

수구증후군 양상을 보인 뇌졸중 환자 2례

박경훈, 강구형, 용형순*, 정용수*, 고성규*

우신향한방병원 내과, 상지대학교 한의과대학 순환기내과학교실*

Two case of Stroke patients assume an aspect of Cheiro-oral Syndrome

Kyoung-Hoon Park, Gu-Hyeng Kang, Hyung-Soon Yong*, Yong-Soo Jung*, Seong-Gyu Ko*

Internal Medicine, Woosinhyang Oriental Medicine Hospital
Department of Circulatory Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Sang-Ji University*

Cheiro-oral syndrome is characterized by a partial sensory disturbance in one hand and the ipsilateral oral corner. Its lesion is on the sensory track, and it is comparatively small. Most studies are case studies. These studies reported less than 10 cases.

We studied two cases. In one, we observed intracranial hemorrhage involving left thalamus, posterior limb of internal capsule about 5cc in brain computed tomographic scan. The case was shown paresthesia of the right hand and ipsilateral corner of the mouth. The patient also complained about disturbing dysstereognosis and disorder of graphaesthesia. In the other case, we observed nodular calcification at the left basal ganglia external capsule in brain computed tomographic scan. The patient also complained about dysesthesia of the right thumb and index finger, fatigue and verbal disturbance. These cases appeared to be typical strokes in the acute phase, but after acute phase, they had dysesthesia in the hand and perioral for three months.

Key Word : Cheiro-oral syndrome, dysesthesia, stroke

I. 緒 論

수구증후군은 동측의 손이나 손가락과 口角 부위에만 국소적으로 지속적인 감각장애를 보이는 경우를 말한다.^{1,2} 주로 편측에 한하여 나타나지만 양측으로 감각 장애가 나타나는 양측성 수구증후군이 나타나는 경우도 있으며,^{3,4,5} 입과 손뿐만 아니라 발에도 감각장애가 나타나는 수구족증후군⁶도 있다.

수구증후군의 양상은 발병 당시 감각장애를 호소하는 경우⁷가 일반적이며, 뇌졸중에서 보이는 운동장애와 감각장애를 동시에 호소하는 경우^{8,9}의 운동장

애는 일과성을 나타내고 있다.²¹

수구증후군에 대한 기존의 보고서를 살펴보면 대부분이 10명 이내의 증례보고 형식을 취하고 있으며, 그 중 순수 감각장애 수구증후군의 경우도 드물게 보고^{7,10,11}되고 있어 아직까지 명확한 정의가 이루어지지 않았고, 임상양상의 기록도 풍부하지 않으며, 수구증후군 자체의 개념도 널리 알려져 있지 않고 있다.

이에 저자는 우신향한방병원 내과에서 뇌 컴퓨터단층촬영술을 통해 뇌졸중의 진단을 받은 환자로서 수구증후군의 양상을 보이는 환자 2례를 경험하였기에 임상 양상과 더불어 기존의 연구 결

과 및 저자의 잠정적 개념을 보고하는 바이다.

II. 症 例

증례 1

고** f/64

- 발병일 : 2000년 7월 9일 오후 11시 20분
- 입원기간 : 2000년 7월 9일 ~ 2000년 8월 25일 (47일간)
- 발병양상: 갑자기 발병
- 과거력: 고혈압(1990년부터 혈압약 복용)
백내장(1997년 심부전으로 수술 연기, 그후 별무조치)
심부전(1997년 백내장 치료를 위해

접수 : 2001년 6월 28일 채택 : 2001년 8월 2일
교신저자 : 박경훈 (서울시 강동구 성내동 551-3번지 우신향한방병원 내과, 전화: 02-477-9661, 팩스 : 02)488-8001, E-mail : pkh2020@hanmail.net)

입원했다가 발견. 별무치료)

- 주소증상 : 우반신무력감과 握力低下, 우안면 마비등감으로 음식을 씹을 때 구강내의 불이 씹히고, 약간의 설편위가 있으면서 말을 할 때 힘들어 하고, 머리가 멍한 정도의 頭重感을 호소하였다.
- 신경학적 검사 : 입원 당시의 생체징후는 혈압 220/140mmHg, 맥박수 80회/min, 호흡수 20회/min, 체온 36.2였으며, 의식은 명료하고, 대광 반사는 정상이며, 주관절과 슬관절의 심부건반사는 우측이 항진되어 있었으며, Babinski's sign은 정상이고, 족간대성 경련은 나타나지 않았으며, 근력의 저하와 口角의 감각장애는 있었으나 味覺은 정상이었다. 오른손과 우측 구각부에 가벼운 촉지에 대한 감각인지장애(paresthesia)가 나타나고, 자발적 麻木不仁의 감각장애(dysesthesia)가 있었다. 두점식별(two-point discrimination) 촉진상한 점으로만 인식하는 장애가 있었으며, 서화감각(graphesthesia)에서는 魚際부위에 쓴 숫자나 글자를 제대로 인식하지 못하였다.
- 뇌 전산화 단층촬영 : Acute Hypertensive small ICH involving left thalamus, posterior limb of internal capsule. Size 2 × 1 × 5cm (about 5cc).
- 변증 : 卒中風, 麻木不仁
- 진단과 치료 : 약물치료 - 陽剛堅密하고 胸膈의 증상을 가진 太陰人으로 진단하여 淸心蓮子湯을 처방하고, 취침전에는 牛黃淸心丸을

투여함.

침치료 - 입원 당시 中風七處穴로 시술하던 중 뚜렷한 감각장애를 보인 후에는 감각장애를 나타내는 부위가 手陽明大腸經의 流注와 거의 일치하므로 陽明經病으로 진단하여 大腸正格을 시술함.

- 임상경과 : 頭重感은 입원 3일째 소실되었으며, 우반신 무력감과 악력 저하는 입원 7일째 거의 회복되어 가동관절범위가 정상적이었다. 안면하부의 감각장애는 입원 다음날 자각적 열감을 동반했으나 입원 2일째 열감은 소실되고 감각장애는 지속되었으며, 음식을 씹을 때 음식물이 물리는 증상은 없었고, 구강내부의 불이 씹히는 양상은 조금씩 줄어들다가 입원 10일경부터 거의 소실되었다.

손의 감각장애는 입원 다음날 자각적 냉감과 멍멍하고 저린감을 동시에 호소하다가 입원 3일째 냉감이 소실된 후에는 멍멍하고 저린 감각장애가 계속 유지되었다.

대화시 발음은 처음부터 별 문제 없이 분명했으나, 말을 많이 하거나 빨리 말을 하려하면 발음이 부정확하고 피로감을 호소하였다. 설편위는

입원 당시 약 20° 정도였으며 약간씩 호전도를 보여 퇴원 당시 약 3~5° 정도 편위가 남아있었다.

그후 右手의 麻痺感과 안면부의 鈍感은 감소되었으나 사라지지 않고 지속되었으며, 퇴원후 약 3개월 가량 통원치료를 받는 과정에서 우측 구각부와 오른손의 감각장애, 두점식별장애 및 서화감각 장애는 지속되었다(Table 1).

감각 검사 : 표재 감각검사로는 온도각, 통각, 가벼운 촉각이 있으며, 심부 감각으로는 진동각, 위치각, 운동각을, 복합감각으로는 2점 식별, 피부서자 검사, 입체인지 검사가 시행된다. 이 중에서 온도각, 통각, 촉각, 자발적 이상감각, 2점 식별, 피부서자 검사를 실시하였다.

감각이상에 대한 평가 방법은 각각의 검사 항목마다 다음과 같은 방법으로 평가하였다. 온도각은 40℃의 물과 10℃의 물을 무작위로 피부에 접촉시켜 차가운지 뜨거운지 말하도록 했으며, 통각은 침으로 정상부위와 환부를 교대로 가볍게 자극하여 느낌이 어떠한지 말하도록 했다. 촉각 검사의 점수는 건축의 감각과 환측의 감각을 비교 측정하여 건축대

Table 1. Sensory examination of case 1

	Onset	1 month later	3 month later
Sensory of Pain & Temperature	preserved	preserved	preserved
Sense of Touch(%)	20	30	30
Dysesthesia(%)	100	80	80
Two-point discrimination (mm)			
Perioral	25	18	17
Hand	38	22	24
Skin writing test(○,×)	×	×	×

1) 淸心蓮子湯 : 蓮子肉 山藥 各二錢 天門冬 麥門冬 遠志 石菖蒲 酸棗仁 龍眼肉 柏子仁 黃芩 蘿菈子 各一錢 甘菊花 三分

비 백분율로 나타내었고, 자발적 이상감각은 발병시의 이상감각을 기준 100%로 하여 치료 경과에 따라 감소되는 이상감각을 백분율로 나타내었으며, 두 점 인식력은 두 점으로 인식할 수 있는 간격부터 시작하여 차츰 거리를 좁혀나가면서 측정하는데 두 점으로 인식하는 최단거리를 측정하였으며, 입술주위(地倉과 頰車 사이를 선상기준으로 하여 측정)와 수지부위(三間과 陽谿 사이를 선상으로 하여 측정)로 나누어 측정하였다. 또 서화인식력은 손바닥에 0에서 9까지의 숫자 중에서 한 개의 숫자를 써서 인식의 여부로 판단하였다.

증례 2

최** f/56

- 발병일 : 2000년 10월 3일 오전 6시경
- 입원기간 : 2000년 10월 3일 ~ 2000년 10월 11일 (9일간)
- 과거력 : 신장의 결석으로 10년전 수술.
- 주소 : 심한 피로, 불면, 우측 안면마목감, 語鈍으로 말을 할수록 말하기 힘들어함, 보행장애(보행시 우측으로 몸이 약간 기울어 걸음), 우측 상하지무력감, 두통, 오심, 현훈, 面色萎黃, 舌苔黃厚, 脈弦細, 自汗의 양상이 나타남.
- 신경학적 검사 : 생체 징후는 혈압 180/130mmHg, 맥박수 72회/분, 호흡수 22회/분, 체온 37.1 였으며, 내원 당시 의식은 명료하였으나, 대

광반사상 우측 동공수축 반응이 약간 더였으며, 심부건반사는 정상이었으며, Babinski's Sign은 정상이었고, Romberg's Sign도 정상이었다.

구역반사는 정상으로 연하장애는 없었으나 우측으로 味覺 저하를 호소하였다. 좌우 수족을 비교하여 온도각과 통각에 대한 장애는 없었고, 우측 하부 안면의 口角부위와 拇指次指에 자발적 감각장애가 있었다. 진동각둔마(hypopallesthesia)는 나타나지 않았다.

- 뇌전산화 단층촬영 : Nodular calcification at left basal ganglia external capsule
- 변증 : 血虛生風
- 진단과 치료 : 약물치료 - 養血熄風하기 위해 補肝湯加味²⁾를 처방하고, 취침전에는 牛黃清心丸을 투여함. 입원 4일째부터 雙和湯³⁾으로 처방을 바꿔 투여함.
- 침치료 - 입원 당시 中風七處穴로 시술하였으며 입과 손의 국소적 감각장애를 보인 후에는 陽明經病으로 진단하여 大腸正格을 시술함.

- 임상경과 : 입원 3일 전부터 유동식을 섭취하면 음식물이 우측으로 흐르는 느낌이 있었으나 실제로 음식물이 흐르지는 않았으며, 우측의 안구 충혈이 나타나면서 보행시 오른쪽으로 힘이 빠지는 증상이 나타났다.

내원 당일 아침 갑자기 미약한 語鈍이 생기면서 두통, 심한 피로감과 함께 우측 상하지에 무력감과 우측 口角에 麻木感이 심해졌다. 음식물을 씹을 때 구강내부가 씹히는 경우가 간혹 있었으며, 舌苔黃厚, 自汗의 증상을 동반하였다. 다음날(입원 2일째) 미약한 현훈, 오심 증상과 두통을 호소하였으나 그 날 저녁에 오심, 두통은 소실되었으며, 대광반사는 정상이었다. 입원 3일째 숙면을 취한 후 환자는 현훈, 피로감이 줄어들고, 시간이 지날수록 환자는 안정되었으나 쉽게 피로를 느꼈다.

10월 9일(입원 7일째) 보행은 정상적으로 회복됐으나 50M가량 걸으면 피로를 느끼는 정도였으며, 10월 11일(입원 9일째) 퇴원시 우측 口角부위와 右手의 魚際, 手背 부위에 둔

Table 2. Sensory examination of case 2

	Onset	1 month later	3 month later	
Sensory of Pain & Temperature	preserved	preserved	preserved	
Sense of Touch (%)	20	20	20	
Dysesthesia (%)	100	70	70	
Two-point discrimination (mm)	Perioral	35	23	21
	Hand	42	31	30
Skin writing test(○,×)	×	×	×	

2) 補肝湯加味 : 黃芪3g, 人蔘 白茯苓 葛根 各 1.125g, 甘草炙 蒼朮 各 1.875g, 豬苓 升麻 各 1.5g, 知母 柴胡 羌活 陳皮 當歸身 防風 澤瀉 連翹 各 0.75g 鈞鈎藤 白僵蠶 羚羊角 各 1.876g
 3) 雙和湯 : 白芍藥 二錢五分 熟地黃 黃芪 當歸 川芎 各一錢 桂皮 甘草 各七分半 生薑三片 大棗二枚

감을 호소하였다.

퇴원 후 약 3개월 간의 통원 치료를 시행했으나 입술과 손에 국한된 감각장애는 여전하였으며, 대화를 많이 하면 말을 하기가 힘들고 언어가 둔해지는 증상은 별무호전의 상태였다(Table 2).

- 감각 검사 : 증례 1과 같은 방식으로 시행하였다.

III. 考 察

이상지각은 한의학적으로 모두 痺證 내지는 麻木 등의 범주에 속하며 이들 지각이상은 지각의 둔마 내지는 마비 또는 지각의 과민과 혹은 경우에 따라서는 경미한 운동마비까지를 포함한다¹².

痺症은 일반적으로 저리다는 말로 흔히 표현되나, 그밖에 지르르한, 얼얼한, 옥신옥신한, 따끔따끔한, 화끈화끈한 느낌의 異常知覺을 뜻하는 경우가 많다¹³.

麻木은 오래 앉아 있다가 일어났을 때 두 다리에 느끼는 저린 느낌의 지각이상을 말한다. 麻木은 또한 不仁과도 통한다. 不仁은 전신 혹은 사지를 마치 끈으로 묶어 놓았다가 풀어 놓았을 때 처음 느끼는 절절거리며 너무 저려서 痛痺 감각을 알지 못하는 지각이상, 즉 마비를 말하는 것으로 麻木보다는 그 정도가 심한 것이다¹³.

중풍과 관련된 痺證의 경우를 風痺라 하는데 風痺가 발생하는 원인에 대해 “風痺之始 - 內經曰 汗出而風吹之血凝於膚者則爲痺...중략...虛邪中人 留而不去則爲痺衛氣不行則爲不仁”¹⁴, “痺病治法 - ...痺證因虛而感風寒濕之邪既着體不去...”¹⁴라 하여 땀을 흘린 후 또는 精氣가 虛한 틈을 타고 風寒濕의 邪氣가 체내에 머물러 생긴다고 하였다.

한의학에서 “中風微漸 - 凡人初覺食

指次指麻木不仁或不用者三年內必中風之候也...중략...其中風者必有先兆之證 覺大拇指及次指麻木不仁 或手足少力 或肌肉微 者此先兆也”¹⁴라 하여 중풍의 전조증의 증상으로서 拇指次指的 麻木不仁과 수족의 少力증상이 먼저 나타난다고 하였다.

手陽明大腸經의 流注를 살펴보면 “其脈起于大指次指之端...중략...其支者 從缺盆上頸貫頰 入下齒縫中 還出挾口交人中左之右 右之左 上俠鼻孔 循禾迎香而終, 以交于足陽明也.”¹⁵로 大指次指에서 시작하여 입주위를 돌아 迎香穴에 이른다.

졸중증의 범주에 속하는 수구증후군이 동측의 손과 입술주변의 감각장애를 호소하는 것으로 보아 이것이 중풍의 전조증으로서의 拇指次指的 麻木不仁과 手陽明大腸經의 유주를 살펴보면 연관성이 있을 것으로 추정하였다.

수구증후군이 나타나는 경우의 신경해부학적 손상 부위를 살펴보면 뇌간 손상 가장 많이 보고되고 있으며,^{1,3,5,7,16} 시상의 경우도 보고되며,^{4,6,17,18} 그외 시상피질 투사로,^{6,19,20} 내포에서 대뇌피질로의 방사관,^{9,21} 경막하,⁴ 두정엽²² 등이 해당된다. 본 증례에서는 시상과 내포 후각 및 외포 기저핵 부위에 손상이 있었다.

손상의 종류를 살펴보면 열공경색(lacunar Infarction)이 가장 흔하게 보고^{4,9,19,21}되고 있으며, 소량의 뇌출혈^{1,5,22}이나 혈종⁷ 또는 종양,²³ 기저동맥류⁸ 등이 보고된다. 본 증례는 뇌출혈과 결절성 석회화로 진단되었다.

부위에 따른 임상적 손상의 종류를 구분하여 수구증후군을 분류한 경우도 있는데 시상의 경우에는 경색으로 인해, 피질의 경우에는 경색이나 종양으로 인해, 교뇌의 경우에는 출혈로 인해 발생

한다는 주장²²도 있다.

수구증후군에서 보이는 감각장애(sensory disturbance)의 양상을 살펴보면 객관적 감각장애 없이 주관적인 감각장애를 나타나는 경우^{6,23}가 있으며, 의적자극으로 일어나는 이상감각(paresthesia)을 호소하는 경우,^{3,16} 또는 자극 없이 자발적으로 일어나는 이상감각(dysesthesia)을 호소하는 경우,^{5,9,10} 혹은 촉각의 둔마(hyepsthesia)를 호소하는 경우^{8,23,24}도 있다. 그러나 이들에서의 공통점은 온도와 통각에 대한 감각장애는 나타나지 않고 보존된다는 것이다.^{8,10,24} 복합감각의 장애를 동반하는 경우도 있는데 입체인지(stereognosis)와 서화감각(graphesthesia)을 포함하는 경우²³도 보고된다. 증례의 경우는 자각적, 타각적 이상감각을 호소하였고 그중 1례에서는 복합감각장애를 동반하였으며, 2례 모두 온도각과 통각은 보존되었다.

수구증후군에서 운동장애가 나타나는 경우가 있는데, 수구증후군과 함께 손동작이 서툴고 구어장애를 호소하는 경우²¹도 있으며, 발병 당시 실조성 반신부전을 동반한 수구증후군으로 진단 받은 경우⁹도 있으나 이때 나타나는 운동의 장애는 일과성으로 표현된다.^{9,21,22} 증례에서는 처음 발병당시 감각장애와 함께 환측에는 무력감과 운동장애를 동반하였으나 7일 이내에 회복되는 일과성 증상이었다.

이처럼 운동장애와 감각장애가 동시에 나타나는 이유로 해부학적 위치상 근접해 있는 피질교뇌로(cortico-pontine track)와 시상피질투사로(thalamo-cortical projection)가 함께 손상된 경우⁹ 또는 내포나 방사관 가까이 위치한 추체로까지 손상이 동반된 경우²¹이다. 이 경우의 운동장애는 상하지 위약감과 반

신부전 실조로 나타나며? 감각장애는 순수 감각뇌졸중이라고 하더라도 거의가 척수시상로성 감각이상을 가진다.¹⁶

수구증후군에 있어 감각장애가 손과 입에 국한하여 나타나는 이유는 명확하지 않으나, 일반적으로는 손과 입의 체성감각 신경 섬유 위치가 방사관, 시상핵내 혹은 뇌간의 내측 용대에서 매우 인접되어 있기 때문에 이들 부위의 작은 병소로 인하여 손과 발에 국한된 감각 이상이 유발된다고 한다.²⁰

시상의 병변으로는 시상의 복저핵 중에서 복후외측핵 (ventral posterolateral nucleus)의 하부와 내부(inferior and internal part)는 손을 담당하고, 복후내측핵 (ventral posteromedial nucleus)의 가장 외부(the most external part)는 구각을 담당하는데, 이 두 부위는 시상 내에서 같은 복저핵에 속하고 손과 입을 담당하며, 시상의 소인(homunculus)으로 보면 아주 가깝기 때문이라는 주장¹⁸이 있으며, 내포 손상의 경우 내포 후각(the posterior limb of the internal capsule)의 슬부와 전부(the genu and the anterior part)가 손과 입의 이웃한 체성감각 부위이기 때문이라는 주장²¹도 있으며, 대뇌피질에 표시되는 일차 체성감각영역을 살펴보면 손과 얼굴을 대표하는 피질영역의 넓이는 동체와 하지의 투사영역의 넓이와 유사한 수준으로 크며, 이는 감수체 수효에 비례해서 피질 영역의 넓이도 커져 있는 것으로서 손가락이나 입술을 대표하는 신경세포의 수효가 상대적으로 많고²² 또 두 부위가 상접한 넓은 영역²⁰이므로 구조적 손상을 받기 쉽다는 설도 있다.

뇌간의 경우에는 국소 신경학적으로 볼 때 뇌간의 정중방뇌교피개(paramedian pontine tegmentum)의 가장 내측

에 반대측 얼굴의 판별성 감각을 담당하는 교차한 복삼차시상로 (ventral trigeminothalamic track)가 있으며, 그 외측으로 내측 용대 (medial lemniscus)가 있고, 내측 용대의 가장 내측이 상지, 외측이 하지의 감각을 담당한다고 알려져 있으며, 보다 외측에 척수시상로가 위치하므로, 정중방뇌교피개에 충분히 작은 크기의 병변이 있을 경우 상대적으로 외측에 위치한 외척수시상로가 침범되지 않을 수 있어 순수감각뇌졸중의 수구증후군을 나타낼 수 있다.^{7,16}고 한다.

감각이상에 대한 양상이 다른 이유는 상행 감각신경로상의 병변이 배측주(dorsal column)를 손상시키면 동측의 두 점을 식별하는 것과 같은 공간적 촉각, 운동촉각이 장애를 받는데 비하여 전외측속(anterolateral funiculus)이 손상을 입으면 손상 받은 신경의 해당 감수체에 따른 감각, 즉 온도 또는 통각 등이 장애¹¹를 받기 때문이며, 시상 병변의 경우에는 대부분이 모든 감각종류의 이상을 보이는데 내측용대성 지각은 복후외측핵의 미부에 치밀하게 분포하는 반면, 척수시상로는 후핵, 복후외측핵, 중앙외측핵에 걸쳐 산재되어 있어 이로 인해 복후외측핵의 미부에 한정된 작은 병변이 내측용대성 감각이상 만을 가진 순수감각이상을 일으키는 것으로 설명하였다.¹⁶

수구증후군으로 인한 감각장애의 회복 기간에 대한 언급은 드물다. 감각장애가 16개월 동안 지속됐다는 보고⁷도 있으며, 3개월 추적후 점차 호전되는 경향을 보였으며 손에 국한된 이상감각은 지속적으로 호소하였다는 보고^{10,16}도 있으며 5개월이 지난 후부터 손의 이상감각을 호소하지 않았다는 보고¹⁰도 있다. 증례의 경우에는 입원기간 외의 3개월

간의 통원치료 기간동안 감각장애의 증상은 거의 동일한 강도로 지속되었다.

이상에서 살펴본 수구증후군의 특징은 손과 입에 국한되는 감각 장애 외의 다른 신경학적 증상은 거의 나타나지 않으며, 운동 장애가 나타나는 경우에는 일과성의 양상을 띄는 것이었다. 감각장애를 호소하는 부위에 대한 기존의 연구에서는 口角에만 감각장애를 호소하는 경우도 수구증후군의 분류에 속하는지에 대해 견해가 뚜렷치 않고,¹⁷ 수구증후군처럼 동측의 발에도 감각장애를 나타내는 경우를 넓은 의미의 수구증후군에 포함시키고 있으며, 드물게 흉곽이나 어깨 부위를 포함한 손과 입의 감각장애를 호소하는 경우도 수구증후군으로 발표되고 있어^{6,25} 수구증후군으로 감각장애를 나타내는 부위가 차이를 보이고 있다. 감각장애의 양상에 대해서도 타각적 감각이상과 자각적 감각 장애의 용어가 혼재되어 발표되고 있는데 각각의 연구가 증례에 나타나는 감각장애의 양상을 보고하는 형식을 취하고 있어 수구증후군을 정의하는 용어의 통일성이 없다. 병변의 손상 양상이 출혈과 경색, 혈종, 종양 등으로 다양하지만 이러한 차이가 신경학적 차이로 표현된 경우는 보고되어 있지 않다. 또한 수구증후군을 나타내는 뇌병소의 크기는 작지만 어느 정도의 크기에서 수구증후군이 나타나는가에 대한 확실한 연구결과는 확립되어 있지 않다.

감각장애를 주 증상으로 하는 뇌졸중의 경우 감각장애의 양상이 지각둔마, 저림, 한열감, 통증 및 지각과민 등으로 나타나는 반면 수구증후군에 있어서는 온도와 통각에 대한 감각장애는 나타나지 않으며, 감각장애를 호소하는 부위에 있어서도 반신, 두항부, 안면부, 상하지 등에서 감각장애를 호소하는 반면 수구

증후군에 있어서는 손과 口角에만 국한된 부위에서 감각장애를 호소하였다.

위에서 살펴본 바와 같이 수구증후군에 대한 연구보고는 다른 뇌 병변에 비하여 활발하게 이루어져 있지 않으며, 수구증후군에서 나타나는 감각장애의 양상에 대한 객관적 판단기준과 감각장애가 발생하는 부위, 감각장애의 회복기간 또는 지속기간 등에 대한 연구결과는 아직 확정되어 있지 않다.

이에 본 저자는 '수구증후군이란 뇌졸중으로 인해 운동장애 없이 손과 입에 있어 온도각과 통각은 유지되는 자각적 감각장애를 호소하는 경우로 증상이 3개월 이상 지속되는 증후군' 이라고 개념을 규정하고자 한다. 임상에서 손과 입에 국한된 麻木不仁이나 痺證을 호소하는 환자를 접할 경우, 이를 단순한 감각장애로만 볼 것이 아니라 뇌졸중의 가능성을 고려해보아야 할 것이다. 추후 연구를 통해 수구증후군에서 나타나는 감각장애의 장기적인 관찰조사와 그 양상에 대한 객관적 판단기준을 정하고, 감각장애 부위에 대한 명확한 분류가 필요할 것이라 사료된다.

IV. 參考文獻

- Ikeda K, Iwasaki Y, Kishi H, Imai K, Kinoshita M. Brainstem cheiro-oral syndrome: neurological signs for brain stem lesions. *Clin Neurol Neurosurg* 1995 May;97(2):192-4.
- Ten Holter J, Tijssen C. Cheiro-oral syndrome: does it have a specific localizing value? *Eur Neurol* 1988; 28(6):326-30.
- Yasuda Y, Watanabe T, Tanaka H, Ogura A. Localizing value of bilateral cheiro-oral sensory impairment. *Intern Med* 1998 Nov;37(11):982-5.
- Chen WH, Lan MY, Chang YY, Liu JS, Chou MS, Chen SS. Bilateral cheiro-oral syndrome. *Clin Neurol Neurosurg* 1997 Dec;99(4):239-43.
- Hasegawa Y, Okada H, Okamoto S. Neuro-Behcet disease with bilateral cheiro-oral syndrome following simultaneous multiple brain hemorrhage. *Rinsho Shinkeigaku* 1991 Jul;31(7):754-9.
- Yasuda Y, Watanabe T, Tanaka H, Akiguchi I, Kimura J, Kameyama M. Unusual sensory disturbance in the thoracic region after stroke: relationship to cheiro-oral and cheiro-oral-pedal syndrome. *J Neurol Sci* 1997 Dec 9;153(1):68-75.
- Huang MH, Chu NS. Pure cheiro-oral syndrome due to a small pontine hematoma: report of a case and review of the literature. *J Formos Med Assoc* 1994 Jul;93(7):636-9.
- Nakayasu H, Sue S, Takahashi K, Hori T, Hokama Y. A mechanism of cheiro-oral syndrome due to brainstem lesions, a case of a dissecting aneurysm of the basilar artery. *Rinsho Shinkeigaku* 1991 May;31(5):550-3.
- Hotta M, Yasaka M, Moriyasu H, Oita J, Yamaguchi T. Ataxic hemiparesis with ipsilateral cheiro-oral syndrome due to a single lacunar infarct at the border between the posterior limb of the internal capsule and the corona radiata. *Rinsho Shinkeigaku* 1994 Feb;34(2):163-6.
- 정두신, 이보람, 조상걸, 박형국, 신현걸, 성기범. 뇌간경색증후 핵간안근마비를 동반한 수구증후군. *대한신경과학회지* 1998; 16(2):229-32.
- 성호경, 이상돈. 생리학. 5판. 서울:의학문화사;1992, 484-8.
- 임장신, 김영석, 문상관, 고창남, 조기호, 배형섭, 이경섭. 증풍(뇌졸중) 환자의 이상감각에 대한 임상적 연구. *大韓韓方內科學會誌*.1999;19(2)別策附錄:29-40.
- 김영석. 임상중풍학. 초판. 서울:서원당;1997, 489-491.
- 許浚. 原本 東醫寶鑑. 新增版5刷. 서울:南山堂; 1998, 359,370-1.
- 楊繼洲. 針灸大成校釋. 1版6次. 北京:人民衛生出版社;1995,725-7.
- 배영희, 김중성. 뇌간병변에 의한 순수감각 뇌졸중. *대한신경과학회지* 1997;5(3): 488-492.
- Iwasaki Y, Kinoshita M, Ikeda K, Takamiya K, Shiojima T. Oral syndrome: an incomplete form of cheiro-oral syndrome? *Int J Neurosci* 1991 Jun;58(3-4):271-3.
- Lapresle J. Sensory syndrome of the cheiro-oral area due to a local lesion of the thalamus: contribution to the knowledge of the nervous system in humans. *Bull Acad Natl Med* 1991 Mar;175(3):453-7; discussion 457-8.
- Yasuda Y, Watanabe T, Akiguchi I, Kimura J, Kameyama M. Cheiro-oral-pedal syndrome in the lesion of thalamocortical projections. *Clin Neurol Neurosurg* 1994 May;96(2): 185-7.
- Isono O, Kawamura M, Shiota J, Araki S, Hirayama K. Cheiro-oral topography of sensory disturbances due to lesions of thalamocortical projections. *Neurology* 1993 Jan;43(1):51-5.
- Takahashi N, Kawamura M, Hirayama K. Motor paresis with cheiro-oral topography due to small infarct in the internal capsule or the corona radiata. *Rinsho Shinkeigaku* 1997 Jan;37(1):7-12.
- Ngai WK, Chang YY, Liu JS, Chen SS. Cheiro-oral syndrome: identification of the lesion sites and a proposal for its clinical classification. *Gaoxiang Yi Xue Ke Xue Za Zhi* 1991 Oct; 7(10):536-41.
- Bogousslavsky J, Dizerens K, Regli F, Despland PA. Opercular cheiro-oral syndrome. *Arch Neurol* 1991 Jun; 48(6):658-61.
- Ide M, Yamamoto M, Jimbo M, Enomoto N. Cheiro-oral syndrome with pontine infarct--report of a case. *No To Shinkei* 1985 Feb;37(2):181-6.
- Omae T, Tsuchiya T, Yamaguchi T. Cheiro-oral syndrome due to lesions in the corona radiata. *Stroke* 1992 Apr; 23(4):599-601.