

합의 정의를 보면 반드시 악관절이 건강하여야 하며 관절을 구성하는 모든 부분이 반복, 지속적으로 외부의 하중들을 견디어 낼 수 있도록 제 위치를 점유해야함은 이론의 여지가 없다. 사람의 악관절은 인체의 여타관절과는 별개의 특성을 가지지만 힘의 분산과 효율성, 그리고 관절의 항상성을 지키기 위한 역학에 있어서는 다른 관절과 다른 것이다. 이런 관점뿐만 아니라 교합의 재구성적인 면에서 보더라도 우리가 측정 가능한 생리적인 위치에서 재구성의 출발점을 정해야 하는 것은 너무나 당연한 이야기이다.

먼저 교정 치료가 이루어지기 위한 전제 조건은 현재 진행 중인 파괴성 질환이 없어야 하며

심한 악관절 내부 장애가 있는 경우 수술을 포함하여 이에 대한 적절한 조치가 선행되어야한다는 것이다. 교합 부조화에 의한 악관절 이상을 치료하는 양식은 크게 두 단계로 볼 수 있는데 첫 번째는 증상의 제거 내지 완화이며 두 번째는 이렇게 얻어진 양호한 상태를 유지 할 수 있도록 교합을 재구성해주는 것이다. 교정치료에 선행하여 관절 상태를 평가하는 방법은 임상 소견, 방사선적 소견과 함께 교합기를 이용하는 방법이 있으며 아주 많은 경우 stabilizing splint를 이용하여 감추어진 개방교합과 비대칭 등을 찾아낼 수 있고, 현재 악관절 파괴의 진행유무 또한 판단할 수도 있다. 교정치료시 악관절과 관련하여 기대하지 않았던 많은 문제들을 사전에 가려내기 위하여 다음 사항들에 관하여 언급하고자 한다.

- 1) 감추어진, 그러나 이미 존재하는 개방교합
- 2) TMJ와 CR의 중요성
- 3) CO-CR discrepancy가 미치는 악영향
- 4) 진단을 위한 교합기와 stabilization splint의 사용
- 5) 교정 치료는 총 구강재건술이다.

TMD, 어떻게 예방할 것인가?

S-4 심포지움

최재갑 / 경북대

임상치의학 영역에서 일상적으로 많이 접할 수 있는 질병 중에 측두하악장애 만큼 혼돈과 논쟁을 불러일으키고 치과의사들을 당혹스럽게 만들었던 질병은 없을 것이다. 1934년 이비인후과의사인 James Costen이 귀와 턱과 머리의 통증이 악관절에 있는 하악과두의 변위로 인해서 발생할 수 있다는 주장을 제기한 이래로 수많은 임상가나 연구자들에 의해서 각자의 임상 경험이나 실험적 근거를 바탕으로 이 질병의 원인과 치료법에 관해서 매우 다양한 의견이 제시된 바가 있지만 오늘날까지도 이 질병의 병리기전이 충분히 밝혀지지 않고 있으며, 최선의 치료법에 관하여 완전한 합의에 이르지 못하고 있다. 이와 같은 혼란이 초래된 이유는 악관절을 비롯한 악구강계와 경부의 기능과 구조의 복잡성과 구강안면부 및 두경부에서 발생하는 통증의 다양성 등에 기인한다고 할 수 있지만, 이 질병을 치의학계에 처음 소개한 Costen의 잘못된 주장으로 인한 영향도 크다고 볼 수 있다. 즉 Costen은 악관절의 기능장애가 구치부 지지의 상실과 그로 인한 하악과두의 변위로 인해서 초래되는 것이기 때문에 교합을 높여주면 악관절 기능장애로 인한 증상을 해소할 수 있다고 하였는데 이로 인해 많은 치과의사들이 악관절 기능장애를 단순히 교합적 문제로 이해하고 치료하려는 경향을 가지게 되었으며, 한 때는 매우 공격적인 교합치료가 유행해서 많은 부작용을 초래하기도 하였다.

그러나 1990년대에 들어와서 미국구강안면동통학회의 주관으로 측두하악장애: 분류, 평가 및 치료를 위한 지침서가 발간된 이래로 일반 개원의들 사이에서 측두하악장애에 관한 이해의 폭이 점차 넓어지고 있으며 기존의 기계적 고정관념에서부터 탈피하려는 경향이 뚜렷이 나타나고 있다. 이 지침서에 의하면 측두하악장애를 저작근, 측두하악관절 및 그와 관련된 구조물에서 발생하는 많은 임상적 문제들을 망라하는 포괄적 용어라고 정의하고



있다. 이에 따라 측두하악장애를 크게 측두하악관절장애와 저작근장애로 나누고 있으며, 측두하악관절장애는 다시 선천성 및 발육장애, 관절원판 내장장애, 탈구, 염증성 장애, 골관절염, 강직, 골절 등의 세부 진단명으로 분류하였으며, 저작근장애는 다시 근막통증, 근염, 근경련, 국소적 근통, 근섬유성 경축, 신생물 등과 같은 세부 진단명으로 분류하였다. 이와 같이 세부 진단명으로 구분되는 각각의 질병은 모두 서로 다른 정의와 진단기준을 가지고 있는 별개의 질병으로 간주되고 있으며, 따라서 비록 이들 질병들이 임상적으로 서로 유사하게 보일지라도 병리기전과 치료법에 있어서 상당한 차이를 나타내고 있다. 그러므로 오늘날 측두하악장애의 치료에 있어서 가장 큰 특징은 세부 진단명에 따른 개별적인 치료법의 사용이라고 하겠다.

1990년대에 있어서 또 하나의 경향은 측두하악장애의 관심사를 모든 구강안면통증을 포함시키는 범위로 확장한 것이다. 즉 측두하악장애에 대한 이해가 깊어짐에 따라 측두하악장애와 두경부의 다른 통증장애와의 관련성에 대한 보다 완벽한 이해를 필요로 하게 되었다. 측두하악장애에 속하는 여러 세부 질병들은 그 임상적 양상이 두경부에서 발생하는 각종 통증장애와 비슷한 경우가 많고, 진단과 치료를 위한 의학적 접근법이 유사하기 때문에 이들 질병을 같은 범주에서 관리하는 것이 질병의 계통분류학적으로 합리적일 뿐 아니라 환자에게 더욱 효율적인 의료서비스를 제공할 수 있다고 볼 수 있다. 따라서 국제두통학회(International Headache Society)는 측두하악장애를 두통, 뇌신경통, 그리고 안면 통증의 범주에 포함시키고 있다.