

眼瞼結膜 刺絡療法(棘鍼療法)을 시술한 中風 환자의 眼昏 치험 4例

옥민근 · 임응경 · 윤형선 · 선영재 · 문장혁¹⁾ · 김창환

동서한방병원 안비인후피부과

동서한방병원 침구과¹⁾

Four Cases of Stroke Patients with Defective Vision Treated with Venesection on Palpebral Conjunctiva

Min-keun Ock, Woong-kyoung Lim, Hyoung-seon Yoon, Young-jae Sun, Jang-hyuk Moon, Chang-hwan Kim

Objective: This study was performed to evaluate the effects of venesection on palpebral conjunctiva, on the stroke patients complain of defective vision.

Methods: We studied four selected stroke patients with defective vision which start with stroke. Venesection was performed with syringe needle once or several times on upper or lower palpebral conjunctiva. After every venesection we washed the eye(s) with normal saline. We evaluated the effects by VAS.

Results & conclusion: Venesection on palpebral conjunctiva was efficacious against defective vision occurred on the stroke patients. But more clinical & scientific trials are expected to follow this study.

Key words: venesection, depletion, bloodletting, palpebral conjunctiva, defective vision, stroke

서론

眼疾患의 病因은 外因, 內因, 不內外因으로 각각 여러 원인들이 있으나, 火熱이 중요한 病因으로 꼽힌다.¹⁾ 따라서 清熱瀉火, 活血通絡, 開竅醒神, 解毒

消腫의 작용이 있는 刺絡療法은 많은 眼疾患에 사용되었다.²⁾ 최근에는 刺絡療法의 變形으로, 가시가 많은 식물의 줄기로 만든 기구로 안검결막에 노출된 정맥을 刺破하여 出血시키는 棘鍼療法이 각종 眼疾患의 치료 목적으로 臨床에서 사용되고 있다.³⁾

眼昏은 中風에서 일반적으로 나타나는 증상은 아니지만 中風과 함께 마비된 쪽으로 발생하여 “눈이 침침하거나 어둡다” 라고 호소하는 경우가 있다.

이에 저자들은 中風과 併發된 眼昏 환자 4例에서 안검결막을 刺絡하여 좋은 결과를 얻었기에 보고하

교신저자: 옥민근, 서울시 서대문구 연희동 194-37
동서한방병원 안비인후피부과
(Tel: 02-320-7808 E-mail: frgcloud@naver.com)

는 바이며, 시술기구에서 유래한 棘鍼療法 대신에 眼瞼結膜 刺絡療法이라는 용어를 사용하였다.

대상 및 방법

1. 대상

2004년 3월 12일부터 2004년 7월 9일까지 동서한방병원에 입원한 중풍 환자 중 중풍 발병과 동시에 患側(마비측)과 同側으로 眼昏이 발생한 3인과 兩側으로 眼昏이 발생한 1인을 대상으로 하였다.

2. 치료방법

1)준비물

생리식염수를 넣은 10cc 주사기(증례1에서는 황련해독탕 약침액을 채웠음), 주사기 바늘(21게이지), 플라스틱 침관, 거즈

2)상안검결막 자락

환자를 침대에 눕게 한 후 눈은 자연스럽게 감고 시선을 아래로 향하게 한다. 엄지손가락과 집게손가락으로 안검판 상단부의 피부를 잡아 집게 손가락으로는 안구 쪽을 누르면서 엄지손가락으로 검연을 위로 비틀어 회전시키면 상안검이 외반된다. 잘 뒤집히지 않으면 엄지손가락과 집게손가락으로 속눈썹을 잡고 추켜 올린 다음 다른 손으로 침관 등을 사용하여 눈꺼풀을 늘렸다가 빼면 된다. 그 다음 외반된 상안검을 안와상연에 밀착시킨다.⁴⁾ 주사기 바늘로 안검결막에서 노출된 혈관을 끊어 출혈시킨다.

3)하안검결막 자락

하안검침모 직하의 피부를 눌러 아래로 잡아당긴 채로 같은 방법으로 출혈시킨다.

4)관류 및 점안

외반시켰던 안검을 원래대로 하고, 施術眼을 아래로 향하게 고개를 돌리게 한다. 눈을 지긋이 감게 하면서 주사기에 있던 생리식염수를 흘려준다(증례1에서는 황련해독탕 약침액 사용). 거즈를 太陽穴 부위에 대어 흘러내리는 피와 생리식염수를 닦아준다.

남은 생리식염수로 눈이 불편할 때마다 점안하게 한다.

3. 평가

眼昏의 평가는 전혀 안 보이는 경우를 VAS10, 가장 맑고 깨끗하게 보이는 경우를 VAS0으로 하여 상대적 비율로 환자 본인이 표현하도록 하였다.

시술 전에 평가하고, 시술 직후에는 액체 관류로 인한 일시적으로 느끼는 시원함과 시술 부위 통증으로 불쾌감으로 인한 오류를 배제하기 위해 그 다음날 문진하는 방식으로 평가했다.

증례

1. 증례 1

- 1) 성명: 유○○ (남/69세)
- 2) 주소증: (1)右半身少力 (2)語鈍 (3)右側 眼昏 (4) 기억력 장애
- 3) 발병일: 2004년 3월 12일
- 4) 과거력: 고혈압, 당뇨병, 뇌경색, 담석증
- 5) 현병력: 2004년 3월 12일 보행 중 右半身少力, 語鈍 등 증상 發하여 동서한방병원 외래 통해서 입원함.
- 6) 검사소견
(1)MRI(3.13): Acute lacunar infarction, Lt. temporal PVWM. Old lacunas, both BG, centrum semiovale. Moderate to

severe microangiopathy, both PVWM, thalami, pons. Encephalomalacia, Rt. parietal lobe.

(2)MRA(3.13.): Moderate to severe stenosis, Rt. M2 proximal, A1-A2 junction & Rt. P1. Marked decreased number & stenosis of distal branches.

(3)CBC(3.13.): 정상

(4)BC(3.13.): TP 5.8g/dl, Alb 3.6mg/dl, CPK 50u/l, HbA1c 6.7%

(5)UA(3.13.): 정상

(6)흉부방사선(3.15.): 정상

(7)심전도(3.15.): 정상

7) 일반 치료(中風)

(1)침구치료 : 中風七處穴 위주 刺鍼 마비측 曲池·外關·足三里·懸鍾·手足井穴 直接灸. 中腕·關元 왕뜸.

(2)경구투여

H-med: 加味星香正氣散(3.12~3.13), 滋陰降火湯(4.2.)

W-med: Astrix 1C, Plavix 1T, Zaniclip 1.5T, Tritace 1T, Sermion 6T#3, Nicetil 3T#3, Glucophage 500mg 2T#2

(3)기타: 재활치료 고압산소요법(1.1~1.5기압으로 20~40분씩 10회)

8) 안검결막 자락요법 시술과 경과

이 환자는 새로 中風 발병 후 오른쪽 눈이 잘 안 보이고 침침하다고 호소하였다. 2004년 3월 26일에 상안검결막에 21게이지 주사기 니들로 긁어서 피를 내는 시술을 하였다. 시술 후 눈이 따갑다고 호소하여 염증 해소 및 감염 예방 목적으로 黃連解毒湯 약침액으로 관류해 주었고, 수시로 점안하게 지시하였다. 다음날부터 문진 결과 눈이 잘 보이긴 하는데 부어서 잘 떠지지 않는다고 하였다. 통증은 없었다. 3월 28일부터는 부은 것도 가라앉았고, 전혀 침침하지 않고 깨끗하게 보인다고 하였다. 이후 4월 2일 퇴원시까지 재발하지 않았다.

이 증례에서는 眼昏의 정도를 수치로 평가하지는 않았지만 1회 시술만으로 만족스러운 결과를 얻었다. 이후의 증례에서는 황련해독탕 약침액의 작용을 배제하기 위하여 생리식염수를 사용하였다.

2. 증례 2

1) 성명: 안○○ (남/69세)

2) 주소증: (1)語鈍 (2)左側 顔面麻痺 (3)左側 眼昏 및 眼澁 (4)左側 頭鳴 (5)淺眠

3) 발병일: 2004년 5월 14일

4) 과거력: 요추 추간판탈출증, 요로결석증.

5) 현병력: 2004년 5월 14일 기상시 左側 顔面麻痺와 語鈍함을 느껴 모 한의원에서 외래치료를 받으시다가 5월 20일경 과로 후 語鈍이 더욱 악화되었고, 5월 22일 모 안과 의원에서 인공누액과 안연고 처방 받았으며, 5월 24일 동서한방병원에 입원함.

6) 검사소견

(1)MRI(5.24.): Small vessel disease at Rt. frontal WM. Incidental paranasal sinusitis.

(2)MRA(5.24.): Vascular stenosis at Rt. MCA.(M1 bifurcating portion).

(3)CBC(5.25.): RBC 4.37106/ μ l, Hb 13.2g/dl, Hct 40.0%.

(4)BC(5.25.): BUN 21.7mg/dl, TG 170mg/dl, LDH 248u/l, PP2hrs 154mg/dl.

(5)UA(5.25.): Glucose ?

(6)흉부방사선(5.25.): 정상

(7)심전도(5.24.): Sinus bradycardia.

7) 일반 치료(中風)

(1)침구치료 : 中風七處穴 地倉 頰車 등 刺鍼 曲池·足三里·百會 등 直接灸. 中腕·關元 왕뜸.

(2)경구투여

H-med : 滋陰降火湯(5.24.~5.25.), 補中益氣湯中酒

方(6.1.), 加味歸脾湯(6.8.), 六味地黃湯(6.11.), 加味歸脾湯(6.16.)

W-med : Astrix 1C, Harnal 1C

8) 안검결막 자락요법 시술과 경과

(1)시술 전

말초성 안면마비가 중풍과 병발되어 좌측 눈이 완전히 감기지 않아서 좌측 눈이 침침한 眼昏과 걸 끄러운 眼澀이 동반되었으며, 안과의원에서 처방 받은 안연고와 점안액을 사용하고 있었다. 2004년 5월 27일 시술 전 평가는 VAS5이었다. (우측은 VAS0)

(2)제1회 시술(2004.5.27. 하안검결막)

안면마비로 인해 상안검이 두터워져서 상안검 외반이 되지 않아 하안검결막만 자락시키고, 안연고와 점안액의 사용을 중지시켰다. 다음날 평가는 VAS3이었다.

(3)제2회 시술(2004.6.2. 하안검결막)

역시 상안검 외반이 되지 않아 하안검결막만 자락시켰다. 다음날 평가는 VAS2이었고 2004년 6월 19일 퇴원시까지 지속되었다.

3. 증례 3

1) 성명: 정○○ (남/64세)

2) 주소증: (1)左半身 少力 및 感覺異常 (2)眩暈 (3)左側 眼昏

3) 발병일: 2004년 5월 23일.

4) 과거력: 고혈압, B형 간염, 당뇨병, 심근경색.

5) 현병력: 급전관계로 스트레스를 받으시던 중 2004년 5월 23일 左半身少力과 眩暈 發하고 가료하시다가 2004년 5월 25일 증상 악화되어 2004년 5월 26일 동서한방병원에 입원함.

6) 검사소견

(1)MRI(5.27.): Acute lacunar infarction at Lt. lower medulla. Old lacunas at Lt. lentiform nucleus, Rt. thalamus.

(2)MRA(5.27.): Occlusion or severe stenosis at Rt.

VA. Mild to moderate stenosis at Lt vertebral, basilar artery & PCA.

(3)CBC(5/28): ESR 15mm/hr.

(4)BC(5/28): Glucose 128mg/dl, PP2hrs 172mg/dl, HBs Ag+.

(5)UA(5/28): Nitrite +, Epithelial cell many.

(6)흉부 방사선(5/28) : 정상

(7)심전도(5/27) : Atrial fibrillation. Flat T. High voltage(Lt. ventricle).

7) 일반 치료(中風)

(1)침구치료 : 中風七處穴 위주 刺鍼 마비측 曲池·外關·足三里·懸鍾·手足井穴 直接灸. 中腕·關元 왕뜸.

(2)경구투여

H-med: 加味星香正氣散(5.26~5.28.), 滋陰降火湯(6.11.), 二四湯加味(6.15.), 滋陰降火湯(6.22.), 防風通聖散(6.24.), 熱多寒少湯(6.28.)

W-med: Astrix 1C, Plavix 1T, Znidip 1.5T, Capril 1T, Dichlozid 0.5T, Digoxin 0.25mg 1T, Amaryl 2mg 1T

(3)기타 : 재활치료. 고압산소요법(1.2~1.4기압으로 30~40분씩 10회)

8) 안검결막 자락요법 시술과 경과

(1)시술 전

이 환자는 中風 발병 후 좌측 눈이 흐려졌다고 호소했으며, 2004년 6월 2일 시술전 평가상 VAS5이었다. (우측은 VAS0).

(2)제1회 시술(2004.6.2. 상안검결막)

상안검결막, 하안검 결막에 각각 1개씩 수포양으로 돌출된 것이 육안으로 확인되었다. 제거하지 않고 상안검 결막만 전체적으로 끊어 피를 내었다. 다음날 문진시 VAS2로 호전되었다. 시술 후 3일째 (2004.6.5.)부터는 VAS1으로 평가되었다.

(3)제2회 시술 (2004.6.9. 상안검결막)

시술 전에 VAS1로 평가되었으며, 역시 상안검결막에 대해 시술하였다. 시술 다음날은 약간 나은 듯 하나 큰 변화가 없어 여전히 VAS1로 표현하였다.

(4)제3회 시술 (2004.6.16. 상·하안검결막)

시술 2일전 개고기 요리를 섭취한 뒤에 눈에 열감이 있으나, 여전히 본인은 VAS1 정도라고 하였다. 상안검결막, 하안검결막의 돌출부를 절리서 터뜨리고 그 주변 위주로 긁는 방법으로 시술하였다. 시술 직후 완전히 맑아졌다고 하였다.

이후 6월 28일 퇴원시까지 눈의 열감은 약간 있지만 眼昏 자체는 사라져서 VAS0으로 평가하였다.

4. 증례 4

- 1) 성명: 정○○ (남/64)
- 2) 주소증: (1)左半身少力 (2)語鈍 (3)兩側 眼昏 (4)嚙下障礙 (5)頭痛 및 眩暈
- 3) 발병일: 2004년 6월 17일
- 4) 과거력: 당뇨병, 뇌경색, 고혈압.
- 5) 현병력 : 2004년 5월 뇌경색 발병한 뒤 완전히 회복되어서 가료하던 중, 2004년 6월 17일 음식 섭취하고 토한 후 左半身少力, 語鈍 등 증상 發하여 2004년 6월 19일 동서한방병원에 입원함.
- 6) 검사소견
 - (1)MRI(6.19.): Recent lacunar infarction at Rt. caudate nucleus. Old lacunar infarction at Rt. putamen, frontal WM, and Lt. BG. Small vessel disease at bilateral WM.
 - (2)CBC
 - RBC($10^6/\mu\text{l}$): 2.48(6.21.), 2.44(6.28.), 2.91(7.7.)
 - Hb(g/dl): 7.6(6.21.), 7.7(6.28.), 9.2(7.7.)
 - Hct(%): 23.0(6.21.), 23.3(6.28.), 27.9(7.7.)
 - ESR(mm/hr): 49(6.21.), 88(6.28.), 61(7.7.)
 - (3)BC(6.21): TP 5.2g/dl, Alb 2.9mg/dl, Glucose 127mg/dl, TG 151mg/dl, CPK 142u/l, Total bilirubin 0.17mg/dl, PP2 hours 235mg/dl.
 - (4)UA(6/21): 정상
 - (5)빈혈검사(6/22): Iron(Fe) 35, TIBC 186, Ferritin

96.80(정상)

(7)흉부방사선과(6/21): R/O Active pulmonary tb or pneumonia, RUL and LML.
(추적 검사 결과 정상)

(6)심전도(6/19): RSR' pattern. Slight ST-T abnormality.

7) 일반 치료(中風)

(1)침구치료 : 中風七處穴 위주 刺鍼 마비측 曲池·外關·足三里·懸鍾·手足井穴 直接灸. 中脘·關元 왕뜸.

(2)경구투여

H-med. : 保和湯(6.19.~6.21.), 聯珠飲(~6.29.), 益胃升陽湯(7.9.)

W-med. : Astrix 1C, Plavix 1T, Zaniclip 1.5T, Dichlozid 0.5T, Amaryl 2mg 2T#2, Glucophage 500mg 3T#3, 헤모큐액 15ml 2B#2.

(3)기타 : 재활치료

8) 안검결막 자락요법 시술과 경과

(1)시술전

이 환자는 中風 발병과 함께 양쪽 눈 모두 眼昏이 발생하였다. 입원 후 혈액검사상 심한 빈혈이 발견되어서 중풍 뿐 아니라 빈혈과 상관성도 의심이 되었다. 2004년 6월 25일 시술전 평가는 양쪽 모두 VAS7이었다.

(2)제1회 시술(2004.6.25. 좌측 상안검결막)

한쪽씩 비교하기 위하여 첫 번째 시술은 좌안의 상안검결막만 자락하였다. 다음날 좌안은 VAS4, 우안은 그대로 VAS 7이었다.

(3)제2회 시술(2004.6.28. 우측 상안검결막)

우안의 상안검결막만 자락하였다. 다음 날 양쪽 눈 모두 VAS4였다.

(4)제3회 시술(2004.6.30. 우측 상안검결막)

양쪽 모두 시술하려 하였으나 좌안의 상안검이 위반되지 않아 우안의 상안검결막에만 시술하였다. 다음날 좌안은 VAS4, 우안은 VAS3으로 평가되었다. 2004년 7월 9일 퇴원할 때까지 지속되었다.

고찰

刺絡療法은 三稜鍼, 小眉刀, 皮膚鍼 등의 기구를 이용하여 일정한 신체부위의 毛細血管이나 皮下靜脈을 刺破하여 소량의 혈액을 방출함으로써 질병을 치료하는 鍼灸療法의 일종으로 刺血, 放血療法이라고도 한다.

刺絡療法은 清熱瀉火, 活血通絡, 開竅醒神, 解毒消腫의 작용을 가지고 있어 주로 열성질환 및 어혈성 질환 등에 널리 사용되었다. 특히 風熱性 病因으로 인한 질환이 많은 眼耳鼻咽喉科 질환의 경우 문헌상 자락요법이 가장 많이 기술되었던 분야이다. 기존의 醫書에서는 正經穴과 經外奇穴에 대한 刺絡이 주로 이루고 있으나, 頭面, 舌下, 臑窩, 肘窩 등의 정맥혈관이 노출된 부분을 취하여 刺出血하는 경우도 볼 수 있다.²⁾

棘鍼療法은 안검결막에 충혈이 되어 있는 모세혈관 및 혈종을 鍼體에 있는 미세한 가시로 刺破하여 소량 또는 다량의 瘀血을 出血시켜 안구 및 결막에 생기는 熱을 발산시키고 혈류를 원활하게 하여 각종 眼疾患을 치료하고 眼機能이 失調된 것을 회복시키는 치료법이다. 이는 기존 韓醫學 醫書에서 그 근거를 찾기 힘든 치료법으로, 家傳秘技로 傳承되던 것을 金亨寬氏에 의해 전파되었고, 1979년 국내에서 개최된 國際鍼灸學術大會에서 李병국씨가 공개 발표하면서 棘鍼療法이라고 命名되었다. 이후 여러 경로로 보급되어 현재 임상가에서 각종 眼疾患의 치료 목적으로 시술되고 있다. 棘鍼이라 命名된 것은 시술에 사용되는 鍼을 미세한 가시가 수없이 들어 있는 식물의 莠莖으로 만들었기 때문이다.³⁾

棘鍼療法이 기존에 널리 시술하지 않았던 안검결막을 시술부위로 하는 점과, 결막의 특성상 드러난 작은 정맥의 刺破를 용이하게 하기 위해 삼릉침이 아닌 특수한 도구를 사용하는 점은 독창적이라 할 만하다. 그러나 《東醫寶鑑·眼門》 險生風粟에서

“눈꺼풀을 뒤집고 침으로 터뜨린다” 라고 한 것처럼 안검결막이 의서에서 전혀 시술되지 않았던 부위는 아니다.⁴⁾ 또한 정맥혈관이 노출된 부분을 취하여 刺出血하는 기존 刺絡療法의 연장선에서 볼 수 있다. 시술 도구에 있어서도 毫鍼을 여러 개 묶어서 쓰거나 주사기용 바늘을 사용하는 등 다른 도구를 사용해서도 비슷한 효과를 얻을 수 있다. 이런 점에서 시술기구의 이름에서 유래한 棘鍼療法 보다는 眼瞼結膜 刺絡療法이라는 명칭이 좀 더 정확한 것으로 사료되어 본 증례에서는 後者를 사용하였다.

眼昏에서昏은 “昏暗” 혹은 “눈이 어두워짐”, “視物이 不清한 것”, “사물을 볼 때 맑지 않고昏暗하여 不明한 것” 이라고 하여, 눈의 외견적 변화를 초래하지 않으면서 視力의 하강으로 인해서 自覺적으로 視野의 뚜렷히 밝지 않음을 뜻하는 視力低下로 정의할 수 있으며 內障疾患에서 흔히 보이는 증상이다. 증상의 발현상 西洋醫學의 眼底疾患, 視神經疾患, 視網膜疾患 등과 유사성이 있으며, 수정체의 탄력이 떨어지는 노안현상, 백내장, 안구건조증, 또는 영양 및 내분비와 관련된 전신질환 등에서도 그 증상을 볼 수 있다.¹⁰⁾

그 원인에 있어서는 《內經》에서 精, 肝, 熱, 陽氣, 血, 心理的 狀況, 陰氣, 腎, 骨髓, 五臟六腑의 精氣 등과 많은 연관성을 가지고 있음을 제시한 이후, 많은 醫書에서 그 기전을 설명하였다. 그 說들을 종합적으로 귀납하면, 眼을 자양하는 陰液 손상으로 인한 陰虛의 기전, 熱邪가 직접 眼을 손상하여 기능장애를 일으키는 火旺의 기전, 그리고 칠정울결이나 인지능력의 장애로 초래되는 失志性의 類로 나눌 수 있다.¹¹⁾

中風 환자에서 시력과 직접적인 관련이 있는 부분의 腦損傷이 없는데도 불구하고 자각적으로 眼昏을 호소하는 경우가 생기는 경우가 있다. 증풍의 원인설로는 肝陽化風의 內風說, 心火暴甚 및 肝火亢盛의 火熱說, 濕痰說, 瘀血說, 肝腎不足의 虛說 등이 있다. 그리고 여러 요인에 의해 氣血과 臟腑의 조화가 失調되면서 신체내에서 風, 火, 濕痰, 瘀血이 생기

게 되어 中風이 발병된다.⁷⁾ 이와 같이 中風의 원인을 살펴 볼 때 中風患者의 眼昏은 눈과 관련이 깊은 肝에서 발생한 風火熱과 人體失調로 인한 濕痰瘀血이 눈으로 몰리면서 발생한 것으로 사료된다.

따라서 눈 부위에 몰린 風火濕痰瘀血을 직접 제거하기 위해 눈과 직접 닿아 있는 안검결막을 刺絡하면 中風과 병발된 眼昏의 치료에 효과가 있으리라 사료되어, 네 증례에 직접 시술하여 긍정적인 성과를 얻게 되었다.

입원 증풍환자 중 증풍발병과 동시에 眼昏이 생긴 환자를 대상으로 하여 증례가 많지 않아 시술에 있어서 통일성을 기하거나 대조군 설정이나 통계를 활용할 수 없었고, 眼昏이라는 질병 특성상 객관적인 평가를 하기에 부족한 점이 있었다. 다수의 환자와 다양한 안질환에 시술하여 그 효과에 대하여 검증해서 안검결막 자락요법에 대한 객관적인 자료를 마련하는 것이 필요할 것이다. 또한 점안액 점안과 같은 다른 방법의 병용으로 염증과 감염 등 부작용을 감소시키고 효과를 높이는 것도 앞으로의 연구를 통해 보완할 점이라 사료된다.

결론

中風患者에게 併發된 眼昏 4례에 대해서 眼瞼結膜 刺絡療法을 시술한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 中風과 병발된 眼昏의 경우 안검결막을 刺絡했을 때 眼昏의 호전을 보였다.

2. 1회 시술만으로 완전히 회복하는 경우도 있지만, 그렇지 않을 경우 반복 시술하면 점차 더 호전이 되었다.
3. 眼瞼結膜 刺絡療法의 결과는 일시적이 아니라 일정 기간 이상 지속된다.
4. 상안검과 하안검 모두 시술했을 경우에 가장 좋은 결과를 얻었으며, 상안검이 외반되지 않는 경우 하안검에만 시술해도 효과를 어느 정도 얻을 수 있었다.
5. 증례 4에서와 같이 虛證性(血虛)인 경우 상대적으로 효과가 적었다.

참고문헌

1. 이강환, 노석선. 안혼·안맹의 병인에 대한 문헌적 고찰. 한의학논문집 4(1). 1995:405-430.
2. 안현석, 박영배, 강성길. 자락요법에 대한 문헌적 고찰. 대한침구학회지 10(1). 1993:103-119.
3. 이병국. 특수침요법과 고급이론. 서울:침코리아. 2003:83-103.
4. 윤동호, 이상옥, 최역. 안과학 제5판. 서울:일조각. 1995:40.
5. 허준. 동의보감국역위원회 역. 대역 동의보감. 서울:법인문화사. 1999:537.
6. 노석선. 원색안이비인후과학. 서울:일중사. 1999:49-55, 193-213.
7. 김영석. 임상중풍학. 서울:서원당. 1997:335-345.