

## Claude's syndrome으로 인한 안검하수 및 운동실조에 대한 한방 복합 치료 치험 1례

김수빈, 정윤경, 양정윤, 문상관, 정우상, 권승원, 조기호  
경희대학교 대학원 임상한의학과

### A Case Report of a Patient with Ptosis and Ataxia Diagnosed as Claude's Syndrome Who Was Treated with Korean Medicine

Su-bin Kim, Yun-kyeong Jeong, Jung-yun Yang, Sang-kwan Mun, Woo-sang Jung, Seung-won Kwon, Ki-ho Cho  
Dept. of Clinical Korean Medicine, Graduate School, Kyung-Hee University

#### ABSTRACT

**Objective:** We describe the case of an 84-year-old man with a midbrain infarction causing pupil sparing oculomotor nerve palsy, with ipsilateral cerebellar ataxia diagnosed as Claude's syndrome.

**Methods:** The patient was treated with Korean medicine, including herbal medicine, acupuncture, and electro-acupuncture, during 45 days of hospitalization. Improvements in the patient's symptoms and changes in ptosis were evaluated using the Korean version of the Scale for the Assessment and Rating of Ataxia (SARA).

**Results:** After 45 days of treatment with the Korean medicine, the patient's symptoms, including ataxia and ptosis, improved.

**Conclusions:** This study suggests that the treatment with Korean medicine was effective in aiding the patient's recovery.

**Key words:** Claude's syndrome, midbrain infarction, cerebellar ataxia, partial oculomotor nerve palsy, ptosis

## I. 서 론

클로드 증후군(Claude's syndrome)이란 중뇌 적핵, 소뇌각 부위의 병변으로 인해 동측의 동안신경 마비와 대측의 편마비, 대측 운동실조 등을 특징으로 하는 병명이다. 적핵을 비롯한 중뇌피개부는 제 3뇌신경(CN III)인 동안신경속(fascicles) 배열이 지나가는 부위로 이 부위 손상으로 동안신경마비(부분, 혹은 완전)가 발생하고 적핵 자체 및 소뇌각 손상

으로 마비 및 운동 실조 등이 발생하게 되는 것이다. 이전 발표된 뇌간 및 중뇌 병변으로 인한 안검하수 혹은 특발성 동안신경마비로 인한 안검하수 등에 대한 한방 치험례들의 경우 안검하수를 한의 학적으로 비기허로 보고 치료하였던 것이 대부분이다<sup>1-5</sup>. 본 증례는 중뇌 경색 발생 이후 발생한 편측 안검하수 및 운동실조에 대해 침치료, 전침치료, 한약치료 등의 복합적인 한방 치료를 통해 임상적 효과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

· 투고일: 2017.03.24, 심사일: 2017.05.13, 게재확정일: 2017.05.22  
· 교신저자: 조기호 서울시 동대문구 경희대로 23  
경희대학교 한방병원 순환신경내과학교실  
TEL: 02-958-9275 FAX: 02-958-9132  
E-mail: sbsb4726@naver.com

## II. 증 례

1. 성 명 : 원○○(남성/84세)

2. 진단명

- 1) Cerebral infarction(Right Post Cerebral Artery territory-Right thalamic/Paramedian midbrain infarction)
- 2) Occlusion of Right Post Cerebral Artery, Stenosis of Left Post Cerebral Artery
- 3) Hypertension, Diabetes mellitus, Atrial fibrillation, Bladder Cancer, Chronic Myeloid Leukemia

3. 주소증

- 1) 좌반신소력(IV+/IV+)
- 2) 운동실조, 균형장애
- 3) 우측 안검하수
- 4) 간헐적 혈뇨

4. 발병일 : 2016년 5월 13일 20시경

5. 과거력

- 1) 1990년 고혈압 진단 후 약물 복용 시작
- 2) 2000년 급성 심근경색 이후 Warfarin 복용 지속, 2004년, 2005년 경피적관상동맥중재술 2차례 시행, 2007년 심방세동 진단
- 3) 2011년 만성골수성백혈병 진단, 아산병원 입원 치료 후 약물 복용 지속
- 4) 2016년 4월 말부터 2주간 Warfarin 중단한 채 2016년 5월 초 우측 서혜부 탈장 수술 시행
- 5) 2016년 당뇨 진단 후 약물 복용 시작
- 6) 2016년 6월 방광암 진단 후 2016년 7월 30일 수술예정

6. 개인력 : 음주력(-), 흡연력 (+) 1년 전부터 금연, 이전 1갑×30년

7. 현병력

상기 과거력 지닌 84세 남성 환자로 심방세동, 심근경색으로 와파린 복용해오다가 2016년 5월 초 예정된 탈장 수술 진행 위해 2016년 4월 말부터 와파린 복용 중단하였으며 수술 이후 2016년 5월 13일 20시경 어지러움 발생하였고 익일 새벽인 5월 14일 균형실조 및 좌반신 소력, 저림

발생하여 서울 아산병원 응급실 방문, 뇌경색 진단 받고 입원 치료 지속하다가 2016년 6월 13일 본과 전원

8. 계통적 문진

- 1) 小便 : 전원 1주일전 혈뇨 발생하여 검사 진행한 결과 방광암 진단 받음, 이전 병원에서 배뇨 3회에 1번 정도 혈뇨 증상 보였으며 잔뇨감, 빈뇨 호소함.
- 2) 大便 : 변비 경향 지속됨.
- 3) 食慾/消化 : 식욕 저하 있으나 소화에는 큰 이상 없음.
- 4) 기 타 : 몸이 무거운 느낌, 기력저하, 뒷목 당김 및 견배부 통증
- 5) 舌苔/脈 : 苔薄白, 脈細澁, 弱

9. 검사결과

- 1) 신경학적 검사(Neurologic examination)
  - (1) 근력(motor power) : 우상지 V 좌상지 IV+ 우하지 V 좌하지 IV+
  - (2) 자가 기립 및 자가 보행 불가 → 붙잡고 서 있는 경우에 근력은 충분하나 왼쪽으로 계속 치우쳐져 자가 기립 및 보행이 어려운 상태
  - (3) 소뇌기능검사 : 손가락-코시험(finger to nose) 과 발꿈치-정강이시험(heel to shin)에서 좌측 시행시 우측에 비해 어려움 호소
  - (4) 제 3뇌신경(동안신경) 이외 다른 뇌신경의 장애는 보이지 않았으며 운동계와 감각계 기능에도 큰 이상 소견 없었음. 깊은 힘줄반사(DTR)는 항진 보이지 않고 양측 대칭적
- 2) 발병당시 뇌 자기공명 영상 촬영(brain MRI) 결과(Fig. 1)(2016년 5월 14일)
- 3) 안구 움직임 관찰 소견 : 양안 동공 크기와 반사는 정상이었으며 우측 눈꺼풀 처짐을 호소하였고 우안에서 상방주시 시 어려움을 보였으며 운동 때 우안의 내림(infraduction)이 일부 감소되어 있었다(Fig. 2).

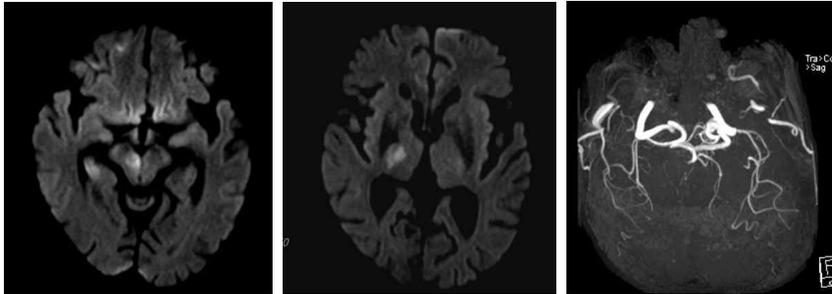


Fig. 1. Brain magnetic resonance imaging (MRI DWI/Angiography) of patient.

This photographs showed high signal intensity along the right side thalamus, paramedian midbrain. Brain angiography showed occlusion of Right PCA (posterior cerebral artery) and Stenosis of Lt. PCA.

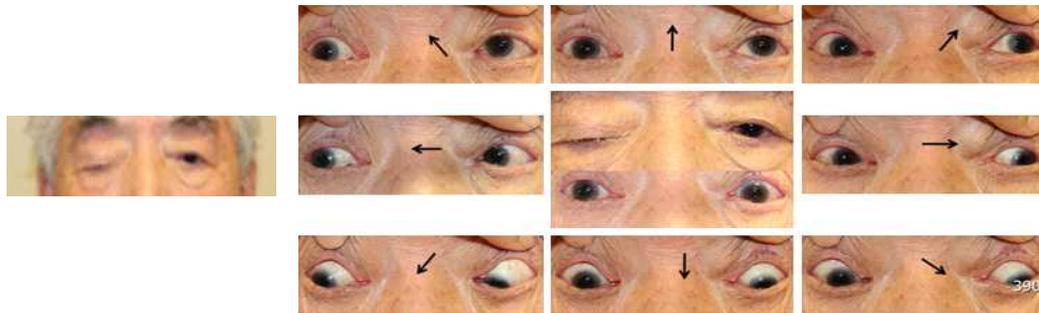


Fig. 2. Abnormal extraocular movements of the patient.

The patient showed limitation of depression at right eye.

## 10. 진단

환자의 경우 뇌경색 발병일 이후 근력 저하는 심하지 않으나 좌반신 소력감 보였으며, 좌측으로 운동실조 증상(균형장애, 손가락-코시험과 발꿈치-정강이시험상 좌측에서 저하)이 관찰되었다. 또한 우측 안검하수 및 안구 운동장애도 동반되었으며 영상 검사상 중뇌 적색핵 부위 경색과 후뇌동맥의 협착 확인되어 중뇌경색 증후군 중 동측 동안신경마비의 증상과 반대측 편마비, 운동실조 증상을 특징으로 하는 Claude's syndrome으로 진단할 수 있었다.

## 11. 치료내용

1) 입원기간 : 2016년 6월 중순-2016년 7월 말(45일)

## 2) 치료방법

- (1) 한약치료 : 환자가 입원기간 내 복용했던 탕약 및 제제약은 다음과 같다(Table 1).
- (2) 침치료 : 0.25×40 mm stainless steel(동방침 구제작소, 일회용 호침)을 사용하여 1일 1회 20분 유치했으며, 선혈 혈위는 四神聰, 陽白(GB14), 攢竹(BL2), 瞳子膠(GB1), 絲竹空(TE23), 水溝(GV26), 承漿(CV24), 좌측 八邪穴, 양측 合谷(LI4), 太衝(LR3), 曲池(LI11), 手三里(LI10), 足三里(ST36), 三陰交(SP6), 懸鍾(GB39) 등으로 하였다. 침치료는 입원기간인 45일간 매일 오전 8시-9시경 한차례씩 시행하였다.

Table 1. 입원기간 시행된 한약 치료 내용

탕약치료	매 식후 2시간 1일 3회 분복	
柴苓湯	입원 1일-입원 17일째(17일간)	柴胡 18 g 澤瀉 15 g 白朮 茯苓 豬苓 各 12 g 半夏 9 g 黃芩 人蔘 甘草 肉桂 各 6 g
소시호탕+오령산 합방처방으로 혈뇨, 잔뇨감 및 신증증상 관련하여 이수지제 및 화해지제 사용. 시령탕은 뇌출혈 환자의 혈중 해소에 유의한 효과를 보인 처방 <sup>6)</sup> 으로 경색 부위 출혈성 변화 해소를 위해서도 대증적으로 사용 가능하여 초기 입원기간 동안 지속 사용하였다.		
釣藤散	입원 18일-입원 20일째(3일간)	釣鈎藤 24 g 石膏 15 g 半夏 陳皮 麥門冬 白茯苓 各 9 g 防風 甘菊 人蔘 各 6 g 生薑 12 g 甘草 3 g
환자는 간헐적으로 고혈압이 동반된 명한 양상의 두통과 지속적인 두중감을 호소하였고 견배부 통증, 경향통 동반되어 만성 긴장형 두통, 뇌혈관장애 환자의 만성두통에 대응 <sup>7)</sup> 되는 조등산으로 주처방을 변경하여 사용하였다.		
葛根湯加味	입원 21일-입원 28일째(7일간)	葛根 白芍藥 各 30 g 桂枝 熟地黃 各 24 g 獨活 生薑 大棗 甘草 各 18 g
두통은 호전양상 보이나 견배부 통증, 결림 동반 지속되어 이에 주로 활용되는 처방 <sup>7)</sup> 을 갈근탕가미로 변경하였다.		
牛車腎氣丸	입원 29일-입원 45일째(17일간)	熟地黃 48 g 山藥 山茱萸 牛膝 車前子 各 24 g 白茯苓 牡丹皮 澤瀉 各 18 g 肉桂 9 g
보행 및 재발을 지속하며 하지당김, 요통(이전 척추관 협착증 과거력), 빈뇨(야간에 심함) 호소하였고 식욕저하 및 체중감소 보여 신양허 변증, 퇴원 후 타병원 수술예정인 환자로 보신 할 수 있는 처방으로 변경하였다.		
제제약치료		
清腸캡슐	입원 1일-퇴원시까지 1일 1회(점심 식후 30분)	大黃엑스 210 mg 芒硝 70 mg
龍腦蘇合元	입원 1일-퇴원시까지 1일 1회(점심 식후 30분)(기상 직후)	白朮 木香 沈香 麝香 安息香 葶撥 牛角 丁香 訶子 香附子 白檀香 各 7.5 g 蘇合油 乳香 龍腦 烏藥 3.75 g

- (3) 안구 주위 혈 전침치료 : 0.25×40 mm stainless steel(동방침구제작소, 일회용 호침)을 사용하여 우측攢竹(BL2)과 魚腰(經外奇穴) 연결, 瞳子膠(GB1)와 承泣(ST1)을 연결하여 2 Hz 20분 자극(환자가 수축 자극을 느끼나 통증을 느끼진 않을 정도) 월-토 1일 1회 2 Hz로 20분 동안 시술하였다.
- (4) 기타치료 : 氣海(CV6), 關元(CV4) 간접구(艾炷灸) 치료 병용하였으며 우측 견배부, 경향부 통증 호소하여 우측 승모근 및 삼각근 압통점에 TENS 치료 시행하였다. 또한 기립근 강화 및 견부 긴장 완화를 위해 견배부 및 방광1선 건부항 치료 시행하였다. 모든 치료는 월-토 1일 1회 시행되었다.

- (5) 양약치료 : 입원 기간 동안 지속 복용한 약물은 다음과 같다.
- ① Astrix(아스트릭스)/Aspirin 100 mg/Cap/1T qd
  - ② Eliquis(엘리퀴스)/Apixaban 2.5 mg/Tab/1T bid
  - ③ Dilatrend(딜라트렌)/Carvedilol 3.125 mg/Tab/1T bid
  - ④ Atacand(아타칸)/Candesartan cilexetil 16 mg/Tab/1T qd
  - ⑤ Crestor(크레스토)/Rosuvastatin 5 mg/Tab/1T qd
  - ⑥ Janumet XR(자누메트엑스알)/Sitagliptin 50 mg Metformin HCl 500 mg/1T bid
  - ⑦ Hinecol(하이네콜)/Bethanechol Cl 25 mg/Tab/1T tid

- ⑧ Avodart(아보다트)/Dutasteride 0.5 mg/Cap/1T qd
- ⑨ Xatral XL(자트랄 엑스엘)/Alfuzosin HCl 10 mg/Tab/1T qd
- ⑩ 엘로톤정/Isosorbide mononitrate 20 mg/1T bid
- ⑪ 슈펙트캡슐 100 mg(라도티닙염산염)/Radotinib hydrochloride 106.8 mg/1T bid
- ⑫ Lasix(라식스)/Furosemide 40 mg/Tab/0.5T bid

11. 평가방법

- 1) K-SARA(Korean Version of the Scale for the Assessment and Rating of Ataxia) Subscores : SARA는 기존 소뇌 운동실조 정도를 평가하는데 사용되었던 ICARS(International Cooperative

Ataxia Rating Scale)의 문항이 많아 평가시 겪었던 불편함을 줄이기 위해 2006년 T. Schmitz-Hübsch 등에 의해 개발된 평가척도이다<sup>8</sup>. Barthel index와 ICARS, stbilometry 측정값과의 비교를 통해 유용성 및 유효성, 임상적 유의성이 검증되었으며<sup>9</sup> 본 증례에서는 SARA의 한국어판인 K-SARA<sup>10</sup>를 활용하기로 하여 이증에서도 환자가 주로 불편감을 호소하였던 4가지 척도를 선정(걸기, 서기, 앉기, 코-손가락 검사(finger to nose test)), 환자의 증상 개선 정도를 평가하였다. 평가는 1주일 간격으로 이뤄졌으며 평가 내용은 다음과 같다(Table 2).

Table 2. K-SARA Subscores

1. 걸기(Gait)	2. 서기(Standing)
1) 벽으로부터 안전거리를 유지하며 벽과 평행하게 걸으면서 반바퀴 돌기(진행 방향과 반대 방향으로 돌기)와 2) 도움 없이 일자 보행(한쪽 발꿈치와 다른 발의 발가락이 맞닿도록)를 수행한다.	1) 편한 자세로 서기, 2) 양쪽 발을 가지런히 모으고 서기(양쪽 발의 엄지 발가락이 서로 닿도록 한다), 3) 일자 서기(한 쪽 발의 발꿈치와 다른 쪽 발의 발가락을 붙이고 일자로 선다)를 수행한다. 신발을 신지 않고 눈을 뜬 상태로 바로 선다. 각각의 과제마다 3회씩 수행하고, 가장 잘 수행한 점수를 기록한다.
0. 정상 보행, 반바퀴 돌기와 일자 보행에 제한이 없다(한 번 헛디딤은 허용한다). 1. 약간 어려움, 계속해서 10걸음 일자 보행을 할 때만 약간 어려워한다. 2. 분명한 어려움, 일자 보행을 10걸음 이상 수행하지 못한다. 3. 상당한 흔들림, 반바퀴 돌기에서 어려움이 있으나 도움 없이 걸을 수는 있다. 4. 뚜렷한 흔들림, 간헐적으로 손으로 벽을 짚으면서 걷는다. 5. 심한 흔들림, 보행 시 한 개의 지팡이를 계속해서 이용하거나 한쪽 팔에 가벼운 지지가 필요하다. 6. 양손에 지팡이를 짚거나 워커 등을 사용하여 강력한 도움을 받아야만 10미터 이상 걸을 수 있다. 7. 양손에 지팡이를 짚거나 워커 등을 사용하여 강력한 도움을 받아도 10미터 이상 걸을 수 없다. 8. 도움을 받아도 전혀 걸을 수 없다.	0. 정상, 10초 이상 일자서기를 수행할 수 있다. 1. 발 모으고 서기를 흔들림 없이 수행할 수 있으나, 일자서기를 10초 이상 수행할 수 없다. 2. 발 모으고 서기를 10초 이상 할 수 있으나 몸이 흔들린다. 3. 편한 자세에서 도움 없이 10초 이상 설 수 있으나 발 모으고 서기는 수행하지 못한다. 4. 편한 자세에서 10초 이상 설 수 있으나 간헐적인 지지가 필요하다. 5. 계속해서 한쪽 팔로 지지해야 중립자세에서 10초 이상 설 수 있음. 6. 한쪽 팔로 지속적으로 지지하여도 10초 이상 설 수 없음.

3. 앉기(Sitting)	4. 코-손가락 검사(Finger to nose test)
양발이 지면에 닿지 않도록 침대에 걸터앉은 후, 눈을 뜨고 양팔을 앞으로 쭉 뻗는다.	양손을 따로 평가한다. 편한 자세로 앉는다. 필요한 경우 발이나 몸통을 지지해주는 것을 허용한다. 환자에게 자신의 검지를 반복적으로 자신의 코와 평가자의 검지 사이를 왕복하면서 깊도록 한다. 검사자의 검지는 환자가 손을 뻗어 닿을 수 있는 거리의 90% 지점에 위치하도록 한다. 동작은 중간 속도로 수행하도록 한다. 점수는 운동성 떨림의 평균 진폭으로 측정한다.
0. 정상, 10초 이상 앉는데 어려움이 없다.	0. 떨림이 없다.
1. 약간의 어려움, 간헐적으로 몸이 흔들린다.	1. 떨림, 2센티미터 미만의 진폭으로 떨린다.
2. 지속적으로 몸이 흔들리지만 도움 없이 10초 이상 앉아있을 수 있다.	2. 떨림, 5센티미터 미만의 진폭으로 떨린다.
3. 간헐적인 도움이 있어야만 10초 이상 앉을 수 있다.	3. 떨림, 5센티미터 이상의 진폭으로 떨린다.
4. 계속해서 도와주어도 10초 이상 앉아 있을 수 없다.	4. 5회의 포인팅 동작을 수행하지 못한다.

2) 개안정도 평가 : 가만히 눈을 감은 상태에서 수평선을 0으로 하고 개안시 상안검이 올라가는 정도를 기록하였으며(mm 측정). 좌위, 좌위에서 각각 측정하였다(처음 호전 보인 6월 26일부터 3일 간격으로 측정하였다).

12. 결 과

1) K-SARA Subscores : 네 가지 항목에 대해 입원 이후 1주일 간격으로 측정하였으며 최종적으로 걷기(gait)는 8점에서 3점으로 서기(standing)는 6점에서 2점, 앉기(sitting)는 3점에서 1점,

코-손가락 검사(finger to nose test)는 3점에서 1점으로 각각 변화하였다. 네 가지 항목의 총 점의 경우 총 20점에서 7점으로 수행능력 개선이 관찰되었다(Fig. 3).

2) 안검하수 평가 : 입원 당시인 2016년 6월 14일부터 2016년 6월 24일까지는 좌위, 와위 측정시 모두 변화가 관찰되지 않았으나 2016년 6월 26일경부터 점차 눈을 뜨는 힘이 생겨 이후 3일 간격으로 측정 하였다. 다음과 같이 좌위 9 mm 와위 5 mm로 개안정도에서 호전을 보였다(Fig. 4).

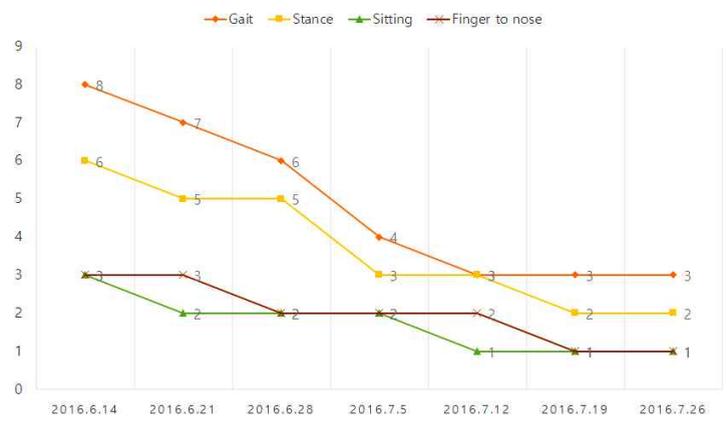


Fig. 3. Changes of K-SARA (Korean version of the scale for the assessment and rating of ataxia) subscores.

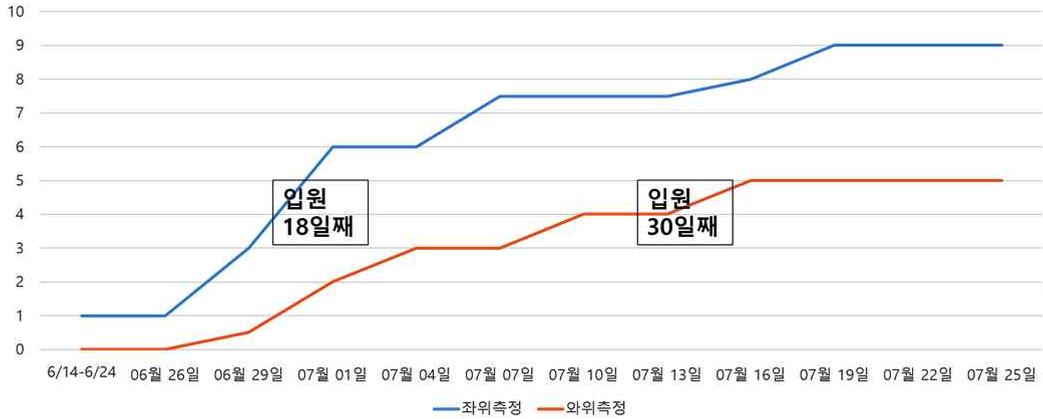


Fig. 4. The change of right-sided ptosis.

### III. 고찰

시상-중뇌 뇌경색은 후교통동맥과 뇌기저동맥 사이에서 나오는 후시상-시상밑정중결동맥 (posterior thalamosubthalamic paramedian artery)의 폐쇄로 인해 주로 발생한다<sup>11</sup>. 중뇌부위 단독 병변 발생률은 낮은 편으로 전체 뇌경색 환자의 2.3% 정도에 해당되며 이로 인한 부분 동안신경 마비는 더욱 드물게 발생한다고 알려져 있다<sup>12</sup>. 중뇌 부위 동안신경핵은 여러 개의 아핵(subnucleus)으로 구성되어 있으며 중뇌 피개부(midbrain tegmentum)에는 동안신경속(fascicles)이 배열되어 있다<sup>13</sup>. 중뇌 동안신경핵 또는 동안신경속 병변에 의해 부분 혹은 완전 동안신경마비가 발생하게 되면 외직근과 상사근을 제외한 나머지 외안근의 움직임 및 동공의 수축, 반사 등에 제한이 생기게 되고<sup>10</sup> 동안신경핵과 신경속의 3차원적 배열로 인해 병변 크기 및 부위에 따라 안구운동마비의 양상은 다양하게 나타난다.

중뇌에는 동안신경핵 이외에도 온도각, 통각, 심부감각 등의 인지에 관여하는 척수시상으로 및 안쪽 섬유띠가 있으며 불수의 운동과 관련된 적색핵, 흑색질이 존재한다. 대뇌다리, 소뇌다리 등을 통해 맞닿아있는 대뇌, 소뇌 부위 기능에도 영향을 미치

게 된다. 따라서 중뇌 병변으로 인해 동안신경 기능 이상과 함께 여러 다른 증상이 수반될 수 있는 것이다<sup>14</sup>.

이러한 구조적 특성으로 중뇌경색은 동측 동안신경마비와 함께 수반되는 임상적 특징에 따라 반대측 감각 장애, 무도병 등 불수의 운동을 보이는 베네딕트증후군(Benedikt syndrome), 반대측 소뇌 기능장애를 보이는 클로드증후군(Claude's syndrome), 반신 마비 및 경직을 보이는 웨버증후군(Weber's syndrome) 등으로 나뉘게 된다<sup>14</sup>.

본 증례의 환자는 양안 동공 크기와 반사는 정상이었으며 우측 눈꺼풀 처짐을 호소하였고 우안에서 상방주시시 어려움을 보였으며 운동 때 우안의 내림(infraduction)이 일부 감소되어 있는 등 동안신경의 부분 마비가 관찰되었고 좌측으로 치우쳐져 균형잡기가 불가능한 상태로 소뇌기능검사(손가락-코시험과 발꿈치-정강이시험)에서 좌측 시행시 우측에 비해 어려움 호소하였다. 또한 영상검사상 우측 후대뇌동맥의 완전 폐색과 우측 중뇌 동안신경 속과 위소뇌다리 부분, 시상 부위 경색이 확인되어 환자를 클로드증후군으로 진단하게 되었다.

동안신경의 마비에 대해서는 중추성이나 특발성으로 구분된 연구는 아니나 일반적으로 37%의 환자가 평균 3개월의 기간 내 완전 회복, 80% 환자

는 부분적으로라도 회복된다고 알려져 있다<sup>15</sup>. 경색 후 발생한 중추성 동안신경의 마비로 인한 사시는 원인질환을 치료, 예방목적 약물을 지속 사용하며 6개월에서 1년 정도 경과관찰 하다가 호전이 없을 경우 사시 교정 위한 수술요법 시행(마비근 강화, 동향근 약화, 마비근의 길항근 약화 등)<sup>16</sup>한다. 근 위축 예방을 위해 침범되지 않은 외직근에 보툴리눔 독소를(보톡스) 주사하기도 하나 교정 및 재발 방지 등에 유의한 효과를 나타내지는 못하였고 기타 약물치료로는 tetracycline, Methycobal, vitamin B12 복용 등<sup>17</sup>의 시도가 있었으나 이 역시 뚜렷한 치료효과를 보이지는 못하였다.

이전 보고된 중뇌 및 뇌간 경색으로 발생한 안검하수 관련 한방 증례 보고의 경우 안검하수 증상을 증점적으로 안검하수를 脾胃氣虛, 中氣不足으로 보고 健脾, 益氣升陽하는 補中益氣湯류의 처방을 사용하였고 脾正格 등의 치료가 대부분이었다<sup>15</sup>.

본 증례에서는 동안신경 마비와 관련하여서 전 침치료를 시행하며 경과를 관찰하였고 운동 실조 및 전반적 컨디션 조절을 위해 한약치료와 일반 침치료, 부항치료 등을 병용하였다. 안검하수 등 특정 증상으로 中氣不足, 氣陷 등으로 국한하여 처방을 선정하지 않고 전반적 증상 조절 및 컨디션 개선을 통해 치료를 도모하였다.

침치료는 동안신경 마비의 회복 뿐만 아니라 뇌졸중으로 인한 증상 회복 및 운동 관련 재활을 목적으로도 시행되었다. 경미한 좌반신 소력감 및 균형 장애 회복을 위해 안구 주변 혈 이외에 중풍환자에 다용되는 四神聰, 水溝(GV26), 承漿(CV24), 合谷(LI4), 太衝(LR3), 曲池(LI11), 手三里(LI10), 足三里(ST36), 三陰交(SP6), 懸鍾(GB39) 등에 침치료를 시행하였다.

안검하수 및 안구 운동 장애와 관련하여서는 攢竹(BL2), 魚腰(經外奇穴), 陽白(GB14), 承泣(ST1), 四白(ST2), 絲竹空(TE23), 瞳子膠(GB1) 등은 안검하수, 안구 건조, 시력저하, 복시 등 안과적 문제 시 한의학적으로 다용되던 혈자리<sup>4</sup>에 침치료를 시

행하였다. 임상적으로 다용되는 것 이외에도 여러 연구들을 통해 효과가 보고되어왔는데 특히 동안신경 마비에 침치료 효과를 살펴본 RCT연구에서 承泣, 魚腰, 太陽 침치료군 20명과 sham 침군 20명이 매주 3회씩 총 4주간 침치료 시행한 결과 침치료 군에서 마비의 유의한 개선 보였으며<sup>18</sup>, 마비성 사시 환자 100명을 대상으로 睛明, 瞳子膠, 魚腰 등에 시행한 침치료군과 Methycobal과 vitamin B1 군을 비교한 결과 외전근의 움직임이 양약치료군에 비해 침치료군에서 큰 호전을 보였다<sup>19</sup>.

전침의 경우 경혈의 자극과 전기치료의 효과가 복합되어 나타나게 되는데 임상적으로는 만성적 통증이나 마비질환에 흔하게 사용된다. 마비된 신경과 근육에 대한 전기자극의 결과 근위축이 지연되며 근육 대사에 관여하는 효소활성이 변화하고 모세혈관 분포증가, 혈류량 증가된다고 알려져 있다<sup>20</sup>. 외안근의 마비증상 발생시 전침 치료를 통해 유의한 효과를 나타낸 증례들<sup>21</sup>도 보고되어 왔다. 마비 질환의 경우 low frequency로 깊게 자입하고 전기적 자극을 주어 치료하였을 때 가장 유의한 효과를 준다는 연구결과<sup>22</sup>에 근거하여 본 증례에서는 신경 마비에 적용하여 2 Hz의 low frequency로 자극을 주었다.

한편 한약치료는 환자의 주 호소증상을 관리하며 전반적 증상 개선을 도모하는 방향으로 시행되었다. 뇌경색 후유증 관리 및 신경 및 혈관내피세포 보호 및 혈류 개선에 유의한 효과가 있었던<sup>23</sup> 龍腦蘇合元을 매일 투여하였으며 뇌출혈 환자의 혈종 해소에 유의한 효과를 보인 처방인 柴芩湯<sup>6</sup>을 초기에 사용함으로써 경색 부위 출혈성 변화 해소를 위해서도 대증적으로 사용 가능하여 초기 입원 기간 동안 지속 사용하였다. 또한 치료 경과 중 보행 및 서있기 등 동작 수행시 하지당김, 요통(이전 척추관 협착증 과거력) 등을 호소하며 빈뇨, 식욕저하 및 체중감소 보여 신양허로 변증, 퇴원 후 타병원 방광암 수술예정인 환자로 보신 할 수 있는 처방인 牛車腎氣丸을 적용하였다. 이외 입원 기간중

호소하였던 고혈압성 두통, 긴장형 두통, 경항통 관련 釣藤散과 葛根湯加味를 활용하기도 하였다.

환자는 입원일로부터 2주 정도 경과후 안검하수 및 운동실조 증상에 호전을 보이기 시작하였고 불편한 호소증상이 점차 해소되어 가며 컨디션 개선도 관찰되었다. K-SARA 중 네 가지 하위 항목 총점이 20점에서 7점으로 호전되었고 개안정도에서도 좌위 9 mm 와위 5 mm로 호전을 보였다. 본 증례는 침, 전침, 한약, 부항, 뜸 등 복합적인 치료를 시행하여 특정 증상에 대한 특정 치료의 효과를 규명하기 어려운 면이 있으며, 상안검거근 이외 상직근 및 상사근 운동 관련 구체적 평가가 부족했다는 한계점이 있다. 그러나 기존 한방치료 증례에서 증상에 국한하여 脾氣虛로 변증하여 補脾益氣하는 보증익기탕을 사용한 경우와는 다르게 환자가 호소하는 증상에 대증적 치료와 변증적 치료를 병용하여 전반적 컨디션 및 제반증상 호전 도모하여 증상을 개선시켰다는 점과 이전 보고된 증례들의 평균 호전 시점보다 2주라는 비교적 짧은 기간 내 호전을 보였다는 점에서 의의를 지닌다고 보여진다.

#### IV. 결 론

본 증례의 환자는 중뇌경색으로 인한 운동실조 및 안검하수, 안구운동장애를 호소하여 클로드 증후군(Claude's syndrome)으로 진단되었으며 침, 전침, 한약, 부항, 뜸 등 복합적인 한방 치료를 통해 치료시작 14일경부터 유의한 증상개선을 보여 보고하였다.

#### 참고문헌

1. Park GY, Park SM, Park JS, Ahn MS, Jung JH, Kim MC, et al. A Case Report of the Patient with Ptosis by Multiple Cerebral Infarction Treated with Oriental Medical Therapy. *The*

*Journal of Internal Korean Medicine* 2010;spr :250-8.

2. Jung SM, Kim SJ, Jung JY, Ahn JJ. A case of the Oculomotor Nerve Palsy in Benedikt's Syndrome Patient. *The Journal of Internal Korean Medicine* 2005;26(3):670-6.
3. Jung EJ, Yang DJ, Jung KH, No JH, Moon SK, Cho KH. A case of the Oculomotor nerve Palsy in Benedikt's syndrome. *J Korean Oriental Med* 2000;21(3):225-30.
4. Lee JS, Shin YJ, Jeon JY, Seol JG, Moon MH. Clinical Study on a Case of Idiopathic Oculomotor Nerve Palsy Patient. *Korean J Oriental Physiology & Pathology* 2008;22(3):699-70.
5. Moon MH, Nam SK, Lee JS, Jeong HA, Shin SH, Lee I. Clinical Study on a Case of Ptosis Patient Diagnosed as Oculomotor Palsy. *Korean J Oriental Physiology & Pathology* 2006;20(4):1068-72.
6. Utsuki S, Oka H, Kijima C, Inukai M, Abe K, Sato K, et al. Effect of postoperative administration of saireto for bilateral chronic subdural hematomas. *Int J clin Med* 2011;2(3):285-8.
7. 日本神経學會. 慢性頭痛の診療ガイドライン. 東京: 醫學書院; 2013, p. 228-32.
8. Schmitz-Hübsch T, du Montcel ST, Baliko L, Berciano J, Boesch S, Depondt C, et al. Scale for the assessment and rating of ataxia: development of a new clinical scale. *Neurology* 2006;66(11):1717-20.
9. Yabe I, Matsushima M, Soma H, Basri R, Sasaki H. Usefulness of the Scale for Assessment and Rating of Ataxia (SARA). *Journal of the Neurological Sciences* 2008;266(1-2):164-6.
10. Kim BR, Lee JY, Kim MJ, Jung HY, Lee JM. Korean Version of the Scale for the Assessment and Rating of Ataxia in Ataxic

- Stroke Patients. *Ann Rehabil Med* 2014;38(6):742-51.
11. Chang YK, Youn MJ, Jung AR. Levator Palpebrae and Inferior Rectus Palsy From Thalamo-Mesencephalic Infarction. *J Korean Neurol Assoc* 2014;32(3):222-4.
  12. Bogousslavsky J, Maeder P, Regli F, Meuli R. Pure midbrain infarction: clinical syndromes, MRI, and etiologic pattern. *Neurology* 1994;44:2032-40.
  13. Park JH, Jeong WH, Lee TK, Sung KB. Partial Oculomotor Nerve Palsy due to Different Fascicular Involvements in Recurrent Midbrain Infarctions. *J Korean Balance Soc* 2006;5(2):292-5.
  14. Mossuto-Agatiello L. Caudal paramedian midbrain syndrome. *Neurology* 2006;66(11):1668-71.
  15. Park KH, Jang BL. The Etiology and Clinical Feature of the Third, Fourth, and Sixth Cranial Nerve Palsy. *Korean Journal of Ophthalmology* 1997;38(8):1432-6.
  16. Kim JS, Kang HK. Isolated or predominant oculomotor nerve palsy as a manifestation of brain stem stroke. *Stroke* 1993;24(4):581-6.
  17. Merino PS, Rojas PL, Gómez De Liaño PS. Bilateral superior oblique palsy: etiology and therapeutic options. *Eur J Ophthalmol* 2014;24(2):147-52.
  18. Bi JQ, Li W, Yang Q, Li B, Meng QG, Liu Y. Acupuncture for the Treatment of Oculomotor Paralysis: A Pilot Randomised Controlled Trial. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* 2016:1-6.
  19. Zhang SJ, Li SR, Li JS, Liu J, Song RX. Clinical observation on acupuncture for treatment of paralytic strabismus. *Zhongguo Zhen Jiu* 2009;29(10):799-803.
  20. Shen J. Research on the neuro-physiological mechanism of acupuncture : review of selected studies and methodological issues. *J Altern complement Med* 2001:1-7.
  21. Kim NK. One Case of paralytic strabismus (oculomotor nerve palsy) which was treated electroacupuncture at oculomotor muscles. *The Journal of Korean Oriental Medical Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology* 2006;19(3):232-6.
  22. Choi CH, Song HS. Effect of Electroacupuncture Complex Therapy on Peripheral Facial Paralysis According to the Wave Forms. *The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society* 2010;27(5):43-50.
  23. Lee SH, Lee SY, Yoon HD, Shin OC, Park CG, Park CS. The Effect of Sohaphyangwon water extract on Endothelial cells by Free cholestetol in blood. *Korean J Orient Int Med* 2005;26(3):575-86.