

動眼神經麻痺에 對한 韓方治驗 一例

박수연, 김종한, 최정화
동신대학교 한의과대학 외관과학고실

A Case of the Oculomotor Nerve Palsy

College of Oriental Medicine, Dongshin University

Oculomotor nerve is the third cranial nerve, controls four of the six extraocular muscles(superior rectus muscle, medial rectus muscle, inferior rectus muscle and inferior oblique muscle), levator palpebrae superioris muscle, ciliary muscle and muscle sphincter pupillae. In the oculomotor nerve palsy, limited oculogyration, diplopia, blepharoptosis, accomodation paralysis and mydriasis can be occurred.

We experienced an improved case of the oculomotor nerve palsy patient treated with oriental medicine for 25days. We used herbal medicine and acupuncture. Based on this experience, it is considered that oriental medicine can be applied to the treatment of the oculomotor nerve palsy.

Key word : Oculomotor nerve, Palsy, Ptosis

I. 緒 論

動眼神經은 中腦에 存在하는 動眼神經核에서 시작하여 中腦를 약간 앞쪽에서 腹側으로 내려가 대뇌각 내측구로부터 腦幹을 떠나서 앞쪽으로 진행한다. 그리고 해면정맥동 속으로 들어가 上眼窩裂을 통해서 眼窩로 들어가 제각기 근육에 분포한다¹⁾.

動眼神經麻痺를 유발하는 原因은 대개 중뇌·신경숙·허혈성병변에 의하며, 動眼神經麻痺는 그 侵犯部位에 따라 隨伴되는 症狀 역시 다르다. 動眼神經의 循行經路에 따라 동안신경핵·지주막하·상안와열·해면정맥동·안와 등에서 침범

을 받아 각각 相異한 症狀을 갖는다²⁾.

動眼神經麻痺는 第3腦神經麻痺 또는 眼球運動麻痺라고도 한다. 動眼神經은 상직근·하직근·내직근·하사근·상안검거근·모양체근·동공괄약근을 지배하므로 動眼神經이 麻痺되면 眼球運動이 制限되고 그것에 隨伴하여 複視·眼瞼下垂·調節麻痺나 瞳孔散大를 만든다¹⁾.

本 證例 患者는 眼瞼下垂·眼球運動不全(外轉은 正常)·複視·頭眩·眼睛疲勞를 主證으로 動眼神經 支配部位의 麻痺로 因해 誘發된 것으로 推定되어, Brain MRI 所見上 별다른 病變이 나타나지 않았으며, 서양의학에서 허혈성 병변에서 유발되는 동안신경마비환자는 대개 증세 발생 후 12주 내에 완전히 회복된다고 설명하며²⁾, 또는 중뇌경색으로 유발되는 동안신경마비에서는 발병 후 최소 6개월에서 1년을 경과 관찰하다가 호전이 없으면 사시교정을 위한 수술요법을 실시하는

· 교신저자 : 박수연, 광주광역시 서구 월산동 동신대학교부속 한방병원. Tel: 011-631-9660, E-mail: swallow92@hanmail.net

데³⁾, 이에 著者는 動眼神經麻痺로 東新大學校 附屬順天韓方病院에 2000년 6월 5일부터 2000년 7월 1일 까지 입원 치료한 患者 一例에 對하여 鍼灸治療 및 藥物療法로 보다 신속히 好轉되는 것을 經驗하여 보고하는 바이다.

II. 證例

1. 證例

- 1) 姓名 : 최 0 (M/35)
- 2) 診 斷 : 動眼神經麻痺에 의한 上胞下垂
- 3) 主訴症 : ① 右上臉下垂 ② 眼球運動不全
 ③ 複視 ④ 頭眩
 ⑤ 眼睛疲勞
- 4) 發病日 : 2000년 6월 5일 (무리하신 후 찬방에서 주무신 다음날 발병)
- 5) 家族歷 : 別無所見.
- 6) 過去歷 : 1998年 疲勞, 心悸 등 Sx 發하여 local Hosp에서 EKG上 不整脈 Dx받고 1년간 약물치료하심.
- 7) 現病歷 : 現 35歲의 性格이 매우 활달하고 급한 太陽人型의 男患으로, 平素 飲酒(소주3병/day), 吸煙(1갑/day), 嗜好生鮮膾하심. 平素 別無大病하시다가 2000년 6월 5일 아침 기상후 상기 C/C 발하여, local Hosp에서 Brain MRI상 별무 Dx, 별무 Tx하시다가 보다 적극적이고 근원적인 한방 Tx 받고자 2000년 6월 7일 본원 외래 6진료실 경유하여 on foot으로 Adm하심.
- 8) 韓方診斷(望聞問切)

항목	2000년 6월 7일
眠	淺眠
頭	頭眩
面	面紅少華
胸	微煩悶
食慾·消化	良好
大便	1회/1일
小便	7-8회/일
汗	自汗
舌苔	舌淡紅苔淡黃
脈	脈弦細弱
辨證	氣血不足, 感受風邪

9) 양방검사소견

- (1) 入院當時 vital sign : BP 160/100, 其他 正常範圍.
- (2) Chest PA : Nonspecific finding.
- (3) Brain MRI : Nonspecific finding.
- (4) 임상병리검사
 - ① Routine CBC : Hct 56.1 (40.0~48.0), 其他 正常範圍.
 - ② Blood Chemistry : GGT 72.0 (11.0~49.0), 其他 正常範圍.
 - ③ UA : NIT(+), ERY 10 μ l, 其他 正常範圍.
 - ④ HbsAg, -Ab : HbsAg(-), Ab(+).
 - ⑤ Electoryte : 正常範圍.

2. 治療

1) 鍼灸 및 附鉦治療

- ① 近位取穴로 睛明, 攢竹, 魚腰, 承泣, 瞳子膠, 翳風, 太陽, 陽白, 四白 등을 응용하고, 遠位取穴로 坵墟, 光明, 內關, 合谷, 足三里를 取穴하여 平補平瀉法으로 針刺하였다.
- ② 氣血循環을 圓滑히 하여 症狀恢復에 도움이 되고자 頸項 및 肩部的 阿是穴에 刺針 및 濕式附鉦을 시행하였다.
- ③ 眼周圍의 穴에 電針을 施行하였다.
- ④ Star Beam을 右眼窩周圍에 施行하였다.

2) 藥物治療

五加皮壯脊湯¹⁾을 入院當時부터 退院일까지 投與하였다.

3) 物理治療

SSP, Tremor, Laser.

1) 五加皮 16g 木瓜 松節 8g 葡萄根 蘆根 櫻桃肉 蕎麥 艾葉 4g

3. 治療經過

治療 期間	藥物 治療	鍼灸 治療	物理 治療	증상의 변화							
				眼球運動範圍				開眼	複視	其他症狀	患者呼訴症狀
				內	外	上	下				
입원 1-10 일	五 加 皮 壯 脊 湯	睛明 攢竹 魚腰 承泣 翳風	SSP T r e m o r L a s e r	2mm	Normal	無動	無動	1~2mm (2~3mm)	15°	眼睛疲勞,眼 睛痛,頭眩, 自汗,淺眠, 身重	눈이 안 떠져요. 눈에 초점이 안맞아 머리가 어지러워요. 눈이 많이 피곤해 요.
입원 10-14 일		太陽 陽白 四白 坵墟		3~4mm	Normal	2~3mm	3~4mm	2~3mm (3~4mm)	35°	眼睛痛,頭 眩,項強,安 眠	눈이 아프고, 머리 도 어지럽고, 걸을 때 불편해요.
입원 14-18 일		光明 合谷 內關 合谷 足三 里		4~5mm	Normal	3~4mm	4~5mm	4mm (4~5mm)	50°	眼痛,頭眩, 項強	병원에 오래 있어서 몸이 좀 빠르네요.
입원 18-25 일				Normal	Normal	4mm	Normal	Normal	65°	全般的症狀 輕減,頭眩微 存.	눈도 잘 움직이고, 잘 감겨요.

III. 考察 및 結論

동안신경은 안구를 움직이는 외안근을 지배하는 체운동신경원과 섬모체신경절을 통하여 눈의 민무늬근을 조절하는 신경절이전 부교감신경원을 포함한다. 안구를 움직이는 외안근을 지배하는 운동신경원은 중의 위둔덕 높이에서 뇌실주위회색질의 앞쪽 부분에 위치하는 동안신경핵을 이루는 신경세포체들로 이루어진다. 신경절이전 부교감신경원의 세포체들인 에딩거-베스트팔핵(Edinger-Westphal nucleus)으로 가로질러 대뇌다리의 안쪽 대뇌다리사이 오목으로 빠져 나온다. 동안신경은 다시 뒤대뇌동맥과 위소뇌동맥 사이를 지나 해면정맥동의 가쪽벽 속을 따라가다가 위눈확률패를 지나 눈확속으로 들어간다. 동안신경은 상

사근과 외직근을 제외한 모든 안구근육들과 눈꺼풀을 들어올리는 위눈꺼풀올림근을 신경지배한다. 그러므로 기능은 안구를 상·하 그리고 내측으로 움직이게 하는 것이다⁴⁾.

에딩거-베스트팔핵은 부교감자율신경핵이며, 이 신경세포의 축삭들은 신경절이전 부교감신경 섬유로 섬모체신경절에 까지 이어진다. 섬모체신경절의 신경절이후 섬유들은 짧은섬모체신경을 이루면서 눈으로 들어가 홍채를 조임으로써 동공을 수축시키는 동공조임근과 수정체를 블록하게 하는 섬모체근을 지배한다. 이 핵은 빛의 밝기에 따라 동공의 크기를 조절하는 대광반사나 수정체의 두께를 변화시켜 가까운 물체에 초점을 맞추게 하는 원근조절반사에 중요한 역할을 한다⁴⁾.

動眼神經麻痺에 의하여 안검거상근의 마비가

오고 이때 산동, 외안근마비를 수반한다.

Horner's syndrome 때는 안면부 무한증, 안열 협소 및 안검하수, 축동, 안구 함몰 등을 보인다. 또 Basedow씨병, 근무력증, 안와내 종양, 염증 등에서 안구운동장애를 보이거나 가장 빈도가 높은 것은 안구 운동신경의 마비에 의한다. 안근은 양측성 신경지배를 받기 때문에 핵상성장에서 안근 마비는 오지 않으므로 안근마비는 중뇌에 있는 핵성 또는 말초성 마비이다. 안구운동 신경마비 때는 복시를 호소함으로 이때 복시가 수평으로인지 수직으로인지 문진하여야 하며, 복시가 어떤 방향으로 주시할 때 나타나는가를 확인하여 어떤 신경에 마비가 있는지 진단한다⁵⁾.

완전한 動眼神經麻痺가 있으면 眼瞼下垂와 正面 注視狀態에서 정상적인 상사근의 작용에 의하여 눈동자는 外下方으로 이동하고 동공은 커지며 對光反射와 調節障礙를 보인다. 動眼神經이 부분적으로 마비되면 내안근마비, 또는 외안근마비와 같이 일부의 증후만 나타나기도 한다⁵⁾.

動眼神經麻痺는 先天性 혹은 頭部外傷·血管疾患·動脈瘤·腫瘍·糖尿·炎症性 疾患 등의 원인에 의해 발생하며 제6뇌신경마비 보다는 드물고 제4뇌신경마비 보다는 흔하다⁶⁻⁹⁾. 혈관 질환에 의한 것은 대개 뇌간에 발생한 뇌졸중이 중요한 원인이 된다. 최근에 중뇌의 경색이나 출혈로 인해 주된 신경학적 징후로서 동안신경마비를 일으킨 證例가 보고되었다^{3,10-13)}. 동안신경마비는 6개의 외안근중 외직근, 상사근을 제외한 4개의 외안근 모두에 마비가 오므로 상하전 및 내전에 장애가 있고 안구의 위치는 특징적으로 외하방으로 고정되어 외관 및 기능상 추형을 초래하게 된다. 이렇게 여러 외안근의 마비로 인한 마비성 사시의 치료는 한 개의 외안근의 마비가 온 다른 뇌신경 마비에서의 마비성 사시보다 치료가 어렵고 치료 목적도 동안신경의 완전 회복보다는 제 1안위에서의 안구의 위치가 정위에 가깝도록 사시각을 바로 잡아주는 사시 교정에 중점을 두고 있다^{3,6)}. 마비사시는 발병후 기본질환을 치료하면서 1년이 지나도 호전이 없으면 수술요법을 실시한다. 수술의 적응이 되는 경우는 제 1안위로부터

10도 이내의 안구위치에서 복시를 호소하거나 현저한 이상머리위치를 취하는 경우이다. 수술은 마비근을 강하게 하는 방법, 동향근을 약하게 하는 방법, 마비근의 길항근을 약하게 하는 방법을 각각 혹은 동시에 실시한다³⁾. 동안신경마비의 수술적 치료 방법으로는 외직근의 후전 및 내직근의 절제술, 외직근의 내직근 부위로의 이전술 그리고 상사근 이전술 등이 시행되고 있으나 수평직근 후전 및 절제술과 상사근의 이전술을 병행하여 시행하는 것이 합병증이 적고 만족할만한 교정 효과를 주는 수술 방법이라 한다⁶⁾.

動眼神經麻痺에서 보이는 眼瞼下垂는 睚目, 侵風, 眼瞼垂緩, 胞垂, 瞼廢에 해당하며, 眼球運動障礙로 인한 斜視, 複視는 神珠將反, 瞳神反背, 風牽偏視, 視一爲二, 雙目通睛 등에 該當한다고 할 수 있다¹⁴⁻¹⁵⁾.

《巢氏諸病源候論》¹⁶⁾에서는 血氣가 虛해져서 腠理가 열리고 風을 받으면 風이 臉膚之間에 客하여 그 皮膚가 늘어지므로 上胞下垂가 發生된다고 하여 風을 主要原因으로 보았다. 楊等¹⁷⁻¹⁸⁾은 先天稟賦不足으로 命門火衰하여 脾陽不足에 이른 경우와 後天的인 것으로는 脾虛中氣不足으로 筋肉失養한 경우, 氣血不足으로 腠理開疏하여 感受風邪한 경우 등을 言及하였다. 《中醫眼科學》¹⁹⁾에서는 病因을 다섯 가지로 나누었는데 氣血不足하여 血不養筋한 경우, 脾虛氣弱하여 腠理開疏한데 風邪를 復受한 경우, 風痰上壅하여 胞瞼脈絡에 阻滯한 경우, 先天稟賦不足으로 脾腎兩虛한 경우, 그리고 其他 梅毒, 外傷, 椒瘡等이라 하였다.

上胞下垂의 原因은 크게 先天的인 것과 後天的인 것으로 나눌 수 있다. 先天的인 原因은 先天的으로 稟賦不足한 경우^{15,17-21)}와 產母가 辛熱한 飲食을 過食한 경우²²⁾가 있고 後天的인 原因으로는 中氣下陷^{15,17,19-20)}, 氣滯血瘀^{15,19,21)}, 風邪入絡^{15,20-21)}, 氣血不足한데 感受風邪한 경우^{16-17,23)} 등이 있으며, 그-밖에 氣血不足^{19,24)}, 風痰阻絡^{19,24)}, 脾虛濕滯²⁵⁾, 肝氣鬱結^{20,25)}, 風熱毒邪²³⁾ 등이 있다.

藥物治療는 《聖濟總錄》²³⁾에서는 羚羊角散, 羌蔚散, 秦皮湯, 竹葉湯, 熨眼餅子, 黃芪丸, 升麻散,

枸杞湯 등을 사용하였다. 《中醫眼科學》¹⁹⁾에서는 氣血不足에는 益氣養血·活血通絡하는 人蔘養榮湯을, 脾氣虛弱에는 健脾益氣·升陽活絡하는 補中益氣湯을, 風痰阻絡에는 祛風滌痰通絡하는 正容湯을 使用하였고 先天的인 境遇는 藥物治療의 效果가 輕微하여 主로 手術로 治療하며 椒瘡, 梅毒, 外傷 등은 原因에 따라 治療한다고 하였다. 《中醫症狀鑑別診斷學》²¹⁾에서는 中氣下陷에는 補中益氣하는 補中益氣湯을, 風邪入絡에는 養血祛風하는 除風益損湯을, 氣滯血瘀에는 行氣活血하는 祛瘀四物湯을 各各 使用하였고 楊¹⁷⁾은 先天命門火衰·脾陽不足型에는 溫腎陽益化源하는 右歸飲加減을, 後天脾氣虛弱型에는 升陽益氣하는 補中益氣湯加減을, 後天氣血不足·感受風邪型에는 益氣養血·祛散風邪하는 歸脾湯加減을 各各 使用하였다.

襄²⁵⁾는 脾虛氣弱性에는 補腎健脾하는 四君子湯合六味地黃湯을 中心으로 證에 따라 加減 使用하는데 6個月 以上 服用하여야 한다고 하였고, 근심걱정이 지나쳐 생긴 眼筋下垂에는 疏肝解鬱하는 逍遙散을 使用하며 外傷으로 인한 眼筋下垂症에는 活血祛瘀와 理氣通絡을 爲主로 血府湯加減을 使用하고 脾虛滯濕으로 脈絡不通한 境遇에는 甘草麻黃湯을 먼저 使用하여 除濕한 다음에 五苓散으로 利水한 후 本治療에 들어간다고 하였다. 蔡¹⁵⁾는 治法은 益氣·養血·祛風·通絡을 하여야 하며 脾氣虛弱에는 補中益氣湯, 氣血不足에는 人蔘養榮湯, 梅毒에 의한 것은 土茯苓湯과 萆薢湯을 使用하고 外傷이나 椒瘡 등은 原因治療를 하여야 한다고 하였다.

鍼灸治療에 관해서 劉²⁶⁾는 風邪客絡型에는 祛風通絡하는 治法으로 攢竹, 絲竹空, 陽白을 取하여 通絡明目, 平肝熄風시키고 足少陽膽經의 風池와 手陽明大腸經의 合谷을 配合하여 通經活絡, 消風解表시킨다고 하였으며 中氣不足型에는 補中益氣하는 治法으로 攢竹, 絲竹空, 陽白으로써 通絡明目시키고 足陽明胃經의 足三里와 足太陰脾經의 三陰交를 配合하여 健脾胃하고 和氣血한다고 하였다. 또한 吳²⁷⁾는 毫鍼療法, 皮膚鍼療法, 灸灸療法, 挑筋療法 등에 관해 자세히 서술하였다.

動眼神經麻痺에서의 麻痺性斜視는 眼球를 回轉시키려 해도 回轉할 수 없으며, 眼筋이 牽引收縮하고 緊急되어 眼球가 한쪽으로 偏位되어 매달려 있는 것과 같아 자유롭게 轉運할 수 없는 것으로 神珠將反, 風牽偏視, 瞳神反背에 해당한다. 原因에 대해서 證治準繩 七竅門에 “珠神將反, 目珠不正, 人雖要轉而目不能轉, 乃風熱攻腦, 筋絡被其牽縮緊急, 弔偏珠子, 是以不能運轉”이라 하였고, 諸病源候論 目偏視候에서 “瞳子被風所射, 睛不正則偏視”라 하였다. 이와 같이 正氣不足하여 風邪侵犯한 때는 扶正祛邪, 疏風通絡하는 小續命湯을 投與하고, 脾虛濕盛한 중에 風邪侵犯하여 風痰이 된 때는 六君子湯合正容湯을 투여하며, 肝腎陰虛로 陽升風動한 때는 平肝潛陽, 化痰熄風하는 鎮肝熄風湯을 投與한다. 鍼治療는 動眼神經을 刺戟하고 眼筋機能도 圓滑히 하기 위하여 太陽, 瞳子膠, 攢竹, 絲竹空, 魚腰, 承泣, 目窓, 四白穴 등의 眼周圍要穴들을 刺針한다. 또한 申脉, 後谿, 臨泣, 外關, 合谷, 翳風, 風池穴 등을 취하기도 한다¹⁴⁻¹⁵⁾.

1) 入院 01~10일

上記 證例의 患者는 現 35歲의 性格이 活潑하고 급한 太陽人型의 男患으로, 飲酒(소주3병/day), 吸煙(1갑/day), 嗜好生鮮膾하고 平素 別無大病하시다가 2000년 6월 5일, 전부터 피로가 누적된 상태에서 전날 찬방에서 주무시고 난 후 아침 상기 C/C 발하여, local Hosp.에서 Brain MRI상 별무 Dx, 별무 Tx하시다가 보다 積極의이고 根源的인 韓方 Tx 받고자 2000년 6월 7일 on foot으로 入院하였다.

入院當時 vital sign은 BP만 160/100으로 높고 나머지는 正常範圍에 있었으며, Chest PA 및 Brain MRI 上에는 別無所見이었다. 혈액검사상으로는 Hct가 56.1로 약간 높고, GGT가 72.0으로 높았으며, 소변검사상에서 NIT(+), ERY 10 μ l의 소견을 보였다. 主訴症은 眼瞼下垂, 眼球運動不全, 眼睛澀痛, 複視, 頭眩, 視物不清 등이었고 그 밖에 淺眠, 身重, 自汗, 面紅少華, 微煩燥, 舌淡紅苔淡黃, 脈弦細弱 등의 所見과 發病當時 疲勞가

누적된 狀態에서 찬기운에 노출된 것으로 보아 氣血不足한 상태에서 感受風邪한 것으로 辨證하였다. 그리하여 治法은 益氣養血, 祛風散邪하는 것을 基本으로 하였다.

患者의 體型氣象과 體質性情을 관찰한 결과 太陽人으로 思料되어 藥物治療로는 入院治療期間동안 계속하여 五加皮壯脊湯을 使用하였다. 鍼灸治療로는 局部的 氣血疏通을 圓滑하게 하기 위해 近位取穴로 睛明, 攢竹, 魚腰, 承泣, 瞳子髎, 翳風, 太陽, 陽白, 四白 등을 應用하고 遠位取穴로는 舒筋通經活絡, 消風散火, 培益元氣 및 明目鎮痛의 效果가 있는 丘墟, 光明, 內關, 合谷, 足三里 等²⁸⁾을 取穴하여 平補平瀉法으로 針刺하였고, 物理治療로 SSP, Tremor, Laser 등을 並行하였다.

上記治療를 施行한 結果 右眼瞼下垂·眼球運動不全·複視·頭眩 등의 主症狀에는 별다른 변화가 없었으나 眼睛疲勞와 淺眠, 身重, 自汗 등의 全身症狀은 많이 輕減되었다.

2) 入院 10~14일

治療方法은 入院時와 同一하게 施行하되 眼瞼下垂 症狀의 迅速한 好轉을 圖謀하고자 攢竹, 魚腰, 陽白穴에 針向을 上方으로 하여 電針을 시행하고, 遠位穴에는 強刺戟을 주었으며 同時에 眼周圍에 star-beam을 시술하였다. 長期間의 臥床 및 眼瞼下垂로 인한 仰頭視로 項強, 肩重 등의 附隨症狀이 유발되어 項肩部의 원활한 氣血循環을 위해 肩部 및 頸項部의 阿是穴에 刺針하고 壓痛點에 濕式附缸을 시행하였으며, 우측 眼筋麻痺로 인한 複視·頭眩 및 步行不利 등 症狀을 일시적으로 隱蔽하고자 右眼에 안대를 착용케 하였다.

上記 治療法을 시행한 결과 右上瞼下垂, 眼球運動不全, 複視, 頭眩 등 症狀이 모두 輕減되는 樣相을 보였고 項強, 肩重 등의 附隨症狀도 好轉되었다.

3) 入院 14~18일

症狀이 好轉되는 中이므로 治療는 前과 同一하게 施行하였다. 그 結果 眼球運動은 上下左右로

일정 間격의 운동이 가능하게 되었고 下垂된 眼瞼 역시 健側에 비해서 약 2/3이상으로 開眼이 가능하게 되었으며, 眼睛澁痛과 複視, 頭眩 등의 症狀도 많이 好轉되었다. 주말에 이출한 결과 약간의 頭眩과 複視 때문에 사소한 불편함은 있었으나, 일상생활에 큰 지장은 발견되지 않았다.

4) 入院 18~25일

前과 同一한 治療法으로 施行한 結果, 眼瞼下垂는 健側과 比較하여 거의 차이가 나지 않을 만큼 好轉되었고 患者의 眼球運動은 上視를 除外한 其他 運動에서는 모두 正常範圍로 돌아왔으며, 複視와 頭眩도 거의 好轉되었다. 退院當時 患者는 눈으로 인한 일상생활의 불편함을 전혀 느끼지 못할 정도로 症狀이 好轉되었다.

上述한 바와 같이 症狀으로 推定되는 原因不明의 動眼神經麻痺에 針灸治療와 藥物治療를 施行한 결과 諸般症狀의 好轉을 볼 수 있었다. 動眼神經麻痺의 西洋醫學 治療는 斜視矯正 혹은 手術外에 別다른 治療法이 없어서 根本的 治療에 많은 어려움이 있는 것으로 알려져 있어, 상술한 바와 같이 動眼神經麻痺에 對한 韓方治療가 效果의 일 것으로 思料되며, 앞으로 이에 對한 積極的이고 持續的인 研究 및 臨床活用이 必要하리라 思料된다.

V. 參考文獻

1. 신태양사 편집국 : 原色最新醫療大百科辭典 ⑫, 서울, 도서출판 신태양사, pp. 7-8, 1995.
2. Pual W. Brazis 등 著, 김승민 등 譯 : 임상신경 국소진단학, 서울, 정담, pp. 190-193, 1999.
3. Kim JS, Kang JK, Lee SA, Lee MC. : "Isolated or predominant ocular motor nerve palsy as a manifestation of brain stem stroke. Stroke. 1993;24(4):581-586."
4. 김종만 : 신경해부 생리학, 서울, 정담, pp.

- 184-185, 2000.
5. 대한신경외과학회 : 신경외과학, 서울, 중앙문화사, pp. 38-39, 2000(개정 5쇄).
 6. 윤동호 외 : 안과학, 서울, 일조각, pp. 223-227, 244-250, 1999.
 7. 박규형, 장봉린 : 제 3, 4, 6뇌신경 마비의 원인 및 임상 양상, 대한안과학회지, 1997; 38(8):1432-1436.
 8. 김성식, 진경현, 김상민, 제 3, 4, 6뇌신경마비의 신경안과적 고찰, 대한안과학회지, 1991; 32(4):283-288.
 9. Rush JA, Younge BR. : Paralysis of cranial nerves III, IV, and VI. Arch ophthalmol, 1981;99:76-79.
 10. Liu GT, Carrazana EJ, Charness ME. : Unilateral oculomotor palsy and ptosis from paramedian midbrain infarction. Arch neurol. 1991;48:983-986.
 11. Biller J, Shapiro R, Evans LS, Haag JR, Fine M. : Oculomotor nuclear complex infarction. Arch neurol. 1984;41:985-987.
 12. Duncan GW, Weindling SM. : Posterior cerebral artery stenosis with midbrain infarction. Stroke. 1995;26(5):900-902.
 13. Keane JR. : Isolated brain-stem third nerve palsy. Arch neurol. 1988;45:813-814.
 14. 이영규, 채병윤. 비외상성 동안신경마비 환자에 대한 치험 4례. 경희의학. 1996;12(3-4):392-400.
 15. 蔡炳允 : 增補版 東醫 眼耳鼻咽喉科學, 서울, 集文堂, pp. 68-69, 117-118, 140-144, 167, 181-182, 1997.
 16. 巢元方 : 巢氏諸病源候論(隋), 서울, 大星文化社, p. 206, 1992.
 17. 楊思澍·張樹生·傅景華 主編 : 中醫臨床大全, 北京, 北京科學技術出版社, pp. 955-956, 1991.
 18. 李德新主編 : 中醫眼科臨床備要, 北京, 北京醫科大學中國協和醫科大學聯合出版社, pp. 18-19, 1995.
 19. 成都中醫學院 編著 : 中醫眼科學, 北京, 人民衛生出版社, pp. 156-157, 1985.
 20. 盧石善 : 眼耳鼻咽喉科學, 서울, 一中社, pp. 107-109, 1999.
 21. 中醫研究院 主編 : 中醫症狀鑑別診斷學, 北京, 人民衛生出版社, pp. 563-564, 1987.
 22. 黃庭鏡 原著 : 目經大成(中醫五官科名著集成) 北京, 華夏出版社, p. 449.
 23. 趙佶 編著 : 聖濟總錄, 河北, 人民衛生出版社, pp. 1904-1905, 1962.
 24. 陳貴廷·楊思澍 主編 : 實用中西醫結合診斷治療學, 北京, 中國醫藥科技出版社, pp. 1706-1708, 1991.
 25. 裴元植 : 最新漢方臨床學, 서울, 南山堂, pp. 670-671, 1994.
 26. 劉冠軍 主編 : 針灸學, 長沙市, 湖南科學技術出版社, pp. 334-336, 1999.
 27. 吳緒平 等編 : 現代穴位療法大全, 北京, 中國醫藥科技出版社, pp. 508-510, 1997.
 28. 崔容泰 : 鍼灸學, 서울, 集文堂, pp. 323, 382, 404, 466-7, 605, 615, 627, 632, 772, 1993.