

□ 임상가를 위한 특집 (34)

》치과진료에 최신지견《

|   |       |
|---|-------|
| I. 악관절 기능장애 (악안면근통 기능장애증).....                  | 이 승 우 |
| II. 치과보철분야의 최근 동향.....                          | 김 광 남 |
| III. 정형외과적 교합간 Splint를 이용한<br>측두악기능장애의 치료 ..... | 윤 창 근 |
| IV. 악안면영역에서의 방사성동위원소의 이용.....                   | 이 상 래 |

I. 악관절 기능장애 (악안면 근통 기능장애증)

TMJ dysfunction 또는 MPD syndrome

서울대학교 치과대학

이 승 우

— 목 차 —

- I. 서 언
  - 악관절 기능장애 환자의 특징
- II. 악관절의 해부, 생리학적인 구조와 악안면 근통 기능장애증과의 관계
  - A. 악관절의 특징
  - B. 악관절의 구성
- III. 악안면 근통 기능장애증
  - 가. 관절낭내 장애
  - 나. 관절낭외 장애
- IV. 악관절 기능장애 환자의 진사기록
  - chart I 과 II
  - A. 예비진단 I
  - B. 예비진단 II
  - C. 예비진단 III

악관절 기능장애 환자의 특징 (character of condition) : 인류에게 발생하는 치과영역의 치주병, 치아우식증과부터 3대질환을 계속 또는 반복되어 발생하는, 악구강 영역, 인후, 머리, 목, 특히 악관절중심에서의 통증, 불쾌감등의 악관절 기능장애 (craniofacial dysfunction)를 가지고 있다. 이는 하

악골의 운동과 관련되어 불쾌감, 관련근육들의 동통과 피로로 인한 저작의 장애, 치통, 개구장애, 악관절 운동시 관절에서 발생하는 관절 잡음등을 특징 지을 수 있으며, 이들은 이따금 구강과 인후에서의 비정상적인 감각을 호소하기도 한다. 악관절 기능장애 환자에서의 관절잡음은 식사도중, 환자 자신은 물론, 청진기를 사용하지 않고도 주위의 사람에게 들리는 경우가 자주 있다.

그러나 이상과 같은 제반 증상들은 경미한 경우, 환자 자신이 무관심하게 지내버리는 경우가 허다하다. 두통과 같은 동통이 간혹 발생하는 경우에도, 반복되어 강렬하게 나타나지 않는 경우 환자들은 무관심하게 지나게 되며, 이는 개개인의 성격과도 밀접한 관계가 있다. 그러나 때로 환자들은 사소한 통증이나 증상의 발현시 과민상태가 되어 정신적인 불안과, 교차하는 악순환을 야기 시키기도 한다.

역학적으로 악관절 기능 장애와 관련된 제반 증상은 약 25%의 사람에게서 나타나는 것으로 되어 있으며, 60세 이상의 고령층에서는 90% 이상이 이 증상을 나타내고 있다. 그러나, poulsen은 어느 연령층에서나, 성별에 관계없이 발생되며, 출의 인구가 이에 해당 된다고 하고 있으며, 한국에서의 악관절 기능장애 증상의 환자들은, 그 증상이 경미할

경우에는 무감각하며, 또한 예방 및 이의 처치에 있어서 현격한 치료 효과가 단시일 내에 확인되지 않기 때문에 점차 악관절 기능 장애 환자가 누적되어 가는 것이다.

### 가. 악관절의 특징

모유류의 악관절은 파충류의 간단한 정사각형의 악관절로부터 진화되었으며, Meckel씨 연골의 잔재인 엽악인대(sphenomandibular ligament)는 추체고실열(petrotympenic fissure)을 관통하여, 내이(內耳)의 추골(malleus)과 침골(Incus)에 연결되어 다양한 기능을 나타내며, 이같은 기능장애시에는 증상을 나타내게 된다.

인류의 악관절은 다른 관절과 다음과 같은 차이점을 갖고 있다.

#### 1. 이중 관절(Double Joint) :

한 쪽의 관절이 우측으로 이동시 다른 쪽의 관절에서는 좌측 이동이 이루어 져야 운동이 가능하며, 양측의 관절은 항상 동시에 운동을 하게 되어 있어 한 쪽의 기능장애 때에는 반대 측에도 기능장애가 유발된다.

#### 2. 내압박성 관절 :

관절표면(articular surface)엔 혈관이 없는 섬유조직(avascular fibrous tissue)으로 되어있고, 그 사이엔 역시 혈관이 없고 섬유로 된 관절원판(articular disk)이 있다. 즉, 관절에서 실제 운동이 일어나는 뼈의 표면과 관절원판에는 혈관이 없는 것이다. 이것은 교합, 또는 압력에 의한 혈관공의 파열을 효과적으로 예방하며, 물리적 충격을 흡수하기 위한 것이다.

#### 3. 양측 관절의 독립성 :

치아의 교합운동時 대단히 정교한 감각성을 가진 근신경계(neuromuscular system)의 독자적인 우측 또는 좌측의 반응이 좌우의 관절에서 조화를 이루며 일어난다.

#### 4. 가동성 관절과두 관계 :

관절와(fossa)의 깊이는 기능에 큰 관계가 없으며, 실제 기능적인 관절운동은 측두골의 관절융기(articular eminence)의 후하방 경사와, 하악골 관절과두(mandibular condyle)가 관여하게 되어있다.

### 나. 악관절의 구성 :

#### 1. 측두골(temporal bone)

측두골의 관절부분은 고식부(tympanic part)의 앞쪽에 위치하며, 종이와 같이 얇은 피질성골(cortical bone)로 피복되어 있는 함요형의 관절와를 갖고 있다. 이 관절와는 전방의 관절융기(articular

eminence)후 방은의 관절후돌기(postglenoid process), 내측의 접형골의 각속(角棘)Spina angularis, 외측의 협골궁(Zygomatic arch)에 의해 경계되어 진다.

관절와에서 저작압을 지탱하기 위한 장치로 측두골의 관절융기(articular eminence)의 후방 경사면으로 부터 전방의 융기의 최대 풍용부까지, 그리고 내측으로는 내부만곡(inner curving)으로 되어있다. 관절부분은 여기에 피개된 보다 두터운 섬유조직으로 인해, 주위 관절와의 부분과 구별된다.

#### 2. 하악골 과두(mandibular condyle) :

과두는 대체로 풍용된 장방형, 또는 반구형의, 전후방으로 10mm, 내외방으로 20mm정도의 크기를 가졌으며, 내상방은 두터운 섬유결체조직으로 피복되어 있고 내면하부에는 익상근와(terygoid fovea)가 위치하여, 이곳은 외익상근이 정지하는 곳이다. 악관절의 측두골 부분과 하악골 부분은 정밀하게 서로가 대칭적으로 합일될 수 없는 형태를 갖고 있으며, 이 부조화는 관절원판(articular disc)에 의해 완충조화된다.

#### 3. 관절원판(articular disc)

관절원판은 섬유성의 평활한 조직으로 되어 있으며, 내측, 그리고 외측으로 짧은 인대가 부착되어 있어 투구모양을 이루고 있다. 중앙부분은 혈관이 없으며, 안장처럼 약간 함몰되어 있는데, 이를 중간부(intermediate zone)라고 칭한다. 앞쪽은 두터운 전방대(anterior band), 후방은 보다 더 두터운 후방대(posterior band)로 되어 있다. 후방대의 뒷부분은 중판부(Bilaminar zone)로 되어 있으며, 원판후뿔치(retrodiscal pad)라고도 한다. 중판부는 소성결체조직으로 되어 있으며, 다수의 혈관을 함유하고 있다. 관절원판의 내측부분은 외측부분보다 훨씬 두텁게 되어 있다.

#### 4. 관절낭 인대(capsular ligament)

관절 주위의 다양한 인대로 부터 지지되고 있으며, 운동시에는 늘어난다. 관절의 측방은 측두하악 인대에 의해 지지되며 이는 관절원판, 관절과두, 측두골과 긴밀한 관계를 갖고 하악골의 전후방 및 측방운동에 제한을 준다.

이 인대는 하악골의 운동에 직접 관여하지는 못하며, 다만 변연 운동(Border movement)의 조정에 관여하고 있으며, 고유 수용성(proprioception)에 중요한 역할을 한다.

관절낭 인대는(capsular ligament)관절의 압박을 받지 않는 부분에 있는 관절막을 따라 주행하며 혈관이 없는 섬유조직에 영양을 공급하고 관절낭에

유허액을 공급하게 된다.

### 5. 저작근 :

저작근은 악관절 기능장애 또는 안면근 통증등과 가장 긴밀하게 관계되고 있는 것으로, 이들 저작근에 관한 완전한 지식이 요구된다.

#### 1. 폐구근

㉠ 측두근(temporalis) : 측두와(temporal fossa)에서 기시하여 전방부는 수직으로 중양부는 전하방으로 후방부는 수평으로 각각 주행하여, 측두면(temporal space)을 덮고, 전방부(anterior fiber)는 조추돌기(coronoid process)의 전연, 중양부(middle fiber)는 침단에, 그리고 후방부(posterior fiber)는 돌로 나누어져서 조추돌기의 후연 및 하악제 3대구치 후방에서 정지를 하며, 이는 구후와(retromolar fossa)를 형성한다. 이 부분에서 왕왕 의학 처치에 의한(iatrogenic) 악안면 근통 기능장애증이 유발되며, 하악전달마취후 주로 발생한다.

㉡ 교근(masseter muscle) : 교근은 저작근중 제일 표면에 위치하고, 제일 강력한 것으로서, 협골궁(zygomatic arch)의 전방 돌에서 기시한다. 천층섬유(superficial fiber)는 후하방으로 주행하여 하악우각(angle of mandible)의 외면에 정지하며, 이근의 상부는 강력한 건(tendon)으로 되어 있어 치아의 저작에 크게 관여한다.

교근 전방부위 안면부위의 악안면 동통기능장애증(MPD syndrome)은 주로 천층섬유에서 유발되는 것이다. 심층섬유(deeper fiber)는 협골궁 후방 돌에서 기시되며, 수직 또는 약간 전방으로 하행하여 하악지(下顎枝)외면의 하악 우각부에 정지한다.

㉢ 내측 익돌근(Internal pterygoid muscle, medial pterygoid muscle) : 익돌와(ptyergoid fovea)와 구개골의 추체돌기(pyramidal process), 상악골의 상악결정(maxillary tuberosity), 외측 익상판(lateral pterygoid plate)의 내면 등지에서 시작하여 하행해서 하악각의 내면에 정지한다. 이는 교근과 같이 하악골을 지탱하고 있는 것이다.

#### 2. 개구근

㉠ 외측 익돌근(External pterygoid muscle, lateral pterygoid muscle) : 악안면 근통 기능장애에 제일 많이 관여되는 근으로서, 보다 큰 하두(inferior head)는 외측 익상판(lateral pterygoid plate)의 외면에서 기시하여 내상방의 익상근와(ptyergoid fovea)에 정지하며, 하악골을 전방, 하방, 또는 내측으로 운동하게 한다. 하악의 대부분의 개구에 관련된 습관은 외측익돌근과 관련이 있다고 대부분

의 악안면 근통 기능장애증 전문가는 말하고 있다.

적은 상두(superior head)는 접형골(sphenoid bone)의 대익(greater wing)의 측두하면(infratemporal surface)에서 기시하여 수평으로 외후방으로 주행하여 관절낭의 전내면과 관절원판의 전연에 정지한다. 외측 익돌근 수축이완의 부조화가 관절소음(clicking sound)의 주요 원인이 되는 것이다.

㉡ 악이복근전복(anterior belly of digastric muscle) : 설골체(hyoid bone)의 기저부에서부터 기시하고, 하악골의 이복근와(digastric fovea)에 정지하며, 설골상근의 하나로, 구강저를 형성하며, 제일 표층에 위치한 근이다. 설골에 부착하는 근막고리(fascial pulley)에 유착이행되며, 여기에서는 중간건(intermediate tendon)에 결합되는 것이며, 이는 약간의 개구와 후방운동에 관여한다.

㉢ 頤舌骨筋(geniohyoid m.) : 하악골 뒷부분의 頤舌骨筋棘(genial tubercle)에서 시작하여 설골체 전하면에 정지하며, 하악골의 하방, 수평운동에 관여한다.

#### 3. 기타

그외 악안면 주위의 모든 근들은 악관절 기능장애에 직접, 간접으로 영향을 주고 있으며, 위의 개구근, 폐구근의 정상적인 기능도, 기타의 근들의 정상적인 작용에 기인한 것이라고 보아야 한다.

개·폐구와 직접 관계없는 근으로서, 악관절 질병에 큰 관계가 있는 근은 흉쇄유돌근(sternocleidomastoidens muscle)인데, 흉두골(sternal head)와 쇄골두(clavicular head)에서 쌍복으로 기시하여 유양돌기(mastoideus process) 및 후두부의 커다란 건속으로 이행정지 한다. 이는 머리를 뒤로 제치며 또는 안면을 옆으로 돌리는 운동을 하게 하는 것이다.

㉣ 두정(頭頂 Vertex) : 두정은 근막에 의해 덮혀 있으며, 특별한 근육은 존재하지 않는다. 그러나 저작근은 모두 근막으로 연결되어 있기 때문에 전체적인 영향을 받기 쉽다. 특히 두정은 저작근 발달의 집결부이기 때문에 각 근의 긴장이 집결된 곳이라고도 할 수 있다. 그래서 집게손가락으로 두정을 눌러서 동통이 있는지의 여부를 확인할 수 있다.

#### 다. 악안면 근통 기능장애

인류는 출생과 동시에 모유를 빨고, 이로부터 만삭, 불만, 불안, 또는 초보적인 사회활동에 대한 것을 구강 주위의 근육등으로 표현하게 되며, 이는 성장하면서 저작, 연하, 흡인, 언어, 기타의 식생

활과 사회 생활에 직접 관여케 되는 것이다.

그러나 복잡한 사회와 이에 적응하는 인간 생활 가운데서, 개개인의 독특한 습관이 생기며, 이는 점차 부기능으로 까지 발전하게 되는 것이다.

음식물의 격별한 선호도에 의한 저작 습관의 변화로 인해, 여러 형태의 부기능이 시작되며, 이는 점차 주위 근조직, 골조직의 변화를 일으키게 되며 여기에는 정신적인 현상이 가미되기도 한다. 이같이(Bruxism)가 인류에 있어서 가진 가장 많은 저작시의 습관인 것으로 나타나 있다.

그러나 이같은 습관의 시작은 국소적인 치아의 결손, 구강점막의 질환, 치주염, 부적당한 치열상태등으로 인한, 음식물의 저작, 연하의 장애를 극복하기 위한 노력가운데 유발되기도 하며 전신적으로 뇌성마비, 간질, 근부력증, 등등이 원인이 되어 시작되는 경우도 있다. 그러나 가장 큰 원인으로서는 불안으로까지 유도된 심리적 긴장감인데 이것이 가장 많은 부기능의 발원인이 되고 있다.

Karolyi는 1901년, Costen은 1934년에 이같이(bruxism)는 정신과적인 원인에 의하여 발생된다고 기술하고 있으며, Kydd는 30명의 악관절기능장애 환자 가운데 23명이 정신과적인 원인에 의해 발병하였다고 주장하고 있다. 이같은 주장은 Ramjiord, Sicher, Schwartz, Moyer등에 의해서도 주장되었는데, 악관절 기능장애 환자의 60%에서 정신장애가 원인이 되고 있으며, 이는 신경 과민증과 유관하다고 기술하고 있다. 그외에도 weiß, Campbell, Jonas등은 고혈압, 폐경기(menopausal state), 장염, 위궤양등과도 깊은 관계가 있다고 주장하고 있다. 직업적으로 정밀한 작업을 하는 일에 종사하는 사람, 체육인, 기타 정신적인 압박을 계속 받고 있는 직업에 종사하는 경우, 구강의 특수한 버릇이 생기게 된다. 이같은 것은 초기에는 통상 담배를 깨문다거나, 안경, 연필등을 깨무는 것으로 나타난다. 이같이 전혀 무의식적으로 시작되는 현상은 정신적인 육체적인 피로후에 자주 수반되는 것이다.

이같은 행위는 초기에는 전혀 위험로운 현상이 아니며, 치료의 대상도 될 수도 없는 것이다. 이같이 함으로써 정신적인 평형을 얻게 되기 때문이다. 다만 이같은 경우 악안면 근통 및 기능장애증(M-PD Syndrome)과 깊은 관계가 있다는 것이다.

### 1. 관절낭내 장애(Intracapsular disorder)

이는 관절낭, 즉 관절낭건(capsular ligament)과 관절(joint)안에서 발생하는 장애를 뜻하는 것으로, 원인으로서는 선천성장애(congenital disorders), 외상

성(traua), 감염증(infection), 관절염(arthritis), 기능장애(functional disorders), 종양(neoplasm)을 들 수 있다.

㉠ 선천적인 장애 : 이는 흔히 볼 수 없는 경우이나, 발생된다면 생후 아주 초기에 발병하게 된다.

선천성 악관절 기능장애는 다음과 같은 것들이 있다.

㉡ 이중 과두(double condyle)

㉢ 과두 비대증(hyperplastic condyle)

㉣ 과두 형성부전증(hypoplastic condyle)

㉤ 무과두증(Agenesis of condyle, unilateral or bilateral)

### 〈진 단〉

방사선 촬영이 절대 필요하며, 필름상에서 기능장애가 되는 경조직 부분의 원인을 곧 알 수 있다.

### 〈주요증상으로는〉

① 개구의 불능 또는 개구시 통증.

② 중심교합의 부분에서도 운동의 제한이 안되며 광범위하다. 이는 과두형성부전증에서 현저하다.

③ 전방의 이개교합(open bite)을 나타내며, 입을 급히 다물거나, 중심교합을 찾지 못한다. 이는 무과두증에서 현저하다.

④ 안모의 비대칭성으로 인한 하악골의 편측이동이 있고, 개구시 장애원인이 있는 방향으로 하악골 이동이 있다.

### 〈예후 처치〉

철저한 구강외과적 과두형수술등에 이어서 물리요법 등 관리 주의를 잘하면 좋은 결과를 얻을 수 있으나, 종종 수술시의 반흔(scar)으로 인한 제한된 악골운동이 있을 수 있다.

### L. 감염증(infectious disorder)

흔하게 발병되는 것은 아니나, 대체로 주위에 만연된 감염병소로부터 이행되어 나타나는 세균의 침투에 의한 것이며, 주요증상으로는

① 발적, 종창, 발열, 그리고 전신적 권태 현상이 생긴다.

② 발병주위의 종창으로 인한 동통이 발생된다.

③ 동통과 근의 경련으로 인한 하악골 운동의 제한이다.

④ 관절내의 잡음(clicking sound)의 취지 가능하다.

⑤ 개구시 하악골의 편측전위가 온다.

이와같은 증상들은 복합으로 만들어 질 수 있으며, 방사선 상에선 정상으로 나타나는 경우가 많으며, 아주 오래된 경우에 만이 골격과괴현상을 볼수

있다.

〈예후 및 처치〉

감염증만 성공적으로 정형외과, 구강외과, 내과 등 방법으로 처치하면 예후는 좋다.

C. 관절염(Arthritis)

A. 류마치스성 관절염

이는 만성적인 질병으로 그 원인에 대하여 명쾌히 규명되어 있지 않다. 전신적으로 류마치스성 관절염이 있는 환자중에 약 8%정도가 악관절에서 증상을 나타내고 발병하며, 이는 반드시 관절내에 국한되지는 않는다. Milliken은 류마치스성 관절염이 상당히 정신적인 원인에 의하여 발병된다고 하고 있다.

〈진 단〉

류마치스성 관절염의 병력을 얻으면 큰 도움이 될 수 있으며, 방사선 상에서, 과두가 평활하게 파괴된 특징적인 상을 나타내며, 관절간격이 커지는 것을 볼 수 있다. 만일 과두의 파괴가 많이 진행된다면, 꿰구시 전방의 치아가 잘 단려지지 않게 된다.

초기에는 관절막에서 증상이 나타나며, 관절낭이 두터워지며, 내부에 삼출액이 축적되게 된다. 그러나 그러한 시기에서도 기형증상이 나타나지 않으며 동통은 약간 있을 정도이다.

주요증상으로는

- ① 침해된 관절의 동통이 발생한다.
- ② 하악골운동의 제한이 온다.
- ③ 저작의 곤란이 온다.
- ④ 개구시 하악골 편측이동이 온다.
- ⑤ 근육통이 발생한다.
- ⑥ 악관절의 종창(swelling)이 있을 수 있다.
- ⑦ 지절골(指節骨)간의 연접부의 변화가 온다.

〈예후 및 처치〉

대체로 기대할 만 하지 못하며, 대증요법을 하게 된다. 유년기에 나타나는 경우 스스로 소멸되는 수가 있다. 이를 still 씨병이라고 한다.

B. 퇴행성 골관절염(Osteodegenerative Arthritis)

악관절에 발생하는 가장 흔한 관절염으로서 관절에 가해지는 압력과, 연령의 증가에 따라 골조직의 형태변화가 일어나며, 퇴행성 병변과 악관절 강직이 일어나는 경우도 있다.

증상의 특징을 들면,

- ① 악관절 주위의 동통이 있으며, 저작근의 동통이 나타나기도 한다.
- ② 하악골의 움직임이 제한 받는다.

③ 개구시 하악골의 편측 전위가 있다.

④ 개구시 관절에 잡음(clicking sound)이 있다.

⑤ 증상은 대개 편측에만 나타난다.

⑥ 증상은 대개 오래 지속된다.

⑦ 헤버르덴 결절(Heberden's nodes)이 손가락끝미디에 생긴다. 이밖에 X-선상의 특징은 시간의 경과에 의하여 차이를 나타내게 되나 특증은 다음과 같다.

① 하악골 과두와 측두골의 관절와가 편평하게 된다.

② 극상 증식(spur)이 일어난다. 특히 과두의 전면에서 심하다.

③ 관절 간격이 좁아진다.

④ 측두골의 관절와가 얇은 형태를 나타낸다.

〈예후 및 처치〉

완전한 치료회복은 불가능하며 대증요법과 완전한 식사를 피하도록 한다.

근. 외상성 장애(Traumatic disorder)

악관절의 외상은, 치과진료시 과도한 개구를 하거나, 하품을 할 때 관절의 연조직(관절낭건, 관절원판, 관절막)의 손상에 의하거나, 타격에 의하여 발생한다. 타격에 의한 하악골 골절등은 종종 일어나는 현상이다.

〈진 단〉

하악골 과두의 골절은 동통, 비대칭, 종창, 하악운동제한, 골절된 부위로의 개구시 하악골 편위가 일어나며, 병력으로 이같은 것이 확인될 수 있다. 과두의 골절은 대개 전방으로부터 힘이 가해 졌을 때 일어난다. 그러나 이 경우, 변위는 관절내의 매우 강인한 건의 결합에 의해 거의 일어나지 않는다. 후 전위가 되는 경우 내전방의 하측두와(infratemporal fossa)로 들어가서 파절과두가 박히는 경우가 있으나 이는 익상돌근의 하두의 비대칭적인 전인력에 의해 일어나는 것이다.

병력, 방사선상, 임상적인 소견에 의해 거의 확진이 가능하다.

〈예후 및 처치〉

정확한 외과적 수술, 또는 처치로 정상으로 회복되나, 골절편 제거 시술후에는 해부학적 변형에 따른 결합이 완전히 회복된다고는 볼 수 없으며, 장기간 물리치료 및 통증에 대한 대증요법이 필요하다.

□. 아관강직(Ankylosis)

외상, 또는 감염증의 부증상으로서, 악관절부위의 강직이 발생되며, 이는 골성 강직(Bony Anky-

osis)과 섬유성 강직(Fibrous Ankylosis)으로 나눌 수 있으며, 골성 강직시는 강직부위의 움직임이 거의 불가능하며, 섬유성 강직은 다소의 탄력을 가지고 있으므로, 강제로 개구시킬 수 있다. 아관강직은 젊은층에서 많이 발생되며 안모의 비대칭이 오고, 악골은 이완된 방향으로 편위되며, 성인이 되면서 악골 왜소증(micrognathia)이 된다.

〈진 단〉

방사선상에서 과두와 측두골 사이의 간격이 없어진 것을 볼 수 있으며, 악골의 운동제한 등 골성강직은 섬유성 강직으로부터 이행되어 나타나며, 이는 방사선상에서 이같은 과정이 관찰된다.

〈예후 및 처치〉

구강외과적 수술후 하악골의 운동은 다시 가능하게 되나, 정상적인 하악골의 기능을 찾는 경우는 상당히 드물 것이다.

ㄴ. 기능장애 (Functional Disorders)

㉠ 관절원판 장애 (Disc disorders)

관절원판 자체의 병변은 관절낭내의 장애에 속하는 것이다.

〈진 단〉

원인 자체가 골절, 타격, 등의 외상, 또는 가중한 압력에 의한 관절원판의 손상, 또는 천공이 일어난 경우이다.

천공이 일어나면 동통, 관절내 잡음, 비대칭성 교합이 일어나며, 관절원판의 외측이 가장 얇은 부분이므로 가장 잘 천공된다.

〈예후 및 처치〉

구강외과적인 시술이 시행되나, 만족한 만한 결과를 얻기는 어렵다.

㉡ 아탈구 (Subluxation)

아탈구는 편측, 또는 양측에 올 수 있으며, 이는 하악골 과두가 측두골의 관절융기 (articular eminence)를 넘어서 나오는 경우를 말한다.

제자리로의 회복은 대부분의 경우 저절로 일어나는 생리적인 운동범주의 것이다.

〈진 단〉

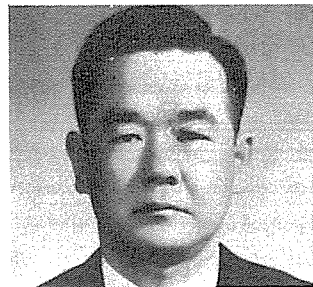
㉠ 관절잡음은 제일 중요한 증상이며, 이는 하악골이 골체운동 (Bodily movement)으로 전방으로 이동할 때 특히 심하게 발생된다. 즉, 이는 관절융기와 과두사이의 정교한 해부생리학적 관계가 이루어지지 않는다.

# 大成齒材株式會社 大成通商株式會社로 商号變更

齒科醫學發展에 크게 寄與한바 있는 大成齒材株式會社가 今般 大成通商株式會社로 그 商号를 4月 1日字로 變更한다.

大成通商株式會社は 앞으로 齒科器材需給의 円滑과 適正을 期함으로써 齒科商工人 으로서의 使命을 完遂할 것을 다짐하고 있다.

〈住所 및 電話는 從前과 같음〉



〈朴 鍾 允 社長〉