

동안신경마비로 진단된 안검하수 환자에 대한 임상적 고찰

정현애* · 문미현¹ · 남상규¹ · 이정섭¹ · 신선호¹ · 이 인

원광대학교 한의과대학 익산한방병원, 1: 원광대학교 한의과대학 전주한방병원

Clinical Study on a case of Ptosis Patient Diagnosed as Oculomotor Palsy

Hyun Ae Jeong*, Mi Hyun Moon¹, Sang Kyu Nam¹, Jung sub Lee¹, Sun Ho Shin¹, In Lee

Wonkwang University Iksan Oriental Medicine Hospital, 1: Wonkwang University Jeonju Oriental Medicine Hospital

This is a clinical report of a ptosis patient diagnosed as oculomotor palsy. A 47-year-old man with ptosis, diplopia, anorexia, dyspepsia, general weakness was admitted at Wonkwang Oriental Medicine Hospital. He was treated with the herbal medicine Bojungikgi-Tang and with acupuncture. Results showed improvement of symptoms and total body conditions. The process used in this successful treatment is here described.

Key words : Ptosis, oculomotor nerve palsy, Bojungikgi-Tang

서 론 증 례

안검하수는 안검이 정상일 때의 환자상태와 비교하여 각막의 삼분의 일 이상 아래로 처지거나, 안검 종축의 길이가 8mm 이상 하수되어 있을 때로 정의되며¹⁾, 흔히 두개강내 동맥류의 파열, 두부의 외상, 당뇨병성 신경병증, 두개강내 독성 및 염증성 질환으로 인한 동안신경의 장애로 발생한다²⁾.

동안신경의 기능장애는 연령, 신경마비의 특징, 관련 증후 및 증상에 따라 그 예후나 관리방법이 달라질 수 있다. 그 손상 양상에 따라 증상은 매우 다양하게 나타나며, 선천적, 후천적으로 나타날 수 있고, 상황에 따라 부분마비, 완전마비가 모두 가능하다³⁾. 치료방법은 물론 마비를 일으키는 원인을 제거하는데 있지만, 원인이 불명확한 경우에는 보존적 지지요법으로 치료하게 된다⁴⁾.

한의학에서 안검하수는 睪目, 侵風, 瞼廢, 上胞下垂, 胞垂, 眼皮垂覆, 眼瞼垂緩라 하는데, 眼胞는 五輪중 肉輪으로 脾에 속하기 때문에 치료에 있어 補脾을 우선으로 하였으며⁵⁾, 침치료에 있어서는 안구주위의 혈 및 원위취혈법을 동시에 응용한다⁶⁾.

저자는 원광대 부속한방병원에 래원한 안검하수환자 1례에 한방변증치료로 좋은 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

- 환 자 : 이 ○ ○, 47세 남성
- 주소증 : 우측 안검하수, 복시, 기력저하
- 발병일 : 2005년 12월 28일
- 가족력 : 특이 사항 없음
- 과거력
 - 2001년 고혈압 진단. 1일 1회 복약 중
 - 2003년 당뇨 진단받았으나 복약 거부후 최근까지 어떠한 양 방치치나 검사받은 적 없음
 - 2003년 좌측 안면마비로 본원 입원치료
- 사회력 : 조용한 성격, 보통체격, 술은 1주 1회, 1회 소주 0.5병, 담배는 하루 반 갑
- 발병전후력 : 2005년 12월 26일 부친상
- 현 병력

2005년 12월 28일 우측 안검하수, 복시가 발생하였으나 별다른 치료를 받지 않던 중 증상이 더욱 심해졌다. 2005년 1월 3일 ○○내과 권유로 방사선과 래원하여 MRI상 좌측 기저핵 부위의 뇌경색을 진단받은 후, 진단 당일 뇌경색에 대한 보존적 치료위해 본원에 입원하였으나 위의 증상 외의 특이할만한 소견 보이

* 교신저자 : 정현애, 전북 전주시 덕진구 덕진동 1312-77, 전주한방병원

· E-mail : mymoriah@hanmail.net, · Tel : 011-9645-2137

· 접수 : 2006/05/09 · 수정 : 2006/07/10 · 채택 : 2006/08/10

지 않아 1월 6일 퇴원 후 9일부터 통원치료를 시행하였다.

9. 입원당시소견

1) 신체활력증후 : 혈압 150/90 mmHg, 맥박수 62회/분, 호흡수 20회/분, 체온 36.2도

2) 임상병리 검사

(1) Chemistry Profile : r-GTP 121.0, fasting glucose 189.0 mg/dl

(2) CBC : WBC 9000/ul

3) 심전도 소견 : 특이 소견 없음

4) 방사선학적 소견 :

(1) 흉복부 일반 방사선 소견 : 특이 소견 없음

(2) Brain MRI & MRA : Acute infarction on Lt. basal ganglia

5) 신경학적 검사 : babinski(-) pupil replex(2.0+, 2.0+), 양방재 활과 외래 consult결과, 동안신경마비 진단

6) 전신소견

부친상으로 과로와 스트레스가 심하고, 식욕부진과 소화장애가 있음. 평소 自汗이 심한 편. 大便 평균 1회/일, 소변 평균 4회/일, 수면은 평소 6-7시간이나 최근에는 3-4시간 淺眠. 복진상 특이할 만한 압통은 없었으나 전반적인 痺悶感 호소함, 舌淡紅苔白 脈弦細無力.

10. 치료방법

1) 약물치료

본원 2내과 처방중 補中益氣湯加減(黃芪, 人蔘, 白朮, 炙甘草, 桂枝 8g, 當歸, 陳皮 6g, 升麻, 柴胡, 防風, 麥門冬, 酸棗仁炒 4g, 五味子, 遠志 2g)을 치료기간동안 1일 2첩 전탕하여 150cc 3회/日 (오전 8시, 오후 1시, 오후 6시) 나누어 투여하였다.

2) 침치료

동방침구침 일회용 0.30×30 stainless steel 호침을 사용하여 안구주위혈(太陽, 睛明, 攢竹, 瞳子膠, 陽白, 魚腰)을 捻轉補瀉법으로 平補平瀉하였으며, 사암침법의 脾正格(少府 大都 補, 大敦 隱白 瀉)을 迎隨補瀉法으로 健側取穴하였다. 1일 1회, 유침시간은 20분으로 하였다.

3) 양방치료

입원기간동안 뇌경색에 대한 보존적 관찰을 최우선으로 하여 신체활력징후를 주의깊게 관찰하였으나, 징후가 정상이고 다른 신경학적 증상이 없었기 때문에 양방치료는 시행되지 않았으며, 퇴원후 고혈압약의 조절에 관해 양방 주치의와 상담할 것을 권유하였다.

11. 치료의 평가방법

안검하수의 정도를 측정하기 위해 정면주시시 하안검 중앙부터 상안검 중앙까지의 거리인 안검열너비(Palpebral fissure width, 이하 PFW), 정면주시시 각막대광반사점과 상안검연 중앙까지의 거리인 Marginal reflex distance1(이하 MRD1), 각막대광반사점과 하안검연 중앙까지의 거리인 Marginal reflex distance2(이하 MRD2)를 구하여 건축의 PFW, MRD1, MRD2와 비교하였다(Table 1).

Table 1. The improvement of Ptosis

	Rt				Lt					
	1.3	1.3	1.6	1.9	1.13	1.16	1.18	1.20	1.23	1.27
MRD1(mm)	4	0	0	0	0	0	0	0	2	3
MRD2(mm)	5	0	0	0	2	3	4	5	5	5
PFW(mm)	9	0	0	0	2	3	4	5	7	8

11. 치료경과

안검하수의 정도를 측정하기 위해 실시한 Marginal reflex distance1, 2(이하 MRD1,2)와 Palpebral fissure width(이하 PFW)에서 患側의 MRD1이 0mm에서 3mm, MRD2가 0mm에서 5mm로 호전되었으며, 이에 따라 PFW는 0mm에서 8mm로 거의 健側과 동일하게 회복되었고 식욕저하, 소화장애, 기력저하증상과 복시가 소실되었다.

1) 1월 3일 (입원당일) - 안검하수는 발병당시보다 계속적으로 악화되어 PFW 0mm로 시야가 전혀 확보되지 않았다. 전신기력저하가 심하였으며 식욕저하를 호소하였다. 시야확보시 복시증상이 있었다.

2) 1월 6일 (퇴원당시) - 입원당일에 비해 안검하수증상은 여전하였으나 전신기력저하증상은 약간 나아진 상태로 환자자각상 입원당시보다 20%정도 호전되었다. 식욕저하는 여전하였다.

3) 1월 9일 (통원 1일) - 안검하수증상은 여전하였다. 기력저하증상은 40%정도 호전되었고 소화장애가 약간 호전되어 식사량이 증가하였다.

4) 1월 13일 (통원 2일) - MRD2가 2mm로 안검하수가 약간의 호전을 보였으며 기력저하증상이 다소 호전을 보였다.

5) 1월 20일 (통원 5일) - MRD2가 5mm로 호전되었고 각막대광반사점에 상안검연이 걸려 MRD1은 0mm로 측정되었다. 기력저하증상은 자각상 80% 호전을 보였으나 시야확보에 따른 복시의 자각으로 일상생활의 불편을 호소하였으나 입원시 상태에 비해 60%정도의 호전을 표현하였다.

9) 1월 23일 (통원 6일) - MRD1이 2mm로 호전되었으며 우측 정상안검에 비해 2mm정도의 차이를 보였다. 기력저하증상은 없었으며 식욕이 발병전과 비슷한 상태로 호전되었다. 복시증상은 간헐적으로 나타났다.

10) 1월 27일 (통원 7일) - MRD1이 3mm로 호전되어 PFW가 건축 9mm 환측 8mm로 측정되었으며 기력저하증상은 완전히 소실되었다. 복시는 소실되었다.

고 찰

안검하수는 해부학적으로 상안검거근의 근육자체 또는 신경 지배의 이상으로 상안검이 늘어지고 겹겹이 작아진 상태이며²⁾, 상안검거근이나 Mullar씨근의 마비로 인해 나타난다.

안검하수는 크게 선천성과 후천성으로, 원인에 따라서는 신경원성, 근육원성, 기계적, 건막성으로 분류한다. 신경원성은 선천적인 동안신경장애나 후천적으로 두개강내 동맥류 파열, 두부 외상, 당뇨병성 신경병증, Horner's syndrome, 경부의 외상, Muller's myo paralysis, Pancoast 종양으로 인해 동안신경에 장

애가 있어 발생되며, 근육원성 안검하수는 선천적인 상안검거근의 발육부전과 후천적인 근무력증, 긴장항진형의 근위축, 진행성 외안근마비로 인해 나타나는데, 특히 중증근무력증의 초기증상으로 상안검거근의 마비가 발생한다. 기계적 안검하수는 종류 또는 피부이완증의 과잉피부로 인해 상안검이 과중되어 나타나거나 또는 결막반흔, 피부화상반흔에 의한 상안검의 운동제한으로 발생하며, 건막성 안검하수는 상안검거근의 노화로 인한 노인성 안검하수 혹은 안검질환의 수술 후에 생기는 안검부종이나 遮眼에 의해 발생된다. 이외에도 노화현상으로, 또는 부신피질호르몬제제의 안약을 장기간 과도하게 사용하여 발생되기도 한다²⁾.

안검하수가 나타날 수 있는 해부학적인 병변의 위치는 안검 자체의 국소적 병변, 안검거근자체의 문제, 신경근 접합부의 병변, 동안신경의 경로나 교감신경경로의 병변, 동안신경의 핵(nucleus)이나 속(fascicle)을 침범하는 병변으로 나누어 볼 수 있다⁶⁾. 상안검거근의 마비는 동안신경의 핵이나 신경섬유의 병변에 의해, Mullar씨근의 마비는 안구 교감신경로 손상으로 인해 나타난다⁷⁾. 특히 해면동내 내경동맥의 동맥류는 완전안근마비를 초래하며, Horner's syndrome에서는 상안검의 muller근에 분지하는 교감신경의 장애로 1-2mm 정도의 안검하수가 발생된다.

동안신경은 3번 뇌신경으로, 외직근과 상사근을 제외한 나머지 안구근육을 지배하여 안구의 움직임을 주관하며, 더불어 동공의 수축을 조절한다⁸⁾. 동안신경은 운동섬유와 부교감신경섬유로 나누어지는데, 운동섬유는 상안검거근과 외안근(상직근, 하사근, 내직근, 하직근)을 지배하고, 부교감신경섬유는 동공괄약근과 모양체근의 환상섬유를 지배한다.

동안신경마비는 선천성, 혹은 동맥류, 종양, 당뇨, 외상, 염증성 질환 등의 원인에 의해 발생하며 6개의 외안근중 외직근, 상사근을 제외한 4개의 외안근 모두에 마비가 오므로 상, 하전 및 내전에 장애가 있고 안구의 위치는 특징적으로 외하방으로 고정되어 외관 및 기능상의 추형을 초래하게 한다⁹⁾. 완전한 동안신경마비는 상안검거근의 마비에 따른 안검하수, 외안근의 마비에 따른 안구의 상하전 및 내전불능, 정면주시시 정상적으로 작용하는 외직근과 상사근의 긴장력으로 인한 안구의 외하방으로의 이동(외사시), 동공괄약근과 환상섬유의 마비로 인한 동공상대 및 조절장애를 유발한다¹⁰⁾. 동안신경마비는 60세 이상이거나, 당뇨나 고혈압같이 혈관경화성 위험인자를 가진 사람의 경우에 잘 일어날 수 있어 성인에 있어서는 적지 않게 나타나며, 주로 혈관성 혹은 압박성 병변에 의해 발생하는데³⁾, 고혈당으로 인한 대사장애, 그리고 당뇨병성 혈관장애로 인한 허혈현상이 이러한 마비의 원인이 된다고 볼 수 있으며¹¹⁾, 청소년기의 후천성 동안신경마비는 대개 두부외상, 종양, 편두통, 혈관성 질환, 탈수초성 질환의 결과로 나타난다¹²⁾.

동안신경은 posterior communicating artery와 internal carotid artery가 만나는 곳을 지나기 때문에, 압박성 병변의 경우, 공간점유병변이 커지면서 반대쪽으로 밀려 신경을 누르거나, 또한 posterior communicating artery에 동맥류가 있을 때 신경이 눌러 동안신경마비가 나타나기도 하는데 이런 경우에는 신경외과적 처치가 필요하다⁶⁾. 동공의 장애는 대개 압박성 병변과 관

련이 있으므로¹³⁾, 어느 연령이든 완전 혹은 불완전 순수 동안신경마비에 동공이상도 병발한 경우에는 의학적 응급상황으로 간주하고 즉시 두개내 혈관조영술을 시행하여야 한다. 이러한 경우, 지주막하 동맥류가 원인인 경우가 많으며, 생명이 위험할 수도 있다^{3,14,15)}. 다른 신경부위까지 침범된 복합적 동안신경마비의 경우에는 MRI검사를 시행하여야 하며, 50세 이상의 동공이상 없는 순수동안신경마비 환자의 경우에는 MRI검사, 허혈성 혈관평가 및 매일 동공검사가 필요하다. 50세 이하이고 동공의 이상이 없는 순수동안신경마비환자의 경우에는 허혈성 혈관병변보다는 동맥류의 가능성이 높으므로 두개내 혈관조영술이 필요하다.

이런 위험한 상황이 아닌 경우 동안신경마비에 있어서 주의 깊게 지켜보는 것이 관리방법이 되는데, 이는 병의 진행을 변화시킬 수 있는 직접적인 관리방법이 없기 때문이다.

동안신경마비의 빈도, 기원, 예후와 관련된 연구는 많지 않다. 연구⁴⁾에 의하면 안구의 운동장애를 일으키는 신경마비의 빈도에 있어서 6번 뇌신경마비는 57%, 4번 신경마비는 21%, 3번 뇌신경마비는 17%, 다발성 뇌신경마비는 5%의 빈도로 나타났고, 기원에 있어 35%가 기원을 알 수 없으며 32%는 혈관성 기원을 나타내고 의외로 신생물이나 동맥류가 원인인 경우는 각각 2%, 1%로 낮았다고 하며, 예후에 있어서는 37%의 환자는 완전회복이 이루어졌으며(평균3개월), 80%의 환자가 적어도 부분적으로 회복되었다고 한다. 또한 최근 41명의 3번 뇌신경마비 환자를 대상으로 한 연구¹⁶⁾에 의하면, 그 중 28명의 환자가 동공의 장애와 무관한, 당뇨병성 혹은 특발성 마비였고, 68%의 환자가 4주 이내에 호전을 보였으며, 96%가 8주 이내, 100%가 12주 이내에 호전을 보였다고 하였으며, 4주에서 8주 이내에 호전되지 않는 3번 뇌신경 마비환자의 경우에 신경방사선학적 평가가 필요하다고 하였다. 당뇨병 합병증으로 나타나는 단일신경병증에서 동안신경은 뇌신경중 침범빈도가 높은 신경으로 vasa vasorum의 폐쇄성 병변으로 인해 병변이 발생하나 대개 예후가 양호하다고 하였다¹⁷⁾. 그러나 동안신경마비의 회복률에 대해 박 등¹⁸⁾의 연구는 2-36개월동안 추적관찰 가능했던 10명중 6에는 증상의 변화가 없었고, 4명에서 호전을 보였다는 상반된 결과를 보이고 있다.

안검하수 환자에 있어, 나이와 병력, 복용약물, 가족력, 이학적 검사는 위에 서술된 많은 원인의 배제진단을 위해 선행되어야 한다. 발생시기, 병정의 경과, 약물 알리지, 출혈병력, 갑상선 질환, 근무력증에 대한 문진과 부신피질호르몬제나 아스피린등의 항혈소판제제, 심장관련제제, 정신신경용제등의 복용여부에 대한 세밀한 조사는 방사선검사와 더불어 효율적으로 시행되어야 하며, 안검기능의 평가 시에는 약시, 사시, 시야검사등 안기능에 대한 평가가 동반되어야 한다. 안검하수는 다음과 같은 기준에 따라 평가되며, 안검하수 상태와 안검거근의 기능에 따라 다 발하는 원인은 다음과 같다(Table 2-4)¹⁹⁾.

Table 2. Degree of ptosis

Mild	2mm (or less) of droppong from its normal level
Moderate	3mm of drooping
Severe	4mm (or more) of drooping

Table 3. Levator Function

Excellent	eye lid excursion is 13mm or more
Good	eye lid excursion is 8 to 12 mm
Fair	eye lid excursion is 5 to 7 mm
Poor	eye lid excursion is 4 mm or less

Table 4. Cause of Ptosis with regard to levator function

levator function	cause of Ptosis
excellent	aponeurotic ptosis Horner's syndrome
	mechanical ptosis due to giant papillary conjunctivitis
moderate	most myogenic ptosis (congenital, myasthenia gravis, chronic progressive external ophthalmoplegia)
	rarely partial 3rd nerve palsy
Poor	congenital myopathic ptosis
	3rd nerve ptosis
	severe myasthenia gravis
	mechanical ptosis chronic progressive external ophthalmoplegia

안검하수 검사는 크게 안검하수정도를 측정하기 위한 검사와 안검거근 기능검사가 있다. PFW, MRD1, MRD2는 이중 안검하수의 정도를 측정하기 위한 검사에 속한다. PFW는 정면주시시 하안검중앙에서부터 상안검 중앙까지의 거리를 재는 것으로 10mm를 정상기준으로 하나, 안구돌출이나 근시의 경우 넓어질 수 있으며, 하안검의 외반(ectropion)이나 뒷당김(retraction)이 있을 경우에 부정확해질 수 있고, phenylephrine 투여후 검사시에도 하안검의 뒷당김이 발생하여 수치가 부정확해 질 수 있기 때문에 MRD1이 보다 더 정확한 검사로 평가된다. MRD1은 정면주시시 각막 대광반사점과 상안검연 중앙까지의 거리로 3.5-4.5mm를 정상기준으로 하며 수직 사시가 없을 경우 PFW보다 정확한 방법이다. MRD2는 정면주시시 각막 대광반사점과 하안검연 중앙까지의 거리이며 PFW는 MRD1과 MRD2의 합이라 할 수 있다. 안검거근기능검사는 안검하수의 원인을 구별하고 치료계획 및 수술방법 선택에 있어 중요하다. 대표적으로 Marginal limbal distance(MLD), MRD3, Berke's Method와 안검거근 검사를 정확하게 할 수 없는 아이들에게 유용한 Iliff's sign등이 있다¹⁹⁾.

한의학에서 眼을 진단하고 치료하는데 五輪, 八廓의 병인을 응용하는데 안검은 五輪중에서 肉輪에 해당하고 八廓중의 地廓에 해당하여 脾胃에 속한다.

안검하수는 睪目, 侵風, 眼瞼垂緩, 胞垂, 眼閉에 해당하며, 안구운동장애로 인한 사시, 복시는 神珠將反, 瞳神反背, 風牽偏視, 視一爲二, 雙目通睛 등에 해당한다고 할 수 있다²⁰⁾.

안검하수는 眼瞼이 麻木不仁하여 舉上하지 못하고 下垂되는 것으로 선천성은 발육부전으로 발생하고, 후천성은 諸病源候論 睪目候에서 “若血氣虛, 則膚而受風, 風客于臉膚之間, 所以其皮緩縱, 垂覆于目, 則不能開, 世呼爲睪目”, 東醫寶鑑 外形篇에서 “上下瞼屬脾, 肉之精爲肉輪”이라 한 것처럼 脾氣가 虛弱하고 脈絡이 失調하여 風邪가 臉胞에 침범하여 발생한다. 일반적으로 환자들은 精神이 疲勞하고 食慾不振이 있으며 脈이 緩細하거나 혹은 弦細하다. 治法은 益氣, 養血, 祛風, 通絡하여야 하며 氣血不足으로 頭目이 眩暈하고 面色少하며 飽瞼이 麻木不仁, 脈弱無力할 때

는 益氣養血, 活血通絡하는 人蔘養榮湯을 투여하고, 脾氣虛弱하여 精神疲勞, 食慾不振, 脈虛無力등이 있을 때는 健脾益氣, 升陽活絡하는 補中益氣湯을 투여하며, 風痰阻絡으로 인한 것은 祛風滌痰, 通絡하는 正容湯을 투여한다²¹⁾. 五官科學²²⁾에서는 후천성 안검하수에는 補腎健脾를 위주로 하여 六味地黃湯合健脾益氣湯加減方을 투여하고, 마비성 및 중증근무력성 안검하수는 益氣升陽, 宣通脈絡하는 補中益氣湯加減方을 투여하고, 히스테리성 안검하수는 疏肝解鬱, 氣血雙調하는 逍遙散加減方을 투여하고, 외상성인 경우에는 活血祛瘀, 理氣通絡하는 血府逐瘀湯加減方을 투여한다고 하였다.

침치료는 風池, 天柱, 翳風, 太陽, 睛明, 懸厘, 養老 등의 穴에 施鍼하거나 睛明 攢竹 瞳子膠 陽白 臨泣 風池 合谷 足三里 三陰交 光明등 穴을 매일 혹은 격일로 施鍼하며 健側은 강한 자극을 주고 患側은 輕한 자극을 준다²¹⁾. 마비성 안검하수는 攢竹穴을 取穴하며 睛明穴로 透鍼하고 魚腰穴을 取穴하여 絲竹空穴로 透鍼하며 太陽穴을 取穴하여 瞳子膠穴로 透鍼하고 15-20분 留針하며 足三里, 三陰交穴을 매 5분 강한 자극을 1차로 준다. 중증 근무력성 안검하수는 陽白穴을 取穴하여 魚腰穴로 透鍼하고 兩側 風池穴을 透鍼한다²³⁾.

본 증례에서 환자는 심각한 안검하수로 상안거근의 기능은 거의 소실된 상태였으며, 후천성, 단안성으로 발생하였으나 특이 할만한 외상경력이나 투약경력이 없었다. MRI상 뇌경색이 진단되었으나 뇌신경에 관련되거나 Horner's syndrome과 관련된 부위에는 어떠한 병변도 관찰되지 않았으며, 과거력과 발병과정상 등안신경마비로 원인을 의심하여 시행한 양방 consult상 동일한 진단명을 받았다. 과거력상의 진단과 입원시의 혈당수치는 당뇨로 인한 단일신경마비를 의심케 하였으나, 환자가 투약을 거부하며 진단일 이후 어떠한 검사도 받지 않았기 때문에 당뇨가 환자에게 미치는 합병증에 대해 명확히 규정지을 수 없었다. 그러므로 당뇨합병증으로 유발된 혹은 특발성 안검하수로 진단하고 치료를 시행하였다.

환자는 부친상후 스트레스와 동반한 食慾不振, 消化障礙와 갑작스런 안검하수, 氣力低下가 나타났다. 평소 自汗이 심하고 四診상 舌淡紅苔白 脈弦細無力한 소견에 의거하여 脾氣虛弱으로 변증하고, 精神疲勞, 食慾不振, 脈虛無力등이 있을 때 健脾益氣, 升陽活絡효과가 있는 補中益氣湯을 투여하였다. 補中益氣湯은 東垣十書중 <內外傷辨論> 및 <脾胃論>에 최초로 수록된 처방으로, 勞役太甚이나 飲食不節로 인한 中氣不足 혹은 中氣下陷의 병태생리로 유발되는 제증상에 활용되도록 입방되었다²⁴⁾. 黃芪는 補肺固表하고, 人蔘, 白朮, 甘草는 甘溫하여 益氣, 補脾, 和中瀉火하고, 當歸는 和血養陰하며, 升麻는 陽明의 清氣를 升하여 陰濁自降하고, 陳皮는 氣機를 調理하니 本方은 補氣, 補血, 理氣, 升舉의 작용으로 이루어져있는 처방으로, 中氣不足과 脾氣虛弱으로 인한 안검하수예의 유효성이 보고되었으^{25,26)}, 현대 임상에서는 원발성 고혈압, 신경성 두통, 구창, 순풍, 실음, 유루증, 만성 담낭염, 음취증, 혈정증, 노타, 유노증, 내치변혈, 자궁하수, 위하수, 위무력증등 일체의 虛증 만성질환에 활용되고 있다²⁷⁾.

針 치료는 안부위의 太陽, 睛明, 攢竹 瞳子膠 陽白, 魚腰으로

안근의 기혈소통과 기능회복을, 脾正格으로 健脾하여 脾에 속하는 안검의 기능회복과 전신적인 기능회복을 목표로 하였다.

한방변증에 근거한 한약투여 및 침치료 후, 안검하수의 정도를 측정하기 위해 실시한 MRD1, 2와 PFW에서 환측의 MRD1가 0mm에서 3mm, MRD2가 0mm에서 5mm로, PFW는 0mm에서 8mm로 거의 건측과 동일하게 회복되었으며, 식욕저하, 소화장애, 기력저하증상과 복시가 소실되었다.

결 론

이상의 증례에서 안검하수, 복시, 식욕저하, 소화장애, 기력저하 증상을 나타내는 환자를 보충익기탕과 안근주위혈 치료로 증상을 호전시켰기에 보고하는 바이다.

감사의 글

이 논문은 2004년도 원광대학교 교비지원에 의해서 수행됨

참고문헌

- Ceplán, L.R. Ptosis. *J Neural Neurosurg Psychiatry*. 37:1-7, 1974.
- 노석선. 원색안이비인후과학. 대전, 주민출판사. pp 66-67, 156-158, 2003.
- Biousse, V., Newman, N.J. Third nerve palsies. *Semin Neurol*. 20(1):55-56, 2000.
- Tiffin, P.A., MacEwen, C.J., Craig, E.A., Clayton, G. Acquired palsy of the oculomotor, trochlear and abducens nerves. *Eye*. 10, pp 377-384, 1996.
- 전국한의과대학 침구경혈학교실. 침구학. 서울, 집문당. p 1220, 1994.
- May, M., Galetta, S. *Neuroophthalmology*. New York, Lippincott-Ravenpress. pp 271-273, 1989.
- Miller, N.R. Anatomy and physiology of normal and abnormal eyelid position and movement. In: Tansill BC, ed. Walsh and Hoyt's Clinical neuroophthalmology. Vol 2. 6th ed. Baltimore, Williams & Wilkins. pp 933-935, 1985.
- Stephan, G. Waxman. 의과대학 신경해부학 교수편. 증례를 통한 임상신경해부학. 서울, 한우리, pp 121-122, 1998.
- 함돈일, 유영석. 선천성 동안신경마비안의 사시교정술. *한국안과학회지*. 32:262-265, 1991.
- 윤동호, 이상욱, 최익. 안과학. 서울, 일조각, pp 223-224, 244-246, 1999.
- E.I. Mansouri, Y., Zaghoul, K., Amraoui, A. Oculomotor paralyse in the course of diabetes-concerning 12 cases. *J Fr Ophthalmol. Janl*, 23(1):14-18, 2000.
- Gomez-Gosalvez, F., Sala, A.G., Rubio, A., Escriva, P., Clemente, F., Perez, C., Carbonell, J., Menor, F. Acquired palsy of the oculomotor paralysis in the adolescent. *Rev Neurol*. 32(3):241-244, 2001.
- Renowden, S.A., Harris, K.M., Hourihan, M.D. Isolated atrophic third nerve palsy: clinical features and imaging techniques. *Br J Radiol*. 66(792):1111-1117, 1993.
- Schumacher-Feero, L.A., Yoo, K.W., Solari, F.M., Biglan, A.W. Third cranial nerve palsy in children. *Am J Ophthalmol*. 128(2):216-221, 1999.
- Kose, S., Urtemen, O., Pamukcu, K. An approach to the surgical management of total oculomotor nerve palsy. *Strabismus*. 9(1):1-8, 2001.
- Capo, H., Warren, F., Kupersmith, M.J. Evolution of oculomotor nerve palsies. *J Clin Neuroophthalmol*. 12(1):21-25, 1992.
- 최영길. 당뇨병성 신경증. *대한내과학회지* 21(12):1067-1070, 1978.
- 박규형, 장봉린. 제 3,4,6 뇌신경마비의 원인 및 임상양상. *대한안과학회지*. 38(8):1432-1434, 1997.
- 박근성. Examination and Evaluation of Ptosis. *충남대학교의과대학 안과학교실*.
- 이영규, 채병윤. 비외상성 동안신경마비환자에 대한 치험 4례. *경희의학*. 12(3-4):392-398, 1996.
- 成都中醫學院編. 中醫眼科學. 四川省:四川人民出版社. pp 27, 66, 1976.
- 上海中醫學院編. 五官科學. 香港商務印書館. pp 27-32, 1977.
- 戴新民. 中醫五官科學. 臺北:啓業書局有限公司. pp 25-32, 1986.
- 최정은, 김진만, 이승언, 신조영, 이시형. 보충익기탕가미방에 의한 비만세포매개성 즉각형 알레르기 반응의 억제. *대한한방내과학회지*. 25(2):159-166, 2004.
- 한세용, 고경덕, 김경훈, 정승현, 신길조, 이원철. 내경동맥류 환자에서의 안검 치험 1례. *대한한방내과학회 추계학술대회* 156-159, 2002.
- 정영돈, 김정호, 송민식, 박영수, 허윤경, 김영일 등. 특발성 안검하수 치료 2례에 대한 증례보고. *대한침구학회지*, 21(6): 281-289, 2004.
- 조철준, 남효익, 김동웅, 박양춘, 이정은, 한영주 등. 가미보충익기탕으로 치료한 만성통년성 알레르기성 비염환자의 호산구와 자각증상 수치변화에 대한 치험 2례. *대한한방내과학회지*. 26(2):467-474, 2005.