

# 埋伏智齒 拔去手術에 關한 臨床的 研究\*

서울大學校 齒科大學 口腔外科學教室

南 日 祐

## CLINICAL STUDY ON EXTRACTION OF THE IMPACTED LOWER THIRD MOLAR.

Nam, I.W.: D.D.S., M.S.D. and Ph.D.

*Dept. of Oral Surgery, College of Dentistry, Seoul National University.*

..... > Abstract < .....

The author has studied on extraction of the impacted lower third molar in terms of incision A designed by author. Extraction of those teeth is one of the critical problems involving all dentists and oral surgeons in connection with their professions.

128 patients aged 20-25 with the impacted lower third molar were divided into two groups extracted those teeth under incision A and B shown at the fig.1. And degree of swelling, pain complained, and clinical wound healing on 1,3 and 7 days after extraction of the teeth were observed and analyzed to evaluate which incision is better to extract those teeth. The results were summarized like follows:

1. Degree of swelling after extraction was less observed in extraction undertaken under incision A rather than that in incision B.
2. Patients extracted under incision A less complained pain than those extracted under incision B.
3. Clinical wound healing was better in the patients extracted under incision A than those extracted under incision B.

\* 本 論文의 研究는 서울大學校 病院 臨床 및 其他 研究費에 의하여 이루어 졌음.

— 目 次 —

- I. 緒 論
- II. 研究對象 및 方法
- III. 研究成績
- IV. 考 按
- V. 結 論
- 參考文獻

I. 緒 論

人類의 進化過程과 文化發達에 의하여 人類齒牙 數는 점차 감소되고 있으며 顎骨의 크기가 적어 짐으로서 智齒는 正常萌出이 어렵게 되면서, 顎骨內에 埋伏되는 경우가 흔히 나타나고 있는 것은 周知의 事實이다.

이들 埋伏된 智齒는 齒周炎이나 顎骨骨髓炎 등등 구강내 감염증의 중요한 原因病巢가 되기 때문에 가능한 한 拔去하여 주는 것이 장차 合併症이나 繼發症을 예방하는데 대단히 중요한 것이다.

치과임상에서 흔히 施術하는 埋伏智齒 拔去手術은 手術野가 극히 不良하다. 더우기 顎骨에 매복되어 있으며, 제2 대구치에 손상을 주지 않아야 하고, 또한 수술후 흔히 牙關緊急이 초래되기 쉽기 때문에 患者뿐만 아니라 齒科醫師에게도 대단히 고통을 주고 있다.

그리하여 著者는 埋伏智齒 拔去手術時에 가장 중요한 切開線設定에 대하여 研究觀察 하였던 바 多少의 知見을 얻었기에 報告하는 바이다.

II. 研究對象 및 方法

1) 研究對象

本 研究에 사용된 研究對象은 서울大學校病院 口腔外科에 來院하여 著者가 診療한 下顎埋伏智齒를 가진 128名의 患者(20-25)세 이었다.

2) 研究方法

下顎 埋伏智齒를 拔去하기 위하여 다음과 같이 절개선을 設定하여 施術하였다. (Fig.1 參照)

切開線 A : 이는 著者가 下顎埋伏智齒 拔去時 考案한 切開方法으로, 우선 後臼齒 三角部에 수직절

개선을 加하고, 제2 대구치 後方齒齦緣에서 2~3 mm 떨어진 곳을 따라서 切開하여 第2大白齒의 近心頰側 齦頰移行部로 수직절개선을 加하는 것이다.

切開線 B : 이 切開線法은 흔히 下顎埋伏智齒 拔去時에 使用한다. 즉 제2 대구치 後方의 後臼齒三角部에 수직절개선을 加하여 第2大白齒遠心을 따라서 頰側까지 延長切開 하다가 近心部에서 齦頰移行部로 수직절개선을 加하는 것이다.

以上과 같이 切開線 A 와 B 를 적용하여 下顎埋伏智齒를 拔去하고 手術後 腫張, 牙關緊急, 疼痛, 및 肉眼의 創傷 治療程度를 觀察 研究하였다.

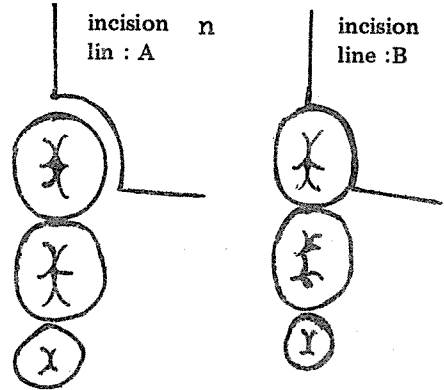


Fig. 1. Two types incision line designed are shown.

III. 研究成績

1-1. 切開線 A 下에 拔齒後 腫張(제1표 참조)  
1日後의 所見: 切開線 A를 적용하여 施術한 총 64예 중에서 腫창을 인정할 수 없는 것이 8예(12.5%) 이었고, 미약한 腫창을 인정할 수 있는 것이 42예(65.6%)이었으며, 中等度의 腫張을 인정할 수 있는 것이 14예(21.9%)나 되었으나, 심한 腫張을 야기한 경우는 전혀 없었다.

3日後의 所見: 총 64예중 腫창을 인정할 수 없는 것이 15예(23.4%), 미약한 腫창이 46예(71.9%), 中等度 腫창이 3예(4.7%)이었으나 심한 腫창에는 관찰 할 수 없었다.

7日後의 所見: 총 64예중 無腫張이 52예(81.3%), 미약한 腫창이 12예(18.8%)이었다.

1-2. 切開線 B 下에 拔齒後 腫張(제1표 참조)  
1日後의 所見: 切開線 B를 적용하여 施術한 총 64예 중에서 미약한 腫창이 18예(28.1%), 中等度 腫창이 35예(54.7%) 그리고 심한 腫창이 11예(17.2%)이었다.

Table 1. The Degree of Swelling, 1, 3 and 7 Days after Extraction under Incision A & B.

Incision	Incision A			Incision B		
	1	3	7	1	3	7
Days after extraction						
N (%)						
Degree of swelling	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
none	8 (12.5)	15 (23.4)	52 (81.3)	12 (18.8)	44 (68.4)	
minimal	42 (65.6)	46 (71.9)	12 (18.8)	18 (28.1)	28 (43.8)	14 (21.9)
moderate	14 (21.9)	3 (4.7)		35 (54.7)	24 (37.5)	6 (9.4)
severe				11 (17.2)		
Total	64 (100)	64 (100)	64 (100)	64 (100)	64 (100)	64 (100)

3日後의 所見:총64예중 無腫張이 12예 (18.8%), 미약한 종창이 28예 (43.8%), 및 중등도 종창이 24예 (37.5%) 이었다.

7日後의 所見:총64예중 無腫張이 44예 (68.8%), 미약한 종창이 14예 (21.9%) 및 중등도 종창이 6예 (9.4%) 이었다.

以上の 諸所見을 종합하여 보면 切開線 A方法에 의하여 施術한 例가 切開線 B方法에 의하여 施術한 例보다 腫張이 훨씬 적었다. 다른 말로 표시하면 牙關緊急을 야기한 例가 훨씬 적었다.

2 - 1. 切開線 A 下에 拔牙後 患者가 느끼는 疼痛(제 2 표 참조)

1日後의 所見:Likert Scale에 의하여 수집된 환자가 느끼는 疼痛의 정도를 보면 조금 아팠다가 45예 (70.3%), 아팠다가 18예 (28.1%), 몹시 아팠다

가 1예 (16%) 이었다.

3日後의 所見:총64예 가운데 無疼痛이 52예 (81.3%), 약간 아팠다가 8예 (12.5%) 그리고 아팠다가 4예 (6.3%) 이었다.

7日後의 所見:총64예중 疼痛을 느낀다는 例는 하나도 없었다.

2 - 2. 切開線 B 下에 拔牙後 患者가 느끼는 疼痛(제 2 표 참조)

1日後의 所見:총64예중 약간 아팠다가 34예 (53.1%), 아팠다가 24예 (37.5%) 그리고 몹시 아팠다가 6예 (9.4%) 이었다.

3日後의 所見:총64예중 無疼痛이 25예 (39.1%), 약간 아팠다가 28예 (43.7%), 그리고 아팠다가 11예 (17.2%) 이었다.

Table 2. The Degree of Pain complained 1,3 and 7 Days after Extraction under Incision A and B

Incision	Incision A			Incision B		
	1	3	7	1	3	7
Days after Extraction						
N (%)						
Degree of Pain	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
none		52 (81.3)	64 (100)		25 (39.1)	54 (84.4)
minimal	45 (70.3)	8 (12.5)		34 (53.1)	28 (43.7)	10 (15.6)
moderate	18 (28.1)	4 (6.3)		24 (37.5)	11 (17.2)	
severe	1 (1.6)			6 (9.4)		
Total	64 (100)	64 (100)		64 (100)	64 (100)	64 (100)

7日後의 所見 : 총 64예중 無疼痛이 54예 (84.4%) 이었고, 약간 아팠다가 10예 (15.6%) 이었다.

以上을 綜合하여 보면 切開線 A 下에 拔齒한 患者가 切開線 B 下에 拔齒한 患者보다 疼痛을 덜 느꼈다.

### 3-1. 切開線 A 下에 施術한 拔齒創의 創傷治癒 (제 3 표 참조)

拔齒術後 7 일 後에 肉眼的인 創傷治癒를 보면 총 64예중 좋은 創傷治癒가 27예 (42.2%), 꽤 좋은 創傷治癒가 24예 (37.5%) 그리고 빈약한 創傷治癒가 13예 (20.3%) 이었다.

### 3-2. 切開線 B 下에 施術한 拔齒創의 創傷治癒 (제 3 표 참조)

Table 3. The Wound Healing observed, 7 Days after Extraction under Incision A and B.

Incision	Incision A	Incision B
N(%)	N (%)	N (%)
poor	13 (20.3)	18 (26.1)
fair	24 (37.5)	26 (40.6)
good	27 (42.2)	20 (31.3)
Total	64 (100)	64 (100)

肉眼的인 創傷治癒를 보면 총 64예중 좋은 創傷治癒가 20예 (31.3%), 꽤 좋은 創傷治癒가 26예 (40.6%) 그리고 빈약한 創傷治癒가 18예 (28.1%) 이었다.

以上을 綜合하여 보면 切開線 A 에 의하여 施術한 拔齒創傷治癒 狀態가 切開線 B 에 의하여 施術된 拔齒創治癒 狀態보다 현저히 良好하였다.

## IV. 考 按

拔齒術은 구강외과 영역에서 대단히 중요하다. 왜냐하면 치과임상에서 흔히 취급하는 술식이기 때문이다.

더욱기 埋伏智齒은 炎症, 낭종등 여러가지 發病 증을 야기하기 때문에 가능한한 早期에 拔去하여 주는 것이 바람직 하다 하겠다.

Archer<sup>1)</sup> (1975), Christiansen<sup>4)</sup> (1940), Riesmar<sup>4)</sup> (1937) 및 Wahl<sup>3)</sup> (1940) 등은 埋伏智齒에 관련된 疼痛症例를 보고한바 있으며, Davis<sup>5)</sup> (1955), Gries<sup>10)</sup> (1942) Gwinn<sup>11)</sup> (1941), Hubbel<sup>6)</sup> (1941), 및 Ingraham<sup>17)</sup> (1944) 등은 埋伏智齒 拔거후 그 創상치유에 대하여 연

구 하였으며, Archer<sup>1)</sup> (1975), Canzani<sup>3)</sup> (1943), Gilmore<sup>9)</sup> (1975), Gwinn<sup>12)</sup> (1937), Henry<sup>4)</sup> (1938), Hillin<sup>13)</sup> (1947), Kruger<sup>21)</sup> (1968), Pelf<sup>7)</sup> (1933) 및 Thoma<sup>25)</sup> (1969) 등은 埋伏 下顎智齒 拔거수술에 대하여 연구 보고 한바 있다. 이들은 주로 치아절단술 및 치조골삭제에 의하여 拔거하는 술식을 주로 연구보고 있다.

그러나 著者는 埋伏 下顎智齒을 拔거하기 위하여 切開線設定에 대하여 研究觀察 하였다.

切開線 A 에 의하여 시술한 총 64예 중에서 1, 3 및 7日後의 創傷腫張 狀態를 보면 無腫張이 各各 8예 (12.5%), 15예 (23.4%) 그리고 52예 (81.3%) 이었으며, 미약한 腫張이 各各 42예 (65.6%), 46예 (71.9%) 그리고 12예 (18.8%) 이었고, 中等度腫張이 各各 14예 (21.9%), 3예 (4.7%) 및 1예도 없었다.

切開線 B 에 의하여 시술한 총 64예 중에서 1, 3 및 7日後의 創傷腫張 狀態를 보면 無腫張이 0예, 12 (18.8%) 및 44예 (64.4%), 미약한 腫張이 各各 18예 (28.1%), 28예 (43.8%) 및 14예 (21.9%), 그리고 中等도의 腫張이 各各 35예 (54.7%), 24 (37.5%), 및 6예 (9.4%) 이었으며, 심한 腫張 예는 1日後에 11예 (17.2%)에 달하여서 切開線 A 下에 拔去하는 것이 腫창이 훨씬 적게 나타나는 것을 觀察할수 있었다.

切開線 A 및 B 下에 시술한 후에 患者가 호소하는 痛痛정도를 보면 前者에서 시술 1, 3 및 7日後의 소견을 보면 총 64예중 無疼痛이 各各 0예, 52예 (81.3%) 및 64 (100)%, 미약한 痛痛을 호소한 예는 各各 45예 (70.3%), 8예 (12.5%) 및 0예이었고, 中等도의 痛痛을 느낀 예는 各各 18예 (28.1%), 4예 (6.3%) 및 0예 이었으며, 심한 痛痛을 호소한 것은 1일후에 1예 (1.6%)에 불과 하였다.

切開線 B 下에 시술한 총 64예에서는 시술, 1, 3 및 7일후에 無疼痛이 各各 0예, 25예 (39.1%) 및 54예 (84.4%)이었고, 미약한 痛痛을 호소할 것이 各各 34예 (53.1%), 28예 (43.7%) 및 10예 (15.6%)이였으며, 中等도의 痛痛은 各各 24예 (37.5%), 및 11예 (17.2%) 및 0예 이었으나, 심한 痛痛에는 1日後의 6예 (9.4%)로서 切開線 A 에 의하여 시술한 예에서 痛痛을 호소하는 경우가 적음을 관찰 할 수 있었는데, 이는 創상腫창과 거의 비례 되는 것으로 思慮되었다.

創傷治癒에 對하여 觀察하여 보면, 切開線 A 및 B 下에 施行하고, 7日後에 肉眼的인 所見을 보면 좋은

치유경과를 밝는 것이 총 27예(42. 2 %) 및 20예(31. 3 %), 양호한 경과를 밝는 것이 각 24예(37. 5 %) 및 26예(40. 6 %), 그리고 양호치 못한 예가 13예(20. 3 %) 및 18예(28. 1 %)로서 切開線 A 下에 시술한 예가 切開線 B 下에 시술한 예 보다 창상치유가 良好하였음을 觀察할 수 있었다.

## V. 結 論

著者は 下顎埋伏智齒 拔去手術에 가장 중요한 切開線設定에 대하여 研究 관찰코져 서울大學校病院 口腔外科에서 매복하악지치를 가진 환자(20~25세) 128명을 研究 대상으로 하여 切開線 A 및 B 下에 各 64명씩 발치수술을 하고, 創傷腫脹, 환자가 호소하는 疼痛 및 肉眼的創傷治癒에 대하여 研究 관찰 하였던 바 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 創傷腫脹은 切開線 B 下에 施術받은 群보다 切開線 A 下에 施術받은 群에서 훨씬 적었다.
2. 환자의 疼痛呼訴는 切開線 B 群보다 切開線 A 群에서 훨씬 적었다.
3. 肉眼的 創傷治癒는 切開線 B 下에 施術받은 群보다 切開線 A 下에 施術받은 群에서 훨씬 良好하였다.

## REFERENCES

1. Archer, W.H.: Oral and maxillofacial surgery, 5th Ed. Saunders Co. 1975.
2. Broadbent, B.H.: The influence of the third molar on the alignment of the teeth, Am. J. Orthodontics and Oral Surg. (Orth. Sect.) 29:312, 1943.
3. Canzani, R.V.: Rare accident occurring with extraction of a third molar, Rev. Odont. 31:413, 1943; Abst. yearbook of dentistry, Chicago, 1944, Yearbook publishers, p. 323.
4. Chritiansen, G.W.: The relief of unilateral pain following the removal of an impacted mandibular third molar, Arch. Clin. Oral Path. 4:357, 1940.
5. Cogwell, W.W.: Surgical problems involving the mandibular nerve, J.Am. Dent. A. 29: 964, 1942.
6. Davis, W.H.: Hubbell, A.O., Bogart, W.E. and Graves, V.M.: Extraction wound healing; Clinical observations, J. Oral Surg. 13:244, 1955.
7. Engel, A.G.: Alleviation of reflex disturbances following the removal of an impacted mandibular third molar, Arch. Clin. Oral Path. 4:355, 1940.
8. Field, H.J. and Ackerman, A.A.: Impacted lower third molar, J. Am. Dent. A.25:1053, 1938.
9. Gilmore, W.H.: Extraction of teeth as a prophylactic measure, Brit. Dent. J. 46: 1380, 1925.
10. Gries, T.: Postextraction use of sulfanilamide locally, J.Dent. Res. 21:3, 1942.
11. Gunter, J.H.: Concerning impacted teeth, Am. J. Orthodontics and Oral Surg. (Oral Surg. Sect.) 28:642, 1942.
12. Gwinn, C.D.: Longitudinal division of horizontal impacted third molars as an aid to removal, J. California State Dent. A. 13:191, 1937.
13. Gwinn, C.D.: Sulfathiazole in healing of extraction wounds, J. California State Dent. A. 17:83, 1941.
14. Henry, H.B.: Prophylactic odontectomy of the developing mandibular third molar, Am. J. Orthodontics and Oral Surgery. 24:72, 1938.
15. Hillin, G.R.: Indications for the removal of impacted third molars at an early age, Am.J. Orthodontics and Oral Surg. (Oral Surg. Sect.) 33:302, 1947.
16. Hubbell, A.O. and Austin, L.T.: Extraction wounds and therapeutic agents, Experimental study, J. Am. Dent. A. 28:251, 1941.
17. Ingraham, F.D. and Baily, O.T.: Clinical use of products of fibrinogen and thrombin in surgery, J.A.M.A. 126:680, 1944.
18. Jacobs, M.N.: The role of the dental follicle in the removal of impacted mandibular third molars, Arch. Clin. Oral Path. 4:308, 1940.
19. Kells, C.E.: Impacted lower third molars, Dent. Cosmos 60:101, 1918.
20. Kruger, G.O.: Textbook of oral surgery, 3rd Ed Mosby Co. 1968.
21. Merrifield F.W.: Impacted mandibular third

21. Merrifield, F.W.: Impacted mandibular third molar, Illinois Dent. J. 11:6, 1941.
22. Morgan, G.A.: Impacted mandibular third molar, J. Canad. Dent. A. 3:353, 1937.
23. Pell, G.J. and Gregory G.T.: Impacted mandibular third molars: classification and modified technique for removal, Dental Digest 39:330, 1933.
24. Riesman, D.: Glossoparyngeal neuralgia due to impacted wisdom tooth, Ann. Int. Med. 10:1889, 1937.
25. Robb, H.M.: Third molars, when should they be extracted? J. Canad. Dent. A.7:185, 1941.
26. Thoma, K.H.: The management of the malposed inferior third molar, J. Dent Res. 12:175, 1932.
27. Thoma, K.H.: Oral surgery, 5th Ed. Mosby Co. 1969.
28. Thoma, K.H.: Follicular cysts and tumors associated with impacted third molars, Arch. Clin. Oral Path. 4:292, 1940.
29. Wahl, J.P.: Relief for neuralgic symptoms following removal of an impacted third molar, Arch. Clin. Oral Path. 4:359, 1940.
30. Winter, G.B.: Impacted mandibular third molars. St. Louis, 1926, American Medical Book Co.

● 各種齒科材料一切 ●

# 韓進齒材商社

서울특별시 중구 남대문로 5 가 63의 17

☎ 778-5879 22-8402

# 東信齒科技工所

DONG SIN DENTAL Lab.

대표 丁 忠 雄

서울특별시 성북구 보문동 1 가 122-1 호

TEL. 92-5847