

증례

口眼喎斜에 대한 體鍼과 董氏鍼의 效果 比較

이채우 · 박인범 · 김상우 · 김홍기 · 허성웅 · 김철홍 · 윤현민

동의대학교 한의과대학 침구경혈학 교실

Abstract

The Effect of Acupuncture and Dong's Acupuncture about Bell'palsy

Lee Chae-woo, Park In-beohm, Kim Sang-woo, Kim Hong-gi,
Heo Sung-woong, Kim Cheol-hong and Youn Hyoun-min

Dept. of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine,
Dong-Eui University

Objective : The aim of this research was to investigate the effect of acupuncture and the effect of Dong's acupuncture on Bell's palsy.

Methods : We measured the facial palsy changes of the patients who were admitted for Bell's palsy in the Oriental Medical hospital of Dongeui medical center from 07-01-2003 to 09-30-2003. Bell's palsy patients were divided into two groups. One group(A group) was treated by acupuncture. The other group(B group) was treated by Dong's acupuncture. The effects of these treatment was evaluated by Yanagihara's unweighted grading system.

Results : B group was marked more higher than A group in treatment outcome. we discovered that it is significant differences between two groups after 2 week.

- 접수 : 2004년 3월 13일 · 수정 : 2004년 3월 22일 · 채택 : 2004년 3월 24일
· 교신저자 : 윤현민, 부산광역시 진구 양정 2동 동의의료원 침구 3과
Tel. 051-850-8934 E-mail : 3rdmed@hanmail.net

Conclusion : These results provided that A group is more effective than B group on . For clearly comparing the Effect of Acupuncture and Dong's Acupuncture on Bell's palsy, it is need more sample's number and more treatment's duration.

Key words : Acupuncture, Dong's acupuncture, Bell's palsy

I. 서 론

口眼喎斜은 顔面部의 편측 표정근과 眼瞼 및 舌의 편측 운동장애 및 지각장애를 수반하는 일종의 증상으로¹⁾, 風邪가 血脈에 侵襲하여 外感寒이 顔面經絡을 侵襲하여 經氣의 순환에 이상을 일으켜, 氣血이 調和되지 못하고 經筋의 滋養이 失調되어 弛緩不收해서 發病한다²⁾. 일반적으로 갑자기 한쪽의 면부 표정기 근육이 마비되어 이마에 주름이 소실되고 눈 언저리가 확대되며 鼻脣溝가 평탄해지고 口角이 下垂되어 면부는 健側으로 당겨져간다. 患側의 이마를 찌푸리는 것과 눈을 감는 동작을 할 수 없으며 동시에 蹙眉, 露齒, 鼓頰과 입을 삐죽거리는 동작을 하지 못한다³⁾. 그 외 流涎, 構音障礙, 落漏, 耳痛, 聽覺過敏, 偏側味覺喪失 등의 증상이 나타난다.

서양의학에서는 口眼喎斜을 안면신경마비라고 하며, 안면 신경은 동측 안면의 근육을 지배하는 원심성 운동신경섬유, 눈물샘과 침샘을 지배하는 자율신경섬유, 혀의 앞쪽 2/3에서 미각을 전달하는 일부 체감각신경섬유가 섞여 있는 혼합신경으로 구성되어 있는데, 이중 운동신경섬유가 대부분을 차지하고 있다. Bell's

palsy는 안면신경을 침범하는 질환 중 가장 흔한 형태이다⁴⁾. 그리고 그 증상은 안면신경의 장애부위에 따라 그 증후가 달라지는데, 고삭신경분지부에서 말초의 장해시에는 장해측의 안면근마비만을 일으키며, 고삭신경분지부보다 위에 슬신경절이하에 있으면 장해측안면의 마비와 마비측의 舌前方 2/3의 미각소실, 수액분비의 장해가 나타난다. 뇌교와 슬신경절 사이에 장해가 있으면, 그쪽의 안면근의 마비, 수액 눈물분비의 감소, 舌前 2/3미각 장해등이 일어난다⁵⁾.

口眼喎斜의 일반적인 치료법으로 鍼灸治療, 藥物療法, 物理療法 등의 방법이 주로 활용되고 있고, 최근에는 電鍼療法^{6-7,12)}, 韓·洋方協診⁸⁻⁹⁾, 藥鍼療法⁷⁾¹⁰⁻¹²⁾, 灸治療¹³⁾ 등의 방법이 시도되어 유효한 임상보고가 있으며, 鍼치료에 있어서도 體鍼과 더불어 董氏鍼을 함께 응용한 경우^{7,14)}가 많아지고 있으나 體鍼치료와 董氏鍼치료를 비교한 임상보고는 접하지 못하였다.

이에 저자는 2003년 7월 1일부터 2003년 9월 30일까지 동의대학교 부속한방병원 침구과에 口眼喎斜로 입원한 환자 중 體鍼治療를 위주로 치료한 환자 21례와 董氏鍼治療를 위주로 치료한 환자 19례에 대해 임상적으로 비교 관찰하여 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

2003년 7월 1일부터 2003년 9월 30일까지 동의대학교 부속한방병원 침구과에 口眼喎斜로 입원한 환자 46명을 무작위 추출하여 體鍼 치료군(이하 A군)과 董氏鍼 치료군(이하 B군)으로 나누어 처치한 후 이⁸⁾, 윤⁹⁾, 이³⁸⁾가 보고했듯이 병력기간이 치료성적에 영향을 미치므로 이중에서 발병 후 7일이 지난 경우와 이성대상포진환자를 제외하고 평균 7일의 입원치료와 이후 4주간의 통원치료를 받았으며, 본원 양방 이비인후과에 진단 검사 및 치료를 의뢰하여 한·양방 치료를 동시에 병행한 총 40례(A군 21례, B군 19례)의 환자를 대상으로 하였다.

2. 치료방법

1) 침구치료

입원기간 중에는 1일 1회 鍼술을 시행하였으며 통원치료 기간의 경우 주 2회 시술을 원칙으로 하였다. 치료 穴位는 A군에 경우 口眼喎斜에 대한 文獻考察을 통해 使用頻도가 높은 頰車, 地倉, 人中, 承漿, 翳風, 四白, 陽白, 合谷, 絲竹空, 攢竹, 足三里, 太衝¹⁵⁾ 등을 선택하여 患則에 시침하였고, B군에 경우 三重, 四花外, 側三里, 側下三里穴¹⁶⁻¹⁸⁾을 선택하여 健則에 자침하였으며, 15~20분간 유치하는 것

을 원칙으로 하였다. 치료에 사용한 침은 직경 0.25mm, 길이 30mm인 동방침구제작소가 제작한 stainless steel 호침을 사용하였다.

2) 약물치료

理氣祛風散加減을 위주로 사용하였고, 虛症일 경우 補陽還五湯과 補血湯加味를 選用하였다.

3) 양방치료

동의의료원 이비인후과에서 기본적 검사를 하고, 발병일로부터 7일후에 신경자극검사(NET)와 신경전도술(ENoG) 등을 시행하여 장애의 정도를 측정하였다. 일반적으로 발병이 한달이내거나 당뇨 및 감염성 질환이 선행되지 않은 경우는 스테로이드 제제를 투여하는데 단계적으로 줄여나가고, 그외에 말초혈관 확장제와 제산제를 투여하면서 6~7일 간격으로 재진 및 치료를 받게 하였고, 양방적 물리치료를 병행하게 하였다.

4) 치료성적의 평가방법

본 연구에서는 환자의 치료효과를 측정함에 있어 주관적인 오류를 최소화하기 위해 regional scale 중에서 가장 많이 사용되고 있는 Yanagihara's unweighted grading system을 사용하였다^{14,19,37)}. Yanagihara Score는 5단계로 구분하여 4-normal, 3-slight paresis, 2-moderate, 1-severe, 0-total이라는 5-point system을 사용하였다.(Table 1)

Table 1. Yanagihara's unweighted grading system

	Scale of five rating	Scale of three rating
At rest	0 1 2 3 4	0 2 4
Wrinkle forehead	0 1 2 3 4	0 2 4
Blink	0 1 2 3 4	0 2 4
Closure of eye lightly	0 1 2 3 4	0 2 4
Closure of eye tightly	0 1 2 3 4	0 2 4
Closure of eye on involved side only	0 1 2 3 4	0 2 4
Wrinkle nose	0 1 2 3 4	0 2 4
Whistle	0 1 2 3 4	0 2 4
Grin	0 1 2 3 4	0 2 4
Depress lower lip	0 1 2 3 4	0 2 4

Table 2. General Characteristics

	Acupuncture (n:21)	Dong's Acupuncture (n:19)	P-value**
Age*	42.57±20.37	47.79±14.46	0.728
Sex(Male/Female)	9/12	6/13	0.555
Left/Right	6/15	11/8	0.117
Stadium(day)*	2.05±1.47	2.26±1.94	0.915
ENoG(%)*	52.90±19.18	56.58±14.69	0.376

★ Values represent mean±standard deviation

★★ Mann-Whitney U test $\alpha=0.05$

3. 자료 분석 방법

실험결과는 SPSS® 10.0 for windows program을 이용하여 통계 처리를 하였다. 도출된 자료는 Mann-Whitney U test를 이용하여 나이, 성별, 좌우, 병력기간, ENoG 및 치료성적에 있어 A군과 B군의 유의성을 검정하고, Kruskal Wallis test로 처치방법에 대한 시술 시간별 유의성을 검정하였으며, 유의수준은 0.05로 하였다.

III. 결 과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

1) 일반적 특성

본 연구 대상 40례 중 A군은 남자 9례, 여자 12례로 평균연령은 42.57세였으며, 좌측 안면 마비가 6례, 우측이 15례로서 평균 2.05일후

에 병원에 내원하였으며, 신경전도검사 결과 평균과 표준편차는 52.90 ± 19.18 였다. B군은 남자 6례, 여자 13례로 평균연령은 47.79세였으며, 좌측 안면 마비가 11례, 우측이 8례로서 평균 2.26일후에 병원에 내원하였으며, 신경전도검사 결과 평균과 표준편차는 56.58 ± 14.69 였다. 두 그룹 간에 통계적으로 유의성 있는 차이는 없었다.(Table 2)

2) 발병유인

A군의 발생유인은 피로에 스트레스가 겹친 경우(7명), 동기불명(5명), 과로(4명), 한랭노출에 과로 또는 스트레스가 겹친 경우(각각 2명),

과로에 과음이 겹친 경우(1명)순으로 피로에 스트레스가 겹친 경우가 가장 빈도가 높았으며, B군의 발생유인은 피로에 스트레스가 겹친 경우(7명), 과로(6명), 한랭노출(4명), 동기불명(2명)순으로 B군에서도 피로에 스트레스가 겹친 경우가 가장 빈도가 높았다. 전체적인 발생유인은 피로에 스트레스가 겹친 경우(14명), 과로(10명), 동기불명(7명), 한랭노출에 과로 또는 스트레스가 겹친 경우(각각 2명), 과로에 과음이 겹친 경우(1명)순으로 전체적으로 봐도 피로에 스트레스가 겹친 경우가 가장 빈도가 높았으며, 다음으로 과로가 높았다.(Table 3)

Table 3. Distribution of Cause

Cause	Acupuncture (%)	Dong's Acupuncture(%)	Total (%)
Overwork	4(19.0)	6(31.6)	10(25.0)
Overwork+Excessive drinking	1(4.8)	0(0)	1(2.5)
Overwork+Cold	2(9.5)	0(0)	2(5.0)
Overwork+Stress	7(33.3)	7(36.8)	14(35.0)
Cold	0(0)	4(21.1)	4(10.0)
Stress+Cold	2(9.5)	0(0)	2(5.0)
Unknown	5(23.8)	2(10.5)	7(17.5)
Total	21(100)	19(100)	40(100)

3) 초기수반증

초기수반증상으로는 A군에 있어서 이후통(13명), 안구건조(7명), 눈물과다분비(6명), 항강(5명), 미각소실(3명), 안면통(2명), 현훈·두통·청각과민(각각 1명), 무증상(1명) 순으로

이후통과 안구건조가 주로 동반되었으며, B군에 있어서 이후통(14명), 무증상(4명), 현훈·두통·눈물과다분비(각각 3명), 항강(2명), 안면통(1명) 순으로 무증상을 제외하면, 이후통과 현훈·두통·눈물과다분비가 주로 동반되었다. 전체

적으로 보면 이후통(27명), 눈물과다분비(9명), 안구건조(8명), 항강(7명), 무증상(5명), 현훈·두통(각각 4명), 안면통·미각소실(각각 3명), 청각과민(1명) 순으로, 이후통과 눈물과다분비가 특히

발생 빈도가 높았다. 이 연구에서 조사한 초기수반증상은 환자가 호소하는 口眼喎斜와 관련된 증상 모두를 포함한 것으로, 한 환자가 여러 증상에 중복으로 나타날 수 있다.(Table 4)

Table 4. Symptomes at onset

Symptome	Acupuncture (n:21)	Dong's Acupuncture (n:19)	Total (n:40)
Vertigo	1	3	4
Face pain	2	1	3
Posterior ear pain	13	14	27
Neck pain	5	2	7
Headache	1	3	4
Scheroma	7	1	8
Tearing	6	3	9
Altered hearing	1	0	1
Dysgeusia	3	0	3
No symptome	1	4	5

Table 5. Distribution of Occupation

Occupation	Acupuncture (n:21)	Dong's Acupuncture (n:19)	Total
Office worker	5	6	11
merchant	0	4	4
labor worker	3	2	5
housewife	6	3	9
student	4	1	5
etc.	3	3	6

4) 직업

환자의 직업으로는 A군에 있어서 가정주부(6명), 사무직(5명), 학생(4명), 노동직(3명), 기타(3명) 순으로 가정주부와 사무직이 빈도가 높았으며, B군에 있어서 사무직(6명), 자영업(4명), 가정주부(3명), 노동직(2명), 학생(1명), 기타(3명) 순으로 사무직과 자영업이 빈도가 높았다. 전체적으로 보면 사무직(11명), 가정주부(9명), 기타(6명), 노동직·학생(각각 5명), 자영업(4명)으로 사무직과 가정주부가 특히 빈도가 높았다.(Table 5)

2. 치료성적

1) 두 그룹간의 치료 시간에 따른 성적비교

치료 전에 A군 성적의 평균과 표준편차는 19.29±4.33이고, B군 성적의 평균과 표준편차는 20.42±7.36로 유의한 성적차이는 없었다(p=0.361). 1주후에서 A군 성적의 평균과 표준편차는 24.24±4.09이고, B군 성적의 평균과 표준편

차는 25.00±5.92로 유의한 성적차이는 없었다(p=0.390). 2주후에서 A군 성적의 평균과 표준편차는 24.81±5.39이고, B군 성적의 평균과 표준편차는 28.53±5.94로 유의한 성적차이가 있었다(p=0.016). 3주후에서 A군 성적의 평균과 표준편차는 26.14±6.00이고, B군 성적의 평균과 표준편차는 31.63±6.20로 유의한 성적차이가 있었다(p=0.001). 4주후에 A군 성적의 평균과 표준편차는 27.90±6.11이고, B군 성적의 평균과 표준편차는 34.74±6.52로 유의한 성적차이가 있었다(p=0.000). 5주후에 A군 성적의 평균과 표준편차는 29.05±6.22이고, B군 성적의 평균과 표준편차는 35.58±6.64로 유의한 성적차이가 있었다(p=0.001). 치료 전과 1주후의 치료성적에 있어 B군의 성적이 A군보다 높기는 하였으나 통계적으로 유의성이 없었으며, 2주후부터 B군이 A군에 비해 유의하게 고득점을 나타내기 시작하여 5주후까지 유의성있는 성적차이를 보이고 있다.(Table 6)

Table 6. Comparison of Bell's palsy score between groups treated with acupuncture or Dong's acupuncture according to treatment stage

	Acupuncture (n:21)	Dong's Acupuncture (n:19)	P-value**
Before Treatment*	19.29±4.33	20.42±7.36	0.361
After 1 week*	24.24±4.09	25.00±5.92	0.390
After 2 week*	24.81±5.39	28.53±5.94	0.016
After 3 week*	26.14±6.00	31.63±6.20	0.001
After 4 week*	27.90±6.11	34.74±6.52	0.000
After 5 week*	29.05±6.22	35.58±6.64	0.001

* Values represent mean±standard deviation

** Mann-Whitney U test α=0.05

2) 각 그룹에 있어서 치료 시간에 따른 성적비교

A군 성적의 평균과 표준편차는 치료 전에는 19.29±4.33이고, 1주후 24.24±4.09이고, 2주후 24.81±5.39이고, 3주후 26.14±6.00이고, 4주후 27.90±6.11이고, 5주후 29.05±6.22으로 A군에 있어 치료시간에 따라 치료성적이 높아지고 있으며, 통계적으로도 유의성이 있다(p=0.000). B

군 성적의 평균과 표준편차는 치료 전에는 20.42±7.36이며, 1주후 25.00±5.92이며, 2주후 28.53±5.94이며, 3주후 31.63±6.20이며, 4주후 34.74±6.52이며, 5주후 35.58±6.64로 치료시간에 따라 치료성적이 높아지고 있으며, 통계적으로도 유의성이 있다(p=0.000). A군과 B군 모두 각 그룹에 있어 시간에 따라 유의성 있는 성적 차이가 있었다.(Table 7)

Table 7. Comparison of Bell's palsy score according to a period of treatment on each of groups treated with acupuncture or Dong's acupuncture

	Acupuncture (n:21)	Dong's Acupuncture (n:19)
Before Treatment*	19.29±4.33	20.42±7.36
After 1 week*	24.24±4.09	25.00±5.92
After 2 week*	24.81±5.39	28.53±5.94
After 3 week*	26.14±6.00	31.63±6.20
After 4 week*	27.90±6.11	34.74±6.52
After 5 week*	29.05±6.22	35.58±6.64
P-value**	0.000	0.000

★ Values represent mean±standard deviation
 ★★ Kruskal Wallis test α=0.05

IV. 고 찰

얼굴은 인체의 외관상 그 사람을 대표할 수 있는 가장 중요한 부위로서 口眼喎斜가 발병하면 직업에 따라 차이가 있으나 사회 활동이나 침묵 활동 등 대인 관계에 있어서 미치는 영향이 크며, 나아가 심리적으로도 많은 영향을 끼

쳐 심하게는 우울증과 같은 정신질환까지 유발할 수 있으니, 이 병에 대한 정확한 진단과 조기 치료가 매우 중요하다.

口眼喎斜는 <靈樞·經筋編>²⁰⁾에 “足之陽明手之太陽 筋急則口目爲僻 皆急不能卒視 治皆如古方也”라고記載된 이래 歷代 수많은 文獻에서 언급되어 왔다. 그 명칭에 있어서도 <內經>²⁰⁾에서 “口喎”, “口僻”으로 언급된 이래 <金匱要略>²¹⁾에서는 “口僻”으로 <諸病源候

論²²⁾에서는 “風口喎候”로 언급되었으며, <三因方>²³⁾에서 처음으로 “口眼喎斜”로 표현되었으며, <鍼灸大成>²⁴⁾에서는 “口喎眼喎”, “口噤喎斜”, “口噤眼合”로 언급되었고, <景岳全書>²⁵⁾ <醫林改錯>²⁶⁾에서는 “口眼歪斜”로 언급되었다.

口眼喎斜의 原因을 時代別로 살펴보면, 漢代에까지의 <黃帝內經·靈樞>²⁰⁾에서는 足陽明經의 所生病으로 인식하였고, <金匱要略>²¹⁾에서는 寒과 虛가 相搏하고 邪氣가 皮膚를 침범하여 나타난다고 하였다. 隋代에는 <諸病源候論>²²⁾에서 足陽明과 手太陽之經에 風邪가 들어오고 寒邪를 만나서 나타나고, 睡眠時 風邪가 귀로 들어가 口眼喎斜가 나타난다고 하였다. 陳²³⁾과 陳²⁸⁾은 中風의 한 증상으로 口眼喎斜가 나타나는 것으로 보았다. 金元代에 이르러 張²⁹⁾은 <儒門事親>에서 中風과는 다른 치료법이 필요함을 언급하였고, 李³⁰⁾는 筋脈血絡이 大寒에 적중되어 나타난다고 하였다.

명대의 李³¹⁾는 <醫學入門>에서 中風과 구분하여 血脈絡에 邪氣가 侵犯한 것으로 보았고, 張²⁵⁾은 <景岳全書>에서 氣血이 虛한 상태에서 經絡의 寒熱에 의해 口眼喎斜가 나타난다고 하였다. 清代에 이르러 陳³²⁾은 <辨證奇聞>에서 脾氣虛로 인한 水濕之邪로 口眼喎斜가 생긴 경우를 예시하였고, <醫林改錯>²⁶⁾에서는 口眼喎斜는 風邪가 經絡에 阻滯되어 나타난다고 하였다. 우리나라에서는 <鄉藥集成方>에서 風邪가 足陽明經과 手太陽經에 侵犯했을 때 寒氣를 만나서 발생한다고 하였다³³⁾.

요컨대, 漢代에서 宋代까지는 足陽明經, 手太陽經의 風邪의 侵入, 內虛한 상태에서 寒邪의 侵襲을 주요 원인으로 보았고, 주로 中風의 한 양상으로 口眼喎斜를 인식했다. 金元代에서는 中血脈, 血虛, 痰등을 主要原因으로 설명하였으며 中風과 다른 범주로 口眼喎斜를 인식하기 시작

하였다. 明清代에는 주로 中血脈絡, 氣血虛한 상태에서 經絡의 寒熱 및 心虛, 火熱, 脾氣虛, 血虛 등으로 中風과 구분하여 다양한 原因論이 제시되었다³³⁾. 현대에 이르러, 風邪가 血脈에 侵襲하여 外感寒이 顔面經絡을 侵襲하여 經氣의 순환에 이상을 일으켜, 氣血이 調和되지 못하고 經筋의 滋養이 失調되어 弛緩不收해서 發病하는 것으로 보고 있다²⁾.

그 症狀은 風邪가 侵入하여 邪氣가 緩慢하고 正氣는 도리어 急하게 되므로 喎斜되며, 갑자기 발병되며, 發病前 患側 耳後部에 不快感이나 痛症이 발생 할 수 있으며, 대개 一側性으로 마비가 나타난다. 患側의 눈이 감기지 않아 눈물이 나며 이마의 주름이 안 생긴다. 口角이 健側으로 당기어 비뚤며 鼻脣溝가 알아지며 말이 잘 되지 않고 流涎하고 飲食이 患側의 치아와 볼사이에 끼며 물이 흐른다. 때로는 味覺이 減退하고 聽覺은 過敏하기도 한다. 치료되지 않고, 오래 지속될 경우 患側의 顔面筋이 痙攣하고, 口角이 반대로 患側으로 喎斜되는데 이를 ‘倒錯現象’이라 한다²⁾.

치료는 經氣를 疏通하는 것을 위주로 하여, 通經活絡 逐風祛邪시켜야 하니²⁷⁾, 中國에서는 風邪外襲, 虛風內動, 氣血瘀阻로 변증하여 각각 祛風通絡, 養血熄風, 行氣活血을 治法으로 삼았다³⁴⁾.

양방에서는 口眼喎斜를 안면신경마비라 하는데, 뇌간으로부터 나온 안면신경은 청신경과 함께 내이도로 들어가 측두골의 안면신경관중 가장 좁은 내이도공을 지나 뇌신경중에는 가장 긴 골관을 지나게 된다. 첫 분지로 누공, 비점막, 구개점막의 분비를 지배하는 대추체신경이 나오고 이어 등골근, 악하선 분비지배와 혀의 2/3부위의 미각을 지배하는 고삭신경이 분지된다. 홍채유돌공을 지나면 이하선 속에서 상, 하

분지로 나누어지고 다시 분지되어 거위발 모양을 갖게 된다³⁵⁾.

안면신경마비의 원인은 크게 외상성과 비외상성으로 분류할 수 있다. 외상성에는 소뇌교각부 종양에 대한 수술과 같은 두개 내 외상과, 측두골 수술이나 측두골 골절과 같은 측두골내 외상 및 이하선이나 안면의 수술 혹은 안면열상과 같은 측두골의 외상이 있다. 비외상성에는 급만성 중이염·내이염·추체염 및 이성 대상포진 같은 감염성과 Bell's palsy·Melkersson's syndrome·청신경 및 안면신경 종양과 같은 비감염성이 있다. 이중 가장 많은 원인은 Bell's palsy이며 다음으로는 외상·이성대상포진·종양 등이 많다³⁶⁾. Bell's palsy가 발생하는 동맥수축으로 인해 병변은 내이도나 측두골내 안면신경이 부종을 일으키고 신경섬유와 신경내혈관을 압박하여 신경조직의 허혈을 일으키게 되어 신경변성을 악화시키게 된다. 그 외에 한랭노출·정서적충격·감정적 불안 및 특수한 해부학적 위치등이 유인이 될 것이라는 설이 있다³⁵⁻³⁶⁾.

증상은 흔히 밤사이에 시작되며, 편측안면신경을 침범하는 급성 특발성 병변에 의해 유발된다. 마비는 흔히 수 시간 이내에 정점에 도달한다. 마비가 나타난 쪽의 눈을 세게 감으려고 시도하면 그 쪽의 눈동자가 반대측에 비해 비정상적으로 위로 향하게 된다. 환자는 간혹 귀 뒤쪽이나 귀 속에 통증을 호소하며 질병 초기에 청력 이상을 나타낼 수도 있다. 청각 과민증은 비교적 흔하며, 소리에 민감하게 되어 소리가 크게 들리면서 불쾌감을 유발하는 것으로 특징지워 진다. 이 증상은 안면신경의 등골근가지가 침범되어서 유발된다. 간혹 한쪽 안면이 얼얼하다고 호소하는 경우도 있다. 그러나 이 때 안면감각을 진찰하여 보면 실제적인 감각소실은 없다⁴⁾. 이처럼 안면신경의 장애부

위에 의해 그 증후는 달라지는데, 고삭신경분지부에서 말초의 장해시에는 장해측의 안면근마비만을 일으킨다. 고삭신경분지부보다 위에 슬신경절이하에 있으면 장해측 안면의 마비와 마비측의 舌前方 2/3의 미각소실, 수액분비의 장애가 나타난다. 뇌교와 슬신경절 사이에 장애가 있으면, 그쪽의 안면근의 마비, 수액 눈물분비의 감소, 舌前 2/3미각 장애등이 일어난다⁵⁾.

그리고 안면마비는 핵상성인가. 핵성 또는 핵하성인지를 아는 일은, 임상상 중요하다. 전액에 주름을 지을 수가 있고, 안륜근의 마비증상도 가볍지만, 하안면근에 분명한 마비가 있는 것은 중추성 장애(이마 및 안부근육은 양측 대뇌피질로부터 함께 신경지배를 받고 있다)이다. 반면에 말초성 안면신경 병변에서는 입술이나 눈감기 근육마비뿐만 아니라 전두근이 침범되므로 이마에 주름을 잡을 수 없게 된다^{4-5,36)}. 간혹, 양측성으로 나타날 경우에는 좀더 광범위한 말초신경병의 초기증상, 특히 Guillain-Barre syndrome으로 나타날 수 있으며, 난청을 수반할 경우는 내이질환이나 청신경종양에 의한 경우도 많다. 또한, 뇌교의 병변이 있을 경우와 Millard-Gubler syndrome이라하여 일측의 말초성안면신경마비 및 안구의 외전장애와 반대측의 편마비를 수반하기도 한다. 슬신경근에 대상포진(herpes zoster)으로부터 침해받으면, 耳痛이 先發해서 이개의이도, 고막 등에 수포가 생기고, 심한 안면신경마비를 일으키고, 舌의 前2/3의 미각장애와 때로는 난청을 수반하기도 한다. 재발성의 안근마비와 안면특히 구순의 부종, 게다가 혀의 유두위축에 의한 주름혀가 있는 경우를 Melkersson-Rosethal syndrome 이라고도 한다. 드물기는 하지만 비교적 잘 알려져 있는 현상으로 Jaw-Winking

Phenomenon이 있으니, 한쪽으로 선천성의 안검하수가 있고, 수의적으로는 안검을 거상시킬 수 없는 환자가 입을 벌리고, 특히 하악을 반대측으로 움직이면 불수의 동시에 자동적으로 안검이 거상하는 현상도 있다⁵⁾.

손상정도를 알기 위해 신경자극검사(nerve excitability test ; NET)·신경전도검사(electroneuronography ; ENoG)·근저도술(electromyography ; EMG) 등을 시행하는데, 흔히 쓰이는 것은 ENoG와 NET이다. 신경자극검사(NET)는 마비가 신경의 일시적인 전도장애로 인한 것인지 혹은 변성변화로 인한 것인지를 감별할 수 있는 검사로 경유공 부위에서 안면신경에 경피성 전기자극을 가하면 일시적인 전도장애인 경우에는 안면표정근의 연축을 볼 수 있지만, 이미 변성변화를 일으킨 경우에는 볼 수 없다. 신경전도(ENoG)는 유양돌기하방에서 경피성 신경자극을 가하고 말초에 있는 피부의 전극에서 건의 활동전압이나 가중전압을 측정하여 양측을 비교해 본다. 마비측의 활동전압이 건측의 10%만 되어도 만족스런 자연회복을 기대할 수 있으며 마비측의 가중전압이 건측의 10%이하로 감소된 경우에는 수술을 시행하여야 한다³⁶⁾.

치료에는 크게 보존요법과 수술 요법으로 나누며, 보존요법으로 10일간 치료하여도 ENoG가 5~10%로 떨어질 경우엔 수술요법을 사용한다. 보존요법에는 Steroid·혈관확장제·성상신경절차단·물리요법·眼治療 등이 있으며, 수술요법에는 감압법·단단문합법·신경이식법·신경문합법 등이 있다³⁶⁾.

마비가 시작된 후 3~10일에 완전마비가 오면 예후는 불량하고 서서히 완전마비로 진행된 경우에는 양호하다. 안근운동이 조금이라도 남아있는 경우에는 누액이나 타액분비량이 적고,

전기진단검사상 예후 불량으로 나타났다 하더라도 예후는 매우 양호하다³⁶⁾. 특발성인 경우 75~80%에서 만족스러운 회복을 보인다. 그러나 10~15%에서는 불완전한 회복을 보이거나 부적절한 신경재생을 나타낸다. 신경이 자라남에 따라 신경가지가 원래 지배하던 근육으로 이어지지 못하고 다른 근육으로 연결되면 소위 가성 신경재생 현상이 나타난다. 이러한 현상으로 환자가 웃으려고 하는데 눈이 감긴다든지 음식을 먹으려할 때 침이 분비되는 것이 아니라 눈물이 나온다는지 하는 증상이 유발된다⁴⁾.

A군에서 시술한 穴인 頰車, 地倉, 人中, 承漿, 翳風, 四白, 陽白, 合谷, 絲竹空, 攢竹, 足三里, 太衝¹⁵⁾은 通經活絡, 逐風祛邪 효과가 있다. B군에서 시술한 穴인 三重, 四花外, 側三里, 側下三里穴에 대해 살펴보면, 三重穴은 二重穴直上 2寸에 위치하며 破氣行血, 除積消瘀하는 穴性を 갖고 있으며 主治로는 眼球突出, 扁桃腺炎, 口眼喎斜, 偏頭痛 등에 효과가 있다. 四花外穴은 四花中穴에서 外側 옆 방향으로 1.5寸에 위치하며 活血祛風, 消炎鎮痛하는 穴性を 갖고 있으며 主治로는 急性腸炎, 牙痛, 偏頭痛, 口眼喎斜, 肋膜炎 등에 효과가 있다. 側三里穴은 四花上穴에서 外側 옆으로 2.5寸에 위치하며 活血祛瘀, 消炎止痛의 穴성이 있으며 主治로는 牙痛, 顏面神經痛, 肋間神經痛, 三叉神經痛, 偏頭痛 등이 있다. 側下三里穴은 側三里穴直下 2寸에 위치하며 活血祛瘀, 消炎止痛하는 穴성이 있으며 主治로는 牙痛, 顏面神經痛, 肋間神經痛, 三叉神經痛, 偏頭痛 등이 있다¹⁶⁾. 탕약은 A, B군 모두 理氣祛風散加減을 가장 많이 사용하였고, 그 외에도 補陽還五湯과 補血湯加味를 選用하여 투여하였다.

전체적인 발생유인은 피로에 스트레스가 겹친 경우(14명), 과로(10명), 동기불명(7명), 한랭

노출에 과로 또는 스트레스가 겹친 경우(각각 2명), 과로에 과음이 겹친 경우(1명) 순으로 피로에 스트레스가 겹친 경우가 가장 빈도가 높았으며, 다음으로 과로가 높았다. 이는 이³⁸⁾의 보고에서는 스트레스가 제일 많았으며, 강³⁹⁾, 김⁴⁰⁾의 보고에서는 과로가 제일 많은 유인으로 보고 있는 것과 크게 다르지 않다.

초기수반증상은 전체적으로 보면 耳後痛(27명), 눈물과다분비(9명), 안구건조(8명), 항강(7명), 무증상(5명), 현훈·두통(각각 4명), 안면통·미각소실(각각 3명), 청각과민(1명) 순으로, 이후통과 눈물과다분비가 특히 발생 빈도가 높았다. 이는 耳後痛이 가장 많이 나타났다고 보고한 강³⁹⁾, 김⁴⁰⁾의 보고와 같다.

치료 성적은 B군이 A군에 비해 전반적으로 높았으나, 치료 전과 1주후의 치료성적에 있어서는 통계적으로 유의성이 없었으며, 2주후부터 B군이 A군에 비해 유의하게 고득점을 나타내기 시작하여 5주후까지 유의성있는 성적차이를 보이고 있다. 또한 A군과 B군 모두 각 그룹에 있어 시간에 따라 유의성 있는 성적 차이가 있었다.

이상에 살펴본 바와 같이 연별, 성별, 좌우, 병력기간, ENoG의 분포에 있어서 두 그룹간에 통계적 유의성은 없었다. 치료 성적에 있어서 치료 전과 1주후에선 두 그룹 간에 통계적으로 유의한 차이가 없었으나 2주후부터 5주후까지는 두 그룹 간에 유의한 차이가 있었으며, 각 그룹에 있어 치료 시간에 따른 성적변화가 통계적으로 유의한 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 그러나 대상 환자 수가 많지 않고 Bell's palsy의 특성상 5주후에 완전 회복되기가 어려운 만큼 후유증 유무에 대한 치료효과 여부에 대해 비교 분석하기가 어려웠다. 앞으로 정확한 체침과 동씨침의 효과 비교를 위해서는 좀

더 많은 환자를 대상으로 2달 이상의 비교 관찰과 장기간의 추적관찰이 필요할 것으로 사려된다.

V. 결 론

2003년 7월 1일부터 2003년 9월 30일까지 동의대학교 부속한방병원 침구과에 口眼喎斜로 입원한 환자 46명을 무작위 추출하여 體鍼 치료군과 董氏鍼 치료군으로 나누어 처치한 후 이중에서 발병 후 7일이 지난 경우, 이성대상 포진환자를 제외하고 평균 7일의 입원치료와 이후 4주간의 통원치료를 받았으며, 본원 양방 이비인후과에 진단 검사 및 치료를 의뢰하여 한·양방 치료를 동시에 병행한 총 40례(體鍼 치료군 21례, 董氏鍼 치료군 19례)의 환자를 대상으로 체침과 동씨침의 치료효과를 연구한 후 다음과 같은 결론을 얻었다

1. 연별, 성별, 좌우, 병력기간, ENoG의 분포에 있어서 두 그룹간에 통계적 유의성은 없었다.

2. 발생유인은 피로에 스트레스가 겹친 경우가 가장 빈도가 높았으며, 다음으로 과로, 동기 불명, 한랭노출에 과로 또는 스트레스가 겹친 경우, 과로에 과음이 겹친 경우 순으로 나타났다. 초기수반증상은 耳後痛이 가장 빈도가 높았으며, 다음으로 눈물과다분비, 안구건조, 항강, 무증상, 현훈·두통, 안면통·미각소실, 청각과민 순으로 빈도가 높았다.

3. Yanagihara's System으로 측정된 치료 성적은 치료 전과 1주후의 치료성적에 있어 董

氏鍼 치료군 성적이 體鍼 치료군보다 높기는 하였으나 통계적으로 유의성이 없었으며, 2주 후부터 5주후까지 董氏鍼 치료군이 體鍼 치료군에 비해 유의하게 고득점을 나타내었다.

4. 體鍼 치료군과 董氏鍼 치료군 모두 각 그룹에 있어 시간에 따라 유의성 있는 성적 차이가 있었다.

VI. 參考文獻

1. 李道生 主編. 新編鍼灸治療學. 北京 : 人民衛生出版社. 1998 : 155-62.
2. 崔容泰 외. 鍼灸學(下). 3版. 서울 : 集文堂. 1993 : 1926.
3. 安昌範, 俞相仁. 現代臨床鍼灸學. 서울 : 의성당. 2000 : 538.
4. FRANK H. NETTER, M.D. CIBA원색도해의학총서. 서울 : 도서출판 정담. 2000 : 211.
5. 金料元譯. 臨床神經診察法. 서울 : 서광의학. 2000 : 200-02.
6. 이승우 한상원. 전침을 이용한 口眼喎斜의 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1999 ; 16(4) : 149-63.
7. 禹相旭, 李榮宰, 李秉烈. 양안면마비환자 2례에 관한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1996 ; 13(2) : 241-52.
8. 이경미, 안창범. 말초성 안면신경마비에 대한 한·양방 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1998 ; 15(1) : 21-28.
9. 윤현민, 안창범. 口眼喎斜의 한·양방협진에 관한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1995 ; 12(2) : 65-74.
10. 김민정 외 5명. 양측성 안면신경마비 치험 1례에 관한 고찰. 대한침구학회지. 2002 ; 19(2) : 240-247.
11. 송범용. 적외선 체열진단법을 이용한 Bell's palsy의 임상적 예후 진단 연구. 대한침구학회지. 2001 ; 18(1) : 1-12.
12. 최석우 외 5명. 외상성 측두골 골절로 발생한 口眼喎斜에 대한 고찰. 대한침구학회지. 2002 ; 19(3) : 207-14.
13. 권순정, 송호섭, 김기현. 말초성안면신경마비에 구치료 및 복합치료가 미치는 영향. 대한침구학회지. 2000 ; 17(4) : 160-70.
14. 권혜연 외 7명. Yanagihara's System을 이용한 口眼喎斜의 호전도 평가. 대한침구학회지. 2002 ; 19(1) : 120-25.
15. 安昌範, 李潤浩. 口眼喎斜의 鍼과 物理治療에 대한 臨床的研究. 大韓鍼灸學會. 1985 ; 6 : 71-80.
16. 최문범, 곽동욱, 이정훈. 實用董氏鍼法. 서울 : 대성의학사. 2000 : 737. 791. 798.
17. 최무환. 董氏鍼灸學. 서울 : 一中社. 1998:331.
18. 양유걸著. 董氏奇穴鍼灸學. 北京 : 中醫古籍出版社. 1997 : 163-4.
19. Yanagihara N. Grading of Facial Palsy. In Facial Nerve Surgery, Zurich, 1976. U.Fisch(Ed.). Amstelveen, Netherlands : Kugler Medical Publications. Birmingham, Al : Aesculapius Publishing Co. 1977 : 533-5.
20. 楊維傑 編. 黃帝內經靈樞. 台北 : 台聯國風出版社. 1976 : 164-5.
21. 張仲景. 金匱要略. 서울 : 成輔社. 1982 : 30-1.
22. 丁光迪 主編. 諸病源候論校注. 北京 : 人民

- 衛生出版社, 1994 : 11.
23. 陳言. 三因極一病證方論. 北京 : 人民衛生出版社. 1983 : 223.
 24. 楊繼洲. 鍼灸大成. 서울 : 도서출판 정담. 1993 : 416.
 25. 張景岳. 景岳全書. 서울 : 대성문화사. 1997 : 208.
 26. 王勳臣. 醫林改錯. 서울 : 일증사. 1992 : 77.
 27. 蔡炳允. 東醫眼耳鼻咽喉科學. 2판. 서울 : 집문당. 1994 : 68.
 28. 陳自明. 校注婦人良方. 台北 : 旋風出版社. 1977 : 1-7.
 29. 張子和. 儒門事親. 臺北 : 旋風出版社 民國 67年 : 30.
 30. 李杲. 東垣十種醫書. 上海 : 上海鴻文書局版. 1978 : 113.
 31. 李梴. 編註醫學入門 傷寒 雜病. 서울 : 대성문화사. 1986 : 303-304.
 32. 陳士鏞. 辨證奇聞全書. 台北 : 甘地出版社. 1980 : 123.
 33. 유한철, 金漢星. 口眼喎斜의 原因에 대한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 2000 ; 9(1) : 243-258.
 34. 崔述貴. 實用鍼灸內科學. 서울 : 의성당 1993 : 532-3.
 35. 盧寬澤편저. 耳鼻咽喉科學 頭頸部外科. 서울 : 一潮閣. 1996 : 169, 171.
 36. 白萬基편저. 最新耳鼻咽喉科學. 서울 : 一潮閣. 1996 : 123-124.
 37. 김종인, 고희균, 김창환. 口眼喎斜의 평가방법에 대한 고찰. 대한침구학회지. 2001 ; 18(2) : 14-15.
 38. 이연경, 이병렬. 口眼喎斜 환자 72례에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1998 ; 15(1) : 1-11.
 39. 강성길, 김용석. 침치료에 의한 말초성 안면신경마비의 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1995 ; 16(2) : 9-16.
 40. 김남옥, 채상진, 손성세. 특발성 말초성 안면신경마비에 대한 한방치료와 양방병용치료의 비교 고찰. 대한침구학회지. 2001 ; 18(5) : 107.