

기 획 연 재

전신질환과 치과질환

서울대학교 치과대학 구강진단학교실

교수 이 승 우

목 차

1. 빈혈(Anemias).

- (1) 철 결핍성 빈혈(Iron-Deficiency Anemia).
- (2) 거대 적아구성 빈혈(Megaloblastic anemia).
- (3) 만성 질환시의 빈혈(Anemia of Chronic Disease).

- (4) 재생 불량성 빈혈(Aplastic Anemia).
- 2. 용혈성 빈혈(Hemolytic Anemia) : 선천성과 후천성.
- 3. 파립구 이상(Disorders of Granulocyte tes).
- 4. 지혈 및 출혈이상(Hemostasis and Bleeding disorders).
- 5. 수혈(Transfusion) : 혈액성분 요법.

구강질환의 합리적인 관리는 질병의 원인규명을 바탕으로 예방과 치료가 이루어 져야 한다. 구강의 발생학적, 생리화학적 복잡성 때문에, 구강질환에 대한 정확한 이해가 어려우므로 치과진료실에서의 진료 행위는 상당한 제한된 것이었고 불안정한 것이었다.

치아의 지지경조직, 연조직, 기타 구강에 영향을 주는 제반질환의 합리적인 관리가 구강내과학적으로 우선되어야 할 것이다.

치과의사는 백혈구나 적혈구에 이상이 있는 환자는 치료하는 경우에 주의하여야 할 점이 많으므로 환자의 병력, 임상검사 및 예비검사등에 의하여 이러한 질병을 발견할 수 있어야 한다.

이러한 환자에서는 비정상 출혈, 치유 지연, 감염 혹은 점막 궤양이 나타나기 쉽다. 더구나 이들 중 어떤 질환은 치명적으로 이런 환자를 찾아내어 치과처치를 하기전에 내과 의사에 보내어 진단, 치료를 받게 해야 한다. 환자 자신이 질환에 대해 알고 있고 내과적 처치를 받고 있는 경우라도 의사와 협의가 없이는 어떠한 치과적 처치라도 피하도록 하는 것이 좋겠다.

이에 이러한 혈액질환들의 원인과 증상, 치료법등을 간단히 소개하여 수차에 걸쳐 연재하도록 하겠다.

여기에 연재된 내용들은 어떤부분에서는 너무 자세하게 기술된 내용도 없지 않으나 조금이나마 환자 치료에 도움이 되었으면 하는 바램이다.

VI. 임상적인 양상

철 결핍의 증상과 징후로는 피로, 심계항진, 이명, 두통, 혀의 아픔, 창백 빈맥과 무해한 수축성 심잡음 등이 있다. 비장의 머리부위가 환자의 10%

정도에서 손으로 만져진다. 스폰형 손톱(Koilonychia)은 영국에서 굉장히 흔하지만 미국에서는 매우 드물다. 이들 증상과 징후가 다른 류의 빈혈에서는 굉장히 흔한 반면에 스폰형 손톱은 그렇지 않다. 이 미증(pica)은 철 결핍에만 나타나는 유일한 증상이고

빈혈이 발생되기 이전에도 존재해 왔으리라 짐작된다. 이는 억지로 세탁용 풀이나 진흙 혹은 얼음을 먹게된 결과로 나타나기도 한다. 이마증(pica)은 치료를 시작한 후 며칠 안에 그 증상이 멈춘다. 철 결핍을 가진 많은 환자들이 특별한 증상이 없었을지라도 그들은 치료가 시작된 후 더 기분 좋게 느낀다는 것을 인정한다. 증상이 안 나타나는 것은 철 결핍이 매우 천천히 진행됨을 의미하며 몸이 적은 양의 철에 적응하는 능력이 있음을 보여주는 것이다.

VII. 실험 결과

일반적인 실험 검사에서 혈청내 ferritin 농도는 종종 혈액 헤모글로빈 농도, 적혈구 수, 적혈구 지수, 혈청내의 철, TIBC(총 철 결합 용량), 적혈구 모양 등이 정상일 때에도 철 결핍을 의미한다.

골수의 프러시안 블루 염색 표본을 조사해보면 이 또한 철 결핍을 나타내준다. 철 결핍이 더 심해지면, 더한 비정상들이 거의 다음과 같은 순서로 나타난다. 1) anisocytosis(부동세포증) 2) microcytosis(소 적혈구증), 3) elliptocytosis(타원구증) 4) hypochromia(혈색소 감소) 5) 혈청내 혈색소 농도의 감소 6) 낮은 혈청내 철 농도와 7) transferrin(트란스페린)의 낮은 농도 등이다.

표 1-3은 이들 검사의 비용을 비교한 것이다.

표 1-3. 철 결핍 진단의 비용 비교

진 단 순 서	비 용
병력과 신체검사	150불(\$)
총 혈(감별혈구 계산은 제외)	9불
내과의사에 의한 혈액 피막 재검사	48불
혈청 페리틴	31불
혈청내 철과 총 철 결합 능력	26불
골수 검사(철 염색)	360불
흉부 방사선, 후전방 입체촬영	33불

*1986년 9월 Mayo 임상 숫자에 기준한 근사치이다.
가격은 각 기관마다 다르다.

A. 적혈구 형태

염색된 혈액 피막 검사는 철결핍의 초기에는 형태

학적 변화가 나타나지 않는데다가 혈색소 감소와 소 적혈구증 같은 고정적인 증상은 다른 많은 질병들에서도 특징적으로 나타나기 때문에 둔하고 부정확한 진단 방법이다. 경미한 소적혈구증은 혈액 피막을 현미경학적으로 조사할 때 종종 보이지가 않는다. 소적혈구증은 종종 이형적혈구증(poikilocytosis)과 부동세포증으로 나타난다. 타원구증은 약간 두드러지게 나타난다. 부적당하게 명명되고 있는 “연필모양 세포”라고 하는 길고, 담배모양을 한 적혈구도 나타난다. 소적혈구증의 적혈구들은 정상 적혈구들 보다 더 얇다(즉 그들이 leptocyte 인 것이다) 얇은 적혈구는 정상 적혈구들이 운반될 때 보다 더 가볍게 수송되기 때문에 그들의 혈색소가 감소된 것처럼 보인다.

부동세포증은 염색된 혈액 피막을 현미경으로 관찰하거나, 자동화된 입자계산기에 의해 계산된 적혈구 크기의 다양함을 측정함으로써 명백히 알아낼 수 있다.

여러 기계들이 적혈구 분포 넓이(RDW)나 적혈구 지수(RCMI)를 계산하는 데에 다양한 방법으로 사용된다. 이런 기준들이 모두 같지는 않으므로 어떻게 그런 계산들이 나오는지 사용자가 이해하지 못한다면 신용할 만한 결과를 얻지 못한다. RDW가 정상 값보다 더 많은 thalassemia에서 보다는 철 결핍성에서 더 많이 나타난다. 헤마트랙(Hematrak)이라는 기구는 Price-Jones 곡선을 그리는데 이는 염색된 혈액피막을 현미경적으로 조사하여 얻어진 적혈구 직경의 분포를 나타낸 것이다. Price-Jones 곡선의 결과는 적혈구 분포를 자동기계에서 알아냈던 것 보다 더 일정하지 않게 나타났다.

B. 적혈구 지수

이는 표 1-4에 나타나 있듯이 혈중 헤모글로빈 농도, 적혈구 수, 헤마토크리트(hematocrit)등으로 계산한다.

그러나 오늘날에는 대개의 검사실에서 자동화된 기계로 측정된다.

표 1-4, 1-5에서 보듯이 대부분의 이러한 기구들은 직접 RBC, Hb, MCV를 측정할 뿐 아니라 이런 자료들로부터 ‘지수값’을 산출할 수 있다.

표 1-4 적혈구 지수

$$MCV(fL) = \frac{Hct}{RBC} \times 10$$

$$MCH(pg) = \frac{Hb}{RBC} \times 10^6$$

$$MCHC(gm/L) = \frac{Hb}{Hct} \times 0.1$$

$$Hct(\%) = MCV \times RBC \times 0.1$$

MCV = 평균혈구용적(mean corpuscular volume)
 MCH = 평균혈구 헤모글로빈(mean corpuscular hemoglobin)
 MCHC = 평균혈구 헤모글로빈 농도(mean corpuscular hemoglobin concentration)
 Hct = 헤마토크리트(hematocrit)
 Hb = 헤모글로빈 농도(hemoglobin concentration in gm/dl)
 RBC = 적혈구 수(erythrocyte count $1\mu l$)

표 1-5 적혈구 측정법과 지수의 비교

	Manual	Automated
측정치	Hb	Hb
	RBC	RBC
	Hct	MCV
지수	MCV	Hct
	MCH	MCH
	MCHC	MCHC

Hb=헤모글로빈 농도, RBC=적혈구 지수, Hct=헤마토크리트
 HCV=평균혈구용적, MCHC=평균 혈구 헤모글로빈,
 MCHC=평균혈구 헤모글로빈 농도

이탈릭체는 수동과 자동의 차이를 나타낸다. 어떤 자동기구는 수동식기구와 같이 Hct와 MCV를 측정한다.

측정법과 계산법의 변화는 중요한 임상학적 결과를 가져온다.

이러한 기술의 변화에서 평균 헤모글로빈 농도는 철 결핍성 빈혈에서는 적절한 측정법이 못된다. 그 이유는 심한 경우를 제외하고는 거의 정상치를 나타내기 때문이다. 반면에 HCV는 철 결핍성 빈혈의 정확한 측정법이다.

평균혈구용적(MCV)과 평균헤모글로빈(MCH)은 일치된 비례적인 변화를 갖는다.

Hct, MCH와 MCHC는 Hb, RBC, MCV를 산출하거나 기구 측정시를 제외하고는 별 필요가 없게 되었다. 예를 들면 지방혈증시 혈액이나 적혈구 침

강시에 비정상적인 변화가 측정시 나타난다.

그리고 이러한 비정상인 “지수”로 나타난 측정치(Hb, RBC, HCV)를 비교함으로써 확인할 수 있다(표 1-6).

표 1-6 적혈구 지수

원인	영향					
	Hb	RBC	Hct	MCV	MCH	MCHC
적혈구침강	-	L	L	H	H	H
지방혈증	H	-	-	-	H	H

Hb=헤모글로빈 농도, RBC=적혈구 수, Hct=헤마토크리트
 MCV=평균혈구용적, MCHC=평균 혈구 헤모글로빈,
 MCHC=평균혈구 헤모글로빈 농도
 -=변화없음, H=증가, L=감소.

C. 혈중 ferritin 농도

이는 철분저장 영역의 크기를 나타낸다. 그리고 낮은 수치는 철분 결핍을 나타낸다. 그러나 결과는 철 결핍과 이에 동반하는 여러증상들에 의해 영향을 받는다.

그러므로 결과에 대한 여러가지 해석이 있을 수 있다.

만성 염증성 질환, 임신, 간손상 등에 의해 수치는 증가할 수 있다.

Gaucher씨 질환은 높은 혈중 ferritin 농도로 특징되어진다. 그러므로 혈중 ferritin 농도는 철 결핍이 류마티스성 관절염, Gaucher씨 질환, 만성임파구성 백혈병, Hodgkin씨 질환, 간염 등 다른 질환이 같이 나타날 경우 증가할 수 있다.

가상적인 혈중 ferritin 농도의 증가는 철분 함유약제를 투여한 후 수 주일후나 iron dextran의 비경구 투여 후 수 주후에 나타날 수 있다. 혈중 ferritin 농도의 정상범위는 검사실간의 측정방법에 따라 다를 수 있다.

D. 혈청내 철분함량, 총 철 결합능력(TIBC), 트랜스페린(Transferrin)

혈청내 철분농도의 측정과 혈청내 총 철 결합능력(TIBC)과 트랜스페린의 %포화도 등은 철결핍을 진

단하기 위하여 널리 사용되어 왔다. 빈번히 철 결핍 환자에게도 정상치가 측정되어 진다. 더욱이 이는 신체적 차이, 염증성 질환의 동반, 철분을 포함한 약물의 투여등에 의해서도 크게 영향받기 때문에 이러한 검사는 극히 제한된 진단학적 유용성만 있다.

E. 골수 검사

Perls' Prussian blue 염색법을 이용한 골수의 현미경학적 검사는 철결핍 진단에 가장 믿을 만한 검사법이다. 가끔 숙달되지 못한 검사자에 의해 골수내에서 염색된 상당량의 철분의 존재를 간과하는 수가 있다. 숙련된 검사자도 확실하게 확정짓기 어렵다. 염색된 대부분의 철분은 hemosiderin 안에 존재한다. 왜냐하면 ferritin은 물에 녹기 때문에 고정시에 씻겨 나간다.

hemosiderin은 불규칙한 덩어리 모양으로 조직구 내에 존재하거나 조직편의 제작중 조직구가 용혈되어 자유롭게 흩어져 존재한다.

푸르게 염색된 구나 줄모양의 구조는 염색시 생긴 것이다.

hemosiderin 이온외에 푸르게 염색된 철분을 함유한 과립이 정적아구(normoblast)의 세포질에서 발견된다(약 20%). 이 철분과립은 siderosome 이라고도 불리는 세포질 리소좀내 ferritin이다. 철분과립을 포함하는 정적아구를 sideroblast라고 한다. 정상 sideroblast는 이러한 과립들을 세포질내 불규칙적으로 1개 혹은 그이상 가지고 있다.

철결핍시에는 이러한 hemosiderin과 sideroblast가 존재하지 않는다. hemosiderin이 존재하는데 sideroblast가 존재하지 않는 경우, 만성질환 즉, 만성염증이나 임신등에 의해 정적아구에 의한 철분흡수에 장애가 일어남을 예상할 수 있다.

철결핍 환자에서 역설적으로 정상치이거나 증가된 골수내 철분함량을 갖는 수가 있다. 이러한 상태는 환자에게 iron dextran 치료를 하였기 때문이다.

환자에 따라서 iron dextran을 아주 늦게 대사시킨다.

이러한 경우 지속적인 빈혈, 저 염색성(hypochromia), 미세세포성증식(microcytosis), 낮은 혈청내 철분농도, 낮은 트랜스페린 포화도, 낮은 혈청

ferritin 농도, 정상 혹은 증가된 골수내 철분등이 나타난다. 이러한 환자는 적당한 경구 철분 투여 치료가 요구된다.

F. 백혈구와 혈소판

백혈구와 혈소판 수치가 정상치를 나타내더라도 10%의 경미한 백혈구 감소증 환자에서 철 결핍을 나타낸다. 백혈구 수치는 적어도 $3.0 \times 10^9/\text{liter}$ 이상이고 감별치도 정상이다. 드물게 과분절화된 중성구가 보이나, 이는 Vit. B₁₂나 엽산염의 결핍으로 인한 결과일 것이다.

혈소판 수치도 철 결핍된 어린이에게서 자주 증가되어진다. 성인에서는 대개 정상이나 증가나 감소를 보이기도 한다.

G. 기타 검사법

1. 자유적혈구

protoporphyrin 측정(free erythrocyte protoporphyrin : FEP)은 특히, 소아과 영역에서 철결핍의 유용한 임상검사법이다. FEP 농도는 철 결핍이나 납 중독시 증가한다. 그러므로 이 검사법은 두가지 모두를 의미한다. 지중해성 빈혈에서는 FEP값은 정상치를 보이므로 이 검사는 소 적혈구성 빈혈의 감별진단에 유용하게 쓰인다.

검사법은 간단하며 적은양의 혈액표본만이 필요하다.

2. 혈청 transferrin 농도의 면역학적 검사

철을 배위자로 총 철 결합능력에 이용한다. 결과는 비슷하다. transferrin의 농도는 총 철 결합능력에 0.7을 곱하여 mg/dl 로 표시한다. transferrin 농도는 철 결핍 환자에서 정상이거나 증가한다. transferrin 농도의 면역학적 검사의 장점은 총 철 결합능력의 측정에 사용하는 시로의 양보다 적다는 것이다.

VIII. 감별진단

A. 만성 질환시 빈혈

이는 전형적인 소적혈구성 빈혈로써 철 결핍성 빈혈과 구별되지 않는 적혈구형태의 변화를 보인다. 이것은 염증이거나 암 존재시 장석아구에 의한 철 흡수나 이용에 장애를 받기 때문이다. 대개 만성질환의 존재는 알 수 있으나 때로는 신장암 같은 경우에는 분명치 않다.

전형적으로 두가지 경우 모두 혈중 철 농도는 낮으나 총 철 결합 용량은 만성질환 환자에게는 감소하는 반면 철결핍시에는 정상이거나 증가한다.

결과적으로 transferrin 포화농도도 만성질환 환자에서는 정상이고 철 결핍성 빈혈에서는 낮다. 만성질환은 혈중 ferritin 농도를 증가시킨다. 만성질환과 철 결핍성 빈혈이 같이 존재하는 경우 혈중 ferritin 농도는 정상이다. 빈혈과는 무관한 적혈구 침강속도의 증가도 만성질환시의 빈혈을 진단하는데 도움이 된다. 자주 이 두가지 질환의 감별진단에 골수의 철 함량을 측정하는 방법이 쓰인다.

B. 지중해성 빈혈(Thalassemia)

이는 철 결핍성빈혈과 매우 유사한 형태를 보이며 형태학적으로 구별하기 힘들다. 두가지 모두 저 염색성과 소 적혈구성 증식을 보인다. 대상세포는 대개 지중해성 빈혈환자에서 잘 나타나나 경우에 따라 철 결핍성 빈혈환자의 혈액에서는 볼 수 있고 지중해성 빈혈환자에서는 보이지 않을 수 있다. 치밀한 호염기성 반점과 다 염색성이 지중해성 빈혈의 진단에 도움을 준다. 그러나 이러한 소견도 지중해성 빈혈형질의 반수에서만 보인다. 지중해성 빈혈을 알아내는데 중요한 단서는 다음과 같다. 철결핍성 빈혈에서는 RBC수 감소와 함께 소적혈구성 증식을 보이는 반면, 지중해성 빈혈에서는 심한소혈구성 증식과 함께 정상이거나 증가된 RBC수를 보인다. 더군다나 지중해성 빈혈 형질에서는 철결핍성빈혈에서는 볼 수 없는 빈혈을 동반하지 않는 소적혈구성 증식을 보인다.

HbA₂의 농도의 적정은 HbA₂농도의 증가를 수반

하는 β 지중해성 빈혈의 진단에 도움을 준다. 그러나 철결핍성 빈혈이 β 지중해성 빈혈과 같이 나타날 때 HbA₂는 정상으로 나타나고 β 지중해성 형질의 진단은 철분결핍의 치료후에 가능하다.

1. 철결핍성빈혈을 지중해성 빈혈과 같은 다른 종류의 빈혈과 구별하는 방법은 다음과 같다.

$$DF' = [MCV - (5 \times Hb)] - RBC - K$$

Hct가 plasma trapping을 위해 보정되었다면 K값은 3.4이고 그렇지 않으면 K값은 8.4이다.

DF'수치는 철 결핍성 빈혈에서 1.0이상이고 지중해성빈혈에서는 1.0이하이다. 이러한 판별식의 타당성은 철 결핍성 빈혈환자와 지중해성 빈혈환자의 상대적인 숫자에 의존한다.

2. 철결핍성빈혈에서는 적혈구대소부동증(anisocytosis)이 지중해성 빈혈에서 보다 많다. RDW는 철결핍성환자에서 정상보다 크고 지중해성 빈혈환자에서는 정상이다.

3. 혈중 ferritin 농도의 측정은 대개 단순성 철 결핍성 빈혈을 지중해성빈혈과 구별할 수 있다.

C. 혈색소 병증(Hemoglobinopathies)

HbE나 Lepore 등은 소적혈구성증식이나 저염색성 적혈구로 특징지어진다. 염기성 반점과 다염색성은 이러한 혈색소병증의 환자에게는 보이지 않는다. 또한 대상세포들도 다양하지 않다. 이러한 상태들의 진단은 헤모글로빈 전기영동법이 사용된다. 이는 철결핍시에는 음성으로 나타난다.

Hb Köln과 같은 불안정한 헤모글로빈은 거대 세포성 증식, 다염색성, 망상세포성증식을 동반한 적혈구의 저 염색화를 보인다.

Hb H는 α 지중해성 빈혈에서 볼 수 있는 불안정한 헤모글로빈이다.

Hb H병변은 역시 저 염색성, 미세세포성 증식, 다염색성, 망상세포성증식, 적혈구의 염기성 반점등을 보인다.

D. 만성간질환

Laennec씨 간질환과 같은 만성간질환에서는 혈액에서 등근 거대세포와 대상세포를 볼 수 있다. 반면에 얇은 거대세포나 미세세포로 혈액내에 관찰되어 철결핍성 빈혈과 혼동될 수 있다. 하지만 만성간질환 환자에서는 혈중 ferritin 농도가 정상이거나 증가하므로 철결핍과 구별할 수 있다.

그러나 철결핍성 빈혈은 식도혈과의 출혈이나 위염등으로 인한 만성간질환을 유발할 수 있다. 이러한 경우 혈중 ferritin 농도는 손상된 hepatocyte에서 나오는 ferritin에 의해 정상이거나 증가될 수 있다.

E. 만성 신 질환

저 염색화된 미세세포증식이 만성염증성 신 질환이나 철결핍에 의하여 관찰될 수 있다. 게다가 철결핍은 만성신질환과 같이 나타날수 있는데 이는 반복된 투석등에 의한 결과이다. 혈액검사와 혈중철농도, 총 철 결합능력의 측정도 이들 질환의 감별에 도움이 되지 못한다.

혈중 ferritin 농도도 정상이다. 철 결핍의 확증은 골수 철분 농도의 측정이 요구된다.

IX. 치 료

A. 원칙

1. 철결핍의 원인을 알아내고 만약 그 원인이 혈액손실이면, 해부학적인 병소의 위치와 근원을 알아낸다.
2. 가능하다면 원인을 제거한다. 예를 들면 우유를 먹는 어린아이의 음식을 바꾸거나 출혈하는 소장의 종양을 제거한다.
3. 적당한기간동안의 알맞은 대증요법을 실시한다.
4. 치료에 대한 반응을 살핀다.

B. 혈액손실의 원인 확인

1. 일반적인 혈액손실의 원인은 표 1-2에 잘 나타

나 있다. 때때로 혈액손실의 원인은 명확하나 그렇지 않은 수가 더 많다. 젊은 여성에게서 철분 결핍의 원인은 과다한 월경이나, 환자의 과다한 정도의 인식은 믿을만 하지 않다. 혈분의 원인은 소화기계통의 출혈에서 기인함을 알 수 있다. 그러나 출혈된 혈액의 양은 매우 적어서 배설물의 색깔을 변화시키지 못하는 경우가 많다. 화학적 검사법이 요구된다.

2. 상부소화기계통의 출혈은 검은적색의 혈분을 나타내는 반면 직장출혈이나 치질등은 밝은 적색의 혈분을 보인다.

3. 혈분의 존재만이 소화기계통의 출혈을 증명하는 것은 아니다. 객혈도 또한 출혈을 증명하여 준다.

4. 출혈부위의 조사는 방사선학적 검사, 내시경검사등을 들 수 있다. 방사선상에 부위를 식별하려면 병소는 적어도 지름이 수 밀리미터이어야 한다.

C. 외과적 수술

치질이나 폴립 같은 출혈병소는 외과적인 절제가 필요하다.

D. 경구투여 치료

철분은 경구적 혹은 비경구적으로 투여가능하다.

표 1-7에서 보듯이 단순 일가철염의 투여가 비용이 적게들고 안전하다. 더군다나 이러한 치료는 내성이 크고 효과적이다.

E. 비경구적 철분치료

철분은 비경구적으로 수혈이나 iron dextran 형태로 투여될 수 있다. 비경구적투여의 적응증은 다음과 같다.

1. 충분한 용량의 경구철분 투여가 불가능할 때
2. 소장에서의 흡수불량, 광범위한 소장의 절제

표 1-7 여러가지 철분치료법의 비교

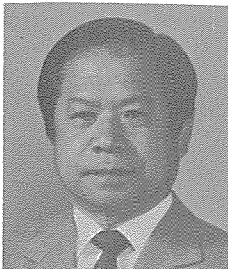
	경 구 투 여		비 경 구 투 여	
	Pills (일가철)	Steak	수혈 (packed RBC)	Iron dextran
철분함량 단가 (\$/gm Fe)	66mg/pill 1.00	1mg/oz 250.00 * ¹ / ₂	1mg/ml 600.00	50mg/ml 145.00
맛	보통	아주 좋음	-	-
효율	매우 좋음	보통	좋음	좋음
독성	부부 불편	체중증가	발역, 황달, AID, 속	발열, 비장비대, 무균성 뇌막염, 혼반

심미치과학회와 미형치과학회 통합키로 초대회장에 이재현교수 선출

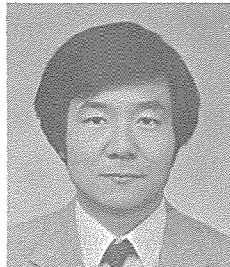
대한심미치과학회와 대한 미형치과학회는 심미치과학의 새로운 발전을 모색하기 위한 방편으로 양 단체를 통합하기로 결정한 바 있다.

이에따라 두 학회는 지난 7월 6일 라마다 르네상스호텔에서 학술대회 및 정기총회를 개최하고 새로운 학회의 명칭을 『대한심미치과학회』로 결정하는 한편 초대회장에는 현 단국대 치대 학장인 이재현 교수를 선출하고 부회장에는 유영준 원장과 최목균교수를, 감사엔 정재영, 이기택씨를 선출했다.

또한 전 미형치과학회 회장을 지냈으며 새로운 「대한심미치과학회」의 부회장으로 선출된 유영준(고은이치과 원장)씨는 두 단체의 통합배경에 대해 「치의학의 동일한 내용을 서로 다른 단체에서 따로 연구한다는 모순의 틀을 깨고 상호 긴밀한 협조와 화합으로 새로운 치의학학을 발전시킨다는 기본명제 아래 심미·미형치과학회가 탄생된것」으로 밝히고 앞선 치의학의 습득과 정보의 입수, 또 그를 위한 국제교류의 활성화를 위해 노력할 것을 다짐했다.



<이재현 회장>



<유영준 부회장>



<최목균 부회장>