

痿證에 對한 東西醫學的 考察

慶熙大學校 韓醫科大學 心系內科學教室

盧珍煥·高昌男·曹基湖·金永錫·裴亨燮·李京燮

I. 緒 論

痿證은 肢體가 委弱하여 쓰지 못하는 病症을 말한다.²⁾ 처음에는 下肢無力하다가 점차 手足軟弱해지고, 肌肉이 麻木不仁하고 皮膚堅固해지며 高熱後 四肢委弱하게 되고 혹은 産後에 兩脚이 痿軟하여 쓰지 못하게 되는 수도 있다.痿證의 原因을 크게 外因과 內因으로 구별해 보면 外因의 경우는 濕熱이나 病後에 邪熱이 肺胃之陰을 損傷시켜 津液不足으로 筋脈을 營養하지 못하여 생기는 것과 內因으로 脾胃虛나 久病으로 肝腎陰虧하여 精血不足한 故로 筋脈을 營養하지 못하여 發病한다고 구별할 수 있다. 이에 치료도 瀉熱을 爲主로 각각의 原因에 맞추어 補脾胃, 補肝腎陰血, 瀉肺胃之熱, 補胃陰 등의 치료방법을 사용하고 있다.

이완성 마비는 마비된 부분의 筋緊張의 喪失과 腱反射의 缺如를 동반하는²⁹⁾ 것으로 1. 전반적인 筋力低下 2. 筋緊張度 低下 3. 反射의 減少 或은 消失 4. 神經性 筋肉 退行 變化가 생긴다.²⁷⁾ 이완성 마비의 原因은 1. muscle 2. neuromuscular junction 3. peripheral nerve 4. lower motor neuron 5. upper motor neuron 등의 이상에서 찾을 수가 있다.³²⁾ 이완성 마비가 보일 수 있는 질환에는 Myasthenia gravis, Guillain-Barre syndrome, ALS(筋萎縮性 側索硬化症), Muscular Dystrophies, Poly-myositis & dermatomyositis, Periodic paralysis, Hysterical paralysis 등이 있다.³⁴⁾

痿證과 이완성 마비는 각각 韓醫學과 서양의학에서 쓰여지는 증상의 개념이지만 두개의 개념 간에는 많은 유사점이 있다. 즉 용어가 조금 다를 뿐이지 肢體가 委弱하여 잘 쓰지 못하며 隨意的인 운동이 잘 되지 않는 것을 가리키는 개념임을 알 수가 있다.

痿證에 대한 현대의 연구에서 李³⁹⁾는 한의학의痿證과 서양의학의 질병을 연결하는 연구를 통하여痿證은 神經原性으로 筋萎縮性 側索硬化症, 脊髓性 進行性筋萎縮症과 筋原性으로 進行性筋디스트로피, 筋緊張性 디스트로피, 多發性筋炎 등이 속하고 皮膚筋炎, 重症筋無力症 및 중추신경계통감염등이痿證의 범주에 속한다고 하였다. 康³⁷⁾은痿證에 대한 鍼灸治療에 대하여 연구하여 鍼灸治療에서는 膀胱經, 胃經, 膽經, 大腸經, 脾經, 肺經 순이고 灸治療에서 胃經, 膽經, 膀胱經, 大腸經 순으로 多用하며 각각에 대한 穴자리에 대하여도 연구하였다. 金³⁸⁾은 이완성마비의 原因에 대한 연구를 통하여 각 운동신경단위 異常에 의한 筋疾患의 병리에 대하여 연구하였다.

이痿證 이완성마비는 兩側性, 上行性이라는 특징을 가지고 있어서 片側性 및 上下肢동시에 證狀이 종종 發현하는 CVA의 後遺症과 서로 다름에도 불구하고 실제 임상에서는 中風後遺症과 같은 것으로 誤認되는 경우가 많으니 이에 대한 鑑別이 필요하다. 따라서痿證 이완성마비와 CVA 후유증으로서의 근육의 이완과는 그 原因, 證狀, 治法에 차이가 있으니 이

에 대한 定義, 原因, 證狀, 治法에 대한 개념을 정리해 보는 것은 정확한 診斷 및 治療에 큰 의미를 가진다고 본다. 본인은 이 小考에서 痿證의 定義, 原因, 治法, 證狀의 분류 및 전체적인 개념을 각 시대별 대표적인 醫家의 순으로 정리하였으며, 이완성마비에 대해서는 이 證狀을 가지고 있는 疾患에 대한 정리와 이완성마비가 人體의 어떤 機轉의 문제로 因하여 생기는 것인가에 대해 정리하였다. 그 정리 및 相互考察 과정을 통하여 이완성마비 및 韓醫學의인 概念인 痿에 대해 그 이해와 치료에 조그마한 整理가 되었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 本 論

1. 痿證의 定義, 原因, 證狀, 治法

1) 定義

(1) 金匱要略¹⁶⁾

味酸則傷筋 筋傷則緩 名曰泄 鹹則 傷骨骨傷則痿 名曰 枯

(2) 儒門事親¹⁹⁾

/ 弱而不用者爲痿

/ 皮毛虛弱 急而薄者 則生痿 痿者 足不能伸而行也

(3) 景岳全書¹⁷⁾

陳無擇曰人身有皮毛筋脈肌肉骨髓以成其形

內則有肝心脾肺腎以主之 若隨情妄用 喜怒勞跌以致內臟精血虧耗 使血脈筋骨肌肉痿弱無力以運動 故致痿

(4) 醫學入門¹⁵⁾

經曰諸痿皆生於肺熱 皮痿 肺熱葉焦 脾弱著足 痿 色白毛枯 五臟受之 發爲諸痿 脈痿 悲哀失志 上發喘下澀血 乃心熱下虛也 筋痿 思色

無窮 或入房太甚 口苦白淫 乃肝熱 膽津液 肉痿 居處卑濕 肉蠕動而口渴乃脾熱胃燥也 肌肉麻痺不仁 骨痿 有所勞行 大熱而渴 則陽氣內伐 熱舍於腎 水不勝火 骨髓空虛 色黑齒枯 腰膝與脊不舉 骨痿不能起於床者死

(5) 萬病回春¹⁰⁾

痿者 上盛下虛 飲食不能行也

(6) 張氏醫通¹⁸⁾

足痿弱不收爲痿厥 有二 一屬腎與膀胱 經云恐懼不解則傷精 精傷則骨酸痿厥 精時自下 是腎傷精脫也

(7) 石室秘錄²³⁾

凡人有兩足無力 不能起立 而口又健飯 如少忍饑餓 則頭面皆熱 有咳嗽不已者 此亦痿證

(8) 濟衆新編⁸⁾

痿謂手足無力以運動由火水乘

(9) 醫宗金鑑¹³⁾

痿病總括: 五痿皆因肺熱生 陽明無病不能成

2) 原因

(1) 黃帝內經素問, 太陰陽明論²⁵⁾

四肢皆稟氣于胃 而不得至經 心因于脾乃得稟也 脾病不能爲胃行其津液 四肢不得稟水穀氣日以衰 脈道不利 筋骨肌肉皆無以生 故不用焉

(2) 黃帝內經素問, 痿論²⁵⁾

/ 故肺熱葉焦, 則皮毛虛弱, 急薄者 則生痿也.

/ 帝曰 何以得之

岐伯曰 肺者臟之長也 爲心之蓋也 有所失亡 所求不得 則發肺鳴 鳴則肺熱葉焦 故曰五臟因肺熱葉焦發爲痿 此之謂也

(3) 黃帝內經素問, 氣交變大論²⁵⁾

歲土太過 雨濕流行 腎受水邪 民病足痿不收
行善癭脚下痛

歲火不及 寒乃大行 復則病痿痺足不任身

(4) 黃帝內經素問, 至真要大論²⁵⁾

太陰在泉 客勝則足痿下重

(5) 諸病源候論¹³⁾

手足不遂者 由體虛腠理閉 風氣傷于脾胃之經絡也 足太陰之脾之經 脾與胃合 足陽明爲胃之經 胃爲水穀之海 脾主一身之肌肉 胃爲所行水穀氣 而養身體四肢 脾氣弱則 肌肉虛 雖風邪所侵 故不能爲通行 水穀之氣 致四肢肌肉 無所稟受

(6) 儒門事親¹⁹⁾

/ 皮毛虛弱 急而薄者 則生痿躄 躄者 足不能伸而行也

/ 好以貪色 強力過極 漸成痿疾

(7) 東垣十種醫書¹⁴⁾

燥金受濕熱之邪 絕寒水生化之源 源絕則腎虧 痿厥之病大作

(8) 景岳全書¹⁷⁾

/ 又總於肺熱葉焦而致金燥 水虧乃成痿證 如丹溪之論 治誠得之矣 然細察經文 又曰 悲哀太甚則 胞絡絕傳爲脈痿 所願不得 發爲筋痿 以水爲事 發爲肉痿 元氣敗傷則 精虛不能灌溉 血虛不能營養 亦不少矣

/ 陳無擇曰 人身有皮毛筋脈肌肉骨髓以成其形 內則有肝心脾肺腎以主之 若隨情妄用 喜怒勞 跌 以致內臟精血虧耗 使血脈筋骨肌肉痿弱 無力以運動 故致痿躄

3) 證狀

(1) 黃帝內經素問, 生氣通天論²⁵⁾

因於濕 首如囊 濕熱不壞 大筋軟短 小筋弛張 軟短爲拘 弛張爲痿

(2) 黃帝內經素問, 陰陽別論²⁵⁾

三陽爲病 發寒熱 下爲癰腫 急爲痿厥腦

三陽三陰發病 爲偏枯痿易 四支不舉

(3) 黃帝內經素問, 痿論²⁵⁾

心氣熱 則下脈厥而上 上則下脈虛 虛則生脈 痿軀折 擊脛縱而不任地也 肝氣熱 則膽泄口苦 筋膜乾 筋膜乾則筋急而攣 發爲筋痿 脾氣熱 則胃乾而渴 肌肉不仁 發爲肉痿 腎氣熱 則腰脊不舉 骨枯而髓減 發爲骨痿

(4) 黃帝內經素問, 六元正紀大論²⁵⁾

太陽司天之政 民病寒濕發 肌肉萎 足痿不收

太陽司天 四之氣 肌肉萎 足痿

(5) 黃帝內經靈樞, 邪氣臟腑病形篇²⁶⁾

脾脈緩甚爲痿厥 微緩爲風痿 四肢不用 心慧然若無病

(6) 黃帝內經靈樞, 本神²⁶⁾

恐懼而 不解則傷精, 精傷則 骨酸痿厥 精時自下

(7) 黃帝內經靈樞, 經脈²⁶⁾

經筋之病 寒則反折筋急 熱則筋弛縱不遂

(8) 儒門事親¹⁹⁾

痿之爲狀 兩足痿弱 不能行用

(9) 東垣十種醫書¹⁴⁾

/ 腰已下痿軟癱瘓 不能動 行走不正 兩足皸則以清燥湯主之

/ 人感之多四肢困倦 精神短小 懶於動作 胸滿氣促 肢節沈痛 或氣高而喘 身熱而煩 心下膨痞 小便黃而少 大便滯而頻 或痢出黃糜 或如泔色 或渴或不渴 不思飲食 自汗體重

(10) 醫宗金鑑¹³⁾

肺熱葉焦皮毛痒 發爲痿躄不能行 心熱脈痿脛

節縱 腎骨腰脊不能舉 肝筋拘攣失所養 脾肉不仁燥渴頻

4) 治法

(1) 黃帝內經素問, 痿論²⁵⁾

帝曰 治之奈何

岐伯曰 各補其榮而通其俞 調其虛實 和其逆順 筋脈骨肉 各以其時受月則病已矣

(2) 黃帝內經靈樞, 根結²⁶⁾

故痿疾者 取之陽明 視有餘不足 無所止息者 眞氣稽留 邪氣居之也

(3) 儒門事親¹⁹⁾

痿病無寒 故痿作寒治

(4) 東垣十種醫書¹⁴⁾

/ 腰已下痿軟癱瘓 不能動 行走不正 兩足跛則以清燥湯主之

/ 或汗少者 血先病而氣不病也 其脈中得洪緩若濕氣相搏 必加之以遲遲 病雖互換少差 其天暑濕令則一也 宜以清燥之劑治之 名之曰清暑益氣湯

如濕熱乘其腎肝行步不正 脚膝痿弱 兩脚跛側已中痿邪 加酒焦黃栢知母各五分令兩足湧出氣力矣

(5) 丹溪心法²²⁾

痿證斷不可作風治而用風藥 痿證有濕熱濕痰氣虛血虛瘀血 濕熱東垣健步丸 加燥濕降陰火 蒼朮黃芩黃栢牛膝之類 濕痰 二陳湯 加蒼朮白朮黃芩黃栢竹瀝薑汁 氣虛 四君子湯 加黃芩黃栢蒼朮之類

血虛 四物湯 加黃栢蒼朮煎送補陰丸 亦有食積死血 妨碍不得下降者 大率屬熱 用參朮四物湯黃栢之類

(6) 景岳全書¹⁷⁾

/ 薛立齋曰 痿證多因足三陰虛損 若脾腎不足而

無力者 環少丹 肝腎虛熱而足無力者 六味丸 如不應急用八味丸

/ 凡痿有濕熱 脈洪滑而證多煩熱者 必當先去其火 宜二妙散隨證加減用之 陰虛兼熱者 宜正傳加味四物湯, 虎脛骨丸 或 丹溪補陰丸 滋陰八味丸類主之 若絕無火證 而止因水虧于腎 血虧於肝者 則 不宜 兼用涼藥 以伐生氣

7) 萬病回春¹⁰⁾

痿主內傷 血氣虧損 治用參歸養營湯 加減虎潛丸

(8) 張氏醫通¹⁸⁾

經云 治痿厥發逆 肥貴人高粱之疾也 腎著湯 加葶藶 秋傷于濕 上逆而咳 發爲痿厥 小青龍湯 去麻黃加羌活 腎虛之人 六七月之間 濕冷大行 濕熱相合 痿厥之病大作 腰以下痿軟不能動 行走不正 兩足綺偏 清燥湯 伸不能屈 屈不能伸 腰膝腿脚腫痛 行走艱難 安腎丸

(9) 石室秘錄²³⁾

乃陽明胃火上衝於肺金 而肺金爲火所逼 不能傳清肅之氣於下焦而腎水鑠乾 骨中髓少 故不能起立 而胃火于焚燒 故能食善饑 久則水盡髓乾而死矣 可不急瀉其胃中之火哉? 然而瀉火不補水則胃火無所制 未易息也 方用起痿至神湯 熟地山藥元參甘菊花 各一兩 人蔘當歸白芍 各五錢 白芥子三錢 神麴二錢 水煎服 一劑火滅 二劑火退 十劑而痿有起色 三十劑可全愈也 此方奇在甘菊花爲君 瀉陽明之火而 又不損胃氣 其餘不過補腎水生肝血健脾氣消痰涎而已 蓋治痿以陽明爲主 瀉陽明然後佐之諸藥自易成功耳

(10) 濟衆新編⁸⁾

治法 瀉心補腎 淡薄食味 切不可作風治 調和金水腎氣丸 有氣痰積有濕熱 有濕熱相半有挾氣者 兼濕痰 二陳湯 加 兩朮芩栢竹瀝湯 熱厥滋腎丸 或 挾寒五積散 合獨活寄生湯 高粱者 疏風順氣元

5) 原文整理

(1) 黃帝內經素問, 生氣通天論²⁵⁾

因於濕 首如囊 濕熱不壞 大筋軟短 小筋弛張 軟短爲拘 弛張爲痿

(2) 黃帝內經素問, 陰陽別論²⁵⁾

三陽爲病 發寒熱 下爲癰腫 急爲痿厥腦
三陽三陰發病 爲偏枯痿易 四支不舉

(3) 黃帝內經素問, 太陰陽明論²⁵⁾

四肢皆稟氣于胃 而不得至經 心因于脾乃得稟也 脾病不能爲胃行其津液 四肢不得稟水穀氣 氣日以衰 脈道不利 筋骨肌肉皆無以生 故不用焉

(4) 黃帝內經素問, 痿論²⁵⁾

黃帝問曰 五臟使人痿何也

岐伯對曰 肺主身之皮毛, 心主身之血脈, 肝主身之筋脈, 脾主身之肌肉, 腎主身之骨髓, 故肺熱葉焦, 則皮毛虛弱, 急薄者 則生痿躄也。心氣熱則下脈厥而上 上則下脈虛 虛則生脈痿軀折 擊脛縱而不任地也 肝氣熱 則膽泄口苦 筋脈乾 筋脈乾則筋急而攣 發爲筋痿 脾氣熱 則胃乾而渴 肌肉不仁 發爲肉痿 腎氣熱 則腰脊不舉 骨枯而髓減 發爲骨痿

帝曰 何以得之

岐伯曰 肺者臟之長也 爲心之蓋也 有所失亡 所求不得 則發肺鳴 鳴則肺熱葉焦 故曰五臟因肺熱葉焦發爲痿躄 此之謂也 悲哀太甚則胞絡絕 胞絡絕則陽氣內動 發則心下崩 數洩血也 故本病曰 大經空虛 發爲肌痺 傳爲脈痿 思想無窮 所願不得 意淫於外 入房太甚 宗筋弛縱 發爲筋痿 及爲白淫 故下經曰 肉痿者 得之濕地也 有所遠行勞倦 逢大熱而渴 渴則陽氣內伐 內伐則熱舍於腎 腎者水臟也 今水不勝火則骨枯而髓虛 故足不任身 發爲骨痿 故下經曰 骨痿者 生於大熱也

帝曰 何以別之

岐伯曰 肺熱者 色白而毛敗 心熱者 色赤而絡

脈溢 肝熱者 色蒼而爪枯 脾熱者 色黃而肉蠕動 腎熱者 色黑而齒枯

帝曰 如夫子言可矣 論言治痿者 獨取陽明何也

岐伯曰 陽明者 五臟六腑之海 主潤宗筋 宗筋主束骨而利機關也 衝脈者 經脈之海也 主滲灌谿谷 與陽明合於宗筋 陰陽總宗筋之會 會於氣街而陽明爲之長 皆屬於帶脈而絡於督脈 故陽明虛則宗筋縱 帶脈不引故足痿不用也

帝曰 治之奈何

岐伯曰 各補其榮而通其俞 調其虛實 和其逆順 筋脈骨肉 各以其時受月則病已矣

帝曰 善

(5) 黃帝內經素問, 氣交變大論²⁵⁾

歲土太過 雨濕流行 腎受水邪 民病足痿不收 行善癭脚下痛

歲火不及 寒乃大行 復則病痿痺足不任身

(6) 黃帝內經素問, 六元正紀大論²⁵⁾

太陽司天之政 民病寒濕發 肌肉萎 足痿不收 太陽司天 四之氣 肌肉萎 足痿

(7) 黃帝內經素問, 至真要大論²⁵⁾

太陰在泉 客勝則足痿下重

(8) 黃帝內經靈樞, 邪氣臟腑病形篇²⁶⁾

脾脈緩甚爲痿厥 微緩爲風痿 四肢不用 心慧然若無病

(9) 黃帝內經靈樞, 根結²⁶⁾

陽明爲闔 少陽爲樞 闔折則氣無所止息 而痿疾起矣 故痿疾者 取之陽明 視有餘不足 無所止息者 眞氣稽留 邪氣居之也

(10) 黃帝內經靈樞, 本神²⁶⁾

恐懼而 不解則傷精, 精傷則 骨酸痿厥 精時自下

(11) 黃帝內經靈樞，經脈²⁶⁾

經筋之病 寒則反折筋急 熱則筋弛縱不遂

(12) 金匱要略¹⁶⁾

味酸則傷筋 筋傷則緩 名曰泄 鹹則傷骨 骨傷則痿 名曰枯

(13) 諸病源候論¹²⁾

手足不遂者 由體虛腠理開 風氣傷于脾胃之經絡也 足太陰之脾之經 脾與胃合 足陽明為胃之經 胃為水穀之海 脾主一身之肌肉 胃為所行水穀氣 而養身體四肢 脾氣弱則 肌肉虛 雖風邪所侵 故不能為通行 水穀志氣 致四肢肌肉 無所稟受

(14) 東垣十種醫書¹⁴⁾

六七月之間濕令大行 子能令母實而熱旺 濕熱相合而刑庚大腸 故用寒涼以救之 燥金受濕熱之邪 絕寒水生化之源 源絕則腎虧 痿厥之病大作 腰已下痿軟癱瘓 不能動 行走不正 兩足鼓則以清燥湯主之

故下經曰 骨痿者 生於大熱也 此濕熱成痿令人骨乏無力 故治痿獨取陽明 時當長夏濕熱大勝 蒸蒸而熾 人感之多四肢困倦 精神短小 懶於動作 胸滿氣促 肢節沈痛 或氣高而喘 身熱而煩 心下膨痞 小便黃而少 大便溏而頻 或痢出黃糜 或如泔色 或渴或不渴 不思飲食 自汗體重 或汗少者 血先病而氣不病也 其脈中得洪緩 若濕氣相搏 必加以遲遲 病雖互換少差 其天暑濕令則一也 宜以清燥之劑治之 名之曰 清暑益氣湯

如濕熱乘其腎肝行步不正 腳膝痿弱 兩脚跛側已中痿邪 加酒焦黃柏知母各五分令兩足湧出氣力矣

夫痿者 濕熱乘於腎肝也 當急去之不然則下焦元氣竭盡而成軟癱 必腰下不能動 心煩冤而不止也 若身重減氣不短 小便如常 急濕熱之令退 時或所增之病氣退者不用五味子澤瀉豬苓茯苓黃柏知母蒼朮白朮之藥 只依本病中證候加減常服藥亦須用酒黃柏二分或三分

(15) 儒門事親¹⁹⁾

夫四末之疾 動而或勁者為風 不仁或痛者為痺 弱而不用者為痿 逆而寒熱者為厥 痿之為狀 兩足痿弱 不能行用 由腎水不能勝心火 心火上煉肺金 肺金受火制 六葉皆焦

皮毛虛弱 急而薄者 則生痿躄 躄者 足不能伸而行也 腎水者 乃肺金之者也 令腎水衰少 隨火上炎 腎主兩足 故骨髓衰竭 由使內太過而致

痿病無寒 故痿作寒治 是不忍而殺之 皆因客熱而成 好以貪色 強力過極 漸成痿疾

(16) 丹溪心法²²⁾

痿證斷不可作風治而用風藥 痿證有濕熱濕痰氣虛血虛瘀血 濕熱東垣健步丸 加燥濕陰降火蒼朮黃芩黃柏牛膝之類 濕痰 二陳湯 加蒼朮白朮黃芩黃柏竹瀝薑汁 氣虛 四君子湯 加黃芩黃柏蒼朮之類

血虛 四物湯 加黃柏蒼朮煎送補陰丸 亦有食積死血 妨碍不得下降者 大率屬熱 用參朮四物湯黃柏之類

(17) 景岳全書¹⁷⁾

痿證之義 內經言之詳矣 觀所例 五臟之證 蓋言為熱而五臟之症 又總於肺熱葉焦而致金燥 水虧乃成痿證 如丹溪之論 治誠得之矣 然細察經文 又曰 悲哀太甚則 胞絡絕傳為脈痿 所願不得發為筋痿 以水為事 發為肉痿 元氣收傷則 精虛不能灌溉 血虛不能營養 亦不少矣 若蓋從火論則恐真陽虧敗及土衰水潤者 有不能堪 故當作寒熱之淺深 審虛實之緩急 以施治療 庶得治痿之全矣 筋骨 痿弱四肢不用

薛立齋曰 痿證多因足三陰虛損 若脾胃不足而無力者 環少丹 肝腎虛熱而足無力者 六味丸 如不應急用八味丸

陳無擇曰 人身有皮毛筋脈肌肉骨髓以成其形 內則有肝心脾肺腎以主之 若隨情妄用 喜怒勞跌 以致內臟精血虧耗 使血脈筋骨肌肉痿弱無力以運動 故致痿躄 狀如柔風脚氣相類 柔風脚氣 皆外風寒 正氣與邪氣相搏 故作腫苦痛為邪實 痿

由內臟不足之所致 但不任用 亦無痛楚 此血氣之虛也

凡痿有濕熱 脈洪滑而證多煩熱者 必當先去其火 宜二妙散隨症加減用之 陰虛兼熱者 宜正傳加味四物湯 虎脛骨丸 或 丹溪補陰丸 滋陰八味丸類主之 若絕無火證 而止因水虧于腎 血虧於肝者 則 不宜 兼用涼藥 以伐生氣

(18) 醫學入門¹⁵⁾

經曰諸痿皆生於肺熱 皮痿 肺熱葉焦 脾弱著足 痿躄 色白毛枯 五臟受之 發為諸痿 脈痿 悲哀失志 上發喘下洩血 乃心熱下虛也 筋痿 思色無窮 或入房太甚 口苦白淫 乃肝熱 膽津液 肉痿 居處卑濕 肉蠕動而口渴乃脾熱胃燥也 肌肉麻痺不仁 骨痿 有所勞行 大熱而渴 則陽氣內伐 熱舍於腎 水不勝火 骨髓空虛 色黑齒枯 腰膝與脊不舉 骨痿不能起於床者死 肺被火傷則木寡畏而侮土則脾亦為之傷矣也 肺傷則不能管攝一身 脾傷則不能運用四肢而痿廢矣 五痿總屬陽明 陽明者宗筋之會也 陽明實則 宗筋潤而機關利矣

(19) 萬病回春¹⁰⁾

痿者 上盛下虛 飲食不能行也 痿主內傷 血氣虧損 治用參歸養營湯 加減虎潛丸 消痰降火 不可誤作風治 且風為外感 痿為內傷 人若足常熱者 後必痿也 多年不得起者有之矣

(20) 傅青主男女科¹¹⁾

不能起床 已成廢人者 此內火誠內治 腎水熬去 治法宜降胃火 以補腎水

方用：熟地黃，元參，麥門冬 各 1兩 甘菊花 生地 沙參 地骨皮 各 5錢 車前子 2錢 人參 3錢

人有兩足無力 不能起立 而口又健飯 少氣 則頭面皆熱 咳嗽不已 此亦痿證

方用：熟地 元參 山蔘 甘菊花 各 1兩 當歸 白芍 人參 各 5錢 神麴 2錢 白芥子 3錢

(21) 張氏醫通¹⁸⁾

足痿弱不收為痿厥 有二 一屬腎與膀胱 經云 恐懼不解則傷精 精傷則骨酸痿厥 精時自下 是腎傷精脫也 經云 治痿厥發逆 肥貴人高粱之疾也 腎著湯加草薢 秋傷于濕 上逆而咳 發為痿厥 小青龍湯去麻黃加羌活 腎虛之人 六七月之間 濕冷大行 濕熱相合 痿厥之病大作 腰以下痿軟不能動 行走不正 兩足綺偏 清燥湯 伸不能屈 屈不能伸 腰膝腿脚腫痛 行走艱難 安腎丸

(22) 石室秘錄²³⁾

凡人有兩足無力 不能起立 而口又健飯 如少忍饑餓 則頭面皆熱 有咳嗽不已者 此亦痿證 乃陽明胃火上衝於肺金 而肺金為火所逼 不能傳清肅之氣於下焦而腎水鑠乾 骨中髓少 故不能起立 而胃火于焚燒 故能食善饑 久則水盡髓乾而死矣 可不急瀉其胃中之火哉？然而瀉火不補水則胃火無所制 未易息也 方用起痿至神湯 熟地山藥元參甘菊花 各一兩 人蔘當歸白芍 各五錢 白芥子三錢 神麴二錢 水煎服 一劑火滅 二劑火退 十劑而痿有起色 三十劑可全愈也 此方奇在甘菊花為君 瀉陽明之火而 又不損胃氣 其餘不過補腎水生肝血健脾氣消痰涎而已 蓋治痿以陽明為主 瀉陽明然後佐之諸藥自易成功耳

(23) 濟衆新編⁸⁾

痿謂手足無力以運動由火水乘 脾血液衰少不能營養百骸也 總屬胃實則筋骨潤而機關利 虛則足痿弱 治法 瀉心補腎 淡薄食味 切不可作風治 調和金水腎氣丸 有氣痰積有濕熱 有濕熱相半有挾氣者 兼濕痰 二陳湯 加 兩朮芩栝竹瀝湯 熱厥滋腎丸 或 挾寒五積散 合獨活寄生湯 高粱者 疏風順氣元

(24) 醫學心悟²¹⁾

諸痿生於肺熱

(25) 醫宗金鑑¹³⁾

痿病總括：五痿皆因肺熱生 陽明無病不能成 肺熱葉焦皮毛痒 發為痿躄不能行 心熱

脈痿脛節縱 腎骨腰脊不能舉 肝筋拘攣失所養 脾肉不仁燥渴頻

痿痺辨似: 痿病足分痺病身 乃在不疼痛里分 但觀治痿無風藥 始虛實別有因

(26) 黃帝內經事典²⁾

痿: 肢體 筋脈弛緩 軟弱無力 嚴重即 肢體不能運動

痿易: 筋骨解而軟弱無力

痿痺: 四肢軟弱 麻痺 不能運動

(27) 黃帝內經素問直解⁹⁾

痿者 四肢委弱 舉動不能 如委棄不用之意

(28) 韓醫學事典²⁾

痿躄이라고도 한다. 肢體가 委弱하여 쓰지 못하는 하나의 病症이다. 처음에는 下肢가 무력하다가 점차 手足이 軟弱해지고, 肌肉이 麻木不仁해지며 皮膚가 견고해진다. 고열후에 四肢가 委弱하여 들 수 없게 되고 혹은 産後에 兩脚이 痿軟하여 쓰지 못하게 되는 수도 있다. 병리변화상 이완성 마비와 비교적 유사하다.

(29) 東醫學辭典¹⁾

痿는 몸의 筋脈이 弛緩되고 팔다리의 살갓과 힘살이 위축되면서 약해져 마음대로 움직이지 못하는 병증, 溫熱病이나 熱證으로 陰液이 부족하여 筋脈을 滋養하지 못하거나 濕熱이 筋脈에 침습하였을 때, 오랜 병으로 몸이 허약해졌거나 肝腎의 精血이 부족하여 筋骨을 滋養하지 못하는 등으로 생긴다. 원인과 부위에 따라 皮痿 肉痿 筋痿 骨痿 脈痿등 5痿와 濕熱痿, 濕痰痿, 燥熱痿, 血虛痿, 陰虛痿, 氣虛痿 등으로 나누며, 일반치료 원칙은 肺熱이나 濕熱로 생긴 때에는 濕熱을 없애는 방법을 쓰고, 肝腎의 精血不足으로 올 때에는 肝腎陰을 補하거나 氣血을 補하는 방법을 쓴다.

(30) 中醫內科學³⁾

痿證의 產生 主要是由于津液의 形成 輸布의 功能發生難 使津液不能滋養筋骨肌肉而形成的 根據不同的原因 概分爲下列几点

肺熱傷津: 溫邪犯肺 或 病後邪熱未清 肺受熱灼 津液受傷 無以輸布于四肢百節 筋骨經脈 失于濡潤 以致手足痿廢不用 <內經> 所謂 “肺熱葉焦 則生痿躄”, 張子和所謂 “大抵痿之爲病, 皆因客熱而成”

濕熱阻滯: 水濕外侵 積漸不去 鬱而生熱 浸淫筋脈 以致筋脈失養 弛緩不用 而成痿證 亦則<痿論> 所說的 “有漸于濕 以水爲事 若有所留 居處相濕 肌肉濡漬 痺而不仁 發爲肉痿”

或因飲食不節 過食高粱厚味 以致濕熱內蘊 壅于絡脈 氣血壅滯 亦可成痿

脾胃虛弱: 脾胃是後天之本 津液的產生需要胃的 腐熟穀物和脾的運化和散布精微 當脾胃虛弱 時津液的來源不足 氣血亦虧 而脾主肌肉 肌肉不能 得營養 產生痿證

肝腎虧虛: 久病體虛 元氣收傷 或久患遺精滑泄 精血虧損 肝主筋 筋傷則四肢不用 而筋脈拘攣 腎藏精 精血相生精虛則不能灌溉四末 血虛則不能營養筋骨 筋骨經脈失于濡養 致成痿證

(31) 實用中醫內科學⁶⁾

熱傷肺津: 感受溫熱之邪 每致肺熱熏灼 燥邪傷肺 是津枯成痿 原因之一. 肺主一身氣化 朝會百脈 將津氣輸傳于全身 筋骨經脈得氣濡養 則能維持正常的運動功能 若邪熱犯肺 或病後邪熱未清 肺金受邪熱熏灼 則津液受傷 水虧火旺 故真氣生化無源 以致筋脈失其濡潤 故手足痿弱不用 痿證乃成

肝腎虧虛: 體虛病久 陰精氣血虧損 或 房勞過多

等 傷及肝腎 亦爲成此類痿證的主要原因 肝藏血 主筋 爲擺極之本 腎藏精 主骨 爲作強之官 精血充盛則筋骨堅強 活動正常 久病精血虧損 精虛則不能灌溉 血虛則不能營養

脾胃損傷: 素本脾弱或因病致虛 使脾胃受納運化功能失常 氣血生化之源不足 脾主四肢 肌肉 <素問 太陰陽明論> 脾病而四肢不用何也? 岐伯曰 四肢皆稟氣于胃而不得至經, 必因于脾. 乃得稟也. 今脾病不能爲痿行其津液 四肢不得稟水穀氣 氣日以衰 脈道不利 筋骨肌肉皆無以生 故不用焉

濕熱侵襲: 久處濕地 或涉水淋雨 感受外來之濕邪 積漸不去 鬱而生熱 浸淫經脈 以致筋脈弛緩不用成爲痿證 時令之濕熱加臨 或濕熱中于皮膚傳舍經絡濕熱傷筋絡道不和 可道致本病的發生

瘀血阻絡: 產後惡露未盡 流于腰膝 或跌撲損傷 血液瘀阻不得暢行 以致四肢失其運養而致病痿 <丹溪心法> <類證治裁> 等書均將“瘀血”作爲痿證的成因之一 <醫林改錯>論痿閉用黃芪五物湯 亦以氣虛瘀血論治

(32) 中醫內科辨證學⁵⁾

肺熱葉焦: 因肺爲心之蓋 心火上炎灼肺 故致葉焦 肺熱葉焦則津液無從輸布 而五臟皆熱 故成痿躄<沈氏尊生書> 謂然其病之源則以肺爲主 以肺燥居上 主氣畏火而行治節 若起居失度 嗜慾無端 飲食非宜以致火動 熱邪勝金 肺先受克 內則葉焦 外則皮毛虛弱 由是而着于筋脈骨肉 則病生痿躄

肝傷精虛: 思想無窮 所願不得 意淫于外 入房太甚 宗筋弛緩 發爲筋痿 傳爲白淫 因肝主筋 肝傷則 筋痿四肢不爲人用 腎藏精 精血相生 精虛則血虛不能營養 筋骨

濕熱不壞: 因於濕 首如囊 濕熱不壞 大筋軟短 小筋弛張 軟短爲拘 弛張爲痿 肉痿者 得之濕也

勞倦大熱: 有所運動勞倦 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 發爲骨痿

精血虧耗: 隨精妄用 虛勞不節 勞秩兼并 致內臟精血虧耗 營衛失調 發爲寒熱 使皮血筋骨肌肉痿弱 無力以運動 故致痿躄 痿躄屬內 臟氣不足之所爲也

痿在陽明: 陽明爲臟腑之海 陽明虛則五臟無所稟 不能行氣血濡筋骨利關節故肢體中隨氣不得受水穀氣虛而成痿 又陽明合于宗筋 陽明虛則宗筋緩 故足痿不用 <醫宗金鑑>曰 陽明無病 雖有肺熱不能成痿也 是知病痿者 胃家必有故也 或 濕熱 或 積熱 或 濕痰 <石室秘錄>謂痿廢之證乃陽明火證腎水不足 以滋之痿證久不效者陽明火烘盡腎水也

(33) 中醫辨證論治寶典⁷⁾

痿證 手足痿軟無力 或 下肢軟弱不用 一般無麻木疼痛等證 驟然發生於驚風 中風後者 則屬癱瘓之類 遂漸出現在痺病或 大病之後者 則爲一種虛損現象 痿證不論起於驟或 成於漸 多屬頑固難癒之證

2. 이완성 마비

이완성 마비 증후군은 전반적인 근력저하, 근긴장도 저하, 반사의 감소 혹은 소실, 신경성 근육 퇴행변화와 같은 증상들을 보인다. 전기생리학적검사를 이용해 병변의 위치가 전각, 전근, 신경총 또는 말초신경 중 어느 곳인지 알 수 있다. 후군은 구심성 신경축색이 모인 것이며 전근은 원심성 신경축색이 모인 것이다.²⁷⁾

1) 운동신경계의 구조

근육의 수의운동은 대뇌피질 중 운동영역에 해당되는 브로드만야 4에서 기원해 전각세포에 연결되는 신경세포에 의해 이루어지는데 이 신경세포들의 축삭이 모여 추체로를 이룬다.²⁷⁾ 제 4야에서 기원된 축삭은 전체 추체로 축삭의 40%에 해당되며 나머지 축삭은 다른 감각운동영역에서 기원한다.²⁷⁾ 추체외로는 연수의 추체를 통과하지 않는 모든 신경로를 의미하는데 척수, 뇌간, 소뇌, 대뇌피질에서 일어나는 운동조절 feedback에 영향을 미친다.²⁷⁾

(1) 추체로계

추체로계를 이루는 기원은 대뇌피질 제4영역의 Betz cell에서 나오고, 운동신경을 CNS를 통해서 내보낸다.³⁰⁾

직접적으로 투사되는 것은 추체로계를 지나서 posterior limb of the internal capsule과 midbrain을 통해서 동안신경이나 활차신경등의 분지를 내고 연수로 들어가서 가지를 낸후에 계속진행된다. 추체로계는 뇌간에서 교차하게 된다. 교차된 신경섬유들은 CNS의 마지막 까지 가게된다.³⁰⁾ 추체로계는 이 경로를 통해서 체성구조를 드러내게 된다.³⁰⁾

(2) 추체외로계

추체외로는 연수의 추체를 통과하지 않는 모든 신경로를 의미하는데 척수, 뇌간, 소뇌, 대뇌피질에서 일어나는 운동조절 feedback에 영향을 미친다. 예를 들면, 대뇌피질과 소뇌를 연결하는 피질교소뇌로와 대뇌피질과 선조체, 적핵, 흑질, 망양체, 몇몇 뇌간의 피개핵등을 연결하는 신경로들이 추체외로이다.²⁷⁾

추체외로의 여러 연결을 통해서 소뇌피질은 대뇌피질에서 일어나는 모든 운동명령을 받아들인다. 또한 말초에서 일어나는 모든 운동에 관한 정보도 소뇌로 전달된다. 이런 연결을 통해 추체외로의 모든 수의운동 조절과 균형유지가 가능하다.

대뇌피질에 의해 이루어지는 각각의 수의운동은 추체외로의 조절을 받아 부드러운 운동으로 된다. 결국 조화된 수의운동은 추체로와 추체외로가 전각세포에 활성화시키는 영향력과 억제하는 영향력을 조절하여 행사함으로써 이루어진다.²⁷⁾

(3) neuromuscular junction, 신경근육접합부

개개의 굵은 alpha수초신경섬유가 골격근으로 들어가면서 여러 번 분지한다. 운동단위의 크기에 따라 분지의 횡수가 다르다. 이어서 하나의 가지가 신경근육 접합부 또는 운동종말판이라 불리는 장소로 근섬유에 신경종말을 형성한다. 대다수의 근섬유들은 하나의 종말판으로만 지배된다. 신경섬유가 근섬유에 도달하면 수초가 벗겨지고 수많은 잔가지로 나뉜다. 각 가지는 맨축삭으로 끝나며 운동종말판의 신경성분을 형성한다. 축삭은 약간 팽대되고 많은 사립체와 소포들을 함유한다. 운동종말판 부위에서 근섬유의 표면은 약간 움기되어 일명 발바닥판 sole plate이라고도 불리는 종말판의 근육성분을 형성한다. 근섬유초 sarcolemma의 아래에 과립성 근형질 sarcoplasm이 국소적으로 축적되고 여러 개의 핵과 사립체가 있기 때문에 움기가 형성된다.³⁵⁾ 축삭의 형질막과 근섬유의 형질막 사이는 약 20에서 50nm 정도의 공간으로 격리되어 있다. 이 공간을 연접틈새라고 부른다. 연접틈새는 축삭과 근섬유의 기저막으로 채워져 있다. 운동종말판은 신경섬유막에 의해 강화되며 근섬유막과 연속된다.³⁵⁾

신경자극이 운동종말판에 도달하면 축삭소포에서 아세틸콜린이 분비된다. 이 아세틸콜린은 세포외유출 exocytosis 작용에 의해 연접틈새로 배출되며 기저막을 통해 확산되어 연접이후막의 수용기로 도달한다. 이로써 연접이후막의 소듐이온투과성이 증가하여 종말판 전압 end-plate potential이 발생한다. 종말판 전압이 충분히 크면 활동전압이 시작되어 근

섬유초의 표면을 따라 전파된다. 저분극의 물결이 근세포내로 들어가서 가로소관 transverse or T tubule을 통해 수축성의 근원섬유 myofibril에 도달한다. 이어서 근형질내세망 sarcoplasmic reticulum으로부터 칼슘이온이 분비되면 근육이 수축된다.³⁵⁾

신경종말에 도달하는 신경자극의 횡수에 따라 운동종말판에서 분비되는 아세틸콜린의 양이 결정된다. 일단 아세틸콜린이 연접틈새를 통과하면 기저막과 연접이후막 즉 근섬유초의 아세틸콜린분해효소에 의해 즉시 가수분해된다. 아세틸콜린은 약 1msec 동안 연접이후막에 접촉한 후 즉시 분해되어 근섬유의 재흥분을 방지한다.³⁵⁾ 따라서 골격근섬유의 수축은 운동신경종말에 도달하는 신경자극의 빈도에 의해 조절된다. 비수축상태의 근섬유는 운동종말판에 가끔 작은 저분극을 보이거나 이는 활동전압을 유발하여 근섬유를 수축시키기에는 부족하다. 그 이유는 아세틸콜린이 한 연접이전 세포에서부터 산발적으로 분비되기 때문이다.³⁵⁾

2) 손상

(1) 추체로의 손상

추체로가 손상받으면 대뇌피질로부터 척수 전각세포로 전달되는 수의운동 명령이 차단되므로 마비가 일어난다. 만약 갑작스러운 추체로 손상이 일어나면 신전반사가 저하되며 이완성마비가 일어난다.²⁷⁾

(2) 상위운동신경원 및 하위운동신경원의 병변
피질척수로의 기능 장애에 해당하는 쇠약 (weakness, paresis)은 상위운동신경원의 병변과 하위운동신경원의 병변으로 나눌 수 있으며 양자의 특징적 차이는 아래의 표로 나타낼 수 있고 그 구체적인 기전은 다음에 기술하는 것과 같다.³⁵⁾

<상위운동신경원 및 하위운동신경원의 병변의 임상적 소견>³⁵⁾

	상위운동 신경원 병변	하위운동 신경원 병변
마비	주로 원위, 주요 체간부위를 따라	근위 혹은 원위, 신경근, 전각세포를 따라
위축	후기에 경미하게 나타남 불용성 변화	조기에 확연하게 나타남
다발성 수축	없음	흔함
연축	있음	없음
심부건반사	증가됨	감소되거나 없음
Babinski sign	있음	없음

상위운동신경원의 병변 Upper motor neuron disease³⁵⁾

* Pyramidal tract(피질척수로)의 병변

피질척수로에 국한된 병변에서는 다음의 임상적 징후가 나타난다.

1. Babinski sign이 나타난다. 기억할 점은 피질척수로가 생후 1년이 지나서야 비로소 수초화되므로 생후 1년간은 Babinski sign이 정상적으로 나타난다는 것이다. 피질척수로가 정상인 경우에는 발바닥 피부자극에 대해 발바닥 굽힘 반응을 나타낸다. 피질척수로의 기능에 장애가 오면 발가락에 대한 기타 하행신경로의 영향이 상대적으로 증가하고 발바닥 자극에 대하여 일종의 withdrawal reflex가 일어나 엄지발가락이 발등쪽으로 굽혀지고 다른 발가락은 벌어지게 되는 것이다.
2. Abdominal superficial reflex(복부 표층 반사)가 소실된다. 배의 피부를 긁을 때 복부 근육이 수축하지 못하는데, 이 반사는 개재뉴런들에 긴장성 흥분 자극을 전달하

는 피질척수로의 정상 여부에 의해 좌우된다.

3. Cremasteric reflex(고환거근 반사)가 소실된다. 이 반사궁은 개재뉴런들에 긴장성 흥분을 전달하는 피질척수로의 정상 여부에 의해 좌우된다.
4. 정교하고 숙련된 수의적 운동의 수행이 소실되며 특히 사지의 원위단에 심하다.

* Extrapyrarnidal tract의 병변³⁵⁾

피질척수로 이외의 하행신경로에 병변이 생기면 다음과 같은 임상 징후가 나타난다.

1. 근육 위축은 없거나 경미한 상태에서의 마비가 나타나며, 단 불용성 위축은 2차적으로 올 수 있다.
2. 근육의 연축 또는 긴장항진이 있는데 하지는 신전상태, 상지는 굴곡 상태를 유지한다.
3. 과장된 심부 근육 반사 및 간대성 경련이 수지굴근, 대퇴사두근, 하퇴 근육에 나타난다.
4. 관절을 수동적으로 운동시키려 할 때 근육의 연축으로 인하여 저항이 생겨 clasp-knife reaction이 나타나는데, 일단 근육이 신장되면 급격하게 저항이 소실된다.

중요한 것은 실제 임상에서 피질 척수로 내외 부위에 국한된 기질적 병변은 매우 드물다는 점이다. 대개는 둘다 영향을 받아서 두 가지 임상적 징후가 모두 나타난다. 일반적으로 pyramidal tract는 근육 긴장도를 증가시키는 경향이 있고 extrapyramidal tract는 근육 긴장도를 감소시키므로 두 상반된 작용들간의 균형이 무너지면 다양한 근육긴장도가 일어난다.

* 하위운동신경원의 병변 Lower motor neuron disease³⁵⁾

외상, 감염(소아마비), 혈관질환, 퇴행성질환, 신생물 등의 질환이 복측회백질 신경원 세포

체나 그 축색을 파괴함으로써 하위운동신경원의 병변을 일으키게 된다. 하위운동신경원의 병변에는 다음과 같은 임상적 징후들이 일어난다.

1. 해당 근육의 이완성 마비(flaccid paralysis)
2. 해당 근육의 위축(atrophy)
3. 해당 근육의 반사 소실(loss of reflex)
4. 근육의 다발성 수축(muscular fasciculation)
5. 근육의 구축(muscular contracture)이 일어날 수 있는데, 이는 마비된 근육이 짧아지는 현상으로서 마비된 근육의 반대작용을 받던 길항근에서 더 자주 일어난다.
6. 하위운동신경원이 절단된 경우 신경절단후 7일간은 유도전류에 대해 근육이 반응하지 못하며 직류에만 반응하다가 10일이 지나면 직류에 대한 반응도 멈추게 되는데 이와 같은 전기자극에 대한 근육 반응의 변화를 변성반응(reaction of degeneration)이라고 한다.

Ⅲ. 이완성 마비가 보일 수 있는 질환

1. 神經原性: 中樞神經 및 末梢神經

1) Polyneuropathy: Guillain-Barre syndrome

몇몇의 급성적이거나 만성적인 다발성신경병증은 말초신경이나 말초신경근의 감염과 연관이 있다. 신경학적 병변의 기전은 면역에 관계된 탈수초화이다. Guillain-Barre Sx을 제외하고는 이 질환은 드문 편이다. 급성질환으로 Guillain-Barre Sx은 중년에 가장 많이 발생하지만 모든 연령에 성별에 구별없이 나타나는 질환이다. 이 질환의 특징은 빠른 진행과 뇌신경과 호흡근을 포함하며 특히 모든 수의근을 마비시키는 것이다. 감각의 변화는 운동변화에 비해서는 비교적 적게 온다. 드물게

감각손실이 운동기능의 손실보다 심각한 경우가 있다. 자율기능의 손상과 마찬가지로 통증은 일반적이다. 많은 환자들은 고혈압이나 심장부정맥으로 고생한다. 양측성인 안면마비가 일반적이며 다른 다발성신경병증과 Guillain-Barre Sx를 구별하는 기준이 된다.³¹⁾

증상) 급격히 상행성으로 마비가 진행된다. 근위부마비가 유명하다. cranial nerve도 감염이 된다. 감각증후도 있을 수 있다. 그러나, 분명한 감각장애는 일반적이지 않다. 반사는 저하되거나 없어진다. CSF단백질은 다구증이 없이 보통 상승한다. 특히 IgG가 상승한다.³⁴⁾

신경증상발생 이전에 감염증상이 보통 수일간 있다가 없어지며 이 신경증상은 대개 5-12일 간격 후에 발생한다. 첫번째 신경증상은 대개 하지무력이고 이것이 2-3일내에 상지와 안면으로 퍼진다. 이러한 마비는 발병 후 수일만에 극도에 달하나, 때로는 2-3주간에 걸쳐 나타나기도 한다. 수일간 지속된 근력감퇴는 근위지와 원위지에서 마찬가지로 나타나고 동체의 근육도 침범된다. 대부분의 경우 근육과 신경의 압통이 경미한 또는 중등도로 있다. 약 1/3례에서 저질 원위부 피부의 촉각감퇴, 1/3례에서 경미 또는 중등도의 진동각 감퇴가 있다. 근육의 긴장감퇴나 반사소실이 현저하더라도 근육위축은 수반되지 않고 보통 근육을 누르거나 깊은 압력을 가하면 압통을 느낀다. 발병초기에는 하퇴근육의 감퇴가 상지근육보다 심하다. 이 병에서 가장 흔한 얼굴장애는 양측성 안면신경마비로서 보통 상지의 근육이 침범된 후에 생긴다. 심부반사는 감퇴되거나 소실된다. 발병 후 2-3일내에 사망했을 경우 혈관주위에 임파구의 침윤이 있다. 그 보다 후에 사망한 경우에는 진단상 의의가 깊은 염증세포의 침윤과 정맥주위의 탈수가 Gombault의 분절성 수색변성 및 Waller변성이 합병해서 나타난다. 간, 비, 임파절, 심장

및 다른 장기내의 침윤이 나타나기도 하며, 이것은 이 질환이 전신성이라는 것을 나타낸다.³⁶⁾

원인) virus질환이나 설사 혹은 Epstein-Barr virus, cystomegalovirus, campylobacter, hepatitis, HIV에 대한 노출이 선행된다.³⁴⁾ 이 병의 원인은 불명이다. 전형적인 예의 많은 경우에서 신경증상이 상기도 감염 이후에 오기 때문에 바이러스가 원인 요인일 것이라고 추측되었다.³⁶⁾

치료) 보조적이다. plasmapheresis는 초기에 증상이 심하거나 진행이 빠른 환자에 효과적이다. corticosteroid, immunosuppressive drug은 GBS에 효과가 있다고 입증되지는 않았다. 호흡음직임은 면밀히 관찰되어야 한다. 자율신경이상은 치명적인 과운동이나 소운동을 야기하기도 한다. 자율신경이상을 치료하는 일정한 치료법은 없다.³⁴⁾

가장 널리 쓰이는 치료는 최대용량의 부신피질 호르몬을 투여하면서 저염식을 권한다. 폐활량이 800-1000ml이하로 떨어지면 호흡보조가 필요하며 혈압감하에 대비하여 혈압을 유지케 해야 한다. 일단 회복이 시작되면 물리치료가 필요하다.³⁶⁾

예후) 비교적 양호하여 수개월(대략 6개월)사이에 후유증 없이 치유되는 일이 많다. 완전회복에 관한 예후는 비교적 좋은 편으로 90%이상에서 정상기능을 찾거나 머지는 경한 근력감퇴와 반사소실이 남는다. 회복기간은 신경이 변성되었을 경우 재생에 6-18개월이 걸린다. 사망은 어른에게 많고 대개 호흡마비나 병발감염 때문이고 보통 발병후 3주내에 일어난다.³⁶⁾

2) 筋萎縮性 側索硬化症

ALS(amyotrophic lateral sclerosis)

개요) 척수와 연수의 운동세포 병변으로 말미암아 만성적으로 근육의 위축과 섬유성 연축이 나타나는 질환이다.³⁶⁾ 중년이후에 발증(40-59세에서 66%가 발생)하고 흔히 頸髓를 침범하며 발생원인은 밝혀지지 않았다.

임상증상) 초발증상은 손의 脫力, 손가락의 운동장애, 팔의 섬유성 연축등이 있고 부위별 징후로는 1. lower motor neuron sign은 손의 작은 固有筋의 쇠약 및 소모로 시작해 증상이 전완 및 상완으로 진행하며 어깨부위 및 가슴까지 진행한다. 다리에서도 이와 비슷한 과정을 밟아 증상이 상행성으로 파급되기도 한다. 팔의 심건반사는 초기에 작아지거나 없어진다. 2. upper motor neuron sign은 팔에는 하운동신경원 징후가 뚜렷한 데 반해 다리에는 상운동신경원 징후가 뚜렷하여 심건반사가 항진되고 근육이 위축과 동시에 경직성을 띠며 babinski징후가 양성으로 나타나는 수가 많다.³⁶⁾

연수징후) 증상이 진행됨에 따라 嚥下困難, 談話困難, 構音障礙 등이 나타난다. 또 안면근육쇠약, 설근의 위축 및 섬유성 연축 등이 일어난다.³⁶⁾

임상적 관점) 마비는 양 운동신경로의 이상에서 모두 볼 수 있으나 반사는 중요한 차이점을 나타낸다. UMN손상시 LMN이 대뇌피질의 간섭에서 벗어나고 근육긴장이 증가되고 건반사와 다른 척수반사가 증가하고 plantar reflex extensor가 나타난다. LMN 손상시 최종 효과기전의 소실로 반사가 소실되고 근육이 위축된다.³⁶⁾

개요) 중요손상은 UMN에 존재한다. amyotrophic 은 근육 수축은 없음을 지적하며, lateral sclerosis는 추체로의 변성을 의미한다. 이러한 변성은 피질 운동 신경세포를 침범한다. 특히 하지를 지배

하는 중추를 침범하지만 수 년에 걸쳐 목과 두부의 지배중추를 침범하게 된다. 얼굴, 턱, 혀 등의 근육의 수의 운동이 장애를 받는다. 병소는 비록 초기일지라도 순수한 UMN의 손상은 드물고 진행함에 따라 LMN의 병변이 증가하게 된다.³⁶⁾

치료) 특별한 치료법은 없다.³⁶⁾

예후) 매우 나쁘다. 일반적으로 증상이 끊임 없이 진행하며 대부분 연수 증상이 나타난후 5년 이내에 사망한다. 증상발생 후 생존기간은 발생부위에 따라 차이가 있다. lumbar segment of spinal cord에서 처음 발생한 경우는 평균 45개월, 연수에서 처음 발생한 경우는 평균 19개월로 평균 생존기간은 발병 후 약 3년이다.³⁶⁾

2. 筋神經接合部異常

Neuromuscular junction disease

1) Myasthenia gravis

정의) nicotinic cholinergic receptor의 자가면역질환에서 오는 neuromuscular junction의 이상이다. Weakness와 Fatigability이 특징이다. weakness는 운동후에 더 심하고 쉬면 좀 나아진다. 안검하수, 복시, 구음장애, 연하장애, 사지소력, 호흡곤란 등의 증상이 보인다. 여성에 호발한다. 30대의 젊은 여성과 50, 60대의 남성에 잘 보인다. 증상악화는 발병후 3년에 잘 생긴다.³⁴⁾

신경근 접합부에서 아세틸콜린 수용체에 대한 항체의 존재에 의한 것으로 생각되는 신경근육성 기능장애이다. 임상적으로 지각장애나 위축을 동반하지 않고, 증상의 심한 정도가 변동하는 경향이 있는 근육계의 피로가 나타난다. 장애는 근육군에 국한되며 심한 쇠약이 전신적으로 오고, 어떤 증례에서는 호흡장애를 일으킨다. 신체의 어떤 근육이든지 침습될 수

있으나 특히 눈, 얼굴, 입술, 혀, 인후 및 경부의 근육을 침습한다.³⁰⁾

중증 근무력증은 신경근 접합부의 postsynaptic 부위에서 acetylcholin 수용체부분의 주요 면역영역에 항체가 결합된 것을 특징으로 하는 자가면역질환이다. 이러한 항체의 결합은 접합부의 정상적인 아세틸콜린의 이동을 방해하기 때문에 신경전달에 장애를 가져온다. 중증 근무력증은 종종 다른 자가면역질환들과 같이 오는데 류마틱 관절염, 전신성홍반성낭창, 악성빈혈등이다.³⁰⁾

진단) 진단은 과거력, 병력과 physical examination으로 충분하다. 보조적인 진단 방법도 이용된다. Tensilon test, Electromyogram, Antibody levels 등의 test가 있다.³⁴⁾

발생빈도) 남녀가 6:4라는 학설도 있고, 1:3이라는 학설도 있는데 남자는 60-70세에 많고 여자는 30대에 호발한다. 그리고 전세계 어느 연령층, 계층에나 다 발생한다.³⁰⁾

치료) 특별한 것은 없다. 의사는 환자의 증상, 생활습관, 치료반응 등을 고려하여 치료를 선택하여야 한다. 급속한 호흡이나 연하곤란의 진행은 적극적인 치료 및 합병증의 예방조치가 필요하다.³⁴⁾ anticholinesterase drug은 MG에 있어서 전체적인 증상의 호전효과가 있으며, immune suppressive drug은 cholinesterase inhibitor가 이상일 때 효과가 있다. thymectomy도 효과적이다. plasma pheresis도 증상악화시에 수술전에 해본다.³⁴⁾

분류)³⁰⁾

- Type1 1. 눈증후 2a. 약한 일반적인 증후
- 2b. 중간정도로 심해진 일반적인 증후
- 3. 급한 폭발적인 증후,

- Type 2 1. ocular 2. generalized 3. neonatal
- 4. congenital 5. drug-induced. ocular는

종종 generalized로 진행되는 하지만 외안근육에 증세가 나타난지 2년 후에도 그냥 그 상태이면 양성이다. generalized type은 가장 보편적이며 아래에서 상세하게 논하겠다. neonatal 형은 'floppy baby'증후군으로 어머니에게서 영향을 받아 태어난다. 드문 congenital 형은 신생아에게 존재한다. drug-induced형은 페니실린, phenytoin, trimethadoin등의 약물에서 기인한다.

Generalized Myasthenia Gravis ³⁰⁾

임상적표현) 초기증상은 갑작스러운 연수마비와 관련된다. 복시나 안검하수가 생기기도 하고 두개가 동시에 발생하기도 한다. 말의 어눌함, 비음, 그리고 씹기가 어렵고 코로의 역류증상은 하루의 오후 늦게 더 심해지고 쉬면 좀 낫는다. 병이 진행함에 따라 큰 근육들, 특히 목이나 팔의 근육들이 영향을 받는다. 환자는 손으로 자신의 턱을 받쳐야만 고개가 떨어지는 것을 막을 수 있을 것이다. 그리고, 여자들은 특히 저녁때 자신의 머리카락을 고정시키기가 어렵다는 것을 발견할 것이다. 결국은 모든 근육들이 영향을 받는다. 그 진행은 예상치 못할 정도로 갑작스럽다. 전염성 질환, thrototoxicosis, 월경, 임신 등이 그 증상을 가속화시킨다. 최근의 이 질환은 여러가지 약물에 의해서도 생긴다. 신경근육을 차단하는 약, CNS억제제, 심장약, 항생제(antibiotics)등이 그러하다.

신체적검사) generalized형의 초기에는 신체검사의 이상여부는 cranial n. 부위에만 국한되어 있으며 특히 외안근의 조절여부에 있었다. 비대칭의 안검하수나 복시현상이 보통이다. 동공반사는 정상으로 남아있다. 미소는 가로로 지어지며

비웃는 듯하다. 입은 턱의 근육이 약해져서 벌어져 있고 목의 굴근의 약화는 보통이다. 근위근육이 원위근육보다는 잘 영향을 받는다.

치료) 중증근무력증의 우선 치료방법은 주의이다. 하지만, 가장 좋은 방법은 없다. 역사적으로 항아세틸콜린esterase가 증상치료의 주증이었다. 약의 양은 여러가지가 있으며 부작용을 막기 위해서 약의 양은 잘 지켜져야 한다.

오늘날에는 스테로이드 주로 prednisolone이 1달내에 pyridostigmine bromide(콜린성 흥분제)에 적절한 반응이 없는 환자에게 선택된다. 소량부터 시작하여 증상적인 제어가 될때까지 양을 늘려가곤 한다. 그외에 여러 약이 있다.

2) hypokalemic paralysis

이 질환은 2/3의 경우 상염색체 우성이며 1/3에서는 산발적으로 나타나는데, 남자들에 더 빈발하며 심하게 나타난다. 소력의 발생은 특징적으로 사춘기에 나타나지만 10세 이전에 나타날 수도 있다. 탄수화물이나 염분이 많은 식사는 소력의 발작을 유발할 수 있다.³²⁾

마비는 사지 근육을 침범하며 주로 원위부보다는 근위부에 나타나고 안구, 구강내, 호흡근 등의 침범은 드물기는 하지만 치명적으로 나타나기도 한다. 반사는 저하되며 발작 동안에는 심부정맥이 나타날 수 있다. 발병후 수년간 지속적인 근위부 소력으로 진행될 수 있으며 무발작기 동안의 검사에서는 안검 경련을 제외한 모든 소견이 정상이다.

진단은 마비기 동안의 혈청내 K치 저하 및 심전도상의 저칼륨혈증 소견으로 가능한데, 근생검은 중심성 소낭을 통해 진단에 도움을 주지만 근전도는 유용하지 않다.

병리기전은 완벽하게 이해되지는 않지만, 아마도 sodium 이동에 관련된 근막의 이상으로 볼 수 있을 것 같다. 환자에게 있어 나타나는 insulin이나 potassium 섭취에 대한 과민성이

저칼륨혈증에 대한 감수성을 보다 높이는 영향을 주는 것 같다.³²⁾

치료에 있어서는 칼륨염을 공급하여 ion balance를 맞추는 방법을 쓰는데 경구투여나 정맥주사 모두 이용한다. 발작을 방지하기 위해서는 acetazolamide를 지속적으로 투여하는 방법을 쓴다.³²⁾

3) Hyperkalemic paralysis

이 질환은 저칼륨성 마비에 비해 지속시간이 짧고 빈도가 잦으며 근전도상의 근경련이 나타나는 수가 많으며, 발작은 공복시나 운동후의 휴식시에 나타난다. 발병은 저칼륨성 마비에 비해 조기에 시작되며 첫 1년동안 발작이나 근경련이 뚜렷하게 나타난다. 대부분 상염색체 우성으로 발현된다.³²⁾

“고칼륨성”이란 용어는 오해될 수 있는데, 실제로 칼륨에 대한 감수성이 예민하여 칼륨 주입 후에 발작이 일어나기 쉽다는 의미이다. 발작은 주로 사지 근육의 쇠약으로 드러나며, 두개나 호흡근의 침범도 나타나고 간혹 심부정맥도 나타난다. 감각마비 및 근육통도 일어날 수 있다.³²⁾

진단은 환자의 1/2 정도에서 혈중 칼륨치의 완만한 상승 및 칼륨 부하후 검사에 민감성을 보임으로써 알 수 있다. 근전도 및 근생검 소견도 진단에 도움이 된다.

병리 기전은 비정상적인 근막이 근육의 자발적인 탈분극을 일으켜 근경련 및 마비를 일으키는 것으로 이해된다.³²⁾

치료는 저칼륨성 마비와 같은 맥락에서 ion balance를 조정하는 데에 중점을 둔다.

acetazolamide 치료도 응용하지만 thiazide계 이뇨제가 보다 효과적이고 부작용이 적다.³²⁾

3. 筋異常 및 皮膚異常

1) 근이영양증 Muscular Dystrophies

근이영양증은 골격근의 진행성, 유전성 및 퇴행성 질환으로서 대칭적으로 근력이 점차

감소되면서 근육이 위축되는 점이 특징적이다. 근육을 지배하는 신경계통에는 이상이 없으며 감각기능도 정상이다.^{31,32,33)}

병인) 근이영양증의 원인은 유전자의 이상이다. 동일가계의 성원을 면밀히 검진해보면 40-50%의 증례에서 이환 환자를 발견할 수 있다는 보고가 있다. 역사적으로는 자율신경의 이상, 혈관설 등 여러가지 병인론이 있어 왔으나 가설로 머무르고 있다.

분류)

A. 성별과 연관된 근 이영양증(sex-linked muscular dystrophy)

- ① Duchenne type
- ② Becker type

B. 상염색체 열성소질 근이영양증(Autosomal recessive muscular dystrophy)

- ① 사지-대형(Limb-girdle type)
- ② 골반-대형(Pelvic-girdle type)
- ③ 견갑-대형(shoulder-girdle type)

C. 상염색체 우성소질 근이영양증(Autosomal dominant muscular dystrophy)

- ① 안면 견갑상완 근이영양증(Facioscapulohumeral dystrophy)
- ② 유아 안면 견갑상완 근이영양증(Infantile Facioscapulohumeral dystrophy)
- ③ 견갑비골 이영양증(Scapuloperoneal dystrophy)

D. 안이영양증(Ocular dystrophy)

E. 안인두 이영양증(Ocular pharyngeal dystrophy)

F. 원위 이영양증(Distal dystrophy)

G. 선천성 이영양증(Congenital dystrophy)

병리^{31,32,33)}

1. duchenne type 가성 비대칭형, 중증형

대부분 유년기 일찍부터 근력약화가 시작되어 빠른 속도로 진행하게 된다. 상염색체 열성유전이므로 환자의 어머니의 X염색체를 통해서 전달되어 남자에서만 발현하게 된다. 정확한 국내 통계는 아직 없으나, 외국의 경우 발병률은 남아 출생 10만명당 3.8-6.0명 정도로 알려져 있다. 가족성으로 발병되는 경향이 강하나 환자의 40%정도에서는 돌연변이에 의해 발병되는 경우로 가족력이 없다. 그러나 이러한 돌연변이 예의 반수 정도에서는 환자의 어머니에게서 경미한 이상이 발견되기도 한다.

유년기 근이영양증 중 가장 흔하며 장딴지나 다른 근육의 비정상적 비대가 특징적이다. 대부분은 3세이전, 거의 모두 6세 이전에 발견된다. 반수 정도에서는 걸음마를 시작하기 이전에 근력약화를 확인할 수 있다. 어떤 경우는 어린이가 걷거나 뛸 수 있는 시기가 지났는데도 이러한 운동기능을 습득하지 못하여 병원을 찾게 되기도 한다. 또는 이러한 운동기능들을 습득하기는 했어도 어린이의 움직임이 기운차지 못하고 자주 넘어지게 된다.

가성근비대(실제 근육량은 감소하나 근육의 변성으로 지방조직과 결합조직이 침착하여 외견상 오히려 비대해진 것 같이 보이는 소견)는 하퇴 및 전완부에서 현저하고 척추 전만과 척추 및 하지 신전근의 쇠약으로 일어설 때 하퇴, 대퇴 순으로 손을 짚어 올라가며 힘들게 일어서는 특이한 기립동작인 Gower's sign이 나타나며, 점차 걷거나 뛰거나 계단을 오르는 일이 힘들어지고, 양발을 넓게 벌리고 배를 앞으로 볼썽 내민 자세로 서게 된다. 걸을 때는 특징적인 '오리걸음(waddling gait 동요성보행)'이 점차 뚜렷해진다. 장요근 대퇴근 및 둔근에 이어서 전경골근이 약화되면 발이 치지는 족하수증과 발끝으로 걷는 걸음형태를 나타내게 된다. 상지대 근육의 약화는 하지대 근육에 비해 늦게 나타나는 편이다. 장딴지나 다른 근육에 나타나는 근육비대가 발병 초기

에는 점차 진행하거나, 혹은 근력약화가 확인되기 이전에 발견되기도 한다. 그러나 결국은 점차 그 크기가 줄어들게 된다. 특히 장딴지근육이나 그 외에도 대퇴근 혹은 삼각근이 지속적으로 근육비대를 보이지만 만져보면 고무와 같은 느낌이 들고 같은 크기의 정상 근육에 비해서는 근력과 근육긴장도가 떨어진다. 장딴지 근육의 통증이 드물지 않게 관찰된다. 건갑골을 흉곽부에 고정시켜 주는 근육들의 약화로 인해 건갑골이 떠올라 그의 각진 부위가 육안으로도 보이게 된다. 나중에는 다리와 팔 부위의 근육까지도 근력약화와 근육위축이 진행하게 된다.

사지는 대부분 축 처진 편이나 장애가 진행됨에 따라서 사지를 한 위치로만 유지하게 되고 또한 주동근과 길항근 사이의 불균형으로 인해 섬유성 구축이 일어나게 된다. 발병 초기에는 전경골근과 비골근의 저항없이 작용하는 장딴지 근육의 구축에 의해서 발이 내번침족의 형태를 갖게 된다. 나중에는 약화된 대퇴근에 의한 반작용의 감소로 인해 슬건이 짧아진다. 둔부 신근과 복근의 약화로 둔부 굴근이 구축되어, 환자는 직립상태를 유지하기 위해서 보상적인 척추전만증이 나타나게 된다. 이러한 구축이 점차 심해지면 환자가 거동하는 데 있어서 심한 제약을 가하게 된다.

근육섬유들이 소실되면 심부 건반사도 저하되어 소실된다. 진행성 근이영양증에서 평활근은 보존되는 것이 특징이지만 심장이 비후되거나 부정맥이 동반될 수 있고 심전도 검사상 이상 소견이 보이게 된다. 사망은 대부분 호흡근의 약화 및 폐의 감염이나 혹은 심장부전에 기인한다. 대부분의 환자가 청년기에 사망하게 되는데, 25세 이후까지 생존하는 경우는 20-25% 미만이다.

경미한 정신박약이 동반되기도 하는 데 이런 경우 뇌가 정상보다 약간 작고 대뇌뇌가 관찰되는 경우도 있다. 현재까지 질병예방의 유일한 방법은 genetic counseling이다.

2. Becker type

Becker type 근이영양증은 Duchenne type 근이영양증과 임상적 양상 및 근약화의 범위가 거의 비슷하다. 병의 진행이 느리고 반성열성소질을 가지고 있는데 발병은 일반적으로 7세 이후에 나타나나 희귀하게는 25세 이후에 발병하는 경우도 있다.

10세를 전후하여 발가락 끝으로 걷는 보행과 오리걸음이 나타나고 상지는 2-10년 후에 침범된다.

Becker type을 확진하는 데는 다음과 같은 요소들이 사용된다.

- 1) 반성 열성유전소질 확인
- 2) 적어도 16세 정도까지는 보행기능 유지
- 3) 장딴지근의 가성비대가 비교적 초기에 출현
- 4) 비교적 초기에 아킬레스건의 구축이 있고 다른 근육이 나중에 구축
- 5) 근쇠약의 특별한 분포-고관절 주위근, 전경골근 등이 침범되고 다른 근육들은 이 병의 후기까지 잘 침범되지 않는다. 근이영양증의 진행에 따라서 심부건 반사가 소실되나 ankle jerks는 이 병의 후기까지 남아 있다.

일반적으로 이상보행은 15세를 전후하여 발달이 심해지며 보행기능을 상실하는 평균연령은 30세 그리고 평균수명 기대치는 36세 정도이다.

3. Facioscapulohumeral dystrophy

20대 이전에 안면근과 상지대근에서 약화가 시작되어 휘파람을 불거나 대롱으로 물을 마시는 일이 힘들어지고, 눈을 꼭 감을 수가 없으며, 가면 모양의 얼굴로 표정이 없어지며 특히 이두박근과 삼두박근의 근육위축으로 상완이 가늘어져 '뽀빠이 팔 모양'이라고도 한다.

건갑골 주위근육의 약화로 건갑골이 흉곽에 고정되지 못하고 위로 뜨는 양상이 특징적이다. 전경골근의 약화로 족하수증이 심해지나 가성 근육비대는 없다. 경과는 비교적양호하

며 대부분은 수명이 정상이다.

4. Limbic-girdle type

대부분 10대 또는 20대에 시작되며 남녀 모두에서 발생한다. 진행성의 근력약화와 근육 위축이 하지대부터 먼저 뚜렷하게 나타난다. 대부분 발병후 20년 정도 경과하면 보행이 어려워진다.

<감별진단>

증상 형태	Duchenne type	Limbic-girdle type	Facioscapulohumeral dystrophy
발병연령	어린이3-6세	조기 혹은 후기 10-20대	사춘기 20대이전
성별	남자	남녀	남녀
가성비대	흔함	흔치 않음	귀함
초기이완부	골반대	골반대 견갑대	견갑대(안면상지)
안면이완	드뭄	거의 없음	항상있음
진행	급속	중간	느림
기형	흔함	가끔 있음	드뭄
유전	열성소절	양쪽 모두	우성소절

<검사소견>

1. 혈액검사

혈청 creatine치의 측정은 환자 뿐 아니라 유전자는 보유하고 있으나 겉으로 발현되지 않은 carrier 확인에도 이용된다. 근이영양증에서는 creatinine 배설감소와 동시에 creatine 배설이 비정상적으로 증가한다. Duchenne type에서는 그 수치가 가장 높게 상승하며 완만히 진행하는 형일수록 경미하게 상승한다. 또한 Duchenne type에서 혈청 creatine 농도는 연령에 따라 거의 변화가 없으나 뇨중 creatine 배설량은 연령과 함께 증상이 진행함에 따라 증가한다. 근위축으로 근육량이 감소하기 때문에 간에서 합성된 creatine의 대부분이 근육으로 들어가서 creatinine으로 전환되는 것이 아니라 그대로 뇨중에 배설된다고 생각되고 있다. Myoglobin치의 상승도 관찰된다.

2. 근전도 검사

특징적인 키가 작고 짧은 활동전압과 세동 등의 근육병적 소견을 나타낸다.

3. 조직검사

근육의 일부를 채취하여 조직검사를 시행함으로써 근육 섬유가 퇴화되어 소실되는 것을 확인할 수 있다.

<감별진단>

	근이영양증 (PMD)	근위축증 (PMA)
발생시기	유년기	청장년기
병변부위	근육자체	척수전각세포
호발근육	근위부	원위부
이완근 분포	미만성	국소성
이완근 강직성	없음	있음
속상 수축	없음	있음
유전성	있음	없음

<치 료>

아직 근이영양증에 대한 특별한 치료방법은 없다. 근이영양증의 흔한 합병증인 골절, 폐감염, 심부전 등이 있을 때는 이에 대한 처치가 필요하며 장시간 누워서 지내는 것을 피하고 환자로 하여금 가능한 한 충분히 오랫동안 정상생활을 유지하도록 하는 것이 중요하다. 이렇게 함으로써 무활동으로 인한 빠른 악화를 막고 건강한 심리 상태를 가질 수 있도록 한다. 비만에도 주의를 하여 식이요법, 수영을 권장하며 앉아서 할 수 있는 직업을 가질 수 있도록 교육을 계속 받게 한다. 또한 물리 치료를 조기에 시작하는 것이 효과가 더 높은 것으로 알려져 있으며 구축으로 인해서 활동의 제약이 있을 때는 근막 절개술이나 건연장술 등을 시행할 수 있다.^{30,31,32)}

2) Polymyositis & dermatomyositis,

多筋炎 & 皮膚筋炎

Polymyositis & dermatomyositis에는 급속

히 진행되는 근육의 쇠약이 있다. polymyositis 환자의 1/2이 근육통과 관련이 있고 1/3이 ESR이 상승한다. 처음 진단시에 electrolytes, 특히 potassium, calcium, phosphatase가 중요하다. thyroid function, BUN, Creatinine, antinuclear antibodies도 평가되어야 한다.³⁴⁾

IV. 考 察

痿證은 그 개념을 內經에서 부터 볼 수 있는데, 素問 太陰陽明論²⁵⁾에서는脾胃의 기능이弱하여津液을行하지 못해四肢筋骨이衰한다 하였고, 痿論²⁵⁾에서는肺熱葉焦로皮毛가虛弱하니急迫하면痿躄이 생긴다고 하고, 또五臟이 모두痿證을 발생하게 할 수 있다고 보아痿躄, 脈痿, 筋痿, 肉痿, 骨痿 등을 설명하고 있으며, 生氣通天論²⁵⁾에서는濕의原因에 의해서大筋軟短 小筋弛張이 생긴다는 설명과痿證이 발하는根本을陽明에 두는 것을 설명하였다. 즉, 肢體筋脈이弛緩되어手足이軟弱無力하여手不能握物하며足不能任身하고關節이脫力되고 점차筋肉이萎縮되어隨意運動이不能한證狀이다.^{3,6,25,26)}

처음 內經에서 筋肉異常의痿證과 같이五臟에 의해서 생기는五種의痿도 설명되었으나^{25,26)}, 後代로 넘어가면서부터 筋肉에 관계되는 증상쪽으로 그 초점이 맞추어지고 있어서 金匱要略은 鹹味에 의해서筋骨이傷한 것을痿라한다 하였고¹⁶⁾, 儒門事親에서는弱而不用者痿¹⁹⁾로 景岳全書에서는精血虧耗하면血脈筋骨肌肉痿弱無力以運動¹⁷⁾ 하여진다고 설명하고 있고, 萬病回春에서는上盛下虛 飲食不能行也¹⁰⁾라고 하였다.

金元四大家時代에는痿證에 대해서도理論의 전개가 풍부하였으니 東垣은燥金이濕熱邪를 받아서痿가 생기는 것을 설명¹⁴⁾하고 있으며 張子和는弱而不用者痿, 肺金水火制 六葉皆焦라고 하였으며¹⁹⁾ 丹溪는原因을濕痰濕

熱 氣虛 血虛 瘀血로 구분하고 각각의治法을 세웠다.²²⁾

明清代에도 景岳은濕熱로 인한痿證의 발생에 주의하여 二妙散등의方을 이용하였음을 볼 수 있고¹⁷⁾ 醫學入門에서는五痿¹⁵⁾에 대해서 설명하고 있다. 근대에 이르러서는原因, 證狀, 治療에 대해서 보다 자세하게考證, 分類하여서 이용하고 있다.^{3,4,5,6,7)}

痿證에 대한 정의에서 金匱要略¹⁶⁾은鹹味에傷한則骨이傷한다 하였고 儒門事親¹⁹⁾에서는'弱而不用者爲痿'라 하였고 皮毛虛弱하고急而薄하면生痿躄하니躄者는足不能伸而行也라 하였다. 景岳全書¹⁷⁾에서는隨情妄用하고喜怒勞跌하여以致內臟精血虧耗하면血脈筋骨肌肉痿弱無力以運動하니故致痿躄이라 하였다. 醫學入門¹⁵⁾에서는肺熱로 인하여皮痿가 생기고肺熱葉焦하고脾弱著足하면痿躄이 생기며脈痿는悲哀失志 上發喘下溲血 乃心熱下虛也한 것이고筋痿는思色無窮 或入房太甚 口苦白淫 乃肝熱 膽津液이라 하였고肉痿는居處卑濕 肉蠕動而口渴乃脾熱胃燥也니 肌肉麻痺不仁이라 하였고骨痿는有所勞行 大熱而渴 則陽氣內伐하고熱舍於腎 水不勝火하고骨髓空虛 色黑齒枯하니腰膝與脊不舉 骨痿不能起於床者死라 하였다. 萬病回春¹⁰⁾에서는痿者上盛下虛 飲食不能行也라 하였고 石室秘錄²³⁾에서는痿證을人有兩足無力하고不能起立하며口又健飯하니如少忍饑餓한則頭面皆熱 有咳嗽不已者라고 설명하고 있다. 濟衆新編⁸⁾에서는痿는手足無力이라 하였고 醫宗金鑑¹³⁾에서는痿病은 모두肺熱로生하니陽明에無病하면不能成이라 하였다. 즉痿證은手足無力하여不能起立하거나不能握物한證狀을 주로 말하고 있다.

原因에서 素問, 太陰陽明論²⁵⁾은四肢는 모두胃로부터 영양을 받는 데脾病으로胃로津液을行하지 못하면四肢가水穀氣를받지 못하여氣가 날로衰하니脈道不利하여筋骨肌肉이 모두生하지 못하니故不用하게 된다고 하

였으며, 素問, 痿論²⁵⁾에서는 肺는 臟之長也 니 肺熱葉焦한 則皮毛虛弱하니, 急薄한 則生痿躄한다 하였다. 素問, 氣交變大論²⁵⁾에서는 歲土太過하면 雨濕流行하고 腎受水邪하니 民病足痿不收하여 行善瘰脚下痛하며 歲火不及하면 寒乃大行하고 復則病痿痺足不任身한다 하였다. 素問, 至眞要大論²⁵⁾에서는 太陰在泉하면 客勝則足痿下重한다 하였다. 諸病源候論¹³⁾에서는 手足不遂者는 由體虛腠理開하여 風氣傷于脾胃之經絡也하고 脾氣弱하면 肌肉虛해지니 四肢肌肉이 稟受한 바 없어진다고 하였다. 儒門事親¹⁹⁾에서는 皮毛虛弱하고 急而薄하면 生痿躄한다 하였고 好以貪色하고 強力過極하면 漸成痿疾한다 하였다. 景岳全書¹⁷⁾에서는 肺熱葉焦하여 致金燥하면 水虧하여 이에 成痿證한다고 하였다. 현대에서는 肺熱傷津, 濕熱阻滯, 肝腎虧虛, 脾胃損傷, 勞倦大熱, 精血虧耗 등에 의해서 발생한다고 보고 있다. 以上을 보면 痿는 感情, 飲食, 運動 등 거의 모든 原因에서 올 수 있으며 그 중에서도 熱로 인하여 津液을 傷하여서 오는 것을 가장 많이 論하고 있음을 알 수 있다.

證狀으로는 素問, 生氣通天論²⁵⁾에 因於濕하면 首如囊하고 濕熱不壞하여 大筋軟短하고 小筋弛張하니 軟短爲拘이며 弛張爲痿이라 하였다. 素問, 陰陽別論²⁵⁾에서 三陽爲病하면 發寒熱하니 下爲癰腫하고 急爲痿厥喘하고 三陽三陰發病하면 爲偏枯痿易하니 四支不舉하게 된다 하였다. 素問, 痿論²⁵⁾에서는 脈痿는 軀折擊脛縱而不任地也하고 肝氣熱하면 膽泄口苦하고 筋膜乾하니 筋膜乾則筋急而攣하여 發爲筋痿한다 하였고 脾氣熱한 則胃乾而渴하고 肌肉不仁하면 發爲肉痿하고 腎氣熱한 則腰脊不舉하고 骨枯而髓減하니 發爲骨痿한다 하였다. 素問, 六元正紀大論²⁵⁾에는 肌肉萎하고 足痿不收한다 하였고, 靈樞, 邪氣臟腑病形篇²⁶⁾에서는 四肢不用한다 하였으며 靈樞, 本神²⁶⁾에서는 恐懼而 不解則傷精하니 精傷한 즉 骨酸痿厥하고 精時自下한다 하였다. 靈樞, 經脈²⁶⁾에서는 寒

則反折筋急하고 熱則筋弛縱不遂한다 하였다. 儒門事親¹⁹⁾에서는 兩足痿弱 不能行用이라 하였다. 東垣十種醫書¹⁴⁾에서는 腰已下痿軟癱瘓하면 不能動하고 行走不正한다 하였고 대부분 四肢困倦하고 精神短小하며 懶於動作하고 胸滿氣促하고 肢節沈痛하고 或氣高而喘하고 身熱而煩하며 心下膨痞하고 小便黃而少하며 大便溏而頻하니 或痢出黃糜하고 或如泔色하고 或渴或不渴하고 不思飲食하며 自汗體重한다 하였다. 醫宗金鑑¹³⁾에서는 肺熱葉焦皮毛痺면 發爲痿躄不能行한다 하였고 心熱脈痿脛節縱하고 腎骨腰脊不能舉 하니 肝筋拘攣失所養하고 脾肉不仁燥渴頻한다 하였다. 이를 보면 痿證의 證狀으로는 內經에²⁵⁾ 大筋軟短 小筋弛長 軟短爲拘 弛長爲痿한 것을 대표로 後代에도 四肢困倦 精神短小 懶於動作 胸滿氣促 肢節沈痛이라고 하여 주로 四肢의 筋肉을 제대로 쓰지 못하고 精神도 맑지 못하고 呼吸도 順調롭지 못하다고 설명하고 있다.

治法으로는 素問, 痿論²⁵⁾에 各補其榮而通其俞하여 調其虛實하고 和其逆順하면 筋脈骨肉하니 各以其時受月則病已矣이라 하였다. 靈樞, 根結²⁶⁾에서는 痿疾者는 取之陽明 하니 視有餘不足하고 無所止息者는 眞氣稽留하고 邪氣居之한 것이라 하였다. 儒門事親¹⁹⁾에서는 痿病無寒하니 故痿作寒治라 하였고, 東垣十種醫書¹⁴⁾에서는 腰已下痿軟癱瘓하고 不能動하고 行走不正하여 兩足皸則以清燥湯主之라 하였고 或汗少者하고 血先病而氣不病也하고 其脈中得洪緩하고 若濕氣相搏하면 必加之以遲遲하고 病雖互換少差하면 其天暑濕令則一也니 宜以清燥之劑治之니 清暑益氣湯을 쓰고 如濕熱乘其腎肝行步不正하고 脚膝痿弱하면 兩脚皸側已中痿邪니 加酒焦黃栢知母各五分令兩足湧出氣力矣라 하였다. 丹溪心法²²⁾에서는 痿證斷不可作風治而用風藥하니 痿證有濕熱濕痰氣虛血虛瘀血에 濕熱이면 東垣健步丸에 加燥濕降陰火하는 蒼朮黃芩黃栢牛膝之類를 加하고 濕痰에는 二陳湯 加蒼朮白朮黃芩黃栢竹瀝薑汁을 쓰고

氣虛에는 四君子湯 加黃芩黃柏蒼朮之類를 쓰고 血虛에는 四物湯 加黃柏蒼朮煎送補陰丸을 쓰고 亦有食積死血하여 妨碍不得下降者하면 大率屬熱하니 用參朮四物湯黃柏之類하였다. 景岳全書¹⁷⁾에서는 濕熱에 脈洪滑而證多煩熱者는 必當先去其火하여야 하니 宜二妙散隨症加減用之한다. 陰虛兼熱者는 宜正傳加味四物湯, 虎脛骨丸을 쓰고 或은 丹溪補陰丸 滋陰八味丸類 등으로 主之한다. 若絶無火證하면 而止因水虧于腎하니 血虧於肝者는 不宜兼用涼藥以伐生氣라 하였다. 萬病回春¹⁰⁾에서는 痿는 內傷으로 血氣虧損하니 治用參歸養營湯과 加減虎潛丸으로 한다 하였다. 張氏醫通¹⁸⁾에서는 痿厥發逆은 肥貴人高粱之疾也니 腎著湯加葶藶을 쓰고 秋傷于濕하고 上逆而咳하고 發爲痿厥하면 小青龍湯去麻黃加羌活하였다. 腎虛之人은 六七月之間에 濕冷大行하고 濕熱相合하면 痿厥之病大作하니 腰以下痿軟不能動하고 行走不正하고 兩足綺偏하니 清燥湯을 쓰고 伸不能屈하고 屈不能伸하고 腰膝腿脚腫痛하고 行走艱難하면 安腎丸을 쓴다 하였다. 石室秘錄²³⁾에서는 瀉火不補水하여야 하니 方用起痿至神湯을 쓰니 熟地山藥元參甘菊花 各一兩 人蔘當歸白芍 各五錢 白芥子三錢 神麴二錢을 水煎服하면 一劑火減하고 二劑火退하고 十劑而痿有起色하고 三十劑可全愈한다. 此方은 奇在甘菊花爲君이니 瀉陽明之火하나 不損胃氣 하고 其餘不過補腎水生肝血健脾氣消痰涎할 뿐이다. 蓋治痿以陽明爲主하니 瀉陽明然後에 諸藥을 보 조하면 스스로 낫는다고 하였다. 濟衆新編⁸⁾에서는 瀉心補腎하고 淡薄食味하니 切不可作風治로니 金水腎氣丸으로 調和하여야 하며 有氣痰積有濕熱하고 有濕熱相半有挾氣者는 兼濕痰이니 二陳湯에 加 兩朮芩栝竹瀝湯하고 熱厥에는 滋腎丸 或은 挾寒에는 五積散에 合獨活寄生湯하고 高粱者는 疏風順氣元을 쓴다고 하였다. 즉 瀉熱을 爲主로 하는 治法과 治方이 主流를 이루고 그 외에 利濕熱, 補肝腎陰血, 補脾胃, 補氣血, 益精血 등의 治療方法을 이용

하였음을 알 수 있다.

현대에서 韓醫學事典²⁾에서는 痿躄이라고도 하며 肢體가 委弱하여 쓰지 못하는 하나의 病症이라 하였다. 처음에는 下肢가 無力하다가 점차 手足이 軟弱해지고, 肌肉이 麻木不仁해지며 皮膚가 堅固해지며 高熱 후에 四肢가 委弱하여 들 수 없게 되고 혹은 産後에 兩脚이 痿軟하여 쓰지 못하게 되는 수도 있다. 병리 변화상 이완성 마비와 비교적 유사하다 하였다. 中醫內科學³⁾에서는 主要原因을 津液에서 形成되었다고 하여 津液이 不能滋養筋骨肌肉하여 形成된다고 하였으니, 肺熱傷津, 濕熱阻滯, 脾胃虛弱, 肝腎虧虛으로 變증시치하였다. 實用中醫內科學⁶⁾에서는 熱傷肺津, 肝腎虧虛, 脾胃損傷, 濕熱侵襲, 瘀血阻絡으로 變증시치하였다. 中醫內科辨證學⁵⁾에서는 肺熱葉焦, 肝傷精虛, 濕熱不壞, 勞倦大熱, 精血虧耗, 痿在陽明으로 變증시치하였으며, 中醫辨證論治寶典⁷⁾에서는 痿證은 手足痿軟無力하거나 或 下肢軟弱不用이라 정의하였다.

이완성 마비 증후군은 1. 전반적인 근력저하 2. 근긴장도 저하 3. 반사의 감소 혹은 소실 4. 신경성 근육 퇴행 변화가 생긴다.²⁷⁾ 인체의 운동신경계의 구조는 추체로와 추체외로 그리고 근육신경 접합부 등으로 이루어진다. 근육의 수의운동은 대뇌피질 중 운동 영역에 해당되는 브로드만야 4에서 기원해 전각세포에 연결되는 신경세포에 의해 이루어지는데 이 신경세포들의 축색이 모여 추체로를 이룬다.²⁷⁾ 추체외로는 연수의 추체를 통과하지 않는 모든 신경로를 의미하며 척수, 뇌간, 소뇌, 대뇌피질에서 일어나는 운동조절 feedback에 영향을 미친다.²⁷⁾ 신경근육 접합부(neuromuscular junction)에서 운동신경은 근육의 작용을 조절할 뿐만 아니라 근육의 유지에 결정적인 역할을 한다. 운동신경이 절단되면 근섬유는 급속히 위축되어 결합조직으로 대체된다. 불용성 위축(disuse atrophy)과 같이 단순히 근육 운동이 안되는 경우에는 심한 위축이 일어나지

는 않는다. 정상적인 근육의 유지를 위해서는 신경근육접합부의 연접이후막에 대한 acetylcholine의 계속적인 자극이 필수적이다. 추체로가 손상받으면 대뇌피질로부터 척수전각세포로 전달되는 수의운동 명령이 차단되므로 마비가 일어난다. 만약 갑작스러운 추체로 손상이 일어나면 신전반사가 저하되며 이완성마비가 일어난다.²⁷⁾

피질척수로의 기능 장애에 해당하는 쇠약은 상위운동신경원의 병변과 하위운동신경원의 병변으로 나눌 수 있다.³⁵⁾ 상위운동신경원의 병변(Upper motor neuron disease)은 우선 Pyramidal tract(피질척수로)의 병변으로 Babinski sign, Abdominal superficial reflex(복부 표층 반사)의 소실, Cremasteric reflex의 소실 및 정교하고 숙련된 수의적 운동의 수행이 소실되며 특히 사지의 원위단에 심하다. Extrapyramidal tract의 병변은 피질척수로 이외의 하행신경로에 병변이 생기며 다음과 같은 임상 징후가 나타나니, 근육 위축은 없거나 경미한 상태에서의 마비가 나타나며, 근육의 연축 또는 긴장항진이 있는데 하지는 신전상태, 상지는 굴곡 상태를 유지하며, 과장된 심부 근육 반사 및 간대성 경련이 수지굴근, 대퇴사두근, 하퇴 근육에 나타나며, clasp-knife reaction이 나타나며, 일단 근육이 신장되면 급격하게 저항이 소실된다.³⁵⁾

중요한 것은 실제 임상에서 피질 척수로 내외 부위에 국한된 기질적 병변은 매우 드물다는 점이다. 대개는 둘다 영향을 받아서 두 가지 임상적 징후가 모두 나타난다는 것이다. 일반적으로 pyramidal tract은 근육 긴장도를 증가시키는 경향이 있고 extrapyramidal tract은 근육 긴장도를 감소시키므로 두 상반된 작용들간의 균형이 무너지면 다양한 근육긴장도가 일어난다. 하위운동신경원의 병변(lower motor neuron disease)은 외상, 감염(소아마비), 혈관질환, 퇴행성질환, 신생물 등의 질환이 복측회백질 신경원 세포체나 그 축삭을 파괴함으로

써 하위운동신경원의 병변을 일으키게 된다. 임상적 징후로는 해당 근육의 이완성 마비(flaccid paralysis), 해당 근육의 위축(atrophy), 해당 근육의 반사 소실(loss of reflex), 근육의 다발성 수축(muscular fasciculation), 근육의 구축(muscular contracture), 변성반응(reaction of degeneration)이 나타난다.³⁵⁾

이완성 마비의 원인은 1) muscle 2) neuromuscular junction 3) peripheral nerve 4) lower motor neuron 5) upper motor neuron 등의 이상에서 찾을 수가 있다.³²⁾ 쇠약은 근력의 저하로 인한 수의적 운동의 수행 능력 장애를 말한다. 대부분 이완성마비는 중추신경계나 말초신경계 및 근육의 병변이나 기능 장애에 기인한다. 이완성마비의 성질이나 심각성을 확인하기 위해서는 병력 청취가 중요하다. 이완성마비가 나타나는 데에 걸린 기간이나 어떤 동작에서 쇠약감을 느끼는지에 대한 정확한 병력 청취는 이완성마비가 온 근육군에 대한 변별에 도움을 준다.³²⁾

이완성 마비가 보일 수 있는 질환에는 神經原性으로 Guillain-Barre syndrome, ALS(筋萎縮性 側索硬化症) 근신경접합부이상으로 Myasthenia gravis 근이나 피부이상으로 Muscular Dystrophies, Polymyositis & dermatomyositis 등이 있다.³⁴⁾ Myasthenia gravis는 자가면역질환에서 오는 neuromuscular junction의 이상이며, Weakness와 Fatigability이 특징이다. 안검하수, 복시, 구음장애, 연하장애, 사지소력, 호흡곤란 등의 증상이 보이며 여성에 호발한다. 증상악화는 발병후 3년에 잘 생긴다.³⁴⁾ Guillain-Barre syndrome은 급격히 상행성으로 마비가 진행된다. 반사는 저하되거나 없어진다. CSF단백질은 다구증이 없이 보통 상승한다. 특히 IgG가 상승한다.³⁴⁾ virus질환이나 설사 혹은 Epstein-Barr virus, cystomegalovirus, campylobacter, hepatitis, HIV에 대한 노출이 선행된다.³⁴⁾ 치료는 보조적이다. 예후는 양호하여 수 개월 사이에 후유증 없이

치유되는 일이 많다. ALS는 척수와 연수의 운동세포 병변으로 말미암아 만성적으로 근육의 위축과 섬유성 연축이 나타나는 질환이다.³⁶⁾ 초발증상은 손의 脫力, 손가락의 운동장애, 팔의 섬유성 연축등이 있다. 증상이 진행됨에 따라 嚔下困難, 談話困難, 構音障礙 등이 나타난다. 특별한 치료법은 없으며 예후는 나빠서 일반적으로 5년내에 사망한다. Muscular Dystrophies는 골격근의 진행성, 유전성 및 퇴행성 질환으로서 대칭적으로 근력이 점차 감소되면서 근육이 위축되는 점이 특징적이다. 근육을 지배하는 신경계통에는 이상이 없으며 감각기능도 정상이다.^{31,32,33)} 원인은 유전자의 이상이다. 특별한 치료는 없으며 예후는 각 유형마다 조금씩 다르지만 좋지 않다. Polymyositis & dermatomyositis에는 급속히 진행되는 근육의 쇠약이 있다.

즉, 痿證은 주로 熱에 의해서 體內的 津液이 말라 四肢를 營養하지 못하여 四肢가 軟弱無力해지는 症狀을 말하며, 辨證으로는 熱傷肺盡, 肝腎虧虛, 脾胃損傷, 濕熱侵襲, 瘀血阻滯 등으로 하고 治療는 獨取陽明의 개념을 가지고 胃陰을 補하는 방법을 사용하며 各各의 原因에 맞추어 補脾胃, 補肝腎陰血, 瀉肺胃之熱, 補胃陰 등의 治療방법을 사용한다. 現代醫學적으로 痿證은 이완성마비와 많은 유사성을 가진다. 이는 1) muscle 2) neuromuscular junction 3) peripheral nerve 4) lower motor neuron 5) upper motor neuron의 原因에서 오며 四肢麻痺의 證狀과 아울러 甚하면 호흡근의 마비까지 온다. 치료는 특정한 치료법보다는 證狀에 맞추어 행해지게 된다.

이와 같은 점에서 痿證은 CVA의 후유증으로서의 근육의 弛緩과는 原因 및 증상의 표현에서 서로 다른 것을 알 수가 있다. 즉 痿證 이완성마비는 그 原因을 근육이나 근육신경접합 또는 말초신경의 이상에서 주로 찾고 있으며 CVA는 중추신경의 異常을 기본으로 하고 있다. 證狀에서도 痿證 이완성마비는 兩

側性, 上行性이라는 특징을 가지고 있으나 CVA는 短側性 및 上下肢동시에 오는 것을 종종 발견할 수가 있으니 證狀에서도 차이가 있음을 알 수가 있다.

V. 結 論

이상과 같이 痿證에 對한 東西醫學的 考察을 통하여 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. 痿證의 定義는 '弱而不用者爲痿'라 하였다.
2. 痿證의 原因은 脾胃가 無力하여 四肢로 津液을 보내지 못하거나, 肺熱葉焦한 것이 가장 많이 언급되었다. 즉, 熱에 의해서 발생한 것으로 보았다. 그 외에 肺熱傷津, 濕熱阻滯, 肝腎虧虛, 脾胃損傷, 勞倦大熱, 精血虧耗 등에 의해서 발생한다.
3. 痿證의 主證狀은 手足痿軟無力하며 隨意運動이 不能하며 皮毛가 焦悴하고 萎縮된 것이다. 그 외에 四肢困倦 精神短小 懶於動作 胸滿氣促 肢節沈痛 등이 있다.
4. 痿證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 絶대로 熱을 가하는 치료를 하지 않고 補陰하는 것으로 治療의 主를 삼았다. 그 외에 各各의 原因에 맞게 利濕熱, 補肝腎陰血, 補脾胃, 補氣血, 益精血 등의 治療방법을 이용하였다.
5. 이완성 마비가 보일 수 있는 질환에는 神經原性으로 Polyneuropathy(Guillain-Barre syndrome), ALS(筋萎縮性 側索硬化症) 등이 있고 筋神經接合部異常으로 Myasthenia gravis, hypokalemic paralysis, Hyperkalemic paralysis 등이 있고 筋이나 皮膚異常으로 Muscular Dystrophies, Polymyositis & dermatomyositis 등이 있다.
6. 이완성마비의 原因은 1) muscle 2) neuromuscular junction 3) peripheral nerve 4) lower motor neuron 5) upper motor

neuron의 이상에서 그 원인을 찾을 수 있다.

7. 이완성마비는 證狀은 주로 兩側性, 上行性으로 발생하며 전반적인 筋力低下, 筋緊張度 低下, 反射의 減少 或은 消失, 神經性 筋肉 退行 變化가 일어난다.
8. 이완성마비와 痿證은 증상면에서 많은 공통점을 가진다. 치료면에 있어서는 韓方에서 痿證을 熱로 인한 病證으로 보아 補陰 위주로 치료하는 것과 洋方에서의 對證的인 치료 간에 상호 보완점을 발견할 수 있다.
9. 痿證 이완성마비와 CVA의 후유증으로서의 근육의 이완과는, 原因에서 痿證 이완성마비는 그 원인을 근육이나 근육신경접합 또는 말초신경의 이상에서 주로 찾고 있으며 CVA는 중추신경의 異常을 기본으로 하고 있다. 證狀에서도 痿證 이완성마비는 兩側性, 上行性이라는 특징을 가지고 있으나 CVA는 片側性및 上下肢동시에 증상이 발현하는 것을 종종 발견할 수가 있으니 證狀에서도 차이가 있음을 알 수가 있다.

參考 文獻

1. 김동일 외, 東醫學辭典, 서울, 麗江出版社, 1988, pp. 1213
2. 김현제 외, 漢醫學事典, 서울, 成輔社, 1983, pp. 477-479
3. 上海中醫學院, 中醫內科學, 상무인서관, 1977, pp. 193-199
4. 張洪善 外, 黃帝內經事典, 天津科技出版社, 1991, pp. 888-889
5. 中醫內科辨證學, 大星文化社, 1984, pp. 384-393
6. 黃文東 外, 實用中醫內科學, 上海, 上海科技出版社, 1983, pp. 569-578
7. 黃三元, 中醫辨證論治寶典, 臺北, 八德教育文化出版社, 增74, pp. 150-151
8. 康命吉, 濟衆新編, 서울, 杏林書院, 1975, pp. 155
9. 高士宗, 素問直解, 과학기술문헌출판사, 1982, pp. 319
10. 龔廷賢, 萬病回春, 북경, 인민위생출판사, 1986, pp. 323-324
11. 傅青主, 傅青主男女科, 서울, 大星文化社, 1984, pp. 27
12. 巢元方, 諸病源候論, 서울, 大星文化社, 1984, 권1 pp. 8-9
13. 吳謙, 醫宗金鑑, 서울, 大星文化社, 1983, 권 39, pp. 330-331
14. 李東垣, 東垣十種醫書, 서울, 일증사, 1993, 脾胃論, 卷中, pp. 3-5, 卷下 pp. 2
15. 李挺, 醫學入門, 서울, 翰成社, 1980, pp. 402
16. 朴憲在譯註, 金匱要略, 서울, 서원당, 1978, pp. 137
17. 張介賓, 景岳全書, 서울, 大星文化社, 1988, pp. 667-671
18. 張璐玉, 張氏醫通, 臺北, 金藏書局印行, 上冊 pp. 228-230
19. 張子和, 儒門事親, 臺北, 旋風出版社, 1973,

- 권4 pp. 7
20. 張仲景, 仲景全書, 서울, 大星文化社, 1984, pp. 145, 373-374
 21. 程國彭, 醫學心悟, 臺北, 友聯出版社, 1961, pp. 174-175
 22. 朱丹溪, 丹溪心法附餘, 서울, 大星文化社, 1982, pp. 654-656
 23. 陳士鏞, 石室秘錄, 서울, 杏林書院, 1973, pp.28-31, 139-140
 24. 許俊, 東醫寶鑑, 서울, 남산당, 1987, pp. 304-305
 25. 洪元植, 精校黃帝內經素問, 서울, 동양의학 연구원 출판부, pp. 16-19, 31-33, 112-113, 166-168, 184-187, 248-251, 262-281, 293-308,
 26. 洪元植, 精校黃帝內經靈樞, 서울, 동양의학 연구원 출판부, pp. 36-49, 50-56, 79-96
 27. 김진수 역, 피터 두스, 신경국소진단학, 서울, 과학서적센터, 1992, pp. 31- 38, 45-51
 28. 原色最新醫療大百科事典, 서울, 1991, pp. 120
 29. 이우주, 영한의학사전, 서울, 도서출판 아카데미, 1990, pp. 1777
 30. Alister Brass, The Ciba Collection of Medical Illustrations, pp. 196-197 , vol 1
 31. Cecil Textbook of Medicine, W.B. Saunders Company, 1979, pp.1958-1961
 32. Harrison's Principles of Internal Medicine 12th Ed, 1991, Vol 2, pp. 2121-2122
 33. John Gilroy, Patti L. Holliday, Basic neurology, New york, Macmillian publishing Co, pp. 346
 34. Michele Woodley, Aliswon Whelan, The Washington Manual 27th Edition, Boston, Little, Brown and Company, 1992, pp. 482-485
 35. Richard S. Snell, 조사선외 역; 神經解剖學, 3rd Edition, 119-126, 335-336, 서울, 1995, 범문사
 36. I.M.S Wilinon, Essential Neurology 2nd Edition, London, Blacwell scientific Publication, 1987, pp. 187-205
 37. 康秀一.崔容泰: 痿證의 病因病理 및 鍼灸治療에 關한 文獻的 考察, 경희대학교 대학원, 1991
 38. 金湘洙.裴亨燮: 痿證에 대한 東西醫學的 考察, 경희대학교 대학원, 1994
 39. 李大植.金永錫: 痿證의 原因 및 症狀에 關한 東西醫學的 考察, 경희대학교 대학원, 1991