

# 삼출성 중이염에 대한 임상적 고찰

김윤범\* · 채병윤\*

## I. 서 론

중이강내 발생하는 모든 염증성 내지 화농성 질환을 중이염이라 정의하며, 중이염을 통상적으로 급성 화농성 중이염, 만성 화농성 중이염, 삼출성 중이염 등으로 분류하며<sup>17)</sup>, 중이내에 effusion을 초래하는 중이염을 삼출성 중이염이라 한다<sup>18)</sup>.

삼출성 중이염은 장액성 중이염, 분비성 중이염, 중이카타르, 비화농성 중이염 등의 많은 동의어를 갖고 있다<sup>3, 10, 16)</sup>.

원인은 불확실 하지만 최근에는 이관폐쇄 및 감염, 알레르기 등 세가지 원인설로 요약<sup>10, 12, 15, 19)</sup>되고 있으나 공통된 정설이 없는 실정이다.

Impedance청력 검사의 보급으로 진단이 용이해졌고, 항생물질의 남용으로 발생 빈도가 증가 추세를 보이고 있으며<sup>10, 16, 19)</sup> 중이염은 언어 발달에 중요한 3세이전의 뿔·小兒에게 이환율이 높아<sup>14)</sup> 소아들에게 발생할 경우 언어 장애까지 초래될 수 있어 조기 진단과 치료 및 후유증에 대한 예방이 중요시되고 있다.

이에 본 고찰은 본원에 일년간 내원한 삼출성 중이염 환자들을 대상으로 임상적 조사를 통하여 삼출성 중이염에 대한 한의학적 이해는 물론 진단 치료에 도움을 주고자 본 고찰을 시행하여 보고 하는 바이다.

## II. 조사대상 및 분석 방법

### 1. 대상

1991년 3월 1일부터 1992년 2월 29일까지 만 1년간 경희대학교 한의과대학 부속한방병원 외과과에 내원한 환자중 청력장애, 이명, 이충만감 등의 자각 증상을 갖고 있으며, 타병원에서 이경 검사 및 이학적 소견, 순음청력검사 등을 시행한후 삼출성 중이염으로 진단 받은 환자 47명을 대상으로 하였다.

### 2. 방법

삼출성 중이염 환자의 초진시 연령 및 성별, 발병 시기별 빈도수, 편 - 양측별 분포, 병력 기간, 유발 요인, 자각 증상, 소화 정도, 혈액형별 발생빈도, 환자의 喜溫 喜冷에 관한 선호도, 치료 처방 분포, 치료 기간 등에 관하여 임상적으로 조사, 분석, 관찰하였다.

## III. 성 적

### 1. 초진시 연령 및 성별

연령\성별	표		
	남 자	여 자	총 계
1 ~ 9	14	11	25 (53%)
10 ~ 19	7	2	9 (19%)
20 ~ 29	0	3	3 (6%)
30 ~ 39	3	1	4 (10%)
40 ~ 49	2	1	3 (6%)
50 ~ 59	0	3	3 (6%)
총 계	26(55%)	21(45%)	47 (100%)

\* 경희대학교 한의과대학 외과과학교실

관찰대상이 된 삼출성 중이염 환자 47명중 최저 연령은 2세, 최고 연령은 56세였고, 1~9세군이 25명(53%)으로 가장 많았고, 10~19세군이 9명(19%), 30~39세군이 4명(10%)의 순이었다.

성별 분포는 남자 26명(55%) 여자 21명(45%)으로 남자가 많았다.

## 2. 발병 시기별 빈도수

표

연령 \ 성별	남 자	여 자	총 계
1세 미만	1	0	1
1 ~ 4	10	8	18
5 ~ 9	3	3	6
10 ~14	5	1	6
15 ~19	2	1	3
20 ~25	0	3	3
25세 이상	4	5	9
unknown	1	0	1
총 계	26	21	47

1~4세군이 18명으로 가장 많았고, 25세이상은 9명으로, 5~9세군, 10~14세군은 각각 6명의 순으로 나타났으며 발병 시기를 알 수 없었던 경우는 1명이었다.

## 3. 병력 기간

표

기 간	환 자 수 (%)
1년 이하	27명 (57%)
2 ~ 5년	12명 (26%)
6 ~ 10년	0명 (0%)
10년 이상	8명 (17%)
총 계	47명 (100%)

1년 이하는 27명으로 가장 많았으며 2~5년 12명, 10년 이상은 8명 순이었다.

## 4. 편측·양측별 분포

표

	어린이(1~19세)	성인(19세 이상)	총계 (%)
편측	11 (23%)	7 (15%)	18 (38%)
우 좌			10 (22%)
양측	22 (47%)	7 (15%)	29 (62%)
총계	33 (70%)	14(30%)	47 (100%)

19세 이하의 군에서는 편측성이 11명, 양측성이 22명으로 양측성이 현저히 많았으며 성인에서는 편측성 7명, 양측성 7명으로 나타났다.

## 5. 유발 요인

표

유 발 요 인	환 자 수 (%)
부비동염	8명 (17%)
알레르기성 비염	13명 (28%)
상기도 감염	16명 (34%)
아데노이드 증식증	5명 (10.5%)
unknown or unrecorded	5명 (10.5%)
총 계	47명 (100%)

삼출성 중이염의 유발요인으로 추정되는 질환은 상기도 감염이 16명으로 가장 많았으며 다음은 알레르기성 비염 13명, 부비동염 8명의 순이었으며 유발요인을 알 수 없었거나 기록되지 않았던 예는 5명 이었다.

## 6. 자각 증상

표

주 소 비	율 (%)
聽力 障 碍	30%
鼻 塞	18%
耳閉 塞感	11%
耳 鳴	8%
噴嚏 및 咳嗽	14%
耳 痛	7%
眩 暈	3%
咽喉痛	5%
耳 痒	4%
총 계	100%

47명중 聽力 障礙를 호소하는 사람은 30%이며, 鼻塞症 18%, 嘔嚏 및 咳嗽 14%, 耳塞感 11%, 耳鳴 8% 순이었으며 그 외에 耳痛 3%와 耳痒이 4%로 나타났다.

7. 혈액형별 발생 빈도

표	
혈액형	환자 수 (%)
A	14 (30%)
B	12 (25%)
O	6 (13%)
AB	6 (13%)
unknown	9 (19%)
총계	47 (100%)

혈액형별 분포는 A형 14명(30%), B형 12명(25%), O형 6명(13%), AB형 6명(13%)이었으며 혈액형을 알 수 없었던 경우는 9명(19%)이었다.

8. 환자의 喜溫, 喜冷에 관한 선호도

표					
연령\정도	희온		희냉		평총 계(%)
1 ~ 19	1	30	3	34	(72%)
20 ~ 60	9	2	2	13	(28%)
총계(%)	10(21%)	32(68%)	5(11%)	47	(100%)

1~19세군에서는 차가운 것을 선호하는 환자가 30명이었으며 20~60세군에서는 따뜻한 것을 선호하는 환자가 9명 이었다.

9. 소화 상태

표	
정 도	환자 수 (%)
양 호	38 (81%)
불 량	9 (19%)
총 계	47 (100%)

소화상태의 양호와 불량 정도는 조사 대상 환자의 자각증을 기준으로 했으며 조사 대상 환자의 81%는 양호 했으며 19%는 소화 불량을 호소하였다.

10. 치료 처방 분포

표	
처 방	사용 빈도 (%)
만형자산(HH244)	36 (38%)
오령산(HH193)	33 (35%)
방풍해독탕(HH031)	9 (10%)
행소청기탕(HH034)	5 ( 5%)
형개연교탕(HH245)	3 ( 3%)
가미방풍통선산(HH151)	3 ( 3%)
소양인 형방지황탕(HH084)	1 ( 1%)
향사평위산(HX026)	1 ( 1%)
삼소음(HX010)	1 ( 1%)
인삼패독산(HX020)	2 ( 2%)
갈근탕(HH017)	1 ( 1%)

사용된 처방중 만형자산은 36회(38%)으로 가장 많이 투약되었으며, 오령산33회(35%), 방풍통선산 9회(10%), 행소청기탕 5회(5%), 형개 연교탕과 가미 방풍통선산은 각각 3회(3%), 인삼패독산 2회(2%), 소양인 형방지황탕과 향사평위산, 삼소음, 갈근탕은 각각 1회(1%) 투약되었다.

11. 치료기간

표	
기 간	환자 수 (%)
1주 이하	9 (19%)
1 ~ 2주	7 (15%)
2 ~ 4주	8 (17%)
4 ~ 6주	5 (11%)
6 ~ 8주	2 ( 4%)
8 ~12주	2 ( 4%)
12주이상	14 (30%)
총 계	47 (100%)

치료기간은 12주 이상이 14명(30%)로 가장 많았고, 1주 이하가 9명(19%), 2~4주가 8명(17%), 1~2주가 7명(15%) 순이었다.

#### IV. 고 찰

중이강내 저류액을 동반하는 삼출성 중이염에 대하여 Wathen, Astley 와 Cooper 등이 최초로 기술하였고<sup>11)</sup> 1867년 Politzer<sup>28)</sup> 가 Otitis media catarrhalis라고 이 질환에 대한 임상상을 처음 기술한 이래 Juhn<sup>39)</sup>, 문<sup>13)</sup>, 함<sup>20)</sup> 등은 중이강내 저류액의 세포학적 분석을 통하여 저류액을 장액성, 장액농성, 농성, 점액농성, 점액성의 5가지로 분류하였다.

근래에 와서는 Middle ear effusion(M.E.E.)을 동반하는 중이염을 통틀어서 Otitis media with effusion(O.M.E.)으로 총칭 되고 있다<sup>16, 17)</sup>.

삼출성 중이염의 호발 연령에 대하여 Dawes<sup>32)</sup>는 270명의 O.M.E. 환자중 85%가 9세 이하였다고 보고 하였으며 강<sup>7)</sup>, 권<sup>6)</sup>, 장<sup>16)</sup>, Drapper<sup>34)</sup>는 10세 이하의 소아에서 호발한다고 하였다.

본 고찰 조사에서도 1~10세군이 O.M.E.로 진단받은 환자 47명중 25명으로 나타나 타 연령군에 비해 현저히 많았고, 이렇게 소아에게서 빈발하는 점에 대해서 Holborow<sup>38)</sup>는 이관의 개폐 기능이 생후 7세까지는 비교적 불충분한 관계로 이 연령층에 O.M.E.가 호발한다고 하였다. 특히 1950년대 이후에 소아의 삼출성 중이염 발생빈도가 증가하는 점은 상기도염 치료시 부적절한 장기간의 항생제 투여<sup>36)</sup> 혹은 바이러스 감염의 증가, 알레르기성 체질을 가진 사람의 증가 및 공해 등의 요인에 따른 것이라고 추측하고 있다<sup>12)</sup>.

성별차이에 대하여 강<sup>7)</sup>, 함<sup>21)</sup>, Drapper<sup>34)</sup>는 남

자 O.M.E.환자가 여자 O.M.E.환자에 비해 약간 많다고 하였으며, 본 고찰조사에서도 남자 환자가 10%정도 여자 환자에 비해 높게 분포하였다.

O.M.E.질환의 편양측별 분포에 대하여 Tanabe<sup>46)</sup>은 성인에서 편측성으로 나타나는 경우가 72%로 높게 나타났다고 했으며, 그 까닭은 국소적 이관 폐색요인 즉 비인강 종양이나 두경부의 방사선 치료등의 원인으로 작용하고 있지 않나 생각하고 있다.

본 고찰 조사에서는 성인의 편양측 분포는 각각 7명으로 나타났는데 이는 본 조사 대상자가 많지 않기 때문에 Tanabe의 조사 내용과 차이가 있는 것으로 생각된다.

소아에 있어서 Tanabe<sup>46)</sup>은 73%, Lemon<sup>41)</sup>은 77%가 양측성이었다고 했고 본 조사 대상자 중에서도 역시 어린이환자(1~19세) 33명중 22명(47%)이 양측성이었으며 11명(23%)만 편측성으로 나타나 Tanabe의 주장을 뒷받침하고 있으며, 삼출성 중이염의 병인에 있어서 소아와 성인과는 차이가 있는 것으로 추측된다<sup>19)</sup>.

병력기간에 대한 본 고찰의 임상적 조사에 따르면 1년 이하가 27명(57%), 2~5년이 12명(26%), 10년 이상이 8명(17%)이었는데 이는 삼출성 중이염이 주로 소아에게서 호발하므로 인해 1년 이하가 높게 나타났으며, 10년 이상 경과한 환자 비율이 17%나 되는 것은 삼출성 중이염의 재발 및 난치성 질환임을 나타내주고 있다.

삼출성 중이염의 병인으로는 여러가지 원인이 기록되어 있으며 Paparella<sup>27)</sup>는 아데노이드 증식증, 구개열, 종양, 비염 및 부비동염, 비인강염, 항생제 남용, 방사선 치료, 일레르기, 대사성 질환 등을 들고 있으며 Mirko<sup>43)</sup>, Tos<sup>47)</sup> 등은 O.M.E.의 병인을 크게 3가지로 분석하고 있는데 첫째 Tubal occlusion으로 이는 Common cold에 걸렸을때 가장 많이 발생하며 감염시 Nose나

Nasopharyngeal mucosa가 Swelling되고 Hyperactive 해지며 구시관에서도 비슷한 조직학적 변화가 발생하여 Internal tubal occlusion이 생기고 이로 인해 중이내 모세 혈관의 투과성이 증가하여 중이내 액체가 저류되며<sup>30)</sup>, 이관 폐색이 지속되면서 류액은 중이내에 점막에서 분비되는 점액성 물질로 인해 결국 점도가 높아지고<sup>31)</sup> 이로써 Ventilation이 감소하게 된다.

둘째는 감염설로서 Friedman<sup>36)</sup>은 실험적으로 중이를 감염시켜 Middle ear mucosa의 Secretory change를 증명했고 Mirko, Tos 등은 Acute otitis media가 삼출성 중이염을 일으킨다고 했다. Giebink<sup>37)</sup>, Kokko<sup>40)</sup> 등은 각각 O.M.E. 환자의 65%, 97%에서 Acute otitis media(A.O.M.)의 병력이 있음을 조사했고 Bernstein<sup>28)</sup>은 O.M.E. 환자의 저류액에서 Prostaglandin, Kinin, Histamin, Protease, Hydrolytic enzyme 등을 발견하여 이들 물질이 A.O.M.의 결과로 생성되었다고 보고했으며, Palva<sup>45)</sup>도 고농도의 단백질과 Hydrolytic enzyme, Acid, Phosphatase 등을 혈청내보다 저류액에서 많은 것을 입증하여 감염설을 뒷받침하고 있다. Lim<sup>42)</sup>은 중이강내 세균을 증명하였으며 주로 검출되는 균주로서는 Hemophilus influenza, Streptococcus pneumonia, Neisseria, Staphylococcus, Epidermidis 등이 대부분을 차지했다.

세째로 Allergy인데 Mogi<sup>44)</sup>는 중이내 저류액에서 Ig E가 검출되는 것으로 봐서 중이내 점막에 직접적으로 알레르기반응이 일어나서 O.M.E.가 생긴다고 하였고 Derlacki<sup>33)</sup>는 중이강내 저류액에서 Eosinophil이 검출되는 점 등으로 미루어 볼때 알레르기를 원인 인자로 주장했으나 Lim<sup>42)</sup>, Berastein<sup>29)</sup> 등에 의해 부정적으로 받아들여지고 있다.

이상과 같이 삼출성 중이염을 일으키는 병인은

로는 이관 폐색, 두경부 감염, 면역학적 요인 등이 서로 관계되며, 본 고찰의 임상 조사에서도 O.M.E.의 원인 질환으로 상기도 감염이 34%를 차지하여 O.M.E.의 가장 많은 임상적 원인으로 알려졌던 아데노이드 증식증보다 23 Point 높게 나왔으나 이는 본 고찰의 조사 대상자가 47명으로 적었기 때문인 것으로 사려되며, 알레르기 비염으로 인한 O.M.E.가 28%를 차지하고 있어 Mogi와 Derlacki의 주장처럼 O.M.E.와 알레르기의 관련성을 뒷받침하고 있다.

삼출성 중이염의 진단은 자각 증상과 이경검사를 시행하여 고막의 색깔 변화, 함몰, 기포 및 액체저류 소견 등의 병적 소견을 기초로 임상적으로 진단을 내릴 수 있으며, 보충적으로 순청음 청력 검사, 임피던스 청력 검사 및 필요에 따라 알레르기 검사등을 이용할 수 있다.

삼출성 중이염의 자각 증상은 주로 청력 장애, 이명, 이충만감, 자가강청, 鼻塞 등이며 가장 문제가 되는 것은 난청이다. 본 고찰에서는 이외에도 耳痒, 현훈, 인후통, 기침, 재채기, 耳痛증상 등이 출현되었고, 발생빈도를 보면 청력 장애는 가장 높은 30%, 그 다음은 鼻塞症이 18%, 기침과 재채기가 각각 14%, 이명 11% 순으로 나타났다.

한의학이 證治 醫學<sup>2)</sup>을 감안한다면 삼출성 중이염의 주 증상인 청력 장애 및 자가 강청 등은 耳聾과 耳鳴證으로, 鼻塞症과 재채기, 기침, 咽喉痛 등은 鼻淵과 噴嚏證으로 耳痛 및 耳內膿汁은 耳疳證으로 연관 시켜 볼 수 있을 것이다.

耳聾이나 耳鳴證의 원인을 채<sup>5)</sup>는 氣虛 耳鳴, 血虛 耳鳴, 腎虛 耳鳴, 肝火 耳鳴, 痰火 耳鳴, 膽虛 耳鳴, 陽虛 耳鳴, 風熱 및 酒熱 耳鳴, 中毒性 耳鳴 風熱 耳聾, 痰火 耳聾, 風濕 耳聾, 閉塞 耳聾, 腎虛 耳聾, 氣虛 耳聾, 中毒性 耳聾, 外傷性 耳聾 등으로 분류해 놓았으나 삼출성 중이염과 관련시켜 耳鳴 耳聾의 원인을 찾아보면 腎虛로

인한 耳鳴 耳聾을 이관 폐색으로 발병한 삼출성 중이염과 연관 시킬 수 있을 것이다.

Holborow<sup>38)</sup>에 의하면 이관 폐색으로 인하여 생긴 삼출성 중이염은 소아에게서 빈발하며 그 이유는 생후 7개월까지는 이관 개폐 기능이 불완전하므로 호발한다고 했는데, 이는 소아들이 성장 기능이 왕성한 陽有餘 陰不足狀態에 있으며<sup>4)</sup> 腎 開竅於耳 腎主骨 腎者 其氣在骨이라 하여 腎과 耳의 관계 및 腎이 骨髓(腦髓까지도 포함)의 성장과 밀접한 관계를 맺고 있다는 한의학적 이론<sup>1)</sup>을 근거로 볼때 腎虛로 인해 소아 발육에 지장을 초래하여 발병하는 腎虛 耳聾·耳鳴과 유사하다고 할 수 있다.

鼻淵의 주요증상을 陸<sup>25)</sup>은 鼻中塞結 時流腥 黃濁涕라 했는데 이는 鼻腔內에 膿汁이 많아지는 것을 뜻하며, 鼻塞症이 생기게되면 耳內에 음압이 형성되고 이로 인해 모세혈관의 투과성이 높아져 저류액이 많아지므로 이관폐색되어 삼출성 중이염이 나타날 수 있다.

靈樞脈度篇<sup>5)</sup>에 肺氣通於鼻라 하여 肺와 鼻의 상호관계를 나타냈고, 噴嚏에 대해 허<sup>26)</sup>는 嚏者 鼻中因痒 而氣噴作于聲也 鼻爲肺竅라 하여 噴嚏가 폐와의 관련을 보여 주고 있다. 폐는 宣發기능에 의해 衛氣에 영향을 공급하며<sup>1)</sup> 衛氣는 면역 방어기능과 비슷한 작용을 갖고 있어 衛氣와 邪氣의 相爭을 면역 반응과 유사하다고 했다<sup>24)</sup>. 그러므로 폐의 宣發기능 실조로 인하여 噴嚏가 발생할 때 噴嚏를 알레르기성 비염과 유사하고 噴嚏의 증상을 갖고 있으면서 청력 장애, 자가강청, 耳塞感 등을 謙할 경우 알레르기로 인한 삼출성 중이염이라 할 수 있을것 같다.

중이강내 동통 및 耳內膿汁이 있을 때 한의학적으로는 耳疳(聾耳, 膿耳)으로 보며<sup>5)</sup>, 耳疳은 주원인이 풍습열이고 증상은 이내동통 및 발열, 두통을 흔히 일으킨다고 했으므로<sup>22)</sup> 이는 감염에

의한 것으로 보인다. 吳<sup>23)</sup>는 耳疳을 배농 색깔에 따라 震耳, 纏耳, 聾耳 등으로 분류하고 있는데 삼출성 중이염의 경우는 중이강내에 화농성이 아닌 저류액을 동반하므로 震耳, 纏耳, 聾耳 중에서도 白色膿을 배출하는 纏耳를 감염으로 발생한 삼출성 중이염으로 볼 수 있다.

본 고찰 조사에서는 혈액형별로 삼출성 중이염의 발생빈도를 관찰하여 혈액형과 삼출성 중이염과의 관계를 밝혀 보고자 조사했는데 A형이 30%, B형 25%, AB형 13%, O형 13%의 분포를 보였다. 이는 우리나라 국민의 혈액형 분포도<sup>48)</sup>인 A형 32.6%, B형 27.6%, O형 29.7%, AB형 10.9%의 비율과는 차이가 있으나 본 고찰에서는 조사 대상환자가 적어 혈액형과 삼출성 중이염과의 상관성을 찾기 위해서는 앞으로 더 깊은 연구가 요구된다.

조사 대상자의 喜溫 喜冷에 관한 선호도를 조사하여 팔강 변증의 기초로 삼고자 했으나 1~19세군의 비교적 어린층은 찬 음식을 선호했고 20대 이상은 따뜻한 것을 선호하므로 이는 음식습관과 환경적 요인이 작용한 것으로 보여 임상상 가치가 없는 것으로 사려된다.

조사 대상자의 소화 상태를 관찰하였으나 소화 상태에 대한 자각 증상을 위주로 했기 때문에 객관적인 자료를 얻기 곤란했으며 단지 처방 구성에 참고가 될 뿐이었다.

본 고찰에서는 삼출성 중이염의 치료 처방으로 만형자산이 38%로 가장 많이 투약되었으며 오령산이 35%차지 하였다. 대체로 만형자산과 오령산을 같이 환자들에게 복용케 하였으며 비연증을 갖고 있는 환자들에게는 가미 방풍통성산이나 갈근탕이 이용되었으며 감기 증세가 있는 자는 형개연교탕, 폐독산류를 사용했고 편도선 질환이 있는 자는 형방지황탕을 사용했다. 그러나 삼출성 중이염은 이관 폐색, 감염, 알레르기 등을 원인

으로 보고 있고 한의학적으로는 腎虛, 肺氣虛, 風濕熱로 봤으므로 치료는 補腎陰이나, 潤肺補氣, 祛風清熱하는 處方을 이용해야 할 것으로 생각된다.

본 고찰에서는 치료기간이 12주 이상이 30%, 1주이내가 19%, 2~4주 17%로 나타났는데 이러한 결과로 볼때 이관폐쇄와 알레르기로 인한 삼출성 중이염은 12주이상 치료를 요하며, 감염에 의한 경우는 2~4주 정도 치료해야 할 것으로 사려된다.

끝으로 삼출성 중이염에 대한 한의학적 접근을 쉽게 하기 위해 다음과 같이 요약 하였다.

<삼출성 중이염에 대한 한의학적 소견>

原因	證	治法	治療期間
耳官閉塞	耳脹, 耳鳴, 鼻淵	補腎陰	12 週以上
알레르기	噴 嚏	潤肺補氣	12 週以上
감 염	纏 耳	祛風清熱	2~4 週

V. 결 과

1991년 3월 1일부터 1992년 2월 29일까지 경희대학교 한의과대학 부속한방병원 외관과에 래원한 47명의 삼출성 중이염 환자를 대상으로 임상적 분석과 관찰을 하였던 바 다음과 같은 결과를 얻었다.

1) 초진시 연령 및 성별 분포는 남자가 26명으로 55%, 여자는 21명 45%로 남자가 약간 높았으며 연령 분포는 1~9세군이 25명(53%)으로 가장 많았고 10~19세군 9명(19%), 30~39세군 4명

(10%) 순이었다.

2) 발생 시기별 빈도수는 1 4세군이 18명으로 가장 많았으며 25세이상은 9명, 5~9세군과 10~14세군이 각각 6명이었다.

3) 병력기간은 1년이하가 27명(57%)으로 가장 많았고 2~5년이 12명(26%), 10년이상 8명(17%) 순이었다.

4) 편·양측별 분포는 편측이 38%, 양측이 62%였다.

5) 유발 요인으로는 상기도 감염이 16명으로 가장 많았으며 알레르기성 비염 13명, 부비동염 8명 순이었고 삼출성중이염의 원인은 감염과 알레르기 및 이관폐쇄 등이었다.

6) 자각 증상은 청력 장애가 30%, 鼻塞 18%, 噴嚏 및 咳嗽 14%, 耳塞感 11%, 耳鳴 8%, 耳痛 7% 순이었고 삼출성 중이염의 주요症候群은 耳聾, 耳鳴, 鼻淵, 噴嚏, 纏耳證들 이었다.

7) 혈액형별 발생 비율은 A형 30%, B형 25%, AB형 13%, O형 13% 순이었다.

8) 환자의 喜溫·喜冷 선호도는 喜溫者 10명(21%), 喜冷者 32명(68%), 별다른 선호 경향이 없는자가 5명(11%)였다.

9) 환자의 소화 정도는 양호한자가 38명(81%), 불량한자가 9명(19%)였다.

10) 사용된 처방 비율을 보면 만항자산 38%로 가장 높고 오령산35%, 가미 방풍통선산 3% 순이었다.

11) 치료 기간별로는 12주 이상이 14명 1주이하가 9명, 2~4주가 8명 순이었다.

참고문헌

1. 김원희, 최달영: 장부변증론치, 서울, 정보사, p.251, 1988.

2. 류기원:진료와 우수처방, 서울, 성보사, p.11, 1986.
3. 백만기:최신이비인후과학, 서울, 일조각, p.88, 1988.
4. 정규만:동의소아과학, 서울, 행림출판사, p.35, 1985.
5. 채병윤:한방이비인후과학, 서울, 집문당, pp.196-214, 1986.
6. 홍원식:정고황제내경영추, 서울, 동양의학연구소출판사, p.115, 1987.
7. 강상섭, 노영수, 노수학:구개 편도 수술 소아의 Impedance 청력 검사에 관한 연구, 서울, 대한이비인후과학회지, 24:157-164, 1981.
8. 권우영:삼출성 중이염의 임상적 고찰-특히 Audiometry와 Tympanometry에 대하여-, 서울, 대한이비인후과학회지, 21-3:9-13, 1978.
9. 김수철, 유홍균:삼출성 중이염에 있어 부위별 중이강내 튜브 유치술에 대한 임상적 고찰, 서울, 대한이비인후과학회지, 29-3:356, 1986.
10. 김정국, 유홍균, 최종욱:삼출성 중이염에 있어서 유양 병소의 함기도에 관한 임상적 고찰, 서울, 대한이비인후과학회지, 29-1:31-37, 1986.
11. 노관택:만성 중이염 환자의 측두골 경화상에 관한 연구, 서울, 대한이비인후과학회지, 6:56-62, 1963.
12. 박현영, 김홍수, 이형석, 박철원, 안경성:삼출성 중이염 환자에서 면역 글로부린, 보체 및 단백에 관한 연구, 서울, 대한이비인후과학회지, 29-3:330-333, 1986.
13. 분태용, 박인용:실험적 중이 삼출액의 세포학적 고찰, 서울, 대한이비인후과학회지, 25:616 1982.
14. 민원식, 전병훈:면역 반응에 의한 삼출성 중이염의 발생기전에 관한 실험적 연구, 서울, 대한이비인후과학회지, 33-6:1071, 1990.
15. 신흥수:삼출성 중이염에 있어서 중이 저류액의 면역 글로부린에 관한 연구, 서울, 대한이비인후과학회지, 33-1:5-13, 1990.
16. 윤석근, 은성진:삼출성 중이염의 임상적 원인 질환, 서울, 대한이비인후과학회지, 33-1:37-43, 1990.
17. 윤석근, 장병수, 이성형:삼출성 중이염의 발생 빈도에 관한 연구, 서울, 대한이비인후과학회지, 33-2:241-245, 1990.
18. 장현수, 이경신, 최복남 등:삼출성 중이염의 임상적 고찰, 서울, 대한이비인후과학회지, 25:66-70, 1980.
19. 정재취, 이원범, 황성기, 윤양호, 이상화:삼출성 중이염의 임상적 고찰, 서울, 대한이비인후과학회지, 31-3:396-400, 1988.
20. 함태영, 노수학 김재기:장액성 및 점액성 중이염에 관한 임상 및 세포학적 관찰, 서울, 대한이비인후과학회지, 23:91, 1980.
21. 함태영, 박중진, 박순록 등:중이 effusion 의 impedance audiometry에 관한 관찰, 서울, 대한이비인후과학회지, 21-4:17-22, 1978.
22. 顧伯華:실용중의외과학, 북경, 상해과학기술출판사, p.562, 1985.
23. 吳謙:의종금감, 서울, 대성문화사, p.191, 1983.



24. 劉正才, 尤煥文:증의면역, 臺灣, 重慶 출판사, pp.8-62, 1983.
25. 陸青節:萬病醫藥顧問, 서울, 書苑堂 2. 권 8집, p.45, 1978.
26. 허준:동의보감, 서울, 남산당, p.121, 1983.
27. Paparella MM, Shumrick DA: Otolaryngology, Vol.2, 2nd. ed., Philadelphia, WB Saunders, 1422-1444, 1980.
28. Politzer, A:Textbook of the diseases of the ear & Adjacent organs, For students & practitioners, Philadelphia, Lea Brothers & Co., 3rd.ed., 1972.
29. Bernstein MJ. et al: Mucosubstances in otitis media with effusion, Ann. otol. Rhinol Laryngol., 88:334-338, 1979.
30. Bluestone CD:Recent advances in the Pathogenesis, diagnosis and management of otitis media, *Pediatr. clin., North America*, 28:727-755, 1981.
31. Cantekin EI:Gas absorption in the middle ear, *Ann. Otol. Rhinol Laryngol.*, 89: 71, 1980.
32. Dawes JDK:The eriology and sequelae of exudative otitis, *J Laryngol. otol.*, 84: 584 1970.
33. Derlacki EL:Allergy of the middle ear, *Trans. America Academy of Ophthal-otolaryngol.*, 61:91-96, 1957.
34. Drapper WL:Secretory otitis media in children, A Study of 540 children *Laryngoscope*, 77: 636 - 653, 1967.
35. Freeman MS, and Freeman RJ:Serous otitis Media America, *J Dis child.*, 99: 683-687, 1960.
36. Friedman I:The pathology of secretory otitis media, *proc. R Soc., Med.*, 56: 695, 1963.
37. Giebink GS, et al:The mictobiology of serous and mucoid otitis media, *Pediatr.*, 63: 915, 1979.
38. Holborow CA:Eustachian tubal function, Changes in anatomy and function with age ad relationship of changes to aural pathology, *Arch otolaryngol.*, 92: 624, 1970.
39. Juhn SK, Huff JS and Paparella MM:Biochemical analysis of middle ear effusions, *Ann. otol.*, 82: 196, 1973.
40. Kokko E. et al:Chronic secretory otitis media in children, *Acta otolaryngol.*, 327: 1-47, 1975.
41. Lemon AN:Serous otitis Media in children, *Laryngoscope*, 72:32- 44, 1962.
42. Lim DJ, DeMaria TF:Panel discussion: Pathogenesis of otitis media, bacteriology and immunology, *Laryngoscope*, 92: 278, 1982.
43. Mirko T. Gest P and Jesper B:Etiologic factors in secretory otitis, *Arch otolaryngol*, 105: 404-412, 1979.
44. Mogi G:Secretory Ig A and antibody activities in middle ear effusions, *Ann. otol. Rhinol. Laryngol.*, 85: 97, 1976.

45. Palva T, Lethinin T, Rinne J: Immune complex in middle ear fluid in chronic secretory otitis media, Ann. otol. Rhinol. Laryngol., 92: 42-44, 1983
46. Tanabe T: Clinical and experimental studies of the pathogenesis of exudative otitis media, J otolaryngology, Japan, 80: 583, 1970.
47. Tos M: The pathogenesis of chronic otitis media, Arch otolaryngol., 95: 511-521, 1972.
48. 신태양사 편집부: The great medical encyclopedia, 서울, 신태양사, p.61, 1991.

## ABSTRACT

### A Clinical Study of Otitis Media with Effusion in the Oriental Medicine.

We analyzed clinical study in 47 patients, who had visited to the Dept. of Otolaryngology, Hospital of Oriental Medicine, Kyung Hee University to treat Otitis media with effusion from March, 1991 to February, 1992.

The clinical etiology of O.M.E. was tubal occlusion, acute otitis, and allergy.

The clinical symptoms were hearing loss, tinnitus, sneezing, coughing, Chun-I(纏耳), and BEE-Yeon(鼻淵) in the Oriental Medicine.

The results were as follows.

1. There were 26 males (55%) and 21 females (45%) in sex.
2. The peak age at onset was 1-4 years old (11 Cases).
3. Bilateral effusion was in 62%, and unilateral in 38%.
4. The etiologic factors were upper respiratory infection 16 cases, Allergic rhinitis 13 cases, Sinusitis 8 cases, etc.
5. The most common chief complaint was hearing loss (30%).
6. There was no significant difference between blood types in O.M.E., ( A type 30%, B type 25%, AB type 13%, O type 13%, Unknown recorded 9% ).
7. 21% patients preferred warm and the others cold.
8. As for digestion, good was in 31 cases (81%), and poor 9 cases (19%).
9. Man-Hyung-Ja-San Extract was most used in treatments as 38%, O-Ryung-San 35% in descending order.
10. As for treatment period, 14 cases were treated over 12 weeks, 9 cases below 1 week