

치주수술시의 고려사항

치주수술이란 치주영역의 연조직과 경조직에 대한 외과적 처치로서 일반적으로 치석제거술과 치근활택술을 제외한 관혈적술식을 포함한다.

치주수술시 일반 외과 처치의 원칙을 따른다면 판막의 상실, 변연부의 괴사, 치유지연, 술후 합병증등을 막을 수 있다. 그러나 치주수술시에만 존재하는 독특한 상황이 있어 일반 외과처치의 원칙을 확대시켜야 한다.

어떤 치주수술방법이 이용되느냐에 따라 성취되는 효과와 창상폐쇄의 유형이 다양하며, 또한 환자의 기대와 태도, 국소적 해부구조에 의한 한계, 전체치료계획, 유지관리계획에 따라 시술방법이 결정된다.

1. 치주수술의 목적

과거 치주낭의 제거가 치주치료의 주된 목적으로 생각되었으나 최근의 외과적 처치의 개념은 치아와 치주조직의 보존과 재생에 관심이 모아지고 있다.

치주수술의 주목적에는 다음 사항이 포함된다.

① 깊거나 복잡한(tortuous)치주낭에서 치근면의 세정과 활택을 위한 외과적 접근도를 확보하기 위하여 시행한다.

: 치은절제술, 골정형술, 치주판막술

② 치태 저류에 기여하는 부위를 제거하거나 경감시켜서 치태조절을 증진하기 위해 시행한다.

: 잔존 치주낭, 치은증식, 얇은 전정, 소대부착, 치은퇴축 치근이개부, 치근함몰부, 치아배열 불량, 선반골

③ 적절한 보철물 제작을 위한 환경을 제공하기 위하여 행한다.

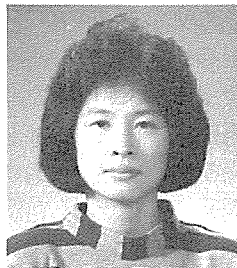
: 임상치관확장술등을 포함한 보철전처치, 치조골수정, 점막-치은결합의 수정

④ 치주재생처치를 위하여 시행한다.

: 깊은 골내치주낭이 있는 경우, 치근이개병소, 조직의 파괴가 심한 경우 절충형 처치형태로 사용

⑤ 심미적으로 불량한 치은상태를 수정한다.

: 상악순측치은외형불량시, 변경된 치아의 수동적맹출에 의한 짧은 임상치관



전남대학교 치과대학 치주과학교실
정 현 주

: 치은절제술, 치은성형술

2. 금기증

다음과 같은 상황일 때 치주수술을 지연시키거나 시행하지 않아야 한다.

1) 치태조절능력과 협조도가 불량한 환자

항감염치치단계에서 치태조절교육과 그 효과를 관찰하는 과정 중에 개개환자의 구강위생능력과 협조도를 평가한다. 치은연상치태가 잘 제거되지 않고 치석이 급속히 형성되는 경우 치주수술을 치태조절이 잘 될 때까지 미루어야 한다. 이런 환자에서는 치석제거 및 치근면활택술을 자주 행하면서 계속 교육하면 수개월이나 수년후 치태조절이 양호해져 치주수술대상이 될 수 있다.

2) 조절이 안되거나 진행중인 전신질환

조절성 전신질환은 치주수술의 금기증이 되지 않으므로 전신질환은 술전에 조절되도록 해야 한다.

① 최근 심근경색증을 경험한 환자는 심장수복후로 치주수술시행을 미룬다.

② 항응고요법(Heparin, Dicumarol, Walfarin, Sodium cyclomarrow, aspirin 등) 중인 환자는 수술중 출혈위험성이 있어 수술시작전에 항응고약제복용을 중단해야 한다.

③ 백혈병, 백혈구감소증과 같은 백혈구장애, 심한 육아조직성질환자는 진행이 멈춘 상태가 아니면 수술해서는 안된다.

④ 빈혈환자는 감염저항성이 감소되므로, 심한 경우 빈혈치료후 치주수술을 시행할 수 있다.

⑤ 당뇨병(FBS > 120mg/100ml)은 가끔 창상의 치유지연, 감염저항성 저하와 관련되므로 잘 조절된 후 수술을 시행한다. 또한 식이요법이나 투약계획을 방해하지 않게 수술시기를 잘 잡아야 하며 필요하다면 술전에 insulin 농도를 증가시키는 등 그 계획을 변경하기도 한다.

⑥ 다량의 corticosteroid를 투약중인 환자(Addison's disease, 부신기능장애)는 수술시의 스트레스에 대한 적응력이 저하되므로 술전과 술후에

약제투여계획의 조정이 필요하다.

⑦ 심한 신경성질환(multiple sclerosis, Parkinson's disease)자는 통원상태보다는 입원 후 수술하는 것이 안전하며 phenytoin을 복용중인 전간(epilepsy)환자는 치은증식증에 대한 치주치료를 통상대로 받을 수 있다.

⑧ 절박한 말기질환을 가지는 소모성 환자는 수술의 대상이 될 수 없다.

또한 술후 수복치료계획에 동의하지 않는 진전된 치주질환자는 수복치료계획수립 후까지 치주수술을 미루어야 한다.

3. 외과적 해부구조(Surgical anatomy)의 이해

술전에 술자는 해당부의 해부학적 구조에 대해 잘 인식하고 있어야 한다. 다행히도 치주수술중 손상받을 수 있는 중요한 구조는 드물지만 골구조와 신경, 혈관위치에 대해서 이해하여야 술후 합병증이 최소화될 수 있을 뿐 아니라 외과적 접근이 용이해 질 수 있다.

1) 부착치은(attached gingiva)

부착치은의 보전은 절개고안시 중요한 원칙이다.

2) 상악순측부

하안와신경과 혈관이 안와하연중상부로부터 5~8mm하부에 위치한 하안와공에서 출현하는데 이는 canine fossa로 부터 caninus 근육이 거상될 때만 치주수술중 영향을 받는다.

측면의 zygomaticoalveolar crest는 관골돌기로부터 제1대구치부 치조골까지 연장되는데 이에 의해 상악구치부에서의 전정깊이가 결정된다. 즉 이것이 치조정에 근접하면 치주관막을 거상하거나 재위치시키기가 어려우며 골성형이나 근단측 변위를 방해하기도 한다.

상악동도 가끔 치조돌기내로 연장되어 소구치 및 대구치부에서 치조와와 상악동의 피질골 사이에 망상골이 전혀 없는 경우도 있다. 이때 상악동은 무치악부나 골내치주낭에서의 골치치를 곧

란하게 한다.

3) 구개부

① 대구개신경, 혈관(greater palatine nerve and artery)

치주수술시 중요한 해부학적구조로서 대구개공은 경구개후연 전방 3~4mm부위의 구개돌기와 치조돌기의 연결부에 위치한다. 여기에서 출현하는 대구개신경 및 혈관은 경구개 점막하부에서 전방으로 진행하여 견치부의 상악치조돌기 구개측치은까지 분포한다. 구개판막시술중 대구개공을 침해하는 경우는 드물지만 진행중의 대구개신경 및 혈관에 이를 수는 있다. 전층판막시 이들 구조에 손상주는 일을 드물지만 중앙부까지 근접하여 구개판막을 얇게 만들어 주는 경우 혈관이 절단되어 심한 출혈이 야기되기도 한다. 또한 경구개부에서 깊게 유리치은이식술의 공여부를 제공할 때 혈관을 침해할 수 있다.

② 비구개신경,혈관(nasopalatine nerve and artery)

비구개신경 및 혈관은 상악중절치 직후방 절치공을 통해 출현하며 전치부 구개치은에 혈류를 공급한다. 이 부위에서의 치주낭제거수술시 절치유두 근접조직의 거상이 필요하여 가끔 혈관과 신경이 손상될 수 있다. 이때 환자는 일시적인 감각마비를 호소한다.

4) 하악

① 전치부순측

이 부위에서는 이근(mentalis m.)의 부착위치가 중요하다. 이근이 높게 부착하면 전정이 매우 얇아진다. 치주판막수술중 접근도를 얻기 위한 근육부착의 거상시 이하공간(sunmental space)을 노출시켜 감염을 초래할 수 있으며 이것은 측방인두강(lateral pharyngeal space)으로 후방과급될 수 있다.

② 구치부협측

대개 이공(metnal foramen)은 제 1, 2 소구치간의 치조정과 하악골하연의 중간에 위치한다. 그러나 실제적으로 그 위치는 매우 다양하여 술전 이공위치를 미리 파악해둔다면 이신경(mental

nerve)의 손상과 그로 인한 일시적이거나 영구적인 하순 및 순측 치은의 감각마비를 피할 수 있다. 또한 이동맥(mental artery)절단시 심한 출혈을 야기한다. 특히 이것은 소구치부에서의 점막-치은수술이나 근단측변위판막술 시행시 중요하며, 손상을 예방하기 위해 긴 releasing incision을 피해야 한다.

외사능(external oblique ridge)의 위치와 그 돌출정도에 의해 대구치부에서의 전정깊이가 결정된다. 특히 편평하고 넓은 경우 치주수술을 복잡하게 하여 선반형태는 점막-치은수술이나 근단측변위판막술을 어렵게 한다. 골내결손이 있는 경우 골절제술시 과도한 양의 골이 제거되어야 한다. 따라서 이 부위의 하악대구치이개부 병소에서 치주조직재생을 위한 차폐막의 이용이나 치관측변위판막술이 유용하다.

하악지(mand.ramus)의 측두정(temporal crest)과 전방변연은 최후방하악구치에 근접하여 있어 원심측 골내결손부의 처치시 골정형술을 행하기가 어렵다. 따라서 이부위에서도 치주낭제거수술시 절제적 방법보다는 개방판막술이나 골재생술식을 이용하는 것이 유리하다.

5) 하악설측부위

① 전치부

여기에서는 설운동에 관계된 근육이 부착하는 이결절(genial tubercle)이 비정상적으로 높게 위치한 경우에만 문제가 된다. 절절부를 지나 판막을 거상하면 설하공간으로 통로가 제공되어 감염시 후방으로 부인두강(parapharyngeal space)까지 과급될 수 있다.

② 구치부

하악체를 따라서 가끔 골돌출이나 융기가 발견된다. 대개 하악골융기(torus)는 견치 및 소구치부위에서 악설근(mylohyoid muscle)상방의 하악설면을 따라 위치하며 그 크기, 치조정에의 근접도, 보철적인 면에서 고려하여 제거여부를 결정하게 된다. 큰 하악골융기는 판막위치 및 골정형술중 골내결손의 수정을 어렵게 하며 상부의 조직이 얇아 판막거상시 쉽게 찢겨진다.

하악체의 설면에서 악설근이 부착하는 악설융

기(mylohyoid ridge)는 근육이 높게 부착하거나 깊은 골결손부가 있을 때 판막을 깊게 거상시키기 위해 노출될 수 있어 이러한 시술과정이 금지된 것은 아니지만, 근육의 분리시 악저근막강(submandibular fascial space)으로의 통로가 되고 감 염시 경부로 확산될 위험을 가진다.

③ 설신경, 설동맥 (lingual nerve and artery)

하악 설측에서의 치주수술시의 주의해야 할 점은 하악 제 2,3 대구치부위에서 점막표면에 근접하여 위치하는 설신경 및 동맥에 대한 손상을 피하는 것이다. 이들 구조는 예개(sharp dissection)보다는 둔개(blunt dissection)에 의해 거상 되는 전층 점막-골막성판막(full-thickness mucoperiosteal flap)형성시에 안전하다. 또한 설면에서의 releasing incision은 부착치은내에 국한되어야 한다.

6) 구후삼각부(Retromolar region)

하악에서의 구후삼각대(retomolar pad)는 선(glandular)조직과 소성 그물형태조직(loose areolar tissue)에 의해 형성된다. 이부위에서 distal wedge incision에 의해 치주낭을 제거하고자 하는 시도는 소성조직에 의해 좌절되기도 한다. 따라서 절개 전에 하악지를 촉진하여 절개선이 설측을 향하지 않고 골면상에 위치하도록 확인 한다.

4. 치료방법의 선택(Case selection)

각 환자의 각 병소마다 가장 적합한 처치 방법을 선택하기위해 다음과 같은 요소가 고려되어야 한다.

1) 일반적 고려요인

① 전신적 건강도

전신적인 상태가 절대적 금기증인 경우 치주 수술은 피하고 치선의 술식으로 비외과적 시술을 이용하여 치주건강도를 개선시킨다.

② 환자의 기대 및 요구도(Patient's expectations and desires)

환자의 요구가 자주 무시되어 환자는 실망하고

술자만 만족하는 결과로 이끌기도 한다. 따라서 의사교통이 중요하고 이를 통해 이상적이지만 환자의 치료목표를 이루지 못하는 처치법을 택 하는 실수를 피할 수 있다. 술자는 확정적인 치료를 시행하기 앞서 임상적 건강도개선과 환자의 기능, 심미, 편안감에 관한 목표를 모두 성취할 수 있는 처치법이 무엇인가 결정해야 한다. 외과적시술의 한계, 기대효과, 가능한 후유증에 관 하여 환자에게 충분히 설명해주어야 한다.

③ 외과수술의 목표(Goal of the surgical procedure)

시술의 목표는 완전히 감염을 제거하기 위한 치근면세정의 접근도, 연조직의 절제, 연조직의 위치변경 또는 신생부착개선을 제공하는 것이며 어떤 목적으로 수술이 필요한 것이냐에 의해 병소에 맞는 술식을 택한다. 또한 단일술식이 모든 치주결손에 대해 항상 적합한 처치일 수는 없기 때문에 해당술식에 대한 이해와 기술적 요령이 술자에게 요구된다.

④ 유지관리계획(Maintenance program)

외과적으로 처치된 부위에 술후 유지관리가 불량할 때 치료전에 비해 더 급속하게 치주부착 상실이 일어 날 수 있다(Nyman 등, 1975, 1977). 따라서 술전에 효과적인 소환과 환자의 협조도에 의해 세균성치태가 잘 조절될 수 있는지 결정되어야 하며 치태조절이 불량한 경우 치주처치의 대상자로 포함하지 않는 것이 좋다. 소환주기, 요구되는 검사(monotoring)의 형태는 환자의 관리능력, 처치술식, 치료된 질환의 본질에 의한다.

⑤ 인접치아 및 잔존지조직에 대한 효과(Effect on adjacent teeth and optimization of retained attachment)

치주염이 건강부위에 인접하여 심한 경우 계획된 처치방법이 인접한 건강부위, 병소부위, 질 환치아에 어떤 효과를 가질 수 있는지 결정되어야 한다. 처치방법이 비이환부위치주조직을 침해할 수 있다면 그 방법은 피해야 한다. Zarnet(1975), Rosling등(1976)은 유지관리가 잘 되는 경우 지지조직을 보존하고자 하는 외과시술이 단근치에서 절제적 시술방법보다 장기적 부착증진면에서 유리하다고 하였다. 다근치, 특히 이개부병소가

있는 경우에서의 치조골 및 연조직의 절제효과에 대해서는 철저한 연구가 요구된다. 차폐막(barrier membrane)과 치근면탈회법을 이용한 재생술식은 대구치 끝내결손부의 치료에 유망하다.

⑥ 수복치료계획(Restorative treatment plan)

진전된 치주염환자에서 치주수술후 연조직과 치조골의 상실은 치아의 안정도감소를 초래하고 수복치료계획에 영향을 준다. 따라서 수복치료와 치주치료계획을 잘 조화시켜 수술전에 치아별료이에 관한 치료계획이 고려되어야 한다.

⑦ 잔존지지조직의 적절성(optimization of retained attachment)

수복측면에서 치아안정도의 유지나 개선은 부착도를 유지하거나 증진시키는 술식의 선택과 관련된다. 술자는 해당부위에서 처치의 목표와 요구도에 부응하는 가장 간단하고 예측도가 높은 방법을 선택해야 한다.

⑧ 감염제거(infection control)

치주수술전에 치석제거술, 치근활택술, 구강위생설정, 치태축적인자의 제거, 항균요법등에 의해 질환의 감염정도가 조절되어야 한다. 철저한 항감염처치가 완결되어 출혈성, 치태축적, 병인성 세균에 있어서 감소를 확인한 후(이러한 감염조절정도는 항감염처치 수개월후 또는 4~6회의 반복처치후에 도달될 수도 있다.) 심미성, 보철적 이유, 또는 재생요법을 위해 감염치주낭으로의 접근도를 증진하는 외과적처치가 시행될 수 있다.

2) 국소적 고려요인

① 치은낭(gingival pocket)에서는 낭내벽의 성질과 접근도에 따라 처치후 반응이 상이하다. 부종성 조직인 경우 국소적 인자의 제거후 치유과정에서의 수축으로 그 깊이가 부분적 또는 전

체적으로 소실될 수 있지만 섬유성 조직인 경우에는 치석제거나 치근면활택술만으로 감소되지 않는다. 따라서 섬유성치은낭은 치은절제술에 의해 시술한다.

② 골상낭(suprabony pocket)은 부착치은폭과 골변형의 존재유무에 따라 적용가능한 술식을 결정한다(표 참조).

③ 골하낭(infrabony pocket)에서는 파괴된 치조골의 재생이나 재부착, 혹은 잔존골의 형태를 변형시키고자 할 때 골정형술을 동반한 전층판막술을 시행하며 필요한 경우 점막-치은수술이 이용된다. 골정형술은 골결손의 형태, 골벽수, 골외형에 의해 그 시술 방법이 결정된다.

5. 치주수술의 일반원칙

철저한 항감염처치후 최종결과는 ① 치은염증의 제거 ② 치은연상, 연하치태 및 치석의 제거 ③ 치은연하치주원인균의 제거나 감소이다. 이러한 목표가 달성되면 상기한 목적에 맞는 치주수술이 시행될 수 있다.

1) 술전정보의 분석(Monitoring presurgical data)

① 전신병력

환자의 병력이나 현재의 내과적 상태로 인해 술전 처치계획의 변경이 필요한 지 결정되어야 한다. 또한 현재의 약복용상태, 약제과민성에 대해 파악하여야 마취약제유형, 진통제, 예방적 항생제사용을 고려할 수 있다.

② 금기증

치주수술은 선택적 술식이므로 환자가 전신적 문제를 가진 경우 시술전 외과적 처치에 의한

부착치은폭이 적절		부착치은폭이 부적당	
골변형 불필요	골변형 필요	골변형 불필요	골변형 필요
폐쇄형/개방형 치근활택술	골정형술 +	근단변위판막술	골정형술 +
치은절제술	근단변위판막술	유리치은이식술 에 의한 치은확장	전층 근단변위 판막술

위험성과 잇점을 가늠해 보아야 한다. 또한 환자가 치은연상치태조절이 불량하면 수술시행효과에 대해 확신할 수 없다.

③ 각서나 수술동의서

환자가 술식과 그 기대효과, 예상되는 후유증에 대해 충분히 이해하고 있음을 확인하는 양식이 필요하다.

④ 술전정보의 관찰

적절한 치주수술을 선택하는데 필요한 정보는 구내 방사선사진, 연구모형, 탐침기록등이다.

방사선사진 : 치근의 길이, 형태, 근접도, 상악 동등 해부구조의 위치에 관한 정보제공

연구모형 : 골융기, 내,외사능, 구개정형태에 관한 정보제공 및 판막설계시 형판제공

탐침기록부 : 골결손부위치및 깊이에 관한 정보제공

2) 기구준비

기구는 멸균상태로 보관하고 사용하기에 적합한 상태로 유지되어 있어야 한다. 기구의 날은 예리해야 하며 수술가위나 지혈감자는 적절히 윤택되어 있어야 한다. 기구를 술중에 연마할 수 있게 소독된 연마석이 항상 준비되어 있어야 한다.

주로 치주수술에 사용되는 기구는 다음과 같다 :

dental mirror, tissue plier, explorer, periodontal probe, surgical blade handle,scalpel(No. 11,12,15), mucoperiosteal elevator, periodontal curette, hemostat, fine scissor, suture scissor, irrigation syringe, aspirator tip, dental syringe, needle holder 등

3) 환자의 준비

① 전처치

국소적 원인을 제거하는 항감염처치에 관한 결과를 재평가 한 후 불안을 호소하거나 심혈관계질환이 있는 경우 술전에 진정제나 신경안정제 [Diazepam(Valium) 10mg]를 투여하고 세균성심내막염의 감염위험이 있는 환자나 면역성이 저하되어 있는 경우 항생제를 예방적으로 술전부터

투여할 수 있다.

② 시술부소독

균에 의한 오염을 줄이기 위해 안면, 입술, 시술할 부위를 Benzalkonium chloride나 70% 알코올을 적신 거즈로 세정한다. 또한 환자에게 소독포와 외과용모자를 씌우고 시술부위만 노출시킨다.

③ 마취

대개의 치주수술은 통원, 국소마취하에서 시행되며 가끔 흡입 및 정맥내 진통제를 투여하거나 입원하여 전신마취상태에서 시행하기도 한다. 전신마취는 신경성손상이 있거나 통원상태에서 치주수술을 받기 힘든 전신질환자에서 고려된다.

술중 기구조작에 따라 치주조직뿐 아니라 치근상아질로 부터도 통증이 인지될 수 있으므로 국소마취시 이들 부위 모두를 마취되게 해야 한다.

4) 조직조작

구강내는 수술전에 항균제로 세정하여 수술중 새로운 균이 유입되지 않도록 하며 계속하여 무균적인 시술과정을 진행한다. 조직은 온건하게 조작되어야 하며 외과적 손상을 최소화 해야 한다. 구강조직은 혈관성이 높으며 신경분포도 잘 되어 있어 광범위한 수술시 출혈, 감각마비, 근막강감염, 과다골흡수를 초래한다.

골제거시에는 골내온도가 47°C이상 가열되면 골면괴사를 야기한다고 알려졌다. 따라서 골정형술후 적절한 치유를 위해 예리한 surgical bur와 적절한 냉각장치를 사용하여 완만한 속도(<2000 rpm)로 골을 제거하는 것이 요구된다.

5) 혈관 및 수분공급(Vascular supply and hydration)

술중 술자는 판막내 혈류공급과 판막과 수술부위로의 수분공급을 유지하도록 해야 한다. 판막의 변연부까지 혈류가 공급되도록 판막기저부는 충분히 넓어야 하며, 무혈관성 상피를 지지하기에 적절한 정도의 혈관성 결합조직이 포함되는 두께를 유지해야 한다. 분할층판막과 같은 매우 얇고 변연부 적합성이 좋게 scalloped된 형

태의 판막은 부적절한 혈액공급으로 인해 가끔 탈피될 수 있다. 이때 상당한 술후 통증이 야기 되고 부착도 및 변연치조골의 상실이 심할 수 있다. 또한 술중 기구조작이 거칠어 국소적 허혈(ischemia)이 있거나 판막내 탈수가 일어나면 술후 수일내에 판막의 괴사도 나타날 수 있다. 따라서 판막은 술중 항상 습하게 하여주고 판막 거상량과 수술로 노출되어 있는 시간을 제한하여 탈수되지 않게 해야 한다.

① 지혈(Hemorrhage control)

술중 출혈량을 관찰하고 조절해야 한다.

국소마취제에 함유한 혈관수축제에 의해 술중 출혈을 줄일 수 있으며 병소내 혈관성능은 육아 조직등 치주낭기저부의 연조직을 제거하면 출혈이 감소된다. 술전 철저한 항감염처치는 잔존된 염증성 육아조직량을 최소화하고 술중 출혈을 감소시켜야 한다. 과다출혈의 다른 원인으로는 절상, 계속 oozing 되는 부분절개혈관이 포함되기도 한다. 소혈관으로부터 출혈이 지속될 때 시술을 진행시키기전에 효과적으로 결찰되어야 한다.

② 死腔의 방지(Avoiding dead space)

다량의 혈괴는 세균에 대한 배양지가 되고 효과적 치유를 방해하므로 판막폐쇄시 지혈을 완전하게 해야 한다. 수술부의 봉합시 출혈이 지속되면 혈액응고에 의한 사강이 형성되고 판막 변연으로의 허혈과 감염을 야기하여 판막조직의 괴사가 초래된다.

6) 창상의 폐쇄(Wound closure) 및 봉합

적합한 봉합물질과 봉합법선택이 중요하다. 봉합의 기능은 조직의 접합이므로 봉합간격, 봉합깊이, 매듭시 장력에 의해 조직에 압박이 가해지지 않도록 적절하게 봉합해야 한다. 접합이 잘되고, 치조골을 완전히 피개하고, 치아에도 잘 접합하고 얇은 혈괴가 이루어지게 해야 골내치주낭 깊이에서 치주재생이 될 가능성이 증진된다. 봉합사로는 구개치은판막술에는 3-0, 일반치주영역에는 4-0, 분할측판막이나 점막이식에는 5-0가 이용된다.

7) 술후관리

① 지혈과 환자 편의를 위해 포대를 부착한다. 치주포대의 사용효과로 환자의 편리성, 치유중 창상의 보호등이 언급되어 있으나(Baer등, 1969) 치유증진이나 통증, 종창의 감소에 기여하지는 않는 것으로 보고되어 있다. 반면 치태저류에 기여하여 최종치유양상에 악영향을 미칠 수 있다.

포대는 다음 적응증에서 주로 이용되는데, 통상적인 포대사용은 점차 주는 추세이다.

: 창상폐쇄가 부적절한 경우

결합조직이나골보출부가 있을 때

수술부위를 피개하고자 할 때

② 항생제는 환자의 병력, 전신적 건강, 시술전 감염성치주염상태에 의거하여 사용된다.

③ 술후 통증은 진통제를 이용하여 조절하며 이때 aspirin은 피해야 한다.

술후 합병증은 드물지만 출혈, 감염, 종창 및 변색, 치근지각과민증의 가능성에 대해 주지시켜야 한다.

6. 술후 주의사항(Postoperative care)

귀가에 앞서 환자에게 술후관리에 관해 구두 및 서면상의 주의사항을 전달하고 술후 나타날 수 있는 후유증에 대해 예고해주어야 불안감이 경감된다.

① 수술부위의 24시간내 약간의 출혈은 정상이며 이후 출혈이 지속되면 멸균된 거즈를 생리 식염수에 적셔서 30~60분간 압박해 주면 조절된다.

② 종창은 안면부에 냉찜질(ice-pack)을 20분 간격으로 시행과 중단을 수시간 반복하여 예방할 수 있다. 그러나 24시간후에도 종창이 진행되면 감염을 의미할 수 있다.

③ 마취각성후 통증의 가능성을 예고하며 진통제를 처방할 수 있다. 진통제로서 소수술시에는 비스테로이드성 소염제만을 필요로 할 수 있지만 좀더 광범위한 수술시에는 마약성 진통제를 사용할 수 있으며, 환자에 대한 이해를 통해 약제를 선정할 수 있다.

④ 항생제는 환자에서 감염의 증상이 확인된

후 그 사용여부에 대해 결정해야 한다.

⑤ 치주포대의 역할과 경화시간을 설명해주어 가능한 오래 부착상태를 유지하도록 주의를 환기시킨다.

⑥ 효과적인 항치태약(antiplaque agent)를 사용한 구강양취는 술후 치태침착 및 술후 염증을 줄인다. chlorhexidine양취는 술후 술자에 의한 치태조절과 상응한 효과를 가지며 따라서 처음 3개월간 기계적 치태조절의 보조제로 유용하다고 알려져 있다.

⑦ 전신적 무기력감과 오한의 가능성을 예고하며 과도한 운동을 삼가하게 한다.

⑧ 흡연시 발생하는 구강내음압을 방지하기 위해 금연을 지시하며 수술당일은 합수(gargling)을 하지 않게 한다.

⑨ 술후 3시간 동안 더운 음식을 피하고 반고형의 찬 음식을 섭취하게 한다.

7. 합병증(complications)

치주수술과 연관되어 나타날 수 있는 주 합병증은 다음과 같이 3가지 양상이다.

① 출혈(persistent bleeding)

심한 출혈의 위험성은 수술부위의 해부학적구조를 완전히 이해하여 큰 동맥이나 그분지부의 외상을 피함으로써 방지할 수 있다. 그러나 소동맥이나 모세혈관성 출혈을 치주수술중 거의 항상 피할 수는 없다.

연조직내 출혈을 조절하기 위해 우선 출혈원을 찾은 후 압박하여 혈괴형성을 도모한다. 이 방법이 비효과적인 경우에는 oxidized cellulose나 microfibrillar collagen을 사용하여 인공적으로 혈괴를 유도할 수 있다. 후자의 방법은 유리치은 이식술의 공여부로 이용된 구개창상에서 유용하다. 또한 모세혈관이나 소동맥으로부터의 출혈에는 전기소작에 의한 응혈(electrocoagulation)이 효과적일 수 있다.

상기의 방법에 반응하지 않는 대동맥성출혈은 혈관중단부의 연조직내 봉합을 이용하여 조절될 수 있는데 매듭은 주변조직을 압박하여 혈관을 폐쇄시킬 정도로 단단해야 한다.

골내출혈의 조절을 위해서는 다른 방법이 필요하다. 인접면이나 골내병소로부터 과다한 출혈시에는 육아조직의 잔존 때문일 수 있다. 육아조직을 완전히 제거함으로써 깨끗하고 지혈된 골변연을 관찰할 수 있다. 골수나 영양관으로부터의 출혈(oozing)은 압박과 혈관수축제를 병용하여 조절하며, Bone wax를 사용하여 출혈혈관을 포함한 골내 관을 폐쇄할 수도 있다.

수술중 다음과 같은 주의사항을 지킴으로써 술후출혈을 최소화 할 수 있다.

즉 판막적합전에 모든 수술부위를 세정하여 혈괴를 제거하고 출혈점이 있는지 확인한다. 적합후에는 압박하여 혈괴형성을 최소화 한다. 판막의 밀접한 접합과 함께 창상폐쇄가 잘 되어야 출혈을 예방할 수 있다. 특히 distal wedge, edentulous ridge부위에서 잘 폐쇄되는 것이 중요하다.

② 감염(infection)

치주수술이 매우 균이 많은(unsterile)환경에서 시행되지만 술중 감염조절이 적절하다면 술후 감염률은 매우 낮다. 술후 항생제의 통상적 사용은 감염예방에 별 효과가 없는 것으로 알려져 있다(Pack & Haber, 1983, Curtis et al. 1985). 항생제를 투여한 환자는 술후 1주동안의 통증이 감소하는 경향이 보고되어 있으나(Kidd & Wade, 1976) 그 감소정도가 미약하여 항생제사용을 정당화하지는 않는다. 그러나 임상가는 환자의 전신적 상태, 수술기간과 범위, 근막면(fascial plane)으로의 외과적 통로등을 고려하여 감염을 예방하기 위한 항생제투여여부를 결정해야 한다. 항생제 투여는 감염증상이 나타나는 경우를 위해 유보되어야 한다. 임상적 감염이 확인 되면 환자에게 항생제를 투여하는데 이때 항생제의 선정을 위해 가능하다면 항생제 감수성검사를 행하여야 한다.

③ 통증(pain)

술후 통증의 유무 및 심한 정도는 수술부위, 기간, 범위와 술중 연조직 및 골조직을 조작하는 기술의 숙련도등의 영향을 받는다. 심리적 영향도 통증인지에 역할을 가진다. 치주술술중에는 어느정도의 불편감은 항상 경험할 수 있다고 기대되나 시술과정이 온건하고 환자불편에 대한 배

려가 주어지면 이를 최소화 할 수 있다. Curtis등(1985)은 304건의 치주수술에서 50%이상이 최소의 통증만을, 5%이하에서 심한 통증을 경험했다고 보고했다. 점막-치은수술은 골정형술에 비해 3~5배, 치은절제술, 후구치수술, 치주판막수술에 비해 6배정도 빈번하게 통증을 일으키는 것으로 알려져 있다.

④ 기타

염증이 치주인대내로 파급된 경우 타진시 반응을 보일 수 있는데 교합과 과다포대부착을 검사하여 조정해준다. 또한 술후 24시간이내에 나타나는 전신적 무기력감은 일시적인 균혈증(sepsisemia)에 의한 것으로 항생제투여가 필요하다.

치주수술중 치근면조작시 치경부 상아세관의 노출에 의해 지각과민증이 나타날 수 있는데 대개의 경우 치태조절만 잘 한다면 2~4주후 자연적으로 소실된다. 그러나 그후에도 소실되지 않거나 치태조절이 곤란한 정도인 경우에는 상아세관의 폐쇄나 치수신경의 흥분정도를 변경시키고자 하는 기전으로 작용하는 약제에 의한 처치가 필요하다.