

악관절장애 환자 치료시 치료방법의 합리적 선택

서울대학교 치과대학 구강내과·진단학교실, 악안면동통진료실 교수 정성창·김영구

요즘 악관절장애 환자들이 진료를 받기 위해 치료를 찾는 일이 날로 증가하고 있어 이 질환에 대한 치과 의사의 역할이 매우 중요시되고 있다. 그러나, 가끔 비합리적인 치료방법으로 인하여 많은 경제적, 신체적 고통을 겪는 환자들을 대할 때면 필자는 안타까운 마음을 금할 수 없다.

무릇 진료행위에는 정도(正道)가 있다. 즉, 진료에는 표준이나 기준(Standard of Care)이 있는 법이다. 많은 치과대학에서 공히 가르치고 학회로부터 공인 받은 보편타당성 있는 개념을 가지고 진료를 하여야 한다는 것이다. 예를 들면 “골격성 부정교합을 가진 악관절장애 환자를 해결하기 위한 최선의 방법은 교정치료인가?” 라는 질문에 미국의 악관절장애 전문가들은 그렇지 않다고 답한 경우가 90% 이상이며, “단층촬영에서 악관절외내의 과두위치는 악관절내장을 판정하는 정확한 기준이 되는가?” 라는 질문에 그렇지 않다고 대답한 미국의 악관절장애 전문가가 92%에 달하고 있다. 또한 “관절잡음(clicking sound)을 가진 모든 환자가 치료를 요하는가?” 라는 질문에 미국 악관절장애 전문가의 100%가 그렇지 않다고 답하고 있다.

여기서 필자는 악관절장애를 진료하고 있고 또 앞으로 진료하고자 하는 의사들에게 진료기준으로 American Academy of Orofacial Pain (AAOP)의 Okeson 교수 등이 1996년 발간한 “Orofacial Pain : Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management”를 추천한다. 가능한 한 위의 기준에 입각한 진료를 하는 것이 환자에게 양질의 진료가 될 수 있다고 필자는 믿는다.

그렇다면 우리의 실정은 어떠한가? 악관절장애 환자의 진단과 치료 방법에는 가역적 방법과 비가역적 방법, 외과적 방법과 비외과적 방법 등 수많은 치료방법이 존재하며, 악관절장애 환자의 치료시 사용되는 교합

안정장치에도 여러 가지 종류가 있다. 그 중 몇몇 치료 방법이나 장치들이 과용되거나 오용되는 사례를 때때로 볼 수 있다. 여러 치료법이 가능할 경우에는 환자의 신체적, 경제적 부담이 적은 치료법과 장치를 선택하는 것이 보편적 의식을 가진 의사의 본분이라 생각되는 바, 이에 관한 몇 가지 실례를 소개함으로써, 악관절장애 치료시 치료방법의 선택에 조금이나마 참고가 되고자 한다.

증례 1

본 증례는 41세의 여자 환자(H 0 0)로 1990년경 시작된 우측의 두통, 목과 어깨 통증, 왼쪽 턱 밑, 눈, 귀의 통증 때문에 1992년 1월초 서울시내의 OO치과의원을 방문하였고, 1992년 1월 10일 변형된 전방재위치교합장치(ARS)(사진 1-3, 4, 5)를 장착하였다. 그 당시 환자는 OO치과 원장이 권유한 '장치 치료 후 교정치료나 보철치료를 하여야 한다' 라는 것에 상당한 의구심 (즉, 보철치료나 교정치료를 하지 않고는 치료될 수 없는가?) 을 가지게 되어 1992년 1월 14일 본원 구강진단과 악안면동통클리닉에 내원하였다(사진 1-1, 2).

임상적 제검사 및 방사선학적 검사 결과(사진 1-6), 악관절내장증 1기, 관절낭염, 근막동통증후군 및 만성 긴장성 두통으로 진단되었고, 이에 대한 치료로써 즉시 변형된 전방재위치교합장치를 철거하고 안정교합장치를 장착하였으며 그 외에도 온습포, 운동요법, 기여요인 조절 및 분사신경요법(Spray & Stretch) 등을 실시하였다. 치료를 시작하지 3주후 두통은 타이레놀 없이도 견딜 만큼 감소되었고, 약 50일 뒤에는 전체 자각 증상의 80%가 감소되었다. 약 4개월 뒤에는 턱과 우

측 어깨에 약간의 불편감을 제외하고는 모든 증상이 완화되었고, 일상생활에 별다른 지장이 없었으므로 치료를 종결하였다.

그 후 이 환자는 교정치료나 보철치료가 전혀 필요

하지 않았으며, 약 6개월 뒤 치주질환을 주소로 내원하였으나 과거 두경부의 증상에 있어서는 별다른 문제점을 보이지 않았고 일상생활에 불편감을 호소하지 않았다.

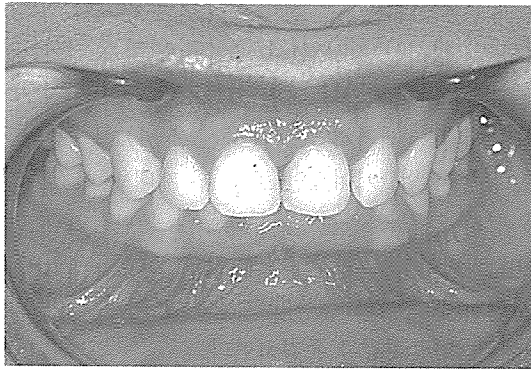


그림 1-1. 환자의 구강내 모습 (2급 부정교합)

이러한 경우 하악과두가 관절의 후방으로 밀리므로 하악을 전방으로 이동시켜야 한다고 주장하는 치과 의사가 간혹 있으나, 앵글씨 부정교합 분류와 측두하악장애 유병률과의 관련성은 명확히 밝혀진 바 없다

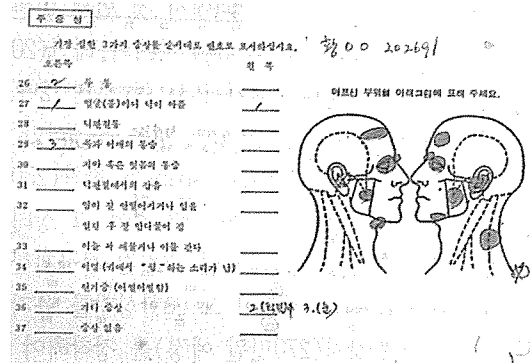


그림 1-2. 환자가 악관절장애 설문지에 표기한 주 증상들.



그림 1-3. OO치과에서 제작한 변형된 전방재위치 장치 (ARS)

교합면상에 indentation을 형성하여 장치를 장착한 채로 음식을 저작하게 함

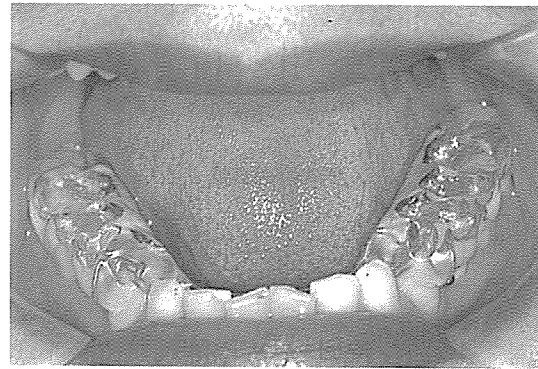


그림 1-4. 변형된 전방재위치 장치의 구강내 장착 모습.

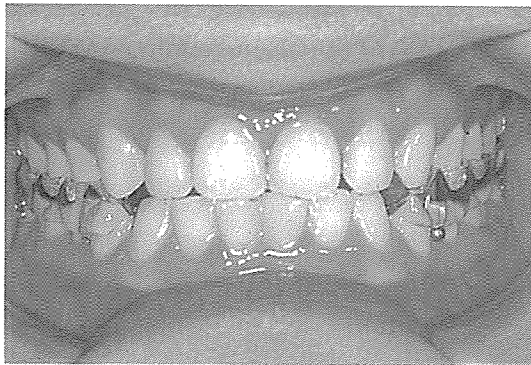


그림 1-5. 변형된 전방재위치 장치 장착후 폐구시 모습
이런 장치를 장기간 장착하면 구치부 개교합 (open bite)이 생겨 보철이나 교정치료를 해야한다.

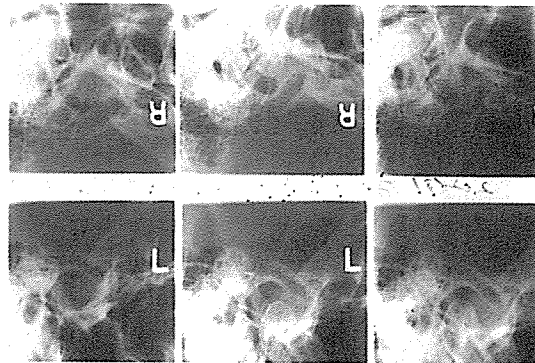


그림 1-6. Transcranial Film

(왼쪽 위부터 시계방향으로 좌측 폐구상태, 변형된 좌측 ARS 장착상태, 좌측 최대 개구상태, 우측 최대 개구상태, 우측 ARS 장착상태, 우측 폐구상태)

증례 2

본 증례는 35세의 남자 환자(J 0 0)로 1997년 3월 말경 △△치과에서 #17 신경치료후 새끼손가락이 안 들어갈 정도의 개구장애가 발생하여 1997년 5월 7일 ◇◇치과로 의뢰되었다. ◇◇치과에서 첫 번째 내원시 #36, 37, 46 치아교합면에 약 3mm 두께의 레진(20만원 을 지불하였다고 함)을 첨가하였으며(사진 2-1), 이후 환자는 교합이 불가능하게되어 계속 유동식만 섭취하였고, 3~4주후에는 그 위에 splint를 장착(250만원 을 지불하였다고 함)(사진 2-2, 3)하여 그 상태로 음식물을 저작하게 하였다. 1997년 12월경 개구제한은 완화되었으나, ◇◇치과 원장이 그 교합상태를 유지할 수 있는 평생 교합장치(270만원 예정)를 장착해야 한

다고 하여, 이를 이상하게 생각한 환자가 본원 구강진 단과 악안면동통클리닉에 내원하였다(1998년 2월 4 일).

내원 당시 환자는 구치부 교합면의 레진으로 인한 심한 교합불편감과 악관절 및 두경부에 약간의 불편감 외에 개구장애나 동통은 전혀 호소하지 않았다. 임상적 제검사 및 방사선 검사 결과 특이한 병적 소견이 발견 되지 않았고, 이 환자에 대한 치료로써 즉시 구치부 교 합면의 레진을 제거하였으며(사진 2-4), 1주간의 온 습포, 운동 요법, 기여요인 조절 후 재내원 시켰다. 재 내원 당시 양측 악관절 및 두경부의 불편감이 소실되 었으며 교합이상은 관찰되지 않았고, 그후 2개월이 지 난 시점까지 특이한 증상의 재발은 보이지 않아 악관 절장애에 대한 치료를 종결하였다.

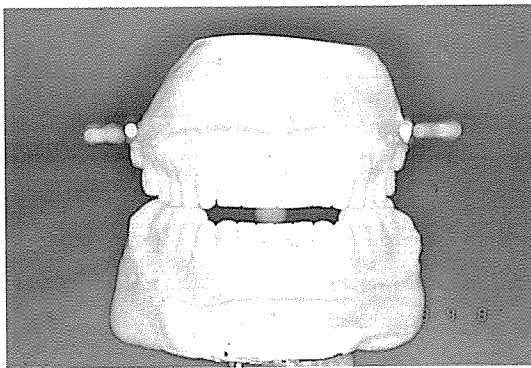


그림 2-1. 환자의 초진시 연구모형 : #36, 37, 46 치아 교 합면에 약 3mm 두께의 레진을 관찰할 수 있다.

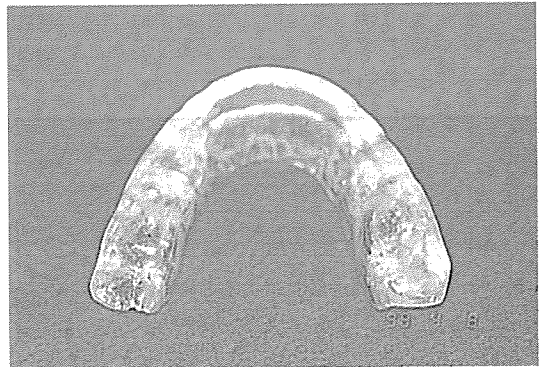


그림 2-2. ◇◇치과에서 장착한 장치의 모습
교합면상에 indentation을 형성하여 장치를 장착 한 채로 음식을 저작하게 함.

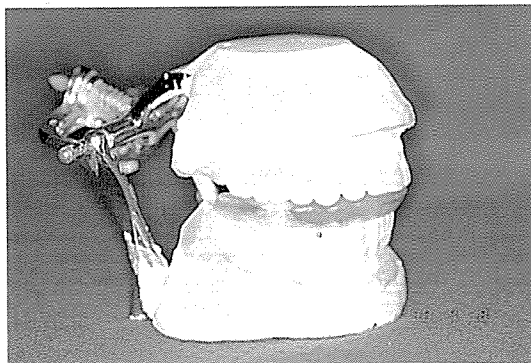


그림 2-3. 연구모형상의 장치
교합면의 레진으로 인하여 장치없이는 교합이 불 가능함

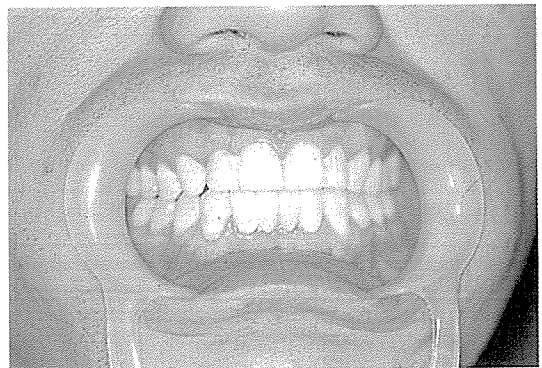


그림 2-4. 구치부 레진을 제거한 직후 환자의 교합
교합시 환자가 약간의 불편감을 호소하였으나 교 합지를 이용한 검사 결과 특별한 문제점이 발견 되지 않음.

증례 3

본 증례는 25세의 남자 환자(K 0 0)로, 7~8년 전부터 양측 악관절의 관절잡음과 좌측 악관절의 간헐적인 불편감을 느꼈으며, 95년 12월경 ◎◎치과에 내원하였다. ◎◎치과에서 1년 9개월 동안 3개의 장치(사진 3-1)를 장착하였으며 물리치료나 운동요법 및 기여요인 조절 등은 전혀 시행하지 않았다고 한다. 증상의 개선이 전혀 없었을 뿐만 아니라 치료도중 개교합이 유발(사진 3-2)되어, 1년간 그 치과에서 교정치료를 시행중 97년 9월 26일 본원 구강진단과 악안면동통클리닉에 내원하였다. 내원 당시 환자의 임상검사 결과 좌측 악관절에서 부하검사와 관절축진검사에 양성반응을 보였으나, 방사선 검사에서는 양측 하악과두의 특별한 병적 변화가 관찰되지 않았다(사진 3-3). 좌측 악관절내장증 1기 및 관절낭염으로 진단되어, 2개월간 온습포, 운동요법, 기여요인 조절 등을 시행한 결과 자각증상이 30% 정도 감소하였고, 그 후 안정교합장치를 2개월간 장착한 1998년 2월 현재 50% 정도 자각증

상의 감소를 보이고 있으며, 개교합에 의한 교합시 불편감을 제외하고는 일상생활에 별다른 불편감을 호소하지 않고 있다.

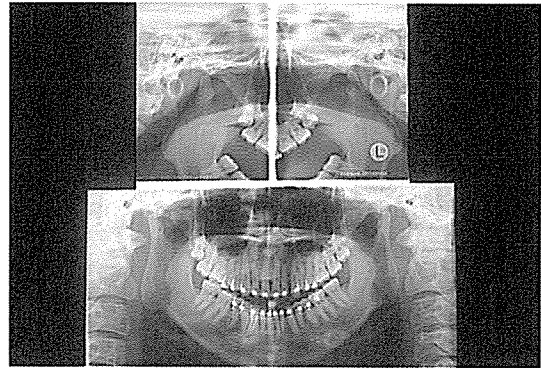


그림 3-3. Orthopan과 TMJ Orthopan 하악과두의 특별한 병적 변화는 관찰되지 않음.

요즘 우리병원에는 물리치료, 운동요법, 기여요인 조절 등의 가역적인 치료(여러 선학들에 의해 악관절 장애 환자에 대해 상당한 효과가 입증되었음에도 불구하고)는 전혀 받지 못한 채 고가의 구강내 장치만을 장착하거나 비가역적인 교정치료나 보철치료를 시행 받은 후 내원하는 악관절장애 환자의 수가 날이 증가하는 추세이어서, 이러한 환자들을 대할 때면 필자는 안타까운 마음을 금할 수가 없다.

필자가 다시 한 번 강조하고 싶은 것은 우리가 환자를 진료함에 있어서 공인된 진료기준(Standard of Care)을 따르고 있는지, 독에서 물이 샌다고 해서 호미로 막을 수 있는 일을 가래나 불도저를 이용하고 있지는 않은지 다시 한 번 생각해봐야 할 것이다.

최근 미국에서의 갤럽조사에 의하면 87%의 응답자가 현재의 치과 의사에게 “만족한다” 내지 “매우 만족한다” 고 응답하고 있으며 또한 미국에서 두번째로 존경받는 직업이라고 한다. 즉 치과 의사는 정직성, 도덕성 및 윤리적인 측면에서 상당한 우위를 차지하고 있는데, 필자는 우리나라에서의 치과 의사의 위상도 이에 못지 않다고 믿어 의심치 않는다.

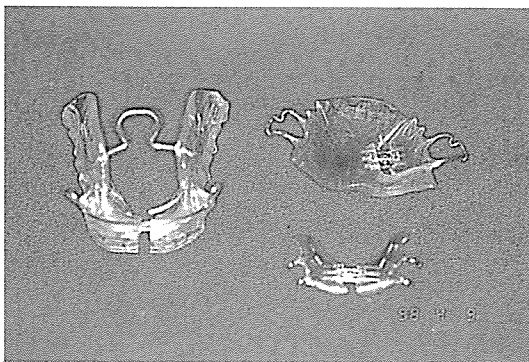


그림 3-1. 환자가 ◎◎치과에서 장착한 3개의 장치



그림 3-2. 환자의 초진시 교합상태 ◎◎치과에서 장치를 장착하는 동안 개교합이 유발되었다고 함.

참고문헌

- 1. 정성창·김영구·김수용 : 한국치과 의사 및 치과대학생의 측두하악장애와 만성 동통에 관한 개념과 지식. 대한치과의사협회지. 35(1):34~42, 1997.
- 2. The American Academy of Orofacial Pain(Okeson, JP ed.) : Orofacial Pain; Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management, Quintessence, Chicago, 1996.