

원저

## 口眼喎斜에 대한 鍼灸治療와 鍼, 藥 竝用治療의 비교 고찰

김칠갑 · 박상동 · 김경호

동국대학교 분당한방병원 침구과

### Abstract

## Comparative Study between Acupuncture and Acupuncture-Oriental Herb Medicine Treatment on Facial Nerve Paralysis

Kim, Chil-Gab · Park, Sang-Dong · Kim, Kyung-Ho

Department of Acupuncture & Moxibustion, Bundang Oriental Medical Hospital,  
Dong-Guk University.

**Objective :** Many methods have been used for treatment of facial nerve paralysis. The purpose of this study was to evaluate the clinical difference between acupuncture therapy and acupuncture-oriental herb medicine therapy.

**Materials and Methods :** From 05-01-2000 to 01-30-2001, 46 facial paralysis patients who were hospitalized and treated more than five times at the Department of Acupuncture & Moxibustion of Dongguk University Bundang Oriental Medical Hospital were selected for two group. One group(A group) was treated by acupuncture therapy, the other group(B group) was treated by acupuncture and oriental herb medicine therapy. A group was composed of 15 patients and B group was 31 patients.

**Results and Conclusion :** As the results of study, both acupuncture therapy and acupuncture-oriental herb medicine therapy were usable for facial nerve paralysis treatment. But, we could not discover any available difference between acupuncture therapy group and acupuncture-oriental herb medicine therapy group.

**Key Words :** Facial Nerve Paralysis, Acupuncture, Oriental Herb Medicine

·접수 : 5월 2일 ·수정 : 5월 4일 ·채택 : 5월 19일

·교신저자 : 김칠갑, 경기도 성남시 분당구 수내동 87-2번지, 동국대학교 분당한방병원 침구과(Tel : 031-710-3737)

E-mail : gabikim2000@yahoo.co.kr

## I. 서론

口眼喎斜는 대개 正氣가 부족하고 絡脈이 空虛하며 腠理가 緻密하지 못한 가운데 風寒의 邪氣가 그 虛한 틈을 타고 침입하여 氣血의 運行이 不暢하고 經氣가 阻滯되고 經筋이 滋養을 받지 못하여 肌肉이 弛緩不收함으로써 생긴다<sup>1,2)</sup>.

이 질환의 주된 증상은 한쪽 안면근육의 마비, 볼에 공기를 넣을 수 없고, 口角이 健側으로 歪斜되고, 물을 먹을 때 물이 세고, 식사할 때 음식물이 입안에 끼게 되며, 額紋消失, 眼瞼閉合不全, 落淚, 鼻脣溝消失, 미각장애, 청각과민등의 증상이 생긴다<sup>1)</sup>.

서양의학에서는 口眼喎斜를 안면신경마비라 하며 感冒, 外傷, 중독, 耳 및 뇌질환, 신경염, 뇌위축 등의 원인으로 안면신경이 거의 一側性으로 마비되어 환측 안면의 이완, 표정운동의 소실, 그 밖의 증세가 나타나는 병으로서 이는 중추성 마비와 말초성 마비로 나뉘는데 중추성마비는 병소가 신경핵보다 상부에 있는 핵상형이며, 말초성 마비는 신경핵 이하 부위에 있는 것을 말한다<sup>3)</sup>. 말초성 안면신경마비의 원인은 급만성 중이염, 耳性 대상포진과 같은 감염성과 Melkerson's syndrom, Bell's palsy와 같은 비감염성이 있다. 이 중 가장 흔하게 볼 수 있는 Bell's palsy는 원인이 될 만한 질환이나 외상이 없이 寒冷노출, 감정적 불안이나 충격등이 원인이 되어 갑자기 발생한다<sup>4)</sup>.

口眼喎斜의 일반적인 치료법은 침구치료, 약물요법, 물리요법 등의 방법이 주로 활용되고 있고, 최근에는 전침요법<sup>5)</sup>, 다양한 침구요법<sup>1,6)</sup> 및 한양방협진<sup>7)</sup>등의 방법이 시도되어 유효한 임상보고가 있으나 아직 주된 치료법인 침구치료와 약물치료를 비교한 임상보고는 접하지 못하였다.

이에 저자는 2000년 05월01일부터 2001년 01월30일까지 동국대학교 분당 한방병원 침구과에 말초성 안면신경마비증을 주소로 내원한 환자중 침구치료만을 시행한 환자 15례와 침구치료와 약물치료를 병행한 환자 31례에 대해 임상적으로 비교 관찰하여 보고하는 바이다.

## II. 관찰대상 및 방법

### 1. 대상

2000년 05월 01일부터 2001년 01월 30일까지 동국대학교 분당 한방병원 鍼灸科에 말초성 안면신경마비증으로 내원한 환자중 최소 5회이상 치료를 받은 환자를 대상으로 침구치료만 실시한 환자 15례(이하A군)와 침구치료와 약물치료를 병행한 환자 31례(이하B군) 총46례를 대상으로 하였다.

### 2. 방법

口眼喎斜의 구분은 來院時의 증상에 따라 안면신경의 장애부위와 안면근육의 마비정도로 구분하였고, 치료방법은 A군은 침구치료만을, B군은 침구치료와 약물치료를 병행하였으며 물리치료와 기타 섭생법 등의 방법은 A군과 B군에 모두 적용하였다. 이들 치료를 통해 얻어진 결과를 치료 성적 평가 기준에 의하여 그 효과를 판정하였다. 전 연구 대상을 침구치료만 시행한 A군과 침구치료와 약물치료를 병행한 B군으로 나누어 연령별, 성별, 좌우별, 장애부위별 분포, 변증에 따른 치료 처방(B군), 발병유발요인, 전구증상, 장애부위별 치료횟수 및 치료성적 등을 분석하였다. 증상에 의한 장애 부위의 판정, 안면근육의 마비정도 평가, 치료방법 및 치료 성적 평가의 주요 기준은 다음과 같다.

#### 1) 診斷基準

(1) 증상에 의한 장애 부위의 판정

발병시의 타액 및 누액분비, 혀의 미각장애, 청각과민 등의 증상을 관찰하여 마비부위를 고삭신경 분지부보다 말초, 고삭신경과 등골신경 분지부 사이, 등골신경 분지부와 슬신경절 사이, 슬신경절부, 슬신경절보다 상부에서 핵하부의 5부분으로 분류하였다<sup>8,9)</sup> (Table 1).

Table 1. 장애부위의 진단

부위	증상	顔面 麻痺	味覺 消失	聽覺 過敏	淚液分 泌障礙
1) 고삭신경 분지부보다 말초		+	-	-	-
2) 고삭신경과 등골신경 분지부 사이		+	+	-	-
3) 등골신경 분지부와 슬신경절 사이		+	+	+	-
4) 슬신경절		+	+	+	+
5) 슬신경절보다 상부		+	+	+	+

(2) 안면근육의 마비정도 평가

환자의 자각증상과 병력청취를 기본으로 하여 근력테스트를 실시하여 마비판정기준을 설정하였고, 근력검사는 말초성 안면신경마비의 호전도를 평가하기 위하여 6단계로 나누었다<sup>10)</sup> (Table 2).

2) 治療方法

(1) 鍼灸治療

치료혈은 안면마비에 주로 활용되는 頰車, 地倉,

觀膠, 四白, 下關, 合谷을 기본혈로 하고, 액문소실이 있을 때는 陽白을, 眼瞼閉合不全이 있을 때는 攢竹, 魚腰, 絲竹空을, 虛症에는 足三里를, 청각과민이나 耳後痛이 있을 때는 翳風, 完骨, 風池를, 口角下垂일 때는 承漿을, 인중선이 歪斜되었을 때는 人中을, 鼻脣溝消失이 있을 때는 迎香을 배합하였으며, 간혹 奇穴인 牽正穴<sup>11)</sup>과 董氏穴인 側三里, 側下三里<sup>12)</sup>를 배합하여 사용하였고, 近位취혈은 患側에, 遠位취혈은 健側에 자침하였다. 초기에 耳後痛이 있을 경우에는 阿是部에 사혈요법을 시행하였다.

발병초기에는 1일에 1회, 病程이 안정되고 症狀과 안면근이 호전되기 시작하면 2~3일에 1회 자침하였다. 手技法은 0.25x40mm나 0.3x40mm의 s-stainless steel 호침을 사용하여 捻轉提插法으로 直刺, 橫斜刺, 透刺하여 15~20분간 유침시켰다. 전침은 자침 후 手技法을 시행한 다음 頰車와 地倉, 下關과 觀膠, 攢竹과 陽白등에 연결하여 1x10 또는 3x1 주파수에 연속과를 유침시간동안 적용시켰다.

(2) 藥物治療

환자의 상태에 따라 風寒에는 加味理氣祛風散를, 熱症에는 清痰順氣湯을, 寒症에는 大三五七散을, 氣血虛와 老人인 경우에는 必效散<sup>13)</sup>을, 虛症에는 補中益氣湯이나 六君子湯 加味方을, 기타 治癱煎<sup>14)</sup> 등을 사용하였다.

Table 2. 안면마비판정기준표

평가기준	물을 마실 때	휘파람을 불 때	눈을 감을 때
Normal	물을 입안에 머금고 힘을 주어도 새지 않음	휘파람을 분다	눈을 힘있게 감고 외력을 가해도 전혀 벌어지지 않는다
Good	위의 방법으로 힘을 주면 샌다	휘파람을 불 수 있지만 공기가 샌다	위의 방법으로 하면 조금 벌어진다
Fair	보통 물을 마시면 새지 않는다	조금 음이 샌다	위의 방법으로 하면 벌어진다
Poor	의식을 하면 새지 않는다	휘파람을 부는 형태가 되는 조금 음이 나온다	눈을 감으면 감아지나 속도가 느리다
Trace	조금 샌다	휘파람 형태가 조금 된다	감아도 2~3분 정도 벌어져 있다
Zero	흘러 떨어진다	휘파람 형태가 전혀 안된다	전혀 감지 않는다

(3) 物理治療

대부분의 환자에게 留鍼時間동안 환측 안면마비 부위에 적외선이나 TDP를 조사하였고, 환자 스스로 열찜질이나 안면 마사지를 운용하도록 하였다.

(4) 기타 攝生法

치료와 동시에 환자에게 다음과 같은 생활상의 주의점을 알려주었다

- ① 정신적인 스트레스와 육체적 과로를 피하게 하였다.
- ② 충분한 영양섭취와 수면을 권장하였으며, 흡주나 흡연을 피하도록 하였다
- ③ 찬바람을 피하고 찬 곳에서 자지 말도록 하였으며, 마비 부위를 항상 따뜻하게 유지하도록 하였다.

3) 치료성적의 평가기준

- ① 우수(Excellent) : 자각·타각 증상 및 안면근 운동상 정상으로 회복되어 일상생활에 별다른 장애가 없는 경우
- ② 양호(Good) : 자각·타각 증상 및 안면근 운동상 초진의 상태에 비해 명백한 호전을 보인 경우
- ③ 호전(Fair) : 자각·타각 증상 및 안면근 운동상 어느 한쪽만 좋아지거나 증상과 운동에서 약간의 회복만 보인 경우
- ④ 무효(Poor) : 자각·타각 증상 및 안면근 운동상 초진 상태에 비하여 모두 호전이 없는 경우

Ⅲ. 연구결과

1. 性別, 左右別 분포결과

본 연구 대상 46례중 A군은 15례, B군은 31례

이었다. 그 성별 분포를 살펴보면 A군은 남자 10례, 여자 5례이었고, B군은 남자 17례, 여자 14례로 남자는 모두 27례(59%), 여자는 19례(41%)이었다. 성별에 따른 마비 부위를 살펴보면 A군에서 좌측마비는 남자 4례, 여자 3례, 총7례였고, 우측마비는 남자 6례, 여자 2례, 총 8례였다. B군에서 좌측마비 남자 6례, 여자 6례, 총12례였고, 우측마비는 남자 11례, 여자 8례, 총19례였다(Table 3).

Table 3. 性別, 左右別 분포

	A군		B군		계(%)
	좌	우	좌	우	
남자	4	6	6	11	27(59)
여자	3	2	6	8	19(41)
계	7	8	12	19	46(100)

2. 年齡別 분포결과

연령별 분포를 살펴보면 전체적으로 30대 14례(30%)로 가장 많았으며, 50대 9례(20%), 60세이상 8례(17%), 20대와 40대가 각각 7례(15%), 20대 미만이 1례(2%) 순으로 나타났으며, A군에서는 20대와 30대가 각각 4례로 가장 많았고, B군에서는 30대가 10례로 가장 많았다(Table 4).

Table 4. 年齡別 분포

	A군		B군		계(%)
	남자	여자	남자	여자	
20대미만	0	0	1	0	1(2)
20~29세	3	1	2	1	7(15)
30~39세	3	1	8	2	14(30)
40~49세	2	1	3	1	7(15)
50~59세	1	0	1	7	9(20)
60세이상	1	2	2	3	8(17)
계	10	5	17	14	46(100)

3. 발병요인별 분류결과

발병요인별로 살펴보면 전체적으로 過勞가 25례(54%)로 가장 많았고, 風寒 7례(15%), 스트레스 6례(13%), 음주 5례(11%), 감염, 치과치료, 감모가 각각 2례씩(4%), 기타 1례(2%)였으며, 특별한 유발요인이 없는 경우도 12례(26%)로 나타났다(Table 5).

Table 5. 발병요인별 분류(중복처리)

	A군	B군	계(%)
過勞	8	17	25(54)
stress	3	3	6(13)
風寒	0	7	7(15)
飲酒	2	3	5(11)
감염	0	2	2(4)
齒科치료	1	1	2(4)
感冒	0	2	2(4)
기타	1	0	1(2)
無	4	8	12(26)

#### 4. 前驅症狀別 분포결과

전구증상의 유무를 살펴보면 전구증상이 있는 경우는 전체 46례중 28례(61%)였고, 없는 경우는 18례(39%)였다. 전구증상이 있는 경우에는 이(후)통 16례(35%), 안주위이상감각 9례(20%), 두통 6례(13%), 청각이상 5례(11%), 미각이상 4례(9%), 안검경련 3례(7%), 기타 2례(4%), 현훈 1례(2%) 순으로 나타났다(Table 6).

Table 6. 前驅症狀別 분포(중복처리)

	A군	B군	계(%)
耳(後)痛	5	11	16(35)
頭痛	2	4	6(13)
眩暈	0	1	1(2)
眼주위이상감각	2	7	9(20)
味覺이상	1	3	4(9)
眼瞼痙攣	1	2	3(7)
聽覺이상	1	4	5(11)
기타	0	2	2(4)
無	7	11	18(39)

#### 5. 處方別 분포결과

鍼과 약물요법을 병행한 B군 31례에서 사용한 처방을 살펴보면 理氣祛風散加味方이 16례(52%)로 가장 많았고, 大三五七散 6례(19%), 加味補益湯 2례(6%), 六君子湯加味方 2례(6%), 治癱煎 2례(6%), 必效散 2례(6%), 清痰順氣湯 1례(3%)로 나타났다(Table 7).

Table 7. 處方別 분포

	환자수	%
理氣祛風散	16	52%
加味補益湯	2	6%
六君子湯	2	6%
大三五七散	6	19%
清痰順氣湯	1	3%
治癱煎	2	6%
必效散	2	6%

#### 6. 治療回數 및 치료성적 분포결과

치료회수를 살펴보면 전체적으로 10~15회가 16례(35%)로 가장 많았고, 5~9회가 12례(26%), 16~20회가 9례(20%), 26~30회가 4례(9%), 30회 이상이 3례(7%), 21~25회가 2례(4%) 순으로 나타났고, A,B군 모두 10~15회가 각각 6례, 10례로 가장 많았다. 평균 치료회수 16.5회였고, A군에서는 16.4회, B군에서는 16.6회로 큰 차이는 없었다(Table 8).

Table 8. 治療回數

	A군	B군	계(%)
5~9회	3	9	12(26)
10~15회	6	10	16(35)
16~20회	3	6	9(20)
21~25회	1	1	2(4)
26~30회	1	3	4(9)
30회이상	1	2	3(7)
평균(회)	16.4	16.6	16.5

치료성적을 살펴보면 전체적으로 양호(Good)가 19(41%)례, 우수(Excellent)가 16례(35%), 호전(Fair)이 8례(17%), 무효(Poor)가 3례(7%) 순으로 나타났다. A군에서는 양호(Good)가 7례(47%), 우수(Excellent)가 5례(33%), 호전(Fair)가 2례(13%), 무효(Poor)가 1례(7%)로 나타났고, B군에서는 양호(Good)가 12례(39%), 우수(Excellent)가 11례(36%), 호전(Fair)가 6례(19%), 무효(Poor)가 2례(6%)로 나타났으며, 두 군에서 모두 양호(Good)가 가장 많았다(Table 9).

Table 9. 치료성적

	A군(%)	B군(%)	계(%)
Excellent	5(33)	11(36)	16(35)
Good	7(47)	12(39)	19(41)
Fair	2(13)	6(19)	8(17)
Poor	1(7)	2(6)	3(7)

### 7. 장애부위별 분포

來院 당시의 임상 증상을 기준으로 장애부위를 나누어 보았을 때, 전체적으로는 고삭신경 분지부보다 말초의 마비가 24례(52%)로 가장 많았고, 그 다음으로 고삭신경과 등골신경 분지부 사이의 마비가 12례(26%), 등골신경 분지부와 슬신경절 사이의 마비 8례(17%), 슬신경절부와 그 상부의 마비가 2례(2%) 순으로 나타났다. A,B군 모두 고삭신경 분지부보다 말초부위의 마비가 각각 10례, 14례로 가장 많았다(Table 10).

Table 10. 장애부위별 분포

	A군	B군	계(%)
고삭신경 분지부보다 말초	10	14	24(52)
고삭신경과 등골신경분지부 사이	1	11	12(26)
등골신경 분지부와 슬신경절 사이	3	5	8(17)
슬신경절부와 그 상부	1	1	2(4)

### 8. 장애부위별 평균치료횟수 및 치료성적

來院時 임상증상을 기준으로 장애부위별로 평균 치료횟수를 살펴보면 고삭신경 분지부보다 말초부위의 마비는 총 15.1회로 가장 작았으며, 고삭신경과 등골신경 분지부 사이부위의 마비는 총 17.9회, 등골신경 분지부와 슬신경절 사이부위의 마비는 총 18.1회, 슬신경절부와 그 상부의 마비는 총 18회로 나타났다. A,B군 모두 고삭신경 분지부보다 말초부위의 마비의 평균 치료횟수가 각각 14.5회와 15.6회로 가장 작았으나 다른 부위의 예가 너무 적어 단순 비교할 수는 없었다(Table 11).

Table 11. 장애부위별 평균치료횟수

	A군	B군	계(%)
고삭신경 분지부보다 말초	14.5(10)	15.6(14)	15.1
고삭신경과 등골신경분지부 사이	19(1)	17.8(11)	17.9
등골신경 분지부와 슬신경절 사이	21(3)	16.4(5)	18.1
슬신경절부와 그 상부	19(1)	17(1)	18

來院時 임상증상을 기준으로 한 장애부위별 치료성적을 살펴보면 고삭신경분지부보다 말초부위에서 마비가 왔을 경우 A군에서는 양호(Good)가 5례, 우수(Excellent)가 3례, 호전(Fair)가 2례였고, B군에서는 우수(Excellent)가 6례, 양호(Good)가 5례, 호전(Fair)가 2례, 무효(Poor)가 1례로 나타났다. 고삭신경과 등골신경분지부 사이 부위에서 마비가 왔을 경우 A군에서는 우수(Excellent) 1례, B군에서는 우수(Excellent) 4례, 양호(Good) 4례, 호전(Fair) 3례로 나타났다. 등골신경 분지부와 슬신경절 사이 부위에서 마비가 왔을 경우 A군에서는 우수(Excellent) 1례, 양호(Good) 1례, 무효(Poor) 1례였고, B군에서는 우수(Excellent) 1례, 양호(Good) 3례, 무효(Poor) 1례로 나타났다. 슬신경절부와 그 상부에서 마비가 왔을 경우 A군에서는

Table 12. 장애부위별 치료성적

	A군				B군			
	Excellent	Good	Fair	Poor	Excellent	Good	Fair	Poor
고삭신경분지부 보다 말초	3	5	2	0	6	5	2	1
고삭신경과 등골신경분 지부 사이	1	0	0	0	4	4	3	0
등골신경 분지부와 술 신경절 사이	1	1	0	1	1	3	0	1
술신경절부와 그 상부	0	1	0	0	0	0	1	0
계	5	7	2	1	11	12	6	2

양호(Good) 1례, B군에서는 호전(Fair) 1례로 나타났다(Table 12).

#### IV. 고찰

口眼喎斜는 風寒이 顔面의 經絡을 侵襲하고 經氣循環의 장애를 일으켜 氣血이 調和되지 못하고 經筋의 滋養이 弛緩不遂되어 발생한다<sup>15)</sup>. 즉, 正氣가 부족하여 絡脈이 空虛하고 衛氣不固하여 風邪가 그 虛한 틈을 타서 經絡에 침입하여 氣血痺阻하고 面部의 足陽明經筋이 濡養되지 못하고 肌肉이 縱緩不遂하여 발병하게 되는 것이다<sup>16)</sup>. 그名稱에 있어서도 <靈樞·經脈篇><sup>17)</sup>에서 “口喎”, “口僻”으로 최초로 언급된 이래로 <金匱要略><sup>18)</sup>에서는 “喎僻”으로, <諸病源候論><sup>19)</sup>에서는 “風口喎”로, <三因方><sup>20)</sup>에서는 “口眼喎斜”로 언급되어 대표적으로 사용되어 왔으며, 이 외에도 面癱, 口噤喎斜, 口噤眼合<sup>21)</sup>, 風牽口僻<sup>22)</sup> 등으로 표현되었다.

口眼喎斜의 원인에 대해서는 <靈樞·經脈篇>에 “足陽明經, 手太陽經筋이急하면 口目이 偏僻된다”, “陽明의 筋病중에 缺盆과 頰을 당겨 잡자기 口僻이 되며 頰筋에 寒이 있으면 頰이 急引移口되고 熱이 있으면 頰筋이 弛緩하여 緩不勝收하여 僻이 된다”고 하여 足陽明, 手太陽經脈上的 寒熱로 인하여 喎斜가 된다<sup>23)</sup>고 하였으며, <金匱要略>에서는 “血虛하여 經絡이 空虛하고 風邪를 瀉하지 못해 발생한다”<sup>24)</sup>

라고 하였고, <醫學入門·中風>에서는 “風이 血脈에 直中하면 口眼喎斜가 발생한다”<sup>25)</sup>고 하였다. 또한 <石室秘錄>에서는 특이하게 “心中의 虛가 極하여서 口目的 사이에 운행하지 못하므로 가벼운 즉 喎斜하고 危重한 즉 不語하게 된다”<sup>26)</sup>라고 하였다.

口眼喎斜의 주된 증상은 안면근육의 麻痺, 流涎, 構音障碍, 落淚, 耳痛, 聽覺過敏, 片側味覺喪失(혀의 전2/3), 동측의 안면부감각이상 등이 있다<sup>27)</sup>. 대개 마비측 鼻脣口는 낮아지고 때로 소실한다. 口角은 마비측으로 내려가고 건강한 쪽으로 끌려간다. 마비측의 眼裂은 확대되어 있다<sup>28)</sup>.

구안와사의 한방적인 치료는 風邪가 血脈에 침습하거나 外感寒邪가 안면 경락을 침습하여 氣血이 不調和하여 經筋의 滋養이 失調되어 弛緩不遂하여 發病<sup>15)</sup>함으로, 經氣를 宣通하고 逐風散寒 調和氣血하는 것이 목표가 된다<sup>15,22)</sup>. 따라서 약물치료는 牽正散, 理氣祛風散, 補中益氣湯 등을 기본방으로 하여 환자의 상태에 따라 가감하고, 기타 변증에 따라 다른 처방을 사용한다. 침구치료는 近位취혈로 地倉, 頰車, 四白, 陽白, 迎香, 攢竹, 觀膠, 絲竹空 등과 같은 안면 부위의 소속 경락인 足陽明經과 手陽明經, 手太陽經과 奇穴 등을 사용할 수 있고, 祛風通絡의 작용이 있는 翳風, 風池를 사용할 수 있다. 遠位취혈시는 面口부위는 足陽明胃經이므로 足陽明胃經과 表裏관계인 手陽明大腸經의 合谷穴을 選用한다.<sup>29)</sup> 董氏奇穴중 側三里穴과 側下三里穴을 선택하여 體鍼과 함께 健側에 자침하였다. 침구치료와

병행한 보조적인 방법으로 적외선 조사는 抗病에 필요한 에너지를 인체에 도입하여 국부적인 혈액순환을 촉진함으로써 온열작용의 의미가 있고, 저주파 치료는 근육의 수축과 이완운동을 촉진하는 작용을 한다. 이러한 보조적인 방법은 침구치료와 병행함으로써 근육강화와 위축을 방지하고 구안와사를 緩解시키는 목적을 달성하게 된다<sup>30)</sup>.

서양의학에서는 口眼喎斜를 안면신경마비라 하는데 안면신경은 7번째 뇌신경으로 동측 안면의 근육을 지배하는 원심성 운동신경섬유, 눈물샘과 침샘을 지배하는 자율신경섬유, 혀의앞쪽 2/3에서 미각을 전달하는 특수 구심성 감각신경섬유 및 외이도 전벽에서 체감각(somatosensory)을 전달하는 일부 체감각신경섬유가 섞여 있는 혼합신경(mixed nerve)으로 구성되어 있는데, 이중 운동신경섬유가 대부분을 차지하고 있다<sup>31)</sup>. 안면신경은 안면신경핵에서 기시되어 소뇌교각으로 뇌교를 나와 내이도를 통해 측두골의 안면신경관에 들어간 후, 슬상신경절에서 90° 후외방회전하며 그 후 고실의 후벽속을 활모양으로 하향하며 경유돌공을 통하여 두개외로 나가며 이하선에서 이하신경총을 만들고 그곳에서 가지를 뺀어 모든 표정근을 지배하게 된다. 이 마비핵의 상부는 양측 대뇌피질에서만 신경지배를 받는다.<sup>32)</sup> 그러므로 안면신경마비의 환자는 마비부위에 따라 여러 가지 증상을 겸하게 되는데 크게 중추성 마비와 말초성 마비로 분류하고, 중추성일 경우 이마에 주름을 만들 수 있고 눈도 감을 수 있으며 같은 쪽에 편마비를 동반하는 경우가 많다. 미각이나 청각은 장애를 받지 않고 근변성반응도 볼 수 없다. 그러나 말초성일 경우 2~3일전부터 유양돌기통증 혹은 편두통이 수반되다가 병소와 같은 쪽의 안면근에 이완형의 마비가 오며, 완전마비의 경우 눈을 감을 수 없고 침을 흘리고 구움장애가 심하다. 병소가 설상신경절이나 이보다 상부에 있으면 눈물의 양이 감소되며, 등골신경이 마비되면 청각과민을 초

래하고, 고삭신경이 마비되면 혀의 전2/3의 미각이 소실되고 타액량도 감소된다. 안면신경마비의 회복기에 잘 나타나는 식사중에 발작적으로 나타나는 유훈현상은 설신경절보다 근위부의 장애때 보인다<sup>9)</sup>. 안면신경의 혈관 공급은 안면신경의 두개내 부위는 하전소뇌동맥(anterior inferior cerebellar artery)의 혈류 공급을 받고, 추체내 부위는 중뇌동맥의 천지(superficial branch of middle meningeal artery)와 후이개동맥의 경유돌지(sty-lomastoid branch of posterior auricular artery)로부터, 두개외부는 경유돌동맥, 후이개동맥, 천측두동맥, 횡안면동맥(transverse fascial artery)으로부터 혈관 지배를 받는다<sup>33)</sup>.

안면신경마비의 원인은 외상성과 비외상성으로 나눌 수 있는데, 두개내 외상, 측두골내 외상 및 이하선이나 안면수술 등으로 안면신경이 손상된 것은 외상성이며, 급만성 중이염, 내이염, 추체염 및 耳性대상포진과 Melkersson-Rosenthal 증후군, Bell's palsy, 청신경 및 안면신경 종양 등은 비외상성이다. 말초성 안면신경마비는 병소가 신경핵이하의 부위에 있는 것으로, 많은 부분을 차지하는 것이 Bell's palsy이다<sup>4)</sup>. Bell 마비는 경상유돌기구멍 근처 또는 안면신경관내에서 안면신경이 염증성 반응으로 인해 침범되어 생기는 하부신경원 형태의 원인불명의 안면마비이다<sup>34)</sup>. 이 질환은 대체로 남녀가 차이가 없고 모든 연령층에서 일년 내내 발생한다. 아마도 당뇨병 환자에서 좀 더 흔하게 발생되고 고혈압 환자에서도 그럴 가능성이 있다. 전체적으로 80%의 환자는 수 주내 또는 1~2개월 내에 회복된다. 운동기능이 회복되기 전에 미각이 먼저 회복된다. 미각이 1주일 내에 회복되면 예후가 좋다는 징후이다. 운동기능이 5~7일째에 어느 정도나마 조기에 회복되면 가장 예후가 양호하다. 처음부터 마비가 심한 경우는 그렇지 않은 경우보다 완전한 회복이 힘들다. 회복의 나쁜 예후는 노인, 청각과민



그리고 심한 통증이다. 모든 환자의 10%만 영구적인 변형 또는 다른 장기적 후유증 때문에 최종적 결과에 심각하게 불만족스럽다<sup>34)</sup>. 신경섬유의 병리학적 차단과 일시적 전도장애를 구별하는데 근전도 검사가 유용하다. 근전도상 10일후에 탈신경화의 증거가 나타나면 회복시점이 오랫동안 지연될 것임을 예상할 수 있다(평균3개월). 그 이후 신경이 재생됨에 따라 회복이 진척되고, 2년 또는 그 이상이 걸리기도 하며 종종 불완전하게 회복되기도 한다. 근전도와 신경흥분 및 전도검사는 예후측정에 도움이 되나 치료를 위한 환자의 선택에 있어서는 초기에는 도움이 되지 못한다<sup>34)</sup>.

수면시의 눈 보호, 위약 근육의 마사지와 하부안면의 처짐을 방지하기 위한 부목이 일반적으로 이용되고 있는 처지이다. 안면신경의 수술적 감압이 효과적이라는 증거는 없으며 오히려 해로울 수 있다. 발병 후 첫 1주 내지 10일동안 프레드니손(40~60mg/day)을 투여하는 것이 효과적일 수 있는데, 이는 좁은 안면신경관 내에서 안면신경이 팽창됨에 따라 영구적으로 안면마비가 잔류할 가능성을 줄이기 때문으로 생각된다<sup>34)</sup>. 제7뇌신경에 바이러스가 침범되었을 경우에는 항바이러스 제제인 acyclovir 약물을 사용한다<sup>35)</sup>.

이 질환의 일반적인 치료법은 침구치료, 약물요법, 물리요법 등의 방법이 주로 활용되고 있고, 최근에는 더욱 다양한 여러 방법들이 시도되어 유효한 임상보고가 있으나 아직 주된 한방적 치료방법인 침구치료와 약물치료를 비교한 임상보고를 청하지 못하였다. 이에 2000년 05월01일부터 2001년 01월30일까지 동국대학교 분당 한방병원 鍼灸科에 말초성 안면신경마비증을 주소로 來院한 환자중 침구치료만을 시행한 환자 15례(A군)와 침구치료와 약물치료를 병행한 환자 31례(B군)에 대해 임상적으로 비교 관찰하였다.

본 연구 대상 46례중 남자는 27례, 여자는 19례

로 남자가 높게 나타났다. 성별에 따른 마비 부위를 살펴보면 남자는 좌측마비 10례, 우측마비 17례였고, 여자는 좌측마비 9례, 우측마비 10례로 나타났다. 연령별 분포에서는 전체적으로 30대 14례(30%)로 가장 많았으며, 50대 9례(20%), 60세이상 8례(17%), 20대와 40대가 각각 7례(15%), 20대 미만은 1례(2%) 순으로 나타났다. 이는 여자의 비율이 높게 나타난 尹<sup>36)</sup>, 崔<sup>37)</sup> 등의 보고와는 상반되지만, 남자의 비율이 높게 나타난 李<sup>10)</sup>, 金<sup>38)</sup> 등의 보고와는 일치하였다. 연령면에서는 30~40대가 높게 나타난 李<sup>10)</sup>, 尹<sup>36)</sup>, 金<sup>38)</sup> 등의 보고와 어느 정도 일치하였다.

발병요인으로는 過勞가 가장 많았고, 다음으로 風寒, 스트레스, 음주, 감염, 치과치료, 感冒, 기타 順이었으며, 특별한 유발요인이 없는 경우도 12례(26%)로 나타났다. 이는 과로가 가장 높게 나타난 姜<sup>7)</sup>, 崔<sup>37)</sup>, 李<sup>5)</sup> 등의 보고와 상동하였다.

전구증상의 유무를 살펴보면 전구증상이 있는 경우는 전체 46례 중 28례(61%)였고, 없는 경우는 18례(39%)였다. 전구증상은 耳(後)痛이 가장 많았고, 그 다음으로 안주위이상감각, 두통, 청각이상, 미각이상, 안검경련, 기타, 현훈 順으로 나타났다. 이는 姜<sup>7)</sup>, 崔<sup>37)</sup>, 林<sup>39)</sup> 등이 耳後痛이 가장 많았다고 보고한 것과 상동한 결과이다.

사용한 처방을 살펴보면 理氣祛風散加味方이 16례(52%)로 가장 많았고, 大三五七散 6례(19%), 加味補益湯 2례(6%), 六君子湯加味方 2례(6%), 治癱煎 2례(6%), 必效散 2례(6%), 清痰順氣湯 1례(3%)로 나타났다.

來院 당시의 임상 증상을 기준으로 장애부위를 나누어 보았을 때, 전체적으로는 고삭신경 분지부보다 말초의 마비가 24례(52%)로 가장 많았고, 그 다음으로 고삭신경과 등골신경 분지부 사이의 마비가 12례(26%), 등골신경 분지부와 슬신경절 사이의 마비 8례(17%), 슬신경절부와 그 상부의 마비

가 2례(2%) 순으로 나타났다. A, B군 모두 고삭신경 분지부보다 말초부위의 마비가 각각 10례, 14례로 가장 많았다.

치료회수에서는 전체적으로 10~15회가 16례(35%)로 가장 많았고, 5~9회가 12례(26%), 16~20회가 9례(20%), 26~30회가 4례(9%), 30회 이상이 3례(7%), 21~25회가 2례(4%) 순으로 나타났고, A, B군 모두 10~15회가 각각 6례, 10례로 가장 많았다. 평균 치료회수 16.5회였고, A군에서는 16.4회, B군에서는 16.6회로 거의 비슷한 양상을 보였다. 이는 10~19회가 가장 높게 나타난 姜<sup>7)</sup>의 보고와는 일치하지만 10회 이하가 가장 높게 나타난 尹<sup>36)</sup>의 보고와는 다소 차이가 있다.

치료성적을 살펴보면 전체적으로 양호(Good)가 19(41%)례, 우수(Excellent)가 16례(35%), 호전(Fair)이 8례(17%), 무효(Poor)가 3례(7%) 순으로 나타났다. A군에서는 양호(Good)가 7례(47%), 우수(Excellent)가 5례(33%), 호전(Fair)이 2례(13%), 무효(Poor)가 1례(7%)로 나타났고, B군에서는 양호(Good)가 12례(39%), 우수(Excellent)가 11례(36%), 호전(Fair)이 6례(19%), 무효(Poor)가 2례(6%)로 나타났으며, 두 군에서 모두 양호(Good)가 가장 많았다.

來院時 임상증상을 기준으로 장애부위별로 평균 치료횟수를 살펴보면 고삭신경 분지부보다 말초부위의 마비는 총 15.1회로 가장 작았으며, 고삭신경과 등골신경 분지부 사이부위의 마비는 총 17.9회, 등골신경 분지부와 슬신경절 사이부위의 마비는 총 18.1회, 슬신경절부와 그 상부의 마비는 총 18회로 나타났다. A, B군 모두 고삭신경 분지부보다 말초부위의 마비의 평균 치료횟수가 각각 14.5회와 15.6회로 가장 작았으나 다른 부위의 예가 너무 적어 객관적으로 비교할 수는 없었고, 지속적인 임상례의 축적이 필요하리라 사료된다.

來院時 임상증상을 기준으로 한 장애부위별 치료

성적을 살펴보면 고삭신경분지부보다 말초부위에서 마비가 왔을 경우 A군에서는 양호(Good)가 5례, 우수(Excellent)가 3례, 호전(Fair)이 2례였고, B군에서는 우수(Excellent)가 6례, 양호(Good)가 5례, 호전(Fair)이 2례, 무효(Poor)가 1례로 나타났다. 고삭신경과 등골신경분지부 사이 부위에서 마비가 왔을 경우 A군에서는 우수(Excellent) 1례, B군에서는 우수(Excellent) 4례, 양호(Good) 4례, 호전(Fair) 3례로 나타났다. 등골신경 분지부와 슬신경절 사이 부위에서 마비가 왔을 경우 A군에서는 우수(Excellent) 1례, 양호(Good) 1례, 무효(Poor) 1례였고, B군에서는 우수(Excellent) 1례, 양호(Good) 3례, 무효(Poor) 1례로 나타났다. 슬신경절부와 그 상부에서 마비가 왔을 경우 A군에서는 양호(Good) 1례, B군에서는 호전(Fair) 1례로 나타났다.

이상에서 살펴본 바와 같이 구안와사의 주된 한방적 치료방법인 침구치료와 약물치료가 좋은 효과를 거두고 있으나 본 연구의 목적인 침구치료와 침약물병행치료의 상호간의 임상적 유용성을 평가하고자 한 목적에는 고삭신경 분지부보다 말초부위를 제외한 다른 부위에서는 서로 객관적으로 비교 평가하기에는 임상례가 너무 적거나 편차가 심하여 제대로 시행할 수 없었던 점이 아쉬움으로 남았다. 앞으로 다른 부위에도 지속적인 임상례의 축적이 이루어지면 더 객관적인 비교 평가를 하여 좋은 결과를 얻을 수 있으리라 사료된다.

## V. 결론

2000년 05월01일부터 2001년 01월30일까지 동국대학교 분당 한방병원 鍼灸科에 말초성 안면신경마비증을 주소로 내원한 환자 중 최소 5회 이상 치료받은者を 대상으로 하여 침구치료만을 시행한

환자 15례(A군)와 침구치료와 약물치료를 병행한 환자 31례(B군)에 대해 연령별, 성별, 좌우별, 장애 부위별 분포, 변증에 따른 치료 처방, 발병유발요인, 전구증상, 장애부위별 치료횟수 및 치료성적 등을 분석하여 비교 관찰한 결과 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 본 연구 대상 46례중 남자는 27례, 여자는 19례였고, 좌측마비는 남자 10례, 여자 9례, 총19례였고, 우측마비는 남자 17례, 여자 10례, 총27례였다. 연령별 분포에서는 30대가 가장 많았고, 50대, 60세이상, 20대와 40대, 20대 미만 順으로 나타났다.

2. 발병요인별로 살펴보면 전체적으로 過勞가 25례로 가장 많았고, 그 다음으로 風寒, 스트레스, 음주, 감염, 치과치료, 감모, 기타 順이었으며, 특별한 유발요인이 없는 경우도 12례로 나타났다.

3. 전구증상이 있는 경우는 전체 46례중 28례였고, 없는 경우는 18례였다. 전구증상이 있는 경우에는 耳(後)痛이 가장 많았고, 안주위의 이상감각, 두통, 청각이상, 미각이상, 안검경련, 기타, 현훈 順으로 나타났다.

4. 사용한 처방을 살펴보면 理氣祛風散加味方이 가장 많았고, 그 다음으로 大三五七散, 加味補益湯, 六君子湯加味方, 治癱煎, 必效散, 清痰順氣湯 順이었다.

5. 치료회수를 살펴보면 전체적으로 10~15회가 가장 많았고, 그 다음으로 5~9회, 16~20회, 26~30회, 30회 이상, 21~25회 順으로 나타났다. 평균 치료회수 16.5회였고, A군에서는 16.4회, B군에서는 16.6회로 큰 차이는 없었다.

6. 치료성적을 살펴보면 양호(Good)한 성적은 A군이 7례(47%)로 B군 12례(39%)보다 높았고, 우수(Excellent)한 성적은 B군이 11례(36%)로 A군 5례(33%)보다 다소 높았으나 큰 차이는 없었다. 전체적으로 양호(Good), 우수(Excellent), 호전(Fair), 무효(Poor) 順으로 나타났다.

7. 來院 당시의 임상 증상을 기준으로 장애부위를 나누어 보았을 때, 전체적으로는 고삭신경 분지 부보다 말초부위의 마비가 가장 많았다. 장애부위별로 평균치료횟수를 살펴보면 고삭신경 분지부보다 말초부위의 마비는 총15.1회, A, B군 모두 각각 14.5회와 15.6회로 가장 작았으나 다른 부위의 예가 너무 적어 객관적으로 비교할 수는 없었다.

8. 來院時 임상증상을 기준으로 한 장애부위별 치료성적을 살펴보면 고삭신경분지부보다 말초부위에서 마비가 왔을 경우 A군에서는 양호(Good)가 5례(50%)로 가장 많았고, B군에서는 우수(Excellent)가 6례(43%)로 가장 많았으며, 양호(Good) 이상의 성적을 거둔 경우는 A군이 전체의 80%, B군이 79%로 별다른 차이를 발견할 수 없었다. 나머지 부위에서는 예가 너무 적어 서로 객관적으로 비교할 수가 없었다.

## VI. 참고문헌

1. 李道生 主編. 新編鍼灸治療學. 北京: 人民衛生出版社. 1998: 155-156.
2. 申天浩 編譯. 病症診治. 서울: 成輔社. 1990: 486-489.
3. 박충서. 神經學. 서울: 高文社. 1983: 295-297.
4. 백만기. 최신이비인후과학. 서울: 일조각. 19

- 90: 122-123.
5. 이승우, 한상원. 전침을 이용한 口眼喎斜의 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1999; 16(4): 149-163.
  6. 이승우 외. 口眼喎斜의 침구요법에 대한 최근 연구동향(중국잡지를 중심으로). 대한침구학회지. 1999; 16(1): 107-124.
  7. 姜美嬪 외. 口眼喎斜에 대한 韓醫 및 韓·西醫 協診 治療의 臨床觀察. 大韓鍼灸學會誌. 2000; 17(1): 55-66.
  8. 신태양사 편집국. 원색최신의료대백과사전. 서울: 신태양사. 1991: 124.
  9. 羅昌洙 外. 頭面 脊椎 四肢病의 診斷과 治療. 서울: 대성문화사. 1995: 31-49.
  10. 李京美, 安昌範. 末梢性 顔面神經麻痺에 대한 韓·洋方 臨床的 考察. 대한침구학회지. 1998; 15(1): 21-29.
  11. 程寶書 主編. 新編鍼灸大辭典. 北京: 華夏出版社. 1995: 675.
  12. 楊維傑 編著. 董氏奇穴鍼灸學. 台北: 志遠書局. 1992: 90-91.
  13. 孟華燮. 方藥指針講座. 서울: 大星醫學社. 1999: 119-122.
  14. 許文娟. 鍼藥并用治療面癱30例臨床體會. 北京中醫雜誌; 16(2): 50.
  15. 전국한의과대학 침구경혈학교실 편저. 鍼灸學. 서울: 集文堂. 1988: 1296-1297.
  16. 구무량. 중국침구치료학. 강소: 강소과학기술출판사. 1988: 330.
  17. 楊維傑 編. 黃帝內經靈樞. 台北: 台聯國風出版社, 1976: 110-113, 164-165
  18. 張 機. 金匱要略. 臺南: 世一書局. 1972: 68.
  19. 巢元方 著. 巢氏諸病源候論. 台北: 昭人出版社. 1982: 83-84.
  20. 陳無擇. 三因極一病證方論. 北京: 人民衛生出版社. 1983: 223.
  21. 楊繼洲. 鍼灸大成. 서울: 杏林書院. 1975: 75, 159.
  22. 蔡炳允. 韓方眼耳鼻咽喉科學. 서울: 集文堂. 1989: 63-64.
  23. 林鍾國. 鍼灸治療學. 서울: 集文堂. 1983: 797.
  24. 최용태. 정해침구학. 서울: 행림서원. 1974: 848.
  25. 傳統醫學研究所 編纂. 東洋醫學大辭典. 서울: 成輔社. 2000: 252.
  26. 裴昨星 譯. 國譯石室秘錄. 서울: 書苑堂. 2000: 82.
  27. 이건목 역서. 국역침구학. 서울: 대성출판사. 1994: 165-168.
  28. 김두원 편역. 임상신경진찰법. 서울: 瑞光醫學書林. 1993: 107-110.
  29. 이연경, 이병렬. 口眼喎斜 환자 72례에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지 1998; 15(1): 1-12.
  30. John Jacob Ballenger .Disease of the nose throat and ear. Philadelphia: Lea & Febiger. 1969: 798-800.
  31. CIBA원색도해의학총서 편찬위원회 편. THE CIBA COLLECTION OF MEDICAL ILLUSTRATIONS, Vol 1 Nervous system Part II. 서울: 정담. 2000:211.
  32. 鄭然泰 外. 人體解剖學. 서울: 癸丑文化社. 1986: 228.
  33. 최일생 外4人 譯. 임상신경국소진단학. 서울: 정담. 1999: 307-324.
  34. 전국의과대학교수 번역. 오늘의 진단 및 치료. 서울: 한우리. 1999: 1096.
  35. 이광우, 정희원 편저. 임상신경학. 서울: 고려의학. 1997: pp271-273.

36. 尹炫珉 外. 口眼喎斜의 韓洋方協診에 관한 臨床的 考察. 大韓鍼灸學會誌 1995; 12(2): 65-74.
37. 崔政和. 口眼喎斜에 관한 臨床的 觀察. 大韓 外官科學會誌. 1994; 7(1): 157-167.
38. 金南權. 口眼喎斜 後遺症에 대한 臨床的 考察. 大韓外官科學會誌. 1999; 12(2): 189-204.
39. 林眞淇 外. 左右別 口眼喎斜 患者에 대한 臨床的 考察. 大韓外官科學會誌. 1997; 10(1): 383-402.or