

안면신경마비에 대한 성상교감신경절 차단요법

연세대학교 의과대학 마취과학교실

조 성 국 · 윤 덕 미 · 오 흥 근

= Abstract =

Treatment of Bell's Palsy by Stellate Ganglion Block

Sung Kuk Cho, M.D., Duck Mi Yoon, M.D. and Hung Kun Oh, M.D.

Department of Anesthesiology, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Koera

Bell's palsy is not a serious disease and recovery is spontaneous in more half of the patients, but this recovery is long delayed in many instances and the cosmetic effect of an altered facial appearance is psychologically distressing.

The etiology is unknown, but Kettle's ischemic hypothesis has been widely accepted. The aim of treatment is to reduce edema and improve circulation to the facial nerve. Stellate ganglion block (SGB) resulted in abolishing cerebral vascular spasm and in increasing cerebral blood flow. Thus, stellate ganglion block is effective in treatment of Bell's palsy. From 1978 to Oct. 1988, we have treated 222 patients (20 patients were recurred cases) with facial palsy by SGB and analysed the effect of SGB. We noticed that SGB was very effective in early repetitive treatment (90% recovery). This study is reported and the literature is reviewed.

서 론

안면신경마비는 흔히 생명에는 위험이 없으며, 자연 치유되는 환자도 있어 그다지 심각하게 취급하지 않았던 질환이다. 그러나 치유가 잘 되지 않은 예에서는 변형된 안면모습과 일상생활에서의 불편함 (양치질시, 음식을 씹을때, 말을 하거나 휘파람 불때 등)으로 미관상뿐 아니라 정신적으로도 나쁜 영향을 미치며 상당수에서는 오랫동안 회복이 지연되어 사회생활에도 큰 지장을 준다. 불완전 치유자에는 조금만 피로하여 장애가 다시 나타나서 불쾌감마저도 초래하는 질환이다.

안면신경마비의 치료법으로 부신피질호르몬이나 혈관 확장제 등을 사용하는 약물요법과 온열마사지 또는 전기 자극요법 등을 이용한 이학적요법, 압박을 제거하는 안면신경감압술, 그 밖에 민간요법 등으로 치료하여 왔으나 그들 효과에 대하여서는 많은 논란이 있다.

안면신경마비의 치료법으로 성상신경절차단술이 소개

되기는 1952년 Swan¹⁾ 이 처음으로 동측에 성상신경절차단술을 초기부터 반복 시행하여 완전 회복된 예를 보고하였고, Korkis²⁾, Brackman³⁾이 그 효과의 우수성을 입증했다. 동양에서는 일본의 若杉등⁴⁾이 국내에서는 문⁵⁾과 윤 등⁶⁾이 보고한 바 있다.

연세의료원 통증치료실에서는 1978년부터 안면신경마비환자들에게 성상신경절차단술을 시행하여 왔으며 차제에 그 효과와 결과에 대해 문헌적 고찰과 함께 보고하는 바이다.

대상 및 방법

1) 관찰대상

1978년 부터 1988년 10월 까지 연세의료원 통증치료실에 내원한 안면신경마비환자중에서 자료수집이 가능한 222명을 대상으로 하였으며 재발환자 20명이 포함되었다.

2) 시술방법

환자를 앙와위로 눕히고 머리를 뒤로 제게게 한 후 목에 힘을 주지 않게 약간 입을 벌리게 한다. 술자의 제 2 및 3지로 흉쇄유돌근과 총경동맥을 외측방으로 밀고 제 6경추의 횡돌기를 촉진후 그곳에 25 G 바늘을 천자하여 혈액이 흡입되지 않음을 확인하고 1% lidocain 8~10 cc를 주입한 후 바늘을 빼고 천자부위를 gauze로 압박했다. 베개를 받혀 두부를 높게한 후 30분간 관찰하였다. 차단효과에 대해서는 수분내 Horner 증후군 등 (Table 1)과같은 증상으로 판단하였다.

3) 관찰방법

신경의 변성이 대개 발병 2주 전후하여 일어나기 때문에 내원시기를 발병 2주 이내군과 발병 2주 이후군으로

Table 1. 성상신경절차단술의 효과 및 증상

1. Horner's syndrome (miosis, enophthalmos, and ptosis).
This does not guarantee sympathetic paralysis of the vessels of the arm.
2. Flushing of the cheek, face and neck, and arm. Engorged veins of arm. Increase in skin temperature.
3. Flushing of the conjunctiva and sclera
4. Anhidrosis of the face and neck.
5. Larcimation.
6. Stiffness of the nostril (Guttman's sign).
7. Muller's syndrome: injection of tympanic membrane and warmth of face.

Table 2. 안면신경 마비의 평가기준

1. 안정시 비대칭	4	2	0
2. 이마주름	4	2	0
3. 눈 깜빡이 운동	4	2	0
4. 가볍게 눈 감는 운동	4	2	0
5. 세게 눈감는 운동	4	2	0
6. 한눈 감기	4	2	0
7. 코 벌렁거림	4	2	0
8. 이-하고 이보임	4	2	0
9. 휘파람 불기	4	2	0
10. 입을 자로 만듦	4	2	0
	40	20	0

완전회복 : 36점이상, 불완전 회복 : 32-35점, 불치 : 31점 이하

나뉘어 관찰하였으며 재발환자들은 따로 관찰하였다. 치료효과에 대한 판정기준은 若杉 등⁴⁾의 방법 (Table 2)을 채택하여 36점이상을 완전회복 (완치), 32~35점을 불완전회복 (경쾌), 31점이하를 불치로 하였다. 불명은 차단횟수가 10회 미만으로 효과에 대한 판정이 어려운 경우로 하였다. 전 예에서 성별, 연령별, 이환측별 분포 및 원인질환을 조사 하였으며 발병후 내원시기에 따른 차단효과, 발병후 2주이내군 및 이후군에서 차단횟수별 성적, 연령별성적 및 10회 이상 차단한 예에서의 연령별 성적을 관찰하였다. 또한 재발환자들의 성별, 연령별, 이환측별 분포, 재발기간별 분포 및 재발후 2주이내 및 2주 이후군의 차단횟수별 성적등으로 관찰하였다.

결 과

1) 성별분포는 남 110명, 여 92명으로 남자가 약간 많았고, 연령은 9세에서 78세까지 다양했으나 20~30대에서 가장 많고, 50대, 40대, 10대, 60대 순으로 나타났다. 이환측 분포는 우측이 좌측보다 약간 많았다 (Table 3).

2) 원인은 원인불명이 제일 많고 중이염성, 헌트증후군순으로 많았다 (Table 4).

3) 내원시기별 차단효과는 발병 1주이내에 치료를 시작한 환자에서는 완치 48예, 경쾌 9예이었는데 여기서 불명 50예를 제외하면 경쾌이상은 96% 이상의 효과를 나타냈다 (Table 5). 발병 2주이내 환자에서 완치 66예,

Table 3. 성별, 연령별, 이환측별 분포

<증례수>

연령	성별		성별		계
	남	여	우	좌	
9			4	2	6
10 ~ 19	6	5	2	6	19
20 ~ 29	18	7	14	13	51
30 ~ 39	16	11	11	14	52
40 ~ 49	12	7	1	7	27
50 ~ 59	8	6	6	8	28
60 ~ 69	5	3	3	2	13
70 ~ 79	2	1	1	2	6
계	67	43	40	52	202
	110		92		

Table 4. 원인별 분포

원인불명	164예
헌트중후군	4예
귀 질환	29예
의상성	4예
종양	1예
계	202예

Table 5. 발병후 내원 시기별 차단 효과

<증례수>

내원시기	완치	경쾌	불치	불명	계
1주이내	48	9	2	50	109
2주이내	18	4	4	6	32
3개월이내	6	7	3	12	28
3개월이상	1	4	3	13	21
계	73	24	12	81	190

Table 6. 발병후 2주이내 군의 차단 횟수별 성적

<증례수>

SGB횟수	완치	경쾌	불치	불명	계
1 ~ 5	4	1		56	61
6 ~ 10	14	7	4	1	26
11 ~ 20	28	5	1		34
21 ~ 30	11				11
31 ~ 50	6				6
51이상	3				3
계	66	13	5	57	141

경쾌 13예, 불치 5예, 불명 57명으로 경쾌이상은 94% 이상으로 효과가 있음을 나타냈다(Table 6). 발병 2주 이상에서도 78%에서 효과가 좋게 나타났으나 발병 2주 이내에 치료를 시작한 예보다 그 만큼 치료기간이 오래 걸렸다(Table 7).

4) 202예중 성상신경절 차단을 시행받은 예는 190예였으며 그중 81명에서 10회 이내의 차단을 받고 환자 자신이 치료를 중단하여 평가가 불가능하였다.

5) 연령별 성적에서는 발병 2주이내군에서 20대, 10대 및 30대 등 비교적 젊은층의 환자에게서 효과도 크고 완치율도 높았다. 50대이상에서 역시 완치율이 높았으나 상대적으로 차단횟수가 많았다(Table 8). 발병 2주

Table 7. 발병후 2주 이후군의 차단 횟수별 성적

<증례수>

SGB횟수	완치	경쾌	불치	불명	계
1 ~ 5	2	2		24	28
6 ~ 10			1	2	3
11 ~ 20	3	4	3		10
21 ~ 30	2	1			3
31 ~ 50		1			1
51 ~ 110		3	1		4
계	7	11	5	26	49

불치 : 10회이상 시행한 후 31점이하인 경우

Table 8. 발병후 2주 이내군의 연령별 성적

<증례수>

연령	완치	경쾌	불치	불명	계
9	1	1		4	6
10 ~ 19	5	2		8	7
20 ~ 29	16	2	1	14	19
30 ~ 39	20	4	1	13	25
40 ~ 49	6	3	4	6	19
50 ~ 59	9			5	14
60 ~ 69	6			3	9
70 ~ 78	3			3	6
계	66	13	6	56	141

불치 : 10회이상 시행한 후 31점 이하인 경우

Table 9. 발병후 2주 이후군의 연령별 성적

<증례수>

연령	완치	경쾌	불치	불명	계
10 ~ 19		1		2	3
20 ~ 29	3	2	1	8	14
30 ~ 39	2	3		6	11
40 ~ 49	1	3		4	8
50 ~ 59	1	1		7	9
60 ~ 69		1	1	2	4
70 ~					
계	7	11	2	29	49

불치 : 10회이상 시행한 후 31점 이하인 경우

이후군에서도 젊은층인 20대, 30대에서 완치율이 높고 그 이상에서는 효과는 있으나 완치율은 떨어지는 것으로 나타났다(Table 9).

6) 10회이상 차단술을 시행한 환자들만의 연령별 성적에서도 발병 2주 이내군과 발병 2주 이후군에서 공히

Table 10. 발병 2주 이내군의 10회 이상 차단한 후 연령별 성적 <증례수>

연령	완치	경쾌	불치	계
1 ~ 9	1	1	1	3
10 ~ 19	4	1		5
20 ~ 29	12	1	1	14
30 ~ 39	14	3	1	18
40 ~ 49	6	2	4	12
50 ~ 59	8			8
60 ~ 69	5			5
70이상	3	1		4
계	53	9	7	69

Table 11. 발병 2주 이후군의 10회 이상 차단한 후 연령별 성적 <증례수>

연령	완치	경쾌	불치	계
1 ~ 9				
10 ~ 19		1		1
20 ~ 29	2	1	1	4
30 ~ 39	1	3		4
40 ~ 49	1	3		4
50 ~ 59	1			1
60 ~ 69			1	1
70이상				
계	5	8	2	15

젊은 층에서 완치율도 높고, 효과도 크게 나타났으며 발병 2주 이내군에서 발병 2주 이후군보다 효과와 완치율에서 큰 것으로 나타났다(Table 10, 11).

7) 재발환자들은 남녀 10예씩으로 같았고 성별에 관계없이 동측에 재발된 환자들이 많았고 20~30대 젊은 층에서 많이 발병되었다(Table 12). 재발되는 기간은 최소 1주부터 40년 까지 다양하였고 그중 1에는 35년,

Table 12. 재발군의 성별, 연령별, 이환측 분포

성별 연령	남		여		계
	동측	반대측	동측	반대측	
10 ~ 19			1		1
20 ~ 29	5		2		7
30 ~ 39	1	1	2		4
40 ~ 49	1	1			2
50 ~ 59			1		1
60 ~ 69	1		1	3	5
계	8	2	7	3	20
	10		10		

Table 13. 재발군의 재발기간별 분포

이환측	년									
	1	2	3	4	5	10	20	30	40	계
동측	1*	2	2		1	6	2	1	1*	15*
반대측	2						1		1	4
계	3	2	2		1	6	3	11	1	19

*표중 1에는 35년, 14년전 및 12일전 4회째 재발한 예임

Table 14. 재발 2주 이내 및 이후군의 횡수별 성적

SGB횡수	2주 이내				2주 이후					
	완치	경쾌	불명	불치	소계	완치	경쾌	불명	불치	소계
1 ~ 10	1	5		4	10	1				1
11 ~ 20	1				1		1			1
21 ~ 30	2				2					
31 ~ 40	2				2					
41 ~ 50										
51 ~ 60										
61 ~ 70	1				1					
70이상	1	1			2					
계	8	6		4	18	1	1			2

19년, 14년, 12일전 등 4회나 재발된 환자가 있었다 (Table 13). 발병 2주이내군의 환자가 대부분이어서 발병 2주이후군과의 성적 비교는 어려웠다 (Table 14).

고 안

1821년 Charles Bell이 안면신경을 발견한 후 안면신경질환을 Bell's palsy라 불렀으나 그후 원인이 규명된 것도 없어 근래에는 특발성 안면신경마비에 대해서만 Bell's palsy라 했고 약 85%가 이에 속한다.

병력청취만으로도 진단이 가능하나 안면신경마비를 수반할 수 있는 질환들 (Table 15)을 감별해야 하고 일반 및 특수검사 (Table 16)를 해야 한다.

Park 및 Watkins⁷⁾는 500예의 환자중에서 원인불명이 87.2%, 감염 6%, 외상 6%, 종양 0.8% 이었다고, 10세⁸⁾는 1000예에서 원인불명이 874예, 헌트중후군 75예, 중이염 등 귀질환 19예, 수술후 12예, 중추성 6예, 외상 6예, 종양 2예, 기타 2예 등이었다고 한다. 본 연구에서는 202명중 원인불명 164예, 헌트중후군 4예, 중이염 등 귀질환 29예, 외상성 4예, 종양 1예 등이었다 (Table 4). 원인불명 중에는 대개 감기걸린 후 찬방에서 자고 난후 마비가 나타난 경우가 많았다.

안면신경마비환자의 발생빈도는 불완전마비와 자연치유현상 등으로 집계상난점이 많아 정확한 통계를 얻을 수 없지만 Brackmann⁹⁾에 의하면 20명/10만명/년으로 매 10분마다 1명씩 발생한다고 하였다. 연령별로 보면 10세⁸⁾는 1000예중 30대가 가장 많고 성별은 비슷하나 여자들에 약간 많이 발병하고, 좌측이 우측보다 약간 많다고 하였다. 저자들의 경우 20~30대, 성별은 남자가 오히려 더 많았고 이환측도 좌측보다 우측이 약간 더 많았다.

안면신경마비의 원인에 대해서는 확실하지 않아 여러 가지 설이 있는데, 그중 혈관허혈설, virus 설, 이들의 중합설 등으로 설명되고 있다. 그중 혈관허혈설이 일반

Table 16. BELL마비의 진단방법

1. Thorough ear, nose and throat examination
2. Neurological examination with emphasis on cranial nerves
3. Topographic testing including tearing, impedance testing, and taste testing
4. X-ray evaluation of the temporal bones
5. Electronystagmography
6. Electrodiagnostic studies

Table 15. 안면신경 마비의 원인

<p>Central lesions</p> <ul style="list-style-type: none"> Cerebrovascular accident Demyelinating disease Pontine tumor Poliomyelitis <p>Peripheral Lesions: Temporal Bone</p> <ul style="list-style-type: none"> Infections Meningitis (Acute), tuberculous Syphilis Leprosy Varicella, rubella, mumps Infectious mononucleosis Herpes Zoster Otitis media <p>Tumors</p> <ul style="list-style-type: none"> Facial nerve neuroma Acoustic neuroma Leukemia Metastatic tumor 	<ul style="list-style-type: none"> Granulomas Wegener's granulomatosis Sarcoidosis <p>Autoimmune</p> <ul style="list-style-type: none"> Guillain-Barre syndrome <p>Toxic-metabolic</p> <ul style="list-style-type: none"> Diabetes Uremia <p>Vasculitis</p> <ul style="list-style-type: none"> Poluarteritis Melkersson's syndrome <p>Trauma</p> <ul style="list-style-type: none"> Surgical Temporal bone fracture <p>Peripheral Lesions: Parotid Gland</p> <ul style="list-style-type: none"> Trauma Sarcoidosis Parotid tumor
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

적으로 널리 인정되고 있어 안면신경마비의 치료법의 근거로 삼고 있다. 이 설은 프랑스의 Worm 및 Chams에 의해 처음 제창된 후 여러 학자들에 의해 개발되었는데 Kettle⁹⁾은 안면신경관내 혈관에 일차적인 장애가 와서 허혈상태가 되기 시작하여 그 정도에 따라 신경의 전도성이 부분 혹은 완전 차단되고 신경의 종창이 골관내에서 압박의 요인이 되어 더욱 심한 장애를 일으키는 일련의 악순환이 일어난다고 한다. 이러한 신경혈관의 기능장애의 일차적 원인은 아직 모르나 한냉이나 통풍 등이 유발인자가 될 수 있다 한다. 이에 대해 若杉¹⁰⁾은 겨울보다 여름철에 더 많이 발병한다 하여 부정하나 저자들에게 의하면 여름철 찬방에서 낮잠 잔후 발병한 경우가 상당수 있었다.

최근에 관심을 끌게된 Bell 마비에 대한 virus설은 아직까지는 증거가 희박하나 Bell 마비의 임상과정이 virus성 신경병증과 매우 유사함으로써 이를 추정케 한다. Adour¹⁰⁾은 일차적 현상으로 virus 감염에 의한 염증이 있어 이것이 혈관의 변화를 야기한다하여 virus 감염을 중요시 하였다. 또한 Influenza 유행기에 많이 발생한다고 했으며 저자들 경우에서도 감기후 발생한 예가 많았다. 그러나 Brackmann¹¹⁾은 Bell 마비환자의 장관으로부터 virus를 분리하지 못했으며 혈액역가에서도 의의있는 증거가 없었다고 하였다. 그 반면에 十時¹²⁾은 이하선염, 대상포진 및 단순포진 virus에 대한 보체 결합항체역가를 측정할 결과 Bell 마비에서 일반인 보다 높은 것으로 보아 신경친화성 virus 즉, echo, polio, adeno, influenza virus와의 관련성을 시사하였다. 유전설은 DeSanto 및 Schubert가 한 가족에서 10명의 Bell 마비환자가 발생했음을 보고하면서 이를 주장했는데 그는 histamine-histidine-decarboxylase 효소계의 변화에 의한 것이라고 하였다. 이들 학설들을 종합해보면 발생빈도 및 예후와 마찬가지로 원인도 확실치 않으나 여러가지 요인으로 딱딱한 신경관내에서 안면신경이 허혈상태가 되어 마비가 초래하는 것으로 추정된다. 그리고 그 요인으로 혈관운동장애, virus 감염, 유전적요인 또는 기타 다른 요인들이 단독 혹은 복합되어 영향을 미치는 것 같다. 증상은 병변부위에 따라 달라지는데 경유돌공(Stylomastoid foramen)이하 부위장애라면 안면근육의 마비만 나타나고, 고색신경(Chorda tympani nerve)과 슬신경절(Geniculate ganglion)사이의 장애라면 이환측 혀의 앞 2/3부위의 미각장애와 타액분비감

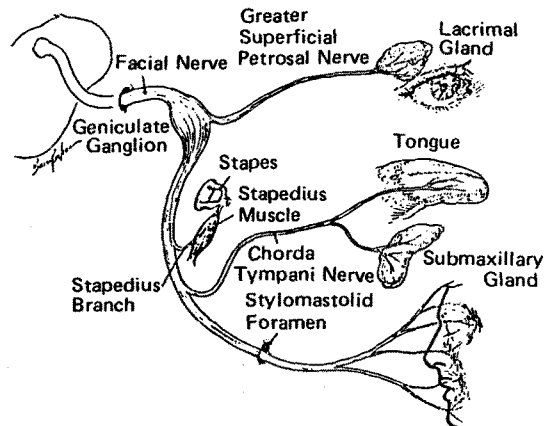


Fig. 1. 안면신경의 분포.

소동이 있고 동골신경부분의 장애에서는 청각과민, 이통, 이명등이 나타나고 슬신경절장애에서는 눈물이 감소되고 포진이 동반되는 경우가 많다고한다. 그런데 미각장애, 이통, 청각과민, 이명, 누액분비저하 등의 증상이 있는 안면신경마비는 치유가 힘들다고 한다(Fig. 1).

안면신경마비의 치료는 첫 단계로 안면신경의 부종을 감소시키고 혈관경련을 빨리 완화시켜서 안면신경의 혈액순환을 개선하는 것이 중요하다. 이를 위해 약물요법으로 ACTH 나 Prednisone 및 혈관확장제 등이 사용되어왔다. 특히 Adour¹⁰⁾은 prednisone이 Bell 마비의 급성기에 발생된 안면신경의 부종을 감소시키고 혈류를 증가시켜 산소화를 좋게 할뿐 아니라 안면신경전체의 부종을 감소시킴으로써 수술을 할 경우 더욱 좋다고 한다. 그러나 이러한 약물들은 당뇨병, 고혈압, 결핵, 케양, 신염 등이나 임신중에는 투약이 불가능하여 치료에 제약 받는 경우가 많고, 또한 약물자체의 부작용도 고려되어야 한다.

1952년 Swan¹³⁾은 성상신경절에 국소마취제를 주입하여 병변부위의 혈행을 개선시키고 이것을 반복함으로써 안면마비가 완전회복된 예를 보고하였다. 그 뒤 Korkis¹⁴⁾가 발병 1주이내의 Bell 마비를 성상신경절 차단요법으로 37명중 36명이 완전회복되었다고 보고하였다.

若杉¹⁵⁾은 1533예에서 성상신경절 차단요법을 시행했던바 발병 3주이내의 환자에서 완치 70.6%, 거의 완치 20%로 약 90.6%의 효과를 보인 반면 3주이후 환자에서는 68.8%완치, 불완전마비환자는 100%완치되어 Ster-

oid치료나 다른 대중요법 결과보다 1.5~2배 좋다고 보고 하였다. 저자들에서는 발병후 2주이내의 환자에서 정상신경절차단요법을 6회이상 시행한 환자 85명중 완치 77%, 경쾌 13%로 90%의 효과를 나타냈으며 발병 2주 이후환자에서는 완치 35%, 경쾌 55%로 발병후 2주이내군과 비슷한 효과를 나타냈으나 장기간의 치료를 요하며 차단횟수도 더 많았다는 것을 알 수 있었다. 그외 치료방법으로 온열마사지, 전기자극, 피동적운동, 입에서 귀사이의 철사고정등이 있으나 Park 및 Watkins⁷⁾는 이 방법들은 거의 효과가 없다고 보고한바 있다. 수술적 치료방법으로는 안면신경의 감압술을 시술하나 Mechelse¹¹⁾는 발병후 2~3주에 안면신경감압술을 받은 11예에서 별 효과가 없다고 했으며, Adour등¹⁰⁾은 비수술, 조기수술 및 진구레 수술군으로 나뉘어 비교 관찰한 점과 전혀 차이가 없었다고 보고하였다.

Bell마비의 자연치유 현상때문에 치료에 대한 효과를 판정하기는 대단히 어렵다. 자연치유현상은 75~80%이며 若杉등⁴⁾은 50%로 추정하고 있지만 엄격한 평가방법에 의한 완전회복율은 Hilger에 의하면 55%, Park 및 Watkins은 66%라고 하여 정확하게 판정하기는 곤란하다.

Bell마비의 치료에서 중요한 것은 발병초기에 치료를 시작해야 효과가 크다는 점이다. 玉川¹²⁾은 발병 2주전후에 신경의 변성이 일어난다고 하고, 小田代등¹³⁾은 발병후 7~10일 이내에 정상신경절차단으로 1개월후 90%완치율을 나타냈다고 보고 하였는데 이는 Korkis²⁾의 보고와도 일치하며 저자들에 의해서도 발병 2주이내에서 6회이상 시행한 경우 90%이상의 효과를 나타냈다. 정상신경절차단술에 의한 안면신경마비의 치료효과를 내는데는 여러 요인들이 작용하나 대개 평균 20~30회의 치료가 요구되나 100~200회 이상의 차단술에 의해서 치료가 되는 예도 있으며 나이가 젊은층에서 발병초기부터 시행하면 효과가 더 크다고 한다. 저자들의 경우에서도 최소 4회 시행하여 불완전마비환자 9명중 3명완치를 보았고, 6회시행하여 3명완치, 3명경쾌의 결과를 얻기도 했는데 최대 110회의 시행으로 효과를 얻는 경우도 있었다. 이는 발병 2주이내군에서 더욱 효과가 컸으며 또나이가 젊은 10, 20, 30대에서 효과가 좋았고 나이가 많은 경우는 횡수도 많고 기간도 오래 걸린 것으로 나타났다.

안면신경마비의 평가기준에 대해서는 여러 방법이 있

는데 Burr¹⁴⁾는 입맞춤모습, 이마주름잡기, 코등 주름잡기, 미소, 세계 눈 감기 등으로 그때마다 거리를 측정하여 건강측과 환측을 상호 비교하여 거리차이에 따라 마비정도를 판정했고, 十時등⁸⁾은 완치+++ , 약간++ , 약간개선+ , 불변—등으로 분류했다. 若杉⁴⁾과 梅田등¹⁵⁾은 Table 2와 같이 10가지에 대해 강, 약, 무 등에대해 4, 2, 0점수를 주어 완전회복을 36점 이상, 불완전회복을 32~35점, 불치를 31점 이하로 분류평가하였다. 저자들도 若杉, 梅田등과 같은 방법을 택하였으나 완치라 함은 미관상 뿐 아니라 생활시 불편이 없는 것으로 해야 할 것이다.

안면신경마비의 후유증은 드물지만 안면근육의 약화가 지속되는 예가 많고 Synkinesis 또는 faulty reinnervation 및 crocodile teating(악어눈물)이 문제시되지만 저자들의 경우 치료를 중단한 예가 많아 그 빈도는 잘 알 수가 없었다. 재발되는 경우도 있는데 鹽谷¹⁶⁾ 및 若杉⁴⁾은 그 재발율을 8.1%라 했으나 이 역시 환자자신이 중도에 치료를 중단한 예가 많아 알 수가 없었다.

이상의 치료결과로 보아 안면신경마비에 대해서는 증상의 경중에 관계없이 신경의 변성이 초래되기전 초기부터 적극적인 정상신경절차단술을 시행하면 효과가 크고 설사 늦더라도 적극적인 시행으로 효과를 얻을 수 있음을 알 수 있었다.

결 론

본 연세의료원 통증치료실에서 재발환자 20명을 포함한 안면신경마비환자 222명에 대해 정상신경절차단술을 반복시행한 결과를 보고하였다. 발병초기부터 적극적으로 정상신경절차단술을 시행하는 것이 회복도 빠르고 완치율도 90%이상으로 높으며 발병 2주이후라도 지속적으로 시행하여 효과를 얻을 수 있었으나 다만 환자 자신이 중도에 치료를 중단한 경우가 많았음을 보았다.

참 고 문 헌

- 1) Swan DM: Stellate ganglion block in Bell's palsy. *JAMA* 150:32, 1952
- 2) Korkis FB: Treatment of recent Bell's palsy by cervical sympathetic block. *Lancet* 1:255, 1961
- 3) Brackmann DE: Bell's palsy incidence etiology and results of medical treatment clinic. *North Am* 7:

357, 1974

- 4) 若杉文吉, 十時忠秀, 爲佐鐵彦等: 顔面神頸麻痺の星狀神經ブロック, 日本醫師新報 2576:25, 1973
- 5) 문태준: Bell's palsy에 대한 임상적 고찰 *Clinical Observation of Bell's palsy. Report of 327 cases.* 최신의학 5:595, 1962
- 6) 윤덕미, 김종래, 오홍근: 안면신경마비에 대한 성상교감차단요법. 대한마취과학회지 11:250, 1978
- 7) Park JW, Watkins A: *Facial paralysis: analysis of 500 cases.* Arch Med 30:749, 1949
- 8) 十時忠秀, 湯田康正, 若杉文吉 等: 顔面神頸麻痺 1000例の統計的觀察.
- 9) Kettle K: *Bell's palsy.* Arch Otolaryngol 46:427, 1947
- 10) Adour KK, Wingerd J, Bell DN, et al: *Prednisone treatment for idiopathic facial paralysis (Bell's palsy).* New Engl J Med 287:1268, 1972
- 11) Mechelse K: *Bell's palsy: Prognostic criteria and evaluation of surgical decompression.* Lancet 1:7715, 1971
- 12) 玉川鐵雄: 顔面神頸障害の保存的治療. 耳後 43:767, 1971
- 13) 小田代政美, 小田宣子, 武谷敬之 等: 顔面神經麻痺에對する星狀神經節ブロック의校果, 麻酔 19:890, 1970
- 14) Burr SA: *Objective grading of facial paralysis: Ann Otol Rhinol Laryngol, 95:238, 1986*
- 15) 梅田良三: 末梢性顔面神經麻痺の子後診斷ペインクリニック 7:735, 1986
- 16) 鹽谷正弘, 若三文吉: 特發性顔面神經麻痺 ペインクリニック의實際. 47:183, 1977
- 17) Alford BR, Jerger JF, Coats AC, et al: *Diagnostic tests of facial nerve function.* Otolaryngol Clin North Am 7:331, 1974
- 18) 호홍근: 안면신경마비에 대한 성상신경절차단요법. 진단과 치료 4:239, 1984
- 19) 石河清彦, 本村邦夫, 兵田恒 等: 顔面神經麻痺(ベル麻痺)에對する星狀神經節ブロック의およひ하리의併用療法について 東洋醫學とペインクリニック 8:80, 1978
- 20) 望月一徳, 小野弘子: 顔面神經麻痺에對する星狀神經節ブロック의有用性について 麻酔 24:1372, 1976
- 21) 伊藤樹史, 山田秀樹, 新中須誠等: 兩側反復性顔面神經麻痺. ペインクリニック 1:157, 1980
- 22) 김균, 최명, 윤덕미 등: 안면신경마비를 합병한 대상포진에 대한성상신경절 차단요법. 대한마취과학회지 14:501, 1981
- 23) 十時忠秀: 顔面神經麻痺. ペインクリニック 10:28, 1989