

원저

末梢性 顔面神經麻痺에 대한 韓方 治療 및 韓·洋方 協診 治療의 臨床的 考察

박인범 · 김상우 · 이채우 · 김홍기 · 허성웅 · 윤현민 · 장경전 · 안창범

동의대학교 한의과대학 침구경혈학교실

Abstract

Comparative Clinical Study between Oriental Medicine and Oriental-Western Medicine Treatment on Bell's palsy

Park In-bum, Kim Sang-woo, Lee Chae-woo, Kim Hong-gi, Heo Sung-woong,
Youn Hyoun-min, Jang Kyung-jeon and Ahn Chang-beohm

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

Objectives : The purpose of this study is comparison of clinical treatment outcome between oriental medicine group and oriental-western medicine group about 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 Dong-eui medical center from 07-01-2003 to 07-12-2004. Bell's palsy patients were divided into two groups. One group(A group) was treated by Oriental medicine treatment. The other group(B group) was treated by Oriental-Western medicine treatment. The effects of these treatment was evaluated by Yanagihara's unweighted grading system.

* 이 논문은 2004년도 동의대학교 교내 일반연구비 지원에 의하여 연구되었음
· 접수 : 2004년 9월 6일 · 수정 : 2004년 9월 18일 · 채택 : 2004년 9월 18일
· 교신저자 : 안창범, 부산시 진구 양정2동 동의대학교 한의과대학 부속한방병원 침구1과
Tel. 051-850-8610 E-mail : omdir@dmc.or.kr

Results : B group was marked more higher than A group in treatment outcome. We discovered that it is significant differences between two groups after 1 week and after 2 week in treatment stage.

Conclusion : These results provided that B group was more effective than A group in treatment of Bell's palsy. For clearly comparing the effect of Oriental medicine treatment and Oriental-Western medicine treatment on Bell's palsy, more numbers of sample and longer duration of treatment are needed.

Key words : Oriental medicine treatment, Oriental-Western medicine Treatment, Bell's palsy

I. 서 론

안면신경마비란 안면신경의 손상으로 患側 顔面 근육의 마비를 主訴로 하고 기타 味覺障礙, 唾液分泌의 감소, 聽覺過敏, 耳後疼痛, 耳鳴, 눈물의 감소 등이 동반되는 말초성 신경마비질환이다¹⁾.

한의학에서는 이를 口眼喎斜라 하는데 口眼喎斜는 '面風', '吊線風' 등으로 稱해지며 이 症을 <黃帝內經>²⁾에서는 '口喎', '卒口僻'이라 稱하였고, <金櫃要略>에서는 '喎僻', <諸病源候論>에서는 '風口喎候'라 하였으며 宋代 <三因方>에서부터 口眼喎斜로 稱하였다³⁾.

口眼喎斜는 대개 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 조화되지 못하고 經筋의 滋養이 실조되어 弛緩不收해서 발병하는 것으로 보고 있다⁴⁾.

안면신경마비는 다양한 연령대에 나타나며 발생하는 원인도 다양하다. 안면부에 주된 증상이 나타나므로 미디어가 발달하고 사회에서 다양한 교류가 빈번한 현대사회에서는 이로 인한 스트레

스와 고통이 환자의 경우 상당한 편이라고 사려 된다.

일반적으로 안면신경마비의 경우 자연치료가 높고 치료효율도 높다고 하지만 임상적으로 관찰해 볼 때 장기간 잘 낫지 않는 환자들도 드물지 않게 접할 수 있어서 안면신경마비의 효율적인 치료방식, 예상되는 치료기간, 후유증 발생의 유무에 대한 판단이 임상에서 많이 요구된다.

근래 안면신경마비에 대한 치료경향을 보면 한·양방 협진을 통한 치료방식에 대한 검토와 연구들이 있었음을 발견할 수 있다⁵⁻⁶⁾. 안면신경마비는 초기에 치료를 받으려 오더라도 마비의 정도에 따라 치료기간이나 후유증 등이 다르게 나타나는 것을 임상에서 종종 관찰하곤 한다. 이런 경우 양방에서는 신경전도검사, 신경자극검사 등의 결과를 바탕으로 환자의 안면마비 정도와 예후를 어느정도 판단할 수 있다.

이에 저자는 2003년부터 7월 1일부터 2004년 7월 12일까지 동의대학교 부속 한방병원에 말초성 안면신경마비로 내원하여 입원한 환자중 한방치료를 시행한 환자 20례와 본원 이비인후과와 협조

하여 한·양방 협진 치료를 시행한 환자 21례에 대해 신경전도검사(ENoG) 등의 검사결과를 바탕으로 임상적으로 비교 관찰하여 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

2003년 7월 1일부터 2004년 7월 12일까지 동의대부속한방병원 침구과에 말초성 안면신경마비로 내원하여 입원한 환자 50명을 무작위 추출하여 한방치료만을 실시한 군(이하 A군)과 한방치료에 본원 이비인후과 양방치료를 병행한 군(이하 B군)으로 나누어 처치한 후 발병 후 7일이 지난 경우와 이성 대상포진환자를 제외하고 평균 7일의 입원치료와 이후 4주간의 통원치료를 받았으며, 본원 양방 이비인후과에서 신경전도검사(ENoG) 등의 검사를 받은 총 41례(A군 20례, B군 21례)의 환자를 대상으로 하였다. B군은 A군의 치료에 본원 이비인후과의 양방약물요법을 추가하여 실시하였으며, A군, B군 모두 환자에 대해 문진을 통해 연령별, 성별, 좌우별, 발병유발요인, 초기수반증상, 과거력, 가족력 등을 기록하였다.

2. 방법

1) 치료방법

(1) 침구치료

입원환자의 경우 매일 침치료를 하였으며 퇴원 후 통원치료 환자의 경우 1주일에 2회 침치료를 시행하였다. 입원치료는 1주일을 기본으로 하였다. 수기법은 0.25×30나 0.25×40 mm의 stainless steel 호침으로 直刺 또는 橫斜刺, 地倉과 頰車의

透刺를 적용하였고 20-30분간 留鍼하였다. 치료 혈위는 사암오행침법의 肝正格 또는 胃正格의 經穴과, 口眼斜喎에 대한 문헌고찰을 통해 사용빈도가 높은 頰車, 地倉, 人中, 承漿, 四白, 合谷, 絲竹空, 睛明, 陽白, 足三里, 太衝 등과 같은 '穴位'⁷⁾ 중에서 선택하여 患側에 刺鍼하였으며, 兩側刺鍼한 경우도 있었다.

(2) 한약치료

한약 처방은 환자의 상태에 따라 風寒에는 理氣祛風散을, 虛症에는 補陽丸五湯加味, 補血湯加味를, 소화장애가 있을 때에는 藿香正氣散加味 등을 사용하였다.

(3) 물리치료

물리치료는 E.S.T를 주파수 3.5Hz로 조정하여 환측안면부에 20분 자극을 주었고 적외선 조사, Jelly Hot Pack, 안면맛사지, 안면표정근 운동을 실시하였다.

(4) 양방치료

본원 양방 이비인후과에 의뢰하여 병력청취 및 기본적 혈액검사를 실시한 후에, 국소적인 진단검사를 하고 발병일로부터 7일후에 신경자극검사(NET), 신경전도검사(ENoG) 등을 시행하여 장애의 정도를 측정하였는데 이는 A군과 B군 모두 동일하게 시행하였다. B군은 일반적으로 발병이 한달이내거나 당뇨 및 감염성 질환이 선행되지 않은 경우는 스테로이드 제제를 투여하는데 단계적으로 줄여나가고, 그 외에 말초혈관 확장제와 세산제를 투여하면서 6-7일 간격으로 재진 및 치료를 받게 하였다.

2) 안면마비 평가방법

본 연구에서는 안면마비 정도를 측정함에 있어 보다 객관적인 측정을 위해 regional scale 중에

서 가장 많이 사용되고 있는 Yanagihara's unweighted grading system⁸⁻⁹⁾을 사용하였다. Yanagihara Score는 5단계로 구분하여 4-normal, 3-slight paresis, 2-moderate, 1-severe, 0-total이라는 5-point system을 사용하였다. 최초 내원일부터

Yanagihara's unweighted grading system을 사용하여 안면마비정도를 측정하여 기록하였으며 1주일 간격으로 안면마비정도를 측정하여 총 5주간 변화정도를 측정하였다 (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 |

3) 통계처리방법

실험결과는 SPSS[®](Statistical Program for Social Science) Ver 10.0 for windows를 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 처치 방법에 대한 시술 시간별 유의성을 검정하였으며, 유의수준은 0.05로 하였다.

Ⅲ. 결 과

1. 연구 대상자의 일반적 특징

1) 일반적 특징

본 연구대상 41례중 A군은 남자 7례, 여자 13례로 평균연령은 43.60세였으며 우측이 10례, 좌측이 10례였다. 발병후 평균 2.15일 후에 내원하

였고 신경전도검사(ENoG)의 검사결과는 평균과 표준편차에서 63.55±16.90였다. B군은 남자 7례, 여자 14례로 평균연령은 47.19세였으며 우측이 9

례, 좌측이 12례였다. 발병후 평균 2.14일 후에 내원하였고 신경전도검사(ENoG)의 검사결과는 평균과 표준편차에서 57.24±17.34였다(Table 2).

Table 2. General Characteristics

| | Group A(n:20) | Group B(n:21) | P-value** |
|------------------|---------------|---------------|-----------|
| Age* | 43.60±12.27 | 47.19±19.36 | 0.290 |
| Sex(Male/Female) | 7/13 | 7/14 | 0.912 |
| Left/Right | 10/10 | 12/9 | 0.651 |
| Stadium(day)* | 2.15±1.76 | 2.14±1.53 | 0.904 |
| ENoG(%)* | 63.55±16.90 | 57.24±17.34 | 0.205 |

★ Values represent mean±standard deviation

★★ Mann-Whitney U test α=0.05

2) 발병유인

A군은 발병유인으로 스트레스(4명), 과로(4명), 한랭노출(4명), 스트레스와 과로를 겸한 경우(4명), 발병유인을 알 수 없는 경우(4명)가 동일한 수로 나왔으며 B군은 스트레스와 과로를 겸한 경우(10명), 스트레스(5명), 한랭노출(5명), 발병유인을 알

수 없는 경우(1명) 순으로 스트레스와 과로를 겸한 경우가 가장 높은 빈도를 보였다. 전체적인 발생유인은 스트레스와 과로를 겸한 경우(14명), 스트레스(9명), 한랭노출(9명), 발병유인을 알 수 없는 경우(5명), 과로(4명) 순으로 스트레스와 과로를 겸한 경우가 가장 높은 빈도를 보였다(Table 3).

Table 3. Distribution of Cause

| Cause | Group A(%) | Group B(%) | Total(%) |
|-----------------|------------|------------|-----------|
| Stress | 4(20.0) | 5(23.8) | 9(43.8) |
| Overwork | 4(20.0) | 0(0.0) | 4(20.0) |
| Cold exposure | 4(20.0) | 5(23.8) | 9(43.8) |
| Stress+Overwork | 4(20.0) | 10(47.6) | 14(67.6) |
| Unknown | 4(20.0) | 1(4.8) | 5(24.8) |
| Total | 20(100.0) | 21(100.0) | 41(100.0) |

3) 초기 수반증상

초기수반증상을 복수응답으로 조사한 결과 A

군은 이후통(14명), 경부통(7명), 미각장애(7명) 안구건조(4명), 누액과다분비(4명), 안면통(4명),

두통(2명), 청각과민(1명) 순이었고 이후통이 가장 높은 빈도를 보였다. B군은 이후통(15명), 누액과다분비(7명), 경부통(5명), 안구건조(3명), 미각장애(3명), 두통(2명), 현훈(1명) 순이었고 이후통이 가장 높은 빈도를 보였다. 전체적인 초기

수반증상은 이후통(29명), 경부통(12명), 누액과다분비(11명), 미각장애(10명), 안구건조(7명), 두통(4명), 안면통(4명), 현훈(1명), 청각과민(1명) 순이었고 이후통이 가장 높은 빈도를 보였다 (Table 4).

Table 4. Symptomes at onset

| Symptome | Group A | Group B | Total |
|--------------------|---------|---------|-------|
| Posterior ear pain | 14 | 15 | 29 |
| Face pain | 4 | 0 | 4 |
| Vertigo | 0 | 1 | 1 |
| Neck pain | 7 | 5 | 12 |
| Headache | 2 | 2 | 4 |
| Scheroma | 4 | 3 | 7 |
| Tearing | 4 | 7 | 11 |
| Altered hearing | 1 | 0 | 1 |
| Dysgeusia | 7 | 3 | 10 |

4) 직업

환자의 직업에서 A군은 전업주부(7명), 사무직(3명), 자영업(3명), 기타(5명), 노동(1명), 학생(1명) 순으로 전업주부가 가장 높은 빈도를 보였으며 B군은 사무직(7명), 기타(4명), 자영업(3명), 노

동(3명), 전업주부(2명), 학생(2명) 순으로 사무직이 가장 높은 빈도를 보였다. 전체적으로는 사무직(10명), 전업주부(9명), 기타(9명), 자영업(6명), 노동(4명), 학생(3명) 순으로 사무직이 가장 높은 빈도를 보였다.

Table 5. Distribution of Occupation

| Occupation | Group A(n:20) | Group B(n:21) | Total(n:41) |
|---------------|---------------|---------------|-------------|
| Office worker | 3 | 7 | 10 |
| merchant | 3 | 3 | 6 |
| labor worker | 1 | 3 | 4 |
| housewife | 7 | 2 | 9 |
| student | 1 | 2 | 3 |
| etc. | 5 | 4 | 9 |

2. 치료성적

1) A군, B군 두 그룹간 동일기간에서의 치료성적 비교

초진시 A군에서 치료성적의 평균과 표준편차는 14.95±5.84이고, B군에서 치료성적의 평균과 표준편차는 16.81±4.84로 통계적으로 유의한 차이는 없었다(P=0.115). 1주후 A군 치료성적의 평균과 표준편차는 17.90±6.42이고, B군 치료성적의 평균과 표준편차는 23.52±5.37로 B군이 A군보다 평균값이 높게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다(P=0.005). 2주후 A군 치료성적의 평균과 표준편차는 22.45±6.92이고, B군 치료성적의

평균과 표준편차는 26.48±6.65로 B군이 A군보다 평균값이 높게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다(P=0.044). 3주후 A군 치료성적의 평균과 표준편차는 26.10±6.16이고, B군 치료성적의 평균과 표준편차는 28.76±7.13로 통계적으로 유의한 차이는 없었다(P=0.204). 4주후 A군 치료성적의 평균과 표준편차는 28.85±6.55이고, B군 치료성적의 평균과 표준편차는 31.00±7.84로 통계적으로 유의한 차이는 없었다(P=0.255). 5주후 A군 치료성적의 평균과 표준편차는 31.45±6.75이고, B군 치료성적의 평균과 표준편차는 32.10±7.91로 통계적으로 유의한 차이는 없었다(P=0.694)(Table 6).

Table 6. Comparison of Bell's palsy score between Group A and Group B according to treatment stage

| Treatment stage | Group A(n:20) | Group B(n:21) | P-value ^{★★} |
|-------------------------------|---------------|---------------|-----------------------|
| Before Treatment [★] | 14.95±5.84 | 16.81±4.84 | 0.115 |
| After 1 week [★] | 17.90±6.42 | 23.52±5.37 | 0.005 |
| After 2 week [★] | 22.45±6.92 | 26.48±6.65 | 0.044 |
| After 3 week [★] | 26.10±6.16 | 28.76±7.13 | 0.204 |
| After 4 week [★] | 28.85±6.55 | 31.00±7.84 | 0.255 |
| After 5 week [★] | 31.45±6.75 | 32.10±7.91 | 0.694 |

★ Values represent mean±standard deviation

★★ Mann-Whitney U test α=0.05

2) A군, B군 각 그룹에 있어서 치료기간 경과에 따른 치료성적 비교

치료기간 경과에 따른 치료성적에서 A군 치료성적 평균과 표준편차는 초진시 14.95±5.84이고, 1주후 17.90±6.42이고, 2주후 22.45±6.92이고, 3주후 26.10±6.16이고, 4주후 28.85±6.55이고, 5주후 31.45±6.75으로 A군에서 치료기간의 경과에 따라 치료성적이 높아지고 있

으며, 통계적으로도 유의성이 있다(P=0.000). B군 치료성적 평균과 표준편차는 초진시 16.81±4.84이고, 1주후 23.52±5.37이고, 2주후 26.48±6.65이고, 3주후 28.76±7.13이고, 4주후 31.00±7.84이고, 5주후 32.10±7.91으로 B군에서 치료기간의 경과에 따라 치료성적이 높아지고 있으며, 통계적으로도 유의성이 있다(P=0.000)(Table 7).

Table 7. Comparison of Bell's palsy score according to a period of treatment about Group A and Group B

| Treatment stage | Group A(n:20) | Group B(n:21) |
|-------------------|---------------|---------------|
| Before Treatment* | 14.95±5.84 | 16.81±4.84 |
| After 1 week* | 17.90±6.42 | 23.52±5.37 |
| After 2 week* | 22.45±6.92 | 26.48±6.65 |
| After 3 week* | 26.10±6.16 | 28.76±7.13 |
| After 4 week* | 28.85±6.55 | 31.00±7.84 |
| After 5 week* | 31.45±6.75 | 32.10±7.91 |
| P-value** | 0.000 | 0.000 |

★ Values represent mean±standard deviation

★★ Kruskal Wallis test α=0.05

IV. 고찰

안면신경마비를 한의학에서는 口眼喎斜라고 하며, <靈樞, 筋經篇>¹⁰⁾에 ‘口喎’, ‘口僻’으로 보이기 시작한 이래 수많은 문헌에서 언급되어 왔다. <諸病源候論>¹¹⁾에서는 ‘風口喎候’로 언급되었으며, <因力>¹²⁾에서 처음으로 ‘口眼喎斜’로 표현되었다. <鍼灸大成>¹³⁾에서는 ‘口喎眼喎’, ‘口禁喎斜’, ‘口禁眼合’으로 표현되었고, <景岳全書>¹⁴⁾에서는 ‘口眼歪斜’로 표현되었다.

口眼喎斜의 원인에 대한 역대 의가들의 인식을 살펴보면 漢代에서 宋代까지는 足陽明經, 手太陽經의 風邪의 침입, 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 주원인으로 설명하였으며 中風과 다른 범주로 口眼喎斜를 인식하기 시작하였다. 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 원인론이 제시되었다¹⁵⁾. 오늘날에는, 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 조화되지 못하고 經筋의 滋養이 실조되어 弛緩不收해서 발병하는 것으로 보고 있다⁴⁾. 침구 치료는 地倉, 頰車, 四白, 陽白과 같은 面部의 足陽明胃經의 血位들을 多用하면서, 祛風通絡의 작용이 있는 風池血과 遠位取血로는 面口諸症에 효과가 있는 合谷 등의 經穴에서 選用한다¹⁶⁾. 또한 溫經散寒하고 疏通經氣하는 목적으로 灸會, 頰車, 地倉 등의 穴位에 透鍼 및 施灸하는 방법도 있다¹⁷⁾.

안면신경마비는 감염 후 이차적으로 부종에 의한 신경압박, herpes zoster 등과 같은 virus 감염, 세균 감염, 염증, demyelinating disease, 당뇨나 고혈압과 같은 유발요인, 임신 혹은 특발성으로 나타날 수 있다¹⁸⁾. 말초성 마비는 顔面神經核 또는 그것보다 말초의 顔面神經障에 의해 발생되며, 病巢와 같은 쪽의 안면근에 弛緩型의 마비가 온다¹⁹⁾.

마비는 보통 감각스레 나타나며 同側 耳部周圍

의 통증과 또는 同側의 顔面部, 後頭部, 側頭部 때로는 耳下部부터 側頸部까지 통증이 발생하는 예를 볼 수 있다²⁰⁾.

말초성마비는 病巢의 부위에 따라 나타나는 증상이 다른데, 이를 세분하면 네 가지로 구분할 수 있다.

첫째는 莖乳突孔을 나온 부위에서 안면신경의 장애가 나타난 경우, 鼓索神經分枝部도다 遠位에 病巢가 있음을 의미한다. 안면신경근이 마비됨으로써 口角이 下垂되고, 鼻脣溝와 前頭筋의 주름이 없어지면서, 顔臉裂溝가 커지기도 한다. 또 마비측의 눈을 감으려 할 때, 內翻되어 백색의 鞏膜이 보이는 증상의 특징과 下眼瞼下垂時에 流淚症이 출현한다. 또한 脣과 齒사이에 음식물이 고이고, 唾液과 水液이 마비측의 입에서 흐르는 증상을 나타낸다. 둘째는 燈骨神經과 鼓索神經사이에 病變이 있으면, 舌前方 2/3 부분의 味覺喪失과 唾液分泌異常이 나타난다. 셋째는 燈骨神經과 膝上神經節 사이에 病變이 있으면 聽覺過敏이 생기고, 턱 및 안면신경근에 의해 羅患側 귀에 難聽現象이 나타나기도 하지만, 淚腺分泌만은 보존된다. 넷째는 膝上神經節과 內耳道 사이에 病變이 있으면, 이상의 증상들과 함께 淚腺分泌에 이상이 초래된다. 진행에 대한 가장 임상적인 지표는 첫 수일간의 마비의 심한 정도이다. 처음부터 마비가 심한 경우는 그렇지 않는 경우보다 완전한 회복이 힘들다. 회복이 나쁜 예후는 노인, 청각과민, 그리고 심한 통증이다²¹⁾.

안면신경마비의 정도와 예후를 판단하는데 도움이 되는 검사들이 있는데 그중 몇 가지를 살펴보면, 첫째는 전기검사로 안면신경의 장애 정도와 예후를 측정하는데 있어서 가장 핵심적인 검사이다. 그 중 신경자극검사(Nerve excitability test, NET)는 최대자극검사(MST)라고도 하는데, 이것은 마비가 신경의 일시적인 전도장애로 인한 것인지 혹은 변성변화로 인한 것인지를 알 수 있다. 즉 경유공 부위의 안면신경에 경피성 전기자극을

가하면 일시적인 전도장애인 경우에는 안면표정근의 연축을 볼 수 있으나, 이미 변성변화가 일어난 경우에는 볼 수 없다. 양측에 1초 간격으로 1/100초씩 전기자극을 주면서 안면의 일정한 부위에서 근연축을 볼 수 있는 최소강도를 측정하여 양측을 비교한다. 따라서 이 검사를 통해서 마비측의 최소강도가 건측보다 2mA 이상 높을 때는 신경의 변성변화가 시작됨을 의미하기 때문에, 안면신경마비의 예후판정과 치료효과를 판정하는데 의의가 있다²²⁾.

둘째로 신경전도검사(Electroneurography, ENoG)는 유양돌기 하방에서 경피성 신경자극을 가하고, 말초에 있는 피부의 전극에서 근의 활동전압이나 가중전압을 측정 후 양측을 비교하여 백분율로 표시한 것이다. 일반적으로 마비측의 활동전압이 10%만 되어도 자연회복이 가능하다고 보고되어 있다¹⁾.

치료에 있어서 서양의학에서는 감염성 질환이 합병된 경우에는 항바이러스제제를 사용하여 감염성 질환을 우선적으로 치료하는데 중점을 두고 당뇨병이나 간질환 등이 발견되면 먼저 내과적인 치료를 우선적으로 하고 그 외 특별한 합병증이 없는 경우에는 보존적인 치료를 하게 되는데, prednisone과 같은 steroid 제제를 투여한다²³⁾. Prednisone은 손상부위의 염증반응과 부종을 감소시킴으로써 감압효과를 기대한다. 가능하면 발병 후 즉시, 늦어도 4일 이내에 치료를 시작하면 더 이상의 脫神經을 방지하는데 효과가 크나 그 이후에 시도하는 것은 무의미할 수도 있다. Prednisone의 용량은 학자마다 다르지만 대개 kg 당 1mg으로 시작하여 7일 동안 점차 감량한다. 제산제를 같이 투여해야 하며 소화성 궤양, 당뇨병 악화, 체중증가, 고혈압, 행동항진, 지나친 식욕증가, 정신질환 등 부작용의 발현에 항상 주의하여야 한다²⁴⁾.

末梢性 顔面神經麻痺에 대한 치료에 있어서 최근 한방병원을 중심으로 한양방협진체제로 하는

의료기관이 늘어나고 있어 그 치료효과에 대한 검토가 필요하다고 생각되어 본원에 내원하여 입원치료를 받은 말초성 안면신경마비 환자를 대상으로 한양방협진군과 한방치료군으로 나누어 치료를 한 후 치료결과를 통계처리하여 그 효과를 분석하였다.

이전의 논문에서도 한양방협진군과 한방치료군에 대한 비교논문이 여러차례 있었다. 오²⁵⁾ 등은 P.D를 사용한 군과 사용하지 않은 군으로 나누어 연구한 결과 P.D를 투여한 경우가 P.D를 투여하지 않은 경우보다 치료성적이 우수한 치료회수가 15일-21일에서 8-14일로 1주일정도 단축된 것으로 나타났다고 보고하였으며, 강²⁶⁾ 등은 증상에 의한 장애 부위의 판정을 통해 마비부위를 고삭신경 분지부보다 말초, 고삭신경과 등골신경 분지부 사이, 등골신경 분지부와 슬신경절 사이, 슬신경절부, 슬신경절보다 상부와 핵하 부위의 5부분으로 분류하여 연구하였으며 연구결과 구안와사 환자에 대한 치료중 발병초기 한양방 치료를 병행한 환자가 한방치료만을 받은 환자보다 무효한 경우는 없었으며, 우수한 성적에서는 한의 치료만 시행한 경우가 치료 효과가 높게 나타났다고 보고하였다. 김²⁷⁾ 등은 안면의 마비정도를 House-Brackmann Grading System(HBGS), Pillsbury와 Fisch의 Detailde Evaluation of Facial Symmetry (DEFS)으로 측정하여 그 결과를 통계처리하여 급성기 벨마비 환자에 대한 치료 중 한방치료군이 협진치료군보다 치료효과는 다소 높으나 통계적으로 유의성 있는 차이는 없음을 알 수 있다고 보고하였다. 또한 윤⁶⁾ 등은 한양방 치료를 동시에 병행한 환자를 대상으로 연구하여 동서양의 의학이 상호보완적인 위치에서 좀더 효율적인 치료를 모색할 수 있는 방법론을 연구해 볼 수 있는 계기가 되었다고 보고하였으며, 이⁵⁾ 등은 한양방 치료를 동시에 시행한 환자를 대상으로 ENoG 등의 양방검사를 통해 환자들을 보다 객관적으로 분석하고자 하였으며 손상이 심한 경우나

회복이 늦을 때는 한양방협진 치료가 치료율을 높일 수 있다고 판단되었다고 보고하였다. 상기의 연구들을 볼 때 환자수의 차이와 연구상황 등의 차이로 인해 각 연구들간의 절대적 비교는 어렵겠지만 각각의 임상적 의미가 있다고 사려된다.

본 연구에서는 末梢性 顔面神經麻痺에 대한 다양한 치료방식에 있어서 한방치료군과 한양방협진군의 치료효율을 객관적 평가방법을 통해 조사하고 이를 통계처리 하여 그 결과를 분석하고자 하였으며 아울러 ENoG, NET, MST 등과 같은 양방에서 실시하고 있는 검사 방법들도 참조로 하여 비교검토해 보고자 하였다. 객관적인 측정을 위해 Yanagihara's unweighted grading system을 통해 비교하여 보았다. 2003년 7월 1일부터 2004년 7월 12일까지 동의대부속한방병원 침구과에 말초성 안면신경마비로 내원하여 입원한 환자 50명을 무작위 추출하여 問診을 통해 연령별, 성별, 좌우별, 발병유발요인, 초기수반증상, 과거력, 가족력 등을 기록하였고 한방치료만을 실시한 군(A군)과 한방치료에 본원 이비인후과 양방치료를 병행한 군(B군)으로 나누어 치료하였다. 발병 후 7일이 지난 경우와 이성대상포진환자를 제외하고 꾸준히 5주 이상 치료를 받은 총 41례(A군 20례, B군 21례)의 환자를 대상으로 1주일 간격으로 Yanagihara's unweighted grading system을 통해 안면마비 정도를 평가하여 비교하여 보았다.

A군은 남자 7례, 여자 13례로 평균연령은 43.60세였으며 우측이 10례, 좌측이 10례였다. 발병후 평균 2.15일 후에 내원하였고 신경전도검사(ENoG)의 검사결과는 평균과 표준편차에서 63.55 ± 16.90 였다. B군은 남자 7례, 여자 14례로 평균연령은 47.19세였으며 우측이 9례, 좌측이 12례였다. 발병후 평균 2.14일 후에 내원하였고 신경전도검사(ENoG)의 검사결과는 평균과 표준편차에서 57.24 ± 17.34 였다. A군과 B군 두 그룹간의 통계적 차이는 없었다.

A군은 발병유인으로 스트레스(4명), 과로(4명), 한랭노출(4명), 스트레스와 과로를 겸한 경우(4명), 발병유인을 알 수 없는 경우(4명)가 동일한 수로 나왔으며 B군은 스트레스와 과로를 겸한 경우(10명), 스트레스(5명), 한랭노출(5명), 발병유인을 알 수 없는 경우(1명) 순으로 스트레스와 과로를 겸한 경우가 가장 높은 빈도를 보였다. 전체적인 발생유인은 스트레스와 과로를 겸한 경우(14명), 스트레스(9명), 한랭노출(9명), 발병유인을 알 수 없는 경우(5명), 과로(4명) 순으로 스트레스와 과로를 겸한 경우가 가장 높은 빈도를 보였다. 이것은 이²⁸⁾의 보고에서 피로에 스트레스가 겹친 경우가 가장 많았다는 결과와 비슷하며 강²⁶⁾의 육체적 과로가 가장 많았다는 보고, 김²⁷⁾의 과로가 제일 많은 유인이었다는 보고와 크게 다르지 않다.

초기수반증상에서는 여러 증상이 복합적으로 나타날 수 있기 때문에 복수응답으로 조사한 결과 A군은 이후통(14명), 경부통(7명), 미각장애(7명) 안구건조(4명), 누액과다분비(4명), 안면통(4명), 두통(2명), 청각과민(1명) 순이었고 이후통이 가장 높은 빈도를 보였다. B군은 이후통(15명), 누액과다분비(7명), 경부통(5명), 안구건조(3명), 미각장애(3명), 두통(2명), 현훈(1명) 순이었고 이후통이 가장 높은 빈도를 보였다. 전체적인 초기수반증상은 이후통(29명), 경부통(12명), 누액과다분비(11명), 미각장애(10명), 안구건조(7명), 두통(4명), 안면통(4명), 현훈(1명), 청각과민(1명) 순이었고 이후통이 가장 높은 빈도를 보였다. 이것은 김²⁷⁾, 이²⁸⁾, 강²⁶⁾의 이후통이 가장 많이 나타났다는 보고와 같았다.

치료성적에서 A군, B군 두 그룹간 동일기간에서의 치료성적을 비교해 보면 초진시 A군과 B군의 치료성적 평균과 표준편차에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다($P=0.115$). 1주후 B군이 A군보다 치료성적의 평균이 높게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다($P=0.005$). 2주후에도

B군이 A군보다 평균값이 높게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다($P=0.044$). 3주후에는 A군과 B군간 치료성적 평균과 표준편차에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다($P=0.204$). 4주후 A군과 B군간 치료성적 평균과 표준편차에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다($P=0.255$). 5주후 A군과 B군간 치료성적 평균과 표준편차에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다($P=0.694$). 즉 1주후, 2주후에는 B군이 A군보다 평균값이 높게 나타났으며 통계적으로 유의성 있는 차이가 있었고 3주후, 4주후, 5주후에는 두 그룹간 통계적으로 유의성 있는 차이가 없었다. 치료기간 경과에 따른 치료성적에서 A군, B군 모두 초진시부터 5주후까지 각 그룹에서 치료기간 경과에 따라 치료성적이 높아졌으며 통계적으로도 유의성이 있었다.

이상에서 살펴본 바와 같이 본 연구에서는 일반적 특징이 같은 말초성 안면신경마비 환자에 대한 치료에서 한양방협진치료군이 한방치료군보다 치료시작 1주후와 2주후에서는 치료효과가 다소 높았으며 통계적으로도 유의성 있는 차이가 있었음을 알 수 있고 3주후, 4주후, 5주후에서는 통계적으로 유의성 있는 차이가 없었다. 또한 초진시부터 5주후까지 각 그룹에서 치료기간 경과에 따라 치료성적이 높아졌으며 통계적으로도 유의성이 있었다.

그러나 대상환자의 수가 많지 않고 환자간의 편차가 커서 통계적 의미를 확정하기에 문제가 있었으며 말초성 안면신경마비의 특성상 5주후에 완전 회복되기가 어려운만큼 최종적인 완전 회복에서 치료효과를 비교 분석하기 어려웠고 후유증의 유무에 대한 확인도 어려웠다. 앞으로 한방치료군과 한양방협진군의 치료효과를 보다 정확하게 비교 분석하기 위해서는 좀더 많은 환자를 대상으로 정확하고 통일된 방법으로 2개월 이상의 비교 관찰과 장기간의 추적관찰이 필요할 것으로 사려된다.

V. 결 론

2003년 7월 1일부터 2004년 7월 12일까지 동의대부속한방병원 침구과에 말초성 안면마비로 내원하여 입원한 환자 50명을 무작위 추출하여 한방치료만을 실시한 군(A군)과 한방치료에 본원 이비인후과 양방치료를 병행한 군(B군)으로 나누어 처치한 후 이 중에서 발병 후 7일이 지난 경우, 이성대상포진 환자를 제외하고 평균 7일의 입원 치료와 이후 4주간의 통원치료를 받은 총 41례(A군 20례, B군 21례)의 환자를 대상으로 각각의 치료효과를 연구한 후 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 환자의 성별, 나이, 좌우, 병력기간, 신경전도검사에 있어서 A군과 B군간의 통계적 유의성은 없었다.
2. 발생유인은 스트레스와 과로를 겸한 경우가 가장 많았고 다음으로 스트레스, 한랭노출, 발생유인을 알 수 없는 경우, 과로 순으로 나타났으며 초기수반증상은 耳後痛이 가장 많았고 다음으로 경부통, 누액과다분비, 미각장애, 안구건조, 두통, 안면통, 현훈, 청각과민 순으로 나타났다.
3. Yanagihara's unweighted grading system으로 측정된 치료성적에서 치료 1주후, 2주후에는 B군이 A군보다 치료성적이 높게 나타났다으며 통계적으로 유의성 있는 차이가 있었고 3주후, 4주후, 5주후에는 두 그룹간 통계적으로 유의성 있는 차이가 없었다.
4. 치료기간 경과에 따른 치료성적에서 A군, B군 모두 초진시부터 5주후까지 각 그룹에서 치료기간 경과에 따라 치료성적이 높아졌으며 통계적으로도 유의성이 있었다.

VI. 참고문헌

1. 백만기. 최신이비인후과학. 서울 : 일문각. 1997 : 121-127.
2. 楊維傑編. 黃帝內經靈樞譯解. 臺北 : 樂群出版公司. 民國 67年 : 164-176.
3. 中國研究院編. 中國症狀鑑別診斷學. 北京 : 人民衛生出版社. 1987 : 107-109.
4. 최용태 외. 鍼灸學(下). 서울 : 집문당. 1993 : 1926.
5. 이경미, 안창범. 말초성 안면신경마비에 대한 한·양방 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1998 ; 15(1) : 21-29.
6. 윤현민, 안창범. 口眼喎斜의 한·양방협진에 관한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1995 ; 12(2) : 65-74.
7. 안창범, 이윤호. 口眼喎斜의 침과 물리치료에 대한 임상적 연구. 대한침구학회지. 1985 ; 6 : 71-80.
8. 권혜연 외. Yanagihara's System을 이용한 口眼喎斜의 호전도 평가. 대한침구학회지. 2002 ; 19(1) : 120-125.
9. 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. 1997 : 533-535.
10. 홍원식. 精校黃帝內經靈樞. 서울 : 동양의학연구원. 1985 : 102.
11. 丁光迪 主編. 諸病源候論校注. 北京 : 人民衛生出版社. 1994 : 11.
12. 陳言. 三因極一病證方論. 北京 : 人民衛生出版社. 1983 : 223.

13. 楊繼洲. 鍼灸大成. 서울 : 정담. 1993 : 416.
14. 張景岳. 景岳全書. 서울 : 대성문화사. 1997 : 208.
15. 유한철, 김한성. 口眼喎斜의 원인에 대한 문헌적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 2000 ; 9(1) : 243-258.
16. 邱茂良. 中國鍼灸治療學. 南京 : 江蘇科學技術出版社. 1986 : 330-333.
17. 최용태 외. 침구학. 서울 : 집문당. 1988 : 1296-1297.
18. 이영진 외. 최신실전임상가이드. 서울 : 한국의학. 1998 : 1030-1031.
19. 의과대학신경해부학교실편. 증례를 통한 임상신경해부학. 서울 : 한우리. 1998 : 129-130.
20. 陳貴延 외. 實用中西醫結合診斷治療學. 一 中社. 1992 : 793-795.
21. 전국의과대학교수 역. 오늘의 진단 및 치료. 서울 : 한우리. 1999 : 1095-1096.
22. 김혜남 외. 구안와사에 관한 임상적 고찰. 대한한의학학회지. 15(1) : 246-252.
23. 해리슨내과학편찬위원회. 내과학. 서울 : 정담. 1997 : 2536-2537.
24. 의학교육연수원. 가정의학. 서울 : 서울대학교 출판부. 1993 : 356-359.
25. 오영선, 이병열. 한·양방협진을 통한 안면신경마비환자 82예에 대한 임상적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 1996 ; 5(1) : 317-328.
26. 강미정, 김기현, 황순숙. 口眼喎斜에 대한 韓醫 및 韓·西醫 協診 治療의 임상 고찰. 대한침구학회지. 2000 ; 17(1) : 55-66.
27. 김남옥, 채상진, 손성세. 특발성 말초성 안면신경마비에 대한 한방치료와 양방병용치료의 비교 고찰. 대한침구학회지. 2001 ; 18(5) : 99-108.
28. 이채우 외. 口眼喎斜에 대한 體鍼과 董氏鍼의 효과 비교 대한침구학회지. 2004 ; 21(2) : 287-300.