

세균 및 진균감염에 의한 구강점막질환

일반적으로 구강점막질환은 타액으로 인한 습윤, 식사 등으로 인한 기계적 자극, 구강내 상주균으로 인한 혼합감염 등을 받기 쉬워서 결과적으로 발현된 병소는 조직병리학적으로 비특이적 만성 염증상태를 나타내는 경우가 많으나, 실제 그 원인은 다양하다. 구강점막질환의 원인별 체계에 따른 분류중 특히 세균 및 진균 감염에 의한 구강점막질환에 대해 요점중심으로 살펴보고자 한다.

세균 및 진균 감염에 의한 구강점막질환 가운데 대표적인 예는 급성 괴사성 궤양성 치은염(急性壞死性潰瘍性齒肉炎, acute necrotizing ulcerative gingivitis), 구강칸디다증(口腔칸디다症, oral candidiasis), 구강결핵증(口腔結核症, oral tuberculosis), 구강매독(口腔梅毒, oral syphilis), 방선균증(放線菌症, actinomycosis) 등이다.

(1) 급성 괴사성 궤양성 치은염(急性壞死性潰瘍性齒肉炎, acute necrotizing ulcerative gingivitis)

정의 : 일반적으로 치은 변연부조직에 비교적 국한성의 괴사성 궤양성 위막성 병변을 나타내는 급성 구강감염증의 일종으로서, 일명 빈센트 감염(Vincent's infection), 참호구강염(trench mouth)으로도 불리운다.

원인 : 확실하지는 않지만 먼저 만성 변연성 치은염(chronic marginal gingivitis)이 존재하고, 여기에 어떤 전신적 배경(비타민 B 복합체 또는 비타민 C의 결핍, 혈액성 질환, 내분비질환, 정신적 요인, 심한 피로감 등) 아래 갑자기 치은 조직의 저항력이 떨어지면서 방추균, 스피로헤타균에 의한 혼합감염이 야기된 것으로 추측되어 진다.

증후 : 성인, 특히 청년기에 호발하며, 전신적으로 오한, 체온상승, 두통, 권태감이 있으며, 국소적으로는 변연치은, 특히 치간유두부 주변의 현저한 발적, 종창에 이어 조직괴사에 의한 궤양형성, 위막형성 및 출혈성 구취가 있다(그림 1). 심한 자발통 및 접촉통으로 인한 음식섭취곤란을 가져오며, 타액분비가 증가하고, 많은 경우 악하부 임파절이 증대되며, 경도의 압통이 있다.

전북대학교 치과대학 구강진단·구강내과학교실
교수 신금백



그림 1. 급성 피사성 궤양성 치은염

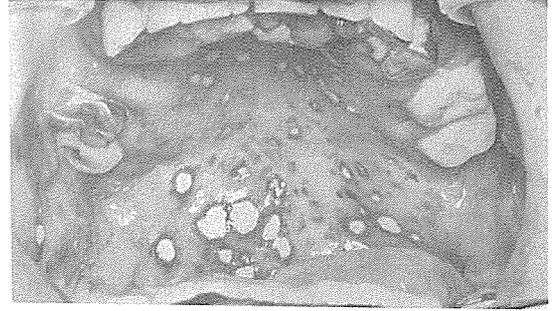


그림 2. 구강칸디다증(구개)

진단 : 앞에서 언급한 전신적, 국소적 증후와 함께 백혈구증가증, 무과립구증, 급성백혈병 등에 대한 혈액학적 소견 유무를 종합하여 판단한다.

치료 : 전신적으로 안정을 취하고 증상에 따라 항생제 투여를 하며, 국소적으로 항생제연고도포, 구강세정을 한다. 단, 혼합감염임을 고려하여 스테로이드 전신투여 또는 스테로이드연고 단일 국소도포는 금기이다.

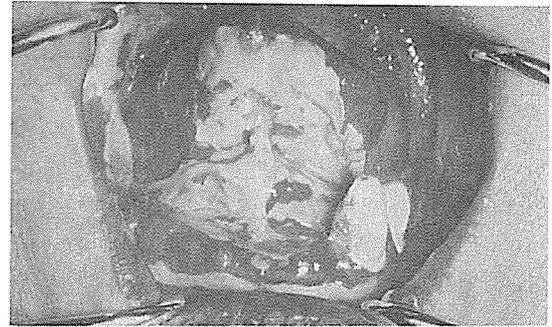


그림 3. 구강칸디다증(혀)

(2) 구강칸디다증 (口腔칸디다症, oral candidiasis)

정의 : 진균에 속하는 *Candida albicans*에 의한 구강점막감염증으로서, 모닐리아증(monilia-sis)으로도 불리운다.

원인 : 구강내 상주균의 일종인 *Candida albicans*는 병원성이 약해 건강인에게 구강칸디다증이 발생하는 일은 거의없으나, 일반적으로 어떤 전신적 질환(혈액질환, 결핵, 당뇨, 면역부전증, 악성종양 등)을 갖고있는 경우, 또는 영유아, 노인, 임신부 등의 경우, 또는 항생요법에 의해 구강내 상주균의 균형이 깨져 균교대현상이 야기된 경우에는 구강칸디다증이 발생한다.

증후 : 대표적 유형인 급성 위막성(acute pseudomembranous)의 경우 혀부, 구개, 구순 및 혀의 점막에 호발하며, 백태가 고립성 또는 산재성으로 나타나 서로 유합하여 광범위하게 확대된다(그림 2, 3). 백태는 잘 벗겨지며, 출혈을 일으키기 쉽다. 이 시기에 음식섭취에 의한 심한 동

통을 나타낸다.

진단 : 앞에서 언급한 증후와 함께 *Candida albicans* 검출소견, 가성균사와 효모양균체에 대한 조직병리학적 검사소견 및 면역혈청학적 검사소견 등을 종합하여 판단한다.

치료 : 2% sodium bicarbonate 용액으로 구강세정을 하며, nystatin 연고를 국소도포한다. 중증의 경우에는 amphotericin B를 전신투여 한다. 또한 소인이 되는 전신질환을 갖고 있는 경우에는 해당 전신질환에 대한 적절한 치료가 병행되어야 한다.

(3) 구강결핵증 (口腔結核症, oral tuberculosis)

정의 : *Mycobacterium tuberculosis*에 의한 구강점막감염증이다.

원인 : 구강점막은 결핵균에 대한 저항력이 강

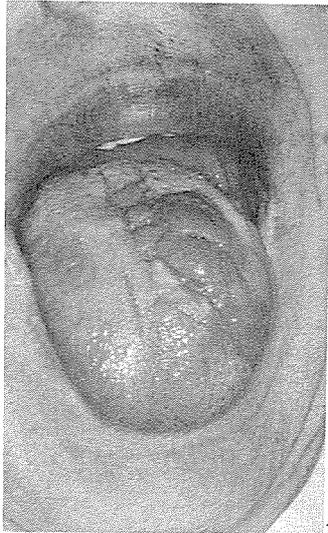


그림 4. 구강결핵증(혀)

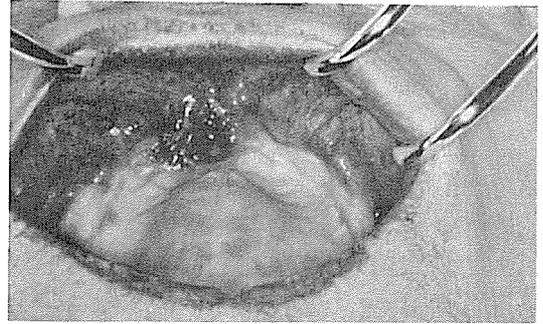


그림 5. 구강결핵증(치조점막)

하여 1차감염은 극히 드물고, 2차감염에 의한 것이 대부분이다. 2차감염의 원인이 되는 원병소는 대부분 폐결핵이며, 기타 소화기결핵 등이 관내성, 혈행성, 임파행성 등으로 일어난다.

증후 : 1차감염의 경우에는 치은, 발치와 협점막, 구순 등에 호발하며, 비특이적으로 크기가 다양한 결절이 생겨서 궤양으로 진행한다. 일반적으로 무통성이고 출혈성이며, 관련 임파절의 종창을 동반한다. 한편 2차감염의 경우에는 혀, 구개, 구순 등에 호발하며(그림 4, 5), 대표적 유형인 궤양성 결핵의 경우 변연이 불규칙한 표재성 궤양이 단발 또는 다발로 발생한다. 궤양저는 작은 과립상이며, 회황백색태로 덮여있고 강한 접촉통이 있다.

진단 : 앞에서 언급한 증후와 함께 객담, 타액, 국소병소 등의 도말과 배양에 의한 결핵균 검출 소견, 건락피사, 유상피세포, Langhans형 거대세포를 특징으로 하는 조직병리학적 소견, 기타 다른 장기의 결핵이환 유무조사, 활동성 또는 잠행성 결핵의 판정, 흉부X선 촬영검사, Tuberculin 반응검사 및 적혈구침강속도검사 소견을 종합하여 판단한다.

치료 : 전신적으로는 Isoniazide(INH), Streptomycin(SM), Para-amino-salicylic acid(PAS) 등의 1차약 병용을 시행하며, 난치성의 경우에

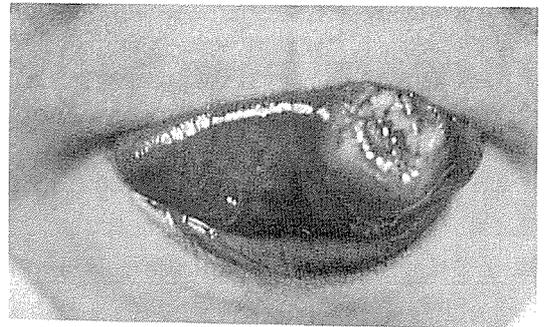


그림 6. 구강매독(제1기) : 하감

는 Ethambutol(EB), Rifampin(RFP) 등의 2차약이 사용되기도 한다. 또한 전신적으로 안정을 취하면서, 식이요법을 시행한다. 국소적으로는 SM, INH의 국소주사 또는 SM, RFP의 분말이나 연고의 도포요법이 시도되기도 한다.

(4) 구강매독 (口腔梅毒, oral syphilis)

정의 : *Treponema pallidum*균 감염에 의한 만성 육아종성 질환이다.

원인 : *Treponema pallidum*균이 구강성교 등에 의해 전염되거나 태아가 자궁내에서 감염(선천성 매독)되기도 한다.

증후 : 구강매독에는 후천성의 제1기~제3기 매독 및 선천성 매독이 포함된다.

제1기 매독 - 매독균이 감염된 구순, 편도, 설첨에 초기경결, 경성하감(chancres)이 나타난다(그림 6).



그림 7. 구강매독(제2기) : 점막반



그림 9. 방선균증 : 협부경결, 화농



그림 8. 구강매독(선천성 매독) : Hutchinson's teeth



그림 10. 방선균증 : 협부경결, 화농, 배농

제2기 매독 - 7~8주 경과 후 매독균의 혈행 감염에 의해 전신에 확산되어, 구순, 경구개, 혀, 협점막 등에 점막반(mucous patch)이 나타난다(그림 7).

제3기 매독 - 연구개, 경구개, 설배 등에 고무종이 나타난다.

선천성 매독 - 감염시기와 정도에 따라 다르며, 구각부 중심의 깊은 균열상의 반흔(Parrot's furrow), Hutchinson's teeth(그림 8)를 나타낸다.

진단 : 앞에서 언급한 증후와 함께 *Treponema pallidum*에 대한 세균학적 검사, 매독혈청반응검사 소견 등을 종합하여 판단한다.

치료 : penicillin계, cephalosporin계 또는 tetracycline계에 속하는 항생제를 투여한다.

(5) 방선균증(放線菌症, actinomycosis)

정의 : 주로 *Actinomyces israelii*의 감염에 의

한 만성염증이다.

원인 : 먼저 화농성 염증병소가 존재하고 여기에 *Actinomyces israelii*가 침입하여 야기되는 것으로 알려져 있다.

증후 : 20대 이후의 청장년층에 호발하며, 감염경로는 극히 일부를 제외하고는 치성이 많다. 보통 치조골염의 증상이 선행하며, 전형적으로는 협부 경결과 개구장애를 나타낸다. 경결은 부분적으로 연화되어 농양을 형성하며(그림 9, 10), 배농치료에 대해서도 경결은 그대로인 채 다른 부위에 농양을 형성한다.

진단 : 앞에서 언급한 증후와 함께 농에서의 회백색과립(균괴)에 대한 세균학적 검사소견, 병소로부터 소파된 육아조직에서의 균괴에 대한 조직병리학적 검사소견 등을 종합하여 판단한다.

치료 : penicillin계, cephalosporin계 항생물질의 투여가 효과적이되 증상이 일단 개선되어도 약 1~2주간은 추가로 투여할 필요가 있다. 또한 병소로부터 육아조직을 소파해 내는 것도 효과적이다.

참고문헌

1. Little, J. W. and Falace, D. A. : Dental Management of the Medically Compromised Patient, 3rd ed., The C. V. Mosby Co., 1988.
2. Lynch, M. A., Brightman, V. J. and Greenberg, M. S. : Burket's Oral Medicine, Diagnosis and Treatment, 8th ed., J. B. Lippincott Co., 1984.
3. McCarthy, P. L. and Shklar, G. : Diseases of the Oral Mucosa, 2nd ed., Lea & Febiger, 1980.
4. Strassburg, M. and Knolle, G. : Diseases of the Oral Mucosa - A Color Atlas, Buch-und Zeitschriften-Verlag "Die Quintessenz", 1972.
5. 大韓口腔內科學會 譯編 : 口腔粘膜疾患- 診斷과 治療, 高文社, 1988.
6. 李勝雨 外 : 口腔診斷學, 第四版, 高文社, 1990.