

증례보고

Miller Fisher 症候群 1例에 대한 臨床的 考察

정은정, 최동준, 고창남, 조기호, 김영석, 배형섭, 이경섭
경희대학교 한의과대학 심계내과학교실

Abstract

A Case of Miller Fisher Syndrome

Eun-Jeong Jeong, Dong-Jun Choi, Chang-Nam Ko,
Ki-Ho Cho, Young-Suk Kim, Hyung-Sup Bae, Kyung-Sup Lee

Department of Circulatory Internal Medicine,
College of Oriental Medicine, Kyung Hee University, Seoul, Korea

Miller Fisher syndrome is characterized by acute external ophthalmoplegia, ataxia and areflexia in the absence of significant motor or sensory deficit in the limbs and usually results in a complete recovery. Most cases have antecedent events like upper respiratory infection or other viral infections. Its accurate anatomic lesion sites and pathogenesis is still unknown. Recently we experienced a 47 year-old man who had a sudden onset of complete total ophthalmoplegia, ataxia, diplopia and whose condition was improved through Oriental medical treatment. (*J Korean Oriental Med 2000;20(4):98-105*)

Keywords : Miller Fisher syndrome, Ophthalmoplegia, Ataxia, Areflexia

緒論

Miller Fisher 증후군이란 외안근마비, 운동실조, 심부건반사소실의 3대증상을 특징으로 하는 임상증후군으로 1932년 Collier¹⁾가 Guillian-Barre 증후군의 한 변형으로 소개하면서 처음 언급하였다. 1956년 Miller Fisher²⁾는 말초신경증상이 뚜렷하지 않으면서 상기한 3대 주증상과 말기에 뇌척수액 검사상 단백질이 증가하는 소견을 보이고, 특별한 치료없이 수주

내지 수개월에 걸쳐 거의 완전히 회복된 3례를 경험하고 이를 급성 특발성 다발성신경염의 한 변형일 것이라고 보고하였다.

이 질환은 발생빈도에 있어서 희귀하지만 정확한 병력청취와 3대 증상의 발현이 있고 전산화단층촬영이나 자기공명영상에서 이상소견이 보이지 않으면 진단을 내리기에는 어렵지 않으며, 일단 진단이 내려지면 발현되는 증상이나 증후에 비해 그 예후는 양호하다는 점에서 호흡근마비까지 일으키는 Guillian-Barre 증후군과는 차이점을 보인다³⁾.

韓醫學에서 Miller Fisher 증후군은 완전외안근마비, 운동실조, 심부건반사소실의 3대증상에 근거하여 痿證의 범주에 속하는데 痿證이란 筋肉이 無力하고

· 접수 : 2000년 2월 1일 · 수정 : 3월 15일 · 채택 : 3월 28일
· 교신저자 : 조기호, 경희대학교 한의과대학 심계내과학교실
(Tel. 02-958-9125, Fax. 02-958-9132, e-mail. johkiho@khmc.or.kr)

弛緩된 것으로 밝하면 筋肉이 萎縮하여 運動障礙를 일으키는 질환을 통칭한다⁴⁾. 또한 Miller Fisher 증후군 환자들이 斜視, 複視에 해당하는 神珠將反, 瞳神反背, 視一爲二, 雙目通睛등에도 포함된다고 할 수 있을 것이다^{4),5)}.

국내에선 1972년 소아과에서 장 등⁶⁾과 신경과에서 1983년 황 등⁷⁾, 소아과에서 1991년 설 등⁸⁾, 1993년 정 등⁹⁾, 안과에서 1996년 김 등¹⁰⁾이 1례를 보고하였고 1997년 손 등³⁾이 11례를 보고하였다.

저자들은 태대학병원 신경과에서 임상 및 검사 소견상 Miller Fisher 증후군으로 진단된 후 한방치료를 위해 입원한 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

症 例

患者 : 장 00, 남자, 47세
 主訴症 : 兩眼球運動麻痺(完全 外眼筋麻痺)
 兩眼瞼下垂
 顔面麻痺
 複視
 副症狀 : 微嚥下障礙
 語微澁
 兩手部感覺鈍麻
 肩背部強直·重感
 發病日 : 1999年 7月 5日
 過去歷 : 12년전 장파열로 수술
 1998년에 HIVD of L-spine(L5-S1)로 수술
 흡연력 : 1.5갑/일×20년, 5년전 금연했으나 발병6개월전부터 다시 흡연,
 음주력 : 소주1-2병/2-3회/1주×25년
 家族歷 : 兄·뇌졸중, 당뇨
 現病歷 : 47세, 174cm, 80kg, 약간 급한 성격의 男患으로 평소 피로를 많이 느끼는 것 外 別無大病中 1999년 6월말 몸살 감기를 일주일정도 앓은 후 7월 5일 顔面麻痺感, 微嚥下障礙 發, 7월 7일 眼瞼下垂증상 나타나 local 신경과 방문했으나 別無 治療, 7월 8일 모대학병원에 입원, 兩

側顔面神經麻痺, 兩眼瞼下垂, 完全外眼筋麻痺, 嚥下障礙, 構音障礙, 四肢感覺障礙 등 증상 심해짐. 임상 및 검사소견상 Miller-Fisher 증후군 診斷後 5日間の 면역글로불린 치료후 1주 재발치료를 하다 別無好轉, 본인 및 보호자 한방 치료 원해 8월 2일 경희의료원 한방병원에 입원함.

初診所見

性格 : 약간 급하고 예민한 편, 健忘症이 있다.
 全身狀態 : 몸에 熱이 많은 편이나 손발은 차다.
 意識 : 明瞭
 睡眠 : 깊이 잠들지 못하고 1-2회 정도 깨며 새벽에 잘 일어난다(淺眠).
 言語 : 語微澁, 발음이 뚜렷하지 않다.
 顔面 : 顔面麻痺, 右眼瞼不閉, 左眼瞼不閉, 口唇周圍麻痺感
 眼 : 안구운동마비, 눈이 뻑뻑하고 눈물이 많이 난다(眼乾澁). 複視
 咽喉 : 연하장애가 약간 있고 gag reflex가 감소되어 있다.
 頸項 : 肩背部의 重着感, 感覺鈍麻, 強直感
 腰 : 체위변동시 右側으로 뻣김
 上肢 : 兩手部의 感覺鈍麻, 뻣뻣한 감.
 下肢 : 兩下肢의 重着感(뭔가 매달리고 뻣뻣한 느낌), 無力感
 食慾, 消化 : 良好, 시원한 음식, 매운 음식 좋아함.
 口渴 : 渴症을 많이 느끼고 물을 많이 마신다(口乾口渴).
 大便 : 1回/日, 正常便
 小便 : 頻數, 잘 나오지 않는다. 거품이 많다.
 頭髮 : 잘 부서지고 빠진다.
 汗 : 평소 땀이 많이 난다. 식은 땀을 많이 흘린다(盜汗).
 舌 : 舌紅少苔
 脈 : 沈細, 無力
 韓醫學的 辨證名 : 肝腎陰虛, 肝陽上亢
 西洋醫學的 診斷名 : Miller Fisher 症候群
 初診時 이화학적 검사 소견 :

EKG(8/3) Normal sinus rhythm. normal ECG
 Chest PA(8/3) No active lung lesions
 B/C(8/3) Within normal limits
 CBC(8/3) WBC 5.900/mm³ RBC 4.17×10⁶/mm³ Hgb 14.2g/dl Hct 40.5% PLT 234×10³
 U/A(8/3) Within normal limits

治療 및 經過 :

환자는 발병전 몸살감기로 인해 惡寒과 疲困이 심한 상태였다. 처음 나타난 症狀은 顔面麻痺感과 약간의 嚥下障導였고 이어 兩眼의 眼瞼下垂와 完全外眼筋麻痺가 나타났다. 또한 嚥下障導와 構音障導가 심해져서 脾胃管으로 영양하였으며 고개짓으로 의사표현을 하였다 한다. 四肢의 感覺障導는 위쪽에서 아래쪽으로 내려오면서 발생하여 項部 및 肩背部, 上肢, 下肢로 진행되었다. 타대학병원에서 임상 및 검사소견상 Miller-Fisher 증후군으로 診斷後 5日間の 면역글로불린 치료를 하였다.

本院에 입원당시 嚥下障導와 構音障導는 好轉을 보여 脾胃管을 제거하고 진밥을 먹을 수 있었으며 약간의 언어표현을 할 수 있었다. 또한 兩眼의 眼瞼下垂도 약간 好轉되어 左側은 1/3정도 뜰 수 있었고 右側은 1/6정도 뜰 수 있었으며 顔面麻痺感은 口唇周圍로 남아있었다. 四肢의 感覺障導는 下肢부터 풀려 上肢와 項·肩背部의 感覺鈍麻만 호소하였다. 그

러나 眼球運動은 전혀 되지 않는 상태로 完全外眼筋麻痺의 증상을 보였고 複視를 호소하였다(Fig 2).

환자는 發病前 6개월동안 직장일로 인해 신경을 많이 써서 피로를 많이 느꼈으며 과로와 만성적 스트레스로 인해 肝腎의 陰血이 消耗되어 威證이 발생하였다고 볼수 있다⁴⁾. 환자가 호소하는 兩側四肢의 感覺障導, 下肢無力, 淺眠, 健忘, 口乾口渴, 眼乾澁, 盜汗, 複視, 舌紅少苔, 脈沈細등의 증상을 肝腎陰虛로 診斷하고¹⁰⁾, 滋補肝腎하고 淸肝火, 明目하는 杞菊地黃丸을 투여하였다¹²⁾. 또한 肩背部의 重着感, 感覺鈍麻, 強直感을 호소하며 睡眠을 잘 취하지 못해 項背強에 쓰는 葛根湯을 5일동안 투여하였다. 동시에 鍼治療는 肝主筋이란 의미에서 肝正格인 陰谷, 曲泉을 補하고 經渠, 中封을 瀉하였고 動眼神經을 자극하고 眼筋機能도 원활히 하기 위하여 太陽, 瞳子廖, 攢竹, 絲竹空, 魚腰, 承泣, 睛明, 目窓, 四白穴 등의 眼周圍 要穴들을 刺鍼하였다. 기타 穴位로는 申脈, 後谿, 臨泣, 外關, 合谷, 翳風, 風池穴 등을 取하기도 하였고 Infra-red요법도 병행하였다. 또한 皮內鍼을 眼輪筋 周圍에 3일 간격으로 시술하였고 아울러 咀嚼筋運動을 돕기 위해 鍼을 찌도록 하였다. 치료 11일후 兩眼球가 上下 및 左右로 微動을 보였으나 左側眼球運動이 右側眼球보다 더 잘 되었고 複視症狀을 호소하였다. 8월 20일 퇴원당시, 眼球의 上下運動은 거의 회복되었고 右側眼球는 右向이 거의 완전하였고 左向은 2/3정도 회

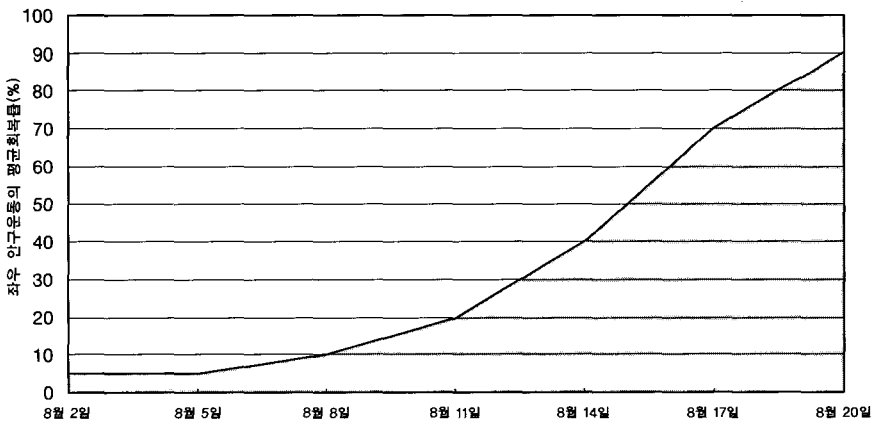


Fig. 1. The improvement of ophthalmoplegia.



Fig. 2. 치료전(안검하수를 동반한 원전외안근마비)
위 : 개안시
가운데 : 우향시
아래 : 좌향시



Fig. 3. 치료후
(정상적인 안구 운동)
위 : 개안시
가운데 : 우향시
아래 : 좌향시



Fig. 4. 치료후
(정상적인 안구 운동)
위 : 폐안시
가운데 : 상향시
아래 : 하향시

복되었다. 또한 左側眼球도 右向은 거의 완전하였고 左向에 있어 약간의 微動만을 보였다. 右眼瞼은 거의 完全開閉되었고, 左眼瞼은 完全開眼은 되었으나 完全閉眼은 되지 않았다. 2-3m의 가까운 물체는 單眼視나 멀리 있는 물체에 대해서는 複視를 호소하였다. 嚥下障礙는 消失되었고 構音障礙도 好轉되어 일상 대화에 지장이 없었다. 顔面麻痺感은 左側口角에 약간 남아 있었으며 兩手部 및 肩背部의 感覺鈍麻도 好轉되었다(Fig. 1, Fig. 3, Fig. 4).

考 察

1956년 Miller Fisher가 급성의안근마비, 운동실조

및 사지심진반사 소실의 3대증상과 말기에 뇌척수액 검사상 단백만이 증가하는 소견을 보이고, 특별한 치료없이 수주 내지 수개월에 걸쳐 거의 완전히 회복된 3례를 경험하고 이를 급성 특발성 다발성신경염의 한 변형일 것이라고 보고하였다²⁾. Miller Fisher 증후군이라고도 불리는 이 급성 특발성 다발성신경염은 아직 원인이 확실히 규명되지 않았으며, 말초신경 증상 및 뇌신경증상이 급작스럽게 나타나는 질환으로 최근 Berlit 등¹³⁾은 남녀발병율을 2:1로 보고하였고 처음 증상이 출현하는 평균연령을 43.6세라 하였다.

Miller Fisher증후군의 특징은 1) 대개 호흡기 감염이 선행 2) 완전 혹은 불완전 외안근마비, 운동실조, 무반사증이 있는 점(급성 양측성 비교적 대칭적 안

근마비가 거의 완전안근마비로 진행되며, 다양한 정도의 내안근마비가 동반되는 것, 근력장애나 지각장애는 현저하지 않으면서 운동실조가 오는 것, 전반적 심전반사 저하 및 소실) 3) 이러한 신경증상들이 급속히 나타나고 대칭적인 점 4) 사지마비가 비교적 경한 점 5) 지각신경마비가 뚜렷하지 않은 점 6) 의식장애나 호흡기마비가 없는 점 7) 다른 뇌신경은 비교적 적게 침범되는 것 8) 뇌척수액조건상 단백세포해리현상 9) 임상경과가 양호하며 특별한 치료없이 수 주 내지 수개월안에 신경증세가 없어지는 점이다¹⁴⁾.

원인은 불분명하지만 Miller Fisher 증후군 환자들의 2/3 정도에서 호흡기 및 위장관의 감염이 선행하는데 Epstein Barr Virus 등과 같은 바이러스¹⁵⁾에 의한 감염이 전형적인 증상 수일 전에 선행하는 경우가 75%에서 있었고, Camphylo-bacter 감염후^{16), 17)}에 생긴 경우도 보고되었다. 그 밖에 Q fever¹⁸⁾ 및 곤충자상후에 생긴 경우¹⁹⁾도 보고되었다.

감염후 5-12일에 신경증상이 뒤따른다. 아급성 양측 안구마비가 오는데 완전마비가 오거나 또는 특정한 공액안구운동장애가 심하게 온다. 대광반사는 완만하나 완전히 소실되지는 않으며, 시력 및 시신경유두는 정상이며 양측안면신경마비가 자주 동반된다. 연수장애는 드물지만 있을 때도 경미하고 지각장애는 대개 없고 운동실조가 현저하고 고유감각장애는 운동실조에 비해 경미하다⁷⁾. 추체로 장애나 팔약근 장애는 없고 대부분의 환자에서 대칭성인 급속한 근력소실을 보이며 근력소실은 주로 하지의 근위근에 잘 발생한다. 건반사는 소실되거나 대칭성으로 감소한다.

병리학적 기전에 대해서 Behan 및 Geschwind¹⁹⁾는 말초신경 항원에 대한 세포면역(Cell mediated immunity)으로 설명하고 수초(myelin)에 대한 항체를 면역형광법으로 증명하고 Dehaene 등²⁰⁾은 외안근마비를 동반한 경우에서 뇌간의 병변은 없었지만 동안신경의 탈수초를 보고하여 외부 인자에 대한 알리지 또는 과민반응으로 세포면역이 관여하는 자가면역질환으로써 주 병변은 신경수초의 탈락으로 추측할 수 있다.

병변부위가 말초신경이나 중추신경이나에 대해서는 아직 논란의 여지가 많으며 Miller Fisher 증후군이 급성 특발성 다발성신경염의 변형인지 아니면 별개의 중추신경계 질환인지에 대한 논란도 많다. 이와 같이 논란이 되는 이유는 Miller Fisher 증후군에서 보이는 임상적 소견이 중추신경계 장애로도, 말초신경계 장애로도 설명될 수 있기 때문이다.

안근마비의 말초신경 장애의 증거로는 1) 뇌신경 III, IV의 장애 2) 양안에서 비대칭적인 운동제한 3) 양안안근마비의 시간적 차이 4) 복시와 어느 정도의 안검하수등이 있으며 1956년 Fisher는 병리학적으로 중추신경계 침범의 증거가 없다는 점과 말초신경계 병변에서도 드물게는 대칭적으로 침범될 수 있다는 점등으로 미루어 말초신경장애라고 주장하였다. 반면 중추신경계 장애의 증거로는 1) 외안근마비가 대칭적 2) 양측성 3) 심한 외안근마비에도 불구하고 안검하수가 경미한 점 4) 대광반사가 비교적 덜 침범된다는 점 5) 상방주시가 안되면서도 Bell 현상이 있을 수 있다는 점 6) 하방주시마비가 상방주시마비나 측방주시마비보다 경미하다는 점 7) 측방주시때 내전마비에도 불구하고 수렴이 있을 수 있다는 점등이다³⁾.

Miller Fisher 증후군의 진단에 Ganglioside GQ1b에 대한 혈청 면역글로불린 G 항체에 관심이 모아지고 있는데 Chiba 등²¹⁾에 의하면 이것이 진단적 표식자의 역할을 하며 전형적인 Guillian-Barre 증후군에는 없으며 급성기에 상승하고 회복기에 감소하는 양상을 보여 질환의 진행정도 및 진단에 있어서 큰 도움을 준다고 하였다.

치료에 있어 1952년 Stillman 과 Ganeng이 부신피질자극호르몬과 코티손을 사용하여 치료한 후 스테로이드제제가 널리 사용되어 왔으나 그 치료효과에 대해서는 확실히 평가할 수 없다. 반면 다량의 면역글로블린이 Guillian-Barre 증후군에 효과가 있는 것은 잘 알려져 있는데, Miller Fisher 증후군에도 하루 0.4g/kg로 5일동안 쓰기도 한다^{22), 23)}. 혈장교환술은 1978년 Brettle 등²⁴⁾이 이 질환의 치료에 처음으로 시도하여 좋은 결과를 보고하였는데 Osterman 등²⁵⁾은 혈장교환술은 질병의 호전기간을 1.5배정도 빠르게

하며 입원일수도 현저하게 감소시킨다고 하였다. 혈장교환술은 급성 중증 환자에서 특히 초기 7일 이내에 시행하면 병의 호전기간, 입원일수, 호흡기 사용기간등을 현저히 줄일 수 있어 월등히 효과적이라고 한다²⁶⁾.

Miller Fisher증후군과 감별해야 할 질환으로는 Guillain-Barre증후군, 뇌혈관장애, 급성 다발성 신경병증, 보툴리눔 독소증, 중증근무력증, Wernicke's encephalopathy 등을 들 수 있다. 뇌혈관장애 중 특히 척추기저동맥순환부전의 경우 완전외안근마비, 운동실조가 있는 반면 심한 의식장애가 동반되고 대광반사가 거의 소실되며 추체로 장애소견이 동반하게 된다는 점에서 구별할 수 있다. 보툴리눔 독소증시에는 운동실조보다는 사지의 무력, 호흡근의 약화, 동공의 산대를 보이며 독소와 관련된 음식섭취등의 병력을 가지고 있다는 점에서 구별이 가능하다. 중증근무력증때는 눈의 변화는 유사하지만 운동실조나 사지심부 건반사소실등은 뚜렷하지 않으며 일과성 변화가 특징적이다. Wernicke's encephalopathy는 장기간 영양결핍된 사람이 감염, 위장관장애, 외상을 입은 경우 급격히 의식상태가 변화되면서 운동실조, 외안근마비를 나타내게 되나 완전외안근마비를 보이는 경우는 드물다.

Miller Fisher증후군은 증상 수일전의 바이러스성 감염여부, 거의 완전 외안근마비, 운동실조, 심부 건반사소실, 뇌척수액 단백증가, 전기생리학적 이상소견, CT나 MRI검사등을 종합하면 대부분 진단을 내릴 수 있다.

회복에 있어서 3대 주증상중 운동실조나 무반사증보다는 외안근마비가 가장 회복이 느리고, 그 중에서도 수직근보다는 수평근의 장애가 더욱 지속적이며 내직근보다는 외직근의 회복이 느리다는 보고가 있다²⁷⁾. 대부분 보존적 요법만으로 수주 내지 수개월내에 거의 완전회복을 보인다.

Miller Fisher증후군의 韓醫學的 範疇는 완전외안근마비, 운동실조, 심부건반사소실의 3대증상에 근거하여 萎證의 범주에 속하는데 <儒門事親>에서는 "弱而不用者爲萎" 라하여 筋肉이 無力하고 弛緩되며

甚하면 筋肉이 萎縮하여 運動障礙를 일으키는 질환을 통칭한다. <證治準繩>에는 "萎者手足軟而無力, 百節緩縱而不收也"로 記述되어 있다. 또한 萎證은 <皮萎> <肉萎> <筋萎> <脈萎> <骨萎> 및 五臟의 萎 등으로 분류된다²⁸⁾.

萎證의 原因으로는 脾胃가 無力하여 四肢로 津液을 보내지 못하거나, 肺熱葉焦한 것이 가장 많이 언급되었고, 肺熱傷津, 濕熱阻滯, 肝腎虛損, 脾胃損傷, 勞倦大熱, 精血虧耗, 血瘀 등에 의해 발생한다고 한다²⁷⁾. <景岳全書>에서는 "陳無擇曰 人身有皮毛筋脈肌肉骨髓以成其形 內則有肝腎脾肺腎以主之 若隨情妄用 喜怒勞跌 以致內臟精血虧耗 使血脈筋骨肌肉 弱無力以運動 故致萎"이라 하였다²⁸⁾.

萎證의 治法은 獨取陽明하니 胃陰을 補하는 것으로 主를 삼았다. 즉 熱로 인한 질병이니 치료에 있어서도 熱로 熱을 加하는 치료를 하지 않고 補陰하는 것으로 治療의 主를 삼았다. 또 각각의 原因에 맞게 養肺生津, 清熱利濕, 補益肝腎陰血, 健脾益氣, 補氣血, 益精血, 活血化瘀 등의 治療방법을 이용한다²⁷⁾.

또한 Miller Fisher 증후군 환자들이 斜視, 複視에 해당하는 神珠將反, 瞳神反背, 視一爲二, 雙目通睛등에도 포함된다고 할 수 있을 것이다^{4, 5)}. 斜視는 風邪中絡, 痰濕阻絡, 風熱上攻, 肝腎陰虛 · 肝風內動, 瘀血阻滯, 先天不足등으로 辨證할 수 있다⁴⁾.

本 症例의 경우는 만성적인 과로와 스트레스로 인해 肝腎의 陰血이 耗損되어 萎證이 발생한 것으로 보았다. <素問·萎論> "思想無窮, 所願不得, 意淫于外, 入房太甚, 宗筋弛緩, 發爲筋萎. …有所遠行勞倦, 逢大熱而渴, 渴則陽氣內伐, 內伐則熱舍于腎, 腎者水臟也, 今水不勝火, 則骨枯而髓虛, 故足不任身, 發爲骨萎"라고 記述된 것이 이에 해당한다²⁹⁾. 肝은 筋을 다스리며 血을 藏하고, 腎은 骨을 다스리며 精을 藏하여, 眞陰·眞陽이 함께 居處하는 곳이므로 肝腎의 精血이 虛損되면 筋骨經脈은 營養되지 않기 때문에 四肢의 廢를 일으킨다⁴⁾. 肝腎虛損時 一側 또는 兩側下肢感覺障礙, 痛覺消失, 漸次下肢障礙, 腰脊萎軟, 頭暈, 耳鳴, 遺精, 月經不順, 舌淡紅, 苔少, 脈沈細 또는 細數 등의 증상이 나타난다. 이 때의 治法은 補益肝腎, 滋陰清熱

이다.

本 症例에서 환자가 호소하는 兩側四肢의 感覺障
 碍, 下肢無力, 淺眠, 健忘, 口乾口渴, 眼乾澀, 盜汗, 複
 視, 舌紅少苔, 脈沈細 등의 증상을 바탕으로 肝腎陰
 虛, 肝陽上亢으로 診斷하고, 滋補肝腎하고 清肝火, 明
 目하는 杞菊地黃丸을 투여하였다^{12, 30, 31}. 杞菊地黃丸은
 <醫級>의 處方으로 六味地黃丸에 清熱明目하는 甘
 菊花와 滋補肝腎·明目하는 枸杞子를 加하여 肝腎陰
 虛의 眼症狀과 肝陽上亢을 輕減시킨다^{12, 31}. 환자는 8
 월 2일 입원 후 8월 20일 퇴원시 眼球의 上下運動은
 거의 회복되었고 右側眼球은 右向이 거의 완전하였고
 左向은 2/3정도 회복되었다. 左側眼球 또한 右向
 은 거의 완전하였고 左向에 있어서는 제한을 보였다.
 右眼瞼은 거의 完全開閉되었고, 左眼瞼은 完全開眼
 은 되었으나 完全閉眼은 되지 않았다. 2-3m의 가까
 운 물체는 單眼視나 멀리 있는 물체에 대해서는 複
 視를 호소하였다. 嚥下障碍는 消失되었고 構音障碍
 도 好轉되어 일상대화에 지장이 없었다. 顔面麻痺感
 은 左側口角에 약간 남아 있었으며 兩手部 및 肩背
 部の 感覺鈍麻도 好轉되었다. Miller Fisher 증후군은
 평균 회복기간이 6주에서 6개월에 이르는 豫候가 좋
 은 질환이기는 하나 본 증례의 경우 證에 맞는 韓藥
 치료 및 鍼, 皮內針, Infra-red 등의 보조치료를 통해서
 眼筋 및 顔面筋의 보다 빠른 회복을 가져왔던 것으
 로 사료된다.

要 約

Miller Fisher 증후군으로 진단받은 환자 1례에 대
 하여 1999년 8월 2일부터 1999년 8월 20일까지 韓藥
 치료 및 鍼, 皮內針, Infra-red 등의 보조치료를 하였을
 때, 眼筋 및 顔面筋의 회복에 도움이 되었기에 치료
 내용과 경과를 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

參考文獻

1. Collier J. Peripheral neuritis. *Edinburg Med J.* 1932 ;
 39 : 672-688.

2. Fisher M. An unusual variant of acute idiopathic
 polyneuritis(Syndrom of ophthalmoplegia, ataxia and
 areflexia). *N Engl J Med.* 1956 ; 255 : 57-65.

3. 손무근, 안효숙. Miller Fisher 증후군. *대한안과학회
 지.* 1997 ; 38(8) : 170-179.

4. 이봉교. 증상감별치료. 서울: 성보사. 1992 : 927-929.

5. 채병윤. 동의안비인후과학. 서울: 집문당. 1997 :
 140-144, 167-168.

6. 장영길, 한예택, 이홍재, 김상협. Fisher씨 증후군(완
 전외안근마비, 운동실조, 사지건반사소실) 1예. *대한
 소아과학회지.* 1972 ; 15(3) : 107-111.

7. 황연미, 최일생, 김기환. Miller Fisher 증후군 1례. *대
 한신경과학회지.* 1983 ; 1(2) : 85-88.

8. 설인준. Miller Fisher 증후군 1례. *한양의대학술지.*
 1991 ; 11(1) : 548-552.

9. 정상덕, 고경옥, 이진수, 정용현. Miller Fisher 증후군
 1례. *대한소아신경학회지.* 1993 ; 1(1) : 158-164.

10. 김병래, 김정준, 손미아, 이하범. 곤충자상후 발생한
 Miller Fisher 증후군 1례. *대한안과학회지.* 1996 ; 37 :
 1771-1775.

11. 문준전, 안규석, 최승훈. 동의병리학. 서울 : 고문사,
 1993 : 352.

12. 이상인. 天真處方解說. 서울 : 성보사. 1987 : 76.

13. Berlit P, Rakicky J. The Miller Fisher Syndrom.
 Review of the Literature. *J Clin Neuroophthalmol.*
 1992 ; 12(1) : 57-63.

14. Elizan TS, Spire JP, Andiman RM, Banghman FA,
 Lloyd smith DL. Syndrom of acute idiopathic
 ophthalmoplegia with ataxia and areflexia. *Neurology.*
 1971 ; 21 : 281-292.

15. Slavick HE, Shapiro RA. Fisher Syndrom associated
 with Epstein Barr virus. *Arch Neurol.* 1982 ; 38 : 134-
 135.

16. Rhodes KM, Tattersfield AE. Guillian-Barre syndrom
 associated with Camphylobacter infection. *Br Med J.*
 1982 ; 285 : 174.

17. Monar GK, Mertsolar J, Erkko M. Guillian-Barre
 syndrom associated with Camphylobacter infection. *Br
 Med J.* 1982 ; 285 : 173-174.

18. Ortuno AD, Maeztu C, Munoz JA, Reigadas R,
 Rodriguez T, Valdes M. Miller Fisher syndrom
 associated with Q fever. *J Neurosurg Psychiatry.* 1990
 ; 53 : 615-616.

19. Behan PO, Geschwind N. The ophthalmoplegic form
 of the Guillian-Barre syndrom. An immunologic study.
Acta Ophthalmol. 1973 ; 51 : 529-542.

20. Dehaene I, Martin JJ, Gens K, Cras P. Guillian-Barre

- syndrom with ophthalmoplegia ; Clinicopathologic study of the central and peripheral nervous systems, including the oculomotor nerve. *Neurology*. 1986 ; 36: 851-854.
21. Chiba A, Kusunoki S, Shimizu T, Kanazawa I. Serum IgG Ab to ganglioside GQ1b is a possible marker of Miller Fisher syndrom. *Annals Neurol*. 1992 ; 31 : 677-679.
 22. Jackson MC, Godwin-Austen RB, Whitely AM. High-dose intravenous immunoglobulin in the treatment of Guillian-Barre syndrom ; a preliminary open study. *J Neurol*. 1993 ; 240 : 51-53.
 23. Van der Meche FGA, Schmitz PIM, the Dutch Guillian-Barre study group. A randomized trial comparing intravenous immunoglobulin and plasma exchange in Guillian-Barre syndrom. *N Engl J Med*. 1992 ; 326 : 1123-1129.
 24. Brettle RP, Gross M, Legg NJ, Lockwood M, Pallis C. Treatment of acute polyneuropathy by plasma exchange. *Lancet*. 1978 ; 2 : 1100.
 25. Osterman PO, Fagius J, Lundemo G, Philstedt P, Pirskanen R, Siden A, Safwenberg J. Beneficial effects of plasma exchange in acute inflammatory polyradiculoneuropathy. *Lancet*. 1984 ; 2 : 1296-1298.
 26. Guillian-Barre Syndrome Study Group. Plasma-pheresis and acute Guillian-Barre Syndrome. *Neurology*. 1985 ; 35 : 1096-1104.
 27. 노진환, 고창남, 조기호, 김영석, 배형섭, 이경섭. 증에 대한 동서의학적 고찰, 대한한방내과학회지. 1996 ;17(1) : 81-106.
 28. 張介賓. 景岳全書, 서울: 대성문화사. 1988 : 667-671.
 29. 홍원식. 精校黃帝內經素問. 서울: 동양의학연구원 출판부. 1988.
 30. 허준. 동의보감. 서울: 여강출판사. 1994 : 678, 701-702.
 31. 江克明, 包明蕙. 簡明方劑辭典. 서울: 일증사. 1989 : 519.