

<48면에 이어 계속>

치료계획

골드 인레이에 과도한 교합력이 가해졌고 크랙상태로 진단하였습니다. 프로비저널 크라운으로 증상의 해소를 관찰하고 최종수복물은 파절의 위험성이 있더라도 과도한 악습관으로부터 치아를 보호하기위해 PFM으로 수복하였습니다. 골드크라운은 과도한 힘이 가해지더라도 파괴되지 않는 장점이 있지만 결국 지대치와 지지조직에 그 힘을 그대로 전가하여 장기적으로 지대치의 파절 혹은 치조골의 수직골결손을 초래할 위험이 있습니다. PFM은 이러한 힘이 가해질 경우 포세린이 파절되는 문제가 발생하지만 이로 인해 환자는 재치료의 기회를 얻을 수 있고 과도한 악습관으로부터 발생하는 힘에 의한 손상을 이해할 수 있기 때문에 이러한 장단점을 충분히 설명 후 보철 수복치료를 진행하였습니다.



그림 6. 교두감합위 안정을 도모한 상악 제2대구치 PFM의 vertical stop.

전체적인 교합의 조건이 열악했지만 교두감합위 안정을 위한 vertical stop이 충실히 재현될 수 있도록 기공사 선생님께 교합면 형태 형성을 부탁드렸습니다.

아울러 원심부에서 쉽게 포세린이 파절 되지 않도록 컷백디자인을 넣어서 최후방부에서 포세린이 메탈의 의한 지지를 받을 수 있도록 고려하였습니다.

**CASE II. 교정치료 후 하악의 교두감합위 불안정을 호소하는 치과의사 선생님**

Patient record

2018년 교두감합위 불안정을 주소로 30대의 여자 치과의사 선생님입니다. 과거 교정치료를 받은 경험이

있습니다. 교정치료 이후에 여전히 악관절의 불편함이 남아있고 교두감합위에서 좌우적인 하악의 미끌림을 호소하였습니다. 초진 시 구강 사진에서 전체적인 치아의 위치는 가지런해 보입니다. 하지만 교정치료 시 3급 일레스틱사용 경험이 있었기 때문에 하악과두위가 후방변위되었을 가능성이 있었습니다. 수직고경은 정상범주였고, 교합양식은 구치이개가 가능한 상태이나 교두감합위에서 상하악 견치에 즉시이개가 가능한 교합 접촉이 없었기 때문에 측방운동시 최종적인 위치에서 구치가 이개 되지만 운동 과정에서는 구치가 접촉되는 문제가 관찰되었습니다.



그림 7. 초진 시 구강사진-구치이개가 관찰되지만 이개량은 충분하지 않고 대구치 형태가 평평한 상태.

치료계획

악관절과 주위조직이 안정한 위치에서 진단을 시작해야 하지만 환자는 재교정치료를 원치 않았고 비침습적인 방법에 의한 교합안정을 요구했습니다.

그 결과 측방운동시 즉시이개를 위해 견치레진수복을 필요로 했으며 교두감합위 안정을 위해 기존 보철수복 치료된 치아에 국한하여 지르코니아 수복을 하고 보철개입이 되지 않은 치아는 교합조정을 진행하기로 하였습니다. 아울러 임상치관길이 확보를 위해 하악 좌측 제2대구치는 CLP를 계획하였습니다.



그림 8. 마모가 심한 하악 좌측 제2대구치는 교합면 형태수정으로 vertical stop 형성하고 제2대구치는 CLP후 지르코니아 크라운 재수복에 의해 vertical stop 형성.

**CASE III. 전악재건 환자의 술전 술후 교합면형태**



그림 9. 교합재건 치료 전과 치료 후-대구치 교합면에 vertical stop을 통해 교두감합위 안정을 도모.

임상증례 보고를 마치며

지금까지 6회에 걸쳐서 보철 수복치료를 위한 진단 시 고려할 사항에 대하여 개념과 관련 증례를 제시하였습니다. 실제 임상에서 모든 요소를 구현하기에 쉽지 않을 것으로 생각합니다.

저 역시도 많이 어렵습니다.

많은 환자들이 치과치료를 받고 어느정도 시간이 지나면 다시 치과치료가 필요한 상태로 돌아옵니다. 이유는 지금까지 설명 드린 진단항목에 대한 충분한 고려 없이 수복치료를 하기 때문 아닐까요?

치과의사는 실패로부터 배워가는 직업인 것 같습니다. 같은 실패를 반복하지 않기 위해 원인을 분석하고 해결하는 노력을 항상 해야 합니다.

이 글이 선생님들의 임상발전에 조금이나마 도움이 되길 바라면서 연재를 마칩니다. 감사합니다.



**최대훈 원장**

- 조선대학교 치과대학 졸업
- 일본악교합학회 인정의
- SKCD(대한임상치의학회) Instructor
- 통합치의학 전문의
- 덴토피아치과 원장