

FCST의 음양균형장치를 활용한 만성 재발성 턱관절 탈구의 증례 보고

이영준¹, 이상배², 최재민³

¹턱관절기능의학연구소, 차의과학대학교 통합의학대학원, ²남원시 주천면보건지소, ³본디울 홍제한의원 서초점

Recurrent or Habitual Type TMJ Dislocation Case Managed with Yinyang Balance Appliance of FCST, a TMJ Therapy for the Balance of the Meridian and Neurological System

Young-Jun Lee¹, Sang-bae Lee², Jae-min Choi³

¹Institute of TMJ Balancing Medicine, Graduate School of Integrated Medicine, CHA University,

²Namwon-Si Jucheon Public Health Center, ³Bondiol Honje Han Medical Clinic

Therapeutic effect of Yinyang Balancing Appliance of functional cerebrospinal therapy (FCST) for meridian and neurologic yinyang balance was observed in recurrent or habitual type temporomandibular joint (TMJ) dislocation. One Recurrent or habitual type TMJ dislocation case was managed with the Yinyang Balancing Appliance on TMJ, combined with acupuncture. Clinical outcome measurement was based on subjective measures and clinical observations. The patient showed positive changes even after the initial treatment and this effect maintained over the follow-up period. Although it is not clear the effect is sustaining or temporary in its nature, a positive effect was observed and further clinical and biological research on FCST is expected.

Key Words: TMJ dislocation, YBA, FCST, TMJ

서 론

악관절의 탈구(dislocation, luxation)는 하악과두가 관절 용기보다 전방에 위치하면서 폐구위로 돌아갈 수 없는 상태로 하악과두가 관절용기를 넘어서는 과도한 활주운동을 보이거나 어려움 없이 폐구위로 복위되는 과운동(hypermobility)과는 구분 된다. 악관절 탈구는 과두돌기가 악관절 내의 정상위치에서 벗어나 정복되지 않는 것으로서 환자가 스스로 전위된 악골을 정복할 수 없는 경우나 외력에 의해서만 정복될 수 있는 상태를 진성탈구(완전탈구, true luxation)라 말하며, 악관절 내에서 과두돌기가 정상 위치에서 변위되더라도 단 시간 내에 환자가 스스로 악골을 정복할 수 있는 부분적이고, 일시적 또는 불완전한 탈구상태는 아

탈구(subluxation)라고 한다.¹⁾ 또한 시간과 빈도에 따라 급성(acute), 지연성(prolonged) 및 재발성(습관성, recurrent or habitual type)으로 분류할 수 있다.²⁾

만성 재발성 악관절 탈구는 외상, 선천적, 후천적 신경질환, 약물, 근신경계활동의 부조화, 악관절의 해부학적 변화 등과 같은 원인에 의하여 발생한다.^{3,4)} 습관성 탈구의 경우 과도한 운동범위를 보이며 탈구 시에는 폐구가 불가능하고 동통을 동반하며 정복 후에도 잔존 동통이 있을 수 있다. 탈구가 계속 반복되면 관절원판의 복위성 또는 비복위성 변위 등이 나타나게 된다.^{5,6)} 재발성 악관절 탈구는 환자 스스로 정복 가능한 경우도 있지만, 스스로 정복이 불가능한 경우가 많다. 환자 스스로 정복이 가능하다고 하여도 쉽게 탈구되므로 환자는 심리적으로 많은 고통을 겪게 된다. 그리하여 이에 대한 치료법으로 악골의 비가동화(immobilization)와 보철적 구속장치(prosthetic restraining appliance) 등의 보철적 치료방법과 외과적 치료방법으로 나눌 수 있으며, 먼저 보존적 치료 후 효과가 없는 경우에 외과적 치료를 시행하게 된다.⁷⁾

《東醫寶鑑》⁸⁾에서는 “因欠, 輔車蹉, 不得張口. 一人以兩

투고일: 2014년 11월 11일, 심사일: 2014년 12월 12일, 게재확정일: 2014년 12월 17일

교신저자: 이영준, 331-961, 충남 천안시 서북구 두정동 1616

턱관절기능의학연구소, 이영준한의원, 487-010 경기도 포천시 해룡로 120

차의과학대학교 통합의학대학원

Tel: 041-552-0056, Fax: 041-553-7708

E-mail: yjleejun@yahoo.co.kr

手, 牽其頤, 以漸推之, 則復入矣. 當疾出, 其指恐咬傷”라 하여 턱관절의 이상이 생겼을 경우에 턱관절의 교정을 통해 치료하는 방법을 제시하고 있으며, “頷骨脫, 令患者坐定, 用手揉臉百十遍, 將患人口張開, 用兩大拇指, 入患人口內, 拿定牙, 外用兩手指, 將下頷往上兜, 即入口正矣”라 하여 턱관절이 탈구 되었을때의 처치법에 대해 명시하고 있다.

외과적 치료로 여러 가지 치료법들이 제시되고 있으나 대부분의 치료에서 전신 마취하에 시술이 시행되어야 하는 점과 피부 절개에 따르는 반흔에 대한 환자의 거부감 및 신경손상의 위험성 등이 문제점으로 지적되어질 수 있다.⁷⁾ 또한 기존의 보전적 치료의 경우 턱 자체에만 그 치료가 제한이 되는 한계점을 가지고 있다.

턱관절 질환은 단순히 턱관절의 문제로만 국한되지 않고 척추 질환의 일부로 보며 턱관절의 통증, 잡음, 개구장애 및 탈구 등의 원인도 턱관절의 불균형과 척추의 구조적 문제로 귀결 된다⁹⁾고 한다. 따라서 턱관절 탈구 역시 단순히 턱 자체의 문제로만 볼게 아니라 전신 척추와의 관련성에 입각해 바라볼 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 이미 알려진 기능적 뇌척주요법 (Functional Cerebrospinal Therapy, FCST)⁹⁾에서 제시된 다차원적인 음양균형검사와 방법을 이용하여 불치로 판정된 재발성 턱관절 탈구환자에게서 턱관절 탈구 개선과 전신질환 개선에 유의한 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

증 례

1. 치료방법과 평가

1) FCST (Functional Cerebrospinal Therapy)⁹⁾

환자의 7차원적인 균형위치를 만족시키는 음양균형장치 (YBA)를 제작한 후 15~60분간 착용을 지시하였다.

2) 시각적 상사 등급(Visual analogue scale)¹⁰⁾

통증의 정도를 환자로 하여금 10까지의 숫자로 표시하도록 하였다.



Fig. 1. State at the time of the first visit (December 11, 2010). The bandage was wound around the chin.

록 하였다.

2. 증례

1) 인적사항

성명: 이○○, 남성, 80세

2) 치료기간

1차 치료: 2010년 12월 11일부터 2011년 2월 9일까지 61일간 28번 내원하여 총 55회 치료.

2차 치료: 2013년 8월 22일부터 2013년 9월 4일까지 14일간 8번 내원하여 총 12회 치료.

3) 주소증

턱관절 탈구 및 개구장애

4) 발병일

2010년 11월경

5) 과거력

2008년 임플란트 시술받음. 현재 심부전으로 인한 약물 복용 중

6) 현병력

2010년 11월경 좌측 턱탈구 이후, 내원 전까지 식사 시나 하품 시 5~6회 턱이 탈구되어 응급실에서 처치 받았다. 그 뒤에 구강내과에 내원하여 불치라고 듣게 되었다. 환자 본인은 입을 벌리면 턱이 자꾸 빠져 식사도 어렵다고 하며 그 외에 무기력, 우울증, 보행 시 앞으로 쏠리는 듯한 느낌을 호소하였다.

7) 초진소견

(1) 망진 및 영상 진단 소견: 2010년 12월 11일에 첫 진료를 시작할 때 턱 탈구를 방지하기 위해 머리에 붕대를 감고 내원하였다(Fig. 1). 2010년 12월 13일에 받은 영상 진단 소견(Fig. 2)에는 1, 2번 경추의 회전 변위 및 reverse curve, 흉추의 측만, 요추 만곡의 변화가 있었다.

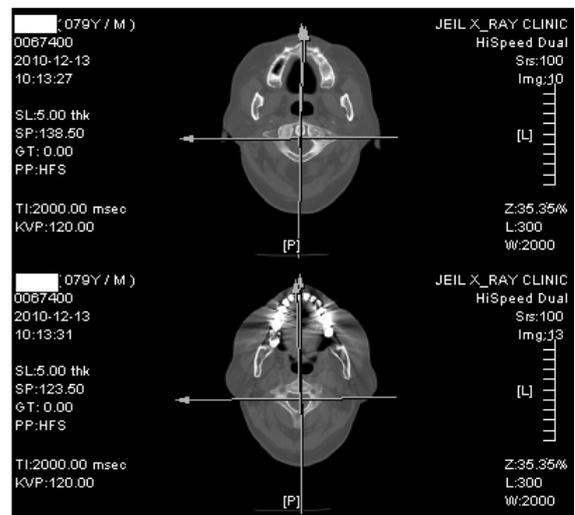


Fig. 2. Attached to the December 13, 2012 CT view of C1 and C2 vertebrae.

① C spine CT: C1 vertebrae Lt. 5 degree rotation. C2 vertebrae Rt. 3 degree rotation.

② Full spine view: T spine 6 degree scoliosis, L spine 2 degree scoliosis.

③ Lateral view: C spine 2 degree reverse curvature, L spine 4 degree curvature.

8) 이학적 검사

이학적 검사 상 이도(耳道)내 촉진시 압박감 등의 소견이 있었고 상부경추의 심한 우측 아탈구가 촉진되었다. 근육의 압통은 측두근, 흉쇄유돌근, 후두근, 척추주위근, 사각근, 상부승모근 등에서 보였다.

9) 처치

음양 균형 장치는 FCST의 균형측정지 검사를 활용하였으며 초진 시 우측 37, 좌측 32였으며 이후 지속적인 관찰소견에 따라 조정되었다. 인체의 음양 불균형을 악관절 자체에 관한 4가지(수평, 상하, 좌우, 전후) 불균형과 척추 자세의 3가지 요소(상단전, 중단전, 하단전)의 변화 등 총 7가지 측면을 통해 평가한 소견에 따라 음양 균형 장치를 제작하여 착용토록 하였고, 균형편차가 발생할 때마다 다시 제작하여 착용토록 하였다. 2010년 12월 11일 초진 당시 FCST의 균형 측정지를 물고 개구 운동을 하는 과정에서 개구 장애가 경감되었다(Fig. 5). 이를 확인 한 뒤 음양 균형 장치

(YBA)를 제작하였고 YBA로 개선효과가 감소할 때에는 턱관절균형장치(TMJ Balancing Appliance TBA)를 착용토록 지시하였다. 아울러 경추부, 흉추부의 도수교정, 골반교정(Pelvic Balance Therapy), 두개천골교정(Cerebrospinal Therapy), 배부 혈위의 침치료, 한약복용(가미온담탕)도 같이 실시하였다. 이러한 치료 과정은 처치 기간 내에 동일한 방식으로 진행되었다.

10) 경과

2010년 12월 11일(초진) 처음 내원한 이후로 2011년 2월 9일 까지 총 55회의 치료를 하였으며 평균적으로 하루 2회 외래 진료를 하였다. 본원에서 치료를 시작한 뒤부터 타 진료는 받지 않았으며 2011년 2월 9일에는 주소 증상의 소실로 치료를 종결하였다. 그 이후 2013년 8월 22일에 다시 내원하여 2013년 9월 4일까지 총 12회의 치료를 하였고 하루 평균 1.5회 외래 진료를 하였다.

2011년 2월 9일 환자의 사정으로 치료를 종결할 당시 주소로 하던 개구 장애 및 턱 탈구는 완치 상태였으며 무기력감, 우울감, 보행장애도 70~80% 경감되었다. 제반 증상에 대해서 본원에서는 VAS(Visual Analogue Scale, 시각적 유사 척도)¹⁰⁾를 적용하여 진행하였다. 턱이 빠지는 증상이 심한 것과 다른 증상들에 대해 심한 것을 10, 증상이 전혀 없는 것을 0으로 하여 평가하였다.

Table 1. Primary treatment period visual analogue scale

Subjective symptoms	Day 1	Day 2	Day 3	Day 7	Day 17	Day 47
Trismus	9	7	1	1	0	0
TMJ dislocation	10	0	0	0	0	0
TMJ disorder	7	6	2	1	0	0
Occlusion inconvenience	10	9	8	0	0	0
Gnashing his teeth	10	0	0	0	0	0
Constipation	7	7	0	2	0	0
Anxiety disorders	5	5	0	2	0	0
Depression	9	9	0	2	0	0
Insomnia	3	3	0	0	0	0

Table 2. Secondary treatment period visual analogue scale

Subjective symptoms	Day 1	Day 2	Day 7	Day 8	Day 12	Day 14
Trismus	4	3	3	2	2	2
TMJ dislocation	0	0	0	0	0	0
TMJ disorder	4	3	2	2	2	2
Occlusion inconvenience	0	0	0	0	0	0
Gnashing his teeth	0	0	0	0	0	0
Constipation	5	5	2	2	1	1
Dizziness	5	3	2	2	2	2
Hoarse throat	3	2	2	1	1	1
Asthma	3	2	1	1	1	1
Crooked back	3	3	3	2	2	2
Crooked neck	3	2	2	2	2	2
Parkinson	4	3	2	2	2	2
Whole body tension	3	2	3	3	2	2

2011년 12월 11일 처음 치료할 때 우측 구치부에 37장, 좌측 구치부에 32장 두개의 균형 측정지를 묻은 후, 측정지를 손으로 잡은 채로 입을 벌렸다다 다무는 동작을 반복할 때 안 벌어지던 입을 3 cm 정도 벌려지도록 하였다. 이후 12월 13일(재진)에 확인하였을 때는 식사를 해도 턱이 빠지지 않았다고 하였고, 14일(4진)에는 환자 스스로 자유자재로 턱을 벌리고 닫는데 지장이 없다고 하였다. 12월 23일(17진)에는 환자의 보호자가 환자의 정신적 상태가 더 좋아졌다고 말하였다. 그 이후에는 턱관절의 7가지 균형 편차가 발생하였으나 정상일 때와 같이 생활하는 데에는 별 불편함이 없었다. 초진 시 대부분 10에서 시작하였으나 2011년 2월 9일(55진) 치료를 종료할 시점에는 모든 질환의 VAS는 0으로 낮아졌다(Table 1).

이후 2013년 8월 22일에 보행의 불편함을 주소로 다시 내원 하였을 때, 그간 한 차례의 턱 탈구가 있었지만 호전된 상태를 유지했다고 말하였다. 이후 12회의 치료를 통해 제반 증상이 5~3점에서 3~1점으로 감소하여 증상의 개선을 확인하였다(Table 2). 당시 첨부해 온 영상진단 소견에는 C Spine CT에서 C1 vertebrae Lt. 3 degree rotation, C2 vertebrae Lt 2 degree rotation, full spine view에서 T spine 3 degree scoliosis, L spine 2 degree scoliosis, lateral view에서 C spine 2 degree curvature, L spine 1 degree curvature로 나타났으며, 초진 시에 비해 척추 구조가 alignment 되어있는 상태였다.

고 찰

턱관절은 해부학적으로 과두돌기, 측두골의 하악와, 하악와의 전방부를 이루는 관절용기, 관절후용기로 골격을 구성하고 있다. 그리고 하악 과두와 하악와 사이의 관절원판과 관절 조직을 둘러싸는 관절낭 및 관절낭 주변의 인대로 연조직을 이루고 있다. 또한 턱을 움직이는 근육은 개구근(외측익돌근 및 목 앞과 턱 밑에 붙어있는 근육들)과 폐구근(교근, 측두근, 내측익돌근)으로 구성되어 있다.¹¹⁾

일본 턱관절 학회¹²⁾에서는 이러한 요소들로 구성된 턱관절에 이상이 생겼을 때 턱관절 장애가 발생한다고 하였다. 또한 1996년에 턱관절증(TMJ Disorder)을 ‘턱관절, 저작근의 동통, 관절잡음, 개구장애 또는 턱운동 이상을 주요 증상으로 하는 만성 질환의 총괄적인 진단명이며 그 병의 상태는 저작근 장애, 관절낭 및 인대의 장애, 관절 원판 장애, 골관절염이 포함된다.’고 정의하였다.¹²⁾

만성 재발성 악관절 탈구는 외상, 선천적, 후천적 신경질환, 약물, 근신경계활동의 부조화, 악관절의 해부학적 변화 등과 같은 원인에 의하여 발생한다고 알려져 있다. 턱관절 탈구는 탈구로 인한 불편함뿐만 아니라 환자는 심리적으로 많은 고통을 겪게 된다. 턱관절 탈구에 대한 기존의 치료법

으로 급성 탈구의 경우 자발적인 복위가 불가능할 때는 구강내 하악 구치부를 손가락을 이용하여 하방으로 눌러주는 수동정복술이 널리 사용되지만, 전이개 부위에서 하악과두를 후하방으로 손가락을 이용하여 당기는 방법도 소개되었다.¹³⁾

한의학에서도 턱관절 탈구의 처치법이 오래전부터 제시되어 왔다. 《東醫寶鑑》外形編 口舌問에 나와있는 失欠脫頤를 보면 ‘因欠, 輔車蹉, 不得張口. 一人以兩手, 牽其頤, 以漸推之, 則復入矣. 當疾出, 其指恐咬傷. 라고 하였고 頤骨脫, 令患者坐定, 用手揉臉百十遍, 將患者口張開, 用兩大拇指, 入患者口內, 拿定牙, 外用兩手指, 將下頤往上升, 即入口正矣.’라 하여 ‘하품으로 하악골이 어긋나서 입을 벌릴 수 없었다. 어떤 사람이 두 손으로 턱을 당긴 후 서서히 밀어 넣으니 다시 들어갔다. 이 때 손을 빨리 빼야 하는데 손가락이 물릴 수 있기 때문이다. 턱뼈가 빠졌을 때는 환자를 바로 앉히고 손으로 뺨을 110번 문지른 후, 환자의 입을 벌리고 양 엄지손가락을 환자의 입안에 넣고 치아를 꼭 잡는다. 바깥으로는 양 손가락으로 아랫턱을 위로 밀어 넣으면 입이 바르게 들어간다.’⁸⁾ 고 하였다. 또한 《醫宗金鑑》¹⁴⁾에는 「正骨心法要旨」라 하여 하악골을 헝거골(頰車骨)이라 하는데 턱관절 이상시에 교정하는 수기 정골요법과 약물요법이 정리되어 있다. 《醫宗金鑑》¹⁵⁾의 “頰車骨, 卽下牙床骨也, 俗名牙鈞, 承載諸齒, 能咀食物, 有運動之象, 故名頰車. 其骨尾形如鉤, 上控於曲頰之環. 或打朴脫臼, 或因風濕襲入鈞環脫臼, 單脫者爲錯, 雙脫者爲落.”¹⁶⁾는 헝거골의 특징과 탈골의 원인을 설명한 부분이다. 헝거골은 하악골로 저작작용을 하는 턱의 기능을 살려 붙여진 이름이다. 오늘날은 턱관절로 통칭되어진다. 탈골의 원인을 맞거나 넘어져서 온 경우와 풍습의 침해로 인한 걸로 규정하였다.¹⁴⁾ 또 “凡治單脫者, 用手法摘下不脫者, 以兩手捧下頰, 稍外拽復向內托之, 則雙皆入上環矣. 再以布自地閣纏繞頭頂以固之, 宜內服正骨紫金丹, 外貼萬靈膏. 待能飲食後, 去布, 只用布兜下頰. 系於頂上, 二三日可愈. 若雙脫者, 治法同前”라 하여 턱관절 이상의 치료법으로 수기방법과 약물치료를 통해 치료하도록 하였다. 턱관절 치료시의 방법으로 “교합 상태에서 천으로 턱과 머리를 단단히 감아서 고정하고 정고자금단을 내복하고, 외용으로 만령고(萬靈膏)를 붙이면 좋다”고 하였다. 이처럼 턱관절 탈구에 대한 처치법이 오래전부터 전해 내려왔음을 알 수 있다.

습관성 탈구의 비외과적 치료방법으로는 되새김요법, 교합조정술, 보철, 교합안전장치, 약물요법, 4~6주간의 약간 고정술, 관절강내 경화제 주입요법 등이 있다.⁶⁾ 경화제 주입요법은 STD (0.5%, sodium tetradecyl sulphate)나 BTA (Botulium Toxin type A)^{17,18)} 등을 주사하여 관절낭 주위 조직의 섬유화를 유도하여 과두의 전방운동을 제한하는 방법이다.¹⁹⁾

습관성 탈구의 외과적 치료법의 경우 외측익돌근 절제

술,²⁰⁾ 관절낭 결찰술(capsular plication) 및 하악과두 절제술,²¹⁾ 하악과두 절단술,²²⁾ 관골궁 이단전위술(down fracture of zygomatic arch),²³⁾ 매식체를 이용한 하악관절용기 증대술(augmentation of articular eminence),^{23,24)} 하악관절용기 절제술(eminectomy, reduction of articular eminence)²⁵⁾ 등이 소개 되었다.¹⁹⁾

습관성 탈구의 외과적 치료방법은 1980년대까지 여러 술자들에 의해 사용되었으나 술 후 저작기능의 저하 및 교합 이상 등의 문제로 인하여 장기간의 탈구 후 유착에 의해 정복이 불가능한 경우에 제한되어 이루어지고 있다.^{19,21)} 하악과두 절단술도 이용되었으나 술후 20~30%의 재발률이 보고되는 등 문제점이 많아 현재에는 보고되는 문헌이 없는 실정이다.²²⁾

탈구 시에 하악과두가 하악관절용기의 풍용부를 지나 전방부로 이동되는 것을 막기 위해 관골궁 이단전위술(down fracture of zygomatic arch, Le Clerc and Girard technique)이 소개되었으며,²³⁾ 골이식술을 시행하거나, 다양한 종류의 매식체를 이용한 증대술(augmentation of articular eminence)이 현재 여러 술자들에 의해 널리 이용되고 있다.²⁶⁾ Undt 등⁶⁾은 관골궁 이단전위술을 이용하여 9명의 습관성 탈구 환자를 치료한 결과 술 후 하악과두의 전방 이동량은 감소하였으나 하악의 최대 개구량은 술 전과 차이가 없었고, 3명의 환자에게서 탈구가 재발하였으며, 4명은 악관절 통증을 호소하였고, 7관절에서 관절잡음이 발생하였다고 보고하였다. 또한 그는 같은 수술방법을 사용한 이전의 보고들이 악관절의 탈구에만 초점을 맞추어 악관절통과 관절잡음 및 근육통이나 두통 등을 간과하였음을 지적하고서 더 이상 습관성 탈구의 치료법으로 적절하지 못하다고 하였다.²⁵⁾

이와 같이 외과적 치료법에 대한 부작용들이 보고되고 있으며 턱관절 탈구에만 초점을 맞추어진 치료법들이 다른 전신증상을 간과하고 있음을 치의학계에서도 지적되고 있다. 이외에도 하악관절용기 절제술과 악관절원판 성형술을 이용한 악관절 탈구의 외과적 치료,¹⁹⁾ 저작근 골막하 박리를 이용한 만성 재발성 탈구의 치료⁷⁾와 같은 보완적 치료법들이 제시되고 있으나 외과적 치료에만 국한되어 있고, 보존적 치료에 대해선 그 방법이 제한적인 편이다.

기능적 뇌척주 요법(Functional Cerebrospinal Therapy)⁹⁾에서는 턱관절 장애를 턱 자체로만 국한시키지 않고 전신 질환으로 파악하여 보다 포괄적인 정의를 내린다. 즉, 턱관절은 인체의 척추의 축에 해당하는 경추 2번에 직접적으로 영향을 미칠 수 있는 관절로서 턱관절의 불균형으로 인해 정중 환축 관절이 아탈구되면 척추 전반의 구조적 문제가 유발되며 이로 인해 전신 질환이 발생하게 된다. 그리고 이러한 발병과정은 턱이 아프거나 불편하지 않아도 발생할 수 있다고 본다. Casey M, Guzay의 Quadrant theorem에 따

르면 정상 교합을 이루는 사람의 경우 교합평면의 연장선 상에 정중환축관절(atlantoaxial joint)이 위치하게 된다.²⁷⁾

턱관절이 전신의 여러 증상과 관련된다는 내용은 이미 기존 치의학계에서도 알려져 있는 내용이다. 치의학계에서 턱관절을 치료하는 방법은 스플린트, 보철, 교합조정, 턱관절강세정, 수술, 약물투여 및 물리치료 등등 여러 가지이나 이러한 방식들은 턱 자체만 치료하려는 시도이며 턱 운동 중심축이 되는 경추2번의 치돌기를 정위시키지는 못한다.²⁸⁾ 또한 기존의 도수 교정 방법을 통해 환축추의 아탈구를 바로 잡는다 하여도 틀어진 턱관절이 생리적인 침삼김 운동에 의해 삼차신경에 가하는 자극을 차단시키지 못하기 때문에 다시 환축추의 아탈구가 초래되어 치료의 진행이 더디게 된다.²⁷⁾

따라서 이⁹⁾는 턱관절 장애의 치료에 있어 가장 중요한 요소는 턱관절의 가장 이상적이고 다차원적인 균형위치라고 말한다. 턱관절이 이 위치에 놓였을 때 비로소 턱관절과 관련된 전신의 근육, 인대, 근막 등이 인체가 요구하는 가장 편안한 위치에 놓이면서 정중환축관절이 정위되기 때문에 이런 균형 위치를 찾지 않는다면 턱관절의 개구장애를 비롯한 여러 장애는 치료되기 어렵다²⁸⁾고 한다.

즉 기능적뇌척주요법(FCST)은 턱관절의 수평, 전후, 좌우의 균형을 갖춘 상태에서 척추의 상, 중, 하단전의 균형을 바로잡아 턱과 전체 척추의 불균형으로 초래된 질병 상태를 해결하여 턱관절 질환뿐만 아니라 각종 전신 질환의 해결을 모색해야 근본 원인이 치료가 된다는 점을 제시한다.

이를 위해 이영준식 Contact Reflex Analysis, 경추회전제한검사(Restricted Cervical Rotation Test), 측경부근긴장검사(Lateral Cervical muscle Test)를 통해 턱관절의 7차원적 균형위치를 정확하게 파악하여 정밀한 음양균형장치(YBA)를 제작하고 정중환축관절을 alignment 시켜 뇌와 전신신경 회로의 연결 부위인 뇌간의 기능을 활성화시켜 몸의 회복능력을 극대화하는 것이 FCST의 지향점이다. 이러한 점은 기존의 턱 및 전신의 치료방식의 불확실한 부분에 대해 구체적인 치료 방법을 제시한 것이다.⁹⁾

본 증례에서는 불치 판정을 받은 만성 재발성 악관절 탈구에 대해 FCST를 적용하여 일차 치료 기간 61일동안 55회의 진료 후 만성 재발성 악관절 탈구가 없어지고 우울증과 불안 증상 같은 제반 증상이 같이 관해 되었다는 데에 의의가 있다고 보여 진다. 2013년 8월 22일 다시 내원하였을 때에도 제반 증상이 VAS상 약간의 상승은 있었으나 환자는 전체적으로 호전된 상태가 유지되고 있다고 말했다. 이후 12회의 치료를 더 진행하여 호소하는 증상이 개선되는 모습을 보였고 지금까지 증상의 악화나 재발 없이 정상생활을 지속하는 것으로 확인되었다.

기능적뇌척주요법(FCST)을 통해 턱관절과 주변 신경 근육계통을 안정화시켜줌으로써 뇌 줄기와 뇌 전반의 신경형

성력에 영향을 미쳐 턱을 잡아주는 근육과 인대의 기능을 정상화시키고 턱관절 탈구뿐만 아니라 우울증, 불안장애, 변비와 같은 제반 증상의 호전을 불러온 것으로 보인다.

그러나 본 증례는 오직 음양균형장치만을 이용한 신경학적 평가를 하지 못하고 침 치료와 한약 처방 및 골반교정 치료를 병행하였기 때문에 부족한 면이 많다. 비록 음양균형 장치만의 치료를 통한 객관적인 평가를 이루지 못했으나, FCST가 치료되기 어려운 만성 재발성 턱관절 탈구의 보존적 치료로서 새로운 치료적 접근법의 가능성에 무게를 두고자 한다. 그러므로 차후 음양균형장치만을 이용한 반복적이고 더 많은 치료사례를 통해서도 동일한 치료 결과가 나타나는지 지속적인 추적 및 연구검토가 이루어져야 할 것이다.

요 약

본 증례에서는 원인 불명의 만성 재발성 악관절 탈구 및 개구 장애에 대해 CBA, TBA를 비롯한 FCST의 구조적 치료를 통해서도 유의한 치료변화가 나타남을 관찰하였다.

참고문헌

1. Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Textbook of Oral and Maxillofacial surgery. 1st ed, Seoul, Korea: Medical and Dental Publication Co;1998. p.540-542.
2. Merrill RG. Mandibular dislocation. In Keith DA: Surgery of the temporomandibular joint. 2nd ed, Boston, Blackwell Scientific Publications. 1992;154-179.
3. Costas Lopez A, Monje Gil F, et al. Glenotemporal osteotomy as a definitive treatment for recurrent dislocation of the jaw. J Cranio-Maxillofacial surgery 1996;24:178.
4. Gay-Escoda C. Eminectomy associated with redirectioning of the temporal muscle for treatment of recurrent dislocation. J Cranio-Max-Fac. Surg. 1987;15:355.
5. Dijkstra PU, de Bont LG, de Leeuw R, Stegenga B, Boering G. Temporomandibular joint osteoarthritis and temporomandibular joint hypermobility. Cranio. 1993;11:268-275.
6. Undt G, Kermer C, Rasse M. Treatment of recurrent mandibular dislocation, Part II: Eminectomy. Int J Oral Maxillofac Surg. 1997;26:98-102.
7. 심재환, 김기홍, 문진석, 민병진, 이원학, 홍광진. 저작근 골막하 박리를 이용한 만성 재발성 탈구의 치험례. 대한악안면성형재건외과학회지. 2003;25:257-261.

8. 허준 지음, 동의보감: 윤석희, 김현준의 옮김. 동의보감 출판사 : 587.
9. 이영준. 악관절을 이용한 전신치료의학. 서울:고려의학, 2007.
10. 왕진만, 김동준. Visual Analogue Scale(VAS)을 이용한 동통평가의 유용성. 대한척추외과학회지. 1995;2(2):177-184.
11. 대한턱관절연구회. 턱관절 장애란 무엇인가?: 나래출판사 2005: 19-20.
12. 일본턱관절학회. 턱관절증. : 나래출판사 2004:8.
13. Vincent JW. Reduction of luxation of the temporomandibular joint - an extraoral approach. J Prosthet Dent. 1980;44:445-446.
14. 손인철, 정지연. 東醫寶鑑과 한의학 일부 문헌에서의 턱관절 치료와 齒牙의 이해에 대한 고찰. 턱관절균형의학회지. 2013;3(1):9-14.
15. 青·吳謙 等編. 醫宗金鑑 卷 八十八. 北京:人民衛生出版社, 1996:36, 37.
16. 青·吳謙 等編. 醫宗金鑑 卷 八十八. 北京:人民衛生出版社, 1996:36, 36.
17. Daelen B, Thorwirth V, Koch A. Treatment of recurrent dislocation of the temporomandibular joint with type A botulinum toxin. Int J Oral Maxillofac Surg. 1997;26:458-460.
18. McKelevy LE. Sclerosing solution in the treatment of chronic subluxation of the temporomandibular joint. J Oral Surg. 1950;8:225-236.
19. 김형곤, 최희수, 허종기, 박광호. 하악관절용기 절제술과 악관절원판 성형술을 이용한 악관절 탈구의 외과적 치료. 대한구강악안면외과학회지. 2002;28(2):141-146.
20. Miller GA, Murphy EJ. External pterygoid myotomy for recurrent mandibular dislocation. Review of the literature and report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1976;42:705-716.
21. 이상한, 김진수, 장현중, 권귀영, 이원필. BONE HOOK을 이용한 장기간 지속된 악관절 탈구의 치험. 2례. 대한구강악안면외과학회지. 1989;15:43-51.
22. Tasanen A, Lamberg MA. Closed condylotomy in the treatment of recurrent dislocation of the mandibular condyle. Int J Oral Surg. 1978;7:1-6.
23. Puelacher WC, Waldhart E. Miniplate eminoplasty: a new surgical treatment for TMJ-dislocation. J Craniomaxillofac Surg. 1993; 21:176-178.
24. 김철환, 김 훈. 재발성 측두하악관절 탈구의 외과적 교정. 대한구강악안면외과학회지. 1998;24:365-369.
25. Myrhaug H. A new method of operation for habitual dislocation of the mandible - review of former methods of treatment. Acta Odontol Scand. 1951;9:247-261.
26. 김일규, 신주호, 오성섭, 최진호, 김형돈, 오남식, 김의성. 악관절 용기 증강술을 통한 습관성 악관절 탈구환자의 치험례. 대한악안면성형재건외과학회지. 2000;22:238-242.
27. 이영준. 턱관절의 비밀1. 천안:일연 2011.
28. 이영준, 인창식. FCST 초기 역사. 턱관절균형의학회지 vol.1.