

구강은 위장관의 시작이므로 구강점막의 비정상인 하부소화기관에 질환이 있음을 나타낼수 있다. 구강병소는 장의 어떤 부위에서 원발성 질환이 발생한 과정중의 일부이거나, 흡수 불량 또는 만성 혈액소실로 인한 영양결핍의 속발성 발현일 수도 있다.

10.1 식도역류 (Oesophageal reflux)

식도열공 탈장(hiatus hernia)과 관련이 있는 식도역류는 소화불량의 가장 흔한 원인이다. 환자는 특히 아침에 미각변화나, 혀의 작열감을 호소한다. 이런 경우는 위산의 역류로 치아의 구개면에 침식을 가져올 수 있지만, 실질적으로 유문 협착증(pyloric stenosis)이 있는 경우를 제외하고는 드문 문제이다.

진단

Trendelenburg 위치에서의 barium검사는 식도역류와 관련된 열공 탈장을 보여줄 수 있다.

치료

소량의 음식을 자주 섭취하는 식이요법, 제산제의 처방과 환자 침대머리를 올림으로써 증상이 개선될 수 있다.

10.2 소화성 궤양 (Peptic ulceration)

소화성 궤양은 위(위궤양)나 십이지장(십이지장궤양)의 산이 분비되는 부위에서 발생한다. 소화성 궤양의 특이한 구강증상은 없지만, 만성 출혈로 인하여 재발성 구강궤양, 설염, 또는 철결핍성 빈혈이 관련된 결과로 구순염등을 유발시킬 것이다.

진단

소화성 궤양의 의학적 진단으로 보통 내시경(endoscopy) 또는 바륨죽검사를 시행한다.

치료

주된 치료는 cimetidine이나 ranitidine과 같은 H2-수용체 차단약물을 이용한다.



10.3 크론병 (Crohn's disease)

크론병은 소화관 침범으로 많은 기능장애를 야기하는 만성 재발성 염증질환으로 1932년 Crohn, Ginzburg 및 Oppenheimer에 의해 처음으로 세인의 주목을 받았는데, 이미 이전의 다른 연구가도 이 질환을 언급한 적이 있었다. 발병은 비록 60-70대사이에서 높은 발현율을 나타내지만, 30대에서도 발생한다. 원인은 분명하지 않지만 서구인에서 아주 흔히 발생하며 특히 유대민족에게 많다. 대부분 젊은 성인에서 흔히 나타나고 성별차이는 없다. 크론병은 위장관을 따라 어느 부위에서나 발생하는 육아종성 염증질환이지만, 주로 회장 말단부(terminal ileum)를 침범한다. 회맹부(ileo-caecal region)에서의 염증변화가 가장 흔하며 그 결과 복통과 흡수불량이 초래된다.

구강병소는 대개 재발성 아프타성 구내염을 보이는 경우가 20%정도로 흔하다. 다른 구강증상으로는 구순부종, 협점막내 '자갈' 양상의 부종성 비후, 점막의 '폴립(tag)', 구각구순염과 광범위한 치은염을 포함한다. 증식성 화농성 구내염(pyostomatitis vegetans)과 표피수포증(epidermolysis bullosa acquisita)이 때때로 발생할 수 있다. 구강증상은 하부 위장관내 크론병의 증상보다 선행하여 나타난다.

진 단

진단은 생검 조직에서 비건락성 유사피세포 육아종(non-caseating epithelioid cell granulomata)이 나타남으로써 확진한다. 방사선검사에서 궤양과 협착증이 나타나야 한다. 임상적으로는 항문주위 검사에서 누공의 형성이 나타날 수도 있다.

치 료

특별한 치료법은 없고 여러 방법이 시도되고 있다. 스테로이드, azathioprine 및 sulphonamides가 전신적 치료의 기본을 이룬다. 어떠한 영양 결핍도 고쳐야 한다. 일부에서는 필수영양식을 섭취하면 증상이 완화되기도 한다. 필수영양식은 우주비행사의 식품저장과 소화 및 노폐물처리 문제를 해소하기 위해 1960년대에 만들어졌다. 질소원으로 아미노산과 작은 펩타이드를 이용하는데 에너지의 30%정도는 지방으로 공급한다. 유당이나 소화잔유물이

없고 소량의 금속과 비타민을 일일 요구량에 추가한다. 누공이나 감염을 보이면 항생제가 필요하며 급성기에는 코티코스테로이드로 효과를 보기도 하고 면역억제약물이 극적인 결과를 낳기도 한다. 내과치료가 성공하지 못하면 수술이 요구되기도 하는데 특히 장관협착이나 누공을 치료하는데 필요하다. 구강병변이 가장 먼저 발견되기도 하므로 자세한 평가를 위해 위장병전문의에게 의뢰한다.

10.4 구강안면 육아종증 (Orofacial granulomatosis)

구강안면 육아종증(OFG)의 임상징후는 크론병과 동일한데 구순부종, 구각구순염, 협점막의 부종성 비후, 점막 꼬리(특히 후방구치 부위), 광범위한 치은염과 구강궤양을 포함한다. 질환의 이환은 정상적으로 구강안면 부위에 한정된다. 구강안면 육아종은 식료품 특히 안식향산(benzoic acid), cinnamonaldehyde 및 초코렛에 과민성을 나타내는 것으로 알려졌다.

진 단

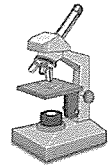
점막의 생체조직검사에서 비건락성의 유사피세포 육아종이 나타나야 한다. Standard European Series를 이용한 첩포검사에서 종종 잠재성 항원을 확인한다.

치 료

항히스타민제인 terfenadine을 단기간 사용하면 안면 또는 구순부종의 정도를 감소시키는데 도움이 된다. 일단 항원이 확인된 환자에게는 항원배제식이(exclusion diet)를 하게 한다. 구강안면 병소는 대개 3-18개월 이내에 치유된다.

10.5 궤양성 대장염 (Ulcerative colitis)

궤양성 대장염은 결장과 직장의 점막 및 점막하조직을 침범하는 염증성 질환이다. 발병은 잠행성이며 30대에 가장 높은 발생률을 보인다. 아프타성 구강궤양이 가장 흔한 구강증상으로 궤양성 대장염 환자의 4-20% 정도에서 발생하며 뺨과 구순에 산재성 종창이 나타나고 점막의 만성 증식과 자갈양상 및 증식성 치은염 등의 증상이 발생할 수 있다. 이 질환과 관련된 다른 구강



안면 병소는 괴저성 농괴성 궤양(pyoderma granulosa-like ulcer), 증식성 화농성 구내염(pyostomatitis vegetans)과 미란성 측두하악관절질환을 포함한다.

진단

바륨 주장(barium enema)동안의 방사선 검사로 궤양과 가용종(pseudopolyp)을 동반한 결장팽기(haustral)의 상실 및 결장 단축을 확인해야 한다.

치료

궤양성 대장염의 치료는 재발의 빈도와 정도를 감소시키는데 효과가 있다고 입증된 항염증 성분의 sulphonamide계인 sulphasalazine사용에 기초를 둔다. 스테로이드의 국소적 사용이나 전신투여 모두 효과를 보이며 급성기에도 전신적 스테로이드 치료가 도움이 될 수 있다.

내과적이나 외과적인 방법으로 대장염을 치료하면 구강병소도 치료될 수 있다.

쇠약, 빈혈, 성장지연 및 체중의 증가지연을 보인다. 흡수불량으로 인한 이차 구강궤양이 포함될 수 있다.

공장(jejunum) 생검을 통해 확인할 수 있는데 용모가 부족한 편평한 점막이 관찰되며 이때문에 흡수불량이 발생한다. 글루텐을 섭취하지 않으면 용모는 정상회복된다.

이유식을 막 시작한 어린이에서는 설사, 복부 불편감 및 영양결핍같은 증상이 나타날 수 있다; 그러나 경미하게 만성으로 몸이 아픈 상태가 환자의 유일한 증상이라면, 성인이 될 때까지 수년간 진단을 내리기 힘든 경우도 있다. 거의 정상에 가까운 건강상태를 보이는 경우로부터 장의 극심한 흡수불량에 이르기까지 다양한 임상양태를 보인다.

진단

진단은 어떠한 영양결핍 특히, 엽산의 결핍을 증명하기 위한 예비혈액검사로 이루어진다. 확진은 용모 위축(villous atrophy)의 확인을 위해 공장생검(jejunal biopsy)이 요구된다.

치료

일단 진단이 내려지면 gluten이 없는 식사를 해야 하며, 약 3개월후에 공장의 생검을 다시 실시하여야 한다. 구강궤양 병소는 정상적으로는 항원배제식이(dietary exclusion)에 반응하지만 엽산의 보충이 필요할 것이다.

글루텐 함유식품을 섭취하지 않으면 장점막이 정상회복되고 전신건강도 극적으로 개선된다. 무글루텐식은 준비에 시간이 많이 걸리지만, 편의점 음식은 밀가루가 들어 있으므로 피하도록 한다. 이러한 특이식을 평생 계속해야 한다. 복강학회(Coeliac Society)를 통해 무글루텐 식품의 목록이 들어있는 소책자를 이용할 수 있다.

비유동식을 섭취하기 시작한 시기에 형성중이던 영구치는 형성부전이 생길 수 있다. 그 정도는 질환의 심각성에 따라 달라지고 증상의 발병에서 치료시작까지 경과된 기간의 정도에 따라 달라질 것이다. 결손부는 일반적으로 산-부식 컴포지트 수복물로 치료할 수 있다.

구강점막에 아프타성 궤양이 자주 발생하는데 무글루텐식을 하면 해소된다. 일반적으로 치과치료로 인해 발생하는 문제는 없다.

10.6 복강 질환 (Coeliac disease)

이 질환을 처음 언급한 사람은 기원후 2세기중엽에 로마의 내과 의사인 Galen이었다. 그리스어인 'koiliakos'는 '장으로 고통받고 있는' 이라는 뜻이다.

1950년 네덜란드 소아과의사인 Dicke는 복강질환을 가진 어린이가 밀이나 호밀, 귀리를 뺀 식사를 하면 증상이 극적으로 개선되는 방법을 제시하였다. 옥수수나 쌀가루를 대신 사용하면 지방이 흡수되고 식욕과 전신 건강이 증진되었다.

복강질환은 밀, 보리, 호밀 및 귀리의 단백질 성분의 하나인 글루텐(gluten)에 들어 있는 글리아딘(alpha gliadin)에 대한 내성이 없기 때문에 공장(jejunum)내 용모가 부분적 위축되어 발생하는 소장질환이다. 전체 인구의 0.1%에서 발생하며 가족력을 보이는 경향이 있어서 유전질환임을 시사하고 있다. 복강 질환은 조직적 합성 항원인 HLA-DR3, HLA-D8과 관련이 있다. 불완전하게 발현되는 상염색체 우성 유전질환으로 여겨진다. 점막의 퇴행변화(용모성 이영양증, villous dystrophia)가 이 질환의 특징적인 소견이다. 만성적인 흡수불량 질환으로 복강팽창, 색이 옅고 양이 많은 악취의 변, 근육