

거식증으로 인한 전반적 치아 부식 환자에서 수직교합고경 증가를 동반한 전악 고정성 보철 수복 증례

Full mouth rehabilitation of patient with tooth erosion due to anorexia by increasing vertical dimension: a case report

성지민·오경철·김재영*

Jimin Seong, Kyung Chul Oh, Jaeyoung Kim*

연세대학교 치과대학 치과보철학교실

Department of Prosthodontics, College of Dentistry, Yonsei University, Seoul, Republic of Korea

ORCID iDs

Jimin Seong

<https://orcid.org/0009-0007-1793-1230>

Kyung Chul Oh

<https://orcid.org/0000-0003-4584-2597>

Jaeyoung Kim

<https://orcid.org/0000-0002-2412-891X>

Anorexia nervosa is a psychological eating disorder characterized by repeated vomiting, which can induce characteristic dental erosion affecting multiple intra-oral sites, including the palatal surfaces of maxillary anterior teeth. This case report describes a patient with extensive dental erosion secondary to anorexia nervosa and gastroesophageal reflux, in whom the vertical dimension of occlusion (VDO) had been compromised. The amount of VDO increase was determined with reference to the anterior teeth measurements on a semi-adjustable articulator, and a Lucia jig was used to record centric relation and guide diagnostic wax-up and provisional prosthesis fabrication. During the provisional phase, the patient's adaptation to the altered VDO and occlusion was closely monitored. After confirming stable function and comfort, definitive full-arch zirconia prostheses were delivered. This report demonstrates that meticulous diagnosis and a staged approach to VDO restoration can achieve satisfactory esthetic and functional outcomes in patients with erosion from eating disorders. (J Korean Acad Prosthodont 2025;63:282-90)

Keywords

Anorexia nervosa; Dental erosion; Full mouth rehabilitation; Vertical dimension of occlusion

서론

거식증은 섭식 장애의 하나로 미에 대한 기대가 높아짐에 따라 현대사회에서 유병률이 크게 증가하고 있으며, 혼한 구강 내 증상으로 반복적인 구토로 인한 치아 부식증이 있다.¹ 가장 명확한 구강 내 징후는 perimylolysis라고 불리는 법랑질의 매끄러운 부

Corresponding Author

Jaeyoung Kim

Department of Prosthodontics,

College of Dentistry, Yonsei

University, 50-1 Yonsei-ro,

Seodaemun-gu, Seoul 03722,

Republic of Korea

+82-2-2228-3160

jaeyoungkim@yuhs.ac

Article history Received June 20, 2025 / Last Revision July 28, 2025 / Accepted August 4, 2025

© 2025 The Korean Academy of Prosthodontics

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

식 양상으로,² 위 내용물이 만성적으로 역류함에 따라 산성 물질이 치아 법랑질을 부식시키고 탈회시킨다. 거식증 환자의 perimylolysis 양상은 상악 전치부의 구개면에서 특징적이며, 점차 구치부의 교합면 및 상악 협측면까지 확대될 수 있다. 초기의 구개면 부식은 광택이 나는 듯한 탈회 양상이며, 후기에는 구치부 치아의 충전물(특히 아말감)이 두드러져 보이는 ‘proud restoration’ 양상이 관찰되기도 한다.³ 탈회로 인해 상아질이 노출되면 과민증을 유발하고, 심한 경우 치수 조직이 노출될 수 있기 때문에 부식 진행 정도에 대한 면밀한 관찰이 필요하며, 섭식장애와 관련한 의과 협진 및 치아의 수복 등을 통한 개입을 고려해야 한다.

병적인 치아 부식은 짧아진 치관 길이, 수복공간 부족, 수직 교합고경 상실 등의 문제를 야기할 수 있다. 많은 경우에서 치아의 마모가 진행되더라도, 저작근계 및 치조골 복합체의 동적 특성에 기반한 치아, 치조골의 보상성 정출(dentoalveolar compensatory mechanism) 과정을 통해 수직교합고경은 보존될 수 있다.⁴ 하지만 치아 마모가 치아 치조성 보상 기전의 속도와 범위를 초과하여 빠르게 진행된다면 수직교합고경 상실이 나타날 수 있다. 특히 상아질이 과도한 마모와 부식으로 노출된 경우, 정상적인 구강 기능 부하 하에서 법랑질에 비해 약 6배 빠른 속도로 마모가 진행되므로 치아 조직의 소실 속도가 보상성 정출 능력을 상회할 수 있으며,⁵ 이 경우 상실된 수직교합고경의 회복이 필요하다.⁶

수직교합고경 증가를 동반한 구강회복 시에는 수직고경 거상량 결정을 위한 면밀한 진단 과정이 필수적이며, 과도한 수직 고경의 증가는 교합 불안정, 저작근의 통증을 동반한 측두하악장애를 야기할 수 있기 때문에 최소한의 양으로 거상해야 한다.^{7,8} 수직 고경 거상량은 다양한 계측 방법들을 활용하여 잠정적으로 결정할 수 있으며,⁹ 환자가 증가된 수직고경과 교합에 적응하는지 평가하기 위해 임시보철물 장착 기간을 거친 후 최종 보철 수복 치료를 진행해야 한다. 임시보철물 단계를 통해 잠정적으로 결정된 수직 고경이 자유 공극을 침범하지 않는지, 발음 혹은 연하 시의 문제나 악구강계의 통증이 발생하지 않는지 구강 내에서 평가 가능하며, 최종적으로 검증된 수직고경을 반영하여 수복을 완료할 수 있다. 또한 치료 완료 후 주기적인 경과관찰과 면밀한 검진을 통해 마모 원인의 개선 여부를 확인하고, 교합안정장치의 필요성에 대해 검토해야 한다.

본 증례에서는 거식증으로 인해 전반적인 치아 부식을 가진

환자에서 수직교합고경 증가를 동반한 완전 구강 회복을 통해 심미적, 기능적으로 만족스러운 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

증례

본 증례의 환자는 32세 여성으로, 기존에 수복한 보철물이 다수 탈락되었으며 치아 길이가 짧아 전반적으로 치아 길이를 늘리고 싶다는 주소로 내원하였다. 의과적 병력으로 우울증, 심인성의 거식증과 위식도역류증이 있었으며, 그 외 특기할만한 병력은 없었다. 치과적 병력으로는 상악 전치부(#13,12,21,22)의 라미네이트와 상·하악 모든 소구치와 대구치의 근관치료 및 전장관 수복 이력 있었으며, 환자는 기존의 구치부 수복이 치아의 부식 및 마모에 기인한 것이라고 진술하였다.

구내 검사상 상악 전치부 설면의 특징적인 부식 양상 및 하악 전치부의 절단면의 마모, 하악 견치(#33,43) 순면의 부식 확인되었다. 환자 진술상 구치부 또한 과거에 부식 및 마모 양상 보였다고 하였으나 기존에 수복된 전장관으로 인해 확인할 수 없었으며, 이러한 부식 및 마모 양상은 거식증에 기인한 반복적인 구토에 의해 가속화되었을 것으로 판단되었다. 또한 #16,17,37 치아의 전장관 탈락 및 #36,45 치아의 전장관 파절 관찰되었다 (Fig. 1). 구외 검사상 대칭적이고 난형의 안모 및 측방에서 평평한 측모 보였으며, 입술 지지와 입술선은 임상적으로 적절한 상태로 평가되었다 (Fig. 2A).

방사선학적 검사상 기존에 근관치료를 받은 상·하악의 다수 소구치와 대구치에서 치근단 부위 방사선 투과상 관찰되었다 (Fig. 2B). 이에 수직고경 평가 및 진단에 앞서 기존 수복물 제거 후 본원 보존과에서 상·하악 우측 소구치와 대구치(#14-17, #44-47) 및 하악 좌측 소구치(#34,35)의 재근관치료 완료하였다.

수직 고경의 적절성을 몇 가지 계측법에 따라 종합적으로 판단하였다. 전정 간 거리 평가를 위해 개인트레이 제작 및 전치부 전정 부위의 변연 형성 시행하여 인상 채득 및 모형 제작하였다. 본 증례에서 상·하악 우측 중절치를 기준으로 순측 전정에서 절단면까지의 거리는 각각 상악 19 mm, 하악 15 mm였으며, 상·하악 전정 간 거리는 33.5 mm로 측정되었다 (Fig. 3A). 이는 Fayz 등¹⁰ 및 Park 등¹¹의 연구에서 제시된 평균 전정 간 거리보다 짧은 수치로 판단되었다. 코끝과 턱끝을 기준

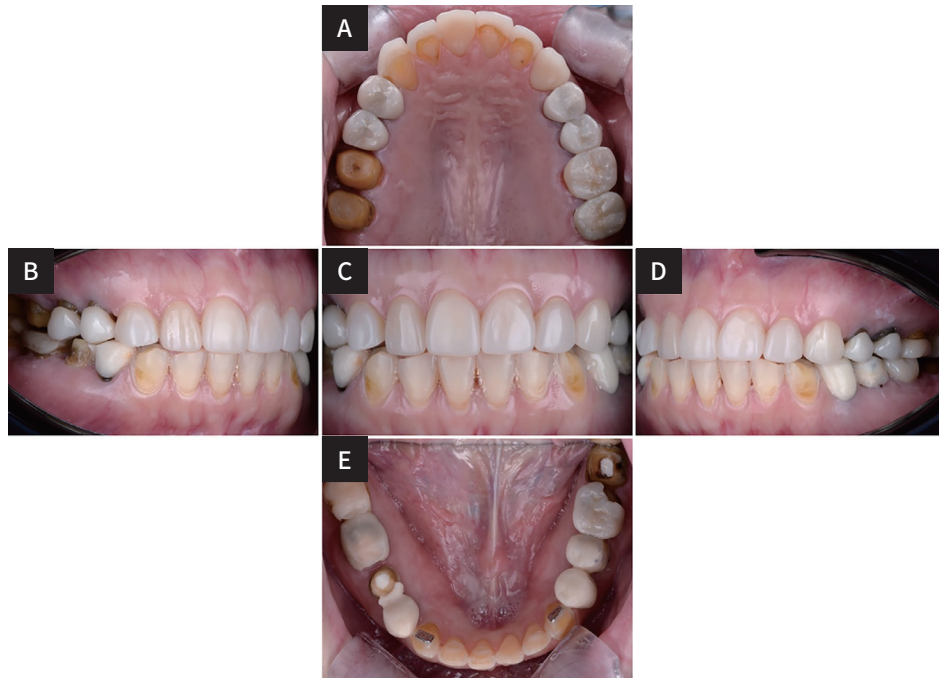


Fig. 1. Pre-operative photographs. (A) Maxillary occlusal view, (B) Right lateral view, (C) Frontal view, (D) Left lateral view, (E) Mandibular occlusal view.

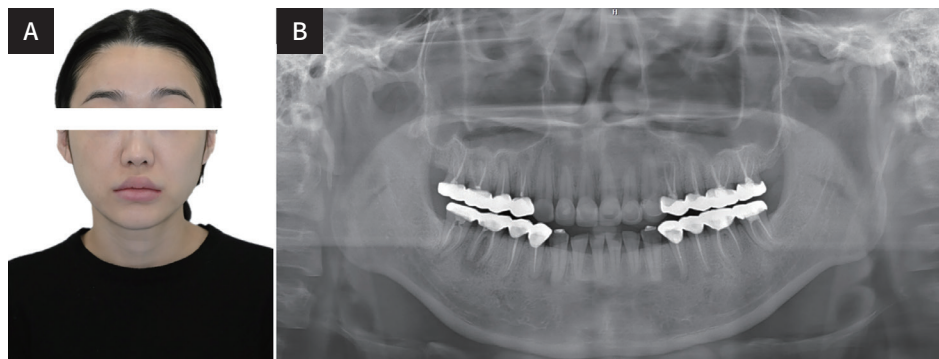


Fig. 2. (A) Pre-operative extraoral photograph, (B) Pre-operative panoramic radiograph.

으로 하여 안정위 수직 고경과 수직교합고경을 측정하였으며, 이들 간의 차이인 자유공극(freeway space)은 약 5 mm로 평균값인 2 - 4 mm 보다¹² 약간 크게 나타났다. 안모 평가 시 McGee 방법¹³에 따른 비율은 1 : 1에 근접하였고, Willis 방법¹⁴에 따른 비율은 1 : 0.9로 하안모가 중안모에 비해 짧은 경향을 보였다.

이상의 다양한 계측 결과와 함께, 구치부 수복 이전 반복된 구토로 인해 치아 전반에 빠르게 진행된 부식 양상을 고려할 때, 본 증례에서는 수직고경 일부의 소실 가능성이 있다고 판

단되었다. 또한 구치부의 짧은 치관 길이 및 부족한 수복 공간 관찰되었으며, 제한된 수복 공간에서 제작되어 충분한 두께를 확보하지 못한 일부 전장관의 파절이 확인되었다. 상악 전치부 설면과 하악 견치 절단면의 부식 및 부족한 수평, 수직 피개량에 의해 적절한 전방유도 기능이 부재하였으며, 그로 인한 구치부 교합 간섭이 관찰되었다. 따라서 수직교합고경의 회복 및 구치부의 수복 공간 확보, 전방유도의 개선을 위해 수직교합고경의 거상을 동반한 전악 고정성 보철 수복을 계획하였다.

수직 고경 거상량 결정을 위해 예비인상 채득 및 안궁이 전하여 반조절성 교합기(Artex-CR articulator system; Amann Girschbach, Austria)에 진단 모델 부착하였다. 평균적인 전정 간 거리를 참고하여 교합기의 incisal pin 기준 3 mm의 수직고경 거상을 계획하였으며, 거상된 높이에 맞춰 전방 디프로그래밍 장치(anterior deprogramming device, lucia jig)를 제작하였다 (Fig. 3A, B). 전방 디프로그래밍 장치를 이용해 거상량이 반영된 높이에서 중심위 교합 채득하였으며 (Fig. 3C), 채득한 중심위에서 하악 진단 모델 재부착하여 진단 납형을 형성하였다 (Fig. 3D). 진단 납형 형성 시 incisal pin 기준 3 mm의 수직고경 거상은 전치부에서 약 2 mm의 수직고경 증가로 반영되었으며, 상·하악 우측 중절치를 기준으로 한 전정 간 거리는 33.5 mm에서 35.5 mm로 증

가하였다. 진단 납형 형성시에는 적절한 심미성을 위해 한국인의 평균 치관 길이¹⁵를 추가적으로 참고하였으며, 상·하악 전치부 치관 길이를 각각 1 mm와 2 mm 증가시키고 기존에 0.5 mm였던 수직피개는 1.5 mm로 추가 부여하였다.

지대치에 장착되어 있던 기존 보철물 제거 및 전악 치아 형성 진행하였다 (Fig. 4A). 치아 형성 시 치아 부식으로 인해 치질이 손상된 부위에서 과도한 치아 삭제가 이루어지지 않도록 보존적인 접근이 필요하다. 계획한 거상량 반영된 진단 납형 모델을 스캔하여 poly-methylmethacrylate (Monolayer PMMA block; Huge Dental Material Co., Shandong, China) 재료를 이용해 임시 보철물 shell을 제작하고, 삭제된 치아에 재이장하여 구내에 장착하였다 (Fig. 4B).

이후 2개월 간 교합조정 및 경과 관찰하여 변화된 수직 고

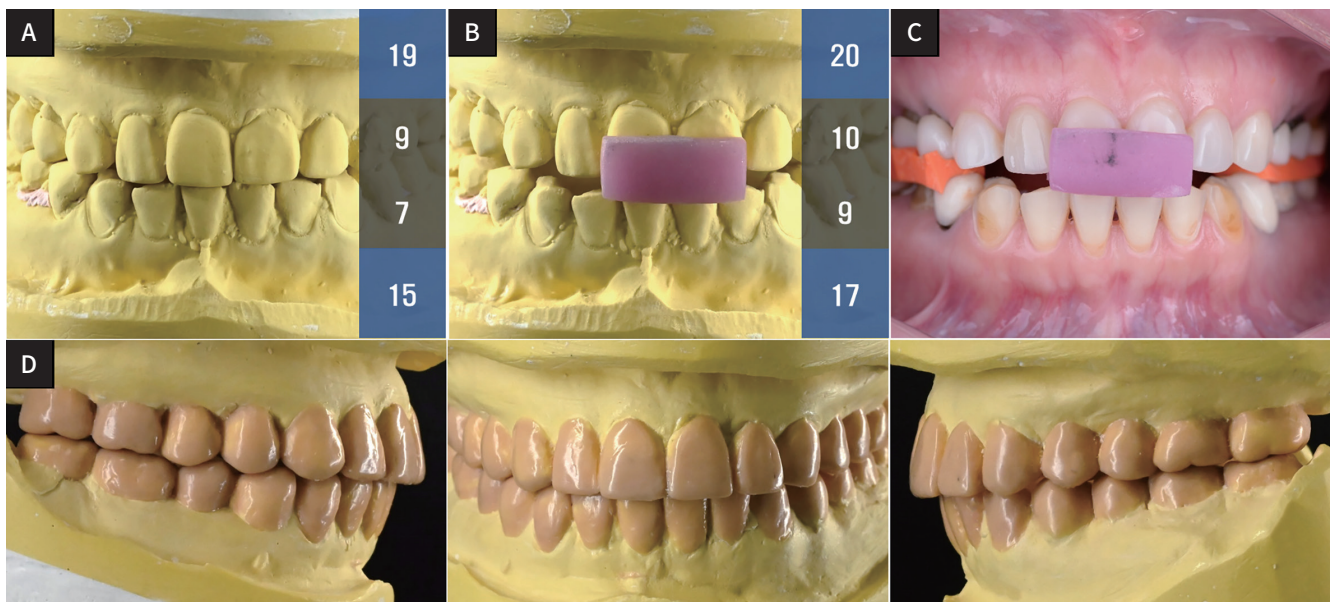


Fig. 3. Diagnosis procedure for increasing occlusal vertical dimension. (A) Pre-operative vestibular measurement, (B) Tentative occlusal vertical dimension determination on the articulator and Lucia jig fabrication, (C) CR bite registration using Lucia jig, (D) Diagnostic wax up.

Fig. 4. 1st provisional restoration. (A) Full-mouth preparation, (B) 1st provisional restoration delivery.



경과 교합에 대한 적응을 확인하였다. 두번째 임시 보철물 제작을 위해 부가중합형 실리콘 인상재(Imprint™ 4 Light; 3M ESPE, St. Paul, MN, USA & HySil HEAVY PLUS; Oss-tem, Seoul, Korea)를 사용하여 지대치의 최종 인상을 채득하였으며, 작업 모델 제작 및 다이 작업 시행하였다. 적응한 수직 고경과 교합을 이행하기 위해 교차 마운팅(cross mounting)을 위한 bite를 채득하였다 (Fig. 5). 환자의 심미적 요구를 반영하여 shade를 수정한 두번째 임시 보철물을 구강 내 장착하였다 (Fig. 6). 추가적으로 1개월 간 교합 양식, 교합의 안정성, 측두 하악 관절의 증상 유무 및 안모와의 조화를 평가하였으며, 환자는 기능 및 심미적으로 만족하였다.

최종적으로 적응한 두번째 임시 보철물 형태를 이행하여 최종 보철 형태를 디자인하였으며, 내부식성과 높은 강도 및 심미성을 가지는 지르코니아(KATANA Zirconia Block; Kuraray Europe GmbH, Hattersheim, Germany)로 최종 보철물 제작하였다. 지르코니아 보철물을 시적하여 적합도를 확인하였으며, 교합조정을 마친 최종 보철물은 레진 시멘트(RelyX U200; 3M ESPE, St. Paul, MN, USA)를 이용하여 최종 접착 완료하였다 (Fig. 7).

최종 보철물 장착 후 촬영한 파노라마 방사선 사진에서 특

이 소견이 관찰되지 않았으며, 측두하악관절(Temporomandibular joint, TMJ)의 이상 소견 없음을 확인하였다 (Fig. 8). 이상의 과정에 따라 수직교합고경 증가를 동반한 전악 고정성 보철 수복을 통해 기능적, 심미적으로 만족할만한 결과를 얻을 수 있었다.

고찰

본 증례의 환자는 거식증에 의한 반복적인 구토 습관으로 전반적인 치아의 부식과 구인두에 근접한 구개부에서 미약한 홍반(erythema) 양상을 보였다. 거식증 환자에서 가장 흔한 구강 내 징후는 perimylolysis라고 불리는 법랑질 부식 양상이다. 또한 10 - 50% 빈도로 parotid gland의 비대가 나타나며, 이는 과도한 탄수화물 섭취 또는 위산의 역류, 대사성 알칼리증, 영양실조에 영향을 받는다. 구강건조증 및 영양소 부족과 관련하여 치은 전반에 분포된 홍반 소견 혹은 반복적인 구토 시도로 인해 인두, 혀 후방부 및 구개 부위에서 홍반이 관찰되는 경우도 있다.³ 거식증 환자에서 항우울제 치료는 체중 회복에는 도움이 되지 않으나, 우울증상과 강박증상에 효과를 보여 자주 사용되며 우울증 약물로 인한 구강건조증 부작용



Fig. 5. Bite registration for cross mounting. (A) Bite registration with maxillary provisional crowns, (B) Bite registration of posterior area without provisional crowns, (C) Bite registration of anterior area without provisional crowns.



Fig. 6. 2nd provisional restoration. (A) Right lateral view, (B) Frontal view, (C) Left lateral view.

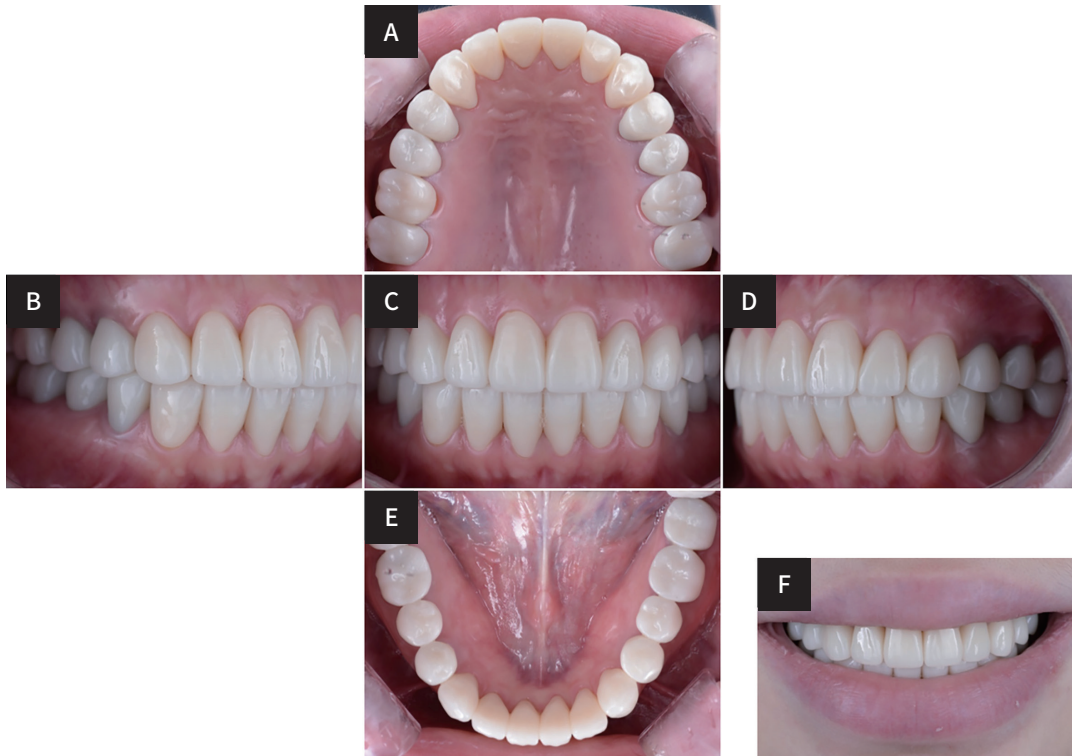


Fig. 7. Definitive prosthesis delivery. (A) Maxillary occlusal view, (B) Right lateral view, (C) Frontal view, (D) Left lateral view, (E) Mandibular occlusal view, (F) Smile line.

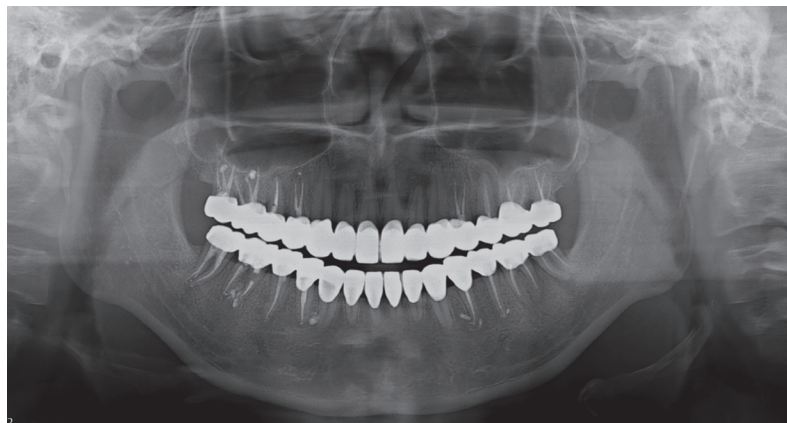


Fig. 8. Post-operative panoramic radiograph.

용에 의해 부식 증상은 가속화 될 수 있다.¹⁶ 또한 구토와 laxatives/diuretics의 남용은 체액의 감소를 야기하여 비자극성 타액량 및 buffering capacity를 감소시키기도 한다.

본 증례에서 최종 보철물 재료는 높은 강도와 내마모성의 단일 구조 지르코니아(monolithic zirconia)를 사용하였으며, 단일 구조 지르코니아 수복물은 비기능적 악습관이 있는

환자의 구치부에 장착 시에도 높은 성공률과 생존율을 보고한 바 있다.¹⁷ 또한 단일 구조 지르코니아는 산성 환경에 노출 시 다른 유리 기반 세라믹보다 표면 거칠기 변화나 광학 특성 변화가 상대적으로 적다고 밝혀진 바 있으나,¹⁸ 부식 저항성과 관련해서는 추가적인 연구가 필요하다.

치아 마모의 속도 및 양상에 따라 수직교합고경에 미치는

영향은 서로 다르게 나타날 수 있다. 오랜 기간에 걸쳐 나타나는 chronic tooth wear와 달리, 치아 부식 혹은 선천적 이상(congenital anomalies) 등에 의해 발생 가능한 acute tooth wear는 치조골의 보상성 정출(dentoalveolar compensatory mechanism)을 상회하여 나타날 수 있으며, 그로 인해 수직교합고경의 상실을 야기할 수 있다. 본 증례에서는 이와 함께 전정 간 거리, 자유 공극의 양, 안모 평가를 종합한 결과, 수직 고경이 일부 감소된 것으로 판단되었으며, 이에 수직고경 상승을 동반한 전악 고정성 보철 수복을 진행하였다.

수직교합고경은 어느 한가지의 방법을 통해 보편적으로 결정할 수 없으며¹⁹ 특히 수직고경을 평가하는 많은 기존의 연구들이 무치악 환자를 대상으로 하기 때문에 전악 고정성 보철 제작에 적용하기에는 어려운 측면이 있다. 또한 freeway space를 이용하거나, 발음,²⁰ 연하,²¹ 안면계측 정보를 활용하는 방법은 결정된 수직 고경을 구강내에서 verification하는데 사용 가능하지만 진단 단계에서 수직고경 거상량을 결정하기 위한 참고치로는 활용할 수 없다. 따라서 본 증례에서는 정량적으로 평가 가능한 전정 간 거리^{10,11}와 한국인의 평균 치아

길이¹⁵ 등을 참고하여 잠정적인 수직고경 거상량을 결정하였다. 전정 간 거리는 보통 모형 상에서 계측하며, 상·하악의 전정으로부터 중절치 절단면까지 거리의 합에서 수직피개량을 제하여 계산할 수 있다.¹⁰ 이후 거상량을 반영한 전방 디프로 그래밍 장치를 이용하여 변경된 고경에서 새로이 중심위 교합을 채득하고 진단 납형 제작 및 임시보철 제작을 시행하였다.

전악 고정성 보철 수복 시 안정적인 교합 형성은 중요한 고려사항이다. 충분한 기간의 임시 보철 단계에서 변화된 수직교합고경의 적절성과 교합 적응을 확인하였으며, 이를 반영한 최종 보철 제작을 통해 환자는 안정된 교합 양상을 보였다. 보철 장착일과 첫 번째 정기검진 시 교합분석장비(T scan III; Tekscan Inc., Boston, MA, USA)를 이용하여 양측 구치부에서 균등한 교합 강도를 갖도록 조정하였으며 (Fig. 9), 측방 운동 시에는 진단 단계에서 계획한대로 양측 견치유도를 부여하였다. T-scan 데이터를 활용한 교합조정 과정은 교합 접촉강도와 초기 접촉점을 시각화해주어, 교합지를 단독으로 사용한 통상적인 과정보다 전악 수복 시 세밀한 교합 조정이 용이할 수 있다.

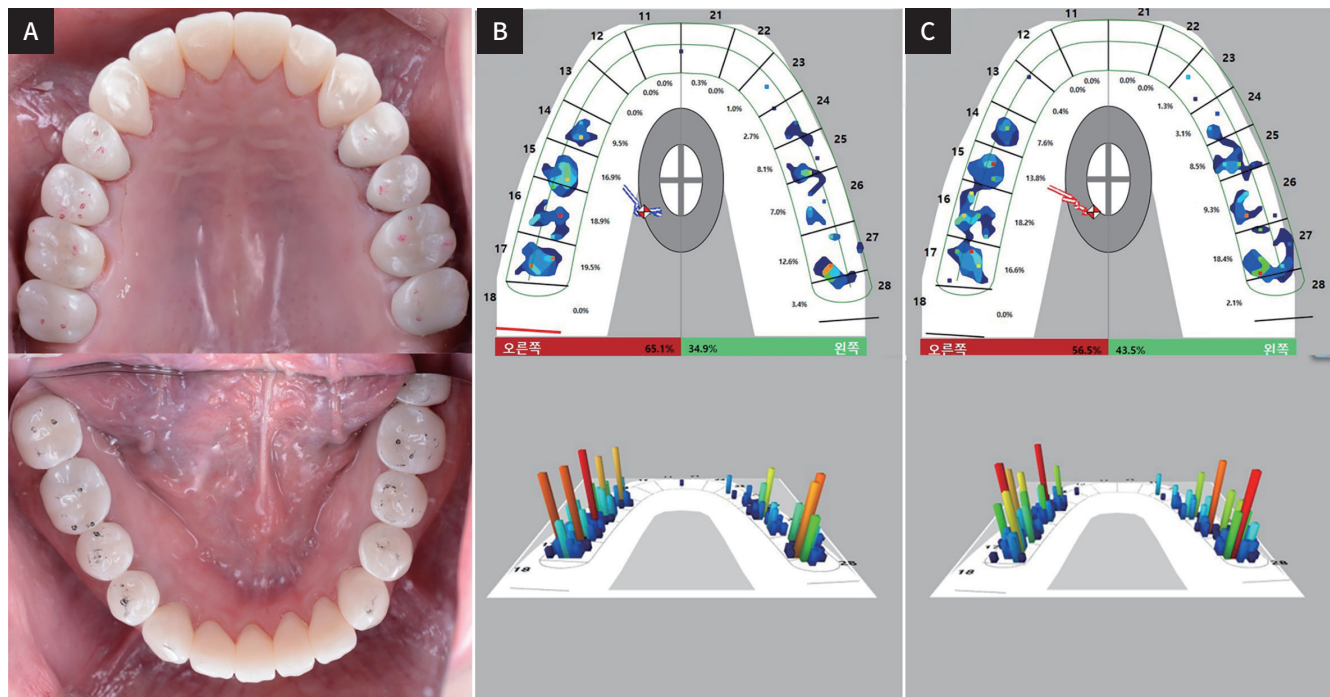


Fig. 9. Occlusal adjustment using T-scan. (A) Post-adjustment occlusal contacts (maxillary/mandibular occlusal view), (B) T-scan data before adjustment, (C) T-scan data after adjustment (equal-intensity bilateral contacts in centric occlusion).

부식과 마모에 의해 전악 보철 치료를 진행한 환자의 경우 기저 원인을 개선할 수 있도록 독려하여 추가적인 치아의 손상을 방지하는 것이 중요하다. 본 환자의 경우 거식증에 의한 구토 습관의 개선과 안정된 교합 관계에 대한 지속적인 경과 관찰이 필요하며, 마모 양상에 대한 평가를 통해 필요 시 교합 안정장치의 장착의 제작을 고려할 수 있다. 지대치의 이차 우식에 관한 검사를 면밀하게 시행하고 필요할 경우 적절한 교합조정을 동반한다면 예후를 장기간 양호하게 유지할 수 있을 것으로 사료된다.

결론

본 증례에서는 거식증에 동반된 치아 부식에 의해 수직교합고경이 소실된 환자에서 전악 고정성 보철 수복을 통한 구강 회복 과정을 보고하였다. 반조절성 교합기에 부착된 진단 모델 상에서 평균 전정 간 거리를 참고하여 수직 교정 증가량을 결정하고 진단 납형을 형성하였다. 임시보철물 단계를 거쳐 증가된 수직교합고경을 평가하였으며 환자가 적응한 고경과 교합을 반영하여 최종보철로 이행하였다. 이를 통해 부식된 치아를 적절하게 수복하면서 심미적, 기능적으로 만족스러운 결과를 얻을 수 있었다.

References

- Donovan T, Nguyen-Ngoc C, Abd Alraheam I, Iru-sa K. Contemporary diagnosis and management of dental erosion. *J Esthet Restor Dent* 2021;33:78-87.
- Ruff JC, Koch MO, Perkins S. Bulimia: dentomedical complications. *Gen Dent* 1992;40:22-5.
- de Moor RJ. Eating disorder-induced dental complications: a case report. *J Oral Rehabil* 2004;31:725-32.
- Berry DC, Poole DF. Attrition: possible mechanisms of compensation. *J Oral Rehabil* 1976;3:201-6.
- Burak N, Kaidonis JA, Richards LC, Townsend GC. Experimental studies of human dentine wear. *Arch Oral Biol* 1999;44:885-7.
- Turner KA, Missirlian DM. Restoration of the extremely worn dentition. *J Prosthet Dent* 1984;52:467-74.
- Abduo J, Lyons K. Clinical considerations for increasing occlusal vertical dimension: a review. *Aust Dent J* 2012;57:2-10.
- Johansson A, Johansson AK, Omar R, Carlsson GE. Rehabilitation of the worn dentition. *J Oral Rehabil* 2008;35:548-66.
- Rivera-Morales WC, Mohl ND. Relationship of occlusal vertical dimension to the health of the masticatory system. *J Prosthet Dent* 1991;65:547-53.
- Fayz F, Eslami A, Graser GN. Use of anterior teeth measurements in determining occlusal vertical dimension. *J Prosthet Dent* 1987;58:317-22.
- Park JH, Jeong CM, Jeon YC, Lim JS. A study on the occlusal plane and the vertical dimension in Korean adults with natural dentition. *J Korean Acad Prosthodont* 2005;43:41-51.
- Goldstein G, Goodacre C, MacGregor K. Occlusal Vertical Dimension: Best Evidence Consensus Statement. *J Prosthodont* 2021;30(S1):12-9.
- McGee GF. Use of facial measurements in determining vertical dimension. *J Am Dent Assoc* 1947;35:342-50.
- Willis FM. Esthetics of full denture construction. *J American Dent Assoc* 1930;17:636-42.
- Kim MS, Kim SH, Kim HJ, Kim HJ, Park BG, Park BS, Park JT, Park JC, Bae YC, Yu SK, Lee YH, Jung HS, Cho SW, Cho US, GS H. Dental anatomy and morphology. Seoul; DaehanNarae Publishing Inc.; 2016. p. 163-76.
- Himmerich H, Lewis YD, Conti C, Mutwalli H, Karwautz A, Sjögren JM, Uribe Isaza MM, Tyszkiewicz-Nwafor M, Aigner M, McElroy SL, Treasure J, Kasper S; WFSBP Task Force on Eating Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines update 2023 on the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry* 2023;1-64.
- Levartovsky S, Pilo R, Shadur A, Matalon S, Winocur E. Complete rehabilitation of patients with bruxism by veneered and non-veneered zirconia restorations with an increased vertical dimension of occlusion: an observational case-series study. *J Prosthodont Res* 2019;63:440-6.
- Sulaiman TA, Abdulmajeed AA, Shahramian K, Hupa L, Donovan TE, Vallittu P, Närhi TO. Impact of gastric acidic challenge on surface topography and optical properties of monolithic zirconia. *Dent Mater* 2015;31:1445-52.

19. Fayz F, Eslami A. Determination of occlusal vertical dimension: a literature review. J Prosthet Dent 1988; 59:321-3.
20. Silverman MM. The speaking method in measuring vertical dimension. 1952. J Prosthet Dent 2001;85: 427-31.
21. Shanahan TE. Physiologic vertical dimension and centric relation. 1956. J Prosthet Dent 2004;91:206-9.

거식증으로 인한 전반적 치아 부식 환자에서 수직교합고경 증가를 동반한 전악 고정성 보철 수복 증례

성지민·오경철·김재영*

연세대학교 치과대학 치과보철학교실

거식증은 반복적인 구토로 인해 상악 전치부 구개면을 포함한 구강 내 여러 부위에 특징적인 치아 부식을 초래할 수 있는 심리적 섭식 장애이다. 본 증례는 거식증 및 역류성 식도염으로 치아 부식을 보이는 환자에서, 상실된 수직 교합 고경을 회복하여 전악 고정성 보철 수복을 계획하였다. 반조절성 교합기 상에서 전정 간 거리를 참고하여 수직 고경 거상량을 결정하였으며, Lucia jig를 활용해 거상량을 반영한 진단 납형과 임시 보철을 제작할 수 있었다. 임시 보철 사용 기간 동안 변화된 수직고경과 교합에 대한 환자의 적응을 확인하였으며, 최종 보철물로 이행하였다. 본 증례는 거식증으로 인한 치아 부식 환자에서 면밀한 진단과 단계적 수직 고경 회복 과정을 통해 심미·기능적 회복에 기여함을 보여준다. (대한치과보철학회지 2025;63:282-90)

주요단어

거식증; 치아 부식; 전악 보철 수복; 수직교합고경

교신저자 김재영
03722 서울시 서대문구 연세로 50-1
연세대학교 치과대학 치과보철학교실
02-2228-3160
jaeyoungkim@yuhs.ac

원고접수일 2025년 6월 20일
원고최종수정일 2025년 7월 28일
원고채택일 2025년 8월 4일

© 2025 대한치과보철학회
© 이 글은 크리에이티브 커먼즈
코리아 저작자표시-비영리
4.0 대한민국 라이선스에
따라 이용하실 수 있습니다.