

## 核性 顔面神經麻痺 환자 증례 1例

이태현, 김봉석, 임희용, 김승모, 박재현

경산대학교 부속 대구한방병원 1내과교실

### A Clinical Report on One Case of Nuclear Facial Nerve Paralysis

Tae-Hyun Lee, Bong-Suk Kim, Hee-Yong Lim, Seong-Mo Kim, Jae-Hyun Park

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Kyungsan University

Facial nerve paralysis is classified as Supranuclear, Peripheral and Nuclear. It is mostly Spontaneous Peripheral Facial Paralysis(Bell's palsy) or Supranuclear Paralysis by C.V.A, but Nuclear Facial Nerve Paralysis is rarely reported.

We treated a 64-years-old female patient who had 7-years history of C.V.A with hypertension and heart disease, and complained of these symptoms; left facial palsy, ocular dysmetria, diplopia, and right extremity weakness. We diagnosed as direct attack from the wind pathogen(風邪入中) with deficiency of both Gi(Qi, vital energy) and blood(氣血兩虛), and employed Oriental medical treatments; herb-medication, acupuncture and moxa therapy. The result was relatively acceptable. So We report this case with a brief review of related literatures.

**Key Words:** Facial paralysis, nuclear facial nerve, paralysis, facial palsy

### 1. 緒 論

顔面神經麻痺란 顔面神經의 손상으로 환측 안면근육의 마비를 주소로 하고 기타 미각장애, 타액분비의 감소, 청각과민, 耳後疼痛, 耳鳴, 눈물의 감소 등이 동반하는 마비질환<sup>1,2</sup>으로 손상부위에 따라 末梢顔面神經麻痺(Peripheral paralysis), 核麻痺(Nuclear paralysis), 核上麻痺(Supranuclear palsy)로 분류한다<sup>3</sup>.

韓醫學에서는 症狀를 위주로 하여 입과 눈이 모두 돌아간 경우를 口眼喎斜라 칭하고 口角만 빠들어진 것을 喎僻, 口僻, 口喎, 口禁喎斜, 혹은 口喎僻으로

표현하였다. 口眼喎斜의 原因은 안면 經絡上에 風, 寒, 熱 邪氣의 侵入과 氣虛, 血虛, 內傷 등이 根本이므로 原因에 따른 治療를 꾀하고 있으며 藥物治療는 牽正散, 理氣祛風散, 補中益氣湯 등을 基本方으로 하여 환자상태에 따라 加減하고 기타 變證에 따라 다른 處方을 사용한다<sup>4</sup>.

顔面神經麻痺는 人體의 外觀上 가장 중요한 부위인 안면부의 마비라는 점에서 患者에게 미치는 肉體的, 心理的 영향이 상당히 심각하다고 할 수 있으며, 심한 경우에는 우울증과 같은 정신질환까지 일으킬 수 있으므로 정확한 診斷과 豫候에 대한 판단 및 조 기치료가 중요하다고 할 수 있다<sup>5</sup>.

口眼喎斜에 대한 연구 논문으로는 李 등<sup>6</sup>, 金 등<sup>7</sup>, 安 등<sup>8</sup>의 臨床報告가 있으며 特發性顔面神經麻痺(Bell's Palsy)患者에 대한 臨床報告가 대부분이고 核

· 접수 : 2003년 3월 13일 · 채택 : 2003년 4월 30일  
· 교신저자 : 이태현, 대구광역시 수성구 상동 165 경산대학교 부속한방병원 한방1내과 의국  
(Tel: 053-770-2177 Fax: 053-770-2169, E-mail: not2wing@hanmail.net)

**Table 1. Herb medication**

期 間	處 方	構 成 藥 物
입원1-4일(8/9-12)	涼膈散火湯	生地黃, 忍冬草, 蓮翹 各8g, 石膏, 防風, 薄荷, 荊芥, 梔子 各4g
입원5-8일(8/13-16)	理氣祛風散合牽正散	釣鈎藤 12g, 羌活, 白殭蠶(炒) 各6g, 生薑, 半夏, 防風, 桔梗, 白附子(炒), 甘草, 白芷, 荊芥, 南星(包), 烏藥, 全蟲, 獨活, 穀穀, 陳皮, 川芎, 青皮, 天麻 各 4g
입원9-16일(8/17-24)	加味補益湯	黃耆, 釣鈎藤 各 8g, 甘草, 當歸, 藿香, 白殭蠶(炒), 白茯苓, 白芍藥, 白芷, 白朮, 乾薑, 半夏(薑半), 天麻, 砂仁, 川芎, 枳殼, 熟地黃, 桔梗, 肉桂, 人參 各 4g, 生薑 3g, 柴胡, 大棗, 升麻 各 2g

**Table 2. Yanagihara's grading system**

	Scale of five rating
At rest	0 1 2 3 4
Wrinkle forehead	0 1 2 3 4
Blink	0 1 2 3 4
Closure of eye lightly	0 1 2 3 4
Closure of eye tightly	0 1 2 3 4
Closure of eye on involved side only	0 1 2 3 4
Wrinkle nose	0 1 2 3 4
Whistle	0 1 2 3 4
Grin	0 1 2 3 4
Depress lower lip	0 1 2 3 4

性顔面神經麻痺에 대한 보고는 매우 드물었다. 이에  
 論者는 본원에 뇌경색으로 인한 核性顔面神經麻痺  
 환자에 대하여 한방요법으로 치료하여 유효한 효과  
 를 보였기에 報告하는 바이다.

## II. 研究對象 및 方法

### 1. 研究對象

2002년 8월 9일부터 2002년 9월 6일까지 본원에  
 뇌경색으로 인한 우측 상하지 무력감과 동반한 안면  
 신경마비를 주소로 입원, 통원 치료중인 환자 1인을  
 대상으로 하였다.

### 2. 治療

#### 1) 針治療

通氣針灸針 0.25×40mm를 사용하여 陽白, 攢竹,  
 睛明, 四白, 迎香, 下關, 太陽, 人中, 承漿, 地倉, 頰車,  
 風, 風池, 合谷, 太衝, 足三里 등의 穴에 敵意加減  
 하여 1일 1회 15-20分間 留針함을 원칙으로 시술하  
 였다.

#### 2) 灸治療

患側 顔面部 전체에 溫灸 또는 竹鹽灸를 1일 1회 2  
 장 시술하였으며 中脘과 關元에 神氣灸를 1일 1회 2  
 장 시술하였다.

#### 3) 物理治療

通經絡療法으로 患側 顔面部에 神經根治療機  
 (Neurotech, BMR Ltd.)를 사용하였고, 定經絡療法으  
 로 光線을 이용한 탄소봉광선요법(Carbon, 광선치료  
 기, 신진의료기) 1일 1회 20분간 照射하였다.

#### 4) 藥物治療

Herb medication : Table 1.

### 3. 평가방법

환자의 자각증상의 경중을 객관화하기 위하여 국  
 소신경평가와 Yanagihara's grading system의 5단계  
 를 사용하였다(Table 2). Yanagihara's grading  
 system은 기존의 안면신경 분지의 장애를 평가하는  
 국소진단법에 비하여 환자의 마비정도를 수치화 하  
 여 환자의 자각증상을 객관적으로 평가할 수 있다.

## III. 證 例

1. 환자 : 박○○, 여자, 64세

2. 주소증 : 左側顔面麻痺, 右側眼球外轉偏視, 左側  
 眼球運動障礙, 復視, 右側上下肢無力感.

3. 발병일 : 2002년 8월 7일 AM 9:00경

4. 가족력 : 부친 : 당뇨병으로 사망

5. 과거력 :

1) 뇌경색(우측) : 7년전 발생 OO병원에서 입원치

료후 독자보행가능

- 2) 고혈압 : 7년전 OO병원에서 진단후 혈압약 복용중
- 3) 심장질환 : 7년전 OO병원에서 진단후 심장약 복용중
- 6. 현병력

2002년 8월 7일 아침식사 후 갑자기 眩暈, 惡心, 嘔吐 및 左側顔面麻痺, 右側 眼球外轉偏視 상태 발생하여 K병원 내원하여 뇌전산화단층촬영 및 자기공명영상촬영 후 뇌경색 진단받고 입원하여 Fluid treatment 받다가 뇌졸중 급성기 상태 안정되어 한방치료 받고자 2002년 8월 9일 본원 응급실 통해 입원하였다.

7. 診斷 : pontine infarction.

8. 初診所見

1) 이학적 검사소견

Mental Gr I , Babinski sign ± /-, Nausea+, Dizziness+, Dysathria+, Chest discomfort+

2) 우측 상하지무력감

ROM - WNL,

Muscle power - Gr4/Gr4

3) 안면신경마비 Test

국소적으로 누선분비장애, 청각장애, 미각장애 및 유양돌기통증 없었으며 Yanagihara's grading system에서는 안정시 0, 이마주름잡기 1, 눈깜박이기 2, 가볍게 눈감기 2, 눈꼭감기 1, 한쪽눈감기 2, 코찡그리기 1, 휘파람불기 0, 미소짓기 0, 입꼬리내리기 0

으로 총 9점이였다.

4) 안구운동 및 반사

우측안구 외전(우측)편시 고정, 좌측안구 정중앙 고정, 대광반사 정상

5) 기타소견

形體消瘦, 性急, 心煩, 面色赤, 脈滑數, 舌質絳苔白, 口乾

大便 : 평소 1회/1일, 마지막 2일전 정상변

小便 : 평소 10회, foley catheter insert state

9. 檢査所見

1) EKG (8월9일) - Left Ventricular Hypertropy

2) Brain MRI(8월10일) : Fig. 1.

3) Routine Lab(8월10일) : WBC 16000(/mm3), Neutro 80(/mm3), SGPT 43(IU/L), TG 157(mg%).

4) Chest AP(8월10일) : CT-ratio = 53.34% 별무 특이소견

10. 臨床經過(Table 3)

1) 치료 1일

이마주름잡기 +/-, 눈감기 +/-, 입술오므리기 +/-, 누선분비장애, 청각장애, 미각장애등 감각장애는 없었고. 안정시에도 구각의 우측편위가 뚜렷하였고 유양돌기의 통증은 없었으며 Yanagihara's grading system에 의거하여 평가된 점수는 9점이였다. 우측 안구는 우측외전편시의 상태로 고정되어 움직일 수 없었으며 좌측 안구는 정면으로 고정되어 어느 방향

**Table 3.** Scale of improvement by Yanagihara's grading system

	1day	2days	6days	8days	10days	13days	16days	29days
At rest	0	0	1	1	1	1	2	2
Wrinkle forehead	1	1	1	1	1	2	3	3
Blink	2	2	2	2	2	3	3	4
Closure of eye lightly	2	2	2	2	3	3	4	4
Closure of eye tightly	1	2	2	2	2	2	2	3
Closure of eye on involved side only	2	2	2	2	2	3	3	3
Wrinkle nose	1	1	2	2	2	2	2	2
Whistle	0	0	0	0	0	0	0	0
Grin	0	0	0	0	0	0	0	0
Depress lower lip	0	0	0	0	0	0	1	1
Total(40)	9	10	12	12	13	16	20	22

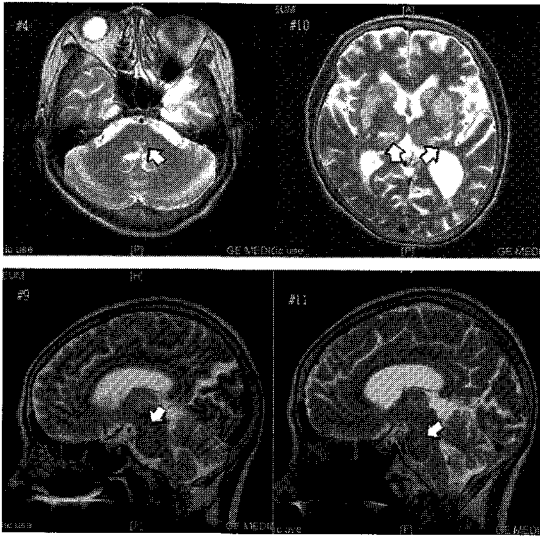


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

으로도 움직일 수 없었으며 복시를 동반하고 있었다.

2) 치료 2일 (Fig. 2)

전반적인 안면상태는 입원당시와 별다른 변화는 없지만 눈꺼팍감기시 감기는 정도가 호전되었다고 표현하면서 양측 안구운동 운동불가 상태 여전함.

3) 치료 6일

외견상 안정시 무표정한 상태에서 우측구각의 편위 감소한 상태이나 입에 조금만 힘이 들어가도 편위정도 여전하며 양측 안구운동 상하방향으로 운동 가능.

4) 치료 8일

우측안구 정면 주시가능.

5) 치료 10일

우측안구 정면 주시가능하고 좌측안구 내전가능. 복시는 소실되었으나 좌측에 있는 물건이 잘 보이지 않거나 흐릿하게 보임.

5) 치료 13일

이마주름잡기 가능하나 좌측의 이마주름이 우측의 주름과 비교하여 차이가 있으며 눈감기 상태가 호전되어 개폐는 7-8mm 정도 閉되지 않으면서 정면을 기준으로 양측 안구 모두 우측에서의 안구운동 가능

하나 좌측으로는 움직이지 못함.

6) 치료 16일 (Fig. 3)

안정시 우측 구각의 우측편위가 감소되었으며 이마주름잡기 양쪽차이가 감소되었으며 입꼬리 내리기에 힘이 들어가며 눈감기가 편해졌으며 정면을 기준으로 양측 안구 모두 좌측으로 15°까지 무의식적으로 주시할 수 있으나 의식적으로는 좌측을 주시할 수 없음.

7) 치료 29일 (Fig. 4)

안정시 우측 구각의 우측편위 정도가 치료 16일보다 감소되었으나 편위 상태 여전히 확인되고 눈감기는 호전되어 편히 감을 수 있으나 힘을 주어 감으면

5mm 정도 閉되지 않으며 안구운동상태는 변화가 없으나 시야는 좌우 모두 100° 이상으로 호전됨.

#### IV. 考 察

안면신경은 안면근의 표정근을 지배하는 순수한 운동신경, 즉 고유안면신경(facial nerve proper)과 원심성 자율신경, 구심성 체신경, 구심성자율신경을 포함한 중간신경(intermediate nerve)로 이루어졌다. 고유안면신경핵은 뇌교의 심부에 있다. 이 핵에서 신경 섬유가 상행하여 외전신경핵(abducens nucleus)을 휘 감고 돌아 제4뇌실 바닥에 안면신경구(facial ciliary)를 형성하고 복외측으로 하행하여 뇌교-연수 접점에서 뇌교에서 나와 지주막강을 지나 내이도로 들어간다. 내이도에서는 청신경과 함께 주행하다가 안면신경관(facial canal)으로 들어간다<sup>10</sup>.

안면신경마비는 중추성과 말초성 마비로 분류하는데 중추성 마비는 병소가 대뇌피질운동영역에서 안면신경핵의 사이 장애로 일어나며 병소 반대측에 안면신경마비가 나타나고, 이마에 주름을 만들 수 있고, 눈을 감을 수 있으나 안면하반부 안면근이 마비된다. 말초성 마비는 안면신경핵 또는 그것보다 말초의 안면신경장애에 의해 발생되며 병소와 같은 쪽의 안면근에 이완형의 마비가 온다<sup>11,2</sup>.

안면신경핵마비는 진행성구마비(progressive bulbar palsy)나 구공동증(syringobulbia) 같은 퇴행성 질환, 순환계질환, 회백뇌염(polioencephalitis)같은 염증성 질환, 뇌교종양, 뇌교출혈 등의 원인으로 생긴다. 안면신경핵과 안면신경 내측슬은 외전신경핵(abducens nucleus)의 축삭과 매우 근접하여 있기 때문에 두 신경중에 한 신경만 손상되는 경우는 매우 드물고 외전신경마비를 합병하는 경우가 많다. 특히 뇌교 교복측의 장애로 한쪽의 말초성 안면신경마비 및 안구의 외전장애와 반대측편마비를 나타내는 것을 밀라-귀블리증후군(Millard-Gubler증후군)이라 한다<sup>3,13</sup>. 또한 Millard-Gubler 증후군과 같이 뇌간(Brain stem)의 국소장애에 의한 증상은 다채로우며 복잡하다. 그 중에는 안구운동 장애가 나타나는데, 안구운동은 6개의

근육과 3개의 신경에 의해서 조절된다<sup>4</sup>.

韓醫學에서는 顔面神經麻痺를 口眼喎斜라 하여 주로 感受風寒之邪, 氣血虛弱, 經絡空虛 등이 원인이며 喎僻, 口喎, 口僻, 口眼喎斜, 口喎僻 등 여러 이름으로 표현되어 있다. 또한 口眼喎斜는 中臟腑로 인한 口眼喎斜와 中經絡으로 야기된 口眼喎斜로 구분되며, 전자는 突然昏倒, 人事不省 등 증을 수반하고 후자는 風寒·風熱·風濕의 세가지형으로 구분된다<sup>15</sup>.

본 증례의 안면마비환자는 뇌경색으로 인한 좌측 안면신경핵(VII), 좌측외전신경(VI) 및 우측동안신경핵(III)의 손상으로 발생한 핵성안면신경마비환자로서 Millard-Gubler증후군의 일종에 속하는 것으로 사료되며 韓醫學의 中經絡으로 인한 口眼喎斜로 氣血虛弱하여 經絡空虛한 상태에서 風邪入中한 것으로 辨證되며 藥物治療는 中風初期의 面赤, 脈滑數, 舌質絳, 苔白, 心煩, 口乾증상을 치료하고자 涼膈散火湯을 투여하였으며, 아직 實邪가 제거 되지 않았다고 판단되어 원내 처방중 實證 口眼喎斜에 多用하는 理氣祛風散合牽正散을 투여한 후 근본치료를 위해 원내 처방중 虛證 口眼喎斜에 多用하는 加味補益湯을 투여하였다.

초진시 증상은 좌측안면마비, 좌측안구운동장애, 우측안구외전편시, 복시 및 우측상하지마비를 주증으로 하여 입원하였다. 좌측안면마비 상태는 이마주름잡기 +/-, 눈감기 +/-, 입술오므리기 +/-, 누선분비장애, 청강장애, 미각장애 등 감각장애는 없었고, 안정시에도 구각의 우측편위가 뚜렷하였고 유양돌기의 통증은 없었으며 Table 2에 의거하여 평가된 점수는 9점이었다. 안구의 움직임에서 우측 안구는 우측외전편시의 상태로 고정되어 움직일 수가 없었으며 좌측 안구는 정면으로 고정되어 어느 방향으로도 움직일 수 없었으며 복시를 동반하고 있었다.(Fig. 2)

針治療는 近位取穴로 地倉, 頰車, 四白, 陽白, 迎香, 攢竹, 顴髎, 絲竹空 등과 같은 顔面部의 소속 경락인 足陽明經과 手陽明經, 手太陽經과 奇穴 등을 사용할 수 있다. 遠位取穴은 面口 부위는 足陽明胃經이므로 足陽明經과 表裏관계인 手陽明大腸經의 合谷穴을 選

用한다. 灸法으로는 隔薑灸와 같은 間接灸를 환측면 부위의 穴位나 遠位取穴하여 灸하였으며 일정한 穴位에 辛溫한 藥物을 附着한 天灸의 형태를 사용한다<sup>16</sup>. 針灸治療와 병행한 보조적인 방법으로 적외선 조사와 탄소봉광선요법은 抗病에 필요한 에너지를 인체에 도입하여 국부적인 혈액순환을 촉진함으로써 온열작용의 의미가 있고 저주파치료는 근육의 수축과 이완운동을 촉진하는 작용을 하며 적극적인 안면 근육운동은 근의 긴장을 유지시키며 근위축을 방지한다<sup>17</sup>.

치료 6일째 좌측안면마비 상태는 이마주름잡기 +/-, 눈감기 +/-, 입술오므리기 +/-로 변화는 없었지만, 안정시 구각의 우측편위가 일부 감소하여 총점 12점으로 평가되었다. 안구운동시 좌우측 안구 모두 상하방향으로는 움직일 수 있었으나 여전히 우측 안구는 외전편시, 좌측안구는 내외전불능의 상태였다.

치료 8일째 우측 안구 중앙부위까지 주시 가능하며, 안면부 상태는 별무변화하여 여전히 12점으로 평가되었다.

치료 10일째 눈감는 것이 약간 호전되어 13점으로 평가되었으며 우측 안구는 중앙부까지 주시 가능하고 좌측 안구는 내전가능으로 복시는 소실되었으나 여전히 양측 안구 모두 좌측 주시 불가능한 상태였으며, 우측 상하지무력은 7년전 CVA 후의 상태로 회복되었다.

치료 13일째 안면부 상태는 이마주름잡기시 이마에 주름은 잡히나 좌우차이가 아직 명확하여 좌측의 주름이 덜 생겼으며, 눈감기시 편하지는 않지만 +/-로 개폐는 가능하였으나 입술오므리기 상태는 여전히 총점 16점이 되었으며, 안구운동상태는 중앙을 기준으로 양안구 모두에서 우측에서의 안구운동이 가능한 상태였다.

치료 16일째 안면부 상태는 안정시 구각의 우측편위가 일부 감소하였으며 이마주름잡기 +/-이나 좌우차이 여전히 있었으며 눈감기 +/-, 입술오므리기는 여전히 총점 20점으로 호전되었으며, 안구운동상태는 중앙을 기준으로 양측 안구 모두 좌측15°까지 운동할 수 있는 상태였다.(Fig. 3)

치료 29일째 안정시 구각의 우측편위가 치료 16일보다 감소되었으나 편위 상태 여전히 외전상 확인되고 눈감기 호전되어 편히 감을 수 있으나 힘을 주어 감으면 5mm 정도 閉되지 않았으며 안구운동은 여전히 무의식적으로 15°정도 좌측을 주시할 수 있는 것은 여전히 하나 좌우시야 모두 100° 이상으로 호전되었다.

본 증례에서 초진시 Yanagihara's grading system에 의한 점수가 9로 그 정도가 심하다 할 수 있으나 국소신경진단법에 의한 누선분비장애, 청각장애, 미각장애를 동반하지 않은 것이 특이하다 할 수 있으며 핵성 안면신경마비는 진단상 이마에 주름을 만들 수 없으므로 분류상 말초성 안면마비에 속한다<sup>18</sup>. 그러나 그 병변이 뇌간에 있으므로 중추신경장애라 할 수 있다. 그러므로 중풍초기의 관리가 필요하며 특별성말초성안면신경마비에 비하여 치료가 느리고 후유증이 남는 것을 알 수 있었다.

## V. 結 論

뇌경색으로 인한 핵성안면신경마비 환자 1인을 대상으로 氣血虛弱하여 經絡空虛한 상태에서 風邪入中한 것으로 辨證하여 침, 구, 물리치료 및 양격산화탕, 理氣祛風散合牽正散, 加味補益湯을 사용하여 증상의 호전을 보였다. 추후 핵성안면신경마비에 대한 지속적인 임상보고 및 치료방법에 대한 연구가 필요하리라 사료된다.

## 參考文獻

1. 백만기. 최신이비인후과학. 서울:일문각;1997,p.121-7.
2. 김남옥, 채상진, 손성세. 특별성 말초성 안면신경마비 (Bell's Palsy)에 대한 한방치료와 양방치료의 비교고찰. 대한침구학회지 2001;18(5):99-108.
3. 김영석. 임상중풍학. 서울:서원당;1997,p.484-6.
4. 최용태, 이윤호, 김창환, 강성길, 안병철, 김재규 등. 침구학. 서울:집문당;1988,p.1214, 1296-7.
5. 권혜연, 조태성, 손인석, 윤현민, 서정철, 장경전 등. Yanagihara's System을 이용한 구안와사의 호전도 평가. 대한침구학회지 2002;19(1):118-26.

6. 이연경, 이겸렬. 구안와사 환자 72례에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지 1998;15(1):1-12.
7. 김혜남, 신용철, 송경변, 김광일. 구안와사에 관한 임상적 고찰. 대한한의사협회지 1994;15(1):246-52.
8. 안수기, 황충연. 구안와사에 대한 임상적 고찰. 외관과학회지 1991;4(1):89-98.
9. 유주열. 동의사상의학강좌. 서울:대성문화사;1998, p.554,645.
10. 대한신경외과학회. 신경외과학. 서울:대한신경외과학회 2001,p.27-31.
11. 나창수, 이언적, 황우준, 원진숙. 두면 척추 사지병의 진단과 치료. 서울:대성문화사; 1992,p.788-95.
12. 대한정형외과학회. 정형외과학. 서울: 대한정형외과학회;1982,p.172-4.
13. 박용찬. 도해뇌신경외과학. 서울:제일의학사;1992, p.63,116-7.
14. 이광우, 정희원. 임상신경학 서울:고려의학;1998, p.30.
15. 중의연구원편. 중의증상감별진단학. 북경:인민위생출판사;1987,p.107-109.
16. 이승우, 육태한, 한상원. 구안와사의 침구요법에 대한 최근 연구동향. 대한침구학회지 1999;16(1):107-24.
17. 안창범, 이윤호. 구안와사의 침과 물리치료효과에 대한 임상적 연구. 대한침구학회지 1985;2(1):71-80
18. 김경식. 진단학. 서울:민중서관;1962,p.58,631.