

안면추나치료를 중심으로 한 한의복합치료로 호전된 동안신경마비: 증례보고

Oculomotor Nerve Palsy Treated with Facial Chuna Manual Therapy-Centered Integrative Korean Medicine: A Case Report

Received: 24 November, 2025. Accepted: 13 December, 2025

남궁민¹, 이윤규¹, 우상하¹, 이정희¹,
김재수¹, 이현종^{1*}

¹대구한의대학교 한의과대학 침구의학교실

Min NamKung, K.M.D.¹, Yun Kyu Lee, K.M.D., Ph.D.¹, Sang Ha Woo, K.M.D., Ph.D.¹, Jung Hee Lee, K.M.D., Ph.D.¹, Jae Soo Kim, K.M.D., Ph.D.¹, Hyun Jong Lee, K.M.D., Ph.D.^{1*}

¹Department of Acupuncture and Moxibustion, College of Korean Medicine, Daegu Haany University

Objectives The purpose of this case study is to report the effects of integrative Korean medicine centered on Facial Chuna Manual Therapy in a patient with oculomotor nerve palsy.

Methods A patient with oculomotor nerve palsy was treated with Facial Chuna Manual Therapy-centered integrative Korean medicine. The patient presented with ptosis, diplopia, and dizziness. To evaluate the severity and improvement of oculomotor nerve palsy, ptosis grade, levator function, the Standard Duction Grading System, diplopia on-set distance and the dizziness were assessed.

Results After seven weeks of treatment, ptosis improved from severe to mild, levator function improved from poor to good-excellent, extraocular movement improved from -3 to 0, and symptoms of diplopia and dizziness were also alleviated.

Conclusions This case study suggests that integrative Korean medicine centered on Facial Chuna Manual Therapy could improve symptoms associated with oculomotor nerve palsy.

Key words Oculomotor nerve palsy, Acupuncture, Facial chuna manual therapy, Case report

1. 서론

동안신경(제3뇌신경)은 안구 운동, 안검거상, 동공 수축의 역할을 한다. 동안신경이 마비될 시 안검하수, 복시, 동공산대 등의 증상이 발생하며, 이로 인해 현훈 등의 증상이 동반될 수 있다¹⁾. 한의학에서는 동안신경마비에 서 나타나는 임상상을 眼瞼下垂(上胞下垂·臉皮垂覆), 眼廢·睚目, 안구운동장애에 해당하는 瞳神反背·神珠將反·轉轉轉關(風牽偏視), 복시에 해당하는 視物爲二 등으로 기술해 왔다. 이러한 병기는 風邪 內侵과 脾虛·肝腎虛에 따른 기혈운행 장애, 痰濕阻絡 등이 복합 작용하여 경락과 연부조직의 소통이 저해된 결과로 설명된다²⁾. 동안신경마비의 평균적인 자연 회복기간은 4.1±4.5개월, 회복률은 약 60-70%로 보고되며, 발병으로부터 1년 이후에도 회복은 될 수는 있지만, 회복이 지연 될 경우 불완전

회복의 가능성을 고려해야한다^{3,4)}. 이러한 점은 임상적으로 회복 기간 단축하고 기능 회복률을 높일 수 있는 치료에 대한 탐색이 요구된다. Facial Chuna Manual Therapy (이하 FCMT)는 한의학적 경락과 해부학적 지식을 바탕으로 7번 뇌신경인 안면신경의 마비 개선을 위해 고안된 한의사가 시행하는 수기치료이며, 안면신경마비와 그 후유증에 대해 안면 근력 회복, 후유증 정도를 개선 시킨 사례가 있다^{5,6)}. 국내 한의학 영역에서는 동안신경마비에 대한 한의학 증례 중 침과 뜸, 한약을 병행한 치험례³⁾, 매선 요법을 병용한 치험례⁷⁾, 자하거약침을 병용한 치험례⁸⁾ 등이 있었으나, FCMT를 동안신경마비에 적용해 치료에 대한 연구는 없었다. 본 증례는 안면신경과 동안신경이 모두 말초신경으로서 얼굴 근육 기능을 매개한다는 공통점에 착안하여, 안면신경마비 개선을 위해 고안된 FCMT를 기존 한방치료와 병용해 동안신경마비에 적용해 본 결

*Corresponding to Hyun Jong Lee, Department of Acupuncture and Moxibustion, College of Korean Medicine, Daegu Haany University, 430, Hyeoksin-daero, Dong-gu, Daegu, Republic of Korea

TEL. +82-53-770-2115, FAX. +82-53-770-2055, E-mail. whiteyou@hanmail.net

Copyright © 2025. KSCMM All Rights Reserved.

과, 임상 지표(ptosis grade, levator function, EOM 등)의 개선이 확인되었기에 이 증례를 보고하고자 한다.

2. 증례

1) 연구 대상

본 연구는 동안신경마비로 대구한의대 한방병원 침구 의학과에서 외래 및 입원해 한방복합치료를 시행한 1례를 대상으로 후향적으로 연구하였다.

본 연구는 대구한의대한방병원 임상시험심사위원회 (Institutional Review Board)의 심의 면제 승인을 받았다. (승인번호 : DHUMC-D-25008-ETC-01)

(1) 성별 / 연령

여성 / 만 72세

(2) 과거력

- ① Hypertension : 2009년경 대성hosp. dx. → 약 복용 중
- ② Diabetes mellitus : 2009년경 대성hosp. dx. → 약 복용 중
- ③ stroke : 2014년경 전남대hosp. dx. → 약 복용 중
- ④ Implantable Collamer Lens : 2021년경 공주신세계 OPH. dx. op. → 호전
- ⑤ appendicitis : 2004년경 대성hosp.dx. op. → 호전

(3) 주소증

좌측 안검하수, 복시, 개안 불가에 따른 시야 장애, 현훈을 호소하였다.

(4) 발병일

2024년 9월 8일

(5) 현병력

- 상기환자 2024년 9월 8일경 일상생활 중 갑작스러

운 좌측 상안검하수로 인한 개안 불가, 복시, 시야장애, 현훈 발생하여 9월 9일 전남대병원에 내원 후 Brain MRI에서 급성 병변은 확인되지 않았으나 동안신경마비로 진단받았다.

- 2024년 9월 9일에 전남대병원에 입원하여 9월 19일까지 스테로이드와 물리치료를 포함한 보존적 치료 후 상기 증상 약간 호전되어 퇴원하였다.
- 2024년 9월 19일부터 전라남도 소재 재활병원에 입원하여 9월 29일까지 물리치료를 포함한 보존적 치료를 받았으나, 호전이 미미하여 퇴원하였다.
- 2024년 9월 30일경 대구한의대 한방병원 침구학과 외래에 내원하여 10월 7일까지 6회의 한방복합 치료를 받았다.
- 집중적인 치료를 받기 위해 2024년 10월 8일 대구한의대 한방병원 침구학과로 입원해 11월 21일까지 매일 한방복합치료를 시행하였다.

(6) 진단검사 및 임상검사 상 특징 및 소견

입원 시 시행한 vital sign, chest PA, EKG에서 특이 소견이 없었다. 임상검사(혈액 및 소변검사)는 complete blood count, biochemistry, electrolyte, serology, urinalysis의 항목을 시행했으며 hemoglobin, hematocrit, neutrophil, Lymphocyte, total protein, creatinine, glucose에서 정상 참고 범위를 벗어났으나, 환자의 나이, 과거력, 체성분, 영양 상태를 고려해보면 임상적으로 유의성은 없었다.

2) 치료적 중재

환자에게 2024년 9월 30일부터 10월 7일까지 총 6회의 외래 치료를 시행 후, 2024년 10월 8일부터 11월 21일까지 입원 치료를 시행했다. 퇴원 후 2024년 11월 30일 외래 방문하여 경과 관찰을 시행하였다. 침 치료는 외래 방문 시마다 1회, FCMT는 1회 시행하였다. 입원 기간 중 침치료는 1일 2회, FCMT는 1일 1회, 한약은 1일 3회 복용하였다. 퇴원 후 경과 관찰 위해 방문했을 때는 침치료 1회 시행하였고, 한약치료와 FCMT는 시행하지 않았다.

(1) Facial Chuna Manual Therapy(FCMT)

FCMT는 환자는 좌위를 유지한 상태에서 FCMT 시술 경험 1년 이상인 한의사가 주 5-6회, 1일 1회, 1회 시술 당 약 8분가량 시술하였다(2024.09.30.-2024.11.21.). 환자에게 개안을 유도한 상태에서 안검거근 근육 수축 방향으로 assist⁹⁾ 기법을 적용하고, 근력 향상으로 어느 정도 개안 유지가 되는 것이 확인될 경우 resist⁹⁾ 기법 적용 및 안륜근에도 assist & resist 기법을 병행하였다. 전두근, 안검 주위 연부조직의 과긴장 완화 및 혈류 개선을 하기 위해 환자가 눈을 감은 상태에서 근육 결 방향 및 근육 결에 수직인 방향으로 facial massage⁹⁾를 시행하였다. 시술 중 환자의 안구를 압박하지는 않는지 환자의 반응을 확인하면서 시술을 진행하였다. Assist 기법은 근육의 origin 부위에서 근육이 움직이는 insertion 방향으로 수동적 자극을 주어 근육의 움직임을 돕는 방법이다⁹⁾, resist 기법은 근육의 insertion 부위에서 근육의 움직임 반대 방향인 origin 방향으로 수동적 자극을 주어 근육의 움직임을 저항해 근력을 키우는 방법이다⁹⁾. 다만, 안검거근의 origin은 접형골 소의의 하부 표면이라 origin 부위에서 FCMT를 시행할 수 없었기 때문에, 안검거근의 insertion 부위에 가까운 상안검판에서 시행하였다. Facial massage는 전두근부분은 이마 부분의 얼굴 중심에서 귀 윗부분까지 피부를 부드럽게 밀어주고, 상안검부분은 안와상연 눈썹아래부분으로 뼈를 타고 귀 위쪽으로 해서 등골까지 부드럽게 밀어준다⁹⁾.

(2) 침치료

침치료는 침구의학과 전문의로서 임상 경험 7년 이상의 침치료 경험이 있는 한의사와 침구의학과 전공의로서 임상 경험 1년 이상인 한의사가 함께 치료를 진행하였다. 일회용 멸균 스테인리스 호침(0.16x30mm, Dongban Medical, Seongnam, Korea)을 사용하여 외래에서는 매일 1회, 입원치료 기간에서는 매일 1-2회(오전, 오후 각각 1회, 환자 요청시 오전 1회만 시행), 주 5~6일간 시술하였다. 환측의 승읍(承泣, ST1), 사백(四白, ST2), 찬죽(攢竹, BL2), 사죽공(絲竹空, TE23), 동자료(瞳子膠, GB1), 양백(陽白, GB14), 정명(睛明, BL1), 예풍(翳風, TE17),

태양(太陽, EX-HN5) 대측의 합곡(合谷, LI4)을 포함한 혈위에 5-15mm 깊이로 자침 후 15분간 유침 하였다. 또한 마비된 근육을 자극해 활동을 회복시키기 위해 전침기(HA-306; Haniltm Co., Wonju, Korea)를 사용하여 3 Hz의 저빈도 전침을 환측의 찬죽(攢竹, BL2), 사죽공(絲竹空, TE23)을 한쌍으로 연결하여 전기 자극을 가했으며, 전침의 강도는 환자가 자극을 느끼되 근육 수축이 미세하게 일어날 정도의 강도로 시술하였다.

(3) 뜸

전자 뜸을 이용한 간접구(Technoscience, Seoul, Korea)를 동자료(瞳子膠, GB1)에 시술하였다. 뜸치료는 자침과 동시에 15분간 시행하였다.

(4) 한약

한약 치료는 입원 치료 기간에만 시행했다. 먼저 2024년 10월 8일부터 10월 11일까지 당노, 고혈압으로 저하된 비위 운화를 조리하여 두면부 경락 소통을 꾀하기 위해 태음조위탕(Taеumjowi-tang, Taiyin-tiaowei-tang)을 사용하였다. 태음조위탕(Taеumjowi-tang, Taiyin-tiaowei-tang)은 처방 첩당 의이인 건울 각 9g 갈근 8g 포공영 나복자 각 6g 백강잠 4g 맥문동 석창포 오미자 길경 마황 각 3g으로 구성되었다. 그 후 10월 12일부터 퇴원 전까지 상부에 정체된 수습을 제거해 현훈, 시야장애를 경감시키기 위해 위령탕(Wilyeong-tang, Weiling-tang)을 사용하였다. 위령탕(Wilyeong-tang, Weiling-tang)은 처방 첩당 황기 6g 백출 복령 작약 저령 진피 창출 택사 후박 의이인 각 4g 생강 3g 대추 육계 백개자 인삼 감초 각 2g으로 구성되었다. 한약은 매일 2첩 분량을 3팩으로 나누어 식후 1팩씩 복용하였다.

3) 평가방법

객관적인 지표로 평가하기 위해 입원일을 포함해 3주마다 촬영한 사진을 바탕으로 ptosis grade, levator function, Extraocular movement(이하 EOM)을 평가하였고, 복시 발생 거리, 현훈 강도는 외래 방문 시, 입원 중에는

매일 아침 문진을 통해 측정하였다.

(1) ptosis grade

정면을 주시한 상태로 정좌위를 유지하게 한 다음 상안검 중앙부터 하안검 중앙까지의 거리인 안검열너비 (Palpebral fissure width, 이하 PFW)¹⁰⁾, 각막대광반사점부터 상안검연 중앙까지의 거리인 Marginal reflex distance 1(이하 MRD1)¹⁰⁾, 각막대광반사점부터 하안검연 중앙까지의 거리인 Marginal reflex distance 2 (이하 MRD2)¹⁰⁾를 측정하여 정상 측과 비교해 안검하수 정도(ptosis grade)¹⁰⁾를 mild, moderate, severe로 나누어 평가하였다(Table I).

(2) Levator function

정면을 주시한 상태로 정좌위를 유지하게 한 다음 환쪽 눈썹을 검사자가 엄지손가락으로 눌러 전두근의 보상 수축을 차단한 후 환자에게 최대 하방 주시 후 최대 상방주시를 시킨 후 상안검연의 상승거리를 측정하여 정상 측과 비교해 excellent, good, fair, poor의 네 등급¹¹⁾으로 나누어 평가하였다(Table II).

(3) Extraocular movement(EOM)

정면을 주시한 상태로 정좌위를 유지하게 한 다음 환자에게 안구 상전, 하전, 내전, 외전을 시켜 안구의 움직임 정도를 정상=0, 저운동= -1~-4, 과운동=+1~+4의 Standard Duction Grading Scale¹²⁾(이하 SDGS)로 나누어 평가하였다(Table III).

(4) 복시 발생 거리(cm)(Diplopia onset distance)

복시는 환자가 전방을 주시할 경우 발생하기 시작하는 직선 거리를 수평자를 통하여 측정하였다. 평가는 매일 측정했으며, 임상적으로 소실되었다고 볼 수 있는 경우부터는 측정을 중단하였다.

(5) 현훈(Dizziness)

현훈은 자각적인 불편정도를 Numeric rating scale (NRS)를 통해 평가하였다. 현훈으로 인한 불편함이 없을 경우의 NRS를 0, 상상할 수 있는 최대의 불편함을 10으로 정하여 평가하였다. 평가는 매일 진행했으며, NRS가 감소한 경우만 기술하였다.

4) 치료경과

(1) 좌측 동안신경마비

입원당일(2024.10.08.)의 ptosis grade: severe, Levator function: poor, EOM 상전 -3, 내전 -3, 하전 -2에 해당하

Table I. Ptosis Grade

mild	2 mm(or less) of drooping from its normal level at MRD1
moderate	3 mm of drooping
severe	4 mm(or more) drooping

MRD: Marginal reflex distance.

Table II. Levator Function (Eyelid Excursion)

excellent	13 mm or more
good	between 8 mm to 11 mm
fair	between 5 mm to 7 mm
poor	4 mm or less

Table III. Standard Duction Grading Scale

Grade	Notation	Clinical meaning (summary)	Example description
+4	Marked overaction	Severe overaction in the tested direction	Clear overshoot vs. fellow eye; pronounced over-elevation/adduction
+3	Moderate overaction	Definite overaction	Consistent overshoot beyond expected endpoint
+2	Mild-moderate overaction	Obvious overaction	Reproducible excess movement
+1	Mild overaction	Slight but consistent overaction	Subtle excess vs. fellow eye
0	Normal	Full, normal range	No over/underaction
-1	Mild limitation	Slight underaction	Nearly reaches target, slightly short
-2	Mild-moderate limitation	Clear underaction	Noticeably short of target
-3	Moderate limitation	Marked underaction	Cannot adequately reach midline/primary in that gaze
-4	Severe limitation	Severe underaction	Unable to cross midline toward the tested direction

였다(Fig. 1). 입원4주차(2024.10.28.)의 ptosis grade: severe-moderate, Levator function: fair-good, EOM 상전 -2, 내전 -2, 하전 -1로 호전되었으며(Fig. 2), 입원7주차(2024.11.18.)의 ptosis grade: mild, Levator function: good-excellent, EOM 상전 -1, 내전 -1, 하전 0로 더욱 호전되었다(Fig. 3, Table IV).

(2) 복시 발생 거리

복시 발생 거리는 2024년 9월 30일 16 cm에서 10월 1일 9 cm, 10월 4일 5cm로 단계적으로 호전되었으며, 10월 4일부터는 임상적으로 소실되었다(Table V).

(3) 현훈

현훈은 2024년 9월 30일 NRS 4에서 10월 1일 NRS



Fig. 1. Ocular motility on admission day(2024.10.08.). A : Front gaze, B: Upward gaze, C: Downward gaze, D: Right lateral gaze, E: Left lateral gaze.



Fig. 2. Ocular motility on the fourth week of admission(2024.10.28.). A : Front gaze, B: Upward gaze, C: Downward gaze, D: Right lateral gaze, E: Left lateral gaze.



Fig. 3. Ocular motility on the seventh week of admission(2024.11.18.). A : Front gaze, B: Upward gaze, C: Downward gaze, D: Right lateral gaze, E: Left lateral gaze.

Table IV. Clinical Course of Ptosis, Levator Function, Extraocular Movement

	admission day (2024.10.08.)	4th week of admission (2024.10.28.)	7th week of admission (2024.11.18.)	intact side
PFW(mm)	0-1	2-3	6-7	9-10
MRD1(mm)	0	1	3.5-4	4-5
MRD2(mm)	5	5	5	5
ptosis grade	severe	severe-moderate	mild	N/A
Levator function(mm)	poor(3)	fair-good(7-8)	good-excellent(12-13)	14
EOM	upgaze -3 downgaze -2 nasalgaze -3	upgaze -2 downgaze -1 nasalgaze -2	upgaze -1 downgaze 0 nasalgaze -1	upgaze 0 downgaze 0 nasalgaze 0

PFW: palpebral fissure width MRD1: Marginal reflex distance 1 MRD2: Marginal reflex distance 2 N/A: Not applicable.

Table V. Clinical Course of Diplopia Onset Distance

	2024.09.30.	2024.10.01	2024.10.04. ~
Diplopia onset distance(cm)	16	9	5 (clinically resolved)

Table VI. Clinical Course of Dizziness

	2024.09.30.	2024.10.01.	2024.10.10.	2024.10.21.	2024.10.25. ~
Dizziness NRS	4	3	2	1	0

NRS: Numeric rating scale.

3, 10월 10일 NRS 2, 10월 21일 NRS 1, 10월 25일 NRS 0으로 단계적으로 호전되었다(Table VI).

3. 고찰

동안신경마비의 원인은 미세혈관허혈, 외상, 종양성 압박, 수술 후, 동맥류 압박 등이 대표적이며, 대규모 인 구기반 연구에서 미세혈관허혈성이 약 42%로 가장 흔 하게 보고된다¹³⁾. 감별진단·안전성 측면에서, 급성 동 안신경마비에서 동측 동공산대가 동반되면 후교통동맥 (PCoA) 동맥류를 우선 배제해야 하며 응급 영상이 권고 된다. 또한 초기 동공이 보존된다 해도 통증 악화, 동공 반응 변화, 새로운 신경학적 결손이 나타나면 즉시 추가 재검사가 필요하다¹⁴⁾. 본 증례의 임상상(동공 소견, 경과, 위험인자 고려)은 미세혈관허혈성 동안신경마비와 부합 하며, 이에 따라 보존적인 치료를 우선 적용하는 것이 합 리적이다¹³⁾. 일반적으로 미세혈관허혈성 동안신경마비 의 경우는 관찰과 혈압, 혈당, 지질 등 위험인자 교정이 표준이며 6개월 후에도 안구 편위 등 잔여 증상이 남아 있으면, 보톡스나 수술을 고려한다. 그러나 동안신경마 비는 안검하수 등 삶의 질에 영향을 직접적으로 끼치는 질환인 것을 고려하면 적절한 의학적 중재가 필요하다.

본 증례는 좌측 동안신경마비로 인한 중등도 이상의 안검하수, EOM의 상,내,하전의 현저한 제한, 복시 및 현 혼 증상을 보인 환자에게 총 6번의 외래 치료와 약 7주간 의 입원치료를 시행하였다. 침치료와 FCMT를 병행한 결 과, 입원 7주 경과 시점에 PFW, MRD1.2 기반의 ptosis grade는 severe → mild로 levator function은 poor → good-excellent로, SDGS로 평가한 EOM은 내전 -3 → -1, 상방향 -3 → -1, 하방향 -2 → 0으로, 복시 발생 거리 16cm → 5cm로, 현혼 NRS 4에서 0으로 변화되었다. 국 내 한의학 증례를 다른 치료법들을 살펴보면 침과 뜸을 이용한 한의복합치료 증례³⁾에서 99일, 침과 한약 매선을 병용 한의복합치료⁷⁾에서는 54일, 자하거 약침을 필두로 한 한의복합치료 3례⁸⁾에서 39일의 치료 후 개선이 보고 되었다. FCMT를 이용할 경우 상기 증례군에서 보고된

개선 범위 안에 있으면서도 중등도 이상 초기 장애에도 불구하고 다지표(안검하수, EOM, 복시, 현혼 등)가 일괄 적으로 개선되었다는 점에서 침치료와 FCMT 병합치료 의 임상적용 가능성을 뒷받침한다.

침·전침 자극은 신경성장인자, 신경영양인자, neurotrophin-3(이하 NT-3) 등의 발현을 증가시켜 축삭 재생과 가소성을 촉진하고, 손상 후 변성 진행을 억제하는 기전 이 동물·기초연구에서 반복 보고되어 왔다. 대표적으 로 전침은 손상 주변 영역에서 상기 인자 재생 증가와 함께 기능 회복 지표 향상이 동반되었다^{15,16)}. 또한 동안 신경마비/안구운동장애 관련 문헌에서는 안구부·두면 부 국소 혈자리를 높은 빈도로 병용해 안구 주변 근군과 시각 경로의 반응성을 유도하는 접근이 보고되었다. 본 증례에서도 신경 재생 촉진과 외안근 활성화를 목표로 두면부·안구부 혈자리를 우선 취혈하였으며, 이는 기 존 보고의 전략과 일치한다¹⁷⁾.

FCMT는 안면·측두하악관절(TMJ)·경부 연부조직 에 대한 연속적 수기 자극을 통해 근막 장력과 관절가동 성을 조절하고, 고유수용성 입력을 증가시켜 안면·안 구 주변 근군의 협응을 재교육한다는 기전이 제시되어 왔다¹⁸⁾. 임상 보고에서는 벨마비 및 안면신경마비 후유 증 환자에서 FCMT를 침치료와 병합했을 때 비대칭 개 선, 표정근 기능 회복, 환자보고결과의 향상 등이 관찰되 었고, 중대한 이상반응은 드물게 보고되었다⁶⁾. 이러한 효 과는 연부조직 유착과 부종 완화 및 미세순환 개선, TMJ-경부 사슬의 정렬 회복을 통한 근활성 패턴 정상화, 축 각·압각·신장수용기의 고유수용감각 강화에 따른 신 경가소성 촉진으로 설명된다¹⁸⁾. 본 증례에서도 두면부·안구부 중심의 수기 자극을 병행하여 외안근 협응과 상 안검거근의 기능적 활성화를 도모하였다⁷⁾. 안면신경마 비에서 FCMT가 유효성을 보인 점, 동안신경은 안면신 경과 마찬가지로 말초신경으로서 얼굴 근육 기능을 매개 한다는 공통점을 고려 할 경우 동안신경마비에도 FCMT 를 적용 가능할 것이라 사료된다.

하지만, 본 증례에서도 여러 가지 제한 사항이 있다. 위험인자 교정 및 자연회복 평균 기간이 약 4.7개월인 것을 고려하면 비교적 빠르다고 할 수 있으나, 단일 증례 보고이며 FCMT, 침치료, 뜸, 한약 등의 치료가 병합되

어 적용되었기 때문에 각각 단일 증재의 효과 파악은 힘들다. 추후 연구에선 FCMT의 단독치료를 통한 FCMT의 효과를 밝혀낼 수 있기를 바란다. 또한, 동안신경마비의 상태를 보다 객관적으로 파악하기 위해서는 평가도구의 타당성과 정밀도가 중요하다. 본 증례에서 사용한 MRD1/2, levator function, Standard Duction Grading Scale은 안검하수·안구운동장애 변화에 민감한 표준 지표이며 임상 현장에서 반복 적용이 용이하다. 여기에 Hess chart와 prism cover test 등 추가적인 평가도구를 병행하면 불일치사시의 편위량을 정량화하고, 경과 비교의 신뢰성을 높일 수 있다. 특히 prism cover test는 검사자 간 변동폭에 근거한 95% 일치가 보고되어 실제 변화값을 제시하는 데 유용하다¹⁹⁾. Ocular Motor Nerve Palsy Scale(이하, OMNPS)은 복시, 안구운동 범위, 안검열, 동공 크기 및 광반사를 통합 점수화하여 증증도를 다면적으로 제시하는데 이러한 복합지표의 도입도 고려할 만하다. 그러나, 직역에 따른 검사 및 의료기기 사용의 제한으로 위의 평가 도구들을 추가로 사용할 수 없었다. 향후 유사 사례에서는 이러한 지표 사용의 한계를 보완하고, 시간에 따른 총점 변화를 통해 다면적 회복을 제시할 수 있기를 바란다²⁰⁾.

4. 결론

본 증례에서 FCMT와 침치료를 포함한 한방복합치료를 시행했으며, 그 결과 ptosis grade, levator function, EOM, 복시 시작 거리, 현훈 등이 임상적으로 유의하게 호전되었음을 확인하였다.

References

1. Miller NR. Third nerve palsy (oculomotor nerve palsy). Medscape [Internet]. 2022 Jan 6 [cited 2025 Oct 30]. Available from: URL:https://emedicine.medscape.com/article/1198462-overview
2. Noh SS. Wonsaek anibiinhugwahak. Seoul:Iljoongsa. 1999:186-7, 286-7.
3. Kim SH, Lee JH, Kyung DH, Hong SH. A case report of oculomotor nerve palsy treated with acupuncture and moxibustion. J Korean Med Ophthalmol Otolaryngol Dermatol. 2022;35(2):61-71.
https://doi.org/10.6114/jkood.2022.35.2.061
4. Hamer J. Prognosis of oculomotor palsy in patients with aneurysms of the posterior communicating artery. Acta Neurochir (Wien). 1982;66(3-4):173-85.
https://doi.org/10.1007/BF02074504
5. Choi GY, Park YK, Woo SH, Lee JH, Lee YK, Lee HJ, Kim JS. Facial Chuna manual therapy and acupuncture treatment for the sequelae of peripheral facial nerve palsy: Two clinical cases. J Acupunct Res. 2022;39(1):70-5.
https://doi.org/10.13045/jar.2021.00269
6. Son JM, Youn HS, Lee EC, Park CH, Kwon SW, Lee JY, Han DY, Seo H. Five clinical cases of facial Chuna manual therapy with Korean medicine treatment for acute Bell's palsy. J Acupunct Res. 2023;40(2):67-77.
https://doi.org/10.13045/jar.2022.00276
7. Song JH, Choi JH, Kim JH, Lee SH, Jung MY, Park SY. A case of idiopathic oculomotor nerve palsy improved by Korean medicine including needle-embedding therapy. J Korean Med Ophthalmol Otolaryngol Dermatol. 2020;33(3):125-37.
https://doi.org/10.6114/jkood.2020.33.3.125
8. Jung KH, Hwang HS, Jeon JC, Park JY, Lee CK, Lee EY, Kim MS, Roh JD. Case report of three cases of idiopathic oculomotor nerve palsy treated with Hominis placenta pharmacopuncture. J Pharmacopuncture. 2009;12(1):91-7.
https://doi.org/10.3831/KPI.2009.12.1.091
9. Kim JS. Kim's faical chuna manual therapy. Daegu: Wiz communications (Korea); 2022.
10. Klejch W. A primer on ptosis. Iowa City (IA):University of Iowa, EyeRounds [Internet] 2023 [cited 2025 Oct 30]. Available from: URL:https://webeye.ophth.uiowa.edu/eyeforum/tutorials/ptosis/index.htm
11. Cahill KV. Ptosis: Diagnostic tips and surgical options. Review of Ophthalmology [Internet] 2016 Feb 5 [cited 2025 Oct 30]. Available from: URL:https://www.reviewofophthalmology.com/article/ptosis-diagnostic-tips-and-surgical-options
12. Vivian AJ, Morris RJ. Diagrammatic representation of strabismus. Eye (Lond). 1993;7(Pt 4):565-71.
https://doi.org/10.1038/eye.1993.123
13. Fang C, Leavitt JA, Hodge DO, Holmes JM, Mohny BG, Chen JJ. Incidence and etiologies of acquired third nerve palsy using a population-based method. JAMA Ophthalmol. 2017;135(1):23-8.
https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2016.4456
14. Kim J, Choi S. Third cranial nerve palsy and posterior communicating artery aneurysm. Clin Exp Emerg Med. 2014;1(1):65-8.
https://doi.org/10.15441/ceem.14.002

15. Chen J, Qi JG, Zhang W, Zhou X, Meng QS, Zhang WM, Wang XY, Wang TH. Electro-acupuncture induced NGF, BDNF and NT-3 expression in spared L6 dorsal root ganglion in cats subjected to removal of adjacent ganglia. *Neurosci Res.* 2007;59(4):399-405.
<https://doi.org/10.1016/j.neures.2007.08.006>
16. Li L, Li G, Dong Y, Ye Y. Electroacupuncture accelerates peripheral nerve regeneration via enhancement of BDNF, NGF and GAP-43 in rats. *Int J Clin Exp Med.* 2019; 12(5):4904-11.
17. Xu G, He K, Ye X, Ning S, Zhang Q. Acupuncture therapy for isolated ischemic oculomotor nerve palsy: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2024;103(16):e37850.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037850>
18. Ha S, Kim BJ, Kim M. The effectiveness of Korean medicine treatment including facial Chuna manual therapy for the sequelae of Bell's palsy: Four case series. *J Korean Med Rehabil.* 2023;33(2):87-94.
<https://doi.org/10.18325/jkmr.2023.33.2.87>
19. Holmes JM, Leske DA, Hohberger GG. Defining real change in prism-cover test measurements. *Am J Ophthalmol.* 2008;145(2):381-5.
<https://doi.org/10.1016/j.ajo.2007.09.012>
20. Zhou LY, Su C, Liu TJ, Li XM. Validity and reliability of the ocular motor nerve palsy scale. *Neural Regen Res.* 2018;13(10):1851-6.
<https://doi.org/10.4103/1673-5374.238716>

ORCID

남궁민	https://orcid.org/0009-0004-9409-1288
이윤규	https://orcid.org/0000-0001-8806-9501
우상하	https://orcid.org/0000-0002-0446-5644
이정희	https://orcid.org/0000-0002-2771-659X
김재수	https://orcid.org/0000-0003-4101-8058
이현종	https://orcid.org/0000-0003-0779-8433