

Case Report / 증례

반대측 외전신경 마비를 동반한 외상성 안면신경 마비 환자에 대한 치험 1례

송유연¹ · 최지민¹ · 홍석훈²

원광대학교 한의과대학 안이비인후피부과학 교실 (¹수련의, ²교수)

A Case Report of Traumatic Facial Nerve Palsy with Contralateral Abducens Nerve Palsy

Yu-Yeon Song · Ji-Min Choi · Seok-Hun Hong

Department of Ophthalmology, Otolaryngology & Dermatology, College of Korean medicine,
Wonkwang University

Abstract

Objective : The purpose of this study is to report the effect of Korean medicine treatment on a patient with traumatic facial nerve palsy accompanied by contralateral abducens nerve palsy.

Methods : A patient was treated with Korean medicine. We evaluated the severity of facial nerve palsy with Yanagihara facial nerve grading system, and assessed abducens nerve palsy with the Scott and Kraft score, photographs, and measurement of abduction range.

Results : Severity of facial nerve palsy improved; Yanagihara total score increased from 6 to 32. The abducens nerve palsy showed slight improvement; the Scott and Kraft score increased from -4 to -3, and the degree of ocular deviation during abduction improved from 2mm medial to 1mm lateral relative to the central line.

Conclusion : This report suggests that Korean medicine treatment can be effective for a patient with traumatic facial nerve palsy and abducens nerve palsy.

Key words : Traumatic facial nerve palsy; Abducens nerve palsy; Korean medicine

1. 서 론

안면신경은 운동신경섬유, 부교감신경섬유, 감각신경섬유 등으로 구성된 복잡한 뇌신경 중 하나로, 측두골 내의 좁은 골성구조와 같은 긴 주행 경로상의 특성으로 인하여 손상을 당하기 쉽다¹⁾. 안면신경 마비는 이러한 안면신경이 손상을 받아 발생하는 질환으로, 연간 인구 10만 명당 20-30명 정도의 발병률을 보이는 벨마비가 가장 흔한 형태이며 외상성 안면신경 마비는 두 번째로 흔한 형태로 보고된다²⁾.

외상성 안면신경 마비의 주요 원인은 측두골 골절이며, 마비의 정도와 발생 시점은 중요한 예후인자가 된다. 특히 완전마비 중에서도 전기생리학적 검사에서 퇴행률이 90% 이상이거나 자극에 반응하지 않는 경우 예후는 더욱 불량한 것으로 알려져 있다^{2,3)}. 한의학에서는 안면신경 마비를 주로 口眼喎斜라고 부르며, 안면 경락상의 風, 寒, 熱, 氣虛, 血虛, 內傷 등을 그 원인으로 보고 逐風消痰, 調和氣血, 行氣活血, 祛風通絡하는 치료법을 주로 사용한다⁴⁾.

한편, 외전신경은 외직근을 지배하는 순수 운동신경으로⁵⁾, 주행 경로를 따라 다양한 병변에 의해 손상될 수 있다⁶⁾. 외전신경 마비의 원인 중에서는 미세혈관 손상이 가장 흔하며, 그 외에 외상, 특발성, 종양 등이 그 뒤를 따른다. 외상성 외전신경 마비의 경우 자발적 회복은 두부 손상의 정도와 밀접한 관련이 있으며⁷⁾, 예후는 대체로 좋은 편이나 외전 시 동공이 안구 정중선을 넘지 못하거나 양측 외전신경마비가 동반된 경우 예후는 불량한 것으로 보고된다⁸⁾. 한의학에서는 마비성 사시를 神珠將反, 瞳神反背, 墜睛 등으로 표현하며, 氣血瘀滯, 風邪, 風熱, 風痰, 脾虛, 肝風 등을 그 원인으로 보고 活血除風, 清熱解毒, 益氣養血, 燥濕化痰, 祛風通絡, 平肝熄風, 補脾益氣하는 치료법을 주로 사용

한다⁹⁾.

외상성 안면신경 마비에 대한 국내 한의학적 보고로는 박(2004), 이(2006), 김(2012) 등의 임상적 고찰과 김(2003), 안(2007), 장(2016), 권(2024) 등의 증례가 있으나, 마비 정도가 심하고 전기생리학적 검사상 반응이 거의 없는 중증 환자에 대한 임상 보고는 드문 실정이다. 또한 외상성 외전신경 마비에 대해서도 김(1994), 박(2012), 한(2015) 등 소수의 증례만이 보고된 바 있다.

이에 본 증례에서는 반대측 외전신경 마비를 동반한 중증의 외상성 안면신경 마비 환자에 대해 한의학적 치료를 시행하여 유의미한 호전반응을 보인 치험 1례를 보고하고자 한다.

2. 증례

본 연구는 원광대학교 광주한방병원 임상연구심사위원회의 심의 면제 승인을 받아 시행되었으며(승인번호 WKIRB 2025-9), 영상검사, 의무기록을 비롯한 개인정보, 마비 평가를 위한 사진 촬영 및 그 활용에 대해 학술적인 목적으로 사용될 수 있음을 환자에게 사전 설명하였고, 동의서를 얻어 작성되었다.

1) 이름/성별/나이 : 000/M/24

2) 진단 : R/O 외상성 거미막하출혈(S0660), 폐쇄성 두개저골절(S0210), 외전신경의 손상(S044), 안면신경의 손상(S045)

3) 발병일 : 24.12.28

4) 주소 : #1. Lt. facial palsy, #2. diplopia, ocular motor impaired(lateral rectus paralysis)

5) 四診

食事 : 1RD*3 平

食慾 : 平

睡眠 : 好(8hr)

Corresponding author : Seok-Hun Hong, Dep. of Korean Medicine Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology, Gwangju Oriental Hospital of Wonkwang University, 1140-23, Hoejae-ro Gwangju, 503-832, South Korea.
(Tel : 062-670-6431, E-mail : castlegate@hanmail.net)

• Received 2025/7/7 • Revised 2025/7/31 • Accepted 2025/8/7

小便 : 好
大便 : 平(1회/1일)
面診 : 黃
舌診 : 舌淡苔白
腹診 : 軟
脈診 : 細滑

6) 과거력 : HTN(+, since o/s), DM(-), Hepa(-), Tbc(-)

7) 가족력 : 별무

8) 현병력 : 24.12.28 2:50pm 경 all-terrain vehicle(ATV) 체험 중 커브에서 앞으로 넘어지며 머리, 우측 가슴 수상. 이후 발생한 mental change(drowsy)를 주소로 제주한라병원 응급실 내원하여 B-CT상 T-SDH(tentorium cerebelli), SAH(basal cistern), skull base fracture (sphenoid bone fracture 및 sphenoid sinus 의 fluid collection 소견), both temporal bone fracture, falx hemorrhage 및 Chest CT상 Rt 3,4,5th rib fracture 소견 하 입원 치료(~25.01.16). 수상 당일부터 Lt. facial palsy(peripheral type) 및 우측 안구의 lateral gaze limitation 보였으며, 이후 25.01.17 기독교 병원 재활의학과로 전원하여 재활치료(Bobath, R.F.T, OT complex, ADL), 물리치료(SSP), 작업치료 등 입원 치료(~25.03.07) 후에도 증상 지속되어 본원 안이비인후피부과 내원함.

9) 복약력

본원 입원 당시 기독교병원에서 텔미칸정40mg 2T#2 bid, 아다핀오스모서방정30mg 2T#2 bid, 뉴티린연질캡슐 3C#3 tid, 보나링에이정 2T#2 bid, 펙수클루정40mg 1T#1 qd 복용함. 3/28 기독교병원 f/u 하며 별무검사 후 텔미칸정40mg 2T#2 bid, 뉴티린연질캡슐 3C#3 tid로 변경하여 복용함. 이 외 본원에서 추가로 투약한 양약은 없었음.

10) 검사소견

(1) 영상검사 (Fig. 1.)

(2) Lab 상 특이소견

- ① 25/03/07 : 혈액검사 상, Hct 41.1L MCV 83.9L PCT 0.32H Baso% 0.3L Glucose 153H ALP 340H BUN 5.59L Creatinine 0.67L Triglyceride 161H HDL cholesterol 34L LDL Cholesterol 150H Uric acid 7.4H 확인되었다. 소변검사 상 이상소견은 없었다.
- ② 25/04/07 : 혈액검사 상, WBC 8.57H MCV 83.3L MCH 27L MPV 12.6H PCT 0.32H PDW 16.3H BUN 7.76L Creatinine 0.66L HDL cholesterol 37L Uric acid 8.2H 확인되었다. 소변검사 상, Occult Blood 5 확인되었다.

11) 치료 방법

(1) 침

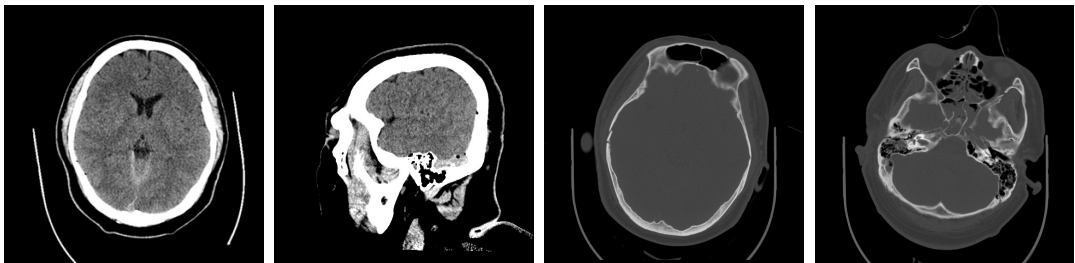


Fig. 1. Brain-CT

일회용 Stainless 호침(동방침, 0.3x40mm)을 사용하여 입원 치료 시 1-2회/일, 통원 치료 시 1회/일 침치료를 시행하였다. 翳風(TE17), 地倉(ST4), 頰車(ST6), 下關(ST7), 迎香(LI20), 攢竹(BL2), 絲竹空(TE23), 太陽(EX-HN5) 및 瞳子膠(GB1) 등 안면부에 위치한 경혈 및 合谷(LI4), 足三里(ST36)를 취하여 15분간 留鍼하였다. 매 자침 시 좌측 地倉(ST4), 頰車(ST6), 攢竹(BL2), 絲竹空(TE23) 및 우측 瞳子膠(GB1)를 택하여 전침 치료를 병행하였다.

(2) 약침

일회용 주사기를 사용하여 산삼약침 1ml를 좌측 翳風(TE17), 地倉(ST4), 攢竹(BL2), 下關(ST7) 및 우측 太陽(EX-HN5)에 나누어 주입하였으며, 입원 치료 시 5회/주, 통원 치료 시 1회/일 시행하였다.

(3) 뜸, 부항

침치료 전 좌측 下關(ST7)을 택하여 10분간 간접구를 시행하였으며, 양측 太陽(EX-HN5), 좌측 地倉(ST4) 및 巨膠(ST3)에서 자락관법을 시행하였다. 뜸치료 및 부항치료는 입원 치료 시 6회/주, 통원 치료 시 1회/일 시행하였다.

(4) 한약

입원 기간 반하백출천마탕연조엑스12g(한풍) 및 계지복령환(3g/포)(크라시에)를 매일 아침, 점심, 저녁 식후 30분 1포씩 복용하였다. 퇴원 시 한약 중단 원하시어 통원 기간 추가 투약은 없었다.

(5) 물리치료

좌측 안면마비 부위로 1일 1회 SSP(Silver Spike Point), 저출력레이저치료, 향기치료 및 도수(안면_구강운동)치료를 시행하였다.

(6) 생활지도

병실에서 스스로 안면 운동 및 안구운동을 수시로 시행할 수 있도록 지도하였다.

12) 평가항목

(1) Yanagihara Facial Nerve Grading System¹⁰⁾

안면신경 마비의 평가에 빈용되는 Yanagihara Facial Nerve Grading System을 사용하여 안면운동의 기능을 10가지 항목으로 분류하여 0점(완전마비)부터 4점(정상)으로 5점법을 사용해 평가하였다.

(2) Scott and Kraft Score¹¹⁾

외안근 기능 평가를 위해 Scott and Kraft Score를 사용하여 안구의 외전 정도에 따라 0(정상), -1(정상의 75%), -2(정상의 50%), -3(정상의 25%), -4(중간선을 넘지 못함)로 평가하여 기록하였다.

(3) 사진 기록 및 안구운동 거리 측정

치료 경과를 살피기 위해 첫 내원 시부터 안구운동의 상태를 사진으로 기록하여 운동의 정도 및 안구운동 거리를 측정하여 비교하였다. 모든 사진 촬영은 환자의 동의하에 진행되었다.

13) 치료 경과

본 증례의 환자는 25.03.07-25.05.02 총 57일간 입원 치료를 받은 후 퇴원하여 주 3-4회 내원하여 통원 치료 지속하고 있는 환자이다. 본 치료 경과를 발병일로부터 6개월간의 경과를 바탕으로 서술하였다.

(1) 25/03/07 (입원 1일차)

발병일 이후부터 눈물은 나오지 않는 상태였다. 음수 및 양치 시 흘림 및 식사 시 끼임이 모두 약하게 있으며, 두통, 이후통, 미각감퇴, 청각과민, 안면의 감각저하는 모두 없었다. 안면 운동 시, 눈썹은 미간쪽 1/4 정도의 움직임만 약하게 있었으며, 이마주름은 나타나지 않았다. 눈을 꼭 감았을 때 흰자가 노출되지는 않으나 속눈썹은 완전히 노출되었고, 눈가 주름은 형성되지 않았다. 가볍게 눈을 감은 상태에서 약 1mm 정도의 흰자 노출이 있어 수면

시 안대 착용을 지도하였다. 환측으로 입꼬리를 당기는 힘은 없었고, ‘이-’ 동작 시 노출되는 치아 수는 위아래 각 1개, 3개였다. ‘오-’ 동작 시 인중이 건측으로 약 2mm 편위 되었고, 입꼬리 퍼짐이 동반되었다. Yanagihara total score 6점으로 평가되었으며, Motor Grade 및 동공 반응은 정상이었다.

우안의 외전 외 다른 외안근의 기능 이상은 관찰되지 않았다. 제1 안위(primary gaze)에서 우안은 정중선 기준 내측으로 약 4mm 편위, 최대 외전 시에도 내측으로 약 2mm의 편위가 관찰되었다. 반면, 좌안의 최대 외전 거리는 8mm로 정상이었다. 내전 시 복시는 없었으나, 정면 주시 시 약 1m 정도 떨어진 거리에서 손바닥 크기 정도의 수평 겹쳐 보임이 있다고 했으며, 외전 시 또는 사물과의 거리가 멀어질수록 그 정도는 심해지는 양상이었다. 어지럼증, 두통 등의 동반증상은 없었다. Scott and Kraft score -4 확인되었다.

(2) 25/03/19 (입원 13일자)

눈을 가볍게 감아도 환자가 보이지 않았으며, 눈을 치켜떠보라고 했을 때 이마 중앙선에서 1/3만큼 약하게 주름이 졌다. 입꼬리를 올렸을 때 광대 쪽으로 움푹거림이 생겼다. 볼에 바람을 넣어보라고 했을 때 완전히 새어 나오지 않고 약간의 버티는 힘이 생겼다.

(3) 25/03/27 (입원 21일자)

‘오-’ 동작 시 인중의 건측 편위가 2mm에서 1mm로 감소하였으며, 아랫입술 절반 정도에 힘이 들어갔다. 입꼬리를 올렸을 때 환측 콧방울 쪽으로 팔자 주름이 약하게 형성되었다. 환측 눈만 감아보라고 했을 때 감기는 힘이 약하게 생겼다.

외전 제한 및 복시 증상은 여전했으며, 우측 안구 충혈 및 눈곱 끼임 호소하였으나 통증, 가려움 등 동반하지 않아 인공눈물을 수시로

점안하도록 지도하였다.

(4) 25/04/08 (입원 33일자)

입꼬리를 환측으로 당겨보라고 했을 때 치아 1개 정도의 길이만큼 당겨지는 힘이 생겼다. ‘이-’ 동작 시 위, 아래 치아가 각각 2개, 4개 만큼 관찰되었다.

(5) 25/04/18 (입원 43일자)

눈을 위로 치켜떴을 때 눈썹 뒤쪽까지 움직임이 생겼다. 입꼬리를 올렸을 때 광대 쪽으로 실룩거림이 관찰되며, 팔자 주름 깊이가 좀 더 깊어졌다. ‘오-’ 동작 시 입꼬리가 퍼지는 정도가 감소하였으며, ‘이-’ 동작 시 아래 치아가 5개까지 관찰되었다.

(6) 25/04/30 (입원 55일자)

눈을 위로 치켜떴을 때 이마 움직임이 전체적으로 생겨 퍼지는 느낌은 있으나 건측과 비교 시 주름의 깊이는 부족했다. ‘오-’ 동작 시 입술 사이 벌어지는 정도가 많이 감소하여 3mm 정도의 틈만 남았으며, 볼에 바람을 가득 넣었을 때 바람이 새어 나오지 않았다. 입꼬리를 환측으로 당겼을 때 치아 2.5개 정도의 길이만큼 당겨지는 힘이 생겼다. ‘이-’ 동작 시 위쪽 치아가 4개까지 관찰되었다.

외전 제한 및 복시 증상은 여전했다.

(7) 25/05/21 (외래)

발병일 이후 나오지 않던 눈물이 조금씩 나오기 시작했다.

‘오-’ 동작 시 인중의 건측 편위가 소실되었으며, 환측 입술의 길이는 건측에 비해 2mm 정도 긴 상태였다. 해당 동작 시 입술 사이 간격은 감소하여 중앙부 외에는 위아래 입술이 서로 맞닿았으며, 입술 주위 주름은 아래쪽이 건측에 비해 살짝 부족한 정도였다. 볼에 바람을 좀 더 들어갔으나 입술 길이가 양측이 대칭을 이루지는 못했고, 아랫입술을 최대한의 힘으로 내렸을 때, 건측 대비 치아의 높이가 2/3 정도

가 보였다. 눈을 꼭 감았을 때 속눈썹이 1/3정도 파묻히며, 눈가 주름이 생겼으며, 환측 눈만 감을 수 있는 힘이 생겼다.

외전 시 동공의 내측 편위는 약 1mm로 감소하였으나 환자가 호소하는 복시 증상은 여전하였으며, 조선대학교병원 내원 후 제반 검사상 외전신경 손상이 심해 회복 가능성이 낮아 경과 관찰 후 수술 고려하지는 소견 들은 바 있다.

(8) 25/06/11 (외래)

‘오-’ 동작 시 양측 입술 길이는 거의 대칭이었으나, 하부 입술 주변 주름은 건측에 비해 다소 부족한 양상이었다. ‘이-’ 동작 시 위쪽 치아가 5개까지 보였으며, 아랫입술을 내렸을 때 치아 뿌리 부위의 잇몸이 노출되기 시작했다. 환측 입꼬리를 끌어당겼을 때, 팔자 주름은 건측과 유사하게 형성되었으나, 잇몸 깊은 한 부위까지 드러날 정도로 당겨지지 않았다. 눈을 꼭 감았을 때는 속눈썹이 약 1/3 정도만 노출되었으며, 눈가주름이 이전보다 뚜렷하게 형성되었다. 눈을 위로 치켜떴을 때는 눈썹이

건측 대비 약 80% 수준으로 들어 올려지는 것을 관찰할 수 있었다.

복시 증상은 여전했으나, 제1 안위(primary gaze)에서 우안의 내측 편위는 약 3mm로 이전보다 감소하였고, 최대 외전 시에는 흑점이 안구 정중선까지 도달하였다.

(9) 25/06/27 (외래)

눈을 가볍게 감았을 때는 양측이 거의 대칭적이었으며, 눈을 꼭 감았을 때 속눈썹의 노출 정도와 눈썹이 아래로 내려오는 정도 또한 비슷한 수준으로 회복되었다. 가볍게 ‘이-’ 했을 때 입술이 벌어지는 정도는 건측의 약 90% 수준으로 관찰되었으나, 환측으로 입꼬리를 끌어당길 때는 여전히 잇몸 깊은 한 부위까지는 노출되지 않았다. 눈을 위로 치켜떴을 때는 눈썹이 건측 대비 약 90% 정도 들어 올려졌다. 외전 시에는 흑점이 안구 정중선에서 외측으로 1mm 정도 움직임이 있었으나, 복시 증상은 지속되어 여전히 손바닥 크기 정도의 수평 겹쳐 보임을 호소하였다.

Table 1. Yanagihara Facial Nerve Grading System

	3/7	3/19	3/27	4/8	4/18	4/29	5/21	6/11	6/27
At Rest	2	2	2	2	2	3	4	4	4
Wrinkle Forehead	1	1	1	1	1	2	2	3	3
Closure of Eye Lightly	0	1	1	1	2	2	2	3	4
Closure of Eye Tightly	1	1	1	1	1	1	2	2	3
Closure of Eye on Involved Side Only	0	0	1	1	1	1	2	2	3
Wrinkle Nose	0	0	1	1	2	2	2	3	3
Blow out Cheek	0	1	1	1	1	2	2	3	3
Whistle	0	0	1	1	2	2	3	3	3
Grin	1	1	1	2	2	2	2	2	3
Depress Lower Lip	1	1	1	2	2	2	2	3	3
Total	6	8	11	13	16	19	23	28	32

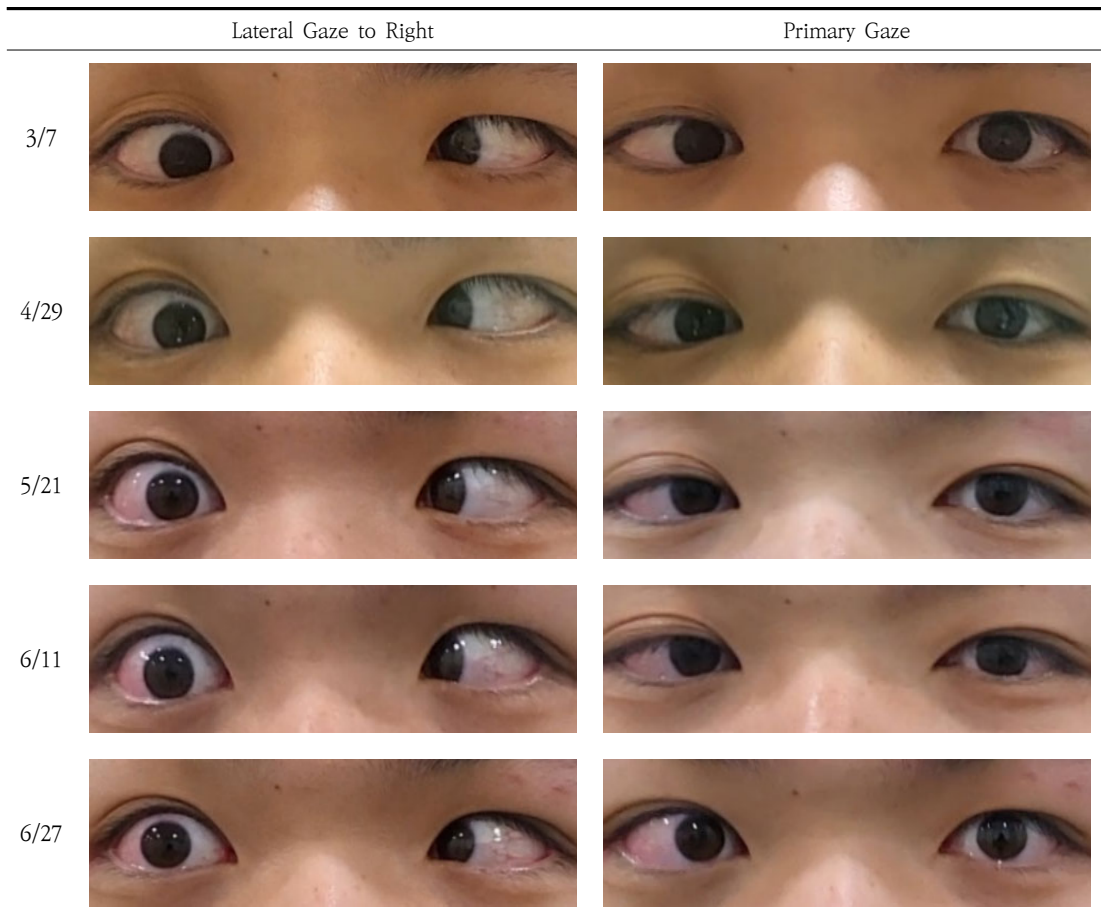


Fig. 2. Eye Movement

3. 고 찰

안면신경은 대뇌피질(cerebral cortex)에서 시작하여 뇌교피개(pontine tegmentum), 소뇌 교각부의 뇌간(brainstem at the cerebellopontine angle)을 거쳐 측두골(temporal bone) 내로 들어온 후 경유돌공(stylomastoid foramen)으로 빠져나와 안면근육에 분포하며¹²⁾, 외전신경은 뇌교에서 기원하여 뇌교-연수 접합부(pontomedullary junction)를 통해 뇌간을 빠져나온 뒤, 지주막하 공간을 따라 도렐로관(Dorello's canal)과 해면정맥동(cavernous sinus)을 거쳐 안와로 진입하여 상직근에 분포하는 신경이다⁵⁾.

안면신경 마비의 경우, 신경 손상을 최소화하기 위해 조기의 스테로이드 및 항바이러스제 치료를 시행하며, 손상 후 시기에 따라 안면신경 감압술(facial nerve decompression), 일차 신경봉합술(primary anastomosis), 신경개입이식법(interpositional nerve graft), 근전이술(muscle transfer) 등의 수술적 처치가 고려되기도 한다^{1,2)}. 외전신경 마비의 경우, 반게르트 필터(Bangerter filter) 착용, 프리즘 안경을 이용한 시기능 교정(Prism therapy), 보툴리눔 독소 주사(Botulinum toxin injection) 등의 보존적 치료에도 사시가 교정되지 않고, 최소 6개월 이상 안구 위치에 변화가 없는 경우 외직근의 잔여 기능 여부에 따라 절제술(resection procedure), 후전술(recession

procedure), 전이술(transposition surgery) 등의 수술적 치료를 고려할 수 있다⁶⁾. 외상성의 경우, 외전 신경을 압박하는 골편을 제거했을 때 완전 신경마비가 회복된 사례도 보고된바 있다¹³⁾.

본 증례의 환자는 ATV 체험 중 수상하여 발생한 좌측 안면마비 및 우측 안구의 외전 제한 과 복시를 주소로 내원하였다. B-CT상 T-SDH(tentorium cerebelli), SAH(basal cistern), skull base fracture(sphenoid bone fracture 및 sphenoid sinus의 fluid collection 소견), both temporal bone fracture, falx hemorrhage 및 Chest CT상 Rt 3,4,5th rib fracture 소견 하 수상지에서 약 3주간 입원 치료 후 연고지 병원으로 전원하여 약 7주간 보존적 치료를 받은 후에도 증상 지속되어 더욱 적극적인 한의학적 치료 원하여 본원 입원하였다. 또한 수상 당일 안면신경 마비 및 외전신경 마비가 발생하였으며, 25.03.07 기독교병원에서 시행한 근전도 검사상 환측 안면의 경우 거의 반응하지 않는다는 소견을 들은 바 있다.

본 증례의 경우 영상 검사상 중추성 병변이 동반되므로 마비가 중추성인지 혹은 말초성인지에 대한 감별이 중요하였다. 그러나 임상 양상과 명확한 환측 측두골 골절 소견에 근거하여, 좌측 안면신경 마비는 타 의료기관에서 말초성으로 진단된 바 있었다. 우측 외전신경 마비의 경우, 출혈 부위에 의한 뇌간의 압박 혹은 견인 가능성을 완전히 배제할 수는 없으나, 우측 외전 제한 이외의 추가적인 신경학적 증상이 없었던 점에서 말초성 병변으로 판단할 수 있으며, 이 또한 타 의료기관에서 외상성으로 진단된 바 있었다.

외상으로 인한 충격은 血行을 不調하게 하여 氣血의 瘀滯를 발생시키므로¹⁴⁾ 그로 인해 체내에 瘀血이 잔류할 수 있다. 또한 입원 당시 환자가 간헐적인 소화불량과 지속적인 복시를 호소한 점을 고려하면 痰의 병리도 배제하기 어려웠다. 이에 行氣活血 하는 계지보령환과, 祛風化痰 및 健脾和胃 하는 半夏白朮天麻湯을 과립제 형태로 병용하였으며, 이후 痰과 瘀血의 병리

를 모두 아우를 수 있는 탕약으로 변경하여 투약하고자 했으나 기존에 복용했던 과립제 형태의 약물로 복용 지속 원하시어 퇴원 시까지 처방의 변경은 이루어지지 않았다. 아울러 병의 경과가 길고 회복이 지연되는 양상을 고려할 때 正氣의 虛損 또한 주요 병리 기전 중 하나로 작용하였을 가능성이 있어 補氣하면서도 氣의 순환을 촉진하여 체내 병리 산물인 瘀血과 痰의 제거를 도모할 수 있는 치료가 필요하다고 판단하였다. 따라서 補五藏, 除邪氣, 明目, 開心 등의 효능이 있으며 補氣劑 중 대표약으로 분류되는 人蔘이 야생 상태에서 자연 발아하여 성장한 山蔘¹⁵⁾을 소재로 한 약침을 사용하였다.

첫 내원 시 좌측 안면은 Yanagihara total score 6점으로, 이마 움직임은 시간 측 1/4정도로 제한되어 있었고, 눈을 가볍게 감은 상태에서도 환자가 노출되었으며, 환측으로 입꼬리가 끌어당겨지는 힘이 없었다. ‘오-’ 동작 시 인중이 건측으로 편위되면서 입꼬리가 퍼지는 양상이 명확히 관찰되었다. 우측 안구는 Scott and Kraft score -4로 평가되며, 최대 외전시에도 2mm 내측 편위가 나타났다. 입원 13일차부터 환자 노출이 소실되었고, 이마주름도 1/3 정도로 호전되었으며, 환측 입꼬리를 당길 때 움찔거리는 힘이 나타났다. 입원 21일차에는 ‘오-’와 ‘이-’ 동작 시의 표정이 이전보다 분명해졌고, 입원 43일차에는 이마 주름과 팔자 주름 형성에서 추가적인 호전이 관찰되었다. 입원 55일차에는 이마 움직임이 전반적으로 회복되었으며, ‘오-’ 동작 시의 모습이 건측과 더욱 유사해졌고, 입꼬리 당기는 힘이 강화되었다. 퇴원 후 통일 치료로 전환하며 주 3~4회 내원하며 치료를 지속한 결과, 이마주름과 눈감기, ‘오-’ 동작 시의 모습이 건측과 거의 유사해졌으며, ‘이-’ 동작 시 환측 입꼬리 끌어당김이 부족한 정도의 마비만이 남았다. 우측 안구는 퇴원 이후 외래 경과 관찰에서 최대 외전 시 안구가 정중선을 넘어 외측 1mm 정도까지 움직임이 개선되었으나, 복시 증상은 첫 내원 시와 동일하게 유지되었다. 최종적으로 Yanagihara total score 32점,

Scott and Kraft score -3으로 평가되었다.

본 증례는 외상으로 인한 중증 안면신경 마비와 반대측 외전신경 마비를 동시에 동반한 드문 사례에 대하여 한의학적 치료를 적용하여 유의미한 임상적 호전을 관찰하였다는 점에서 의의가 있다. 그러나 본 증례는 단일 환자에 대한 보고로 일반화에는 한계가 있으며, 외전신경 마비의 경우 치료 후에도 발병일 이후 6개월이 경과한 시점에서 최대 외전 시 동공이 외측 1mm로 제한이 있었으며, Scott and Kraft score 상 -4점에서 -3점으로 큰 변화는 없었으며, 외전 범위의 개선은 있으나 주관적인 복시 증상은 첫 내원 시와 동일하게 유지되었다는 점에서 한계가 있다. 향후 중증의 외상성 외전신경 마비 및 안면신경 마비 환자에 대한 보다 체계적이고 장기적인 한의학 치료의 효과에 대한 연구가 지속적으로 이루어질 필요가 있을 것으로 사료된다.

4. 결 론

반대측 외전신경 마비를 동반한 외상성 안면신경 마비 환자에게 한의학적 치료를 시행한 결과, 발병일로부터 6개월이 지난 시점에서 안면신경 마비는 Yanagihara total score 6점에서 32점으로 호전되었으며, 외전신경 마비의 경우 최대 외전 시 안구 정중선 기준 내측 편위 2mm에서 외측 1mm로 변화하는 정도의 부분적 호전을 확인할 수 있었다.

ORCID

Yu-Yeon Song
(<https://orcid.org/0009-0001-4668-9937>)

Ji-Min Choi
(<https://orcid.org/0009-0009-7867-6856>)

Seok-Hun Hong
(<https://orcid.org/0000-0003-1699-1067>)

참고문헌

1. Kim J. The Effective Treatment for Incomplete Recovery after Facial Nerve Paralysis. Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck Surg. 2013;56(7):397-405.
2. Melvin TA, Limb CJ. Overview of Facial Paralysis: Current Concepts. Facial Plastic Surgery. 2008;24(2):155-63.
3. Miehke A. Recognition and Management of Facial Nerve Palsies of Operative and Traumatic origin. Proceedings of the Royal Society of Medicine. 1973;66(6):549-54.
4. Lee JH, Kim YH, Yuk TH, Lee EY, Kim LH. The Clinical Observation of Peripheral Facial Paralysis Used Aqua-acupuncture Treatment. Journal of Acupuncture Research. 2002;19(1):11-23.
5. Elder C, Hainline C, Galetta SL, Balcer LJ, Rucker JC. Isolated Abducens Nerve Palsy: Update on Evaluation and Diagnosis. Current Neurology and Neuroscience Reports. 2016;16(8):1-7.
6. Graham C, Gurnani B, Mohseni M. Abducens Nerve Palsy. [Updated 2023 Aug 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482177/>
7. Surachatkumtonekul T, Soontrapa P, Kampanartsanyakorn S, Dulayajinda D. Causes and Treatment Outcomes of Third, Fourth and Sixth Cranial Nerve Palsy. Journal of the Medical Association of Thailand. 2012;95(4):96-101.
8. Holmes JM, Beck RW, Kip KE, Droste PJ,

- Leske DA. Predictors of Nonrecovery in Acute Traumatic Sixth Nerve Palsy and Paresis. *Ophthalmology*. 2001;108(8):1457-517.
9. Park EJ, Shin SY. Literature Review on Pediatric Strabismus. A Comparison of East-West Medicine. *The Journal of Korean Oriental Pediatrics*. 1996;10(1):35-76.
10. Hato N, Fujiwara T, Gyo K, Yanagihara N. Yanagihara Facial Nerve Grading System as a Prognostic Tool in Bell's Palsy. *Otology & Neurotology*. 2014;35(9):1669-741.
11. Scott AB, Kraft SP. Botulinum Toxin Injection in the Management of Lateral Rectus Paresis. *Ophthalmology*. 1985;92(5):676-83.
12. Myckatyn TM, Mackinnon SE. A Review of Facial Nerve Anatomy. *Seminars in Plastic Surgery*. 2004;18(1):5-12.
13. Geressu A, Patil J, Cody J. Acute Abducens Nerve Palsy in a Patient who Sustained Mechanical Trauma to the Orbit. *The British and Irish Orthoptic Journal*. 2021;17(1):150-4.
14. Kim KH, Shin DG, Kim DG. A Case of Facial Palsy and Hearing Disturbance Caused by Traumatic Disorder. *J Korean Oriental Pediatrics*. 2003;17(2):137-48.
15. Kim YJ, Lee JM, Lee E. Immunomodulatory Activity of Cultivated Wild Ginseng Pharmacopuncture. *Journal of Meridian & Acupoint*. 2010;27(1):31-47.