

동측 안면마비와 측방주시마비를 일으키는 Foville Syndrome & Foville-Millard-Gubler Syndrome 치험 각 1례

김지은 · 홍철희

상지대학교 한의과대학 안이비인후피부과학교실

Two Clinical Case Reports of Ipsilateral Facial Palsy and Conjugate Gaze Palsy caused by Foville Syndrome & Foville-Millard-Gubler Syndrome

Ji-Eun Kim · Chul-Hee Hong

Objective : Foville syndrome & Foville-Millard-Gubler syndrome is a disease characterized by facial palsy, ipsilateral conjugate gaze palsy and ipsilateral internal strabismus. There has never been a clinical report of this disease in oriental medicine. Since gradual improvement has been experienced with oriental medical treatments based on facial palsy and paralytic strabismus in this case, it is worthwhile to introduce this disorder and report the case referring to clinical record.

Methods : 75-year-old female patient and 45-year-old male patient suffering right facial palsy, right conjugate gaze palsy and right internal strabismus were treated with acupuncture, herbal medicine, pharmacopuncture and electroacupuncture.

Result : Concurrence of right facial palsy, right conjugate gaze palsy and right internal strabismus was diagnosed with Foville syndrome or Foville-Millard-Gubler syndrome which is generally caused by the impairment of PPRF, abducens and facial nerves on the affected side and showed improvement with oriental medical treatments.

Conclusion : More accurate diagnosis, more aggressive treatments and further researches are all required on this disease afterwards.

Key words : Foville syndrome, Foville-Millard-Gubler syndrome, facial palsy, conjugate gaze palsy, internal strabismus, PPRF

교신저자 : 홍철희, 강원도 원주시 우산동
상지대학교 부속함방병원 한방안이비인후피부과학교실
(Tel : 033-741-9266, E-mail : hong7250@sangji.ac.kr)
• 접수 2011/10/24 • 수정 2011/12/02 • 채택 2011/12/09

I. 서 론

Foville syndrome이란 pons 하부 dorsal 부위 질환으로 동측으로 측방주시마비 혹은 동측의 외직근마비, 동측의 안면신경마비, 안면지각마비 등이 포함된다. Foville-Millard-Gubler syndrome이란 Foville syndrome에 Millard-Gubler syndrome이 합쳐진 것으로 Millard-Gubler syndrome은 동측의 외직근마비, 안면신경마비 및 지각마비 증상, pyramidal tract 손상으로 인한 얼굴을 포함하지 않는 반대측 편마비 등이 동반된다¹⁾.

측방주시마비의 증상은 PPRF(paramedian pontine reticular formation)의 장애로 일어난다. PPRF는 주시중추로서 중요시되는데, 그것은 특히 수평방향의 주시에 관여하고 있기 때문이다²⁾. PPRF는 동측으로 수의운동을 일으키는 측방주시중추로 여기서 동측의 제 6번 외전신경핵으로 신경흥분이 간다. 외전신경핵에는 두가지 신경원이 있다. 하나는 동측의 외직근으로 가는 것으로 신경흥분을 동측의 외직근에 전하고 또 하나는 핵간신경원으로 반대측의 MLF를 따라 반대측의 내직근을 지배하는 제 3번 동안신경핵에 신경흥분을 보내 수평주시운동을 일으킨다¹⁾. 수평주시마비는 PPRF와 외전신경핵을 침범하는 다양한 종류의 병변에 의해 발생하며 이에 병변이 있으면 같은 방향으로의 수평주시마비를 일으킨다³⁾.

Foville syndrome은 병소가 신경핵보다 하부에 있는 핵하성 병변으로 말초성 안면마비와 마비성 사시를 일으키며 한방에서는 ‘口眼喎斜’, ‘瞳神反背’, ‘手足癱瘓’의 범주에 속한다⁴⁾. 국내에서Foville syndrome과 Millard-Gubler syndrome에 대한 임상보고는 없다. 비슷한 증상으로는 양방에서 교뇌출혈로 인해 좌측 PPRF와 좌측 외전신경핵, 그리고 좌측 안면신경다발의 손상으로 주시마비 및 내사시가 발생한 경우에 사시교정술로 치료한 예가 있다⁵⁾. 이에 저자는 상기 질환으로 안면마비와 동측 측방주시장애를 동반한 환자 2례에 대해 구안와사와 마비성 사시 치료에 준

하여 각 증례에 대해 변증하여 침, 한약, 약침, 전침 등의 한의학 치료로 호전되는 것을 경험하였기에 임상기록을 토대로 보고하는 바이다.

II. 증 례

Foville syndrome 증례 보고-1

1. 환자 : 정○○, F/75

2. 주소증

- 1) 우측 안면마비 및 지각이상
- 2) 우측 측방주시마비 및 우안 내사시
- 3) 현훈
- 4) 복시

3. 발병일: 2011년 1월 12일

4. 치료기간

입원치료: 2011년 1월 13일 - 2011년 1월 28일

5. 과거력

- 1) 1988년 위절제술

6. 현병력

상기 환자는 2011년 1월 12일 17:30에 차가운 사과를 먹고 20여분 후, 몸에 열이 나면서 오심 구토 증상이 일어나고 사물이 여러 개로 보이는 증상이 나타났다. 18:00에 원주 기독교병원 응급실로 내원하여 검사 상 이상 없다는 소견 듣고 집으로 왔으나 증상 지속되어 다음날 아침 적극적인 한방치료 받기 위하여 2011년 1월 13일 상지대학교 부속 한방병원 한방안이비인후피부과 외래를 통하여 입원함.

7. Subjective data

1) 입원 당시에는 현훈과 복시가 심하여 보행에 장애가 있으며 우측 안면마비와 우안 내사시를 동반한 우측으로의 양안 수평주시마비가 있었음. 오심, 구토 증상이 있어서 식사를 잘 못하는 상태였음. 입원 2일째 사물이 두 개로 보이던 것이 하나로 보인다고 하며 오심구토 증상이 완화되어 식사 잘 함. 입원 3일째 안면마비 증상이 호전되기 시작하며 안구 편위 정도가 외안근 검사상 -4 limitation에서 -2 limitation로 호전됨. 입원 9일째 동공 움직임 거의 정상 상태로 돌아옴.

2) 입원 16일째 우측 안면마비, 우측 측방주시마비, 우안 내사시, 현훈, 복시 회복된 채로 퇴원함.

8. Objective data

1) 안면마비 평가: House-Brackmann Grading system(이하 HB-Scale)를 사용하였으며 전체적인 안면마비와 이차적 동반 증상을 한꺼번에 평가하는 방법으로 편리함과 신속성으로 오랜 기간 사용되고 있다⁶⁾. 입원당시 HB-Scale Gr.IV에서 퇴원할 때 Gr.II로 호전되었다(Table 1).

2) 외안근 검사

우측 눈의 내사시가 관찰되었으며, 외안근 검사에서 입원 당시 우측 눈의 바깥쪽으로의 움직임이 -4 limitation수준으로 완전히 제한 되어있었다(Fig. 1)⁷⁾. 퇴원시 Normal로 완전히 호전되었다(Table 2).

Table 1. HB-Scale

Date	Grade
2011.1.13	Gr.IV→Gr.III
2011.1.17	Gr.III
2011.1.20	Gr.III→Gr.II
2011.1.28	Gr.II

Key : I : Normal II: Slight III: Moderate IV: Moderately severe V: Severe VI: Total paralysis

Table 2. Mobility Impairment of Abduction

Date	Grade
2011.1.13	-4 limitation
2011.1.17	-2 limitation
2011.1.20	-1 limitation
2011.1.28	Normal

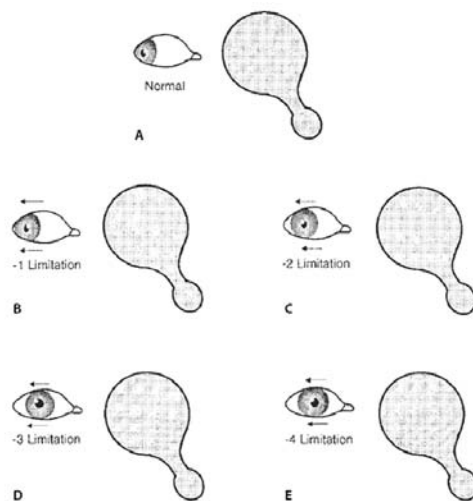


Fig. 1. Mobility impairment of abduction (A) normal abduction; (B) -1 limitation; (C) -2 limitation; (D) -3 limitation; (E) -4 limitation, inability of the eye to move past midline.

3) Brain MRI

2011. 1. 13 MRI 을 하였으며 방사선과에서 Small vessel disease,라고 판독 내렸으나 손상되었을 것이라고 추측되는 pons 하부의 컷 수가 적어서 나타나지 않은 것이라고 추측된다.

4) LAB

2011. 1. 14 혈액 검사에서 /BC/ cholesterol 214 ↑ glucose 107 ↑ /CBC/ PLT 418 ↑ Lymphocyte 21 ↓ /UA/ RBC 2-3 ↑ WBC 1-2 ↑ bacteria many로 나왔다.

9. 치료

1) 鍼治療: 地倉, 頰車, 迎香, 四白, 下關, 攢竹, 絲竹空, 魚腰, 太陽, 顴膠, 陽白, 人中, 承漿, 百會, 翳風, 完骨, 足三里, 合谷 2회/1일, 1회는 電鍼과 함께 시술

2) 藥鍼: 鹿茸藥鍼 1회/1일 地倉 頰車 翳風 刺鍼

3) 韓藥: 半夏白朮天麻湯加味(半夏 陳皮 麥芽 6g, 白朮 神麩 蒼朮 4g, 人蔘 黃芪 8g, 天麻 白茯苓 澤瀉 乾薑 2g, 黃白1g, 生薑 4g) 2첩 3포, TID 복용

4) 濕附缸: 2~3회/주, 翳風

5) 물리치료: 우측안면마비 개선을 위해 전기요법경근자극, 경피경근온열요법 시행

6) 複視, 眩氣를 줄이기 위해 보행시 환측 눈 가리게 함

7) 안면 근육 운동 하루에 3~4번씩 하게 함

8) 가볍게 자가로 얼굴 마사지 하게 함

Foville-Millard-Gubler syndrome 증례 보고-2

1. 환자 : 황○○, M/45

2. 주소증

- 1) 우측 안면마비
- 2) 양안 우측 측방주시마비, 우안 내사시
- 3) 현훈
- 4) 복시
- 5) 좌측 다리 위약감

3. 발병일 : 2011년 3월 15일

4. 치료기간

통원치료: 2011년 4월 13일 - 2011년 5월 25일, 총 9회 내원함

5. 과거력 없음

6. 현병력

상기 환자는 2011년 3월 15일 이전 스트레스를 많이 받고 과로하던 중 우측 안면마비, 우측 측방주시장애, 복시, 현훈, 좌측 하지부의 위약감 증상 생김. 원주기독병원 응급실로 가서 Brain MRI상 뇌경색 진단 받은 후 2011. 3. 15-4. 1까지 입원치료 하고 약간 회복된 채로 적극적인 한방치료 받기위해 2011년 4월 13일 한방안이비인후과부과 외래로 내원함.

7. Subjective data

1) 처음 외래로 내원한 당시에는 현훈과 복시가 심하며 좌측 다리의 위약감이 발병 당시보다는 덜하나 아직 약간은 남아있어 보행에 장애가 있으며 우측 안면마비와 우안 내사시를 동반한 우측으로의 양안 수평주시마비가 있었음(Fig. 2). 4월 20일 안구 편위각 약간의 호전을 보이고 안면마비 회복중이며 눈꺼풀에 힘 생겼음. 4월 25일 현훈 감소함. 5월 2일 안면 움직임 호전되고 안구 편위 정도가 외안근 검사상 -4 limitation에서 -2 limitation로 호전됨.

2) 5월 11일 다리 위약감은 거의 없으나 아직 약간의 현훈과 안구 편위 있음, 이사 관계로 치료 종결.

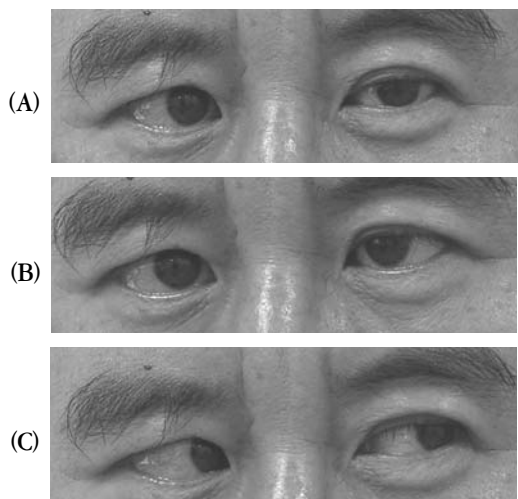


Fig. 2. (A) 정주시; (B) 우측주시; (C) 좌측주시

8. Objective data

1) 안면마비 평가: 처음 내원 당시 HB-Scale Gr. V 에서 마지막 내원일에 Gr.Ⅲ로 호전되었다(Table 3).

Table 3. HB-Scale

Date	Grade
2011.4.13	Gr. V
2011.4.20	Gr.Ⅳ
2011.5.2	Gr.Ⅲ
2011.5.11	Gr.Ⅲ

Key : I : Normal II: Slight III: Moderate IV: Moderately severe V: Severe VI: Total paralysis

2) 외안근 검사

우측 눈의 내사시가 관찰되었으며, 외안근 검사에서 처음 내원 당시 우측 눈의 바깥쪽으로의 움직임이 -4 limitation수준으로 완전히 제한 되어있었다. 마지막 내원시 -2 limitation로 호전되었다(Table 4).

Table 4. Mobility Impairment of Abduction

Date	Grade
2011.4.13	-4 limitation
2011.4.20	-3 limitation
2011.5.2	-2 limitation
2011.5.11	-2 limitation

3) Brain MRI

MRI 상 교뇌 우측 등쪽을 중심으로 넓게 Infarction소견 관찰되며 우측 pyramidal tract에 병변보이며 우내측으로 PICA(posterior inferior cerebellar artery) infarction소견 보인다. 따라서 이 환자는 우안면마비, 우측 측방주시마비, 우안 내사시와 함께 좌측 다리 위약감이 나타났으며 현훈과 복시 증상이 심하였다.

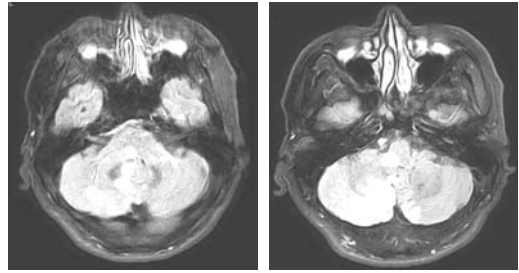


Fig. 3. Brain MRI

9. 치료

1) 鍼治療: 地倉, 頰車, 迎香, 四白, 下關, 攢竹, 絲竹空, 魚腰, 太陽, 顴膠, 陽白, 人中, 承漿, 百會, 翳風, 完骨, 足三里, 合谷 電鍼과 함께 시술

2) 藥鍼: 鹿茸藥鍼 1회/1일 地倉 頰車 翳風 刺鍼

3) 韓藥: 滋腎柔肝湯加味(白何首烏 8g, 熟地黃6g 山藥5g 山茱萸 白芍藥 當歸 枸杞子 甘菊 牡丹皮 丹蔘 白茯苓 澤瀉 葛花 4g 甘草3g 細辛1g) 2첩 3포, TID 복용

4) 濕附缸: 1~2회/주, 翳風

5) 複視, 眩氣를 줄이기 위해 보행시 환측 눈 가리게 함

6) 안면 근육 운동 하루에 3~4번씩 하게 함

7) 가볍게 자가로 얼굴 마사지 하게 함

Ⅲ. 고 찰

안면 마비는 병변의 위치에 따라 중추성 안면 마비와 말초성 안면 마비로 구분된다. 중추성 안면 마비는 수의적 안면 운동에 관여하는 추체로 신경섬유들이 침범되어 발생하는 상핵성(supranuclear) 혹은 상부 운동 신경세포성(upper motor neuron) 병변에서 기인되는 경우를 말한다. 그러나 말초성 안면 마비는 표정에 관여하는 안면 정서적 운동 신경섬유들이 침범되는 얼굴 신경(facial nerve) 혹은 하부 운동 신경세포(lower motor neuron) 병변에서 생기는 경우를 말한다. 안면 신경핵성의 경우는 주로 말초성 안면 마비

를 나타낸다. 그래서 임상적으로는 말초 신경인 안면 신경에서 안면 신경핵까지 사이의 병변 발생으로 오는 말초성 안면 마비와 그 신경핵 이상의 병변에서 기인하는 중추성 안면 마비로 구분하는 것이 유용하다. 특히 임상적으로 안면 마비 중추성 및 말초성의 감별은 얼굴의 상부에서 마비 정도에 따라 평가함이 중요하기 때문에, 흔히 눈 감기(eye closing)나 혹은 이마 주름잡기(wrinkling) 등으로 병변의 상행성 여부를 판별한다⁸⁾.

Foville syndrome은 1858년 French neurologist에서 Achille Foville에 의해 처음으로 설명되었다⁹⁾. 환측으로 하부운동신경세포 유형인 안면 마비와 병변쪽으로의 주시마비, 반대측 편마비를 수반하는 희귀한 brainstem 증후군이다. 이 증후군은 병인학보다는 오히려 국소신경해부학에 속하는 것이 특징이다. 그것은 결핵종, 결핵 수막염에서 혈관 폐색, 그리고 후부 순환 허혈과 연관된 것으로 보고되었다¹⁰⁾. Foville syndrome은 하부운동신경세포의 문제로 발생하는 말초성 안면마비에 속하는 것으로 보아야 할 것이다.

PPRF(paramedian pontine reticular formation)란 세포체가 pons에 위치하고 있으며 2개의 축삭을 내보내고 있다. 하나는 같은 pons에 존재하고 있는 외전신경핵으로 향하고 있으며 또 하나는 올라가는 도중에서 정중선을 가로질러 반대쪽의 동안신경핵으로 향한다. 대뇌피질에서 한쪽의 주시 명령을 내려 PPRF 세포체가 흥분하면 그 흥분은 이 2개의 축삭에 전해져 외전신경핵, 동안신경핵으로 양 신경핵에 거의 동시에 도달한다. 그 결과 측방주시가 원활하게 수행될 수 있다. MLF(medial longitudinal fasciculus)는 PPRF에서 나와 동안 신경핵으로 향하는 상행성의 축삭을 가리킨다. 우측 PPRF가 장애를 받았다고 한다면 우측으로 측방주시를 하게 해 보아도 좌우 양쪽 눈 모두 우측으로는 전혀 움직이지 않으며 정중위를 유지하게 된다. 이 경우 오른쪽 PPRF장애이다²⁾. 본 증례 1과 증례 2에서는 우측 측방주시가 되지 않으면서 또한 우측 내사시를 동반한 것으로 보아 우측 외

전신경 역시 손상되었음을 알 수 있다.

MLF질환은 중뇌의 상부에서부터 시작해서 spinal cord까지 이르는 쌍으로 된 섬유속으로 각 외안근의 신경핵을 연결한다. 즉 외전신경핵에서 시작한 핵간 신경원은 반대측의 MLF를 통하여 내직근을 지배하는 동안신경핵으로 가서 동측으로 수평동향운동을 일으킨다¹⁾.

증례 1의 경우는 Foville syndrome으로 우측 안면 마비, 우측 측방주시마비, 현훈, 복시 증상으로 우측 PPRF장애와 우측 안면신경과 외전신경의 손상이 의심되며, 증례 2의 경우는 Foville-Millard-Gubler syndrome으로 우측 안면마비, 우측 측방주시마비, 현훈, 복시, 좌측 다리 위약감 증상과 Brain MRI로 우측 PPRF장애와 pons하부 Frontal 부위의 손상으로 우측 안면신경과 외전신경의 손상, 우측 피질 척수로 부분이 손상이 되었음을 확인 하였다. 공통적으로 동측 내사시를 동반한 수평 측방주시마비와 동측 안면 마비 소견으로 보아 PPRF 손상과 외전신경핵, 외전신경핵 옆의 안면신경 다발까지 같이 손상이 된 것으로 생각된다. 증례 2는 손상 부위가 더욱 커서 치료 기간도 오래 걸릴 것으로 사료된다.

증례 1과 증례 2의 경우 안면신경장애와 마비성 사시증상이 있으며 한의학적으로 ‘口眼喎斜’, ‘瞳神返背’의 범주에 속하며 이에 준하여 한방적 치료를 하였다. 口眼喎斜의 原因은 風邪가 血脈에 侵襲하여 外感寒이 顔面經絡을 侵襲하여 經氣의 循環에 異常을 일으켜 氣血이 調和되지 못하고 經筋의 滋養이 失調되어 弛緩不收해서 發病한다. 治法은 經氣를 疏通하는 것과 通經活絡 逐風祛邪가 있으며 治療穴은 地倉, 頰車, 翳風, 聽會, 攢竹, 四白, 陽白, 人中, 承漿, 觀膠, 合谷, 絲竹空, 間使, 迎香, 三里를 사용한다¹¹⁾. 口眼喎斜는 한방적으로 風邪外濕, 氣血雙虧, 肝風內動, 肝氣鬱結, 風痰阻絡 등으로 변증하여, 祛風散寒, 大補氣血, 平肝熄風, 舒肝解鬱, 化痰祛風, 開竅通絡 등의 治法을 사용한다¹²⁾. 癱瘓性 斜視는 한의학에서 瞳神反背로 보고 있으며 視珠將反, 瞳神返背, 轉轉轉關, 墜睛, 風牽偏

視, 風引喎斜이라 하여 單眼 或은 兩眼이 斜視으로 轉換되고 黑睛이 內外로 돌아가 있는 상태이며, 瞳神返背가 있으면 視物爲二한 複視도 겸한다. 또 突發적으로 眼位偏斜가 나타나므로 病理는 六氣偏勝으로 인해 風熱이 相搏되어 筋絡이 攣急牽引하여 발생된다. 原因은 正氣不足으로 經絡이 空虛한데 風邪가 侵入하여서 또는 脾失健運으로 聚濕生痰할 때에 風邪가 入하여 風痰阻落하고 氣血이 不行되어 筋脈이 失養하여 발생된다. 肝腎陰虛로 肝陽上亢하여 風熱이 眼目에 上沖하여 발생된다. 中風이 오래되면서 氣虛血滯하여 脈絡瘀阻되어 或은 頭部外傷에서 발생된다. 針灸治療는 睛明, 瞳子膠, 承泣, 四白, 陽白, 絲竹空, 太陽, 攢竹, 地倉, 頰車, 合谷, 太衝, 行間, 風池, 球後 등을 자침한다. 이외 魚腰와 上睛明, 下睛明穴 등을 刺鍼한다³⁾. 이에 따라 증례 1과 증례 2의 鍼灸治療는 地倉, 頰車, 迎香, 四白, 下關, 攢竹, 絲竹空, 魚腰, 太陽, 顴膠, 陽白, 人中, 承漿, 百會, 翳風, 完骨, 足三里, 合谷을 선택하여 치료하였다. 그리고 電鍼을 마비된 신경과 근육을 회복시키려는 의도로 地倉, 頰車, 太陽, 下關에 침치료와 함께 사용하였다.

한방치료 중 湯藥은 증례 1에서는 半夏白朮天麻湯을 사용하였는데, 半夏白朮天麻湯은 脾胃內傷으로 인한 頭痛如裂, 身重如山, 惡心煩悶, 四肢厥冷, 嘔吐, 眩暈 증상에 처방하며¹³⁾, 처방구성을 보면 消導劑, 祛痰除濕劑, 補氣劑로 구성되어 있다. 소화기의 痰飲을 제거하면서 氣의 순환을 촉진시키고 평소에 신체가 비습한 사람의 혈류장이나 심혈관계 질환의 개선과 혈압강하의 효과가 기대되어 최근 고혈압, 동맥경화 및 뇌혈관의 예방과 치료에 처방되고 있다¹⁴⁾. 상기 환자의 경우 經氣의 循環에 異常, 脾失健運으로 聚濕生痰으로 口眼喎斜와 瞳神返背 증상이 생겼다고 판단하여 半夏白朮天麻湯을 사용하였다. 증례 2에서는 滋腎柔肝湯加味를 사용하였는데 滋腎柔肝湯은 東醫治療經驗集成에 실려 있는 처방으로 마비성 사시 환자 20예 대상으로 85% 유효율을 보였으며¹⁵⁾ 처방구성을 보면 腎精 및 肝陰, 肝血을 보하며 肝陽上亢을 치료한다.

肝腎陰虛로 肝陽上亢과 肝風內動증상 생긴 것으로 변증하여 滋腎柔肝湯을 사용하였다.

또한 補氣血하는 녹용약침을 사용하였는데, 이것은 녹용의 내용물을 추출 가공하여 질병과 유관한 부위 및 혈위에 주입함으로써 자침효과와 녹용의 생화학적 물질이 인체에 미치는 약리작용을 동시에 이용하여 생체기능을 조정하고 병리상태를 개선시켜 질병을 예방하는 신침요법의 일종이다¹⁶⁾. 이¹⁷⁾는 녹용약침이 뇌허혈 후 재관류 과정에서 불안정하게 증가되었던 국소 뇌혈류량을 유의성있게 개선시켜 항허혈 작용이 있음을 보고하였다. 환부 근육 기능 개선과 항허혈 작용을 위해 地倉 頰車 翳風에 녹용약침을 사용하였다.

위와 같은 치료를 사용하여 증례 1의 경우 입원 16일째 Rt facial palsy증상이 HB-Scale Gr.IV에서 Gr. II로 호전되었으며 안구편위정도가 처음에 외안근 검사상 -4 limitation에서 Normal로 치료 되었다. 증례 2의 경우 처음 내원 당시 Rt facial palsy증상 HB-Scale Gr.V에서 마지막 내원일에 Gr.III로 호전되었으며 안구편위정도가 처음에 외안근 검사상 -4 limitation에서 -2 limitation로 치료 되었다. 증례 1은 호전 정도가 높았으나 증례 2는 완전히 치료되지 않은 상태에서 환자의 개인적인 상황으로 치료 종결되어 아쉬움이 남는다.

Foville syndrome과 Foville-Millard-Gubler syndrome의 진단은 임상증상과 MRI 상 신경핵 손상을 확인한다. 그러나 신경핵이 워낙 작기 때문에 MRI에서 찾아내는 경우도 있거나 없는 경우도 있다. 없는 경우는 MRI 영상상 컷수가 부족하거나 혈전이 일시적으로 막혔다가 뚫리는 경우일 것이다.

국내에서는 Foville syndrome나 Foville-Millard-Gubler syndrome이라는 질환으로 한방 치료한 임상례는 없다. 본 증례에서는 치료는 口眼喎斜와 癱瘓性斜視에 준하여 치료하였으며, 한의학계에서는 口眼喎斜에 대한 치료법으로 鍼灸療法, 韓藥療法, 物理療法, 推拿療法 등의 방법을 사용하고 있었으며¹⁸⁾ 이외에도 최근 전침요법¹⁹⁾, 봉독약침¹⁶⁾, 매선²⁰⁾ 등의 시술을 시

도한 임상보고가 있었으며, 마비성사시에 대한 치료법으로 침구치료, 한약치료, 전침치료²¹⁾ 등의 방법을 사용하고 있다. 많이 알려지지 않은 질환이며, 치료법 선택에 어려움이 있었다. 뇌병변으로만 볼 것이 아니라 口眼喎斜와 癱瘓性 斜視에 준하여 다양한 치료법을 사용하여 한방안이비인후피부과 영역으로 집중적으로 치료하였더니 효과가 있었으며, 본 질환에 대한 더 많은 사례와 관찰이 필요할 것으로 보인다.

한방에서도 Brain MRI 상 뇌병변을 찾아내는 경우 보통 한방내과에서 치료하는 경우가 많으나, 본 증례를 통해 한방안이비인후피부과에서도 치료 가능하다는 것을 알 수 있었다.

Ⅳ. 결 론

우측 PPRF와 우측 외전신경, 우측 안면신경의 손상으로 측방주시마비, 내사시, 안면마비가 발생한 경우에 Foville syndrome과 Foville-Millard-Gubler syndrome으로 진단할 수 있다. 본 증례 2편을 통해 구안와사와 마비성 사시에 준하여 한약, 침치료, 약침치료, 전침치료 등의 한방치료로 호전시키는 효과가 있음을 알 수 있었고, 향후 이러한 환자가 내원하였을 때 정확한 진단과 더욱 적극적인 치료와 연구가 필요할 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

1. 윤동호 외. 안과학. 서울:일조각. 2002:308-13.
2. 최일생 역. Steps to Internal Medicine 10권 신 경질환. 서울:정담. 2008:123-6.
3. Wall M, Wray SH. The one and a half syndrome—a unilateral disorder of the pontine tegmentum, a study of 20 cases and review of the literature. Neurology. 1983;33:971-80.
4. 노석선. 원색안이비인후과학. 서울:아이비씨기획.

- 2007:294-5.
5. 오종현 등. 교뇌출혈 후 발생한 동측 내사시를 동반한 수평주시마비 1예. 대한안과학회지. 2007; 48(6):873-7.
6. House JW, Brackmann De. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Sug. 1953;93:146-7.
7. Kenneth WW. Handbook of pediatric strabismus and amblyopia. Springer New York. 2006:138-65.
8. 이대희. 임상신경학. 서울:고려대학교출판부. 2003:33.
9. Foville A. Note sur une paralysie peu connue de certains muscles de l'oeil, et sa liaison avec quelques points de l'anatomie et la physiologie de la protuberance annulaire. Bull Soc Anat Paris. 1858;33:393-414.
10. Srivastava DK, Hossain S. Foville syndrome in infancy: report of a case. Indian Pediatr. 1965;2:49-50.
11. 최용태 외. 침구학 하. 서울:집문당. 2006:1296-7.
12. 이채우 외. 口眼喎斜에 대한 체침과 동씨침의 효과 비교. 대한침구학회지. 2004;19(1):11-3.
13. 강순수. 바른방제학. 서울:대성문화사. 1996:342-3.
14. 이현재 외. 반하백출천마탕의 조성에 따른 혈관 이완활성과 기전. 동의생리병리학회지. 2005; 19(5):1314
15. 동의치료경험집성 편찬위원회. 동의치료경험집성. 서울:해동의학사. 1997:219-20.
16. 왕오호 외. 퇴행성 슬관절염의 봉독약침 치료효과에 대한 임상적인 고찰. 대한침구학회지. 2001; 18(3):35-47.
17. 이석진, 정현우. 신유·지실 녹용약침이 뇌혈류 역학에 미치는 영향. 대한동의생리학회. 2009;23 (1):50-6.
18. 김민수 외. 봉독약침이 구안와사에 미치는 영향

- 에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지. 2004;21(4):251-62.
19. 이승우,한상원. 전침을 이용한 구안와사의 임상적 고찰. 대한침구학회지. 1999;16(4):149-163.
 20. 강은교 외. 매선침법을 이용한 구안와사 치료에 대한 임상적 고찰. 한방안이비인후피부과학회지. 2009;22(2):118-27.
 21. 김남권 외. 외안근 전침 자극을 이용한 마비성 사시 환자의 치험 3례. 대한동의생리학회. 2003; 17(1):247-50.