

口腔外科 領域의 小手術(Ⅲ)

Odontogenic Infection(Ⅰ)

延世大學 齒科大學 口腔外科學教室

李 義 雄

나이가 연만한 어른들은 턱밑에 切開創 痘痕을 보면 대뜸 「연주창」을 앓았느냐고 묻고 떠나며, 그原因과經過를 묻기 前에 細美的인 損傷에 대해서 걱정하는 것을 종종본다.

특히 婚期가 찬 젊은이를 보면 상당히 걱정을 하면서도, 멀리 하려고 하는 마음을 보여준다.

勿論, 文明의 發展이 가져다 준 치료醫學과, 더 나아가 預防醫學의 發展은 結核의 退治와 預防에 刮目한 成果를 주었으나 아직도 結核王國이라는 不名譽를 끗고 있는 우리 實情에서는 이러한 意識狀況이 殘存하는 것도 無理는 아니다.

그러나 이제는 이러한 結核性 淋巴腺炎에 의해 남겨진 痘痕은 드물고 오히려 齒系性 感染에 의한 腫瘍의 結果로 남겨진 痘痕이기에 안타까운 것이다.

臨床에서 가끔 頸下部, 眼窩下部, 下頸骨隅角部 및 側頭部等에 痘痕을 갖고 있는患者를 만난다.

또한 上述한 部位에, 심지어는 곧 터질 것 같은 연시 같은 樣狀을 띤, 急性膿瘍病문에 참기 어려운 痛症과甚한 肿脹으로 顔貌의 變形과 變色 및 이에 따른 機能障礙로 찾아오는患者도 많이본다.

이러한患者들은 참을 수 없는 痛症으로 不眠과, 甚한 肿脹으로 因한 咀嚼, 視覺等의 機能不全等으로 대개 2~3일을 苦痛받다 찾아오기 때문에 口腔狀態는勿論 全身狀態도 极度로 불량, 쇠약해진 狀態가一般的이다.

또 이보다 더하여, 齒牙와의 關係는 생각도 못하고, 눈을 뜰 수 없을 程度로 붓고 아프니까 眼科로, 口蓋 및 扁桃腺이 침조차 삼키기 어려울 程度로 붓고 아프니까 E.N.T로, 목을 움직일 수 없을 程度일뿐만 아니라 턱밑이 별개로 부어 오르고 아프니까 外科로 찾아가, 原因이 되는 齒牙는 생각지도 못하고, 細美的인 損傷은 고려도 않고 顔面에 切開線을 넣어 排膿시켜 버리므로 顔面의 細美的인 損傷과 함께 또다시 再發되어 오는 경우도 가끔 본다.

이와같이 齒牙를 原因으로 한 感染의 經路는 隣近周圍組織에 急性膿瘍을 形成할뿐 아니라 不幸한 경우에는 心內膜炎, 腸膜炎等의 繼發症을 慾起하여 죽음을 招來하기도 한다.

그럼으로 齒科醫師는 齒蝕齒나 齒周疾患等에 대한 限局的 啓蒙을 벗어나 이와같은, 齒牙를 原因으로 한 感染의 經路와 그 結果를 周知 啓蒙시켜야 하는 責任을 잊지 말아야 한다.

이러한 齒系性 感染은 顔頭部 領域의 感染과 마찬가

지로 血流, 淋巴 및 筋膜面을 따라 蔓延된다.

이中, 우리 온몸을 통해 存在하는 결체質 등인 筋膜은, 筋膜間에 Fascial Space를 이루고 있으며 이는 Potential area로써 正常時는 loose connective tissue로 차 있으나 感染時 쉽게 破壊되며, 나아가 感染物質로 代置되어 感染通路化된다.

이러한 關係로 齒系性 感染(Odontogenic Infection)은 fascial space를 따라 蔓延되어 膿를 形成하기 때문에 이의 解剖學的位置를熟知하고 있어야 그 經過 및豫後를 判斷할수 있고, 또한 膿의 存在時 그 位置를 確認하는 데 決定的인 役割을 한다.

또한 患者的 臨床的 容貌, 症狀 및 膿의 解剖學的位置에 대해 益熟하다면 이에대한 治療는 簡易할뿐 아니라 그 結果가 劇의 일수가 있다.

그러나 이러한 Odontogenic Infection의 外科的 處置時 꼭 銘心해야 할 原則은 다음과 같다.

1. 膿이 存在時는 排膿하고
2. 深部感染時엔 膿의 有無를 波動(fluctuation)에 依하지 말고(왜냐하면 이때의 波動은 末期에 나타나는 症狀임으로) 患者的 臨床的 症狀와 함께 肿脹의 本性과 期間에 依함이 더욱 重要하다.
3. 切開部位 決定時 考慮할 點은
 - 1) 重要한 解剖學的構造物은 避하고,
 - 2) 排膿이 充分히 될 수 있는 部位를,
 - 3) 細美的 損傷이 보이지 않는 곳을 定함이 于先 해야 함으로 可能한限 口腔內로 切開해야 한다.
4. Drain의 安定度를 높이기 위해 切開部位 한쪽에 Drain을 縫合한다.
5. 原因齒牙는, 根管治療로 保存可能하거나 또는 拔齒할 경우 明白한 病의 狀態의 悪化를 속발하는 경우 이외에는, 可能한限 빨리 拔去한다.
6. 患者的 不良한 全身狀態와 全身疾患을 檢查하여 이에 따른 治療를 併行한다.

만약 深部感染時 膿의 存在를 잘못 判斷하여 切開를 했을때는 當황하지 말고 아직 膿의 形成이 없더라도 膿이 있을 部位까지 Drain을 插入시켜, 저항이 弱한 部位로 蔓延하는 感染의 特性을 이용하여, 세로운 感染의 通路 구설을 시키면 1~2日內 자연스런 排膿을 볼수있다.

上述한 外科的 處置時의 原則下에서 Odontogenic infection을, 알기쉽게 記述하기 為해, 部位에 따라 나누워보면,

1. Vestibular space abscess (gingival abscess)
2. Palatal space abscess
3. Sublingual space abscess
4. Subperiosteal space abscess
5. Buccinator space abscess
6. Temporal space abscess
7. Pterygomandibular space abscess
8. Submasseteric space abscess
9. Parotid space abscess
10. Subcutaneous space abscess
11. Submental space abscess
12. Submandibular space abscess

13. Parapharyngeal space abscess
14. Panfacial space abscess

15. Ludwig's angina

等이며, 이들에 대해 각각 臨床的所見, 解剖學的位置 및 外科的處置(切開와 排膿)와 必要 器具等에 對해 順序대로 詳論하면 다음과 같다.

1. Vestibular space abscess (gingival abscess)

○ 臨床的所見

Vestibular infection은 어떠한 齒牙라도 原因이 될 수 있으므로 上下顎 어느곳에서나 發生하며 Vestibule은 恒常 肿脹을 보이나 顏面腫脹은 안보일 때도 있다(그림2参照)

膿은 表在性이며 뒷고있는 組織은 아주 얇기 때문에 組織은 發赤되 있으며 波動을 나타냄이一般的이다.

觸診時 痛症을 느끼며 原因齒牙는 動搖度가 甚하고 打診時 둡싸 아프다.

○ 位置: Vestibular swelling은, 侵犯部位에 따라, 그 部位의 muscle attachment에 依해 制限된다.

즉 上顎에서는, 白齒部位는 buccinator muscle, 소臼齒와 犬齒部位는 levator anguli oris muscle, 측결치와 중결치 부위는 incisive labii superioris, depressor septi 및 nasalis muscle에 의해서,

下顎에서는 上顎과 비슷하게, 白齒部位는 buccinator muscle, 小臼齒 部位는 m. depressor labii inferioris, m. depressor anguli oris, m. platysma, 측결치와 小臼齒는 m. incisive labii inferioris, m. mentalis에 의해 膿瘍이 局限되어진다(그림 1 參照).

○ 外科的處置: #11 blade로 黏膜을 前後로 약 1cm 정도 切開後 mosquito로 abscess cavity와 原因齒의 바깥 骨面에 당을 때까지 鈍切開(blunt dissection) 한 후 膿이 나올 수 있게 mosquito로 가볍게 切開部位를 벌려 排膿시킨다. 이때 Suction을 사용하면 극히 편리하다. 충분히 排膿을 시킨 후 5cc syringe에 생리식염수를

담아 切開部位를 通해 abscess cavity를 씻어내면 더욱 좋다. 다음, 준비한 충분한 길이의 rubber drain을 abscess cavity까지 插入하고 다른 끝은 切開창상밖으로 내놓은 뒤에 창상한쪽부위와 봉합하여 脱落이나 轉移를 막어준다(그림 2 參照).

2~3일간 每日 dressing을 하고 경과에 따라 격일로 dressing 한다.

2. Palatal space abscess

○ 臨床的所見: 上顎白齒가 原因齒치며 때론 측결치가 원인이 될 때도 있다.

原因齒와 인접된 구개부위에 肿脹을 보이고 점막은 發赤되 있음이 보통이고 이 部位를 觸診時 痛症을 느끼며 波動도 자주 본다. 原因齒는 動搖度가 심하고 打診反應에 陽性를 보인다.

○ 位置: 膿은 구개의 水平板(horizontal plate)과 치조골의 垂直板(vertical plate) 間에 限局化 되었고 이부위의 mucoperiosteum은 骨面과 격리되었다(그림 1 參照).

○ 外科的處置: Anterior Palatal Vessel과 平行되게 前後로 점막을 #15 blade로 切開한 후 mosquito tip이 구개골면까지 끝도록 curved mosquito로 underlying connective tissue를 뚫고 나간 다음 排膿시킨 후 생리식염수로 씻고 rubber drain을 插入後 바깥 끝 쪽을 창상부위와 봉합해준다(그림 3 參照).

이러한 Palatal space abscess는 위치가 아래로 向하기 때문에 重力에 依해 절개부위 창상이 아래로 처진 상태에 놓여 있게 되어 창상의 고정이 어렵다. 이를 해소하기 위해 미리 경상상태에서의 palatal denture를 제작하여, 약간의 空間을 두기 위해(abscess area의 肿脹때문에) abscess 부위의 denture 内面을 짜아주면 drain의 안정도 확실하고 치유과정도 빠르며, 치유에 따라 나타나는 denture內 空間은 nitrofrazone gauze로 代置시키면 더욱 豐後가 좋다. (次號 Odontogenic infection 繼續)

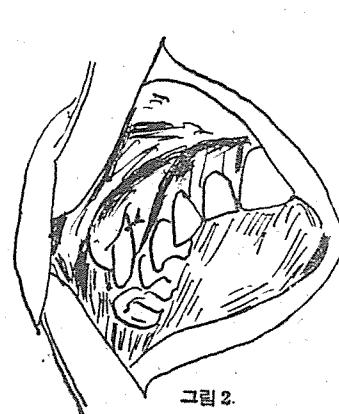


그림 2.

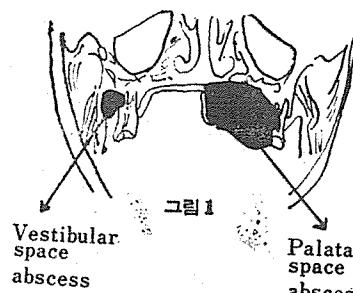


그림 1

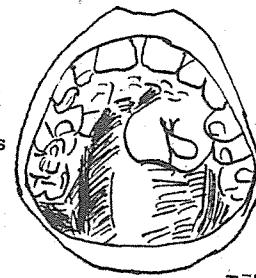


그림 3.