

구강에 발생한 급성 및 만성 궤양성 병소의 치료 : 증례보고

조선대학교 치과대학 구강내과학교실

홍성주 · 강승우 · 안종모

구강내 궤양성 병소는 다양한 원인에 의해 발생하나 그 임상적 소견이 서로 유사하여, 병소의 진단이 쉽지 않다. 구강내 궤양성 병소를 진단할 때 임상가는 환자의 병력을 세밀하게 청취해야 하며, 전신질환과의 관련성을 고려해야 한다.

본 증례에서는 다형홍반, 천포창, 대선양 반응 및 아프타성 구내염으로 임상진단 된 급성 및 만성 구강내 궤양성 병소를 진단하고, 약물치료를 통해 증상의 호전을 보인 예를 보고자 한다.

주제어: 궤양성 병소, 다형홍반, 아프타성 구내염

I. 서 론

구강점막은 얇기 때문에 수포가 형성되면 궤양으로 빠르게 진행된다. 이렇게 형성된 궤양은 치아나 음식물에 의해 외상을 받기 쉬우며, 구강내 세균총에 의한 2차적인 감염에 쉽게 노출된다. 반면에 재발성 아프타성 궤양이나 편평태선(lichen planus)과 같은 질환으로 인하여 발생한 구강내 궤양은 수포 형성 없이 만성적인 형태로 나타나며, 치유되는 기간이 길기 때문에 환자들이 일상생활에서 겪는 고통은 의외로 크다고 볼 수 있다. 이와 같이 구강내에 발생한 궤양성 질환들은 다양한 원인들로 인하여 발생하는데 임상적으로 매우 유사하여 치과의사는 구강점막의 궤양성 질환을 진단할 때 어려움을 느낀다. 일반적으로 구강의 궤양성 병소의 진단과 치료는 간단한 병력청취와 임상적 소견을 근거로 이루어지는 경우가 많으므로, 정확한 진단과 치료를 위해서는 신중한 병력청취와 임상적 정보수집이 요구되며, 유사 질환과의 감별 진단을 위한 추가적인 검사도 필요할 수 있다.

구강의 궤양성 병소는 급성/만성 여부, 병소의 재발 여부, 병소의 단일성/다발성 여부로 구분되며, 그 종류로는 아프타성 구내염, 천포창, 유천포창, 편평태선, 바이러스 감염, 다형홍반과 같은 질환 등이 있다.¹⁾

본 논문은 2008년 조선대학교 치과병원 구강내과에 구강내 궤양성 질환으로 내원한 2명의 환자에 대한 증례보고를 통해 구강에 발생한 급성 및 만성 궤양성 병소의 진단 및 치료에 대하여 알아보고자 한다.

II. 증 례

1. 증례 1

1) 주소 및 병력

2008년 6월 16일 광주광역시 소재의 조선대학교 치과병원 구강내과에 만 20세의 남자가 입 안이 혈었다는 것을 주소로 내원하였다.

환자의 진술에 의하면 2008년 6월 3일부터 이틀간 녹용을 포함한 한약을 복용하였으며, 2008년 6월 5일 감기증상과 유사하게 타액 연하시 인·후부의 통증이 발생하였다고 한다.

당시 구강의 궤양은 심하지 않았다고 하였다. 같은 달 6, 7일 이비인후과와 내과에서 시행한 임상검사상 특이소견은 없었다고 한다. 이 기간 동안 고열로 인해 광주광역시 소재의 종합병원 응급실에 2회 내원하였으며, 궤양은 증상이 더 심해졌다고 한다. 같은 달 8일 상기 주소로 종합병원에 입원하여 항생제 및 진통

교신저자 : 안종모

광주광역시 동구 서석동 421

조선대학교 치과대학 구강내과학교실

전화: 062-220-3896

Fax: 062-234-2119

E-mail: jmahn@chosun.ac.kr

원고접수일: 2009-01-16

원고수정일: 2009-02-20

심사완료일: 2009-03-03

제를 이용한 약물치료와 가료를 시행 받았으며, 혈액 검사에 이상소견은 없었다고 한다.

구강내과 내원 당시 환자는 연하시 통증, 열감을 호소하였으며, 통증으로 인한 섭식장애와 구강저 전방 부로의 타액 저류를 호소하였다.

2) 임상검사

좌, 우측 협점막, 상순점막에 걸친 다수의 궤양과 구강내의 전반적인 출혈양상이 관찰 되었으며, 혀배면에 모설양상이 나타났다(Fig. 1, 2). 구강외 다른 신체부위의 이상소견은 관찰되지 않았다.

3) 방사선 검사

파노라마방사선사진상 특이소견은 관찰되지 않았다.

4) 혈액 검사 소견(팔호안은 정상범위) - 정상범위에서 벗어난 항목만 나열

① 2008년 6월 10일

- 임파구(Lymphocyte): 14.8%(16-44)
- 단핵구(Monocyte): 14.2%(2-9)
- 호산구(Eosinophil): 0.3%(1-7)
- C-반응단백(C-reactive protein): 9.39 mg/dl(0-0.8)

② 2008년 6월 11일

- 단핵구: 11.6%(2-9)
- 적혈구침강속도(Erythrocyte Sedimentation Rate; ESR): 15 mm(0-9)
- C-반응단백: 5.23 mg/dl(0-0.8)

③ 2008년 6월 13일

- 단핵구: 12.6%(2-9)
- 총단백질(Total Protein): 6.1 g/dl(6.7-8.3)
- 알부민(Albumin): 3.4 g/dl(3.8-5.3)
- C-반응단백: 2.91 mg/dl(0-0.8)

④ 2008년 6월 18일

- 평균 혈소판 용적(Mean Plasma Volume): 6.8(fL)(7.2-11.1)
- 임파구: 16.4%(19.0-48.0)
- 중성구(Neutrophil): 75.7%(40.0-74.0)
- 콜레스테롤(Cholesterol): 114 mg/dl(130-250)
- 철(Fe): 31.7 µg/dl(70-180)
- 총철결합능(Total Iron Binding Capacity): 226 µg/dl(280-360)

5) 임상진단(Clinical impression)

다형홍반, 천포창, 태선양 반응으로 임상진단되었다.

6) 치료 및 경과

내원당일 입술부위 및 구강내 광범위한 출혈로 인하여 이차감염이 우려되어 항생제(augmentin® 375 mg), 비스테로이드성 소염진통제(loprofen® 60 mg), 스테로이드제(solondo® 5 mg), 제산제(stillen® 60 mg)를 하루 3회 투약하였다. 6월 18일에 시행된 임상검사서 출혈 양상은 사라졌고 궤양성병소의 크기는 감소가 되었음을 알 수 있었다(Fig. 3-6). 증상의 완화를 위해 병소에 904 nm파장의 구강내 저출력 레이저(Dens-Bio Laser, Dong yang Medical Co., Korea)를 500 Hz, 1 mW로 4분간 조사하였으며, 항생제(augmentin® 375 mg), 해열진통제(tylenol® 650 mg), 스테로이드제(solondo® 5mg), 제산제(mucoستا® 100 mg)를 하루 3회 투여 하였다. 또한 비스테로이드성 소염진통제 성분의 양치용액(okifen®)을 식전에 사용하 양이 생겼다고 하였다. 3~4일 후에 스트레스를 받은 다음부터 병소가 더 커졌으며, 이비인후과에 내원하여 항생제 및 양치용액을 이용한 약물치료를 시행하였으나 증상은 호전되지 않았다고 하였다.

같은 해 3월에 피부과에 내원하여 항생제를 이용한 약물치료를 시행하였으나 증상의 호전은 없었으며, 6월에 종합병원 이비인후과에서 생체조직 검사를 시행하여 구강내 궤양으로 진단받고 약물치료를 시행하였고, 치료 초기에는 증상이 완화되었다고 하였다. 이후 종합병원의 신장내과에 1달간 입원하였으며 증상이 약간 호전되었으나 병소가 후구치부위로 이동하였다고 하였다. 그리고 같은 해 7월에 치과의원에 내원하여 구강내 저출력 레이저조사를 시행하여 증상의 호전이 있었으나 이후 다시 재발하였다고 하였다.

조선대학교 치과병원 구강내과 내원 당시 환자는 구개 후방 좌, 우측 및 구개수의 궤양성 병소에 의한 도록 지시하였으며, 혈액검사를 시행하였다. 혈액검사 결과 특이 소견은 관찰되지 않았으며, 6월 23일 시행한 임상검사에서는 좌측 협점막과 위, 아래 입술부위에 현격히 줄어든 미란이 관찰되어 초진시에 비해 증상이 많이 개선된 양상을 보였다. 6월 18일에 시행했던 치료를 동일하게 적용했으며 이후 환자는 내원하지 않았다.



Fig. 1. 구강내 궤양성 병소 및 출혈양상(초진)



Fig. 4. 혀 좌측면의 궤양성 병소(2회 내원)



Fig. 2. 지속적인 출혈로 인한 구순에 형성된 가피(초진)



Fig. 5. 우측 협점막의 궤양성 병소(2회 내원)



Fig. 3. 설배면의 모설(2회 내원)



Fig. 6. 좌측 협점막의 궤양성 병소(2회 내원)

2. 증례 2

1) 주소 및 병력

2008년 7월 15일 광주광역시 소재의 조선대학교 치과병원 구강내과에 만 47세의 여자가 입천장 부위가 쓰라리고 아프며 이로 인해 음식 먹기가 힘들다는 것을 주소로 내원하였다.

환자의 진술에 의하면 2008년 1월에 상악 좌측 제2대구치부위에 임플란트 수술을 받은 후부터 작은 궤자발통, 연하시 통증, 섭식장애로 인한 체중감소를 호소하였다. 증상 초기에는 통증으로 인한 수면장애가 있었다고 하였으며, 증상으로 인해 스트레스 증가, 체중, 식욕 및 기력이 감소되었다고 하였다. 전신병력으로 골다공증이 있다고 하였으며, 이에 대한 약물치료 중이라고 하였다.

2) 임상검사

구개 후방 좌측의 1cm, 우측의 2cm, 구개수의 0.5cm 정도의 발적을 동반한 궤양성 병소가 관찰되었다 (Fig. 7).

3) 방사선 검사

파노라마방사선사진상 특이소견은 관찰되지 않았다.

4) 임상진단

대 아프타성 구내염으로 임상진단되었다.

5) 치료 및 경과

내원 첫 날 대 아프타성 구내염으로 임상진단되어 스테로이드제(solondo® 5mg), 제산제(mucosta® 100

mg)를 하루 3회, 6일간 투약하였고, 항생제 및 스테로이드제 양치용액(P-A gargle solution; Prednison 60mg+Amoxacillin 2g+Distilled water 1,000 ml) 및 비스테로이드성 소염진통제 양치용액(okifen®)을 사용하도록 지시하였다. 7월 21일 2회 내원 시 시행한 임상검사에서 환자는 증상이 호전되었다고 하였으며, 시각 통증 척도(VAS; Visual Analogue Scale)에서 2를 나타냈다. 궤양성 병소가 미란형으로 바뀌었으며(Fig. 8), 스테로이드제(solondo® 5 mg), 제산제(mucosta® 100 mg)를 하루 2회, 5일간 투약하였다. 7월 24일에 내원하였을 때는 구개수의 병소만 남아있었으며, 통증은 거의 없어졌다. P-A gargle solution을 포함하여 지난 내원시와 동일한 약물을 8일간 처방하였으며, 4일간 하루 2회, 다음 4일간 하루 1회 복용한 후 나머지는 증상이 재발하는 경우 복용하고 증상이 개선되지 않을 경우 다시 내원하도록 지시하였다. 이후 환자는 현재까지 내원하지 않았다.

III. 총괄 및 고찰

구강에 궤양성 병소로 나타날 수 있는 질환의 진단에 있어서 (1) 병소의 발생시기(급성, 만성), (2) 유사한 병소의 기왕력(원발성, 재발성), (3) 병소의 수(단발성, 다발성) 등의 항목을 통해 환자의 질환을 보다 효과적으로 하여 분류할 수 있으며, 이를 기준으로 하여 (1) 급성, 다발성 병소, (2) 재발성 구강궤양, (3) 만성 다발성 병소 및 (4) 단발성 병소로 구분할수 있다.¹⁾

증례 1에서 초진시 이루어진 임상진단은 다형홍반, 천포창, 태선양 반응이었다.

다형홍반은 면역기원성 염증성 질환으로 주로 20~40대의 성인, 여성보다는 남성에서 호발하는 경향



Fig. 7. 구개 좌, 우측 궤양(초진)



Fig. 8. 좌, 우 구개 및 구개수 궤양(2회 내원)

을 보인다.²⁾ 현재 이 질환의 정확한 원인은 규명되지 않았으나, 대부분의 환자에서 자극인자를 확인할 수 있으며, 흔한 소인으로 약물, 감염, 방사선, 내분비요소, 신생물 등이 제시되고 있다. 병리기전 또한 대부분 알려지지 않았으나 그동안의 연구에서 외인성 항원에 대한 순환성 면역관련 복합체가 확인되었다. 표면상피와 혈관벽의 고유층이 표적이 되며, 가벼운 홍반에서 상피층의 탈락을 동반하는 광범위한 괴사에 이르는 피부와 점막반응을 나타낸다.³⁾ 다형홍반의 임상적 분류는 대체적으로 2~3가지로 분류되며, 대부분의 경우 소형 다형홍반, 대형 다형홍반 그리고 기타 형태로 구분하고 있다.⁴⁻⁶⁾ 소형 다형홍반은 급성의 자기제한적인 질환으로 주로 피부에 발생하며, 발생한 경우에도 대개 심각한 형태가 아니다.

병소가 출현되기 전에 극심한 두통, 발열, 불쾌감을 나타내는 전구기간이 동반되며, 이후 '과녁' 혹은 '홍채' 모양의 특징적인 피부병소가 나타난다. 과녁병소는 몸통, 안면에 비해 팔, 다리에 더 높은 빈도로 발생한다. 일반적으로 병소는 2~3주 이내에 치유되거나 재발이 잘 된다. 대형 다형홍반은 피부와 점막 양쪽에 침범하는 양상으로 나타나며, 대개 구강을 포함한 2곳 이상의 점막 병소가 나타난다. 환자는 다발성 점막병소로 인해 개구제한, 연하곤란 등의 증상을 호소하기도 한다. Marinho⁷⁾은 1999년 다형홍반으로 인한 8세 남아의 구순유착을 보고하였다. 대형 다형홍반의 범주에 스티븐-존슨 증후군(Stevens-Johnson syndrome)의 포함 여부는 여러 문헌에서 다양하게 나타나는데, 몇몇 저자들은 여전히 이 두 질환을 동일한 것으로 간주하나 최근의 연구에서는 이 둘은 서로 구별되는 것으로 묘사되고 있다.⁸⁻¹⁰⁾

다형홍반의 진단은 일반적으로 임상적 소견을 바탕으로 행해지며, 다른 질환을 배제하기 위해 철저한 병력조사와 자세한 임상검사가 필수적이다. 그러나 미만성의 구강내 궤양이 나타나기 때문에 다른 구강점막질환과의 감별진단이 어려운 경우가 많다. 다형홍반과 감별해야 되는 다른 질환들은 약물성 구내염, 편평태선, 천포창, 유천포창, 태선양 약물반응, 바이러스 감염 등이 제시되고 있다.²⁾ Crispian⁵⁾은 다형홍반으로 진단할 수 있는 임상적 특징으로 급격한 발생(또는 재발성향), 구강 전방부와 구순에 전형적으로 위치한 구강 병소, 다발성의 피부 및 기타 병소등을 언급하였다. 다형홍반에 대한 특이적인 검사방법은 없으며, 생체조직 검사가 진단에 보조적인 역할을 한다.

다형홍반의 치료는 자극인자를 찾아내어 이에 대

한 노출을 차단하는 것이 중요하다. 증상이 경미한 경우 대증적인 처치를 시행하며 항히스타민제의 구강세정과 항히스타민, 진통제, 해열제와 함께 혼합해 사용하거나 국소적인 스테로이드를 이용한다. 증상에 따라 HSV감염이 의심되는 경우 항바이러스제를, *Mycoplasma pneumoniae*의 감염이 의심되는 경우 테트라사이클린의 투여가 고려된다. 대형 다형홍반의 경우 코르티코스테로이드와 같은 전신적인 면역조절제의 투여가 고려되나, 그 학문적 근거는 부족하다.

증례1의 두 번째 임상진단명으로 천포창이 제시되었는데, 이는 피부와 점막에 수포를 형성하는 만성 수포성 질환으로서 조직학적으로 각질형성세포 사이의 결합이 풀어지는 현상, 즉 극세포 해리(acantholysis)를 특징으로 하는 질환이다. 많은 형태의 천포창이 보고되나, 그 중 제일 많은 것은 심상성 천포창이 약 80%를 차지하며, 호발연령은 50~70대인 것으로 보고되고 있다.^{11,12)} 심상성 천포창은 특정 인종군에서 호발하는 것으로 밝혀졌으며, 페니실라민, 리팜핀, 페노바비탈, 페니실린 등의 약물이 질환의 발생과 연관 있는 것으로 알려져 있다. 피부 또는 점막의 수포형성이 특징적이거나 구강내에서 발생하는 천포창은 수포가 빨리 파괴되어 자극에 민감한 홍반부위를 형성하며, 연구개 및 험점막에 잘 나타난다.

세포 도말 표본 관찰시 세포들이 악성으로 보이는데, 이런 세포들을 Tzanck 세포라 부르며, 상피 분리부위의 액체에서 특징적으로 발견된다. 면역형광법이 이 질환의 가장 유용한 진단학적 방법으로 제시되며, 상피의 유극층에 있는 세포변연에 부착되어 형성된 어망(fishnet)형태로 IgG항체가 관찰된다. 치료는 우선적으로 전신적인 스테로이드의 사용이 추천되며, 이후 스테로이드의 부작용을 막기 위해 azathioprine과 같은 비스테로이드성 진통제나 cyclophosphamide와 같은 세포독성 항암제의 병용투여가 추천되며, 최근에는 면역억제제인 mycophenolate, mofetil이 스테로이드 투여량 및 부작용 발생의 감소를 가져온다고 보고되었다.¹³⁾ 증례 1의 경우는 발생연령이 20대이고, 급성으로 발생하였으며, 기타 안구 및 피부의 특이병소가 발견되지 않은 것에 의해 진단에서 배제할 수 있으나, 생체조직 검사 및 면역형광법을 통한 확진이 없어 임상적으로 확실하게 배제할 수 없었다. 또한 심상성 천포창은 구강병소가 1차 발생장소로 제시되기 때문에 피부 및 안구병소가 없다는 사실이 절대적인 진단기준이 되어서는 안 된다.¹⁴⁾

증례 1의 마지막 임상진단명으로는 태선양 약물반

응인데, 이 질환은 주로 협점막에서 침식성 편평태선을 닮은 병소로 나타나며, 주로 특정 약물의 투여와 연관된다. 주로 제시되고 있는 약물은 항생제, 항고혈압제, 항말라리아제, 이뇨제, 금합금, 비스테로이드성 소염진통제가 이러한 증상과 연관된다고 보고되고 있다.¹⁵⁾ 구강내에 병소는 주로 후방 협점막에 위치하며, 대개 동통성이다. 점차적으로 퇴색하는 방사상 선조의 주변부와 함께 중심성 홍반부위를 나타낸다. 조직학적 소견은 미란성 편평태선과 동일한 변화를 보이며, 치료는 원인약물의 투여중단 및 용량 감소와 병행하여 증상의 완화를 위한 스테로이드의 사용이 추천된다. 본 증례 1에서는 병소의 발생 위치, 복용한 약물의 종류 등이 다르기 때문에 배제할 수 있는 것으로 사료되나, 복용한 약물에 대한 성분조사가 부족한 것이 진단에 있어서 미흡한 점으로 지적된다.

증례 1에서 환자가 만 20세의 남성이라는 점, 녹용을 포함한 한약의 복용 후 급성으로 고열을 동반한 구강내 궤양성, 출혈성 증상이 발생한 점 등을 고려할 때 다형홍반이 가장 유력한 진단명으로 추정된다.

그러나 다형홍반에서 특징적으로 나타나는 과녁형의 피부 병소의 부재와 진단 및 치료과정에서 구강내 출혈성향의 광범위한 궤양성 병소로 인하여 다른 유사병소와의 감별을 위한 추가적인 검사(생체조직검사, 면역형광법 등)를 시행하지 못한 것이 본 증례 1의 진단과정의 부족한 점으로 고려된다.

2005년 Tan 등¹⁶⁾은 구내염, 인후두염에 사용되는 한약을 복용한 49세 중국계 여성에게서 발생한 다형홍반과 유사한 피부병소에 대해 보고하였다. 증상 발생 후 자극인자로 추정되는 약물의 복용금지, 면역억제제의 경구투여 등을 시행하였고, 4주후 경과관찰시 증상은 해소되었다고 한다. 그리고 피부과 영역에서 만성질환에 대한 대체약물로 한약을 찾는 환자의 경향이 많고 이로 인한 부작용이 매우 중요하게 대두되고 있음을 강조하면서 환자에게 이러한 약물의 사용여부에 대해 알아봐야 한다고 주장하였다.

다. 증례 1에서는 질환의 원인이 환자가 복용한 한약의 약리학적 부작용에 의한 것인지, 한약에 포함된 특정 물질 또는 불순물에 의한 것인지, 아니면 다른 원인에 의한 것인지는 밝히지 못하였다. 기존의 구에 있어서 한약을 복용한 후 구강내에 한정된 형태의 궤양성 병소를 보고한 사례는 현재까지는 찾을 수 없었다.

증례 2에서는 임상진단명으로 제시된 대아프타성 구내염은 재발성 아프타성 구내염의 한 종류이다. 이것은 주로 사춘기 이후 발생하며, 1 cm 이상의 경계

가 명확한, 그러나 불규칙한 변연을 지닌 원형 또는 타원형의 궤양성 병소로 주로 입술이나 연구개 등에 나타난다.

국소화된 작열감 또는 통증으로 표현되는 전구증상이 소형 아프타성 구내염에 비해 더 심하게 나타나며, 궤양성 병소도 소형에 비해 더 깊고 크며, 길게 지속된다. 그리고 고열, 연하곤란, 불안 등이 증상 초기에 나타난다.¹⁷⁾

아프타성 구내염의 원인은 명확히 밝혀져 있지 않으나 주로 유전이나 전신질환과의 연관성이 보고되고 있으며, 그 외에 자극인자로 외상, 스트레스, 음식, 호르몬 불균형, 흡연 등이 거론되고 있다.¹⁸⁾ 이 질환의 진단은 신뢰할만한 실험실 검사법이 없기 때문에 대개 환자의 병력과 임상적인 증상 및 징후를 통해서 결정된다. 병력 청취를 통하여 크론병(Crohn's disease), 베첷병(Behçet's syndrome), 후천성 면역결핍증 또는 기타 궤양성 질환과의 감별진단을 요하며, 혈액검사를 통해서도 면역장애, 영양결핍 또는 흡수장애가 있는지도 고려하여야 한다.¹⁸⁾ 대아프타성 구내염의 치료는 단기간의 전신적 및 국소적인 스테로이드를 병용하여 하는 것이 추천된다. 적절한 영양섭취를 위한 도포마취제의 사용이 필요하기도 하나, 적용에 있어서 신중을 기해야 하며, 이차감염을 막기 위해 항미생물 세척제를 사용할 수도 있다. 본 증례 2에서는 병소의 진행과정, 발생위치, 크기, 임상적 소견 등이 대아프타성 구내염과 유사한 양상으로 나타났으며, 치료에 대한 반응도 정상적으로 나타난 것으로 보아 적절한 진단이 내려진 것으로 사료된다. 그러나 기타 유사한 증상을 나타내는 전신질환과의 감별을 위한 과정이 생략된 것은 증례 1에서와 마찬가지로 미흡했던 부분이다.

구강에 발생하는 급성 또는 만성 궤양성 병소의 진단과 치료는 환자의 병력과 임상적 소견을 근거로 하여 이루어지는 경우가 많다. 그러나 구강의 궤양성 병소는 여러 상황으로 인해 발생된 궤양이 임상적으로 매우 유사하게 나타나기 때문에 그 진단과 치료에 있어서 신중한 병력청취와 임상적 정보수집, 그리고 유사질환과의 감별을 위한 추가적인 검사를 필요로 한다. 이상의 두 증례는 초기에 적절한 전문의가 없는 병원에서 구강내 궤양성 병소에 대한 부적절한 진단과 대증적인 치료로 인하여 환자가 가지고 있는 구강내 궤양성 병소가 호전되지 않았고, 결국 환자의 정신적, 육체적 고통이 더욱 심해진 경우라 할 수 있겠다. 따라서 치과 의사 및 의사들은 이러한 질환들에 대한

전문적인 지식을 갖추어야 하며, 필요시 적절한 전문의에게 의뢰할 수 있는 능력을 갖추는 것이 필요하리라 사료된다.

참 고 문 헌

1. Greenberg MS. Ulcerative, Vesicular and Bullous disease. In: Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS (Ed), *Burket's oral medicine*. 9th ed., Philadelphia, 1994, J.B. Lippincott Co., pp. 11-50.
2. 윤창륙, 최종훈. 구강질환의 진단과 치료. 1997, 나래출판사, pp. 198-199.
3. Stampien TM, Schwartz RA. Erythema multiforme. *Am Fam Physician* 1992;46(4):1171-1176.
4. Jawetz RE, Elkin A, Michael L *et al.* Erythema Multiforme Limited to the Oral Mucosa in a Teenager on Oral Contraceptive Therapy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2007;20(5):309-313.
5. Crispian Scully, Jose Bagan. Oral mucosal diseases: Erythema multiforme. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2008;46(2):90-95.
6. Al-Johani KA, Fedele S, Porter SR. Erythema multiforme and related disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103(5):642-654.
7. Marinho LH, Haj M, Pereira LF. Lip adhesion: an unusual complication of erythema multiforme. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;88(2):167-169.
8. Katz J, Livneh A, Shemer J *et al.* Herpes simplex-associated erythema multiforme(HAEM): a clinical therapeutic dilemma. *Pediatr Dent* 1999;21:359-62.
9. Huff JC, Weston WL, Tonnesen MG. Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. *J Am Acad Dermatol* 1983;8:763-765.
10. Chan HL. Observations on drug-induced toxic epidermal necrolysis in Singapore. *J Am Acad Dermatol* 1984;10:973-978.
11. Bastuji-Garin S, Souissi R, Blum L *et al.* Comparative epidemiology of pemphigus in Tunisia and France: unusual incidence of pemphigus foliaceus in young Tunisian women. *J Invest Dermatol* 1995;104(2):302 - 305.
12. Kyriakis K, Tosca A, Lehou J *et al.* A five-year retrospective study on pemphigus and pemphigoid. *Australas J Dermatol* 1989;30(1):33 - 36.
13. Enk AH, Knop J. Mycophenolate is effective in the treatment of pemphigus vulgaris. *Arch Dermatol* 1999;135(1):54 - 61.
14. Sirois D, Leigh JE, Sollecito TP. Oral Pemphigus Vulgaris Preceding Cutaneous Lesions: Recognition and Diagnosis. *J Am Dent Assoc* 2000;131(8):1156-1160.
15. 대한구강악안면병리학회 역. 최신 구강악안면병리학. 2005, 대한나래출판사, pp. 267.
16. Tan WP, Goh BK, Tan SH. Extensive erythema multiforme-like eruption due to traditional Chinese herbal drug 'Dong Ling Hou Tong Pian'. *Clin Exp Dermatol* 2006;31(2):291-293.
17. Rogers RS. 3rd. Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristics and associated systemic disorders. *Semin Cutan Med Surg* 1997;16:278 - 283.
18. Crispian Scully, Gorsky M, Lozada-nur F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis. *J Am Dent Assoc* 2003;134(2):200-207.

- ABSTRACT -

Treatments of the Acute and Chronic Oral Ulcerative Lesions : Case Report

Seong-Ju Hong, D.D.S., Seung-Woo Kang, D.D.S.,M.S.D.,
Jong-Mo Ahn, D.D.S.,M.S.D.,Ph.D.

Department of Oral Medicine, College of Dentistry, Chosun University

In most cases, it is difficult to diagnose ulcerative diseases of the mouth, because they have many similar clinical appearance. For the diagnosis of oral ulcerative lesions, the clinician should check a detailed history of the patient and consider the relation with systemic diseases.

In this case report, we introduced two patients with erythematous multiforme, pemphigus, lichenoid reaction and aphthous stomatitis as clinical diagnosis. The lesions were improved by medication.

Key words: Aphthous stomatitis, Erythematous multiforme, Ulcerative lesions
