적 원인인지 아니면 질병이나 동통에 대한 반응으로 나타난 것인지에 대해서는 아직도 논란이 되고 있다. 긴장형 두통이라는 용어가 국제두통학회(International Headache Society)에 의해서 채택되었는데, 긴장형 두통의 발병 양상은 심리적, 신체적 스트레스에 의해 야기되는 우발형(episodic type)과 매일의 일상생활에서 오는 스트레스와 관련된 만성형(chronic type)으로 나눌 수 있다. 두개 주위 근육의 관여 여부에 따라 더 세분해서 나눌 수도 있다.

근긴장형 두통과 편두통이 한 환자에서 함께 나타나기도 하는데 이를 혼합형 두통(mixed headache) 또는 복합형 두통(combination headache)이라는 용

어를 쓴다. 이런 개념은 임의적이고 각 유형은 비교적 다른 증상들을 나타내기 때문에 편두통과 근긴장형 두통을 포함한 진단에 이용될 수 있다.

가) 임상적 특징

우발형(episodic type) 두통은 재발성이고 우발적으로 나타나서 수분에서 수일간 지속되는 양상을 보인다. 동통은 양측성으로 땡하고, 중등도에서 미약할 정도의 동통이 나타나는데 누르는 듯하고 쪼이는 듯한 양상을 띤다. 편두통과는 달리 신체적 활동으로 동통이 악화되지 않고 대개 구토증상도 없다. 만성형(chronic type)은 우발형에서 유발되며, 임상적으로 비슷한 특징을 보인다. 근긴장성 두통을 가진 환자들은 자주 두피나 목 부위에 압통부위가 있어서, 촉진시 경추부나 승모근 부위에 압통점(tender nodules)이 나타난다. 실제로 이러한 부위는 발통점이므로 안면이나 머리 부위에 동통을 야기시켜 저작근 장애로 오인되기도 한다.

나) 감별 진단

긴장성 두통은 두개하악장애나 근막발통점에서 유래된 동통이나 측두부 동맥염등과 감별 진단되어야 한다.

5) 경추부 장애(Cervical spine disorders)

경추부는 상반신의 한 부분으로 머리, 목, 어깨등으로 구성되어 있다. 그래서 상반신의 어느 한 부분에 기능이상이나 장애가 생기면 인접한 구조물이나 기능시 연관된 부위에 동통을 야기하는 잠재적 원인이 된다. 경추부의 퇴행성 관절질환, 디스크질환, 류마티성장애, 외상등이 경추부의 임상적 증후군을 일으키는 흔한 원인이 되고 있다.

한편 종종 간과하기 쉬운 동통의 원인으로는 전방으로 위치한 머리자세를 생각해 볼 수 있다. 머리의 전방위치는 머리를 지지해 주고, 두경부 운동을 하는데 필요한 고도로 정교한 근육의 균형을 깨뜨린다. 머리를 앞으로 내미는 자세는 흔한 자세인데, 흉쇄유돌근(sternocleidomastoid)과 상부승모근(upper trapezius)의 발통점은 머리의 전방위치와 관계가 깊고 특히 어깨를 앞으로 내미는 자세와 연관성이 있다. 머리의 전방위치로 인해 대후두 신경

(greater occipital nerve)이 이환되어 후두부 신경통(occipital neuralgia)을 일으킬 수 있다.

가) 임상적 특징

악안면 동통뿐 아니라 현기증, 균형감각 상실, 겹친 영상(blurred vision), 이명감, 청력 감퇴, 연하시 동통과 같은 다양한 증상이 경추부 장애와 연관되어 나타난다. 머리로의 연관통을 호소하는 경우도 흔하다.

나) 감별 진단

두개하악장애와 근긴장성 두통(tension-type headache)은 경추부장애 증후군과 유사하나 구분할 필요가 있다. 머리카 경추부 운동시 야기되는 후두부 아래(suboccipital) 압통이나 동통, 두경부 운동의 제한 등은 경추부에서 그 동통의 원인을 찾아 볼 수 있다. 경추부 장애증후군의 다른 증상으로는 어깨나 팔로 퍼지는 방사상 동통, 경부신경에 의한 진피성 동통(pain in dermatomes), 상반신의 감각소실이나 둔감 증등을 들 수 있다.

4. 혈관성장애에 의한 동통장애(Vascular pain disorders)

혈관성 동통장애, 특히 편두통은 만성두경부동통의 흔한 원인으로, 그 증상이 심하고 참을 수 없는 양상을 띠기 때문에 관심의 대상이 되고 있다. 안면부 동통도 함께 나타나는데 혈관성 동통은 증상이 나타나는 동안 맥박이 뛰는 것 같은 양상으로 나타나며, 증상과 관련해서 멍한 근육통이 나타나기도 한다. 혈관성동통의 가장 중요한 특징은 그 다양성에 있다. 편두통과 군집성 두통(cluster headaches)은 악안면 동통을 일으킬 수 있으며, 두개동맥염(cranial arteritis), 경동맥통(carotidynia)같은 혈관성 장애로부터 기인하기도 한다. 일반적으로 근긴장성 두통이나 근수축성 두통도 이런 혈관성 장애에 포함시킬 수 있는데, 많은 전문가들은 편두통과 근긴장성(tension-type headache) 두통은 생리학적으로 연관되어 있을 것이라고 믿었다.

1) 편두통(Migraine)

편두통의 병인론(pathogenesis)은 아직 논란이 되

고 있으며 여러가지 학설이 있다. 수년동안 뇌혈관의 변화(alteration)에 의해서 일어난다는 혈관성 학설이 우세하였다. 최근의 연구에 의하면 기본적으로 신경계병변이 원인이 되어서 이차적으로 뇌혈관 변화를 일으킨다고 한다. 증상을 일으키는 요소는 다양한데, 음식물, 스트레스, 수면장애, 월경 등이 이러한 요소이다. 임상적으로 나타나는 편두통은 전구 증상이 있는 편두통(migraine with aura)과 전구 증상이 없는 편두통(migraine without aura)으로 구분되는데 전자는 전형적 편두통(classical migraine), 후자를 일반형 편두통(common migraine)이라 부른다.

가) 임상적 특징

편두통을 진단할 수 있는 실험실검사나 방사선학적 검사법이 없기 때문에 임상적 특징에 근거를 두고 진단을 내려야 한다. 편두통은 유전적인 소인이 있고 어려서 부터 증상이 나타나며 여자에서 4대 1정도로 빈발한다. 증상은 다양한 주기를 보이며 간헐적으로 나타나는데 보통 한달에 1-4회 정도 나타난다. 전형적인 동통양상은 수시간에서 2-3일 간 지속되는데, 중증도에서부터 아주 심한 정도까지의 쑤시는 듯한 동통이 편측으로 나타난다. 때때로 어린이에서 양측성으로 나타나기도 하는데, 쑤시는 듯한 동통은 아니다. 일상적인 신체적 활동이 두통을 야기시키기도 하는데, 편두통은 구토, 메스꺼움, 식욕 부진, 빛이나 소리에 대한 민감함, 기분의 변화 등과도 연관되어 있다. 이런 두통은 갑자기 나타나기도 하고 잠에서 깨자마자 나타나기도 한다.

전구증상이 있는 편두통에서 흔히 나타나는 전구 증상은 두가지가 있는데, 두통기간(preheadache period)전에 반짝거리는 빛이나 색깔, 지그재그 양상(zig-zag patterns), 갑작스런 암점(blind spots)과 같은 시각장애가 가장 흔하고, 다음으로 흔한 전구증상은 편측으로 얼굴이나 팔등에서 지각마비나 따끔 거림이 나타나는 것이다. 전구증상이 없는 편두통 환자들도 두통이 시작되기 수시간 내지 수일전에 행복감이나 배고픔, 원기 왕성한 감정등을 경험할 수 있다.

나) 감별 진단

편두통은 유사 편두통(migraine variant), 근수축성 두통, 군집성 두통, 측두부 동맥염, 근막동통등

가) 임상적 특징

설인신경통은 이부, 인후부, 편도선, 하악후방부 등으로 넓게 분포되어 나타난다. 동통의 양상은 삼차신경통과 유사하지만 대개 삼차신경통만큼 심하지 않고 표재성 발통점은 드물다. 그러나 발통점에 있어서 저작, 대화 연하시 특히 차가운 음료를 마실 때 동통이 유발된다.

나) 감별 진단

연하나 하악기능운동이 설인신경통을 일으키기 때문에 종종 두개하악장애나 삼차신경통과 혼동된다. 골화된 경돌설골 인대(stylohyoid ligament)나 이글 증후군(Eagle's syndrome)도 동통을 야기한다. 국소 도포 마취제를 인후부 점막(pharyngeal mucosa)에 도포하여 동통이 사라지면 설인신경통으로 진단내릴 수 있다.

6. 구심로 차단 동통 증후군(Deafferentation pain syndromes)

구심로차단(deafferentation)은 특정한 부위에 분지하고 있는 감각신경의 부분적 혹은 완전한 상실로 나타난다. 악안면부에서는 외상, 수술이나 감각신경의 구심성 임펄스의 방출을 차단시키는 신경절단 과정(denervation)등에 의해서 생긴다. 이때는 동통 감지 능력이 상실되며 어떤 경우에는 동통감지가 감소된 부위로 부터 자발적 동통이 야기되기도 한다. 그래서 구심로차단(deafferentation) 동통은 말초성 혹은 중심성 체성감각통로에 손상을 주는 신경계동통으로 정의할 수 있다.

구심로차단(deafferentation) 동통은 강도에 있어서 심한 양상을 보이며 치료에 잘 반응하지 않고, 수용성 영역(receptive field)을 확장시킴으로써 다른 악안면 구조물에 까지 확산된다. 이런 동통은 종종 교감신경계에 의해서 조절되며 감정적으로 고조된 상태는 중추성 억제를 소멸 시키는 원인으로 작용하여 동통을 증가시키는 작용을 한다. 첫번째 손상후 일반적으로 동통의 시작은 약간 지연된다. 비록 구심로차단 동통을 중추성 원인으로 생각하고 있지만 말초성 활성이 중추신경계에 영향을 미치기 때문에 치료시 고려되어야 한다.

일상적인 치아 발치나 신경 치료과정을 시행한 후에는 동통이 야기되지 않는다. Sessle 은 치성구심로 차단기전(deafferentation mechanism)과 함께 감염이나 스트레스, 영양불량같은요소들이 만성 악안면 동통의 발현에 영향을 끼친다고 하였다. 과거에는 비특이성 안면동통(atypical facial pain)이란 용어가 환자의 애매하고 추정불가한 만성동통에 대해 사용되어 졌었다. 국제동통연구회(The International Association for the Study of Pain)에서는 이러한 용어를 더이상 사용하지 않는다. 그러한 이유는 그 용어가 정확한 증상을 표현하는 것이 아니며 여러상태를 전부 나타내기 위해 각기 다른 사람들에 의해 사용된다는 점 때문이다. 그러므로 비특이성 안면동통이란 용어는 휴지통처럼 사용되어지는 포괄적 용어로 간주되어야 하며 진단학적 가치가 결여된다. 더 일반적인 용어인 구심로차단(deafferentation) 증후군은 비특이성 치성동통, 외상성 신경종, 신경염 등을 포함한다.

1) 비특이성 치성동통(Atypical odontalgia)

비특이성 치성동통이라는 용어는 정상적인 치아에 나타나는 지속적인 동통으로 신경치료가 끝난 치아나 동통때문에 발치된 치아의 발치와 등에서 야기된다. 이것은 잘 이해되지 않는 증상으로서 특별한 진단법이 없기 때문에 다른 원인을 하나씩 제외시키는 방법으로 진단한다. 그동안 많은 임상자들은 환각적 치통(phantom tooth pain), 비특이성 안면신경통, 비특이성 안면통, 편두통성 신경통, 특발성 치통등 다양한 용어를 사용해 왔다.

가) 임상적 특징

비특이성 동통은 40대의 여성에서 주로 나타나며, 구치나 소구치부위에 빈발한다. 동통은 치은에서도 느낄 수 있으며, 종종 다른 치아로 이동해 간다. Graff-Radford와 Solberg에 의하면 네가지 특징적인 증상이 나타난다고 하는데 치통이나 치아주위 동통, 4개월 이상가는 만성화, x-ray상 정상적인 소견과 임상적으로 특징적 원인이 없다는 것 등이다. 동통은 종종 멍하거나 예리하고 쑤시는 격통으로 나타나며 다소 지속적이며, 감각소실(dysesthesia)이나 불쾌하고 비정상적인 감각등이 나타나기도 한다. 치수검사, 온도 검사, 타진 등과 같은 일반적인 치성진단

과정에서는 음성반응을 나타낸다. 신경전달마취가 진단에 도움이 되는지는 확실치 않다.

나) 감별 진단

비특이성 치통과 감별하여야 할것은 치아의 국소적 병변에서 유래된 동통이나 근막발통점에서 연관된 동통, 삼차신경통, 상악동염에 의한 동통 등이다. 삼차신경분지에서 유래된 신경염으로 인한 치통은 종종 비특이성 치통으로 오인되기도 한다.

2) 외상성 신경종(Traumatic neuromas)

삼차신경의 손상은 통증을 수반한 신경종을 유발할 수 있다. 현미경학상으로, 신경종은 신경절단 후 말초신경의 손상된 틈(gap)을 연결시키는 재생과정이 잘못됨으로써 신경조직이 분해되어서 뒤엉킨 덩어리이다. 수술이나 안면골 골절등의 손상은 조직에 치유흔적(Scar tissue)을 남기는 것이 일반적이다. 비특이성 치통을 유발하는 기전으로 신경종의 형성을 언급하기도 한다.

가) 임상적 특징

신경종에 의한 통증은 깊고, 쏘는듯하며 화끈거린다고 하는데 이 동통은 신경종이 발생 부위의 압박이나 신전에 의해서도 유발된다. 미약한 신경종은 발치와 같은 다양한 구내수술과정에서 생기는 치유조직과 관계가 있다. 외상성 신경종은 수술이나 열상후 이차적으로 생기며, 악관절 유착이나 수축 등을 일으킨다고 보고되고 있다. 발병부위에 국소마취제를 주입하면 동통을 완전히 없애주는 작용을 한다.

나) 감별 진단

신경종 형성으로 인한 동통은 비특이성 치통, 삼차신경통, 악관절통증과 감별되어야 한다.

3) 신경염(Neuritis)

신경염은 삼차신경이나 안면신경같은 신경본체(nerve trunk)의 말초분지염증에 의해서 생기는데 외상, 박테리아, 바이러스, 기타 독성원인에 의해서도 생길 수 있다. 연관통 같은 이차성 중추흥분효과는 나타나지 않는다.

가) 임상적 특징

신경염에 의한 통증은 화끈거리고 자극적이며, 지각이상이나 지각마비등과 함께 나타나기도 하는데 이환된 신경의 말초분포를 따라 나타난다. 구강내에서는 삼차신경의 상지나 하지가 주로 영향을 받으며, 이환된 신경이 분포된치아나 주위조직에서부터 동통이 발생하는 것으로 느낄 수도 있다. 상악동염증에서 유래된 상악치아의 통증이 상치조신경총(superior alveolar plexus)에 파급되어 나타날 수 있다. 매복 하악 지치 발치시 하치조신경에 외상을 줌으로써 하순의 지각이상이나 지각마비와 함께 나머지 치아에서 신경염 유형의 동통을 일으킬 수 있다.

얼굴에 생기는 지속적이고 심하게 쏘는 듯한 통증의 또다른 원인에는 대상포진후 신경통(postherpetic neuralgia)이 있다. 자극시 민감성이 증가(지각과민증) 하기 때문에 피부에 가볍게 접촉하기만 해도 통증이 생긴다.

대상포진후신경통(postherpetic neuralgia)은 노년층이나, 대상포진감염(herpes zoster infection)후에 잘 나타나며 삼차신경의 안신경분지에 가장 잘 생긴다. 코르티코스테로이드 투여로 대상포진의 수포성 발진을 빨리 치료하면 환자에게 참을 수 없을 만큼의 괴로움을 주는 대상포진후신경통(postherpetic neuralgia)의 발현을 방지할 수 있다.

나) 감별 진단

치아에 생기는 신경염성 동통은 진성치성병변이나 치아와 주위조직을 포함하는 구심로차단동통(deafferentation) 증후군과 감별진단해야 한다. 대상포진후신경통(postherpetic neuralgia)은 종종 삼차신경통과 혼동되기도 하나 피부에 흔적(Scar)을 남기는 대상포진의 병력으로 확인할 수 있다.

7. 심리적 등통장애(Psychological pain disorders)

심인성 또는 심리적 동통은 마음에서 시작된다. 이런 동통장애는 확실한 생리적 혹은 구조적 근거가 없고, 환자는 심리적 문제의 병력을 보이기도 한다. 그래서 심인성(psychogenic)이라는 용어는 감성이나 인성장애라고 함축할 수 있다.

심리적 동통은 정의가 의미하는 것보다 더 다채롭

과 구분되어야 한다.

2) 군집성 두통(Cluster headaches)

편두통이나 근수축성 두통과는 달리 군집성 두통은 흔하지 않다. 그럼에도 불구하고 두통과 안면동통중 가장 심한 양상으로 나타나기 때문에 “죽고싶을 정도의 두통(suicide headache)”이라고 한다. 군집성 두통은 남성에서 우세하게 나타나서 그 비는 5대 1 정도이다. 두가지 유형이 있는데, 다발성 기간(cluster period)이라고 알려진 민감한 기간동안 두통이 발생하는 일시적 유형(episodic type)과 동통 완화기간이 없는 만성적 유형이 있는데 후자는 더 드물게 나타난다. 다발성 두통은 일주일에서 수개월까지 지속되기도 하며, 수개월에서 수년의 중간 완화기간이 있다. 두개의 혈관확장이 동통을 일으키기도 하는데 이때 히스타민이 중요한 역할을 하며 편두통과는 달리 유전적인 영향은 없는 것 같다.

가) 임상적 특징

군집성 두통은 15분에서 3시간 가량 지속되며 빈도는 이틀에 한번꼴에서부터 하루에 8번까지 나타나기도 한다. 군집성 동통은 참을 수 없을 만큼 괴롭고, 예리하며 찌르는 듯한 양상이어서, 종종 환자들은 두통이 나타나면 잠에서 깨기도 한다. 거의 대부분 안외주위조직을 포함해서 편측으로 증상이 나타나며, 편측측두부나 치아를 포함한 상악부근까지도 동통이 퍼져 나간다. 환자들은 동통을 묘사할 때 “눈이 튀어 나올듯한” 또는 “송곳으로 눈을 찌르는 듯한” 이쁨이라고 표현한다. 이환측 눈에서의 눈물, 코막힘, 충혈, 콧물(rhinorrhea), 전두와 안면부의 진땀, 동공확대, 안검하수증(ptosis), 눈두덩 부종(eyelid edema)와 같은 증상이 한가지 또는 복합적으로 나타난다. 음주는 유발적인 군집성 두통(남자에서 빈발)을 일으키기 쉽고, 만성발작성 편측두통으로 알려진 다른 유형은 여성에서 빈발하고 발병기간이 짧은 것이 특징이다.

나) 감별 진단

군집성 두통은 편두통, 삼차신경통, 측두부 동맥염, 치성동통과 감별되어야 한다. 게다가 일시적으로 나타나는 증상인 경우에는 저작근 장애와 구분되어야 한다.

3) 측두부 동맥염(Temporal arteritis)

이것은 주로 50세가 넘는 연령층에서 잘 생기는 새로운 양상의 편측 또는 양측성의 측두부 두통이다. 뇌동맥염이나 측두부 동맥염은 측두동맥이나 다른 뇌동맥의 염증, 협착으로 야기된다. 즉시 치료되지 않는다면 50% 환자에서 시각장애(blindness)를 일으킨다. 측두부 동맥염은 류마티성 다발성근육통(polymyalgia rheumatica)과 연관성이 있으며, 이환된 환자들에서는 편측으로 사지나 몸통의 동통또는 경직이 나타날 수 있다.

가) 임상적 특징

저작근을 따라서 중등도에서 심한 정도의 연속적인 두통이 심부적이고 대대로 땡하거나 쑤시는 듯한 양상으로 나타난다. 동통은 측두부위에서 시작해서 목, 상악, 하악, 안면부로 방사상으로 퍼지며, 두피동맥, 천부측두동맥(superficial temporal artery)에 부종과 압통이 나타날 수 있다. 상승된 적혈구 침강속도(ESR)와 거대세포 동맥염을 나타내는 척추동맥 조직 표본이 진단 기준에 포함된다.

나) 감별 진단

저작시 동통이 야기될 수 있기 때문에 두개하악장애와 감별되어야 하고 편두통, 군집성 두통, 경동맥통, 근막발통점으로 부터의 연관통과 감별되어야 한다.

4) 경동맥통(Carotidynia)

혈관성 소인을 가진 안면부 동통의 드문 유형으로 경동맥에서 유래되기 때문에 경동맥통이라고 한다. 편두통과 연관성이 있을 것이라고 생각되고 있다.

가) 임상적 특징

경동맥통은 압통, 쑤시는 듯한 동통(throbbing pain) 및 경동맥의 종창이 특징인데, 이환측 외경동맥으로의 방사상동통이 나타난다. 경동맥 압통은 분지부나 하악하부에 가장 특징적으로 나타나며 흉쇄유돌근에도 나타날 수 있다.

나) 감별 진단

경동맥통은 흉쇄유돌근 근막발통점이나 경동맥 동

맥류(aneurysm), 경동맥체 종양등과 감별진단되어야 한다. 흉쇄유돌기가 길어져서 경동맥까지 연장된 이글증후군(Eagle's syndrome)과도 감별되어야 한다.

5. 신경성 통증(Neurologic pain)

신경성 또는 신경병변성 동통(neurogenic or neuropathic pain)은 신경계의 기능적 이상에 의해서 유발되며, 조직의 외상(유해손상)에 의해 유발되는 것은 아니며, 말초성과 중심성 신경계가 다 관여한다. 말초적으로 일차적 구심성 신경계의 과민성이나 중추신경계의 유해 뉴우런에 의해서 동통이 야기된다. 중추적으로는 중심성 억제(central inhibition)의 상실이나 감소, 원심성 교감 신경계 활성화 증가에 의해서 야기된다. 신경성 동통은 아래 두가지 유형으로 분류된다.

1) 발작성 신경통(Paroxysmal neuralgias)

발작성 신경통과 연관된 동통은 종종 심하고 예리하고 쑤시는 듯하면서 연관된 신경이 분포된 편측을 따라서 전기 흐르는 듯한 격심한 동통으로 나타난다. 이런 동통은 수초에서 수분간의 짧은 기간동안 나타나며, 이 기간사이에는 환자가 동통을 거의 느끼지 않는 불응기가 있다. 그러나 지속적인 둔통은 있다. 진통제를 사용하여 이환된 신경의 말초 수용기로 부터 임펄스가 전달되는 감각통로를 차단시켜서 동통을 완화시킬 수 있다. 중추성 흥분효과는 나타나지 않기 때문에 신경계 검사는 정상으로 나타난다.

특정적으로 동통양상은 일시적이며, 수주에서 일개월 또는 이개월 정도 지속되다가 수개월 수년간 동통이 나타나지 않는 잠행기가 뒤따른다. 가장 흔하게 나타나는 악안면의 발작성 신경통으로는 삼차신경통과 설인신경통이 있다.

2) 삼차신경통(Trigeminal neuralgia)

삼차신경통은 보통 "tic douloureux"라고 일컬어지며 삼차신경이 분포된 편측으로 발작성 안면통이 나타난다. 삼차신경통은 보통 40대 이후에 나타나며 여자대 남자의 비는 3명 내지 2명 대 1명꼴로 여자에서 빈발한다. 상악분지부에 비해서 하악분지부

(mandibular division)가 더 잘 이환된다. cerebello-pontine angel의 종양이나 동맥류, 다발성 골화(sclerosis)와 같은 병적 원인 요소가 밝혀지기도 하나 대개의 경우 삼차신경통은 증상으로 분류한다.

원인요소를 찾을 수 없는 경우 특발성 삼차신경통(idiopathic trigeminal neuralgia)이라고 하는데 신경이 지나가는 어느 부위의 결체조직 초(sheath)의 탈락(demyelination)나 신경이나 신경근(nerve roots)의 압박, 변성등에 의해서 또는 동맥이나 혈관의 변형이나 종양등에 의해서 야기된다. 특발성 삼차신경통은 치아나 치주조직과 연관된 치조골(alveolar bone)의 병적인 함몰에 의해서도 야기될 수 있다.

증상이 나타나기 때문에 많은 환자들은 식사, 대화, 세면등과 같은 일상적인 활동도 피하려 한다.

Fromm은 발작성 동통은 보이지 않지만 치통이나 상악동염과 유사한 동통이 수시간 지속되는 양상을 보이면서 하악운동시나 뜨겁거나 찬 음료를 먹을때 동통이 유발되는 환자군을 따로 구분했다. 이것을 전삼차신경통(pretrigeminal neuralgia)이라고하며, 비록 수년후에 증상이 나타나지만 결국은 삼차신경통을 유발하는 전구단계로 생각하고 있다.

나) 감별 진단

삼차신경통은 치성병변 즉 비특이성 치통, 치료후 신경통, 측두부 동맥염, 악관절 병변, 근막동통과 감별되어야 한다. 확실한 치성원인이 없는경우 주의깊게 병력 청취를 한다면 치성병변은 제외될 수 있다. 정상적 하악기능시 동통이 야기된다면 이것은 측두하악장애와 혼동되기도 한다. 이환된 신경의 국소마취에 의해 동통이 사라진다면 측두하악장애와는 구분될 수 있다.

3) 설인 신경통(Glossopharyngeal neuralgia)

삼차신경통에 비해서 설인신경통은 드물게 나타나며, 설인신경과 미주신경의 체성감각분지(somatosensory branches)가 분포된 부위에 나타나기 때문에 미주설인신경통(vagoglossopharyngeal neuralgia)이라는 용어를 사용한다. 여자와 남자에서 비슷하게 나타나며 50세 이상에서 빈발한다. 극히 드물게는 삼차신경통과 설인신경통이 함께 나타나기도 한다.

다. 대부분의 만성악안면 동통 환자들은 동통과 함께 임상적 증상들을 강화시키는 심리적, 행동적인 문제들을 수반하는 경우가 있다. 이러한 심리적인 요소들은 조직의 손상이 줄어들거나 치유되더라도 동통을 지속시키는 원인요소로 작용한다. 분명히, 치료에는 심리적 치료도 포함되어야 한다. 그러나 그렇다고 해서 환자가 심인성 동통을 가지고 있다는 것을 의미하는가? Hathaway에 의하면 심인성 또는 체성화 장애(somatoform disorders)에는 심리적인 요소가 원인이며 신체증상으로 주소가 나타나는 질환이 포함되어 있다. 여기에는 체성화 장애, 전환적 히스테리, 건강 염려증, 기타 신체화 증후군 등이 포함되는데, 대개 심리적 장애의 임상적 특징을 보여주고 있다. 그러나 임상자들은 Dworkin과 Burgess가 언급한 것처럼 심리적 동통으로 분류된 것이라도 실제로는 진단하지 못한 신체적 질환일 수 있음을 항상 염두에 두어야 한다.

요 약

만성악안면동통의 성공적인 진단은 아직도 어려운 일이다. 앞에서 살펴본 것처럼 악안면 동통은 우선 임상적 특징에 따라 체성동통, 신경계동통, 심리적 동통 등 크게 세가지로 분류할 수 있고 다시 이환된 조직에 따라 분류한다.

정확하고 철저한 병력조사와 세밀한 신체검사는 필수적이며, 만성동통의 국소적, 전신적, 심리적 원인 요소를 파악하는 것 또한 필요하다. "무엇인지 알지 못한다면, 진단을 내릴 수 없다."라는 말은 특히 악안면동통에서 잘 적용이 되는 말이다.

참 고 문 헌

1. Bell WE: Orofacial Pains: Classification, Diagnosis, management, ed 4. Chicago, Year Book 1989.
2. Bland JH: Disorders of the Cervical Spine. Philadelphia. WB Saunders, 1987.
3. Boles R: Paranasal sinuses and facial pain. In Alling CC, Mahan PE(eds): Facial Pain, ed 2. Philadelphia, Lea and Febiger, 1977, P. 115.

4. Campbell JK: Headaches in adults: An overview. J Craniomandib Disord Fac Oral Pain 1: 11, 1987.
5. Clark GT: Diagnosis and treatment of painful temporomandibular disorders. Dent Clin North Am 31: 645, 1987.
6. Dalessio DJ, Williams GW: Granial arteritis and polymyalgia rheumatica. In Dalessio DJ: Wolffs Headaches and Other Head Pain, ed 5. New York, Oxford University Press, 1987.
7. Dolwick MF: Diagnosis and etiology. In Helms CA, Katzberg RW, Dolwick MF (eds): Internal Derangements of the Temporomandibular Joint. San Francisco, University of California Press, 1983. p.31.
8. Dworkin SF, Burgess JA: Orofacial pain of psychogenic origin: Current concepts and classification. J Am Dent Assoc 115: 565, 1987.
9. Friction JR, Kroening RJ, Schellhas KP: Differential diagnosis: The physical disorder, In Friction JR, Kroening RJ, Hathaway KM (eds): TMJ and Craniofacial Pain: Diagnosis and Management. ST.Louis, Ishiyaku EuroAmerica. 1988, p.53.
10. Fromm GH: Trigeminal neuralgias and Neurol Clin 7: 413, 1989.
11. Graff-Radford SB, Solberg WK: Atypical odontalgia, J Cal Dent Assoc. December 1986, p.27.
12. Hathaway KM: Psychiatric and somatoform pain disorders: The least common diagnosis. In Friction JR, Kroening RJ, Hathaway KM (eds): TMJ and Craniofacial Pain: Diagnosis and management. St. Louis, Ishiyaku EuroAmerica, 1988, p.149.
13. Ingle JI. et al: Differential diagnosis and treatment of oral and perioral pain. In Ingle JI, Taintor JF(eds): Endodontics, 3rd ed. Philadelphia, Lea and Febier, 1985, p.505.
14. Marbach JJ, Hullbrock J, Hohn C, et al: Incidence of phantom tooth pain: An atypical

- facial neuralgia. Oral Surg 53 : 190, 1982.
15. Lovshin LL : Carotidynai. Headache 17 : 192, 1977.
 16. McNeill C(ed) : Craiomandibular disorders : Guidelines for Evaluation. Diagnosis, and Management. Position paper of The American Academy of Craniomandibular Disorders. Chicago, Quintessence, 1990.
 17. Melzack R : neurophysiological foundation of pain, IN Sternbach RA(ed) : The Psychology of Pain, ed.2. New York, Reven Press, 1986, p.1.
 18. Oleson J : Classification and diagnostic criteria for headache disorders. cranial neuralgias an dfacial pain. Cephalgia 8(suppl) : 7, 1988.
 19. Schiffman EL : The prevalence an dtreatment needs of subjects with temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc 120 : 295, 1990.
 20. Travell JG, Simons DG : Myofascial Pain an dDysfunction : The Trigger Point Mnual. Baltimore, Williams and Wilkins, 1983.
 21. Pertes. RA, Heir GM : Chronic Orofacial Pain. A practical Approach to Differential Diagnosis. Dent Clin North Am 35 : 123, 1991.
 22. 정성창, 김기석 : 만성악안면동통의 감별진단. 치과임상 6 : 83, 1986.



삼 신 합 금

- 치과용 귀금속 전문 ■ 앞선技術, 信賴받는 製品
- Casting Gold 1.2.3.4 Type ● Porcelain Gold.
- Palladium Alloy A.B. Type ● JWG, JP92 판매중

서울 : TEL.238-9111 · 6555 · 5858
FAX.238-9777

부산 : TEL.754-0806 FAX.754-0897

신일치과기공소

Shin il Dental Laboratory

代表 孫 永 愛

서울시 중구 봉래동 1가 83번지(광풍빌딩 601호)
전 화 : 756-2875 · 756-2876
FAX : 773-3949