동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 20. No. 3, 2009

밀러피셔증후군의 불면증 환자 치험 1례

차혜진, 이지원, 서영민, 서덕원, 박세진
동서한방병원 한방신경정신과

A Case Report of Miller Fisher Syndrome

Hye-Jin Cha, Ji-Won Lee, Young-Min Seo, Deok-Won Seo, Se-Jin Park
Department of Neuropsychiatry, Dong-Seo Oriental Medical Hospital

Abstract

Objectives :
This study is designed investigate the effect of oriental medial therapy on a 63 year old female patient had Miller Fisher Syndrome with sleeplessness.

Methods :
We experienced a case of Miller Fisher Syndrome and treated with herbal medicine, eletro-acupuncture. The effects of treatment were measured by sleeping hour, taken measurements with a ruler(eyeball movement).

Results :
Whole condition (ophthalmoplegia, ataxia and so on) was improved and Oriental treatment had a good effect on sleeping hour.

Conclusions :
Oriental medical treatments were very effective for the patient had Miller Fisher Syndrome with sleeplessness.

Key Words :
Miller Fisher Syndrome, Ophthalmoplegia, Electro-acupuncture

투고일 : 8/8 수정일 : 9/3 채택일 : 9/4
교신저자 : 차혜진, 서울시 서대문구 연희3동 194-37 동서한방병원 한방신경정신과
Tel : 02-320-7807, Fax : 02-320-7990, E-mail : chahaloo@hanmail.net

Ⅰ. 서 론

Miller Fisher 증후군이란 외안근마비, 운동실조, 심부건반사소실의 3대 증상을 특징으로 하는 임상증후군으로, 한의학에서는 이 3대 증상에 근거하여 痿證의 범주에 포함시키는데 위증이란 근육이 무력하고 이완된 것으로 심하면 근육이 위축하여 운동장애를 일으키는 질환을 통칭한다[1].

서양의학에서 본 질환에 대한 치료방법은 아직 밝혀지지 않았으나 부신피질 호르몬제, 면역 글로블린을 사용하고, 혈장교환환술을 하기도 한다. 또한 증상 수일전의 바이러스성 감염여부, 거의 완전 외안근마비, 운동실조, 심부 건반사 소실, 뇌척수액 단백증가, 전기 생리학적 이상소견, CT나 MRI검사의 정상소견 등을 종합하면 대부분 진단을 내릴 수 있는 증후군으로 회복에 있어서 3대 주증상 중 운동실조나 무반사증보다는 외안근마비가 가장 회복이 느리고, 그중에서도 수직근보다는 수평근의 장애가 더욱 지속적이며 내직근보다는 외직근의 회복이 느리다는 보고가 있다. 그리고 1개월 이상의 추적관찰상 3대 주증상 중 오래 지속되는 이상소견은 외안근 마비가 많았는데, 특히 외전장애의 회복이 가장 느렸고 안근마비 회복양상에 대한 회복기간은 1주에서 20주까지 광범위하다고 한다[2].

Miller Fisher 증후군의 안근마비 등의 증상호전을 위한 한의학적 치료 방법에는 한약, 침구요법 등이 있는데 이 중 전침 요법은 통증질환이나 마비질환에 다양하게 사용되고 있으며[3], 동양의학의 침치료와 현대과학기술의 결합에 의하여 발전된 침구치료방법 중 하나로 최근에 임상에서 다양하게 응용되고 있다. 자극요건에 따라 치료효과의 차이가 있다는 것으로 알려져 있고[3], 많은 연구자들이 전침을 통해 근육의 경직을 감소시키고 활동적인 움직임을 가능케 하며, 순환을 개선시키고, 치료를 촉진한다고 지적하였고, 전침자극은 자극빈도가 서로 다르면 다른 전달물질들이 유리된다고 하였다[15].

이에 저자는 타병원에서 Miller Fisher 증후군으로 진단받은 후 동반된 불면증상을 주소증으로 한방치료를 위해 본원 신경정신과로 입원한 환자에게 한약 투여 및 전침치료를 통해 비교적 양호한 효과를 보았기에 본 증례를 발표하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

1. 성명

이○○ 여/63세

2. 현병력

200○년 ○월경 오전 갑자기 복시, 현훈 등의 증상을 느껴 타대학병원에서 Brain-CT, MRI, 요추천자, 혈액검사 등 별무소견 보였고, 외안근마비, 심부건 반사 소실, 운동실조 등의 증상으로 Miller Fisher 증후군으로 진단, 입원치료 받았다. 입원기간동안 근이완제, 비타민제제 등의 양약처치 받았고, 처음에 보였던 연하곤란증상으로 비위관 삽관술 받았었으나 상태가 호전되어 제거한 후 경구로 음식물을 넘길 수 있는 상태를 보였다. 외안근마비, 복시 등의 증상은 호전이 없었다.

3. 주소증

불면 - 평소 저녁 11시부터 새벽 6시경까

지 6-7시간을 자는 편으로 깊은 잠은 못 잤지만 불편함은 없었던 상태였다. Miller Fisher 증후군 발병이후 공동입원실에서 적응하지 못하여 생긴 불면증상이 심화되었으나 수면제, 주사제제로 호전보이지 않아 입면장애, 빈각증상으로 하루에 1시간정도 수면상태 지속되어 한방치료 원하시어 외래 통해 본원신경정신과로 입원하였다.

4. 부수 증상

1) 복시
안근마비로 안구움직임이 전혀 없었고 동공반응은 정상.(오른편에 비해 왼편이 반응이 약간 느린 편)

2) 현훈, 두통
안구운동으로 인해 두부가 무겁고 흔들리는 느낌, 간헐적으로 통증이 느껴짐.

3) 보행장애
양하지무력감 및 안근마비로 인해 보행이 힘들어 워커 보행하는 상태.

4) 구건, 건해 및 인통
입이 말라서 항상 껌을 씹고 물을 마시는 모습을 보임. 간헐적으로 마른기침을 하고, 목구멍이 건조하고 깔깔하다는 표현을 함.

5) 정충 및 경계
잠이 안 오거나 갑자기 불안함이 생겨 가슴이 두근거리면서 방망이치는 느낌이 있음.

6) 구음장애
대화에 어려움 없으나 발음이 뚜렷하지 못함.

7) 안면마비감
피부감각이 둔한 느낌.

8) 연하곤란
목으로 넘길 때 부드럽지 못한 느낌과 간헐적으로 사래가 걸림.

9) 상열감 및 도한

5. 초진소견

1) 외형
156 cm 53kg의 흑수인 체형

2) 맥진
삭 침 현

3) 설진
설질은 건조, 홍, 설태는 박백, 설첨에 점자

4) 복진
별무

5) 식욕, 소화상태
양호

6) 소변
빈삭

7) 대편
양호

6. 발병일 및 발병원인

200○년 ○월초 입원생활하면서 건강 및 집안문제로 스트레스 받음.
/ ○월 ○일경 심해져 수면시간이 1시간

을 채 넘지 못함.

7. 치료 기간

200○년 ○월 ○일부터 200○년 ○월 ○일까지 (26일간) 입원치료 함.

8. 과거력

1) 고혈압

00○년 ○월 타 대학 병원 Dx. W-med p.o 中

9. 치료 내용

1) 침치료

동방침구제작소(한국)에서 제작된 0.25×30 mm의 stainless steel 호침을 사용하여 자침하였고, 안면, 안구부위를 눈가리개로 차광 후 infra-red요법을 안면부 자침 시에 같이 병용하였다.

하루에 2회 침치료를 시행하였는데,

- 혈위(四白, 魚腰, 攢竹, 絲竹空)에 자침한 후 전침을 연결하였고, 전침기기는 IMS-B06 (디.엠.씨)을 사용하여 전[14] 등의 연구방법을 참조하여 4 Hz frequency로 20분간 자극하였고 강도는 환자가 자극을 느끼고 근육의 가벼운 수축이 일어나는 정도까지 증가시키는 방법을 사용하였다.

- 외안근 자침도 병행하였는데 睛明, 瞳子髎, 承泣 등 혈자리에 약 1.5-2 cm정도 직자하여 20분간 유침하였다.

2) 한약 치료

경구로 식후 3첩#3(120 cc)로 복용

(1) 六味地黃湯 加味 (입원시 ~ 입원 4일째)

숙지황 16 g 산약 산수유 8 g 백복령 목단피 택사 6 g 지모 황백 4 g

(2) 六味地黃湯 加味 (~ 입원 9일째)

숙지황 16 g 산약 산수유 8 g 백복령 목단피 택사 6 g 지모 황백 4 g 산조인(초) 8 g

(3) 滋陰降火湯 (~ 퇴원시)

백작약 6 g 당귀 5 g 숙지황 4 g 맥문동 생지황주초 8 g 진피 3 g 지모 6 g 황백 4 g 생강 6 g 대조 5 g 감초(구) 2 g 백출 4 g

(4) 엑기스제제

交感丹(향부자, 복신) 하루 1회 저녁에 복용

3) 양약치료

비타메진캅셀 50 mg(혼합비타민제) 2C#2 / 뮤렉스정 50 mg(골격근이완제) 2T#2 / 스티렌 60 mg(소화성궤양용제) 2T#2 / 그란닥신정 50 mg(정신신경용제) 2T#2 / 맥스마빌정 5 mg(대사성의약품) 1T#1 / 시나롱 10 mg(혈압강하제) 1/2T#1

10. 평가 방법

1) 수면시간(hrs)

상기 환자가 수면시간의 측정을 통해 불면증상의 호전도를 알아본다. 입원시부터 퇴원시까지 오전에 매일 평가하였다.

2) 안근마비의 정도(mm)

동공중심을 기준으로 좌우, 상하로 움직이는 정도를 자로 재서 안근마비의 상태를 측정하고, 시력검사(시력검사표를 보고 한쪽 눈씩 가린 채로 양안 모두 측정)도 함께 시행하였다.

Table Ⅰ. Progress of Eyeball Movement

Treatment Days	4 day	7 day	14 day	19 day	23 day
Eyeball Movement	Horizontal 0 mm Vertical 0 mm	Horizontal 1 mm Vertical1 mm	Horizontal 5 mm Vertical2 mm	Horizontal 8 mm(내자, 외자끝) Vertical 4 mm	Horizontal 8 mm Vertical 4 mm
Eyesight	Left 0.6 / Right 0.5	–	Left 0.7 / Right 0.7	–	Left 0.7 / Right 0.7

11. 치료 경과

Table Ⅱ. Progress of Clinical Symptoms by Treatment

Days	Treatment Progress	Herb
입원 2일째	8시간정도 침상에 누워있었으나 빈각증상 수차례 있었음. (수면 1-2시간) 근력자체는 이상 없으시나 자각적 소력감 및 마목감 있음. 외안근 마비되어 안구운동 수직/수평으로 0/0 mm. 복시, 현훈 증상 동반되어 보행실조보임. (워커보행) Ataxia finger to nose, finger to finger test 정상	六味地黃湯 加 知母 黃栢
3일째	동공반응 있으나 왼편이 반응이 약간 느린 편. 안구수직수평운동 0/0 mm. 불안감은 없었고 워커보행으로 다님.	
4일째	거의 못 잠.(수면 1-2시간)	
5일째	오후11시부터 새벽 2시까지 잤음.(수면 3시간) 현훈증상 호소.	六味地黃湯 加 知母 黃栢 酸棗仁
6일째	6시간 정도 침상에 누워있었으나 자각적으로 잔 느낌이 안 듬. 현훈증상 호소.	
7일째	오후 9시경부터 빈각 1회 있었으나 푹 잔 느낌. 복시증상 호전보임. 안구운동 수직/수평 1/1 mm.	
8일째	입면장애 호소하였으나 오후 12시경부터 새벽 2시반까지 좀 잔 듯한 느낌. (수면 2-3시간)	
9일째	새벽 3시부터 5시까지 잤음.(수면 2시간) 불안하고 답답했음. 몸에 열나는 느낌이 들어서 입면장애, 정충, 흉민 호소함. 현훈, 구건, 건해증상 지속됨.	
10일째	새벽 1시부터 5시반까지 푹 잔 느낌.(수면 4-5시간) 복시증상 및 어지럼증 호소하심.	
11일째	오후 10시부터 새벽 3시까지 잠.(수면 4시간) 안구수평운동이 수직보다 조금 더 움직이는 편.	
12일째	오후 10시부터 새벽 3시까지 잠.(수면 4시간) 정충, 흉민증상	
13일째	오후 8시경부터 좀 잤음. 구건증상여전, 현훈증상 호전	
14일째	빈각증상 있었으나 푹잤음. 복시증상, 현훈, 두통 호전. 안구운동 수평 5 mm정도 호전. 수직 2 mm 가능함. 복시증상 없으나 오랫동안 양안구로 응시하면 복시증상 호소. (워커 및 독자보행 병행함.)	滋陰降火湯
15일째	잠은 새벽 2시부터 6시까지 푹잠. (수면 4시간) 설사 4번	
16일째	오후 10시부터 5시경까지 푹잠. (수면 5-6시간) 불안감 없었음.	
17일째	오후 9시부터 새벽 3시경까지 잘잠. (수면 6시간) 현훈증상 약간 있음. 정상변.	
18일째	물체를 볼 때 모두 1개로 보임.	
19일째	잠 푹잔 편으로 새벽 1시경에 빈각 1차례 있었으나 아침까지 잘 잤음. 독자보행 가능함. 신물 올라오는 느낌 1-2차례 있었고, 정충경계 약하게 있다 없어짐. 안구 수평운동 8 mm(내자, 외자 끝) 수직운동 4 mm 정상. 좌측 하방을 응시할 때 움직임이 부자연스러움.	
20일째	(수면 4-5시간)	
21일째	(수면 1시간) 보행시에도 복시증상 거의 없음.	
22일째	외출. 집에서 오후 10시부터 새벽 6시까지 빈각 증상 있었으나 잠잘 잠.(수면 8시간)	
23일째	1번 빈각 증상. (수면 7시간) 1시간정도 괜찮게 유지되다가 복시호소. 현훈, 정충 호전. 인후통 및 신물 올라오는 느낌도 하루 1-2차례로 호전.	
24일째	오후 9시경부터 새벽 2시까지 잠. (수면 5시간) 복시증상 없음.	
25일째	길거리 다녀도 괜찮고 갑자기 고개를 뒤로 돌릴 때만 복시 호소.	
26일째(퇴원)	(수면 7시간)	

Ⅲ. 고찰 및 결론

Miller Fisher 증후군은 운동실조, 반사소실, 안근 마비를 3대 증상으로 하는 것으로, 1932년 Collier[4]에 의해 Guillain-Barre증후군의 변형으로 처음 기술되었고 1956년 Miller Fisher[5]가 3예를 보고한 후 다른 질환군으로 분류되었다. 남녀비는 2:1정도이고 발병 평균 연령은 43세 정도이며 소아환자가 약 14%를 차지한다고 보고되어 있다[6].

증상을 살펴보면 대부분의 환자에서는 대칭성인 급속한 근력 소실을 보이며 근력 소실은 주로 하지의 근위근에 잘 발생하며 증상 대부분의 경우 3주 이내부터 회복되기 시작하여 6개월 이내에 기능을 완전히 회복한다[2].

한의학에서는 Miller Fisher 증후군을 위증의 범주에 포함시키는데 위증이란 지체의 근맥이 이완되어 수족이 痿軟無力함으로 말미암아 수의적 운동을 할 수 없는 것을 특징으로 하는 일종의 병증이라고 할 수 있으며, 갑자기 돌발적으로 발생하거나 혹은 서서히 발병하며 輕者는 연약무력하나 重者는 위폐불용하고 심하면 생명이 위험할 수 있는 질병이다[7]. 위증의 원인으로는 비위가 무력하여 사지로 진액을 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 한다[8].『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 하였다[9]. 또한,『素問・痿論』에서 "思想無窮, 所願不得, 意淫于外, 入房太甚, 宗筋弛緩, 發爲筋痿.…有所遠行勞倦, 逢大熱而渴, 渴而陽氣內伐, 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 하였다[10].

상기환자의 경우 Miller Fisher 증후군의 증상인 하지무력감으로 인한 운동실조 증상인 보행장애, 안근마비로 인한 복시, 연하곤란 등의 증상을 보였고, 이런 증상 발병과 더불어 가족문제 등으로 스트레스를 받고 있는 상태로 수면에도 영향을 받았다. 또한 타병원 입원생활하면서 불면증상이 지속 및 심화됨으로 인해 기본적으로 肝腎虛損을 바탕으로 陰虛火動으로 인한 증상으로 변증하여 한약치료를 시작하였다. 또한 스트레스의 기울증상이 내제되어 있다고 진단하여 상열감, 경계, 정충 등의 증상이 자주 나타나는 저녁에 매일 交感丹을 복용토록 하였다. 交感丹은 향부자, 복신으로 구성된 환제로써 諸氣鬱滯를 치료함으로써 水火(신음과 신양)을 잘 오르내리게 하는 효능이 있다[11].

본 증례에서 환자가 호소하는 양하지무력, 천면, 빈각, 구갈, 복시, 설홍소태 등의 증상을 바탕으로 陰虛로 진단하였고, 구건인통, 소변빈삭 및 진한 색, 도한 증상 등의 虛火가 성하였기에 신음을 보하고 虛火를 내려주는 지모, 황백을 가하여 腎陰不足하는 六味地黃湯加味方을 복용토록 하였다. 六味地黃湯에 지황은 補血 滋陰補腎하며, 산약은 補脾陰 益肺腎하며, 산수유는 補益肝腎 澁精斂汗하며, 복령은 利水滲濕 健脾和中 伐腎邪하며, 목단피는 淸熱 凉血 活血 散瘀하고, 택사는 利水滲濕 淸泄腎火하는 약물들로 구성되어 있으며 滋腎陰, 補肝血, 制火의 효능이 있는 처방이다. 腎陰不足이나 肝腎不足으로 인한 陰虛發熱을 포함한 骨蒸潮熱 또는 手心煩熱 久新憔悴, 失眠健忘, 足腿痛, 遺精,

消渴, 虛火牙痛, 下部瘡瘍, 舌紅少苔 혹 無苔 脈細 小便淋閉 氣塞痰飮 失音 咳嗽吐血 頭目眩暈 眼花耳聾 咽喉燥痛 口舌生瘡 齒牙不固 腰腿痠軟 五臟虛損 自汗盜汗 便血諸血 水泛爲痰 血虛發熱 등의 제반 증상을 치료해준다[12]. 또한 지모는 淸熱과 滋陰작용이 있어서 실열증이나 허열증에 모두 사용되는 약제로써 자음작용이 약하기 때문에 진액부족에 의한 虛熱上炎등 허열에는 맥문동이나 천문동 등 자음약과 같이 써야 한다. 황백과 합하여 腎火를 각각 淸解하는데 좋은 묘한 약이다. 황백은 하초 특히 腎中의 허열을 淸解하는데 좋다.

六味地黃湯加味方을 3일정도 복용하였으나 불면증상의 호전이 보이지 않았고, 정충 및 동계 증상도 변화없어 산조인(초)을 8g가하여 복용토록 하였다. 산조인은 補肝寧神작용이 있어서 심계불안, 불면, 동계 등의 증후에 가하여 사용하는 약제로써 生것은 수면시간을 단축시키고, 炒한 것은 수면시간을 연장시킨다고 한다[11].

이후 수면시간이 3-4시간 정도로 늘어나고 환자 자각적인 수면의 질이 호전되긴 하였으나, 상기환자 흑수인체형에 피부가 건조한 편으로 불안, 수족번열, 상열감, 입면장애, 정충, 흉민, 설홍, 소태 등의 陰虛火動의 증상이 지속되었기에 당귀, 생지황의 윤제가 있는 滋陰降火湯으로 한약을 투여하도록 하였다. 滋陰降火湯은 진액이 말라 腎水枯渴, 陰虛火動한 것을 자음하는 八珍湯을 가감하여 補血滋陰을 주로 하는 처방으로, 실화가 아니고 陰虛火를 자윤제로 淸熱하며 腎水枯渴로 虛火가 상승하여 흉부를 작열하기 때문에 상열감, 흉민 등의 증상이 나타난다. 또 四物湯에 지모, 황백을 가하여 滋陰降火를 강화하고 백출, 진피를 가하여 健脾하며, 생지황, 맥문동을 가하여 補陰淸熱, 潤肺生津하고, 감초, 생강, 대조를 가하여 和中, 溫胃養營하는 방제로도 볼 수 있다[11]. 한약투여 후 불면증상은 꾸준하게 호전경과를 보였고, 안구운동도 조금씩 호전을 보였다.

한약치료와 더불어 하루에 2회 침치료를 시행하였는데, 김[16]에 의하면 문헌적 고찰을 통해 안질환에는 안주위의 睛明, 瞳子髎, 攢竹, 陽白, 絲竹空 등의 혈을 사용하였다는 보고가 있다. 취혈하기 편하고 마비된 안근부위에 직접적인 자극을 줄 수 있는 안구주위 근위혈을 취혈하여 혈위(四白, 魚髎, 攢竹, 絲竹空)에 자침한 후 전침을 연결하였고, 전침의 강도는 low frequency로 환자가 자극을 느끼고 근육의 가벼운 수축이 일어나는 정도까지 증가시켜 유지시킨 후 15-20분 정도 유침하도록 하였고, 외안근 자침도 병행하였는데 睛明, 瞳子髎, 承泣 등 혈자리에 약 1.5-2 cm정도 직자하여 20분간 유침하였다. 전침요법은 동양의학의 침치료와 현대과학기술의 결합에 의하여 발전된 침구치료방법중 하나로 최근에 임상에서 다양하게 응용되고 있다[13]. 많은 연구자들이 전침을 통해 근육의 경직을 감소시키고 활동적인 움직임을 가능케하며, 순환을 개선시키고, 치료를 촉진한다고 지적하였고, 전침자극은 자극빈도가 서로 다르면 다른 전달물질들이 유리된다고 하였다[15]. 자극요건에 따라 치료효과의 차이가 있다는 것으로 알려져 있고[3], 마비질환의 경우 low frequency로 깊게 자입하고 전기적 자극을 주어 팔다리의 마비를 치료하였는데 그 결과 91%의 환자에서 회복이 이루어졌다는 보고가 있다[13].

상기환자의 경우 200○년 ○월 ○일 입원 후 200○년 ○월 ○일(26일간) 퇴원시 불면증세는 빈각증상 하루에 1-2차례, 수면시간

은 평균 5시간정도로 호전을 보이면서 상열감, 경계, 정충 등의 증상호소가 완화되었고, 구음장애 및 안면마비감, 보행실조 등의 증상은 소실되었다. 또한 하지무력감의 호전 및 외안근마비의 수평, 수직 안구운동이 거의 정상적으로 회복되면서 워커보행에서 독자보행을 할 수 있게 되었으며, 현훈 및 두통의 증세는 호소하지 않았으나, 고개를 돌리는 등 급작스러운 행동변화에는 간헐적으로 복시를 호소하였다.

이에 저자는 타병원에서 Miller Fisher 증후군으로 진단받은 후 동반된 불면증상을 주소증으로 한방치료를 위해 본원 신경정신과로 입원한 환자에게 肝腎虛損, 陰虛火動으로 변증하고, 증에 맞는 한약 치료를 하였고, 안구주변의 근위취혈하여 직접적인 자극을 통한 전침 치료를 통해 수면상태 및 안근마비 등의 증상에 비교적 양호한 효과를 보았기에 본 증례를 발표하는 바이다.

참고문헌

1. 정은정, 최동준, 고창남, 조기호, 김영석, 배형섭, 이경섭. Miller Fisher 증후군 1예에 대한 임상적 고찰. J Korean Oriental Med. 2000;20(4):98-105.
2. 손무곤, 안효숙. Miller Fisher 증후군. 대한안과학회지. 1997;38(8):170-9.
3. 최용태 등. 침구학(하). 집문당. 1991:1447-51.
4. Collier J . Peripheral neuritis. Edinburg Med J. 1932;39:601-19.
5. Fisher M. An unusual variant of the acute idiopathic polyneuritis(Syndrome of ophthalmoplegia, ataxia and areflexia). N Engl J Med 1956;225:57-65.
6. Berlit P, Rackicky J . Ther Miller Fisher Syndrome. J ClinNeuroophthalmol. 1992; 12:57-63.
7. 中醫硏究院. 中醫症狀鑑別診斷學. 人民衛生出版社. 1987:191-2.
8. 노진환, 고창남, 조기호, 김영석, 배형섭, 이경섭. 위증에 대한 동서의학적 고찰. 대한한방내과학회지. 1996;17(1):81-106.
9. 張介賓. 景岳全書. 서울:대성문화사. 1988: 667-71.
10. 홍원식. 精校黃帝內經素問. 동양의학연구원출판부. 1988.
11. 신증방약합편. 영림사. 2002.
12. 오로사 외. 팔미지황환과 육미지황환의 효능에 관한 문헌적 고찰. 대한동의병리학회지. 1996;10(2);12-7.
13. Li Khao Lin. Treatment of limb paralysis using low frequency deep electric stimulation. Med Tr Prom ekol. 1995;(9):33-7.
14. 전형준, 황욱, 김종인, 이홍민, 남상수, 김용석. 전침으로 치료한 동안신경마비에 대한 증례보고. 대한침구학회지. 2002;19(4): 200-7.
15. 전국한의과대학 침구·경혈학 교실. 침구학. 집문당. 1994:1220.
16. 김중호. 안질환의 침구치료에 관한 문헌적 고찰. 대한외관과학회지. 1988;1(1):49-60.