

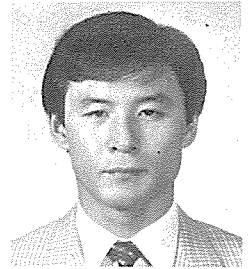
임상가를 위한 특집 (114)

《치수염의 효과적인 치료》

- I. 급성 치수염의 발수 또는 보존의 판단.....홍 찬 의
- II. 발수후 치근막염의 예방최 기 운
- III. 급성증상이 있는 나머지치수의 적절한 제거법조 규 증
- IV. 발수후 치근막염의 치료윤 수 한

I. 급성 치수염의 발수 또는 보존의 판정

단국대학교 치과대학 보존학 교실
조교수 홍 찬 의



치수염이란 치수조직에 염증이 발생한 상태를 말하며 크게 2가지, 즉 적절한 보존치치에 의해 원래의 정상치수로 되돌아갈 수 있는 가역성 치수염(Reversible Pulpitis)과 다시는 정상치수로 되돌아갈 수 없는 비가역성 치수염(Irreversible Pulpitis)으로 분류할 수 있으며 다시 비가역성 치수염을 염증의 상태 및 동통의 특징에 따라 급성 치수염과 만성 치수염으로 분류한다.

급성 치수염이란 여러 원인에 의해 치수조직이 손상받아 급성 염증이 발생한 것을 말하며 급성 염증이 발생되면 치수강내에 삼출물(Exudate)이 출현하고 이에 따라 치수내압(Intrapulpal Pressure)이 증가하여 주위치수 신경을 자극함으로써 간헐적 또는 지속적인 동통을 유발시키는 것이 특징이다. 일단 급성 치수염이 발생하면 외부원인요소를 제거해도 동통이 소실되지 않고 정상치수로의 환원이 불가능하기 때문에 치수의 일부를 절단하거나 완전히 발수하여야 한다. 그러나 급성 치수염의 초기에는 가역성 치수염인 치수충혈(Hypere-

mia : 우식이나 외상, 교모, 마모등에 의해 상아질이 노출시 찬것, 단것, 신것, 혹은 와동형 성시의 열자극 등의 외부자극에 의해 치수조직에 일시적인 염증이 발생하고 동통이 발생하나 외부원인요소를 제거하면 동통이 소실되고 정상치수로 환원된)의 증상과 유사하기 때문에 환자가 동통을 호소할 때 치수치료를 해야할 것인가 혹은 보존적 치료를 해야할 것인가를 정확히 판단하기가 어려울 때가 많다.

그러므로 환자가 내원시 유안검사, 동통의 history에 관한 문진, X-ray, 전기치수검사 및 온도검사등을 통하여 환치의 상태를 정확히 진단하여 이에 적절한 치료술식을 시행하여야 할 것이다.

□. 원인

우식에 의한 치수노출 및 세균침입이 가장 일반적인 원인이나 치수의 저항한계를 넘는 어떤 외부자극(열적, 화학적, 기계적 자극, 외상)도 급성·치수염의 원인이 될 수 있다. 대

개 치수충혈의 원인이 급성 치수염의 원인이 되므로 치수충혈이 발생시 조기에 적절한 보존 치료를 하여야 한다.

②. 증상

급성 치수염의 초기에는 치수충혈과 유사한 증상, 즉 차가운 음식, 달거나 신 음식, 저작시 우식와동으로 음식물의 압박, 반대로 Suction등의 음압등에 의한 외부자극에 의해 중등도의 동통이 발생된다. 또한 머리를 움직이거나 달리거나 허리를 구부리는 등의 위치변화에도 동통이 유발된다. 그러나 치수충혈과는 달리 동통의 크기가 크고 외부원인을 제거해도 한 동안 동통이 지속되며 때로는 외부원인 없이도 자발통이 간헐적으로 발생하기도 한다. 대개 이 시기에는 환자가 심한 동통을 호소하기는 하나 참지 못할 정도는 아니며 진통제를 복용하면 어느정도 동통이 완화된다. 또한 이 시기에는 환자 스스로 환치를 지적할 수 있으며 간혹 연관통(Referred pain)도 발생하나 빈도는 적다.

급성 치수염의 말기에는 동통이 더욱 심해져 밤잠을 못잘 정도까지 되기도 한다. 치수내가 더욱 화농성이 되어 치수내압이 초기보다 증가하기 때문에 더운 음식에 의해 동통이 증가하며 얼음같은 차가운 것에 의해 동통이 일시적으로 완화되기도 하다. 이 시기에는 진통제를 복용해도 동통이 완화되지 않으며 환자가 환치를 구별하지 못할 정도로 동통범위가 광범위하게 발생되며 안면부위에 연관통도 많이 발생하게 된다. 이 시기에는 치수강만 개방시켜도 치수내압이 줄어 들어 동통이 씻은듯이 사라진다.

③. 진단

일반적으로 육안관찰시 우식이나 외상등에 의해 치수노출을 볼 수 있거나 방사선 사진에서 치수에 근접한 우식이나 이장재가 없는 충전물, 혹은 보철물등을 관찰할 수 있다. 그러나 때때로 깊은 우식이나 충전물없이도 외상이

나 강한 교합압에 의한 crack등과 같은 다른 원인에 의해서도 급성 치수염이 발생할 수 있다. 환자의 상태가 치수충혈인지 초기치수염인지 혹은 초기치수염인지 말기치수염인지는 방사선 사진으로는 알 수 없으므로 정확한 진단 및 치료를 하기 위해서는 동통에 대한 history, 온도검사나 전기치수검사같은 치수생활력검사를 시행하는 것이 좋다.

초기치수염때는 치수충혈때와 마찬가지로 전기치수검사시 정상보다 낮은 수치에서, 온도검사시 차가운 것에 동통반응을 나타내며, 말기치수염때는 전기치수검사시 정상보다 높은 수치에서, 온도검사시 뜨거운 것에 동통반응을 나타내게 된다. 염증이 치근단까지 파급된 경우에는 타진에도 동통반응을 나타내게 되며 방사선 사진에서 간혹 치근막의 비후(thickening)를 관찰할 수도 있다.

④. 치료

원칙적인 치료방법은 발수이나 염증의 파급 정도 및 치근단 완성유무에 따라 약간 달라질 수 있다.

1. 초기치수염으로써 치근단이 미완성인 경우 ;

치근단이 미완성인 경우에는 통상적인 근관 치료가 힘들므로 치수의 Vitality를 유지시켜 정상적인 치근단을 완성시켜야 한다. 초기치수염때는 정확히 판단하기는 힘들으나 대개 염증이 근관내까지는 파급되지 않고 치수강내에만 국한된 경우가 많으므로 무균적으로 치수강을 개방 후 염증치수만 제거 후 칼슘-하이드록사이드나 F.C로 Pulpotomy를 시행하여 치근단 완성을 유도한다. 일단 치근단이 완성되면 환자의 증상유무, 환자의 건강상태 및 치아의 해부학적 난이도 등을 고려하여 근관치료를 할 것인지 그냥 둘 것인지 결정한다.

2. 초기치수염으로써 치근단이 완성된 경우 ;

이 때는 치근단이 완성되어 있으므로 처음부터 발수 후 근관치료를 시행하는 것이 원칙이

다. 그러나 해당치아의 해부학적 난이도나 근관치료에 대한 술자의 숙련도 등을 고려하여 우선 Pulpotomy를 시행하여 그 예후를 관찰한 후 최종적인 치료방법을 결정할 수도 있다.

3. 말기치수염으로써 치근단이 미완성인 경우 ;

치근단이 미완성이고 염증이 근관내까지 파급되어 있으나 치근단 일부에 치수가 살아 있는 경우가 많으므로 치근단 부분의 치수의 Vitality를 유지시켜 역시 치근단 완성을 유도해야 한다(Apexogenesis). 치근단이 완성되면

다시 치수강을 개방 후 근관치료를 시행한다. Apexogenesis술식이 실패시는 완전 발수 후 칼슘-하이드록사이드로 근관을 채워 치근단 완성을 유도(Apexification)한 후 근관치료를 시행한다.

4. 말기치수염으로써 치근단이 완성된 경우 ;

이 때는 비록 치근단에 일부 Vital한 치수가 존재한다 하더라도 완전 발수 후 통상적인 근관치료를 시행한다.