

투고일 : 2014. 11. 10

심사일 : 2014. 11. 11

게재확정일 : 2014. 11. 25

잇몸이 벗겨지는 질환

조선대학교 치과대학 구강병리학교실

장 현 선

ABSTRACT

Desquamative Diseases of Gingiva

Department of Oral Pathology, School of Dentistry, Chosun University
Hyun-Seon Jang, D.D.S., M.S.D., Ph.D.

The gingiva consists of an epithelial layer and an underlying connective tissue layer. The oral epithelium is a keratinized, stratified, squamous epithelium. The epithelium can be divided into the following cell layer: basal layer, prickle cell layer, granular cell layer and keratinized cell layer. The desquamative disease of gingiva means exfoliative diseases of epithelial layer on the gingiva. The chronic desquamative gingivitis is usually related to the dermatologic disorders that produce cutaneous and mucous membrane blisters. The cicatricial pemphigoid and lichen planus are representative diseases of the dermatologic cases. Patients may be asymptomatic or symptomatic. When symptomatic, their complaints range from a mild burning sensation to an severe pain. The clinical examination must be considered with a thorough history, and routine histologic and immunofluorescence studies. A systemic approach needs to achieve accurate diagnosis and treatment of the gingival desquamative diseases.

Key words : Gingiva, Desquamative gingivitis, Cicatricial pemphigoid.

Corresponding author

Hyun-Seon Jang, DDS, MSD, PhD

Department of Oral Pathology, School of Dentistry, Chosun University,

309 Pilmun-daero, Dong-gu, Gwangju, 501-759 Korea

Tel: +82-62-230-6879, E-mail: periojang@chosun.ac.kr

I. 서론

잇몸은 치아를 둘러싸고 있는 치주조직, 즉 치은, 치주인대, 백악질, 치조골 중의 하나이다. 임상적으로 가장 외부에서 관찰되는 치은을 통상적으로 잇몸이라

고 한다. 정상적인 건강한 잇몸은 일정한 형태, 색상, 질감 등을 유지하고 있다. 이러한 일정한 형태, 색상, 질감 등에서 변화가 있을 경우 여러 가지 잇몸질환 들을 생각해 볼 수 있다. 잇몸(치은)은 육안적인 형태상 변연치은, 치간유두, 부착치은으로 구분한다. 이러한

잇몸은 현미경적으로 관찰하였을 때 크게 상피조직, 결합조직으로 구성되어 있다. 잇몸을 구성하고 있는 상피조직은 중층편평상피로 구성되어 있는데, 그 세포들은 3~4가지 종류로 다시 구분할 수 있다. 상피조직을 결합조직과 가장 가까운 곳에서부터 표층에 위치한 상피세포 순으로 구분하면 기저층 세포, 극세포층 세포, 과립층 세포, 각질층 세포로 구분할 수 있다²⁾. 잇몸은 가장 바깥부분이 이렇게 자극에 잘 견디는 중층편평상피로 구성되어 있고 또한 상피조직 밑에 위치한 결합조직은 치조골 등의 다른 치주조직과 잘 연결되어 있어서 사람들이 칫솔질을 하거나 통상적인 저작 기능 등의 구강 기능을 잘 수행할 수 있도록 한다. 치주조직 중 가장 바깥에 위치한 잇몸은 우산과 같은 역할을 수행한다고 볼 수 있다. 이러한 잇몸이 벗겨질 경우 사람들은 통증을 호소하거나 불편감을 가지고 치과에 내원할 수 있다.

박리되는 병소(Desquamative lesions)가 잇몸에 발생시에 예전에는 Gingivitis라는 용어가 사용되었는데 지금은 박리성 치은염(Desquamative gingivitis)이라는 용어로 널리 알려져있다^{3, 4)}. 이 질환은 중년의 여성에서 호발하므로 폐경기 이후에 부착 치은(attached gingiva)에 특이하게 나타나는 박리성 질환으로 생각되었다. 임상적, 현미경적 소견이 반흔성 유천포창(Cicatricial pemphigoid, Benign Mucous Membrane Pemphigoid)와 유사하기 때문에 대부분의 연구자들과 임상가들은 그 gingivitis가 치은에 단지 발생하는 반흔성 유천포창의 한 형태로 생각하였다.

대부분의 임상가들은 치은 상피가 저절로 벗겨져서 탈락되거나 적은 힘으로도 제거될 수 있을 때 이 박리성 치은염이라는 용어를 사용하고, 만성 박리성 치은염은 다양한 질환에 동반되어 나타나는 구강내 증상으로 여겨지고 있다⁵⁾. 예전에 수포성 질환들로 분류되었던 질환들에서 치은에 박리성 병소를 발현시킬 수 있기 때문에 박리성 치은염이라는 용어는 어떤 질환에 대한 특별한 명칭이라기보다는 임상적 용어로 고려되

었다. 반흔성 유천포창을 보이는 환자들에서 구강과 눈에 병소가 나타나는데, 구강에서는 치은에서 박리(gingival desquamation)병소가 가장 흔하게 관찰된다. 그 외에도 심상성 천포창(pemphigus vulgaris)와 같은 많은 수포성 피부질환들에서 반흔성 유천포창에서 보였던 치은의 박리 소견을 나타낼 수 있다. Erosive lichen planus와 toothpaste idiosyncrasy reactions(치약알레르기반응)을 보이는 환자들에서 gingivitis와 유사한 소견을 보일 수 있다. 그러나 반흔성 유천포창과 다르게 심상성 천포창과 같은 많은 수포성 피부질환들은 주로 치은외 병소들(extragenital lesions)에서 그 증상이 발현되고, Erosive lichen planus와 toothpaste idiosyncrasy reactions 환자들의 경우에는 erythematous component가 미비하다. 치은에 박리성 병소를 보일 경우 환자들은 수포(blister), 궤양, 발적 등의 증상을 나타낼 수 있고, 통증으로 인한 불편감을 호소하게 된다. 이 연구에서는 잇몸이 벗겨지는 질환들의 원인, 증상들에 대하여 문헌과 함께 고찰함으로써 치과에 내원한 환자들의 진료시에 조기 진단 및 치료에 도움이 되고자 한다.

II. 연구방법

잇몸이 벗겨지는 질환을 박리성 질환이라고 한다. 임상적으로 치은 및 점막의 과도한 박리가 특징인 박리성 치은질환 중 대표적인 경우는 다음과 같다. 만성 박리성 치은염(Chronic desquamative gingivitis), 양성 점막 유천포창(Benign mucous membranous pemphigoid), 침식성 편평태선(Erosive lichen planus)이 대표적인 경우이다. 알러지, 손상 및 특수한 피부질환과 연관된 병변도 박리성인 특징을 보이는 경우도 있다. 대표적인 박리성 치은 질환별로 임상적 양상, 조직병리학적 양상, 진단 및 치료법에 대하여 살펴보고자 한다. 또한 그 외에도

잇몸이 벗겨지는 질환들에 대하여 주된 양상을 고찰하고자 한다.

Ⅲ. 연구성적

만성 박리성 치은염의 약 75%가 피부질환과 관련되고, Cicatricial pemphigoid와 lichen planus가 그 피부질환 중 95%이상을 차지한다고 보고되었다⁶⁾. 그 외에도 임상적으로 박리성 치은염을 나타낼 수 있는 자가면역-피부점막질환들(bullous pemphigoid, pemphigus vulgaris, linear immunoglobulin A disease, dermatitis herpetiformis, lupus erythematosus, chronic ulcerative stomatitis)이 있다. 또 박리성 치은염과 감별진단해야하는 것은 만성 감염성질환, 약물, 구강양치용액들이 있다. Crohn's 질환, Sarcoidosis, 다소의 백혈병 등에서도 드물게 박리성 치은염이 발현될 수 있기 때문에 치과에서 만성 박리성 치은염이 나타날 때 세밀한 감별이 필요하다.

만성 박리성 치은염과 만성 박리성 치은염을 나타내는 대표적인 피부질환에 대하여 그 특징, 진단, 치료법은 다음과 같다^{2~6)}.

1. 만성 박리성 치은염(Chronic desquamative gingivitis)

1) 임상 및 조직병리학적 특징

표피는 벗겨져서 적색의 동통성 표면이 되며 구강내에 작열감이 있고 온도에 민감하다. 치은점막이 붉게 빛나게 관찰되며, 작은 회백색 반점이 비교적 정상인 변연치은에서도 관찰된다. 치아가 없는 무치악 환자에서도 발생 가능하다. 30세 이후의 여성에서 호발하고, 사춘기 이후 및 남자에서도 발생 할 수 있다. 조직병리학적 소견상 상피하방(subepithelial) 부위가 심한 염증상태이며 상피와 부종성 결체조직 사이가 분

리되며 심한 경우 그 사이에 수포성 분리가 생긴다.

2) 진단 및 치료

초기 진단시 임상적으로 치은박리가 있으나 명확한 알려지 반응의 증상 및 징후가 없는 경우에 진단내린다. 정확한 원인을 알 수 없으며 특별한 치료법도 없다. Estrogen이나 다른 호르몬 요법을 응용하거나 보조적으로 부드러운 칫솔과 각종 보조기구를 이용하여 청결한 구강위생을 유지함이 바람직하다. 대개 자연적으로 호전되어 재발없이 소실된다.

2. 침식성(미란형) 편평태선(Erosive lichen planus)

1) 임상 및 조직병리학적 특징

편평태선은 피부 및 구강표면에서 동시에 발생하거나, 피부 단독 혹은 점막 단독으로 발생한다. 구강 편평태선은 만성적인 진행을 하고, 종종 증상이 급성으로 악화되기도 한다. 편평태선은 임상적으로 망상형, 위축형, 비대형, 미란형 등으로 구분할 수 있다. 미란(erosion)은 상피층의 일부만 소실되는 표재성 손상을 의미한다. 미란성 편평태선은 홍반 및 백색의 위막 부위가 혼재되어 나타나고, 미란부위와 정상점막간의 결합부위에는 방사상 선조처럼 희미한 백색의 색조가 관찰된다. 백색 변연부는 협점막과 전정부에서 가장 흔히 나타난다. 미란형 편평태선은 차거나 뜨거운 음식, 매운 음식, 알코올 음료에 민감한 통증을 호소한다. 미란이 심해지면 대부분의 환자들은 부드러운 음식을 섭취하게 된다. 환자가 불편감을 호소하면서 치과에 내원하여 검사받을 때 이 병소 부위에 접촉할 경우 동통과 출혈을 나타낸다. 대부분의 경우에 병소 주위조직의 조직검사 없이 올바른 진단을 하기가 매우 어렵다.

미란성(erosive) 편평태선은 매우 얇은 상피조직을 보이고, 그 상피조직은 망상뼈기(ret peg) 형성이 없어지고 T림프구가 밀집 침윤을 나타내는데, 기저막이

불명료하여 상피의 중간과 상층까지 침윤이 현저히 확장되었다. 기저막의 액화, 기저세포의 공포화 및 파괴가 대부분 관찰된다. 상피가 상실되고 아래 결합조직이 노출된다. 림프구는 결합조직의 상층에서 국한되어 나타난다.

2) 진단 및 치료

편평태선은 흔히 임상적 소견만을 기초로하며 진단한다. 미란성 편평태선의 경우, 캔디다증, 점막성 유천포창, 심상성 천포창, 홍반성 루푸스 등과 감별하기가 어렵다. 장기간 침식성 편평태선이 있는 경우 과착색(melanosis)을 치유된 부위의 점막에서 가끔 관찰할 수 있다. 편평태선의 조직진단은 가끔 매우 어려울 수 있다. 그러나 면역형광법을 사용하면 유용할 수 있는데, 편평태선의 모든 형태는 IgG, IgM, IgA 항체에 음성이나, 섬유소원(fibrinogen)에는 양성 반응을 나타낸다. 미란성 편평태선의 치료시 fluocinonide와 같은 국소 스테로이드가 잘 반응하며 대개 치료된다. 더 저항적인 경우는 전신적으로 methylprednisolone을 투여할 때 효과적인데, 단독으로 쓰거나 국소 스테로이드와 혼합해 사용한다.

3. 반흔성 유천포창(Cicatricial pemphigoid)

1) 임상 및 조직병리학적 특징

반흔성 유천포창(Cicatricial pemphigoid)은 양성 점막 유천포창(Benign mucous membrane pemphigoid ; mucous membrane pemphigoid)이라고도 불린다. 이 질환은 만성적으로 수포를 동반하는 점막 피부의 자가면역질환이다. 유천포창(pemphigoid)이라는 용어는 천포창(pemphigus)과 임상적으로 유사하게 보이기 때문에 이용되지만 천포창의 예후나 조직학적 양상과는 매우 다르다. 반흔성(cicatricial) 용어는 흉터를 의미하는 cicatrix에서 유래한 용어이다. 결막에 이 질환이 이환될 경우 특

징적으로 흉터가 발생하며 치료하지 않으면 반흔으로 인한 실명을 초래할 수 있다. 그러나 구강 병변은 반흔을 잘 형성하지 않는다. 구강 병변은 반흔성 유천포창 환자의 대부분에서 나타난다. 구강 병변은 수포나 물집으로 시작하며 때로 임상적으로 관찰이 가능하다. 이 질환은 점막에 나이든 성인 여성에서 남성보다 좀 더 흔하게 나타난다. 이 질환에서 수포나 물집의 위치가 점막 하층에 위치하여 상대적으로 두껍고 강한 지붕을 만들기 때문에 임상적으로 관찰이 용이하다. 이 구강의 수포가 터져서, 점막에 큰 표면의 궤양이 형성되는데, 궤양성 병변은 일반적으로 동통이 있고 치료되지 않으면 수주에서 수달동안 지속된다.

구강 점막에 제한적인 부위에 미만성으로 나타나는 데, 특히 치은에서 발생한다. 잇몸(치은)에 이환된 경우 표피박리성 치은염(desquamative gingivitis)으로 불리운다. 이런 양상이 미란성 편평 태선이나, 흔하지는 않지만 심상성 천포창에서도 관찰된다. 병변 주위 점막의 생검 조직의 조직병리학적 특징은 상피와 하방의 결합조직면 사이에 공극을 보인다. 미약한 만성 염증 세포 침윤이 점막 상층에 나타난다.

2) 진단 및 치료

자가 항체가 하나 이상의 기저막 구성 성분에 대해 작용하므로 직접 면역형광검사서 환자의 거의 90%에서 기저막 부위 면역 반응체의 연속적인 선상 침윤을 보인다. 이러한 면역 반응체는 기저막의 접촉을 약하게 하여 상피 하층에 수포가 형성하도록 한다. 정확한 진단을 위해 궤양 부위가 아닌 병변 주위 조직을 필수적으로 얻어야 한다. 궤양이란 어떤 원인에 의해 상피가 소실되는 것을 말한다. 병변이 있는 부위에서는 상피가 쉽게 떨어져 생검을 시행할 때 벗겨지게 되어 그러한 조직은 상피와 결체 조직면이 존재하지 않으므로 진단을 위해서는 적당하지 않다. 일단 광학 현미경과 직접면역형광법으로 반흔성 유천포창의 진단이 내려진 경우 환자는 먼저 각막의 기본적인 검사를 위해 이 병소의 안과적 병변을 잘 아는 안과 전문의에게 의

퇴해야 한다. 환자의 안과적 증상 유무에 상관없이 먼저 안과 검사를 하는 것이 필요하다.

구강 병변의 치료는 병변 부위에 강력하고 국소적인 corticosteroid를 매일 수차례씩 도포해주는 것으로도 조절될 수 있다. 조절이 되면 중단할 수 있으나 대부분 다시 재발하므로 하루걸러 약을 도포해줌으로써 악화를 예방할 수 있다.

치은(잇몸) 병변의 환자에서는 구강 위생을 증진시킬 경우 증상을 감소시키고 필요한 corticosteroid의 투여량을 감소시킬 수 있다. 국소적인 치료가 성공적이지 못하고 환자가 의학적인 금기증이 없다면 전신적인 corticosteroid와 다른 면역억제제(특히 cyclophosphamide)를 함께 사용할 수 있다. 이런 공격적인 형태의 치료는 진행된 안과 병변이 있는 경우에 사용된다.

IV. 총괄 및 고안

잇몸이 벗겨지는 질환이란 박리성 치은질환을 의미하며, 그 대표적으로 만성 박리성 치은염을 고려할 수 있다. 그 질환은 1894년에 처음 인식되고 보고되었음에도 불구하고, 1932년 Prinz에 의하여 만성 박리성 치은염이라는 용어가 사용되었고, 이 질환의 특징은 심한 발적(intense erythema), 박리(desquamation), 유리치은과 부착치은의 궤양이라고 보고되었다⁶⁾. 환자들은 무증상을 보일 수 있으나 미약한 burning sensation부터 심한 통증을 호소하는 등 환자마다 다양할 수 있다. 이런 박리성 치은염을 보이는 환자들이 치은뿐만 아니라 다른 구강점막부위, 구강외부위에서의 병소를 보이지만, 그런 환자들의 50%가 치은에 국한되어 발생한다. 치은 및 구강 점막의 발적과 과도한 박리가 특징적이다. 주로 나이든 성인 여성에서 남성보다 호발한다. 또한 만성 박리성 치은염은 다양한 질환에 동반되어 나타나는 구강내 증상으로 여겨지고 있다. 그 원인을 명확히 알수는 없지만

특정 피부질환, 호르몬적 영향, 자극에 대한 비정상적 반응, 만성감염, 그리고 특발성 등이 그 원인적 요소로 고려된다. 반흔성 유천포창, 천포창, 편평태선, 다발성 홍반, 건선 등이 만성 박리성 치은염을 동반하는 피부질환으로 알려져 있다^{7, 8)}.

궤양이 없는 치은 역시 미약한 자극에 상피가 쉽게 박리되고, 출혈이 야기된다. 상피가 쉽게 벗겨진다는 점은 천포창의 진단 소견과 동일한데, 이런 소견을 Nikolsky's sign이라 하며 약한 측방압에 진피-표피 경계부에서 탈락 또는 박리된다⁹⁾. 측방력을 가하면 수포가 정상적으로 보이는 피부쪽에도 생긴다는 것이다. 치은외 구강점막에서도 이와 같은 증상이 일어나며, 특히 협점막에서 빈번하다. 그래서 치은 및 치주질환의 분류(치은염, 치은비대증, 박리성 치은질환 및 구강점막질환, 치주염 등등)에서도 박리성 치은질환 및 구강점막 질환을 함께 고려하기도 한다⁹⁾.

박리되는 증상으로 인하여 환자는 치은의 과민함을 호소한다. 자극적이고 과민한 치은 증상은 수개월간 지속되며, 일반적인 치료로 개선되지 않을 경우, 만성 박리성 치은염으로 추정 진단하게 된다. 만성 박리성 치은염으로 진단된 환자는 증상적 치료와 청결한 구강 위생을 유지하는 것이 바람직하다. 대개 자연적으로 호전되며, 재발됨이 없이 소실된다.

조직학적으로 유천포창과 유사하지만 상대적으로 드문 질환에는 linear IgA disease와 후천성 수포성 표피 박리증(epidermolysis bullosa acquisita)이 있다. 잇몸이 벗겨지는 질환 중 linear IgA disease은 이름이 시사하듯이 기저막 부위를 따라 IgA가 선상으로 침착되는 것이 특징적이다. 이 질환은 면역조직학적인 면에서 반흔성 유천포창과 구분된다. 반흔성 유천포창은 직접 면역형광검사서 면역 침착물이 일차적으로 IgG와 C3로 구성되기 때문이다. 반흔성 유천포창은 간접 면역형광 검사시에는 환자의 단지 5%에서만 양성으로 나타나는데, 이것은 환자의 혈청내에 자가면역항체가 상대적으로 적음을 의미한다.

후천성 수포성 표피 박리증은 기저막 부위 부착섬유(anchoring fibril)의 주요한 구성 성분인 VII형 교원질에 대한 자가 면역 항체가 형성되는 질환이다. 부착 섬유는 상피와 하방의 결합조직을 연결하는데 중요한 역할을 하기 때문에 이에 대한 면역학적인 파괴는 사소한 외상에도 피부와 점막에 수포성 병소를 야기할 수 있다. 구강 병변은 거의 50%에서 나타나지만 피부 병소없이 구강 병변만 나타나는 경우는 거의 없다. 후천성 수포성 표피 박리증은 면역조직학적인 검사에서 수포 바닥에 IgG 자가면역항체의 침착이 보이며, 반흔성 천포창에서는 대조적으로 수포의 지붕쪽에 국소적인 자가면역항체가 침착된다. 피부 점막에 다양한 형태의 수포를 형성하는 유전질환인 수포성 표피 박리증과 다르게 후천성 수포성 표피 박리증은 유전적 원인에 의한 것이 아니고 자가 면역성 질환이다.

피부 질환 중 천포창(pemphigus)은 자가 면역 질환으로 심상성 천포창(pemphigus vulgaris), 증식성 천포창, 홍반성 천포창, 낙엽상 천포창으로 구분할 수 있다^{3, 5)}. 심상성 천포창과 증식성 천포창만이 구강 점막을 다양한 빈도와 양상으로 침범하고, 증식성은 매우 희귀한 병변이다. 천포창 중에서 심상성 천포창은 가장 흔한 형태이다. Vulgaris는 라틴어로 흔하다는 뜻이다. 그럼에도 심상성 천포창은 흔히 볼 수 있는 질환은 아니다. 구강 병변이 이 질환의 첫 번째 징후인 경우가 많지만 치료해도 잘 낫지 않는다. 그래서 구강 병소를 서술할 때 “먼저 나타나서 가장 나중에 사라진다(first to show, and the last to go)”라고 한다. 이 질환의 가장 큰 특징은 수포 형성이다. 교소체에 대한 면역학적인 공격의 결과로 상피내에 손상이 발생하여 수포가 형성된다. 수포의 상층부는 매우 얇은 상피층에 의해 덮여있어서 쉽게 터지기 때문에 구강내에서 수포나 물집을 관찰하기는 매우 어렵다. 구강 점막에는 무질서하게 표피성의 지저분한 미란(erosion)과 궤양이 분포되어 있다. 일반적으로 환자는 구강의 소양감(soreness)을 호소한다. 심상성 천포창의 치료는 주로 전신적인 코티코 스테로이드

(corticosteroid, prednisone)이지만 장기간 사용할 경우 잠재적인 부작용이 심각하다. 때로 다른 면역억제제를 이용할 수 있는데 면역억제 치료에 전문인 내과 의사에 의해 치료받도록 한다.

수포(vesicle)은 맑은 액체가 모여 형성된 물집을 말하고, Bullae는 커다란 수포들을 명명할 때 사용한다⁹⁾. 수포(vesicles), 큰 수포(bullae, blisters)가 Herpes virus infection 같은 질환들에서는 이차적인 현상으로 발현되는 것이지만, 심상성 천포창 같은 질환에서는 blisters가 일차적인 증상으로 발현되고 가장 분명한 특징이다. 이런 질환들에서의 blistering은 피부내의 특별한 위치(specific level)에서 발생하는 경향이 있는데, 그 형태학적 특징이 진단에 중요한 요소가 된다¹⁰⁾.

전기적 손상, 열 손상 혹은 화학적 손상에 의해서도 잇몸이 벗겨질 수 있다. 전기적 화상(Electrical burns)이 구강에 발생하는 경우는 주로 어린이가 전기코드나 피복이 벗겨진 전선을 씹거나 전기소켓을 빨 때 유발된다. 입술, 치은, 혀 등에 손상을 유발하여 상당 양의 구강조직이 파괴되거나 괴사된다. 전기적 손상은 비교적 느리게 치유되는 소견을 보이므로 잠재적인 여러 문제들을 해결하기 위해서 다른 과에 연계된 포괄적 치료가 필요하다.

아스피린에 의한 구강내 손상은 대개 치통의 완화를 위하여 아스피린 정제를 국소적으로 잘못 적용할 경우 유발된다. 약물과 접촉하는 혀부 및 순부는 수분 내에 작열감(burning sensation)을 느끼게 되고 표면이 하얗게 변한다. 아스피린의 부식작용은 상피를 박리시켜서 상피의 탈락 및 출혈을 유발한다. 손상부위의 치유는 대개 1주 이상 소요된다.

비소 화합물은 제초제, 살충제 등으로 사용되므로, 만성 중독은 비소제제가 살포된 과실을 오래 섭취하였을 때 초래되고 급성중독은 드물다. 만성 중독시에 구강 증상으로는 구강점막의 심한 염증 및 치은염이 유발될 수 있으며, 통증이 있을 수 있다. 또한 과도한 타액의 분비가 있을 수 있다. 이러 비소화합물과 국소적

접촉부위에서는 궤양이 형성될 수 있다.

알러지 및 치료 방사선에 의해서도 잇몸이 벗겨질 수 있다. 두경부 부위에서 치료 방사선의 조사는 편평 세포암종 및 림프종의 치료에 매우 흔히 이용되고 있다. 치료 방사선의 조사 시에는 방사선 조사량에 따라 여러 가지 부작용이 수반될 수 있는데, 궤양, 두통, 미각상실, 구강건조증 등의 점막염은 대개 방사선 조사 후 1~2주 후에 시작되어 조사를 끝낸 후 수 주 후에 회복된다.

약물에 대한 알레르기 반응으로 구강에서 발적, 수포, 궤양 등이 나타날 수 있으며 이것은 미란성 편평태선과 유사할 수 있다. 때로는 다형홍반에서 특징적으로 보여지는 다수의 궤양형성이 보여지기도 한다. 약물반응의 임상 및 조직소견은 매우 다양하고 비특이적이므로 정확한 진단을 위해서는 주의깊은 병력조사가 필요하다. 최근의 약물복용 여부가 중요하다. 그러나 예외적으로 ampicillin을 이용했을 경우에는 2주가 경과하여 약물반응이 나타날 수도 있다. 약물에 대한 알레르기 반응인 경우 의심이 되는 약물을 중단했을 경우에는 증상이 호전되어야 하며, 약물을 재투여할 경우에는 환자상태가 악화되어야 한다. 이런 경우 치료는 원인이 된 약물을 제거해주거나 다른 약물로 대체한다. 항히스타민제제와 코티코스테로이드가 약물반응의 처치에 사용될 수 있다. 치과치료 전, 후에 환자에게 약물을 처방할 때 고려하면 이런 알레르기 반응을 최소화할 수 있을 것으로 사료된다.

접촉성 알레르기 병소는 원인인자에 직접 접하는 부위에서 유발되는데, 이런 질환은 피부에서 흔히 나타나지만 구강 내에서 비교적 드물게 관찰된다. 구강 내에서 접촉성 알레르기를 유발하는 것으로 알려진 물질 들로는 치약, 구강세척제, 계피, 향생연고, 의치상(denture base material) 등이 있다. 이 물질들과 관련된 구강 병소는 백색 또는 태선양(lichenoid)의 소견을 보이지만, 때로는 궤양성 적색병소의 양상을 보이기도 한다.

잇몸 수술 후 수술 부위에 장착하는 coe-pack이

접촉되는 구강점막 부위가 벗겨져서 동통과 불편감으로 환자가 내원하는 경우가 있다. 그러한 환자에서는 팩을 장착하지 않고 식염수, 구강양치용액으로 주기적인 소독을 통하여 수술 부위를 관리해주는 것이 좋다. 또한 치과진료 중 특히 구치부 잇몸수술, 상악동 거상술, 임플란트 수술 등 장기간의 시간이 소요되고 한 부위에 오랫동안 retraction을 위하여 mirror를 사용할 경우 그 닿는 부위의 점막이 찢어져서 환자의 불편감을 초래할 수 있으므로 주의해야 한다. 또한 진료시 사용하는 cotton roll을 너무 구강이 건조한 상태에서 점막에 오래 접촉하였다가 진료후 갑자기 제거할 경우 cotton roll과 함께 구강 점막이 벗겨질 수 있으므로 제거시 cotton roll과 점막 사이에 약간의 수분을 주면서 제거하는 등의 세심한 주의를 해야한다.

물집이나 궤양을 형성하는 다형성 홍반은 원인과 발병기전은 확실하지 않지만 일반적으로 급성 발병 양상이며, 가장 심한 경우는 전 피부와 점막에 미만성으로 상피 탈락이 발생한다(toxic epidermal necrolysis). 이런 환자에서의 구강 병변은 홍반성 병소로 시작하여 상피의 괴사를 거쳐 지지분한 경계를 가지는 크고 얇은 미란과 궤양으로 발전하는데 이러한 구강 병변은 피부 병변과 같이 재빨리 나타나고 불편함을 초래한다. 환자들은 구강 점막의 동통으로 인해 음식을 섭취하는 것이 힘들기 때문에 탈수 증상을 보이기도 한다. 궤양은 때때로 미만성의 분포를 보이고, 입술과 순측 점막, 협점막, 혀, 구강저와 연구개에서 흔하게 관찰된다. 일반적으로 치은과 경구개에서는 상대적으로 드물다.

V. 결론

잇몸에서 발생할 수 있는 여러 질환 중 잇몸이 벗겨지는 질환은 치과에서 흔하게 접하는 치은염과는 다르게 드물게 나타날 수 있다. 잇몸에서 또한 잇몸이 벗겨지는 질환이라 하면 박리성 질환을 고려할 수 있다. 박

리성 치은질환에는 대표적으로 만성 박리성 치은염을 고려할 수 있는데, 이러한 만성 박리성 치은염은 단독 혹은 피부 질환과 관련되어 나타날 수 있다. 단순히 만성 박리성 치은염의 경우 특별한 치료없이도 자연히 치유되기 때문에 이런 환자들이 치과에 내원할 경우에는 박리된 부위의 불편감을 줄이기 위하여 칫솔질시 주의할 것 등의 설명을 해주면 도움이 되리라 사료된다. 자극적인 음식이 닿을 경우의 불편감을 해소하기 위하여 구강연고 등의 도포도 도움이 되리라 사료된다. 피부질환과 관련되어 만성 박리성 치은염이 나타난 경우에는 피부질환 치료를 통하여 만성 박리성 치은염의 치료를 이룰 수 있다. 대표적인 치료는 국소적이거나 전신적인 코티코스테로이드제제를 이용할 수

있는데, 특히 전신적으로 투여하는 코티코스테로이드는 그 부작용이 심하므로 사용시 주의를 필요로 한다. 우리가 통상적으로 생각하는 잇몸의 박리성 질환은 Nikosky's sign에 양성으로 나타나는 피부질환을 일반적으로 고려할 수 있다. 그러나 치과 진료시에 환자의 진단 및 치료에 도움이 되고자 이 연구에서는 미란성, 궤양성으로 잇몸이 벗겨지는 질환 및 여러 상황에서 대해 그 원인 및 대처방법에 대해서 다양하게 고찰하였다. 치과 진료시에 잇몸이 벗겨져서 불편하다는 주소로 내원한 환자들에 대하여 이러한 여러 상황을 고려하면서 대처한다면 임상에서 환자의 진료시에 도움이 되리라 사료된다.

참 고 문 헌

1. Lindhe J, Lang NP, Karring T. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. Fifth ed. Blackwell Munksgaard. 2008:5-26.
2. 대한치주과학회. 치주과학. 5판. 군자출판사. 2010:101-104.
3. 대한구강악안면병리학회. 구강악안면병리학. 군자출판사. 2002:121-147, 411-435.
4. Eversole LR. Clinical outline of oral pathology. Fourth ed. PMPH-USA. 2011: 161-170.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. Third ed. Saunders. 2009:154-163, 741-815.
6. Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 11th. ed. Elsevier. 2012:111-126.
7. 대한구강악안면병리학회 역. 최신구강악안면병리학. 2판. 대한나래출판사. 2005:264-293.
8. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology: Clinical pathologic correlations. Sixth ed. Elsevier. 2012:1-21.
9. 박경한 외 역. 새의학용어(The Language of Medicine). 9판. 범문에듀케이션. 2011:473-500.
10. Kumar V, Abbas Ak, Aster JC. Robbins Basic Pathology. Ninth ed. Elsevier. 2013:857-862.