

## 중뇌 경색으로 인한 안검하수 치험 1례

김민지 · 홍승욱

포천중문의과대학교 분당차한방병원 안ibi인후피부과

### A Case Report of Ptosis After Midbrain Infarction

Min-ji Kim · Seung-ug Hong

**Objective:** The purpose of this case study is to show a case of severe neurogenic ptosis due to midbrain infarction improved by acupuncture and Herb-med.

**Method:** This case study has been carried out for a case of ptosis due to midbrain infarction which had been hospitalized at the Bundang CHA Oriental Medical Hospital. We evaluate through Levator function test and measurement of MRD and the distance between upper and lower eyelid.

**Results:** Levator function increase 3.5mm and distance between upper and lower eyelid increase 4mm more than before. The degree of ptosis turned 'fair' state from 'poor' state.

**Conclusions:** We suggest to treat ptosis due to midbrain infarction with acupuncture and Herb-med meaning conservative therapy and would like to research oriental medical treatment plan for the further treatment.

**Key words :** Ptosis, Midbrain infarction

### 서론

안검하수는 상안검을 올리는 기능이 저하되어 상안검이 정상위치보다 내려와 동공의 일부 혹은 전부를 가리고 있어 시력에 영향을 미치는 것으로 한의학에서는 諸病源候論<sup>1)</sup>에서 睪目, 侵風이라 稱

하였으며 目經大成에서 臉廢<sup>2)</sup>라 하였으며 聖濟總錄에서는 侵風, 眼臉垂緩<sup>3)</sup>이라 하였다.

선천성과 후천성으로 구분될 수 있는데 선천성 안검하수에는 양측으로 발생하는 경우가 많고 선천 부족으로 상안검근의 발육부전으로 인하여 후천성 안검하수는 동안신경마비, 중증근무력증, 히스테리, 외상 등으로 유발된다<sup>2)</sup>. 이 중 동안신경이 장애가 되는 흔한 원인은 두개강 내 동맥류의 파열, 두부 외상, 당뇨병성 신경병증, 두개강 내 독성 혹은 열 증성 질환 등이다<sup>4)</sup>.

치료에 있어서 서양의학적 방법에는 특별한 것이

교신저자: 김민지, 경기도 성남시 분당구 야탑동 351번지  
포천중문의과대학교 분당차한방병원 안ibi인후피부과  
(Tel: 031-780-6050, E-mail: sisilly21@hanmail.net)

없고 단지 약시의 예방과 미용적 측면을 위한 수술이 권유되고 있을 뿐이며, 한의학에서는 안구주위의 경혈을 위주로 한 침치료와 약물치료를 병행하는 보존요법이 주류를 이루고 있는바 상당히 양호한 결과를 얻었다는 보고들이 있어왔다.

지금까지의 연구로는 **李 등<sup>5)</sup>**의 비외상성 동안신경 마비 치험례, **金 등<sup>6)</sup>**의 외상으로 인한 안검하수 치험례 등이 있었으나 뇌졸중으로 인하여 발생한 안검하수 치험례는 발표된 적이 없었다. 이에 본인은 중뇌 경색으로 인해 유발된 편측 신경성 안검하수 환자에 대한 한의학적 치험례를 보고하는 바이다.

### 증례

患 者 : 이○애, F/79세

1) 주소증

① 右眼瞼下垂 ② 左半身不全麻痺 ③ 語微澀

2) 발병일 : 2004년 1월 30일

3) 현병력

79세의 예민한 성격, 약간 비대한 체격의 여자 환자로 수면 중 左半身不全麻痺, 語微澀, 右眼瞼下垂 증상 발현되어 분당 서울대병원에서 Brain-MRI 촬영상 Rt. mid-brain & thalamic infarction 진단받고 재활치료 받으시던 중 右眼瞼下垂에 대한 환자 적극적인 치료 원하시어 2004년 4월 12일 내원함.

4) 과거력

- ① 40년 전 고혈압 진단받아 복약 중임.
- ② 20년 전 좌측 신적출술 시행.
- ③ 5년 전 당뇨 진단받아 복약 중임.
- ④ 2년 전 압박 골절로 흉추 12번 척추융합술 시행.
- ⑤ 2003년 9월 뇌경색으로 치료받음.
- ⑥ 2004년 1월 좌측 슬부 인공관절술 시행.

5) 가족력 : 別無所知

6) 진 단

- ① Cbr-infarction ② Hypertension ③ DM

7) 望聞問切

① 睡眠 : 安眠

② 眼 : 右眼瞼下垂. 발병 당시 複視 증상 있었다고 하나 내원 당시에는 소실된 상태였으며 EOM 및 Pupil reflex 모두 정상.

③ 四肢 : 左半身不全麻痺

④ 食慾 및 口渴 : 口中和이나 자주 口渴 호소

⑤ 消化 : 良好

⑥ 大便 : 평소 1-3회/1일

⑦ 小便 : 夜尿 2-3회/1일

⑧ 脈 : 浮緩

⑨ 舌 : 紅苔薄白

8) 주요검사소견

① Brain-MRI(2월 2일) : Rt. mid-brain & thalamic infarction

② Liver CT(5월 13일) : Left proximal IHD stones with parenchymal atrophy of left lobe of the liver and dilated ducts

③ 일반 혈액검사 및 뇨검사

· AST/ALT : 68/95(4월 13일) 13/10(5월 14)

· ALP : 558(4월 13일) 295(5월 14일)

· γ-GTP : 426(4월 13일) 112(5월 14일)

· 그 외 WNL

9) 治療方法

① 鍼治療

1일 1회 시행하였으며 다음 經穴을 取穴하여 20분간 留鍼함. 留鍼하는 동안 infra-red를 사용함.

百會, 魚腰, 絲竹空, 攢竹, 太陽, 睛明, 瞳子髎, 四白, 耳門, 迎香, 地倉, 人中, 承漿, 外關, 合谷, 中渚, 三陰交, 太衝

② 藥物治療

補中益氣湯 加減方

生肝健脾湯 加減方

六味地黃湯 加減方

10) 치료경과

4월 21일 내원 당시 매일 오후에 2-3회 가량 각 약 1분 가량 안검열 거리 1.5mm 정도 개안이 가

능한 상태였다. 이후 치료가 진행되면서 개안 정도는 Table 1에서와 같이 서서히 호전되었으며 치료 기간 내내 오전보다 오후에 개안 상태가 호전되는 경향을 보였다.

Table 1.

	4월 12일	5월 1일	5월 15일	6월 12일	7월 15일
안검열 거리	1.5	3.5	4	5	5.5
상안검거근 기능	0.5	2.5	3	3.5	4
MRD	-2.5	-0.5	0	0.5	1



Fig 1. The eyes of case after treatment

### 고찰 및 결론

상안검은 눈을 닫게 하여 안구를 손상으로부터 보호하고 공막의 표면을 깨끗이 하며 또 눈으로 들어오는 광선을 막아 주고 눈의 표면 위에서 눈물을 분포시키는 작용을 한다<sup>3)</sup>. 內經<sup>7)</sup>에서 목이란 五臟六腑의 精이라 하였고, 五臟六腑의 精氣는 모두 目으로 上注하여 精이 된다고 하였으며, 蔡<sup>8)</sup>는 五臟六腑의 精華가 모두 脾에서 稟受하여 目으로 上注하므로 脾胃가 조화되면 氣가 상승하여 神氣가 맑아진다고 하였으며, 肝이 眼系에 연계되었으나 眼球의 광채는 腎精과 心神이 주관하게 되므로 눈을 보호하려면 精을 보양하고 神氣를 안정시켜야 한다고 하였다. 韓醫學에서는 眼을 진단하고 치료하는데 있어서 五輪, 八廓의 病因<sup>9)</sup>을 응용하는데 眼臉은 五輪 중에 肉輪에 해당하고 八廓 중의 地廓에 해당하며 脾胃에 속한다.

이러한 상안검의 운동은 세 근육의 능동적인 힘과 안검의 기계적인 배열에 의해 생기는 수동적인

힘에 의한 결과이다. 즉 동안신경의 지배를 받는 상안검거근은 안검의 올림 및 이를 유지시키는 역할을 하고 안면신경으로부터 운동신경을 받는 안륜근은 안검을 내리는 작용을 하며 서로 길항근으로 작용하게 된다. 또한 Müller근은 상안검거근을 도와 상안검 상승에 보조적인 역할을 한다<sup>9)</sup>. 따라서 안검하수에 있어서 상안검거근의 기능이 가장 중요하게 여겨지고 있다.

서양의학적인 안검하수의 원인 및 분류를 살펴보면 선천성 안검하수는 주로 안검거근의 발육이상으로 발생하는 것으로 알려져 있으며 그 외 검열축소 증후군, 이상 안검거근 신경분포, 선천 동안신경마비, 분만 중 외상 등이 원인이 될 수 있는데 이를 정상상직근 기능 동반형, 상직근 약화나 상직근과 하사근 약화 동반형, Marcus Gunn 턱 윙크 현상 동반형, 안검축소 동반형으로 분류하기도 한다<sup>10)</sup>. 후천성 안검하수는 원인에 따라 분류하였을 때, 신경성은 동안신경이나 교감신경마비, 다발성 경화증, 여러 신경독이 원인이 될 수 있고, 근성의 원인은 중증근무력증, 만성진행성 외안근마비, 안인두근이형성증 등이고, 기계성은 안검이나 안외종양, 반흔, 염증으로 인한 것이며, 외상성은 안검의 창상으로 안검거근 근막이나 근막의 손상으로 발생할 수 있다. Fox<sup>11)</sup>와 Beard<sup>12)</sup>는 안검하수의 발생시기와 원인에 따라 선천성 및 후천성 안검하수로 나누었고 Frueh<sup>13)</sup>는 안검하수의 구조적 발생기전에 따라 신경성, 근성, 건막성, 기계성으로 단순하게 구분하였는데 현재 여러 문헌에서는 이 두 분류법을 주로 이용하고 있다.

신경학적인 측면에서 발현 양상을 보면 안구 교감신경로의 손상으로 Müller근의 마비가 오면 결과적으로 중등도의 편측 안검하수가 나타나며 상안검거근의 마비는 동안신경의 핵이나 신경섬유의 병변에 의해 나타난다. 만약 병변이 동안신경핵의 아랫부분에 위치한 상안검거근의 아신경핵을 침범한다면 양측성, 대칭성 안검하수가 나타난다. 만약 병변이 동안신경섬유에 있다면 다양한 정도의 편측성 안검하수가 보이게 된다<sup>14)</sup>. 또한 드물게 핵상 병변

에 의해 안검하수가 나타나는데, 대뇌성인 경우에는 병변 반대측이 더 심한 경미한 양측성 안검하수가 보이고, 동안신경 근처의 배측에 위치한 핵상 안구운동영역의 병변에 의해서도 양측성 안검하수가 보인다고 보고된 바 있다<sup>15)</sup>.

안검하수를 진단하고 평가하기 위해서는 안검열 사이거리의 측정이나 상안검거근의 기능을 측정하는 정적인 측정을 주로 사용하고 있다<sup>16)</sup>. 상안검거근의 기능을 측정하는 데는 Berke 방법을 가장 많이 사용하고 본 보고에서도 이 방법을 사용하였다. Berke 방법은 전두근 기능을 차단시킨 후 상안검의 움직인 거리를 측정함으로써 상안검거근 기능을 평가하는 방법으로 환자로 하여금 최대한 아래로 보게 한 후 검사자가 엄지손가락으로 이마를 강하게 뒤로 밀어서 전두근의 기능을 차단시키면서 최대한 상방을 보게 하여 그동안 상안검의 움직인 거리를 측정함으로써 상안검거근의 기능을 평가하는 것이다. 이와 함께 안검하수 정도를 측정하기 위해 MRD 측정법을 사용하였다. MRD 측정법은 제 1안 위에서 상안검연의 중앙부와 동공중심 사이의 거리를 0.5mm간격으로 측정하는 것으로 1.5mm 이상인 경우 양호(Good), 0-1mm인 경우 보통(Fair), -0.5mm 이하인 경우 불량(Poor)으로 표시하여 시술 결과의 판정기준으로 삼는다.

근래 안검하수에 대한 韓方的 治法으로서 蔡<sup>9)</sup>는 益氣, 養血, 祛風, 通絡하여야 한다고 하였으며 만일 脾氣가 허약한 중에 精神疲勞, 食慾不振, 脈虛無力 등이 있을 때는 補中益氣湯을 사용하고 氣血不足으로 頭目이 眩暈하고 面色少하며 胞臉이 麻木不仁, 脈弱無力할 때는 人蔘養營湯을 투여하고 매독에 의한 것은 土茯苓湯을 투여한다고 하였으며 鍼治로서 風池, 天柱, 翳風, 太陽, 睛明, 懸里, 養老 등 穴을 격일로 施鍼한다고 하였다. 盧<sup>3)</sup>는 안검하수의 원인을 선천적인 것과 후천적인 것으로 나누어 선천적인 것은 稟賦不足으로 인해 命門火가 衰少하여 脾腎陽虛 또는 心脾陽虛로 나타나고 후천적인 것은 脾虛하여 中氣不足으로 氣血이 근육을 失養하거나

風邪가 胞臉의 脈絡에 上攻하고 壅滯하여 氣血의 순행이 沮滯되어 발생한다고 보았다. 후천적인 경우에는 모두 補中益氣湯을 기본으로 하였으며 그 외 脾腎陽虛한 경우 六味地黃丸 및 八味地黃丸에 四君子湯을 合方하여 사용하고 脾虛滯濕으로 脈絡不通인 경우 補中治濕湯 合 五苓散으로 사용하며 精志內傷으로 肝氣鬱結된 氣滯血瘀에는 逍遙散 加減을 먼저 복용한다고 하였다. 五官科學<sup>2)</sup>에서는 선천성 안검하수에는 補腎健脾를 위주로 하여 六味地黃湯 合 健脾益氣湯 加減方을 사용하고 마비성 및 중증근무력증성 안검하수는 益氣升陽 宣通脈絡 하기 위해 補中益氣湯 加減方을 사용하고, 신경성 안검하수는 疏肝解鬱 氣血雙調法을 위주로 하여 逍遙散 加減方을 사용하며 외상성인 경우는 活血祛瘀 理氣通絡하는 血府逐瘀湯 加減方을 사용하고 假性인 경우에는 원인을 찾아 치료한다고 하였다. 鍼刺療法으로는 매일 攢竹과 睛明, 魚腰와 絲竹空, 太陽과 瞳子膠를 透鍼하고 足三里, 三陰交를 五分 정도 강자극한다고 하였으며 不效인 경우에는 수술요법을 시행한다고 하였다. 이 외 裴<sup>17)</sup>는 補腎健脾 疏肝解鬱의 治法을 제시하였으며 치료기간은 6개월 이상 장기적인 치료를 하여야 한다고 하였다.

본 증례의 경우는 중뇌에 발생한 뇌경색으로 인하여 야기된 우측 신경성 안검하수에 대해 眼 주위의 穴을 取穴하여 眼의 氣血 소통과 眼筋의 기능회복을 돕는 鍼治療와 함께 益氣, 補陰에 주안점을 두어 補中益氣湯, 六味地黃湯을 병용하였다. 4월 12일 치료 시작 시 상안검 기능은 0.5mm로 측정되었고 안검열 거리도 오후에 간헐적인 개안으로 1.5mm 가량, MRD는 -2.5로 측정되었다. 치료가 지속되면서 하루 중 개안할 수 있는 시간이 조금씩 늘어나면서 치료 10일 제인 4월 21일 하루종일 개안이 가능하게 되었으며 이 때 안검열 거리는 3mm 이하로 측정되었다. 이후 Table 1에서 보듯이 서서히 호전 상태를 보이면서 7월 15일 경에는 안검열 거리 5mm, 상안검 기능 4mm, MRD 1mm로 측정되어 치료 시작 시 불량(poor) 상태였던 전체적인 안검하수 정도

가 보통(fair) 상태로 호전된 상황에서 치료를 종결하였다. 다만 발병 후 40일이 지나서야 치료가 시작되었는데 치료 시기가 더 빨랐다면 더 나은 효과를 기대할 수 있었을 것이다.

앞으로도 안검하수에 대한 한의학적인 접근과 치료방법에 대해 더 많은 연구와 보고가 필요할 것으로 사료된다.

### 참고문헌

1. 巢元方 諸病源候論 台中:昭人出版社:卷二十八, p.11
2. 上海中醫學院編. 五官科學. 香港:商務印書館. 1977:p.27-29
3. 노석선. 원색안이비인후과학. 서울:일증사. 1999: p.12, 107, 108
4. 윤동호, 이상욱, 최억. 안과학. 제 6판. 서울:일조각. 2002:p.85
5. 이영규, 채병윤. 비외상성 동안신경마비 환자에 대한 치험 4례. 경희의학. 1996;12(3,4): p.392-400
6. 김재훈, 정호준, 장영철, 최동기, 고은상, 최용준, 강상길. 외상으로 인한 안검하수 환자의 치험 1례. 대한한방성인병학회지. 2002;8(1): p. 75-78
7. 張·馬合註 黃帝內經靈樞(影印本). 台中:昭人出版社. 1975:p.473
8. 채병윤. 한방안이비인후과학. 서울:집문당. 1982: p.34, 36, 64

9. Evinger C, Manning KA, Sibony PA. Eyelid movements. Inves Ophthalmol Vis Sci. 1991; 32;p.387-400
10. Berke RN. Congenital ptosis : A classification of blepharoptosis. Am J Ophthalmol. 1949; 41:p.188-197
11. Fox SA. Ophthalmic plastic surgery. 5th ed. New York:Grune & stratton. 1976: p.353-359
12. Beard C. The surgical treatment of blepharoptosis:A quantative approach. Tr Am Ophth Soc. 1966;64:p.401
13. Frueh BR. The mechanistic classification of ptosis. Ophthalmol. 1980;87:p.1019-1021
14. Miller NR. Anatomy and physiology of normal and abnormal eyelid position and movement. Walsh and Hoyt's Clinical Neuro-ophthalmology. 1985;Vol 2. 6th ed:p. 933-938
15. Stevenson GC, Hoyt WF. Metastasis to midbrain from mammary carcinoma:Cause of bilateral ptosis and ophthalmoplegia. JAMA 1963; 186:p.514-516
16. Nunery WR, Cepela M. Levator function in the evaluation and management of blepharoptosis. Ophthalmic Clinics of North America. 1991;4:p.1-16
17. 배원식. 최신한방임상학. 서울:남산당. 1981: p.607-608