

凉膈散火湯으로 好轉된 少陽人 外轉神經麻痺 斜視患者 치험 1례

최애련 · 하진호 · 이정환 · 장우석 · 구덕모

대구한의대학교 한의과대학 사상체질과

Abstract

A Clinical Study on Strabismus Patient of Abducence Nerve Paralysis in Soyangin Improved with Yangkyuksanhwa-tang

Choi Ae-Ryun, Ha Jin-Ho, Lee Jung-Hwan, Jang Woo-seok, Goo Deok-Mo

Dept. Sasang Constitutional Medicine, College of Oriental Medicine, Daegu Haany Univ.

1. Objectives

The purpose of this case study is to evaluate the effects of Yangkyuksanhwa-tang which is based on Sasang Constitutional Medicine for strabismus of abducence nerve paralysis.

2. Methods

This patient was treated by Soyangin's Constitutional Medications according to the result of Sasang Constitutional diagnosis. We evaluated the abduction deficit that described how to use Scott and kraft.

3. Results & Conclusions

This case study shows an efficient result of using Yangkyuksanhwa-tang in treatment of Strabismus of abducence nerve paralysis.

Key Words : Abducence Nerve Paralysis, Strabismus, Soyangin, Yangkyuksanhwa-tang

I. 緒 論

한 눈이 어떤 물체를 직시할 때 다른 한 눈이 그것과 다른 방향으로 향하는 것을 斜視라 하며, 안근마비의 유무에 따라 마비성 사시와 비마비성 사시로 분류된다¹.

마비성 사시는 眼筋의 한 개, 또는 몇 개가 마비되어 시선의 방향에 따라 사시의 정도가 달라지며 마비된 筋에 따라 안구운동 장애가 나타나고 複視, 異常頭位, 定位誤認, 현기증의 증상이 수반되므로 非共同性 斜視라고도 한다. 비마비성 사시는 한쪽 눈의 안구운동에는 이상이 없고 偏位도가 注視방향에 관계없이 항상 일정하기 때문에 共同性 斜視라고도 한다. 또한 사시는 안구가 편위되는 방향에 따라 內斜視, 外斜視, 上斜視, 下斜視, 外旋斜視로 구분된다^{1,2}.

현재까지 마비성 사시의 발병 원인은 정확하게 밝혀지지 않았으나, 신경학적으로 外眼筋을 지배하여 眼球運動에 관여하는 신경은 제 3, 4, 6번 뇌신경으로, 이 뇌신경들의 마비는 외상, 두개 내 종양이나 동맥류, 혈관성 질환 등 다양한 원인에 의해 발생할 수 있다³. 특히 뇌신경마비에 의한 마비성 사시의 빈도는 제 6번 뇌신경마비가 가장 높은

빈도를 나타내고 다음 제 3번 뇌신경, 제 4번 뇌신경의 순이었다^{3,5}.

제 6번 뇌신경은 外轉神經(abducence nerve)이라고 하며 외직근을 지배하여 안구를 외전 시킨다. 외전신경마비는 해부학적으로 외전신경의 주행 경로가 길고 복잡하여 다른 신경에 비해 손상 받을 가능성이 많아 마비의 빈도가 높으며 임상에서도 흔하게 접할 수 있는 질환이다.

외전신경마비로 인한 사시는 소아부터 성인에 이르기까지 폭넓게 발병하므로 임상적 연구가 활발하게 진행 중이며 마비성 사시환자의 한방 치험례는 몇 차례 보고된바 있으나 사상체질 의학적으로 마비성 사시를 치료한 연구는 없었다.

이에 본 저자는 마비성 사시환자를 少陽人 胃受熱裏熱病으로 변증하고 涼膈散火湯을 투여하여 유의한 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 證例 및 治療經過

1. 證 例

- 1) 환자 : 조○○ (M /38)
- 2) 주증상 : 좌측 내사시



Fig. 1. Anterior View of Patient's Face and Abdomen

- 3) 부증상 : 眩暈, 複視, 眼球 乾燥, 口乾, 便秘
- 4) 발병일 : 2008년 5월 29일
- 5) 치료기간 : 2008년 6월 12일 ~ 2008년 7월 29일 (48일)
- 6) 양방 진단명 : 外轉神經痲痺(abducence nerve paralysis)
- 7) 과거력 : 2003년경 수지골절 수술.
- 8) 가족력 : 父 - 뇌출혈
- 9) 현병력

상기자는 스포츠 강사 생활 하던 중 2008년 5월 29일 갑자기 좌측 내사시 상태 발하여 포항 소재 ○○병원에서 Brain MRI 및 각종 혈액검사 상 Abducence nerve paralysis 진단 받고 15일 동안 입원 치료 받던 중 상태 여전하여 2008년 6월 12일 본원에 내원함.

10) 체질소견

(1) 形體氣像

키170cm, 체중 70kg이며 어깨, 팔, 다리가 모두 굵고 튼실하며 흉곽이 하체에 비해 충실하다. 복각은 약 90도 정도이고 피부는 희고 약간 건조하다.

(2) 容貌詞氣

얼굴은 눈이 약간 작지만 예리하며 관골 부위가 발달되어 있다. 얼굴의 상중하관 중에서 상관이 발달되어 있는 용모이다. 음성은 높고 말이 빠르다.

(3) 性質才幹

성격이 급하고 예민하며 일이 뜻대로 안 되면 짜증을 낸다. 실내 활동보다는 실외 활동을 즐겨하며 언행이 솔직하고 직설적이다.

(4) 素證

- ① 食事 및 消化 : 3회/1일 평소 과식경향이며, 소화상태는 양호하다.
- ② 大便 : 보통 1회/3일정도로 변비경향이며 정상변이나 후중감이 있다.
- ③ 小便 : 5회/1일 色黃 利得하며, 피곤하면 횟수가 줄어든다.

- ④ 睡眠 : 누우면 바로 자나 숙면을 못 취하고, 기상 후에 피로감은 없다.
 - ⑤ 汗出 : 더위를 심하게 타며, 주로 안면부에 땀이 많고 덥거나 긴장하면 심해진다.
 - ⑥ 舌診 : 紅 薄白苔 質潤
 - ⑦ 脈診 : 弦數
- 이상의 결과를 토대로 사상체질과 전문의, 전공의와 상의 후 少陽人 胃受熱裏熱病으로 판정하였다.

11) 검사소견

(1) 혈액검사(2008. 6. 13)

- ① CBC : WBC 9.3, RBC 5.0, Hb 14.8, Hct 45.3, ESR 5.0, Platelet 176.0
- ② Liver function test : AST(GOP) 47.0 ↑, ALT(GPT) 92.0 ↑, Protein 6.0, T-Billiruin 0.9, T-Cholesterol 199.0, TG 87.0, r-GTP(GGT) 25.0
- ③ Kidney function test : B.U.N 18.0, Creatinine 0.8
- ④ Electrolyte(Blood) : Na 124.0 ↓, K 3.9, Cl 96.0

(2) Chest PA : No active lesion of both lungs.

(3) EKG : Within normal limits.

2. 평가방법

1) 안구 외전 장애

안구 외전 장애의 정도는 Scott and kraft⁶가 기술한대로 0(정상), -1(정상의 75%), -2(정상의 50%), -3(정상의 25%), -4(중간선을 넘지 못함)로 기록하였다. 검사는 하루 3회(오전 7시, 오후 2시, 오후 8시) 실시하였다.

2) 기타 부증상

복시는 수평자를 사용하여 복시가 발생하지 않는 眉間에서 사물과의 직선거리를 측정하여 cm로 표기하였다. 다른 부증상은 증상이 변화하는 환자의 주관적인 느낌에 따라 severe +++, moderate ++, mild +, trace ±, elimi-

nation -로 평가하였다.

3. 치료방법

1) 藥物治療

凉膈散火湯은 『東醫壽世保元』에 준하여 구성된 것으로 1日分 2貼을 煎湯하여 추출하여 120cc씩 하루 3회 복용하게 하였다. 대변 양상이나 몸 상태에 따라서 石膏와 忍冬藤을 增減하거나 다른 약제를 加味하여 入院기간 48일 동안 투여하였다(Table 1, 2).

2) 鍼灸治療

행림서원침 직경 0.20mm, 길이 30mm 1회용 stainless 호침을 사용하여 사암침의 胃正格을 건측에 자침하고 深度는 경혈에 따라 5~10mm로 1회/일 시행하였으며 留鍼시간은 15~20분으로 시술하였다.

灸치료는 中腕穴과 關元穴에 神氣灸를 각 2狀씩 1회/1일 시술하였다.

4. 임상경과

1) 2008. 6. 12~17

내원 당시 환자는 좌측 안구 內, 上, 下 운동은 정상이었으며 좌측 안구 외전 시 눈동자가 정중선을 겨우 넘는 -4와 -3의 사이였다. 시력 저하는 없었으며 안구 건조가 심했다. 보행 시 현훈이 발생하는데 左眼注視時 현훈이 심하며 右眼注視時에는 眩暈이 발생하지 않았다. 복시는 지속적으로 발생하며 간격은 眉間과 사물과의 거리에 비례하였다. 혀는 紅 薄白苔 質潤하나 입이 마른다고 하였다. 頭面部에 汗出이 있으며 흉격부 상열감이 있었다. 少陽人 裏熱病으로 판단하고 凉膈散火湯을 투여하되 평소 便秘가있어 石膏를 增量하였다.

入院 첫날부터 熟眠하였으며 좌측 내사시는 여전하였고 복시와 현훈, 구건 등의 증상도 비슷하였다. 대변은 정상변으로 1회/2일로 횟수가 줄어들었으나 후증감은 여전하여 石膏의 양을 더 늘리고 牛蒡子를 加하였다.

Table 1. Composition of Yangkyuksanhwa-tang

Herbal name	Scientific name	Weight(g)
生地黃	<i>Rebmanniae radix</i>	8
忍冬藤	<i>Lonicera japonica</i>	8
連翹	<i>Forsythiae fructus</i>	8
梔子	<i>Gardeniae fructus</i>	4
薄荷	<i>Menthae herba</i>	4
知母	<i>Anemarrhenae rhizoma</i>	4
石膏	<i>Gypsum fibrosum</i>	4
荊芥	<i>Schizonopetae herba</i>	4
防風	<i>Ledebouriellae radix</i>	4
Total		48

Table 2. Change of Medication

Date(2008)	Prescription
12 Jun	凉膈散火湯 增 石膏 4g
13 Jun ~ 22 Jun	凉膈散火湯 增 石膏 8g, 加 牛蒡子 4g
23 Jun ~ 24 Jul.	凉膈散火湯 增 石膏 8g 忍冬藤 4g, 加 牛蒡子 4g
25 Jul. ~ 29 Jul.	凉膈散火湯 增 石膏 8g 忍冬藤 4g, 加 牛蒡子 4g 柴胡 4g

2) 2008. 6. 18~7. 6

6월 18일 오전 검사 시에 평소보다 더 외전 되어 -3이 되었다. 현훈이나 복시, 안구 건조는 여전하였고 구건은 약간 호전 되었다. 대변은 매일 보며 후증감은 완전 소실되었다.

6월 23일忍冬藤의 용량을 증가하여 침약을 투여하였더니 복시를 제외한 다른 제반 증상은 약간 호전을 보였다. 7월 5일부터 복시 未發生 거리가 5cm 이내로 약간 호전 되었으며 구건, 안구 건조는 오후에만 간헐적으로 발생하였다.

3) 2008. 7. 7~7. 10

7월 7일 오전 검사 시에 좌측 내사시 상태는 -2가 되었고 복시도 약간 호전되어 10cm이내에서 복시가 발생되지 않았다. 현훈, 구건, 안구 건조 상태 여전하나 변비, 불면 증상이 소실되는 것으로 보아, 전반적인 증상이 호전되고 있

다고 판단되어 처방을 그대로 투약하였다.

4) 2008. 7. 11~7. 17

7월 11일 오전 검사 시에 좌측 내사시 상태가 -1이 되었으며 복시가 17cm이내에서 발생하지 않았다. 구건은 호전되었고 현훈이나 안구 건조 상태는 여전하였다.

5) 2008. 7. 18~7. 29

7월 18일부터 좌측 내사시는 변함이 없었고 복시는 24cm이내에서 발생하지 않았다. 안구 건조 상태는 오후에도 발생하지 않으며 완전 소실되었다. 7월 25일 처방에 柴胡를 加하여 투여했으며, 7월 26일부터 29cm이내에서 복시가 발생하지 않는 변화를 보였다. 좌측 내사시는 차츰 호전 되었고 현훈은 보행 시에만 간헐적으로 발생하였다. 전반적으로 증상이 호전되어 7월 29일 치료를 중단하였다.

Table 3. Change of Symptom and Progress

증상 \ 날짜	6/12	6/13	6/18	6/23	7/5	7/7	7/11	7/18	7/26	7/29
복 시	0	0	0	0	5	10	17	24	29	29
현 훈	+++	+++	+++	++	+	+	+	+	+	+
구 건	+++	+++	++	+	±	±	-	-	-	-
안구건조	+++	+++	+++	++	+	+	+	-	-	-
변 비	+++	+++	-	-	-	-	-	-	-	-
수 면	천면	숙면	숙면	숙면	숙면	숙면	숙면	숙면	숙면	숙면

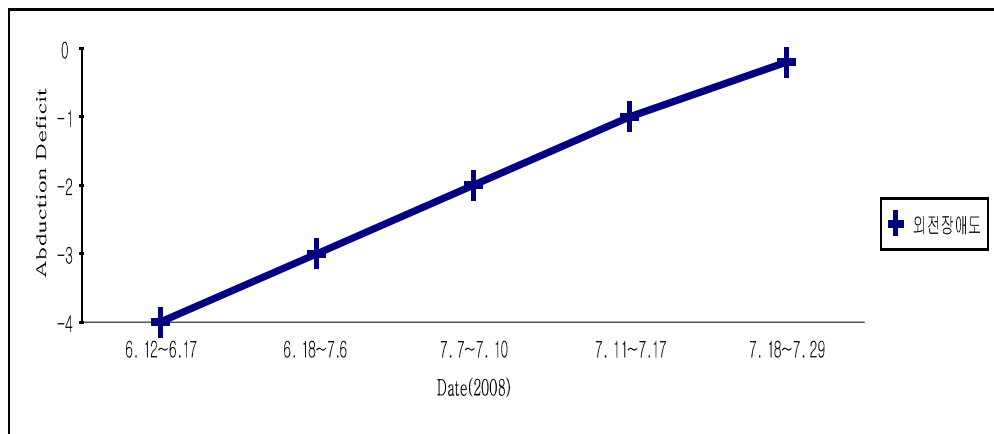


Fig. 2. Progress of Abduction Deficit

Ⅲ. 考察

마비성 사시는 마비 정도에 따라 완전마비와 불완전마비로 나누며 원인으로는 안근 자체의 병변과 신경마비가 있다. 안근 자체의 병변에는 眼窩骨折 등의 각종 외상과 반복된 근수술에 의한 癥痕形成에 의한 안구운동의 물리적 장애, 근육의 변성, 염증, 종양과 선천이상 등이 있고, 신경마비에는 뇌막염, 당뇨병, 외상 등에 의한 말초신경병변과 뇌혈관의 순환장애, 뇌염 등에 의한 핵 및 핵상로의 병변이 있다¹.

제3, 4, 6번 뇌신경은 외안근 운동을 담당하는 신경으로 다양한 원인에 의해 마비가 발생하고, 마비에 따른 임상양상 또한 다양한 것으로 알려져 있다. 1966년의 Rucker⁷나 1987년의 Rush & Younge⁸이 보고한 제3, 4, 6번 뇌신경마비에 대한 총괄적인 발생빈도를 보면 제 6번 뇌신경마비가 가장 많고 다음에 제 3번, 제 4번 뇌신경 순이라고 보고하였다. 국내의 경우에도 1991년의 김 등⁴, 1997년의 박 등⁵, 2005년의 박 등³에 의해 보고된바 발생 비율의 차이는 있었으나 발생 빈도는 동일하였다. 이는 해부학적으로 외전신경은 제 4 뇌실의 하방, 뇌교(pons)와 연수(medulla)가 만나는 부위의 내외측에 존재하는 신경핵에서 나와 동측의 외직근에 이르기까지 주행경로가 길고 복잡하여 외상이나 두개강 내의 출혈, 종양 등으로 다른 어떤 뇌신경보다 쉽게 손상 받을 수 있기 때문이다⁹.

외전신경마비로 인한 사시의 증상은 외직근의 마비로 내사시가 나타나며, 주시물체의 상이 양안망막의 대응점에 결상하지 못하고 어긋나게 맺히기 때문에 주시물체가 이중으로 보이는 복시 현상과 이로 인한 현기증, 定位誤認(方向誤認), 복시를 피하기 위하여 환자가 마비근을 사용하지 않으려고 머리위치를 취하여 발생하는 異常頭位와 惡心 등이 나타난다^{1,10}.

외전신경마비 사시에 대한 서양의학적 치료는 최소 6개월에서 9개월의 경과 관찰을 하며, 주기적으로 마비된 근육의 회복정도를 측정함으로써 회복가능성을 알 수 있다. 또한 복시를 줄이기 위해 프리즘 안경과 가립법 등을 일시적으로 사용

한다. 복시가 6개월 이상 지속되는 경우 내사시 정도가 심하지 않을 때는 프리즘 안경을 연구적으로 사용할 수 있으나 대개의 경우는 수술적 방법을 고려해야 한다. 보투리눅 특신을 길항근인 내직근에 주사하여 연축을 방지하여 줄 수도 있으나 이에 효과가 없거나 정방안위에서 내사시가 있을 때는 수술을 시행하게 된다. 수술적 방법은 외전이 가능한 경우 외직근 절제술과 내직근 후전술을 실시하며 외전은 잘 안되나 중앙선을 넘을 수 있는 경우는 알 앤 알과 반대측 내직근의 후전술을 시행한다. 중앙선을 넘지 못하고 동력 검사에서 외직근의 기능이 전혀 없다고 판정될 때는 상, 하직근의 수직 이전술 혹은 켈센수술법 등을 사용한다¹¹.

한의학에서도 사시의 유형, 특징, 정도와 치료 방법 등에 대하여 여러 서적에 기록되어져 왔다. 巢의 『諸病源候論』¹²에서 "人臟腑虛而風邪入於目, 而瞳子被風所射, 睛不正則偏視"라 하여 최초로 斜視疾患을 '目偏視'로 기재하였고, 후세에는 '目偏視風引', '風引喎斜', '偏視' 등으로 호칭되었다. 또한 사시의 정도와 방향에 따라 복시를 동반하기 때문에 雙目通睛, 小兒通睛, 轉轉轉關, 神珠將反, 瞳神反背, 墮睛, 視一爲二 등으로 분류하였다¹⁰.

원인 및 병기에 대하여 巢¹²는 臟腑나 精氣가 虛한 중에 風邪가 눈에 들어간 것이라 하였으며, 王¹³은 風熱이 腦를 공격하여 筋絡이 牽縮緊急하여 발생한다고 하였다. 張¹⁴은 邪氣가 風府와 天柱의 사이에 들어와 虛한 것을 타고 乘하여 腦로 들어가 눈에 이어져 발생한다고 하였다.

사상의학에서 目은 天機 중 世會를 視하는 부분으로, 『東醫壽世保元』·『辛丑本』에서는 目を 鼻黨에 배속하고 있는데², 耳目鼻口가 四焦에서 작용하는 것으로 보아서 中焦의 背脊와 膜海의 생리에 직접적인 영향을 줄 것으로 인식되고 있다³). 『東醫壽世保元』·『四象草本卷』「2卷 病變 1統」에서 眼病은 鼻塞과 함께 貪慾으로 인해 생길

2) 『東醫壽世保元』·『辛丑本』「臟腑論」45 胃與兩乳目背脊筋皆脾之黨也

3) 『東醫壽世保元』·『辛丑本』「臟腑論」48 目以廣博世會之視力提出膏海之清氣充滿於中上焦爲氣而注之背脊爲膜積累爲膜海

수 있는 病으로 설명되었다⁴⁾. 또한 『東醫壽世保元·辛丑本』에서 少陽人의 眼病에 관한 내용을 살펴보면 「少陽人 胃受熱裏熱病論」에서 眼病을 癰疽와 더불어 中消의 變證으로 이해하기도 하였다⁵⁾. 그러나 이제마가 남긴 『東醫壽世保元』, 『格致叢』, 『東武遺稿』에서 ‘斜視’, ‘偏視’와 관련된 언급은 찾아 볼 수 없었다.

본 증례의 환자는 38세에 비교적 건실한 체형의 남자로서, 2008년 5월 29일 일상생활 하던 중 갑자기 발생한 좌측 내사시를 주소로 2008년 5월 29일 ○○병원 내원하여 Brain MRI와 각종 혈액검사 상 의 전신경마비 진단받고, 2008년 6월 12일 본원에 내원하였다.

내원 당시 본 증례의 환자는 좌측 안구 외전운동이 불가능하였으며, 그로 인하여 복시와 현훈이 나타났다. 복시와 현훈으로 인한 안구 건조가 있었으며, 갑작스런 발병으로 인하여 불안, 불면, 흥겨부 상열감, 구건, 변비 등의 증상이 나타났다. 전체적인 환자의 形體氣像, 容貌詞氣, 性情, 素證 등을 참고하여 少陽人으로 판단하고, 少陽人 胃受熱裏熱病의 胸膈熱證으로 변증하여 涼膈散火湯을 투여하였다.

少陽人의 胃受熱裏熱病은 脾大하여 脾火가 왕성하고 脾腎之陰이 不足하여 陰虛裏熱症이 생기게 되므로 胃受熱病이 된다. 여기에는 胸膈熱證, 陰虛午熱證이 나타나는데, 그 治療法은 裏熱을 식혀주고 補眞陰하여 腎局의 清陽을 上昇시켜주는 方法을 사용한다¹⁵⁾.

이제마는 少陽人 裏熱病의 치료 관건인 清陽에 대하여 『東醫壽世保元』 「少陽人 胃受熱裏熱病論」, “平心靜思, 則陽氣上升輕清 而充足於頭面四肢也 此元氣也 清陽也 勞心焦思 則陽氣下陷重濁 而鬱熱於頭面四肢也 此火氣也 耗陽也”라 하여 清陽 上昇의 중요성을 강조하였다. 또한 朱震亨은 “上消者 舌上赤裂 大渴引飲 白虎湯主之”, 『醫學綱目』에서는 “渴而多飲 爲上消”라 하여 上消의 특징을 설명하였

고, 이제마는 『東醫壽世保元』 「少陽人 胃受熱裏熱病論」에서 “消渴者 病人胸次 不能寬遠闊達 而陋固膠小 所見者淺 所欲者速 計策鶻突 意思艱乏 則大腸清陽 上升之氣 自不充足 日月耗困 而生此病也. 胃局清陽 上升而不充足於頭面四肢 則成上消病… 上消 自爲重證… 上消 宜用涼膈散火湯”라 하였다¹⁵⁾.

涼膈散火湯은 『和劑局方』의 涼膈散에서 유래되어 小兒麻疹, 隱疹을 主治로 하는 『東醫壽世保元·四象草本券』의 消毒散火湯과 『東醫壽世保元·甲午舊本』의 清涼散火湯을 『東醫壽世保元·辛丑本』에서 少陽人의 裏熱病 上消나 纏喉風, 脣腫과 같은 瘡毒性 疾患에 응용하기 위해 변방한 처방이다^{15,16)}.

本處方은 石膏로 火熱의 근본을 억제하고, 知母는 石膏의 짝으로 補陰의 方面에서 火熱로 인한 陰虛의 기조를 없앤다. 生地黃으로는 中上焦에서 일어나는 火熱病理자체를 治하고, 忍冬藤과 連翹는 火熱의 病理로 인한 상부의 瘡毒性 병변을 다스리며, 梔子로 心胸의 熱狀을 제거한다. 薄荷의 上向清利작용으로 火熱로 인한 두통을 治하되, 忍冬藤, 連翹나 梔子の 작용을 이끌게 되며, 이와 같은 上熱의 제증에 관한 효능을 荊芥와 防風의 開通의 작용이 보조하게 되는 구성을 가진다¹⁶⁾.

본 증례 환자는 내원 당시부터 좌측 내사시 외 변비, 불면, 구건, 안구 건조, 흥겨부 상열감 등의 熱證이 나타나므로 涼膈散火湯에 石膏를 增量하여 복용시켰다. 6월 13일 숙면을 취하였으나 변비와 후증감은 여전하여 石膏를 더 增量하고 牛蒡子를 加하였다. 이 때 性冷하고 滑한 牛蒡子는 肝氣의 升發之性을 자극하여 血을 상승시켜 連翹의 작용을 도와준다¹⁷⁾. 6월 23일부터 解表작용을 增強하고 上焦壅結之熱을 강력히 풀어주기 위해 忍冬藤을 加하여 투여하였더니 제반 증상이 호전되었다. 7월 26일 肝火를 瀉하고 發表之力을 높이기 위해 柴胡를 加하여 투여한 이후 회복이 정체된 좌측 내사시가 미세한 긍정적 변화가 나타났고 복시와 안구 건조도 거의 호전을 되었다. 7월 29일 환자는 좌측 내사시가 거의 소실되고 현훈만 미약하게 남은 상태에서 퇴원하였다.

2006년의 전 등¹⁸⁾이 연구한 논문에 따르면 외전

4) 『東醫壽世保元·四象草本券』 「2卷 病變 1統」, 6-16 眼病 鼻塞 貪慾之疾

5) 『東醫壽世保元·辛丑本』 「少陽人 胃受熱裏熱病論」, 10-22 癰疽眼病 皆是中消之變證也

신경마비로 인한 사시의 자연경과에서 완전 회복률은 59%, 회복기간은 평균 14.6주이며, 완전회복의 77%가 16주 이내에 일어났다. 기존 증치의학적 시각으로 마비성 사시환자를 치료한 3편의 논문¹⁹⁻²¹에서 완전회복을 보인 9증례의 회복기간은 평균 11.3주인 반면, 본 증례에서는 약 8주 만에 완전회복을 보여 다른 연구에 비하여 상당히 단축된 것으로 나타났다. 복시 및 현훈 등의 증상도 좌측 내사시가 호전됨에 따라 비례하여 호전을 보였다.

본 증례에서는 소양인 외전신경마비 사시환자를 胸膈熱證으로 진단하여 치료하고, 사시의 빠른 회복과 제반증상의 호전 등 유의한 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다. 단, 본 연구에서는 내사시를 평가함에 있어서 안구 외전 장애 정도 외에 객관적인 자료가 부족하였으며 다른 제반증상 역시 주관적인 지표로 평가함이 아쉬웠다. 향후 이를 보완하여 더 많은 증례의 수집을 통한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

IV. 參考文獻

1. 윤동호, 이상구. 眼科學. 일조각, 서울, 2002.
2. 채병윤. 東醫眼耳鼻咽喉科學. 집문당, 서울, 1994.
3. 박운철, 김성준, 유영석. 후천성 3, 4, 6번 뇌신경 마비의 임상 양상과 자연 경과. 대한안과학회지. 2005;46(9):1555-1562.
4. 김성식, 진경현, 김상민. 제 3, 4, 6 뇌신경마비의 신경안과적 관찰. 대한안과학회지. 1991;32(4):283-288.
5. 박규형, 장봉린. 제 3, 4, 6 뇌신경 마비의 원인 및 임상 양상. 대한안과학회지. 1997;38(8):1432-1436.
6. Scott AB, Kraft SP. Botulinum toxin injection in the management of lateral rectus palsy. Ophthalmology. 1985;92:676-683.
7. Rucker CW. Paralysis of the third, fourth, and sixth cranial nerves. Am J Ophthalmol. 1966;61:1293-1298.
8. Rush JA, Younge BR. Paralysis of cranial nerves: cause and prognosis in 1000cases. Arch Ophthalmol. 1987;99:76-79.
9. 노민희, 용준환, 이용덕. 인체해부학. 정담, 서울, 2002.
10. 노석선. 원색 안이비인후과학. 주민출판사, 서울, 2003.
11. 김종찬, 배계중. 외전신경마비에서 실리콘 밴드를 이용한 수술 1례. 대한안과학회지. 1996;37(7):1196-1199.
12. 巢元方. 諸病源候論. 대성문화사, 서울, 1992.
13. 王背堂. 證治準繩. 대성문화사, 서울, 1991.
14. 張介賓. 難經. 일증사, 서울, 1991:1126-1128.
15. 전국한의과대학사상의학교실. 四象醫學. 2판. 집문당, 서울, 2004.
16. 이정찬. 사상의학의 연구II. 木과土, 서울, 2001.
17. 趙冕晟. 四象醫學의 原理와 方劑. 집문당, 서울, 2005.
18. 전찬, 사호석, 오세열. 6번 뇌신경마비의 원인과 자연 경과. 대한안과학회지. 2006;47(11):1776-1779.
19. 김중호, 채병윤. 痲痺性 斜視患者의 韓方治驗 3例. 경희의학. 1992;8(4):437-442.
20. 김중호, 채병윤. 痲痺性 斜視患者의 韓方治驗 5例. 경희의학. 1994;10(1):51-57.
21. 강승범, 강성길, 고희균. 痲痺性 斜視의 韓方治驗 3例 報告. 대한침구학회지. 2007;24(1):227-234.