

증례

편측 안면마비가 잇따라 발병한 양측 안면마비 환자 2례에 대한 임상적 고찰

양기영 · 이병렬 · 김영일

대전대학교 한의과대학 침구학교실

Abstract

Clinical Study of Two Cases of Facial Diplegia with Continued Facial Palsy

Yang Gi-young, Lee Byung-ryul and Kim Young-il

Dept. of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine, Daejeon University

Objectives : This study is designed in order to evaluate oriental medical treatment of facial diplegia with continued facial palsy.

Methods : The authors observed patients by Yanagihara's unweighted grading system for operated acupuncture treatment, herbal medicine treatment and physiotherapy.

Results & Conclusions :

1. Both facial grade had different scores in Yanagihara's unweighted grading system for 2 cases when the facial palsy occurred.
2. Both cases were diagnosed in wind-cold(feng-han) type.
3. The left and right side of face took different amount of time to recover.
4. Facial diplegia was significantly improved.

Key words : Facial diplegia, Bell's palsy, Facial hemiplegia, Yanagihara's unweighted grading system

I. 서론

구안와사에 해당하는 안면신경마비는 안면부의 편

측 표정근과 안검 및 혀의 편측 운동장애 및 지각장애를 수반하는 일종의 마비증상으로, 안면신경이 다른 뇌신경에 비해 주행이 길고 측두골 내에서 좁은 골관을 지나기 때문에 원인불명, 혹은 중이 및 측두골

· 접수 : 2008. 9. 22. · 수정 : 2008. 9. 29. · 채택 : 2008. 9. 29.
· 교신저자 : 김영일, 대전광역시 서구 둔산동 1136 대전대학교 부속둔산한방병원 침구과
Tel. 042-470-9137 E-mail : omdkim01@dju.kr

수술, 외상 또는 감염으로 손상을 받거나, 안면신경의 종양 또는 전신질환에서 2차적으로 발생하는 등 여러 가지 원인이 안면신경마비를 일으킨다고 할 수 있다¹⁾.

안면신경마비는 중추성 안면신경마비와 말초성 안면신경마비로 구분되며, 그 중 양측의 말초성 안면신경마비는 다발성 신경염, Guillian-Barre Syndrome 과 진행성 근이영양증(PMD), 선천성 Mobius 증후군, Melkersson-Rosental 증후군 등이 원인이 되어 나타날 수 있다¹⁾.

양측 안면마비(Facial diplegia)는 양측의 구각이 내려가고 안면전체의 긴장이 저하되며 또한 무표정한 얼굴을 보이는 것으로, 말초와 뇌신경 침범증상의 급격한 발생을 특징으로 하는 원인불명의 임상증후이다²⁾.

임상에서 편측 안면마비 환자는 많이 접할 수 있는 질환으로³⁾, 외상 등 여러 가지 원인에 의한 보고를 접할 수 있었으며⁴⁻⁶⁾, 양측 안면마비 환자에 대한 보고는 우⁷⁾의 Landry-Guillian-Barre Syndrome으로 인한 환자의 양측 안면마비에 대한 보고 외에는 없었으며, 편측 안면마비가 잇따라 발병한 양측 안면마비에 관한 보고 또한 찾아볼 수 없다. 이에 저자는 편측 안면마비가 잇따라 발병한 양측 안면마비로 대전대학교 부속둔산한방병원에 내원하여 입원 및 외래 치료한 환자 2례의 임상관찰을 통해 유효한 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 치료방법

1. 연구대상

대전대학교 부속둔산한방병원(이하 본원)에서 입원 및 외래 치료한 안면마비 환자 중 편측 안면마비가 연속적으로 발병한 환자 2례를 대상으로 하였다.

2. 치료방법

1) 침치료

침은 멸균된 stainless steal 호침(0.20×30mm, Dong Bang Acupuncture Co. Korea)으로 환측(風池, 地倉, 頰車, 四白, 陽白), 人中, 承漿, 양측(合谷, 足三里)¹⁾에 자침하였으며, 유침시간은 20분, 자침 횟수는 입원치료시 1일 2회, 외래치료시 1일 1회 시행하였다.

2) 한약치료

Case I의 환자는 마비기와 악화기에는 본원 처방 중 通竅湯 加味方을 사용하였고, 회복기에는 補中益氣湯 加味方을 사용하였다.

Case II의 환자는 마비기와 악화기에는 본원처방 중 통규탕 가미방을 사용하였고, 회복기에는 加味雙補湯을 사용하였다.

(1) 通竅湯 加味

楡根皮 16g, 白芷·黃芪 各 8g, 蒼朮·桔梗·辛荑·貝母·天花粉 各 6g, 防風·羌活·藁本·升麻·葛根·連翹·金銀花·荊芥·蒼耳子·貢砂仁·山查肉·甘草 各 4g, 川芎 3g, 麻黃·川椒·細辛·薄荷·梔子 各 2g, 生薑 8g, 大棗 6g

(2) 補中益氣湯 加味

白朮 8g, 白芍藥·黃芪·山查肉·陳皮 各 6g, 蘿藦子·白茯苓·人蔘·當歸 各 4g, 桔梗·釣鉤藤·蘇葉·羌活·防風·白僵蠶·白芷 各 3g, 柴胡·升麻·半夏·製·木香·神麩·貢砂仁·甘草 各 2g

(3) 加味雙補湯

黃芪·蜜炙 各 8g, 熟地黃·當歸·白芍藥·白茯苓·白朮·人蔘·石菖蒲·秦艽·羌活·半夏·薑製·南星·天麻·白附子 各 4g, 桂枝·荊芥·甘草·升麻 各 3g, 紅花·五味子·柴胡 各 2g

3) 물리치료

1일 1회 환측 안면부에 SSP(silver spike point), Carbone, 훈증요법을 시행하였고, 경향견배부에 ICT, Hot pack, 부항요법을 시행하였다.

4) 안면운동법

1일 수회 환측 안면부 맛사지와 안면 운동을 환자가 스스로 할 수 있도록 교육하였다.

3. 평가방법

안면마비를 평가하는 방법으로 일본을 중심으로 널리 쓰이는 regional scale의 대표적인 방법인 Y-system⁸⁾을 사용하였다.

Yanagihara는 1976년 Zurich에서 열린 3rd Inter-

national symposium on facial nerve surgery에서 secondary defect를 고려하지 않고 facial function의 10개 영역을 동일하게 등급화한 unweighted regional grading system을 발표하였는데, 이 방법은 4-normal, 2-partial paralysis, 0-no motility의 3-point system과 4-normal, 3-slight paralysis, 2-moderate, 1-severe, 0-total의 5-point system의 두가지 방법이 있으며, 최고 점수는 40점이 된다. Y-system은 안면을 부위별로 나누어 각각의 마비정도를 평가한 뒤 전체적인 등급으로 환산하는 방법으로 계산방법이 복잡하여 평가하는데 많은 시간이 소요되어 불편한 단점이 있으나, 다양한 정도의 안면마비를 평가할 수 있고, 정량적이며 객관적이라는 장점이 있어 본 치료 과정에서 치료효과를 평가하는데 이 방법을 채택하여 사용하였다.

III. 증 례

1. Case I

1) 환자

최○○ (남/21)

2) 주소증

兩顔面麻痺, 兩眼合不利, 兩口角不利

3) 진단

양측의 만성 유양돌기염

4) 변증

風寒型 口眼喎斜(風邪外襲)

5) 발병일

2008년 1월 14일

6) 과거력

2003년 12월 을지대학병원에서 DM 진단을 받고 1년간 약 복용 후 중단

2003년경 우측 중이염으로 수술 2회

2007년 5월 을지대학병원에서 축농증으로 수술 2회

7) 현병력

2008년 1월 14일 상기 주소증이 발하여 군병원에서 1회 치료를 받고 보다 적극적인 한방 치료를 위해 2008년 1월 21일 본원 외래를 경유하여 입원함.

8) 치료경과(Table 1)

군대에서 혹한기 훈련중 감기 증상이 있는 이후, 편측 안면마비가 양측으로 잇따라 발병하였으나, 사정상 발병 초기에 적극적인 치료를 받지 못하고, 제대휴가를 이용하여 본원에 내원하였으며, 환자 진술상 내원 당시 더 이상 증상이 진행되지는 않는다고 하였

Table 1. Yanagihara's Score Change of Case I

Date	1/21	1/24	1/26	2/4	2/9	2/11	2/12	2/16
At rest	4/3	4/3	4/3	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4
Wrinkle forehead	4/3	4/3	4/3	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4
Blink	4/3	4/3	4/3	4/3	4/4	4/4	4/4	4/4
Closure of eye lightly	4/3	4/3	4/3	4/3	4/4	4/4	4/4	4/4
Closure of eye tightly	4/3	4/3	4/3	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4
Closure of eye involved side only	4/2	4/3	4/3	4/3	4/3	4/3	4/4	4/4
Wrinkle nose	4/3	4/3	4/3	4/3	4/3	4/4	4/4	4/4
Whistle	2/2	2/2	3/3	3/3	3/3	3/4	3/4	4/4
Grin	2/2	2/2	3/3	3/3	3/3	3/3	3/4	3/4
Depress lower lip	2/2	2/2	3/3	3/3	3/3	3/3	3/4	3/4
total	34/26	34/27	37/30	37/33	37/35	37/38	37/40	38/40

다. 적극적인 치료가 필요하다고 판단되어 휴가기간 동안 입원치료를 권유하였다.

Yanagihara's Score(이하 Y's Score)는 34/26으로 우측에 비해 좌측의 안면마비가 심하였고, 혀의 감각 이상도 좌측에서 나타나고 있었다.

방사선 검사상 양측의 만성유양돌기염으로 진단되고 감기 증상이 있었다는 것을 근거로 풍한형 구안와사로 변증하고 본원 처방집의 통규탕가미방을 처방하였다.

입원 당시 호소하던 우측 이후부 통증은 입원 2일째부터 소실되었으며, 안면마비가 풀리는 듯한 느낌이 있었으나, 양측안면마비로 인해 좌우로 입을 벌릴 수 없는 무표정한 얼굴은 계속 되었다. 입원 6일째 Y's Score는 37/30으로 양측 안면마비증상은 호전 중이었으나, 휴가기간 만료로 퇴원하게되어 통규탕 가미방을 퇴원약으로 처방 하였다. 퇴원 9일째인 2월 4일 외래 내원시 약간의 피로감을 표현하였으며, Y's Score가 37/33으로 퇴원 당시보다 호전이 되기는 하였으나, 군의료시설에서 간단한 물리치료 위주로만 치료를 받았고 안정이 어려웠기 때문에 호전도가 빠르지 못한 것으로 평가하고, 원내 구안와사 후기 처방중 보중익기탕 가미방을 처방하였다.

2월 16일 Y's Score는 38/40이었으며 환자의 개인 사정으로 치료를 종료하였다.

2. Case II

1) 환자

이○○ (남/46)

2) 주소증

양안면마비, 양안합불리, 양구각불리

3) 진단

Bell's palsy

4) 변증

풍한형 구안와사(풍한외습), 氣血雙虧

5) 발병일

좌측(2008년 7월 15일), 우측(2008년 8월 5일)

6) 현병력

2008년 7월 15일 좌측 안면마비가 발병하여 본원에 외래치료 중, 2008년 8월 5일 우측 안면마비가 발병하여 보다 적극적 한방 치료를 위해 2008년 8월 5일 입원함.

7) 치료경과 (Table 2)

2008년 7월 15일 차 안에서 에어컨 바람을 많이

Table 2. Yanagihara's Score Change of Case II

Date	7/17	7/19	8/5	8/8	8/16	8/22	8/26	9/1	9/4	9/12
At rest	-/4	-/3	2/4	2/4	2/4	2/4	3/4	3/4	3/4	4/4
Wrinkle forehead	-/3	-/3	2/4	2/4	2/4	3/4	3/4	4/4	4/4	4/4
Blink	-/3	-/3	2/3	2/4	2/4	3/4	3/4	3/4	4/4	4/4
Closure of eye lightly	-/3	-/3	2/3	2/4	2/4	3/4	3/4	4/4	4/4	4/4
Closure of eye tightly	-/3	-/3	2/4	2/4	3/4	3/4	3/4	4/4	4/4	4/4
Closure of eye involved side only	-/3	-/3	1/3	1/3	2/4	2/4	2/4	3/4	3/4	3/4
Wrinkle nose	-/3	-/3	2/3	2/4	2/4	2/4	3/4	3/4	3/4	4/4
Whistle	-/3	-/3	1/3	1/3	2/4	2/4	2/4	3/4	3/4	4/4
Grin	-/3	-/3	1/3	1/3	2/3	2/3	2/3	3/3	3/3	3/3
Depress lower lip	-/3	-/3	1/3	1/3	1/3	2/3	2/3	2/3	2/3	3/3
total	-/31	-/30	16/33	16/36	20/38	24/38	26/38	32/38	33/38	37/38

원 이후로 좌측 안면마비가 발병하여 이틀간의 한의 원 치료 후 7월 17일 본원 외래에 내원하였다(Y's Score -/31). 환자의 개인적인 사정으로 외래치료를 하기로 하였으며, 에어컨 바람을 쐬고 발병한 것을 근거로 풍한형 구안와사로 변증하고 통규탕가미방을 처방하였다. 7월 29일경부터 좌측안면마비 증상은 호전을 보이고 있었다. 8월 5일 아침 기상후 우측 안면마비 발병을 인지하고 안정 및 적극적인 치료를 위해 입원치료하기로 하였다(Y's Score 16/33). 우측 안면마비의 진행정도가 빠른 것으로 판단하여 통규탕가미방 외에 본원 해화의원에게 협진을 의뢰하여 2주일간 Prednisolone를 병행하여 투약하였다. 입원기간 중 좌측 안면마비는 빠른 호전도를 보였으나, 우측 안면마비는 완고한 평행기가 지속되었다. 우측 안면마비 발병당시 업무과다로 인한 체력저하가 심했던 것으로 인한 기혈쌍휴로 변증하고 본원의 구안와사 후기 처방 중 쌍보탕가미방을 8월 14일부터 처방하였다. 8월 16일 이마부터 회복되는 것을 본인이 자각할 수 있었다(Y's Score 20/38). 8월 22부터 우측 이마와 입술의 마비가 풀리는 것을 확인하였다. 8월 23일 퇴원후 9월 12일 Y's Score가 37/38로 호전되었음을 확인하였다.

IV. 고찰

안면신경마비는 뇌신경 질환 중에서 가장 흔히 볼 수 있는 질환으로, 얼굴근육의 마비로 인하여 눈과 입 등이 한쪽으로 비뚤어지는 증상이 나타나므로 구안와사라 한다¹⁾. 《靈樞·經筋篇》⁹⁾에서 “足之陽明手之太陽 筋急則口目爲僻 皆急不能卒視 治皆如右方也”, “卒口僻 急者目不合”이라 하여 口僻으로 언급된 이래 風口喎候, 口眼喎僻, 口眼歪斜 등으로 불리었으며, 《三因方》에서부터 口眼喎斜로 부르게 되었다¹⁾.

구안와사의 원인을 巢¹⁰⁾는 “風邪가 足陽明·手太陽經으로 入하여 寒을 만나면 筋急引頰하여 口에 喎僻된다”고 하여 風이 원인이 된다고 하였고, 張¹¹⁾은 “寒하면 急引頰移口하고 熱하면 筋弛縱하여 不勝收되므로 僻이 된다”고 하였으며, 李¹²⁾는 經脈血絡중에 大寒이 侵한 경우와 血虛及胃中火盛으로 인한 세 가지 종류로 구분하였다. 朱¹³⁾는 “虛寒이 피부에서 相搏하여 邪氣가 反緩하고 正氣가 反急하면 정기가 사기를 당겨 喎僻不遂가 된다”고 하여 虛寒을 원인으로

로 설명하였고, 龔¹⁴⁾은 中風의 中經絡으로 인한 口眼喎斜와 居處의 不適에 臥하여 風邪가 入耳하여 陽明經을 침범하여 筋不調로 인한 구안와사의 두 종류로 구분하여 설명하였다. 그리고 許¹⁵⁾는 “面部는 諸陽之會로서 面部病은 주로 胃와 유관성을 갖고 나타나고 있다”고 설명하였으며, “經脈流注上으로 볼때 안면부는 소양, 태양, 양명의 부위로 구분할 수 있다”고 하였다. 許¹⁶⁾는 “酒色過度와 飲食失節이 喎僻이 된다”고 하여 內傷을 원인으로 생각하였으나, 그 주된 원인은 정기가 부족하고 경락이 공허하여 衛氣가 不固해서 風中血脈하여 풍한의 外邪가 안면의 경락을 침범하여 經氣循行의 장애를 일으켜 기혈이 宣通되지 못하고 經筋의 滋養이 弛緩不收하여 발병되는 것으로 보았다. 따라서 구안와사는 사려과다, 과로, 한랭노출 등이 원인이 되며, 주로 맥락이 공허한 상태에서 풍한이 안면부의 경락인 수양명대장경, 족소양담경, 족양명위경, 수태양소장경에 침습하여 경기순환의 장애로 기혈이 조화되지 못하고 경근의 자양이 弛緩不收하여 발병되며, 안면부위의 비대칭성 일측운동불능을 초래하는 경우가 대다수이나 대칭성 양측운동불능을 초래하는 경우도 극소수로 드물게 발생된다고 볼 수 있다.

中經絡하여 발병된 風寒型 구안와사는 안면근에 긴장이나 동통을 나타내며 피부가 딱딱하고, 風熱型은 안면근이 이완되고 피부에 열감이 있으며, 風濕型은 안면근이 癱腫되고 혹 안검부종이 생길 수도 있다¹⁷⁾.

안면신경마비의 서양의학적 원인으로는 두개내 외상, 측두골내 및 외의 외상 등 외상으로 인한 경우와 급만성 중이염, 내이염, 추체염, 이성 대상포진 등의 감염성 질환에 의한 경우, Bell's palsy, Melkersson's syndrome, 청신경 및 안면신경 종양 등의 비감염성 질환에 의한 경우가 있으나, 정확한 원인은 밝혀지지 않았으며, 혈관허혈성설, 바이러스설, 유전설, 자가면역설 등이 제시되고 있으나 이 중 동맥수축으로 인해 안면신경으로 가는 혈액공급에 장애가 생기고 그 결과 안면신경관 속의 신경에 부종이 발생하여 마비를 초래하거나 혹은 부종으로 인한 압박 때문에 마비가 생긴다는 혈관허혈성설이 가장 유력하지만, 혈행 장애의 원인에 대해서는 정설이 없으며, 한랭노출, 정서적 충격, 감정적 불안 및 특수한 해부학적 위치 등이 유인이 될 것이라는 설이 대표적이다.¹⁸⁾

안면신경마비는 중추성 안면신경마비와 말초성 안면신경마비로 구분할 수 있는데, 중추성 안면신경마

비는 대뇌피질운동평에서 안면신경핵 사이의 장애로 일어나며, 병소의 반대측에 안면신경마비가 나타나고, 이마에 주름을 만들 수 있고, 눈도 감을 수 있으나 안면하반부 안면근이 마비된다. 말초성 안면신경마비는 안면신경핵 또는 그것보다 말초의 안면신경장애에 의해 발생되며, 병소와 같은 쪽의 안면근에 이완형의 마비가 오며, 병소의 부위에 따라 나타나는 증상이 다르게 나타난다²⁾.

안면신경마비는 전구기(Prodromal stage), 마비기(Paralytic stage), 악화기(Aggravating stage), 평행기(Parallel stage), 회복기(Recovery stage)로 진행이 구분되며, 주요 증상으로는 특징적인 바이러스 전구증 현인두신경(glossopharyngeal nerve) 또는 삼차신경(trigeminal nerve)의 감각감퇴 혹은 이상감각, 얼굴 혹은 頸部의 이상감각(얼굴저림)과 동통, 미각장애, 청각과민, 눈물감소, 流漏症, 이명 등이 나타나는데 일반적으로 발병후 48시간 내에 가장 심하게 나타난다¹⁾. 이때 환측의 구각이 건측으로 견인 되는 것은 受邪한 쪽의 經脈之氣가 불통하고 阻塞되어 이완상태가 되면 근긴장력이 비교적 강한 건측으로 당겨져서 비뚤어지기 때문이다. 일반적으로 불완전마비의 예후가 좋다고 알려져 있다. 발병후 5일에 안면마비정도가 최대에 이르며 수 주에서 2개월내에 80%의 환자가 회복된다. 10일 이후에도 신경손상의 소견이 있는 경우는 3개월 후어야 회복이 시작되어 길게는 2년 이상까지 회복이 이어지고 대개 불완전한 회복을 보이며 6-8%에서 평균 10년후에 재발한다¹⁾.

양측안면마비(Facial diplegia)는 양측의 구각이 내려가고 안면전체의 긴장이 저하되며 또한 무표정한 얼굴을 보이는 것으로, 이것은 말초와 뇌신경 침범증상의 급격한 발생을 특징으로 하는 원인불명의 임상증후이다. 양측의 말초성 안면신경마비를 일으킬 수 있는 질환으로는 다발성 신경염 특히 Guillian-Barre Syndrome과 진행성 근이영양증(PMD), 선천성 Mobius 증후군, Melkersson-Rosental 증후군 등이 있다^{19,20)}.

위의 내용을 종합하여 보면 본 증례의 환자들은 편측 안면마비가 연속으로 발생한 양측 안면마비로서 진행성 근이영양증, Guillian-Barre Syndrome, 선천성 Mobius 증후군, Melkersson-Rosental 증후군 등으로 인한 것이 아니므로 안면신경마비 즉, 한의학적인 구안와사의 잇따른 발병으로 인한 양측 안면마비로 변증치료하였다.

상기 환자 2례의 임상경과를 대략 요약하면 다음

과 같다.

Case I의 환자는 21세 남자로 우측 중이염과 축농증으로 수술 과거력이 있었으며, 군대에서 혹한기 훈련을 하면서 감기 증상이 있던 뒤 2008년 1월 14일 편측 안면마비가 잇따라 발병하여 양측 안면마비가 되었으나, 사정상 발병 초기에 적극적인 치료를 받지 못하고 휴가를 이용하여 2008년 1월 21일 본원 외래에 내원하였다. Y's Score상 34/26으로 우측에 비해 좌측의 안면마비가 심하였고, 혀의 감각이상도 좌측에서 나타나고 있었다. 환자 진술상 내원 당시 더 이상 증상이 진행되지 않음을 확인 하였으나, 양측성임을 확인하고 적극적인 치료가 필요하다고 판단되어 휴가기간 6일간 입원치료하였다. 방사선 검사상 양측의 만성 유양돌기염으로 진단되고 감기를 증상이 있었다는 것으로 풍한형 구안와사로 변증하고 통규탕가미방을 처방하였다. 입원당시 호소하던 우측 이후부 통증은 입원 2일째부터 소실되었으며, 안면마비가 풀리는 듯한 느낌이 있었으나, 양측안면마비로 인해 좌우로 입을 벌릴 수 없는 무표정한 얼굴은 계속되었다. 입원 6일째 양측 안면마비증상은 호전 중이었으나(Y's Score 37/30), 휴가기간 만료로 퇴원하게 되어 통규탕가미방을 퇴원약으로 처방하였다. 2월 4일 외래 내원시 약간의 피로감을 표현하였으며, 퇴원 당시보다 호전이 되기는 하였으나(Y's Score는 37/33), 군의료시설에서 간단한 물리치료 위주로 치료를 받았기 때문에 호전도가 빠르지 못한 것으로 평가하고, 보중익기탕 가미방을 추가로 처방하였다. 이후 외래치료를 계속하여 2월 16일 안면마비 증상이 거의 호전되었으며(Y's Score 38/40), 환자의 개인사정으로 치료 종료하였다.

Case II의 환자는 46세 남자로 2008년 7월 15일 차 안에서 에어컨 바람을 많이 쐬 이후 좌측 안면마비가 발병하여 한의원 치료 후 7월 17일 본원 외래에 내원하였다(Y's Score -/31). 발병전 과로한 상태로 환자의 안정 치료가 필요하다고 판단하여 입원치료를 권하였으나 개인적인 사정으로 외래치료 하였으며, 발병계기를 고려하여 풍한형 구안와사로 진단하고 통규탕가미방을 처방하였다. 전구기와 마비기에는 안면마비가 완고하여 평행기가 길어지다가, 7월 29일부터 호전양상을 보이던 중 8월 5일 아침 기상 후 우측 안면마비 발병(Y's Score 16/33)을 인지하고 안정 및 적극적인 치료를 위해 입원하였으며, 우측 안면마비의 진행이 빠른 것으로 판단되어 2주일간 Prednisolone을 병행투약하였다. 입원기간중 좌측안면마비는 빠른 호전도를 보였으나, 우측 안면마비는 완

고한 평행기가 지속되었다. 우측 안면마비 발병당시 업무과다로 인한 체력저하를 기혈쌍허로 변증하고 본원의 구안와사 후기 처방 중 쌍보탕가미방을 8월 14일부터 처방하였다. 8월 16일 이마 부위부터 회복되기 시작하여(Y's Score 20/38), 8월 22부터 우측 이마와 입술의 마비감이 감소되기 시작하였다. 8월 23일 퇴원 후 지속적으로 외래 치료하여 9월 12일 Y's Score가 37/38정도까지 호전되었음을 확인하였다.

이상과 같이 편측 안면마비가 잇따라 발병한 양측 안면마비 환자 2례는 한의학적으로 풍한형 구안와사로 변증하여 침치료, 한약치료, 물리치료를 병행하여 유의성 있는 호전도를 얻을 수 있었다.

이와 같은 편측안면마비가 잇따라 발병한 양측 안면마비의 지속적인 연구가 필요하다고 생각된다.

V. 결론

대전대학교 부속둔산한방병원 침구과에 내원한 편측 안면마비가 잇따라 발병한 양측 안면마비 환자 2례에 대한 임상적 고찰을 통해 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 양측 안면마비 환자는 모두 좌우측의 안면마비 정도가 각각 다르게 잇따라 나타났다.
2. 양측 안면마비 환자 모두 발병원인을 근거로 풍한형 구안와사로 변증하여 치료하였다.
3. 양측 안면마비 환자의 안면마비는 좌우가 시간적 차이를 두고 회복 하였다.
4. 양측 안면마비 환자는 유의성 있는 호전도를 보였다.

VI. 참고문헌

1. 대한침구학회 교재편찬위원회 편저. 침구학(하) 침구임상, 경기 : 집문당. 2008 : 186-90.
2. 대한신경외과학회. 신경외과학. 서울: 진수출판사

- 1989 : 47.
3. 이연경 외. 구안와사 환자 72례에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지 1998 ; 15(1) : 1-12.
4. 최석우 외. 외상성 측두골 골절로 발생한 구안와사에 대한 고찰. 대한침구학회지 2002 ; 19(3) : 207-15.
5. 이재민 외. 외상성 구안와사 환자 2례에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회지 2006 ; 23(4) : 81-9.
6. 김종인 외. 편측안면경련 환자에서 미세혈관 감압 수술 후 발생한 구안와사 환자 3례. 대한침구학회지 2006 ; 23(6) : 229-38.
7. 우상욱 외. 양측안면마비환자 2례에 관한 임상적 고찰. 대한침구학회지 1996 ; 13(2) : 241-53.
8. Yanagihara N. Grading of Facial Palsy. In Facial Nerve Surgery, Proceedings : Third International Symposium on Facial Nerve Surgery, Zurich, 1976. U. Fisch(Ed). Amstelveen, Netherlands : Kugler Medical Publications. Birmingham : Al : Aesculapius Publishing Co. 1977 ; 533-5.
9. 홍원식. 정교황제내경영추. 서울 : 동양의학연구원. 1985 : 12.
10. 巢元方. 諸病源候論. 台北 : 文光圖書有限公司. 民國 66년 : 35.
11. 張機. 金匱要略. 台南 : 世一書局. 1972 : 68.
12. 李東垣. 東垣十種醫書. 서울 : 大星文化社. 1983 : 635-6.
13. 朱震亨. 丹溪心法附餘(上). 서울 : 大星文化社. 1982 : 69.
14. 龔廷賢. 增補壽世保元. 台北 : 東方書店. 1960 : 30-2.
15. 許浚. 東醫寶鑑. 서울 : 남산당. 1979 : 364-5.
16. 許任. 鍼灸經驗方. 서울 : 행림서원. 1949 : 55-6.
17. 中醫研究院 編. 中醫症狀鑑別診斷學. 北京 : 人民衛生出版社. 1987 : 107-9.
18. 박철원 외. 안면신경마비의 임상적 고찰. Korean J Otolaryngol. 1998 ; 41(4) : 430-5.
19. 나창수 외. 두면 척추 사지병의 진단과 치료. 서울 : 대성문화사. 1995 : 31-49, 70-3.
20. 광용찬. 도해 뇌신경외과학. 서울 : 제일의학사. 1992 : 75, 90.