대한침구학회지 제22권 제6호(2005년 12월)
The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society

원 저

특발성안면신경마비환자의 양도락 변화에 대한 임상적 고찰

장조웅* · 김경옥** · 양재철** · 문경숙*** · 이경윤*

*동수원한방병원 한방침구과교실
**동수원한방병원 한방재활의학과교실
***안양샘한방병원 한방침구과교실

Abstract

The Clinical Study on *Yangdorak* Change with Idiopathic Facial Paralysis Patients

Jang Jo-ung*, Kim Kyung-ok**, Yang Jae-chul**, Mun Kyung-suk*** and Lee Kyung-yun*

*Department of Acupuncture & Moxibustion, Dongsuwon Oriental Medical Hospital
**Department of Oriental Rehabilitation Medicine, Dongsuwon Oriental Medical Hospital
***Department of Acupuncture & Moxibustion, SAM Oriental Hospital

Objectives : We investicated correlation between Yangdorak and Meridian at Idiopathic facial nerve paralysis patients.

Methods : For Yangdorak examination, We made a comparison between 21 patients who were diagnosticated to Idiopathic facial nerve paralysis and 22 persons who were not.

Results : 1. The stress showed the highest frequency in premonitory cause at onset.

2. In comparing results on the Yangdorak general mean, they were not statistically significant between two group($p>0.05$).

3. In comparing results on the Stomach(ST)-meridian Yangdorak mean, Idiopathic facial nerve paralysis group is stastically significant in comparison with non-facial paralysis group($p<0.05$).

4. In comparing results on the Small Intestine(SI)-meridian Yangdorak mean, Idiopathic facial nerve paralysis group is not stastically significant in comparison with non-facial paralysis group($p>0.05$).

· 접수 : 2005년 11월 08일 · 수정 : 2005년 11월 18일 · 채택 : 2005년 11월 18일
· 교신저자 : 장조웅, 경기도 수원시 팔달구 우만동 157-7 동수원한방병원 한방침구과교실
Tel. 031-210-0390 Fax. 031-210-0146 E-mail : powerfox032@naver.com

Conclusion : Yangdorak may be used for a method to objective clinical examination. But further studies are required for a use of practical indicator.

Key words : Yangdorak, Idiopathic facial nerve paralysis, Meridian

Ⅰ. 緖 論

안면신경마비는 특별한 기저병변 없이 원인불명으로 발생하는 Bell 마비나 선천성 증후군, 염증, 외상이나 종양 등의 기저병변에 의하여 발생된다[1]. 발생빈도는 1년에 10만명당 20명 정도가 발병한다고 알려져 있으며 남녀의 비는 동일하다. 모든 연령에서 발생할 수 있으나 20~40 대까지가 약간 더 흔한 것으로 알려져 있으며 연중 발생한다. 고혈압이나 당뇨 환자에서 더 잘 발생하는 것으로 알려져 있다[2].

안면신경마비는 한의학의 구안와사에 해당되는데, 구안와사의 원인은 正氣가 부족하여 經絡이 空虛하고 衛氣가 不固하여 風邪가 經絡중에 乘虛하여 入中함으로써 氣血不通하고 面部의 足陽明經筋을 濡養하지 못하여 肌肉이 縱緩不遂한 所致로 발생된다[3].

안면신경마비는 『靈樞.筋經篇』에 "足陽明之筋..... 其病 足中指支脛轉筋.....卒口僻"[4]이라 하여 처음 언급된 이후 『金匱要略』에서 "喎僻"[5], 『諸病源候論』에서는 "風口喎"[6]라 언급되었고, 『三因極一病證方論』에서 처음으로 "口眼喎斜"라 칭하였다[7].

『東醫寶鑑.風門』에서는 醫學綱目중의 "口眼喎斜之證, 大率在胃, 而有筋脈之分. 經云, 足陽明, 手太陽筋急, 則口目爲僻, 皆急不能卒視, 此胃土之筋爲邪也. 經云, 足陽明脈, 挾口環脣, 所生病者, 口喎脣斜, 此胃土之脈爲邪也"를 인용하여 口眼喎斜證을 足陽明胃經과 手太陽小腸經의 經筋病으로 인식하였고, 또한 『東醫寶鑑.面門』에서는 古今醫鑑중의 "面病專屬胃..手足六陽之經, 雖皆上至頭, 而足陽明胃之脈, 起於鼻,....維絡于面上, 故面病專屬於胃."라 하여 얼굴에 생긴 병은 주로 胃에 속한다고 하였다[8].

최근에는 전통적인 진단방법의 체계화 및 객관화의 일환으로 현대과학적인 기술과 방법을 응용한 기기진단방법들이 활용됨으로써 진단의 지표를 가시화하려는 노력이 점차적으로 강화되고 있는데 그 중 전기적인 특수성을 이용한 경혈측정방법이 양도락, EAV 및 맥진기이다[9]. 양도락은 1950년 경혈부위에 전류가 잘 통하는 것에 착안하여 일본 中谷義雄 박사가 교감신경계의 긴장도에 따른 피부통전 저항의 변화에 대한 연구를 하다가 개발한 기기로 12경락의 장부허실을 판단하는 진단기기 및 자율신경 조정에 의한 치료기기로 쓰여지고 있다[10-11]. 양도락의 측정점은 각 경락의 대표 측정점, 즉 원혈을 좌측 손, 우측 손, 좌측 발, 우측 발의 순서로 24개의 점을 측정하게 된다[12]. 생리적인 면에서 원혈은 장부의 원기가 통과하고 머무르는 중요한 부위이고, 병리에 있어 장부 및 십이경맥의 병변을 반영한다. 그러므로 원혈은 진단방면에 있어서 중요한 작용을 한다[13].

이에 본 연구에서는 한의학적 진단의 객관화 일환으로 안면신경마비 환자중 특발성안면신경마비(Bell 마비)환자와 대조군에 대하여 양도락 진단을 이용하여 경락과의 상호 연관성을 비교 분석한 바 다음과 같은 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

2005년 8월 1일부터 2005년 8월 30일까지 동수원한방병원에 특발성안면신경마비로 내원하였던 환자 21명과 건강검진센터에서 건강검진을 위하여 내원한 22명 등 총 43명을 대상으로 양도락 진단을 실시하여 비교·연구 하였다. 안면신경마비 환자 중 중추성 등 원인이 뚜렷한 경우는 모두 제외하고 원인이 불명확한 경우만을 대상으로 하였다.

2. 측정방법

1) 사용기기 및 방법

쏘드메드컴에서 나온 양도락기(NEUROCOM SJD-16B)로 측정은 手經의 6穴(太淵, 大陵, 神門, 陽谷,

陽池, 陽谿), 足經의 6穴(太白, 太衝, 太谿, 束骨, 丘墟, 衝陽)로 하여 좌우 양측 24부위에서 이루어졌다.

2) 측정시 주의 사항

① 본원 예진실에서 온도는 20~25℃, 습도는 70%로 조정한 상태에서 측정하였다.
② 식사 또는 배변 직전 직후는 피하였다.
③ 환자 몸에 부착된 금속물을 제거하고 다른 전기 제품을 만지지 않도록 한 상태에서 측정하였다.
④ 검사자와 환자간 절전이 되도록 검사자는 면 장갑을 끼고 측정하였다.
⑤ 환자의 몸 및 측정전극의 습도는 물기가 묻어 나오지 않는 한도내에서 촉촉하게 유지하도록 하였다.
⑥ 환자 손과 발의 높이를 동일하게 하고 혈위가 깊은 곳은 측정할 때 좀더 압력을 주어 측정하였다.
⑦ 같은 부위를 재측정 하고자 할 때는 20초에서 30초 후에 측정하였다.

3. 통계분석

실험결과는 SPSS 12.0 for windows program으로 통계처리 하였다. 그룹간 통계분석은 비모수 통계 중 Independent-Sample t-test(Mann-Whitney U test)를 시행하였으며 각 군간의 유의성을 검증하였다. 수집된 모든 자료는 Mean±SD로 나타냈으며, $p<0.05$ 이하인 경우 유의성이 있다고 하였다.

Ⅲ. 결 과

1. 성별분포

양도락 측정환자 총 43명중 남자가 28명(65.1%), 여자가 15(34.9%)명이었고, 실험군(특발성안면신경마비)에서는 남자가 8명, 여자가 13명이었으며, 대조군(건강검진군)에서는 남자가 20명, 여자가 2명이었다(Table 1).

2. 연령별 분포

양도락 측정환자 총 43명중 30대가 16명(37.3%)으로 가장 많았으며, 40대가 10명(23.3%), 20대가 6명(14.0%), 50대가 5명(11.6%), 60대가 3명(6.9%), 70대가 2명(4.6%), 10대가 1명(2.3%)였고, 특발성 안면신경마비군 환자 중에서는 30대가 7명으로 가장 많았으며, 50대가 4명, 60대가 3명, 20대, 40대와 70대가 각 2명, 10대가 1명이었다(Table 2).

3. 실험군에서의 좌/우 마비 분포

21명의 말초성 안면신경마비 환자 중에서 좌측마비가 10명(47.6%), 우측마비가 11명(52.4%)이었다.

4. 안면신경마비 등급에 따른 분포(by Gross Grading System of House-Brackmann)

총 21명의 안면마비 환자중 Grade II가 4명(19.9%), Grade III가 6명(28.6%), Grade IV가 6명(28.6%), Grade V가 5명(23.8%)였다(Table 3).

5. 발병전 요인에 의한 분포

특발성 안면신경마비가 발생하기 바로 전의 요인에 대하여 복수 응답으로 하여 스트레스가 14명(63.6%)으로 가장 많았으며, 한랭노출이 6명(27.3%)이었고, 과로에 2명(9.1%)이 응답하였다. (Table 4).

Table 1. Distribution of Sex

		Facial Palsy Group	non-Facial Palsy Group	Total
Sex	Male count	8	20	28
	% of Total	18.6%	46.5%	65.1%
	Female Count	13	2	15
	% of Total	30.2%	4.7%	34.9%
Total	Count	21	22	43
	% of Total	48.8%	51.2%	100.0%

Table 2. Distribution of Age

	Facial Palsy Group	non-Facial Palsy Group	Total
10~19	1	0	1
% of Total	2.3%	0.0%	2.3%
2029	2	4	6
% of Total	4.7%	7.3%	14.0%
30~39	7	9	16
% of Total	16.3%	20.0%	37.3%
40~49	2	8	10
% of Total	4.7%	18.6%	23.3%
50~59	4	1	5
% of Total	7.3%	2.3%	11.6%
60~69	3	0	3
% of Total	6.9%	0.0%	6.9%
70~	2	0	2
% of Total	4.6%	0.0%	4.6%
Total	21	22	43
% of Total	48.8%	51.2%	100.0%

Table 3. Distribution by Gross Grading System of House-Brackmann

	Grade II	Grade III	Grade IV	Grade V	Total
Count	4	6	6	5	21
% of Total	19.0%	28.6%	28.6%	23.8%	100.0%

Table 4. Cause

	Stress	Cold	Overwork	Total
Count	14	6	2	22
% of Response	63.6%	27.3%	9.1%	100.0%
% of Cases	77.8%	33.3%	11.1%	122.2%

6. 양도락 평균의 비교

전체적인 양도락 평균에서는 특발성안면신경마비군 환자에서는 30.01±11.08이었고, 건강검진군에서는 평균이 35.79±9.86이었다. 양명경(위경, 대장경) 평균만을 비교해 봤을 때에는 특발성안면신경마비군 환자에서는 33.61±12.62, 건강검진군에서는 41.69±13.45로 나타났다. 족양명위경 평균을 비교하여보면 특발성안면신경마비군 환자에서는 28.02±11.56, 건강검진군에서는 37.45±16.42로 나타났다. 수태양소장경의 평균을 비교하여보면 특발성안면신경마비 환자군에서는 29.83±13.20, 건강검진군에서는 31.59±18.55로 나타났다(Table 5).

Table 5. Comparison of Yangdorak Mean between two group

		Mean±Std. Deviation	P-value
양도락평균	실험군*	30.01±11.08	0.078
	대조군**	35.79±9.86	
양명평균	실험군*	33.61±12.62	0.049
	대조군**	41.69±13.45	
족양명경	실험군*	28.02±11.56	0.036
	대조군**	37.45±16.42	
수태양경	실험군*	29.83±13.20	0.072
	대조군**	31.59±18.55	

* 실험군 : Idiopathic Facial Palsy Group.

** 대조군 : non-Facial Palsy Group.

Ⅳ. 고 찰

안면신경마비는 특별한 기저병변 없이 원인불명으로 발생하는 특발성안면신경마비(Bell 마비)나 선천성증후군, 염증, 외상이나 종양 등의 기저병변에 의하여 발생된다[1]. 발생빈도는 1년에 10만명당 20명 정도가 발병한다고 알려져 있으며 남녀의 비는 동일하다. 모든 연령에서 발생할 수 있으나 20~40 대까지가 약간 더 흔한 것으로 알려져 있으며 연중 발생한다. 고혈압이나 당뇨 환자에서 더 잘 발생하는 것으로 알려져 있다[2].

안면신경마비는 그 원인에 따라 중추성 안면신경마비, 대상포진 바이러스(herpes zoster)에 의한 Ramsay Hunt 증후군, 외상성 안면신경마비, 선천성 안면신경마비, 그 외 원인불명의 Bell 마비, 종양(tumor), 유육종증(sarcoids), Melkerson-Rosenthal 증후군, 나병(leprosy) 등에 의한 안면신경마비로 나뉜다[1].

특발성 안면신경마비는 Bell 마비로 불리며 원인을 알 수 없는 급성안면신경마비를 말한다. 특발성안면신경마비의 발병양상은 대부분 급성이며 반수 이상의 환자가 발병 후 48시간 이내에 가장 심한 마비증상을 보이며 거의 모든 환자에서 5일 이내에 가장 심한 마비에 다다른다. 전체적인 병의 경과는 양호하여 80%이상의 환자에서 수 주 내지 수개월 안에 완전회복을 보이든지 거의 완전히 회복된다. 발병 첫 주내에 미각의 회복이 있으면 양호한 징후이며 발병 5~7일에 운동기능이 회복되는 징후가 보이면 가장 양호한 예후 예측인자이다. 그러나 회복이 지연성인 경우에는 평균 3개월 이후에 회복되는 경우도 있으며, 발병 2년까지도 회복이 될 수 있으나 이 경우 완전회복이 되지 않는 경우가 많다[2].

이성대상포진(herpes zoster Oticus)는 안면신경마비와 함께 이개 또는 외이도, 이후부나 안면에 수포형성을 보이며 심한 耳痛을 동반한다. 그 외에 가끔 감각신경성 난청, 이명 또는 현기증이 동반되는 수도 있다. 염증에 의한 안면신경마비는 급성중이염, 만성중이염, 악성외이도염 등에 의해 안면신경마비가 초래되는 것이며, 외상성 안면신경마비는 측두골 골절에 의한 것이 가장 흔하다. 양성 및 악성 종양에 의해서도 안면신경마비가 초래될 수 있다. Guillain-Barre증후군은 말초신경에 림프구의 침윤으로 수초가 파괴되어 발생하는 것으로, 병리학적으로 급성 염증성 다발성 신경근병증을 특징으로 하며, 양측 안면신경마비가 약 1/2에서 나타난다. 선천성 안면신경마비는 출생아의 0.23%정도에서 나타나며, 영아 안면마비의 78%는 출산외상과 관련이 있다. Meckersson-Rosenthal 증후군은 반복성의 구강 및 안면부의 부종, 반복성 안면신경마비, 그리고 균열설의 三主徵을 특징으로 하는 질환으로써 원인은 미상이며 안면신경마비는 환자의 50~90%에서 발생되고, 양측 안면신경마비가 연속해 발생하거나 재발하는 경우가 흔하다[14].

안면신경마비는 진단은 크게 병변부위검사, 전기신경검사, 방사선학적검사가 있으며[1] 대부분의 경우 임상양상으로 쉽게 진단할 수 있다(Table 6)[2]. 병변부위검사는 누액배출검사, 등골반사검사, 전기미각검

Table 6. Facial Nerve Paralysis Test

병변부위검사topognostic tests
청력 및 평형검사hearing and balance test
누액배출검사Schirmer test
등골반사검사stapes reflex test
타액유량검사submandibular flow test
미각검사taste test
전기신경검사electrical test
신경자극검사nerve excitability test(NET)
최대자극검사maximal stimulation test(MST)
신경전도electroneuronography(ENoG)
근전도electromyography(EMG)
방사선학적검사radiographic studies
내이도단순촬영
측두골단층촬영
이하선촬영
자기공명영상
흉부방사선촬영:sarcoidosis, lymphoma, carcinoma

사, 타액유량검사가 있으며, 전기신경전도검사는 신경자극검사(NET), 신경전도(ENoG), 근전도(EMG)가 있다. 방사선학적검사는 내이골단순촬영, 측두골단층촬영, 이하선촬영, 자기공명영상 등이 있으나 병력이나 이학적 검사상 Bell 마비로 진단되면 방사선학적 검사는 불필요하다[2].

안면신경마비의 정도를 표시하는 방법으로 여러 가지가 있으며, 그 중에서 House와 Brackmann에 의한 방법이 가장 많이 사용되고 있다. House와 Brackmann에 의한 안면마비 등급표시 방법은 안면 전체의 마비 정도에 따라 등급을 나누는 gross scale 법으로, 여섯 단계로 마비의 정도를 나누어 평가한다. 정상은 Grade I으로 표시하며, 마비의 정도가 심해짐에 따라 단계를 올리며, 완전 마비의 경우 Grade VI으로 정하였다[14].

안면신경마비는 한의학의 구안와사에 해당하는데, 『靈樞.筋經篇』에 "足陽明之筋.....其病 足中指支脛轉筋.....卒口僻"[4]라 하여 처음 언급된 이후 『金匱要略』에서 "喎僻",[5] 『諸病源候論』에서는 "風口喎"라 언급되었고,[6] 『三因極一病證方論』에서 처음으로 "口眼喎斜"라 칭하였다[7].

구안와사의 원인은 正氣가 부족하여 經絡이 空虛하고 衛氣가 不固하여 風邪가 經絡중에 乘虛하여 入中함으로써 氣血不通하고 面部의 足陽明經筋을 濡養하지 못하여 肌肉이 縱緩不遂한 所致로 발생된다[3].

『東醫寶鑑.風門』에서는 醫學綱目중의 "口眼喎斜之證, 大率在胃, 而有筋脈之分. 經云, 足陽明, 手太陽筋急, 則口目爲僻, 皆急不能卒視, 此胃土之筋爲邪也. 經云, 足陽明脈, 挾口環脣, 所生病者, 口喎脣斜, 此胃土之脈爲邪也"를 인용하여 口眼喎斜證을 足陽明胃經病이라 하였고, 또한 『東醫寶鑑.面門』에서는 古今醫鑑중의 "面病專屬胃..手足六陽之經, 雖皆上至頭, 而足陽明胃之脈, 起於鼻,....維絡于面上, 故面病專屬於胃."라 하여 얼굴에 생긴 병은 주로 胃에 속한다고 하였다.[8]

한의학의 진찰법은 望·問·聞·切의 四診이 있으며, 望診은 시각에, 聞診은 취각과 청각에, 問診은 질문하는 것에, 切診은 환자의 몸에 접촉하는 것에 의한 진단이다. 이 사진에서 얻게 된 정보를 종합판단하여 證을 결정하는 것이다[15].

진단은 곧 치료의 지침을 설정해주는 요체가 된다. 그러나 의사가 한의학적 변증이론을 바탕으로 진단할 때 주관성의 문제에 봉착하게 된다. 주관성은 증상의 주관성과 징후의 주관성으로 양분되는데 증상의 주관성은 동일한 증상에 대해 환자 개개인이 느끼는 증상의 빈도와 강도 차이 때문에 발생하며, 징후의 주관성은 望診이나 切診시 의사에 따라 脈狀이나 舌診色澤에 관한 정보를 다르게 해석함으로써 발생한다. 즉 증상의 주관성은 환자의 주관성이라 할 수 있고, 징후의 주관성은 의사의 주관성이라 말할 수 있다. 결국 변증에 의한 진단의 주관성은 증상과 징후의 주관성을 동시에 극복해야 해결되며, 四診을 통한 한의학적 진단의 객관화 작업은 환자로부터 증상 및 징후를 판별할 때 얼마만큼 객관성과 재현성을 확보하느냐가 관건이다. 따라서 전통적인 진단방법에 대한 체계화 및 객관화가 요구되므로 현대 과학적인 기술과 방법을 응용한 기기진단 방법들이 활용됨으로써 진단의 지표를 가시화하려는 노력이 점차적으로 강화되고 있다[16].

전기적인 특수성을 이용한 경혈측정의 방법들이 광범위하게 연구되면서 한의학의 이론에 입각한 진단기기들이 제작되어 활용되기에 이르렀으며, 그러한 기기들로써는 양도락에 의한 피부전기저항측정기, 내장일체벽혈관반사에 의한 피부점의 측정기, 전기에 의한 경락장기기능측정기, 열에 의한 경락장기기능측정기, 맥진계 등이 있다[17].

이 가운데 양도락과 EAV는 인체의 원혈과 수족원위부의 피부반응점을 측정해 장부 경락관계의 상관성을 통하여 장부경락 허실을 파악하는 대표적인 한방 진단 기기로써 전통적인 한방의 진단법인 四診, 舌診에 의한 주관적인 변증진단을 수량화로 표시함으로써 객관적 측정이 되도록 한다는 점에서 한의계

임상에서 널리 활용되고 있으며 이에 관한 연구로는 박 등의 양도락과 EAV 진단결과에 대한 상호비교 연구[9], 박의 양도락과 체표교감신경 활성에 관한 연구 등이 있다[18].

양도락은 1950년, 경혈부위에 전류가 잘 통하는 것에 착안하여 일본 中谷義雄 박사가 교감신경계의 긴장도에 따른 피부통전 저항의 변화에 대한 연구를 하다가 개발한 기기로, 12경락의 장부허실을 판단하는 진단기기 및 자율신경조정에 의한 치료기기로 쓰여지고 있다[10-11].

양도락의 측정점은 각 경락의 대표 측정점, 즉 原穴을 좌측 손, 우측 손, 좌측 발, 우측 발의 순서로 24개의 점을 측정하게 되며, 측정시 전압을 12V로 하여 200㎂의 직류를 경혈에 흐르게 해주면 피부의 저항상태에 따라 전류량이 다르게 나타나게 된다. 이 전류량을 측정전극으로 흘러들어오게 하여 기기장치에서 교정하여 0~200까지의 지시기로 나타나게 되는 것이다[12]. 전류가 잘 흐른다는 것은 피부 통전 저항이 작은 것을 의미하며, 이 피부통전 저항과 가장 큰 관계를 가지고 있는 것은 표피 각질층의 함수량이다. 이 함수량은 교감신경의 지배 하에 있는 한선의 영향을 받는다. 즉 교감신경이 흥분하게 되면 발한이 이루어지면서 표피 각질층의 함수량이 많아져 피부전기저항이 감소하게 됨으로써 전기가 흐르게 된다[10].

양도락에서 12경락의 개념은 手經 즉 肺包心小三大는 기능적인 면과 정신적인 면을 나타내고, 足經 즉 脾肝腎膀膽胃는 기질적인 면과 육체적인 면을 나타낸다. 또한 手經 중의 肺包心은 上焦를, 小三大는 下焦를 주관하며, 足經 중의 脾肝腎은 臟을 膀膽胃는 腑를 주관한다[10].

양도락에서는 각 경락의 대표 측정점으로 原穴을 사용하는데, 原穴의 명칭은 제일먼저 『靈樞』에 보인다. 『靈樞·九鍼十二原』에서 五臟의 原穴을 제출하였고, 『靈樞·本輸』에서는 六腑의 原穴을 보충하였으며[13], 『鍼灸甲乙經』에서는 "五藏有六腑, 六腑有十二原, 十二原者, 出于四關, 四關主治五臟, 五臟有疾, 當取之十二原. 十二原者, 五臟之所以稟三百六十五節之氣味者也. 五臟有疾, 出于十二原, 而原各有所出. 明知其原, 睹其應, 知五臟之害矣"라 하여 五臟에 병이 있으면 반응이 12개의 原穴에 나타나며, 原穴은 經氣가 나오는 곳이라 하였고 비로소 十二原穴의 모습을 갖추었다[19]. 『難經·66難』에서는 "臍下腎間動氣者, 人之生命也, 十二經之根本也, 故名曰原. 三焦者, 原氣之別使也"라 하였으니 바로 『靈樞·九鍼十二原』에서 말한 "十二原者, 五臟之所以稟三百六十五節之氣味者也."와 같다[13].

생리적인 면에서 原穴은 臟腑의 原氣가 통과하고 머무르는 중요한 부위이고, 병리에 있어 臟腑 및 十二經脈의 병변을 반영한다. 그러므로 原穴은 진단방면에 있어서 중요한 작용을 한다. 바로 『靈樞·九鍼十二原』에서 말한 "五臟有疾, 出于十二原, 而原各有所出. 明知其原, 睹其應, 知五臟之害矣."과 같다. 또한 『鍼灸大成』에서는 "十二經之原歌 ..... 三焦行於諸陽, 故置一俞曰原. 又曰..三焦者, 水穀之道路, 原氣之別使也. 主通行三氣, 經歷五臟六腑. 原者三焦之尊號, 故所止輒爲原也. 按 『難經』云..五臟六腑之有病者, 皆取其原.....이라 하여 치료에 있어서도 原穴은 중요하다[20].

이상의 내용에서 근거하여 한의학적 진단상의 객관화 일환으로써 原穴의 병리상태 반영과 양도락의 原穴 진단을 검증하고자 본 연구에서는 2005년 8월 1일부터 2005년 8월 30일까지 동수원한방병원에 특발성안면신경마비로 내원하였던 환자 21명과 건강검진센터에서 건강검진을 위하여 내원한 22명 등 총 43명을 대상으로 양도락 진단을 실시하여 비교·연구 하였다.

성별분포는 양도락 측정환자 총 43명중 남자가 28명(65.1%), 여자가 15(34.9%)명이었고, 실험군(특발성안면신경마비)에서는 남자가 8명, 여자가 13명이었으며, 대조군(건강검진군)에서는 남자가 20명, 여자가 2명이었다. 연령별 분포는 양도락 측정환자 총 43명 중 30대가 16명(37.3%)으로 가장 많았으며, 40대가 10명(23.3%), 20대가 6명(14.0%), 50대가 5명(11.6%), 60대가 3명(6.9%), 70대가 2명(4.6%), 10대가 1명(2.3%)였고, 특발성 안면신경마비군 환자 중에서는 30대가 7명으로 가장 많았으며, 50대가 4명, 60대가 3명, 20대, 40대와 70대가 각 2명, 10대가 1명이었다.

특발성 안면신경마비환자에서의 좌/우 마비 분포로는 21명의 환자 중에서 좌측마비가 10명(47.6%), 우측마비가 11명(52.4%)이었으며, 안면신경마비 등급에 따른 분포(by Gross Grading System of House-Brackmann)는 총 21명의 안면마비 환자중 Grade II가 4명(19.9%), Grade III가 6명(28.6%), Grade IV가 6명(28.6%), Grade V가 5명(23.8%)였다.

발병전 요인에 의한 분포로는 특발성 안면신경마비가 발생하기 바로 전의 요인에 대하여 복수 응답으로 하여 스트레스가 14명(63.6%)으로 가장 많았으며, 한랭노출이 6명(27.3%), 과로는 2명(9.1%)이 응답

하였다. 최 등의 연구에서는 한랭노출이 33.7%였고, 과로와 스트레스가 43.8%, 기타요인이 5.6%로 비슷한 양상을 보였고[21], 손 등의 연구에서는 과로가 37.0%로 가장 많았고, 스트레스가 33.3%, 한랭노출이 14.8%순으로 다소 차이를 보였다[22].

전체적인 양도락 평균의 비교에서는 특발성안면신경마비군 환자에서는 30.01±11.08이었고, 건강검진군에서는 평균이 35.79±9.86이로 나타나 양 군간의 차이는 보이지 않았다($p>0.05$). 양명경(위경, 대장경) 평균만을 비교해 봤을 때에는 특발성안면신경마비군 환자에서는 33.61±12.62, 건강검진군에서는 41.69±13.45로 나타나서 양 군간에 유의한 차이를 보였다($p<0.05$). 족양명위경 평균을 비교하여보면 특발성안면신경마비군 환자에서는 28.02±11.56, 건강검진군에서는 37.45±16.42로 나타났으며 양 군간의 유의한 차이를 볼 수 있었다($p<0.05$). 수태양소장경의 평균을 비교하여보면 특발성안면신경마비 환자군에서는 29.83±13.20, 건강검진군에서는 31.59±18.55로 나타났으며 양 군간의 유의한 차이를 볼 수 없었다($p>0.05$).

이상의 내용을 종합해볼 때 특발성 안면신경마비 환자의 양도락 측정에 있어서 족양명위경과의 진단상 관련성이 있다고 할 수 있으나 수태양 소장경과의 관련성은 없다고 볼 수 있다. 그러나 본 연구에서는 통계적 유의성을 확보할 수 있을 정도의 대상 환자의 수가 많지 않았고, 이는 장부와 경락변증에 관한 연구가 미흡한 결과라 할 수 있다. 따라서 보다 많은 환자군을 대상으로 한 연구가 필요하리라고 사료되며, 인체의 經氣상태를 반영해주고 보다 더 진단의 객관성을 확보하기 위해서는 안면신경마비 환자의 한방적 변증 특징을 고려한 객관적 증형표현의 임상연구가 양도락의 진단적 역할을 증진시킬 수 있을 것으로 사료된다.

V. 결 론

2005년 8월 1일부터 2005년 8월 30일까지 동수원한방병원에 특발성안면신경마비로 내원하였던 환자 21명과 건강검진센터에서 건강검진을 위하여 내원한 22명 등 총 43명을 대상으로 양도락 진단을 실시한 결과를 비교 연구하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 특발성 안면신경마비가 발생하기 바로 전의 요인은 스트레스가 14명(63.6%), 한랭노출이 6명(27.3%)이었고, 과로가 2명(9.1%)으로 나타나서 스트레스가 가장 큰 요인이었다.
2. 양도락 평균에서는 특발성안면신경마비군 환자에서는 30.01±11.08이었고, 건강검진군에서는 평균이 35.79±9.86으로써 양 군간에 통계적 유의성은 없었다.
3. 양명경(위경, 대장경) 평균만을 비교해 봤을 때에는 특발성안면신경마비군 환자에서는 33.61±12.62, 건강검진군에서는 41.69±13.45로 나타났다. 족양명위경 평균을 비교하여보면 특발성안면신경마비군 환자에서는 28.02±11.56, 건강검진군에서는 37.45±16.42로 나타나서 모두 양 군간에 유의한 차이를 보였다.
4. 수태양소장경의 평균을 비교하여보면 특발성안면신경마비 환자군에서는 29.83±13.20, 건강검진군에서는 31.59±18.55로 나타나서 양 군 간에 차이를 보이지 않았다.

VI. 참고문헌

1. 노관택. 이비인후과(두경부외과). 서울 : 일조각. 1999 : 169-174.
2. 의학교육연수원. 개정판가정의학. 서울 : 서울대학교출판부. 2001 : 520-522.
3. 송범용. 적외선 체열진단을 이용한 bell palsy의 임상적예후·진단연구. 대한침구학회지. 2001 ; 18(1) :1-13.
4. 배병철. 금석황제내경 영추. 서울 : 성보사 부설 전통의학연구소. 1995 : 178-180.
5. 장중경. 금궤요략. 서울 : 성보사. 1982 : 30-1.
6. 소원방. 제병원후론. 대북 : 인민위생출판사. 1982 : 83-4.
7. 중의연구원. 중의증상감별진단학. 북경 : 인민위생출판사. 1987 : 107-9.
8. 허준. 동의보감. 서울 : 남산당. 1994 : 364-5. 209.
9. 박경진, 조명래, 윤여충. 양도락과 EAV 진단결과에 대한 상호비교연구. 대한침구학회지 1998; 15(2) : 199-209.

10. 경희대학교 한의과대학 제 45기 졸업준비위원회 학술부편. 한방진단의 실제적접근. 서울 : 일중사. 1997 : 201-225.
11. 이문재. 동의진단학. 서울 : 경원문화사. 1977 : 143-8.
12. 장경선 외. 인체의 합곡·곡지 침자에 관한 한방진단기기적 접근. 한국한의학 연구소 논문집. 1995 ; 1(1) : 173.
13. 박원환. 수혈진단에 관한 연구(Ⅰ). 대한 한의진단학회지. 2001 ; 5(2) : 183.
14. 민양기, 최종욱, 김리석. 일차 진료를 위한 이비인후과 임상. 서울 : 일조각. 2000 : 412-16.
15. 이봉교 외. 한방진단학. 서울 : 성보사. 1998 : 21. 27. 103.
16. 박영재, 박영배. 통계기법을 활용한 변증정량화 연구. 대한 한의진단학회지. 2001 ; 5(2) : 320-1.
17. 민병일, 김덕곤. 동양의학의 과학적 접근과 임상. 서울 : 서원당. 1993 : 270-9.
18. 박영배. 양도락의 원리와 임상적활용. 제3의학. 1996 ; 1(2) : 83-94.
19. 황보밀. 침구갑을경교석. 서울 : 정담. 1992 : 54-5.
20. 양계주. 침구대성. 서울 : 정담. 1993 : 208.
21. 최석우, 육태한, 송범룡. 구안와사 호전 요인에 대한 연구. 대한침구학회지. 2004 ; 21(3) : 49.
22. 손인석 외. 환자 대조군 연구를 통한 입원치료가 구안와사에 미치는 영향. 대한침구학회지. 2002 ; 19(2) : 204.