

Case Report / 증례

特發性 動眼神經麻痺로 진단된 眼瞼下垂 환자 치험 1례

김태연 · 김현정 · 이창원 · 김창환
동서한방병원 한방안이비인후피부과

A Case Report of Ptosis Patient Diagnosed as Idiopathic Oculomotor Nerve Palsy

Tae-Yeon Kim · Hyun-Jung Kim · Chang-Won Lee · Chang-Hwan Kim

Dep. of Oriental Ophthalmology and Otolaryngology and Dermatology, Dong-Seo Oriental Medical Hospital

Abstract

Objective : This study reports the effect of korean medicine on ptosis patient 1 case diagnosed as idiopathic oculomotor nerve palsy.

Methods : We experienced one case of ptosis diagnosed as idiopathic oculomotor nerve palsy treated with herbal medicine and acupuncture. Ptosis and associated symptoms had been estimated with difference of both eye' s interpalpebral fissure and VAS(Visual Analogue Scale).

Result : After the treatment, symptoms were decreased and almost disappeared. In this case, difference of both eye' s interpalpebral fissure decreased from 6mm to 1mm in a month.

Conclusion : This study suggests that korean medicine is effective on ptosis diagnosed as idiopathic oculomotor nerve palsy.

Key words : Ptosis; Idiopathic oculomotor nerve palsy; Korean medicine; Difference of both eye' s interpalpebral fissure; Visual Analogue Scale

I. 緒 論

眼瞼下垂는 상안검거근의 근육자체 또는 신경지배의 이상으로 상안검이 늘어지고 겹열이 작아진 상태를 말한다. 선천성 眼瞼下垂의 원인은 안신경 상지의 장애 혹은 상안검거근의 발육이상이며, 후천성 眼瞼下垂는 신경 및 근육의 이상으로 발생되는데 동안신경이 장애가 되는 질환에서 빈발된다. 동안신경의 장애는 두개강 내 동맥류 파열, 두부외상, 당뇨병성 신경병증, 두개강 내 독성 및 염증성 질환으로 발생하나 원인불명인 경우도 많다^{1,2)}.

한의학에서 안검하수는 단안 또는 양안 상안검 肌肉의 垂緩으로 升擧되지 않아 동공의 일부 혹은 전부를 가리고 있어 시력에 영향을 미치는 것으로 眼廢, 睚目, 侵風, 上胞下垂, 胞垂, 瞼皮垂覆이라고 한다¹⁾. 眼瞼下垂의 선천적인 원인은 稟賦不足과 산모가 辛熱한 음식을 과식한 경우를 들 수 있으며 후천적인 원인은 中氣下陷(脾氣虛弱), 肝氣鬱結, 脾虛濕滯, 肝腎不足 등으로 볼 수 있다³⁾.

서양의학적 치료방법은 마비를 일으키는 원인을 제거하는데 있지만 원인이 불명확한 경우가 많아⁴⁾ 실제로 검관절제술 등의 수술요법 외에는 특별한 치료법을 제시하지 못하고 있는 실정이다. 특발성 동안신경마비로 발생하는 眼瞼下垂에 관련된 논문 정⁴⁾, 정⁵⁾, 이⁶⁾, 정⁷⁾은 안검하수를 脾虛, 中氣下陷으로 변증하여 치료한 사례들이며 그 외 脾腎虛로 변증지치한 이⁸⁾의 사례가 있었다. 저자는 특발성 동안신경마비로 진단 받은 憂鬱경향이 있는 본 환자를 肝氣鬱結, 痰濕阻滯로 변증하여 한방치료를 시행한 결과 유의한 증상의 호전을 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

II. 證 例

1. 환자 : 김 ○ ○ (F/61)

2. 치료기간 : 2012.3.5~2012.4.15 (42일간)

3. 주소증

1) 左眼 眼瞼下垂 - H0249

2) 頭痛, 眩暈

3) 流淚, 眼昏

4) 憂鬱感

4. 진단명 : 특발성 동안신경마비

(Idiopathic oculomotor nerve palsy)

5. 발병일 : 2012년 11월 8일

6. 현병력

상기환자 2012년 11월 8일 발병당시 특별한 동기 없었으며 갑자기 얼음을 끼얹은 듯한 감각이상을 동반한 좌측 편두통 발생 후 좌측 眼瞼下垂가 발생함. 이후 현훈, 유루, 안혼 동반됨. 발병 당시 OO병원에서 B-MRI 상 별무진단 받음. 증상 지속되어 2013년 1월 OO한방병원에서 1달간 입원치료 받은 후 추가적인 검사 위하여 2월 8일 OO대학병원으로 전원하여 B-MRI, 근전도검사, Chest CT 등 각종 검사 받았으나 원인불명으로 중증근무력증 의심이라 들음. 보름간 스테로이드를 포함한 w-med 복용하며 경과 관찰하기로 함. w-med 복용 후 浮腫, 消化不良, 頻尿, 大便異常 등 전신상태 나빠져 적극적 한방치료 위하여 2013년 3월 5일 본원 안이비인후피부과에 입원함. 입원 후 3월 7일 OO대학병원 외래진료 시 중증근무력증 아니며 특발성 동안신경마비로 진단받고 수술 권유받음.

교신저자 : 김태연, 서울특별시 서대문구 연희동 194-37
동서한방병원 한방안이비인후피부과
(Tel : 02-337-9201, E-Mail : ty0919@hanmail.net)
• 접수 2013/7/5 • 수정 2013/7/29 • 채택 2013/8/5

입원당시 좌안의 상하안검열 간격은 3mm로 정상안의 9mm와 비교하여 6mm의 차이를 보임.

7. 가족력 : 別無

8. 과거력

1) 차궁근종

2006. local H. Dx. op-Tx.(차궁적출술)

2) L-HIVD(L4~5)

2012. L-spine MRI 상 Dx. A-Tx, R-Tx.

9. 개인력 및 사회력

본 환자는 보험설계사로 일하며 지속적으로 스트레스를 받았고, 예민하고 급한 성격을 지님. 2년 전 투자를 잘못해 억대의 돈을 잃으며 크게 충격을 받았음. 쉽게 우울해지고 사소한 일에도 화를 내며 감정기복이 큼. 본인이 쓸모없게 느껴지고 안검하수 발생 후에는 우울감 증가함. 음주력은 1달에 2~3회 소주 1~2병, 흡연력 없음. 157cm, 71kg으로 비만한 체격임.

10. 입원시 초진소견

1) 消和 : 不良

2) 食慾 : 1공기 3회, 良好

3) 大便 : 평소 便秘경향이었으나 w-med 복용 후 軟便 2-3회/1일

4) 小便 : 頻數 8~9회/일, 夜尿 2~3회

5) 睡眠 : 淺眠

6) 脈 : 滑數脈, 有力

7) 舌診 : 舌質 淡紅, 苔 薄白, 齒痕 有

8) 口苦(+), 咽乾(+), 身重(+), 속쓰림(+)

9) 印象 및 體形 : 面白, 音聲有力, 浮腫, 肥人(157cm, 71kg)

10) 皮膚 및 汗出상태 : 皮膚가 희고 평소 땀 잘 나지 않으나 간혹 頭汗

11) 寒熱 : 惡熱, 下腹冷

11. 입원시 검사소견

BDI(Beck's Depression Inventory) : 26점 (심한 우울상태)

12. 양약 복용 현황

입원 후 고지혈증 약 외에는 복용 중단

1) 고지혈증 : 리피로우정10mg 1T#1

2) 안검하수 : 파마프레드니솔론정5mg 2T#2, 사이 톱신정250mg 3T#3, 메스티논정60mg 3T#3, 베시 케어정10mg 1T#1(취침전), 스티렌정 2T#2

III. 치료 및 임상경과

1. 치료방법

1) 韓藥治療

① 湯藥治療

상기 한약은 2013년 3월 5일부터 2013년 4월 15일 까지 2帖을 3회/일로 나누어 식후 1시간에 투여하였다.

② 甘遂末(益胃散)

3월 17일과 3월 31일, 4월 14일 총 3회 감수말을 투여하였다. 공복상태에서 아침 7시부터 1시간 간격으로 甘遂末 2g을 복용하기 시작하여 嘔吐나 泄瀉반응을 관찰하며 최대 8g까지 투여하였다. 17일은 총

Table 1. Herbal Medicine

Date	Components	方意
3/5~3/8	補中益氣湯加減(蒼朮 8g, 黃芪 6g, 人蔘 4g, 當歸身 2g, 陳皮 2g, 甘草 4g, 麻黃 2g, 柴胡 1.2g, 升麻 1.2g)	健脾益氣·升陽活絡
3/9~3/15	六鬱湯加減(生薑 6g, 蘇葉 4g, 連翹 4g, 赤茯苓 4g, 枳殼 4g, 陳皮 4g, 蒼朮 4g, 川芎 4g, 梔子 4g, 貝母 4g, 香附子 4g, 神麩 4g, 防己 4g, 甘草 2g)+(3.14이후 加 黃連 2g, 古芩 2g)	開諸鬱火·理氣燥濕
3/16~3/21	澤瀉湯加減(蒼朮 8g, 澤瀉 8g, 古芩 2g)	清濕熱·健脾利水
3/22~4/15	六鬱湯加減(生薑 6g, 蘇葉 4g, 連翹 4g, 赤茯苓 4g, 枳殼 4g, 陳皮 4g, 蒼朮 4g, 川芎 4g, 梔子 4g, 貝母 4g, 香附子 4g, 神麩 4g, 防己 4g, 甘草 2g, 黃連 2g, 古芩 2g)+(3.26이후 加 南星 4g, 瓜蒌仁 4g)	開諸鬱火·理氣燥濕

6g, 31일은 총 8g, 4월 14일은 총 8g 복용하였다. 당일 아침, 점심탕약은 복용시키지 않았고 아침식사는 금식하였으며, 甘遂末 투여 후에는 쌀죽으로脾胃를 調理하였다.

2) 鍼治療

鍼治療는 1일 1회를 기준으로 하였으며 20분간 留鍼하였다. 치료에 사용한 鍼은 직경 0.20mm, 길이 30mm인 동방침구제작소가 제작한 stainless steel 毫鍼을 사용하였다. 患側 안구주위혈(太陽, 攢竹, 陽白, 絲竹空, 魚腰, 承泣, 四白)을 近位取穴하여 眼筋의 氣血소통과 기능회복을 목표로 하였다. 遠位取穴은 理脾胃 調氣血의 효능이 있는 足陽明胃經의 足三里, 동공질환의 주치증을 가지고 있는 같은 경락의 解谿, 안면부질환의 주치증을 갖고 있는 手陽明大腸經의 合谷과 脾濕肝熱로 보아 足厥陰肝經의 太衝과 足太陰脾經의 公孫을 선혈하여 健側에 자침하였다.

2. 치료효과의 판정

1) 정상안 안검열너비와의 차이(Difference of Both Eye's Interpalpebral Fissure)

안검열너비(Interpalpebral Fissure)는 정면주시 시 각막 대광반사점과 상안검엽사이의 거리인 MRD1

(Margin Reflex Distance 1)과 정면주시 시 각막 대광반사점과 하안검엽사이의 거리인 MRD2(Margin Reflex Distance 2)의 합이다. 단안 안검하수이므로 안검하수의 정도는 정상안 안검열너비와의 차이를 구하여 판정하였다^{9,10}. 본 증례 환자의 정상안 안검열너비는 9mm로 측정되었다.

2) VAS(Visual Analogue Scale)

100mm의 눈금이 그려지지 않은 수평자를 이용하여 자의 한쪽 끝은 증상이 없는 아주 편안한 상태를, 자의 반대쪽 끝은 환자가 생각하기에 가장 극심한 증상으로 정의되도록 하여 그 선상에 환자의 현재 증상 정도를 표시하도록 하였다¹¹.

본 증례에서는 입원 당시 眼瞼下垂 외에 증상이 심했던 頭痛, 眩暈의 정도를 VAS 10으로 정의하여 현재 증상의 자각정도를 표현하게 하였다. 기타 眼昏, 流淚증상은 severe +++, moderate ++, mild +, nearly subsided ±, subsided - 로 주관적인 느낌을 분류하였다.

3. 임상경과

1) 경과 기록지

Table 2. Clinical Symptoms Progress

Date	Clinical Progress	Difference of Interpalpebral Fissure (mm)	Headache (VAS)	Dizziness (VAS)	Epiphora	Blurred Vision
3/5 (補中益氣湯加減)	좌측 상하안검열 간격 3mm로 앞이 잘 보이지 않아 보행 어렵고 안혼, 유루증 심함. 현훈 심해 안정시에도 어지러움. 좌측 편두통 심하며 좌측 안면과 상완까지 痠痛. 2~3번 깨며 총 수면시간 4시간으로 천면양상. 기력저하, 부종, 간헐적 胸悶 호소.	6	10	10	+++	+++
3/9 (六鬱湯加減)	眼瞼下垂 별무변화. 두통, 현훈 정도의 호전. 콧물, 코막힘, 오한 등 감기증상 발생하여 九味羌活湯 환산제 복용 후 감기증상 소실. 탕약 육울탕으로 변경 후 5시간 숙면. 기력저하, 안면부기 지속.	6	7	8~9	+++	+++
3/13 (六鬱湯加減)	좌측 상하안검열 간격 5mm로 증가. 오후나 기운 없을 때 안검이 다시 처짐. 두통, 현훈 VAS 4~5로 감소. 안검하수 덜하여 안혼, 유루증 한결 나음. 공복 시 口苦, 속쓰림 호소.	4	4~5	4~5	+	+
3/16 (澤瀉湯加減)	좌측 상하안검열 간격 5mm로 유지. 口苦, 속쓰림 줄었으나 현훈 VAS 7로 악화되고 부종 지속되어 탕약을 택사탕으로 변경.	4	4~5	7	+	+
3/18 (甘遂末服用後)	17일 甘遂末 복용 후 설사 10회. 좌안 상하안검열 간격 6mm로 증가하고 오후에 처지는 빈도도 줄어들음. 口苦, 속쓰림 덜하나 새벽에 간혹 입이 씹. 두통 호전되어 두중감만 호소하며 어지러움도 감소. 부기 줄고 전반적으로 몸이 가벼움.	3	2	2	±	±
3/23 (六鬱湯加減)	좌측 상하안검열 간격 7mm로 호전. 정도의 두중감과 간헐적 현훈 남아있음. 좌안 유루증 없으며 안혼, 보행 시 불편감 소실. 구고증상은 호약을 반복하며 새벽에 1~2회 속쓰림.	2	2	2	-	-
3/26 (六鬱湯加減)	주말외출 후 두통, 현훈 VAS 4로 증가. 아침 기상 시 몸이 부음. 眼瞼下垂는 비슷한 정도로 유지됨.	2	4	4	-	-
4/1 (甘遂末服用後)	3월 31일 감수말 복용 후 설사 10회. 금일도 5회, 이튿날도 4회 정상변을 자주 봄. 신중감 없으나 대변을 자주 봐서 기운 없음. 좌측 상하안검열 간격 8mm까지 증가. 좌우 큰 차이없이 환자분 자각하며 어지러움, 두통은 VAS 2.	1	2	2	-	-
4/10 (甘遂末服用後)	좌측 상하안검열 간격 8mm로 좌우 비슷하나 간헐적으로 처짐. 두통, 어지러움은 VAS 1. 공복시 속쓰림 일 1회 정도 남아있으며 구고증상은 호약 반복됨. 기력 나아지고 身重 감소.	1	1	1	-	-
4/15 (甘遂末服用後)	좌측 상하안검열 간격 8mm로 정상안과의 차이 1mm로 감소된 상태로 유지. 간헐적 두부 둔감 남아있는 상태로 두통, 현훈 없음.	1	1	0	-	-

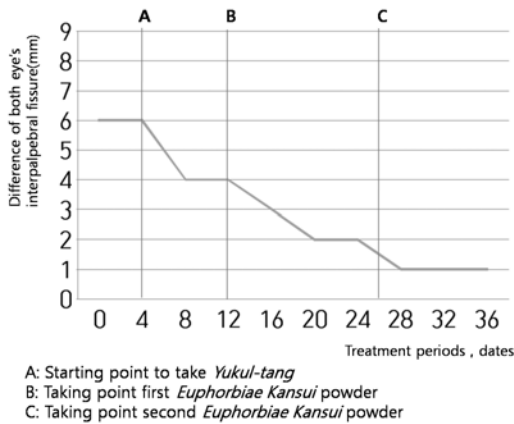


Fig. 1. The change of difference of both eye's interpalpebral fissure

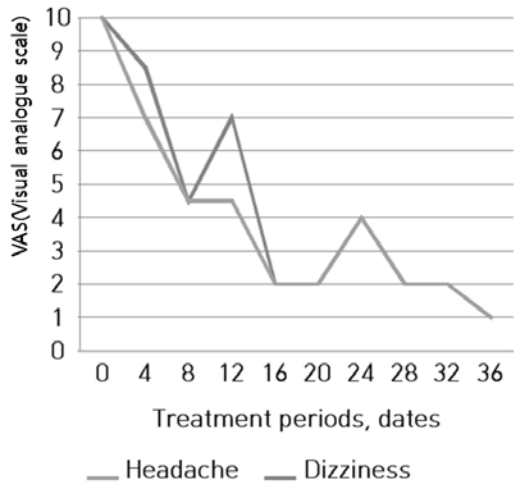


Fig. 2. The change of symptoms

IV. 考 察

眼瞼은 眼球를 덮고 있는 피부조직으로 眼의 開수를 관장하고 안구를 보호한다¹²⁾. 眼瞼下垂는 상안검이 정상위치 이하로 내려오는 것으로 위의 眼胞가 스스로 올라가지 못하고 下垂되어 안구의 부분이나 혹은 전부가 가려져 시선을 遮蔽하는 것을 말한다¹³⁾.

眼瞼下垂가 나타날 수 있는 해부학적인 병변의 위치는 안검자체의 국소적 병변, 안검거근자체의 문제,

신경근 접합부의 병변, 동안신경의 경로나 교감신경 경로의 병변, 동안신경의 핵(nucleus)이나 속(fascicle)을 침범하는 병변으로 나누어 볼 수 있다¹⁴⁾.

동안신경은 3번 뇌신경으로 운동섬유와 부교감신경 섬유로 나누어지는데, 운동섬유는 상안검거근과 외안근(상직근, 하사근, 내직근, 하직근)을 지배하고, 부교감신경섬유는 동공괄약근과 모양체근의 환상섬유를 지배한다⁵⁾. 따라서 완전한 동안신경마비는 상안검거근의 마비에 따른 眼瞼下垂, 외안근의 마비에 따른 안구의 상하전 및 내전불능, 정면주시시 정상적으로 작용하는 외직근과 상사근의 긴장력으로 인한 안구의 외하방으로의 이동(외사시), 동공괄약근과 환상섬유의 마비로 인한 동공산대 및 조절장애를 유발한다¹²⁾. 동안신경마비의 가장 흔한 원인은 동안신경의 허혈성 손상이며, 그 외의 원인으로는 두부외상, 혈관질환, 동맥류, 종양, 당뇨, 염증성 질환, 뇌경색 및 특별한 원인 없이 발생하는 경우 등이 있다¹⁵⁾.

동안신경 마비의 기원, 예후에 관련된 연구¹⁶⁾에 의하면 35%가 기원을 알 수 없으며 32%가 혈관성 기원을 나타내고 의외로 신생물이나 동맥류가 원인인 경우는 각각 2%, 1%로 낮았다고 하며, 예후에 있어서는 37%의 환자는 완전회복이 이루어졌으며(평균 3개월), 80%의 환자가 적어도 부분적으로 회복되었다고 한다. 또한 최근 41명의 3번 뇌신경 마비환자에 대한 연구¹⁷⁾에 의하면 그 중 28명의 환자가 동공의 장애와 무관한 당뇨병성 혹은 특발성 마비였고, 68%의 환자가 4주 이내 호전을 보였으며, 96%가 8주 이내, 100%가 12주 이내 호전을 보였다고 하였으며, 4~8주 이내 호전을 보이지 않는 3번 뇌신경 마비환자의 경우에 신경방사선학적 평가가 필요하다고 하였다. 그러나 동안신경마비의 회복률에 대한 박 등의 연구¹⁸⁾는 2~36개월동안 추적관찰 가능했던 10명 중 6명은 증상의 변화가 없었고, 4예에서 호전을 보였다는 상반된 결과를 보이고 있다.

한의학에서 眼瞼下垂는 단안 또는 양안 상안검 肌肉의 垂緩으로 升擧되지 않아 동공의 일부 혹은 전부

를 가리고 있어 시력에 영향을 미치는 것으로 眼廢, 睚日, 侵風, 上胞下垂, 胞垂, 瞼皮垂覆이라고 한다¹⁾. 한의학에서 眼을 진단하고 치료하는데 五輪, 八廓學說을 응용하는데 안검은 五輪중에서 肉輪, 八廓 중의 地廓에 해당한다. 오행중 脾土에 속하고 脾主肌肉, 脾主升하므로 비장은 上下眼瞼에 動靜하고, 升擧하는데 작용을 한다. 비기허약으로 기혈을 化生하지 못해, 脈絡과 肌肉을 영양하지 못하면 안검하수가 발생하므로 健脾益氣 및 升陽法으로 치료해야 한다. 또한 精血虧損으로 眼瞼下垂가 일어나기도 하는데 이것은 腎精을 저장하지 못해 腎陽虛로 나타날 수 있으므로 치료는 주로 脾腎을 補하는 것으로 시작한다^{1,19)}.

眼瞼下垂의 원인은 크게 선천적인 것과 후천적인 것으로 나눌 수 있다. 선천적으로 稟賦不足한 경우와 산모가 辛熱한 음식을 過食한 경우이다. 후천적인 원인으로는 中氣下陷(脾氣虛弱)으로 발생하는 경우가 가장 많았으며 肝氣鬱結, 脾虛濕滯, 肝腎不足 등이 있다³⁾.

약물치료는 氣血不足으로 頭目이 眩暈하고 面色少하며 胞瞼이 麻木不仁, 脈弱無力할 때는 益氣養血, 活血通絡하는 人蔘養營湯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 투여한다²⁰⁾. 五官科學²¹⁾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 眼瞼下垂는 益氣升陽, 宣通脈絡하는 補中益氣湯加減方을 투여하고, 히스테리성 眼瞼下垂는 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.

본 증례의 환자는 眼瞼下垂로 상안검거근의 기능이 거의 소실된 상태였으며 후천성, 단안성으로 발생하였으나 특이할만한 외상경력이나 투약경력이 없었다. MRI 상 이상병변이 관찰되지 않았으며, OO대학병원에서 중증근무력증을 의심하여 스테로이드를 투약하며 경과를 관찰한 결과 중증근무력증은 배제되었고

특발성 동안신경마비로 진단받았다.

환자분 본원 입원 후 倦怠感, 身重感, 舌質齒痕有, 面白, 軟便 증상이 나타나 脾氣虛弱으로 판단하여 補中益氣湯을 투여하였다. 身重, 體重增加를 호소하고 肥人인 점을 고려하여 白朮을 蒼朮로 代하였고, 頭面部 질환으로 發散효과를 위해 麻黃을 2g 추가하였다. 그러나 補中益氣湯을 4일간 투여한 결과 안검하수 증상에 변화가 없었고, 熟眠을 취하지 못하였다.

환자분 급전적인 문제로 크게 충격을 받은 경험이 있고, 초진 시 한숨을 쉬고 우울한 표정이었다. 예민한 성격에 사소한 일에도 짜증을 내고 감정기복이 심한 모습을 보였다. 우울감을 호소하여 시행한 BDI 검사결과 26점으로 심한 우울상태로 나타났으며 性情急躁易怒, 頭痛, 眩暈, 口苦, 胸悶, 全身痛, 太息 증상을 호소하였다. 이를 통해 肝氣鬱結로 판단하였으며, 우천시 身重痛이 심한 점, 浮腫, 소화불량, 두중감을 통해 濕鬱의 증상도 확인하였다. 口苦, 咽乾, 사벽의 속쓰림, 小便頻數, 脈數, 더위를 타는 등의 제반증상으로 보아 火鬱도 겸하고 있다고 판단하였다. 胸悶, 眩暈, 脈滑 등 痰鬱의 증상과 消化不良, 大便異狀 등 食鬱의 증상도 겸하였다. 左側 上腕前部에 一點疼痛이 지속되고 야간이나 추위에 노출 시 통증이 증가한다는 점에서 血鬱소견도 보였다. 肝氣鬱結과 諸鬱症으로 변증하여 3월 9일부터 처방을 六鬱湯으로 변경하였다.

六鬱湯은 明代 龔信이 저술한 『古今醫鑑』²²⁾에 최초로 기재되어 있으나 여기서 복용한 처방은 『東醫寶鑑』²³⁾에 기재된 것으로 『古今醫鑑』²²⁾의 처방에 生薑 3片이 추가되어 氣·血·濕·火·痰·食 六鬱을 통치하며 消痰行氣開諸鬱火하는 효과가 있다^{24,25)}. 개별약물은 氣鬱을 解하는 香附子, 蘇葉, 濕鬱을 解하는 蒼朮, 茯苓, 火鬱을 解하는 連翹, 梔子, 宣通疎利하여 痰鬱을 제거하는 貝母, 陳皮, 食鬱을 제거하는 蒼朮, 神麩, 破氣行血하여 血鬱을 解하는 枳殼, 川芎과 通滯諸經하는 生薑으로 구성되어 있다. 가슴이 답답하고 속이 트적지근하며 소화가 되지 않고 煩熱이 나며 소

便不利, 몸이 무겁고 노곤한 증후에 사용하는 처방이다.²⁶⁾

六鬱湯을 투여한 이후 眼瞼下垂는 퇴원 시까지 꾸준히 호전을 보였고 퇴원당시 좌측 상하안검열 간격이 8mm로 우측과의 차이가 1mm로 크게 감소했다. 또한 두통, 현훈, 부종, 기력저하, 소화불량 등 제반증상도 함께 호전되었다. 3월 14일 환자분 새벽 공복 시 입이 쓰고 속이 쓰린 증상이 지속됨을 호소하여 火鬱에 편중되었다고 보고 黃連, 古芍을 2g 加하여 처방하였고 이후 口苦, 속쓰림 역시 감소하였다.

입원치료 중이던 3월 16일 환자분 眼瞼下垂보다도 眩暈으로 인한 보행시 불편을 호소하였다. 본 환자 浮腫, 身重, 滑脈을 보이고, 肥人인 점을 고려하여 水飲으로 인한 眩暈으로 판단하였다. 『金櫃要略』의 ‘心下有支飲, 其人苦冒眩, 澤瀉湯主之.’라는²⁷⁾ 원문에 의거하여 澤瀉湯을 투여하였다. 텍사탕 복용 후 어지러움은 VAS 7에서 VAS 2로 감소하였고 활동하는데 지장이 없었으나 澤瀉湯으로 원래 가지고 있던 鬱症 관련 제반증상을 해결할 수 없다고 판단하여 3월 22일 한약을 다시 六鬱湯으로 변경하여 퇴원 시까지 복용하게 하였다.

그리고 湯藥 외에 甘遂末(益胃散)을 3월 17일과 3월 31일, 4월 14일 총 3회 투여하였다. 甘遂는 대극과 여러해살이풀 甘遂의 뿌리로 性味는 苦甘, 寒하며, 瀉下逐水, 逐痰, 通二便, 破積聚 하는 효능이 있으며 水腫脹滿, 留飲, 結胸, 癰疾, 食道癌, 癥瘕積聚, 二便不通을 主治로 한다²⁸⁾. 『儒門事親』에서 ‘大黃牽牛甘遂巴豆之屬皆瀉劑也.’, ‘甘遂芫花可下濕’²⁹⁾ 하여 甘遂를 瀉下劑 중의 하나로서 大黃, 牽牛, 巴豆와 함께 언급하고 있으며, 그 중 濕을 瀉下할 때 사용한다고 하였다. 상기환자의 경우 濕鬱과 痰鬱의 소견이 뚜렷이 보이므로 水毒, 濕, 痰을 瀉下하기 위하여 甘遂를 복용하도록 하였다. 甘遂末 복용 후 좌안 상하안검열 간격이 증가하였고 오후에 눈꺼풀이 처지는 빈도도 감소했다. 이로 보아 甘遂末 투여가 본 증례 환자의 眼瞼下垂 호전에 도움이 되었다고 사료된다.

본 증례의 환자는 좌안 안검하수로 본원에 입원하여 3월 5일부터 4월 12일까지 한방치료를 시행한 후 상하안검열의 간격이 3mm에서 8mm로 증가하여 건측과의 차이가 1mm로 감소하였고 頭痛, 眩暈, 眼昏, 流淚 등 동반증상 역시 호전되었다. 眼瞼下垂 발생 후 4개월 간 한방 및 양방치료를 받았으나 증상의 호전이 없던 환자분으로 辨證을 통한 湯藥處方과 甘遂末(益胃散) 투여 등 韓方治療로 증상의 호전을 보였기에 이를 보고하는 바이다.

그러나 본 연구에서 그 증례가 1례에 그친 점, 湯藥 치료, 甘遂末 복용, 침치료 등 다양한 치료를 병행하였으므로 정확히 특정치료의 효과로 결론지을 수 없다는 점이 아쉽다.

V. 結 論

특발성 동안신경마비로 진단받은 안검하수 환자 1명을 대상으로 肝氣鬱結, 痰濕阻滯로 辨證하여 湯藥, 甘遂末, 鍼 등 한방치료를 시행한 결과 뚜렷한 증상호전을 보였기에 이를 보고하는 바이다.

1. 證例에서 입원당시 좌안의 상하안검열너비 (Interpalpabral Fissure)가 3mm였던 환자에게 입원 후 5일째부터 六鬱湯을 처방하고, 甘遂末(익위산)을 3회 투여한 결과 眼瞼下垂의 호전을 보여 퇴원당시 患側 상하안검열 간격이 8mm로 健側과의 차이가 1mm로 감소하였다.³⁸⁾
2. 頭痛, 眩暈, 眼昏, 流淚의 동반증상이 호전되었다.

VI. 참고문헌

1. Rho SS. Full-color Dermatology. Seoul:IBC Design. 2006:178,185-9.
2. Hwang JH, Kim JH, Koo BS, Kim GW. A Case Report on Hwabyung Patient with

- Blepharoptosis, Journal of Oriental Neuropsychiatry, 2009;20(4):161-76.
3. Park SY, Choi JH. A Literatural Studies on the Ptosis, The Journal of Oriental Medical Surgery, Ophthalmology & Otolaryngology, 2000;13(2):76-111.
 4. Jung YD, Kim JH, Song MS, Park YS, Heo YK, Kim YI, et al. The Clinical Study on 2 Cases of Patients of Idiopathic Blepharoptosis, The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society, 2004;21(6):281-9.
 5. Jeong HA, Moon MH, Nam SK, Lee JS, 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. Lee JS, Sjin SH. Clinical Study on a Case of Idiopathic Oculomotor Nerve Palsy Patient, Korean J. Oriental Physiology & Pathology, 2008;22(3):699-702.
 7. Jeong EJ. A Case of the Oculomotor Nerve Palsy in Benedikt's Syndrome, Journals of the Korean Oriental Medical Society, 2000;21(3):255-30.
 8. Lee CH, Lee CH, Park MK, Jung WH, Choi BS, Hong KE, et al. A Idiopathic Oculomotor Nerve Palsy Patient Treated by Acupuncture Complex Therapy, The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society, 2010; 27(4):233-8.
 9. Kim JY, Na JS, Choi GS. Analysis of Eyelid Crease Position in Children, Journal of The Korean Ophthalmological Society, 1996;37(1): 14-8.
 10. Yang HS, Anh JH, Kim SJ, Han YS. Surgical Results of Levator Resection using the MLD(Margin Limbal Distance) in Congenital Blepharoptosis, Journal of The Korean Ophthalmological Society, 2000;41(10):223-9.
 11. Jin WJ, Yu TY, Jin YH, Lee JB. Visual Analogue Scale in Acute Pain measurement: Its Usefulness as a Pain Measurement Tool in an Emergency Setting, Journal of the Korean Society of Emergency Medicine.
 12. Ko KS. Clinical Study on 3 Cases of Ptosis, The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society, 1987;4(1):99-103.
 13. Yoon DH, Lee SW, Choi U. Ophthalmology, Seoul:Ilchokak, 1999:223-4, 244-6.
 14. May M, Geletta S. Neuroophthalmology, New York:Linppincott-Ravenpress, 1989:271-3.
 15. Park KA, Lee WT. Medical Neuroanatomy, Seoul:Korea Medical Book Publisher Co, 1996:528-829.
 16. Tiffin PA, MacEwen CJ, Craig EA, Clayton G. Acquired Palsy of the Oculomotor, Trochlear and Abducens Nerve, Eye, 1996;10:377-84.
 17. Capo H, Warren F, Kupersmith MJ. Evolusion of Oculomotor Nerve Palsy, J Clin Neuroophthalmol, 1992;12(1):21-5.
 18. Park KH, Chang BL. The Etiology and Clinical Feature of the Third, Fourth, and Sixth Cranial Nerve Palsy, Journal of The Korean Ophthalmological Society, 1997;38(8): 1432-4.
 19. So WB, Jebyeongwonhurongyoseok, Beijing: Ren Min Wei Sheng Publishing, 1983:785.
 20. Chengduzhongyixueyuanbian, Zhongyiyankexue, Sichuancheng:Sichuan Ren Min Publishing, 1976:27, 66.
 21. Shanghaizhongyixueyuanbian, Wuguanxexue, Shanghai:Shangwuyinshuaguan, 1982:27-32.

22. Gong X. Gujinyijian. Nanchang:Jiangxi Science and Technology Publishing. 1990:99.
23. Heo J. Dongeuibogam. 1st ed. Hadong: Dongeuibogam Publishing. 2005:1382-3.
24. Chen JA. Chenshizunshengshu. Taibei:Ziyu Publishing. 1979:452.
25. Wu Q. Yizongjinjian. Beijing:Ren Min Wei Sheng Publishing. 1982:154.
26. Hwang DY. Sinjeungbangyakhappyeon. Seoul: Yeongrimsa. 2003:276-7.
27. Jang JG. Geumgweoryaksimjeonyeokhae. Seoul:Jipmoondang. 2008:214-5.
28. Lee KS, An DK, Shin MG, Kim CM. Wanyeokjugyakdaesajeon. Seoul:Jeongdam. 1999:57-62.
29. Jang JJ. Yumunsachin. Seoul:Dongguk University Publishing. 2001:16, 319.