

V. 치주치료후 관리법

서울대학교 치과대학 치주과학교실

부교수 한 수 부

1. 서 론

과거에 치과치료는 주로 질환을 유발시키는 병인을 제거하기 보다는 오히려 질환에 의해 야기된 결함부위를 회복시키는 데 주안점을 두어 왔다.¹⁾ 그러나 최근에 구강미생물학 및 장기간에 걸친 포괄적 임상연구의 도움으로 이러한 개념은 바뀌어 가고 있으며, 현재는 대증요법과 더불어 병인을 억제하는 계속관리(maintenance care)도 동등하게 중요시 여기고 있다.^{2,15)}

치주질환의 경우에도 예외는 아니어서 진단 및 예후가 결정된 후 설정된 치료계획에 따라 술자는 이에 부합되는 보존적 또는 외과적 술식을 시행하게 되지만, 아무리 훌륭한 술식을 적용했다 하더라도 질환에 대한 계속관리가 이루어지지 않거나 또는 환자 자신이 구강위생에 유의하지 않는다면 일시적으로 보이는 임상적 치료효과 마저도 수포로 돌아가 중국에는 질환의 재발을 초래할 수 있다.¹⁶⁾ 그러므로 치주치료 후 환자 개개인의 구강건강 상태를 장기간 유지하려면 치료에 앞서 환자의 협조도, 치아에 대한 관심도, 치주질환에 대한 이해도, 치아보존에 대한 욕구정도 및 생활환경과 경제력 등을 고려하여 개성에 맞는 계속관리지도를 하여야 한다.

계속관리계획에 있어서 가장 중요한 사항은 치태관리로서 현재까지 화학적 치태관리법에 있어서 현저한 발전이 있었다 하더라도 병인균을 완전히 영구적으로 제거하기란 임상적으로 불가능한 실정이므로, 잇솔질 및 이에 관련된 기계적 방법이 적절한 구강위생을 유지하는 가장 실용적인 방법으로 되어 있다.¹⁵⁾

한편 치주질환은 이전에 이환된 부위 및 시술부위에 국소적으로 재발하려는 성향을 갖고 있으며, 활동기(active phase)와 비활동기(inactive phase)를 거치는 만성 파괴성 염증성 질환이므로^{13,14)} 아직까지 한가지 치료방법으로 질환을 치료 또는 예방할 수는 없지만, 치주질환의 처치가 완전히 치주낭의 제거보다는 치주질환의 비활성화를 유도하여 이를 장기간 지속시키려는 노력이 경주되고 있는 것이 최근의 경향이라고 볼 때 치주치료 후 계속관리의 중요성은 매우 크다고 본다.

이에 저자는 계속관리의 이론적 근거, 계속관리 계획 및 수반되는 기술상의 문제점 등에 관하여 논하고자 한다.

2. 본 론

(1) 계속관리의 이론적 근거

일반적으로 치주치료 후 계속관리는 Initial therapy(=Phase I therapy)가 끝난 직후에 시작되며, 치료 후 치주조직의 건강을 유지하기 위한 모든 술식-치태관리를 위한 구강위생교육, 환자의 요구에 따른 주기적인 치과방문, 치주조직의 상태 및 수복물 등의 점검, 선택적 교합조정, 치과방사선사진촬영-들이 포함된다.

치주질환의 치료는 술자에 의하여 제 아무리 잘 시행되고 만족할 만한 효과를 얻었다고 할지라도 환자와 술자의 적절한 계속관리가 이루어지지 않으면 질환의 재발을 초래한다. 치주치료 후 질환이 재발되는 가장 큰 요인 중의 하나는 불완전한 치태관리에서 비롯된다. 치료 후 치주낭 내에 잔존되어 있던 치은연하 치태로 인하여 치주낭의 연조직벽에 염증반응이 일어나 지속적으로 치주부착조직의 상

실이 초래된다. 그러나 치은연하 치태의 재성장은 매우 서서히 진행되어 일정기간이 경과된 후에라야 비로서 임상적으로 진단이 가능해진다. 이러한 사실은 치주질환의 처치 후에 야기되는 치아상실에 관하여 연구 보고한 Hirschfeld와 Wasserman¹⁶⁾, 치은연하 치태의 관리 후에 일어나는 조직학적 치유양상을 보고한 Waerhaug¹⁷⁾ 등에 의해 입증된 바 있다.

치주질환의 치료는 치주낭 내면상피와 결합상피(Junctional epithelium)를 완전히 제거하여 결합조직이 치근표면에 재부착이 되게 하고 따라서 치주낭을 완전히 제거하는 것이 대원칙이라고 말할 수 있지만 실제로 치주낭 내면상피와 결합상피를 완전히 제거한다는 것은 극히 어렵다. 치주낭 내면상피와 결합상피가 완전히 제거되지 않았을 경우 치은상피가 치주낭을 따라서 재빠르게 증식함으로써 말미암아 결합조직의 재부착은 어려워지고, Caton 과 Zander¹⁸⁾, Stahl¹⁹⁾, Stahl등²⁰⁾이 지적한 바와 같이 긴 결합상피(Long junctional epithelium)의 부착으로 치유된다. 이러한 긴 결합상피는 신생 결합조직 부착 보다 외부의 자극에 대하여 더 약하므로 만일 적절한 계속관리가 이루어지지 않으면 질환이 재발될 가능성이 있다.

최근 Tagge등¹⁾, Axelsson과 Lindhe²⁾, Listgarten등³⁾, Lang등⁴⁾, Hages등⁵⁾, Helldén등⁶⁾, Knowles등⁷⁾, Mousqués등⁸⁾, Morrison등⁹⁾, Badersten등¹⁰⁾, Hill등¹¹⁾은 계속관리에 수행되는 보존적인 치료술식, 즉 개별구강위생교육, 주기적인 치석제거술과 치근활택술로 상당한 임상적 변수들의 개선, 미생물군의 변화 및 조직학적 변화 등을 기대할 수 있지만, 가장 중요한 것은 치료 후 정기적인 구강검사와 환자 자신에 의한 치태관리로서 이를 게을리 할 경우 질환의 재발율이 높다고 보고하였다. 이는 미래의 치과시술에서 통상적인 치과치료가 만성 치주질환의 치료에서는 비효과적인 방법이라는 것을 암시해 주며, 치료 못지 않게 질환에 대한 계속관리도 중요하다라는 것을 인식시켜 주고 있다.

(2) 계속관리계획(Maintenance program)

치주치료를 받은 모든 환자들은 전문적인 계속관리를 요한다. 계속관리의 정도는 질환의 심도, 개인구강위생수에 있어서 환자의 숙련도 및 동기유발 정도, 우식활성도, 치태와 치석의 형성속도, 질환에 대한 감수성, 치주조직 및 전신적인 건강상태, 환자의 생활환경과 경제력 등을 고려하여 이루어져

야 하며¹²⁾, 이러한 계속관리의 핵심은 환자의 주기적인 치과방문(Recall)이다. 환자의 주기적인 치과방문 일정은 환자나 술자의 요구에 따라 달라질 수 있지만 여러가지 이유로 통상 3~6개월 간격으로 이루어진다.

계속관리시 주기적인 치과방문 일정에 따라 모든 환자에 대해 똑같은 술식을 적용하는 것은 어리석은 일이지만 일반적으로 적용되는 양식은 다음과 같다.¹⁴⁾

- ① 과거의 병력, 임상적 진단 및 처치내용에 중점을 두고 환자의 질병카드를 간단히 고찰한다.
- ② “Interim medical history” 또는 “Interim dental history”를 조사한다.
- ③ 현 치주조직의 상태에 대한 간단한 임상적 점검사와 더불어 교합상태 및 구강위생정도의 재평가, 구내방사선사진 촬영을 시행한다.
- ④ 선택적 교합조정을 시행한다.
- ⑤ 환자에 대한 구강위생교육을 실시한다.
- ⑥ 치석제거술, 치근활택술, 임상적 치관의 연마 및 불소도포를 시행한다.
- ⑦ 부가적인 치료(새로운 치주치료, 재치료 또는 수복치료 등) 여부를 결정한다.
- ⑧ 다음 치과방문을 위해 환자와 재약속한다.
- ⑨ 수복치료를 포함한 필요한 부가적인 치료를 수행할 치과의사와 상담을 실시한다.

한편 Long-cone paralleling technique 또는 Period-identical devices, Fixott-Everett grid를 이용한 주기적인 치과방사선사진 촬영은 치주질환에 이환된 치근표면에 일어난 연조직의 재부착 양은 정확히 나타내 주지는 않지만, 질환의 심도에 따른 치조골의 변화상태를 비교·평가하는데 도움을 준다.

치과방사선사진 촬영은 실제로 치주치료가 끝난 직후에 시행되어야 한다는 견해를 보이는 일부 저자들이 있지만, 일반적으로 치조골이 적용된 술식에 대한 반응을 보이기에 충분한 시간인 3개월 후가 더 적합하다고 본다.¹⁴⁾ 그러나 주기적인 치과방사선사진 촬영은 환자 개인의 초기 질환의 심도에 따라 분류하여 계속관리에 임하는 것이 바람직하다. 특히 골 이식술 또는 intrabony technique에 의해 치료된 부위와 같은 술자와 환자가 관심을 보이는 부위는 통상 6개월 마다 적어도 1년에 한번 시술부위에 대한 구내사진 촬영이 필요하다고 본다.

(3) 계속관리시 주의를 요하는 기술적 문제점

계속관리시 요구되는 치료로서는 치석제거술, 치근활택술 및 deep scaling with root planing, stannous fluoride를 이용한 구강세척 등을 들 수 있지만, 특별히 주의를 요하는 부위와 이러한 부위에 대한 기구조작시 부딪히게 되는 여러가지 기술적인 문제점 들이 나타난다.

① 치주치료 후 가벼운 탐침시 출혈을 보이지 않거나 상피가 치근에 견고하게 부착되어 있는 경우 반드시 치근활택술을 시행할 필요는 없다. 오히려 반복되는 치근활택술은 치아의 지각과민 증상을 유발시킬 수 있으므로 임상적 치관의 연마 및 구강위생의 재교육만으로도 충분하다고 사료된다.

② 치근면이나 치경부의 지각과민은 거의 모든 치주치료 후에 나타나는 후유증으로 현재로서는 지각과민의 발생기전에 대한 충분한 지식이 결여되어 있는 실정이다. 이 지각과민에 대하여 여러가지 약제가 사용되고 있지만 효과는 기대에 미치지 못하고 있다. 흔히 보조요법으로써 paraformaldehyde, strontium chloride, sodium monofluorophosphate 등의 약제를 함유하고 있는 지각과민용 치약, 수산화 칼슘의 국소도포, 불소치약, 불소용액, 불소 이온도입법 (iontophoresis) 등의 형태로 불소이용, corticosteroids의 국소도포 등이 실제로 임상에서 응용되고 있다.

③ 치근이개부가 치주질환에 이환된 치아들은 치료 후에도 그 예후를 장기간 관찰하여야 한다. 이개부위의 치아형태의 이상이나 치은의 염증유무를 관찰하고, 특히 이개부위의 치태관리 상태를 확인하는 것이 중요하다. Proxabrush, Stimudents, Pipe cleaners, Perio-Aids 등의 치태관리에 필요한 각종 기구를 환자에게 추천하고 그 사용법을 철저히 교육시켜야 한다. 특히 계속관리시 유의해야 할 사항은 치태관리 상태의 평가, 치은의 염증유무, 치주낭 유무와 부착치은의 폭경, 외상성 교합의 유무, 치과방사선사진을 통한 치조골의 상태, 치근우식증의 유무, 치태관리에 대한 환자자신의 능력 평가 등이다.

④ 치주질환에 이환된 치아들에 광범위한 수복치료를 시행한 경우 특히 치은의 증식에 대단히 민감한 것으로 보인다. 흔히 계속관리시 치은열구가 점차로 깊어지는 것은 치주부착조직(attachment apparatus)의 상실보다는 오히려 치은의 증식으로 인한 것으로, 이는 치은성형술에 의해 쉽게 해결될

수 있다.

⑤ 매우 근접되어 있는 두개의 전치들의 인접면, 하악전치부의 만곡된 협·설면, 치아의 한 면에 국소적으로 좁은 입구를 갖고 있는 치주낭, 최후방치아의 원심면 등은 치태관리에 적절한 기구를 선택하여 계속관리에 임하는 것이 바람직하다.

3. 결 론

Total patient care의 관점에서 볼 때 계속관리는 치주치료의 가장 중요한 국면으로서, 계속관리의 빈도(frequency)와 정도(quality)에 따라 잔존치아의 운명이 결정된다고 보아도 과언이 아니다.

계속관리시에 얻어진 모든 임상적, 방사선학적 소견을 토대로 필요한 예방 또는 수복치료를 시행하게 되며, 이때 치태관리에 주안점을 두고 이루어져야 한다. 특히 환자로 하여금 계속관리요원의 일원이라는 사실을 주지시키는 것도 치주치료 후 성공적인 관리를 위해서 필요하다.

(참고문헌을 정리하여 주신 서울대학교 치과대학 치주학교실의 정석준선생에게 깊은 감사를 드립니다.)

참 고 문 헌

1. Tagge, D.L., O'Leary, T.J., and El-Kafrawy, A.H.: The clinical and histological responses of periodontal pockets to root planing and oral hygiene. *J. Periodontol.*, 46: 527, 1975.
2. Axelsson, P., and Lindhe, J.: Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. *J. Clin. Perio.*, 5: 133, 1978.
3. Listgarten, M.A., Lindhe, J., and Helldén, L.: Effect of tetracycline and/or scaling on human periodontal disease. Clinical, microbiological, and histological observations. *J. Clin. Perio.*, 5: 246, 1978.
4. Lang, N.P., Morrison, E.C., Löe, H., and Ramfjord, S.P.: Longitudinal therapeutic effects on the periodontal attachment level

- and pocket depth in beagle dogs.-I. Clinical findings, *J. Perio. Res.*, 14: 418, 1979.
5. Hagues, T.P., Caffesse, R.G., and Odont: Gingival changes following scaling, root planing, and oral hygiene. A biometric evaluation. *J. Periodontol.*, 49: 245, 1978.
 6. Helldén, L.B., Listgarten, M.A., and Lindhe, J.: The effect of tetracycline and/or scaling on human periodontal disease. *J. Clin. Perio.*, 6: 222, 1979.
 7. Knowles, J.W., Burgett, F.G., Nissle, R.R., Shick, R.A., Morrison, E.C., and Ramfjord, S.P.: Results of periodontal treatment related to pocket depth and attachment level. Eight years. *J. Periodontol.* 50: 225, 1979.
 8. Mousqués, T., et. al.: Effect of scaling and root planing on the composition of human subgingival microflora. *J. Perio. Res.*, 15: 144, 1980.
 9. Morrison, E.C., Ramfjord, S.P., and Hill, R.W.: Short term effects of initial, non-surgical periodontal treatment (Hygienic phase). *J. Clin. Perio.*, 7: 199, 1981.
 10. Badersten, A., Nilvéus, R., and Egelberg, J.: Effect of nonsurgical periodontal therapy. I. Moderately advanced periodontitis. *J. Clin. Perio.*, 8: 57, 1981.
 11. Hill, R.W., Ramfjord, S.P., Morrison, E.C., Appleberry, E.A., Caffesse, R.G., Kerry, G.J., and Nissle, R.R.: Four types of periodontal treatment compared over two years. *J. Periodontol.*, 52: 655, 1981.
 12. Chace, R.: Retreatment in periodontal practice. *J. Periodontol.*, 48: 35, 1977.
 13. Carranza, F.A.: *Glickman's Clinical Periodontology*. 6th Ed. Saunders Co., 946-952, 1984.
 14. Schluger, S., Yuodelis, R.A., and Page, R.C.: *Periodontal disease*. Lea & Febiger Co., 704-721, 1978.
 15. Schmid, M.O.: The maintenance phase of dental therapy. *Dent. Clin. Nor. Am.*, 24: 379, 1980.
 16. Hirschfeld, L., and Wasserman, B.: A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J. Periodontol.*, 49: 225, 1978.
 17. Waerhaug, J.: Healing of the dento-epithelial junction following subgingival plaque control. *J. Periodontol.*, 49: 119, 1978.
 18. Caton, J.G., and Zander, H.A.: The attachment between tooth and gingival tissues after periodic root planing and soft tissue curettage. *J. Periodontol.*, 40: 462, 1979.
 19. Stahl, S.S.: Repair potential of the soft tissue-root interface. *J. Periodontol.*, 48: 545, 1977.
 20. Stahl, S.S., et. al.: Gingival healing. IV. The effects of home care on gingivectomy repair. *J. Periodontol.*, 40: 264, 1969.

깨끗한 생활환경 아름다운 도시환경

◁ 대한치과의사협회 사회정화추진위원회 ▷