

자율신경 기능 이상을 동반한 Guillain-Barre 증후군 1례

김관식, 김동웅, 신선호, 조권일, 신학수, 한명아, 최진영, 최우정, 양재훈, 정용준

원광대학교 한의과대학 전주한방병원 내과학교실

Report on the Guillain-Barre Syndrome with Autonomic Dysfunction(1 Case)

Kim Kwan Sick, Kim Dong Ung, Shin Sun Ho, Cho Gwon Il,
Shin Hak Su, Han Myung A, Choi Jin Young, Choi Woo Jung, Yang Jae Hun, Chung Yong Jun

Department of Oriental Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang University

Guillain-Barre syndrome, or acute inflammatory demyelinating Polyradiculoneuropathy, is frequently accompanied by cardiac and autonomic dysfunction. We report a patient who had tachycardia, orthostatic hypotension, hypertension, pronounced blood pressure fluctuations, abnormal sweating, constipation and urinary frequency as well as qudriparesis.

We thought that the GBS was incurred by Damp-Heat, used Heat-Clearing and Dampness-Transforming decoction(Chongjoo-tang) in the early stage. In the later stage, fortifying the Spleen and Boosting Qi plus Supplementing the Kidney decoction(Palmuitang+chongawon) was used to remove low back pain and boost recovery.

The patient reached the nadir 14 days after onset. He became bed-bound and autonomic dysfunction was very severe. From 3rd week, abnormalities of autonomic function and paresis improved gradually and he could walk above 5m without walker or equivalent support at the 5th week after onset.

Key Word : Guillain-Barre Syndrome, Autonomic Dysfunction, Qudriparesis

I. 緒 論

Guillain-Barre 증후군(GBS)은 급격하게 또는 아급성-더욱 혼잡 형태임으로 사지의 원위부에서부터 근위부 쪽으로 진행되는 운동마비와 발병 초기에 양발을 편이나 바늘로 찌르는 것 같은 감각이상을 보이는 질환으로, 보통 좌우 대칭적으로 발생하며, 건반사의 소실 및 단백-세포 해리현상(Albuminocytologic Dissociation, 세포증다증을 동반하지 않으면서 척수 단백증가를 보이는 현상)을 보인다.¹

역사적으로 이 질환에 대한 가장 초기 기술은 1834년 경의 Wardrop과

Oliver에 의한 것으로 추정되며, 1859년 Laundry는 급성 호흡부전과 사망에 이른 급성 상행성 운동 마비를 기술하였다. 1916년 Guillain, Barre, Strohl에 의해 뇌척수액에서 단백-세포 해리현상을 나타내는 양성 다발 신경염이 보고되었다.²

이 질환은 인구 10만명당 0.4-1.7명의 발생빈도를 보이며,³ 소아마비 백신 출현 이후 급성 이완성 마비를 일으키는 가장 흔한 원인이 되었다.

그리고, 90-95%에서 전형적인 임상 양상을 보이지만 5-10%의 환자에선 비전형적인 임상양상을 보이므로³ 급성 척수 질환, 척수 전각염, 추골 동맥 혈전

증, 급성 중증 근무력증 등과의 감별 진단도 필요하다.

지난 30년동안 효과적인 환자 관리 기술의 발달로 사망률은 상당히 감소했지만 여전히 3-5%의 환자는 사망하며, 10%의 환자는 후유증이 심하게 남는다.

Guillain-Barre 증후군은 한방에서는 위(痿), 위벽(痿臂), 비(痺), 마목(麻木) 등으로 볼 수 있다.痿證은 몸의 筋脈이 이완되고, 팔다리의 皮膚와 筋肉이 위축되면서 약해져 마음대로 움직이지 못하는 병증이고,痺證은痿證이 주로 다리에 생기는 경우를 말하고,痺證은 關節이 아프고 저린 감각이 있으며 심하면 浮腫이 오면서 팔다리의 운동장애가 있는 병증이며,麻木은 감각이 둔해지거나 없어진 증후를 말한다.

접수: 2001년 8월 10일 채택: 2001년 10월 24일
교신저자: 김관식 (전북 전주시 덕진동 원광대학교 부속 전주 한방병원 심계내과, 전화: 063-270-1034(외래), 팩스: 063-270-1199, 핸드폰: 019-285-4814, E-mail: sik8566@hanmail.net)

한방에서는 김⁶, 이⁶의 임상보고가 있었으나 김⁶의 경우에는 발병한지 각각 15일, 16일, 2달 이후에 한방 병원에 내원한 경우였고, 이⁶의 경우에는 발병한지 19일 만에 한방병원에 내원한 경우로 상기 임상 보고 모두 이미 회복기에 들어선 환자들 이었다. 따라서 본 경우에는 발병한지 1주일 만에 본원에 내원하여 질환이 진행중이었던 환자로 한방 병원에서는 접하기가 쉽지 않은 질환이며, 또한 뇌졸중으로 오진하기 쉬운 질환이기 때문에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

II. 症 例

1. 현병력 및 기왕력

발병시부터 발병 1주일간은 다른 3차 의료기관에 입원 해 있었던 상태였고, 발병 7일째에 본원에 입원함.

1)환자: 이 ○ 도, M/55세, 좀 뚱뚱한 편.

2)발병일: 2001. 4. 14

3)기왕력: 4년전 우울증으로 증소병원에서 투약한적 있음.

고혈압, 당뇨 없음.

발병전 2달동안 감기를 앓았다거나 설사를 한 기왕력 없음.

4)발병당시 상황:

4.14일 PM 8시경 양쪽 발바닥에 핀이나 바늘로 찌르는 듯한 느낌이 생김.

3시간 만에 사지 무력증 발생, 하지부 쪽이 증상 심함.

바로 3차 의료기관 규모의 병원으로 이송하여 뇌 CT 및 MRI 촬영-이상 소견 발견 하지 못함.

2. 임상경과

1)질환의 일차별 진행상황

① 발병-1주일간:사지의 무력 증상 심

해졌고 배변 못함. 빈뇨 증상 보임. 증상 진행되어 본원에 전원 희망하여 이송됨 (발병 8일째). 내원시 상하지 모두 수평 운동만 할 수 있는 상태였음. 감각이상(찌르는 듯한 느낌)이 하지 및 상지에도 생김. 내원시 심박동수 94회, 혈압 160/100. (Hughes Grading Scale 4.)

② 발병 2주째:사지의 무력 계속 진행하고 변비 지속되어 하제 투약했으나 효과 없어 관장 1회 실시. 사지의 부종이 생김. 호흡장애 및 빈뇨 증상 심해짐. 도한이 심함. 빈맥 및 갑작스런 혈압 상승이 자주 보임. (Hughes Grading Scale 4)

③ 발병 3주째:발병후 18일만에 사지부 무력감 조금 호전된다고 함. 빈맥 및 갑작스런 혈압 상승 감소함. 나머지 증상은 비슷. (Hughes Grading Scale 4)

④ 발병 4주째:사지부 무력 호전되어 물리치료 시작함. 상지부 수직운동 가능. 음식 섭취량 늘어남. 변비는 여전. 호흡장애도 없어짐. (Hughes Grading Scale 3)

⑤ 발병 5, 6주째:전반적인 근육의 근력증가 (Hughes Grading Scale 2), 5m 이상 독립보행 가능하나 불안함. 혈압, 맥박수 거의 정상 성인의 상태로 회복.

2)신경학적 진찰 소견

① 뇌신경:양측성 안면 신경 마비

② 건반사:발병 2, 3주째-상, 하지 모두 무반사

③ SLRT:정상

④동통: 대퇴부 통증(진통제를 사용하거나 수면을 방해하는 정도의 통증은 아니었음)

3)검사소견

① 뇌척수액 단백: 40mm/dl(발병 7일째 측정)

② 뇌척수액 세포수: 5/mm3(발병 7일째 측정)

③ 혈중 백혈구수: 15,400/mm3(발병 10일째)→13.4/mm3(발병 17일째)→6.7/mm3(발병 24일째)

④ BUN: 29mg/d(발병 10일째)→20mg/d(발병 17일째)→21mg/d(발병 24일째)

CREATININE: 0.7mg/d(발병 10일째)→0.8mg/d(발병 17일째)→18mg/d(발병 24일째)

⑤AST: 75U/L(발병 10일째)→28U/L(발병 17일째)

ALT: 171U/L(발병 10일째)→45U/L(발병 17일째)

r-GTP: 65U/L(발병 10일째)→87U/L(발병 17일째)

3. 치료

① 약물치료

발병 8일-21일: 清燥湯 - 黃芪, 白朮 각 6g, 蒼朮 4g, 陳皮, 澤瀉 각 2.8g, 赤茯苓, 人蔘, 升麻 각 2g, 生地黃, 當歸, 猪苓, 麥門冬, 神麩, 甘草 각 1.2g, 黃連, 黃芩, 柴胡 각 0.8g, 五味子 9알.

발병 22일-퇴원: 八物湯+靑娥元 - 熟地黃, 白芍藥, 當歸, 川芎, 人蔘, 白朮, 白茯苓, 甘草 각 4g, 杜冲, 破古紙, 胡桃肉 각 8g.

② 침치료

상지에서는 合谷, 外關, 手三里, 尺澤, 八風穴을 사용

하지에서는 太衝, 陽陵泉, 足三里, 懸鍾, 八邪穴을 사용

단 발병 22일 부터는 환자가 요통을 호소해 三焦俞, 腎俞, 氣海俞, 大腸俞, 關元俞, 命門, 志室등을 근위 취혈 하였고, 申脈, 崑崙, 太谿, 委中 등을 원위 취혈 하였음.

질병의 진행 과정은 Hughes등이 분류한 Grdaing Scale 7을 사용하여 기록하였다.

Table 1. Grading Scale by Hughes

Grade	Health
Grade 1.	Minor sign and symptoms.
Grade 2.	Able to walk 5m without a walker or equivalent support.
Grade 3.	Able to walk 5m with a walker or support
Grade 4.	Bed or chair bound.
Grade 5.	Requires associated ventilation.
Grade 6.	Death.

III. 考 察

Guillain-Barre 증후군은 임상적으로 급성 이완성 마비, 무반사 및 단백세포 간 해리(Albumino-cytologic dissociation)에 의해 특징 지워 지는 데, 전기생리학과 병리학을 기초로 탈수초형, 축삭형으로 나눈다.

1960년대에는 Guillain-Barre 증후군을 가진 많은 환자의 경우, 병리학적 소견은 대식세포에 의해 중재되는 탈수초와 다양한 정도의 이차적인 수상돌기 변성을 동반하는 척수 신경근과 말초신경의 임파구 침윤이었다. 이러한 소견에 기초하여 Guillain-Barre 증후군은 급성 염증성 탈수초성 다발성 신경병증(Acute Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy, AIDP)과 동의어로 사용 되었지만 여러 가지 아형(Subtype)이 확인되어 지고 있기 때문에 Guillain-Barre 증후군이라는 용어를 사용하는 것이 타당하다고 알려졌다.

Fisher의 전형적인 질환에 대한 묘사-보행실조, 무반사, 안구마비의 3主徵-후 Fisher syndrome은 Guillain-Barre 증후군의 변형으로 인정되어 졌다. 축삭형 Guillain-Barre 증후군(Axonal Guillain-Barre syndrome)은 Feasby 등에 의해 최초로 제기 되어 졌는데, 발병초기에 운동 신경 및 감각 신경의 축삭 변성이 특징이다. 이 질환은 급성

운동-감각 축삭 신경 병증(Acute Motor-Sensory Axonal Neuropathy, AMSAN)이라고 하며 AIDP보다 예후가 좋지 않은 것으로 되어 있다. 전기생리학적으로 복합근육활동전위(Compound Muscle Action Potentials, CAMP)와 감각신경 활동전위(Sensory Nerve Action Potentials, SNAP)는 없거나 낮고, 탈수초는 없다. Mckhann과 Ho는 중국의 북쪽 지방에서 더욱더 제한적인 형태의 축삭형 Guillain-Barre 증후군을 발견 했는 데, 급성 운동 축삭형 신경 병증(Acute Motor Axonal Neuropathy, AMAN)이라고 명명 되어 졌다. AMAN은 낮은 CMAP 크기와 정상적인 SNAP 크기를 보이며, 탈수초는 없다.^{8,10-12}

Guillain-Barre 증후군은 인종별로 다른 발현 양상을 보이며, 북중국에서는 부검한 경우의 50%이상 축삭형을 보였고, 코카시안족(Caucasian)에서는 축삭형은 거의 찾아 볼 수가 없었으며, 일본에서는 15예중 7예가 탈수초형, 5예가 축삭형, 2예가 혼합형 1예가 병리적 소견을 볼 수 없었다고 하였다.¹³

Guillain-Barre 증후군은 면역계 질환으로, 대략 60%의 경우에서 감염성 질환을 뒤따라 발생한다. 비교적 잘 증명된 예로는 Campylobacter jejuni, Cytomegalovirus, Infectious mononucleosis, Herpesviruses, Mycoplasma 등을 들 수 있다. 특히, Campylobacter jejuni는 가장 흔한 감

염형태이고, 급성축삭형 신경병증을 일으키며, 비교적 예후가 좋지 않다. Cytomegalovirus는 두번째로 흔한 감염의 원인으로 젊은 환자에서 질환을 일으키고, 호흡부전을 흔히 동반하면서 초기에 심한 증상을 나타내게 하며, 두개 신경을 침범하는 경우가 많으며 심한 감각 손상을 나타낸다.¹⁴ 이와 같이 보았을 때 Guillain-Barre 증후군의 이질성은 다른 병태생리학적 기전에 기인한다는 것을 시사한다고 할 수 있다

최초의 임상증상은 양발에서 편이나 바늘로 찌르는 것 같은 느낌이며 멍한 요통을 느낄 수도 있다. 보통 병원에 내원하기까지는 최초 증상이 있는지 수 시간에서 10일이 걸리는데, 이미 근무력이 발생한 상태가 된다. 근무력은 보통 하지가 두드러지나 최초 증상으로 팔과 두부 근육에서 생길 수 있다. 건반사는 초기에 상실된다. 척수 신경근이 두드러지게 침범되므로 길다란 신경 뿐만 아니라 늑간신경 및 체간부 신경같은 짧은 신경도 침범된다. 근무력은 대개 14일까지 계속 심해지고, 적어도 1달이내에 가장 심한 상태가 온다. 진행이 놀랄 정도로 빨라서 호흡과 같은 중요한 기능이 2-3일 또는 몇 시간만에 상실 될 수 있다.¹

본 환자의 경우에는 최초 증상으로 양쪽 발바닥이 쏘는 듯한 느낌이 있었다고 하였으며, 근무력은 3시간만에 발생했다고 하였고, 하지부 근무력이 심하였다고 하였는데, 상당히 전형적인 양상을 보였음을 알 수 있다. 또한 발병 2주째에는 호흡장애를 호소 하였는 데, 이는 체간의 신경 또한 침범되었음을 암시한다. 질병의 극성기는 발병 2주째 말이었으며, 그 이후부터 차츰 회복되는 양상을 보였다.

Guillain-Barre 증후군 환자의 대략

2/3에서 자율신경 실조증을 보인다고 하며, 자율 신경 기능의 양적(量的)인 검사에서는 90%의 환자에서 자율신경이 침범되었다는 보고도 있었다¹⁵. 자율 신경 기능 장애는 심한 Guillain-Barre 증후군을 보이는 환자에서 높은 사망률을誘發한다¹⁶. 가장 흔한 형태의 자율 신경 실조증은 동성 빈맥이고¹⁵, 고혈압, 기립성 저혈압, 호흡이나 Valsalva maneuver에 반응하여 일어나는 심장 박동수 되먹이기성 조절(Feedback Control)의 상실, 심전도 상의 ST분절의 변화, 비정상적인 발한, 소변 저류, 변비나 장마비, 위 운동 이상, 팔약근 기능 이상, 비정상적인 동공 반사, 정맥 혈액 저류나 안면 조홍을 유발하는 비정상적인 혈관 압력, 설사, 타액 분비 과다, 정상적인 놀람 반응(Fright reaction)의 상실 등이 나타난다¹⁶.

동성 빈맥의 경우는 보통 치료를 하지 않아도 되지만, 심한 서맥이나 심정지 같은 미주 신경에 의해 중재되어지는 부정맥의 경우에는 예후가 좋지 않고, 아트로핀이나 심장 박동기(Pacemaker)를 사용해야 한다¹⁵.

본 환자의 경우에도 동성 빈맥, 고혈압, 기립성 저혈압, 심한 혈압 변동, 빈뇨, 과도한 발한, 변비 등의 자율 신경 실조증을 보였다. 동성 빈맥은 미주 신경의 기능장애 보다는 교감 신경에 의해 증재되는 말초 혈관 긴장의 감소에 의한 것으로 생각되어 지고 있다¹⁵. 빈맥은 발병 2주 후반에 안정시 90-110회, 최고 130회 까지 나타났으나 특별한 처치는 하지 않았다.

배뇨장애는 6-40%에서 나타나며 방광 무반사, 방광 감각 장애가 일반적인 원인이고, 신경 변성을 동반하는 비이완성 팔약근이 원인 될 수 있고, 중추 신경계 손상 없이 방광 과민성을 동반

하는 감소된 방광 용적이 원인이 되는 경우도 있다¹⁷.

상기의 자율신경 실조증중 심혈관계 자율 신경 장애는 근력 저하와 밀접하게 관련되어 있으며, 근력의 호전과 함께 대개 1년 후에는 없어진다¹⁵. 본 환자의 경우에는 발병후 3주째에 들어서며 안정시 맥박수가 80-92회 정도로 떨어졌고, 발병후 4주째에는 평소의 맥박수에 근접했다.

Guillain-Barre 증후군에서 통증은 흔히 무시 되어지고 치료의 대상이 되지 못하는 경우가 많다. 그러나, 한 연구에서는 89.1%의 환자가 질환의 진행과 정동안 통증을 호소했고, 47.3%에서는 상당히 심한 정도의 통증(평균 Visual Analogue Scale, 7.0 ± 2.0)을 호소한다고 하였다. 통증의 양상은 심부의 찌시는 듯한 등쪽과 다리의 통증 그리고 지각부전성 사지통증이다. 등쪽 및 하지부 통증은 발병 8주 안에 사라지고, 지각부전성 사지통은 5-10%의 환자에서 운동 기능의 회복 및 진통제의 사용에도 지속된다고 한다¹⁸. 본 환자는 발병후 4주째에 엉덩이와 요부에 통증을 호소해 八物湯에 靑娥元 제재를 사용하였고, 별도의 진통제는 투여하지 않았으며, 침치료 또한 요통을 위주로 하였다.

어떤 검사실 소견도 Guillain-Barre 증후군에 특이적이지 않고, 초기 단계에서 전기진단학적인 방법이 도움을 줄 수 있다. 척수 단백질의 상승이 특징적이지만, 1주일 후에야 상승한다.

Mafarland 등은 세포수 $10/\text{mm}^3$ 미만, 단백질량은 $60\text{mg}/\text{dl}$ 이상을 기준으로 하였다¹⁹. Hinman 등은 환자의 3/4에서 나타나며 발병 초기에는 정상치를 보이고 첫 1-2주일내에 단백질량의 경한 증가가 있다가 3-5주후에 최고치에 도달하며 6-7주에 걸쳐 서서히 감소한다고

하였다²⁰. 본 환자의 경우에는 발병 후 7일만에 단백질량을 검사 했는데, $40\text{mg}/\text{dl}$ 로 상승을 보이지는 않았다.

전형적인 Guillain-Barre 증후군에서는 긴급한 검사가 아니지만 근전도 검사가 확전에 도움을 줄수 있으며 수초를 파괴하는 반응은 신경전달 속도의 지연을 초래하여 정상의 60%정도로 감소한다²¹.

전기 생리학적으로 적어도 2개의 신경에서 탈수초의 증거가 있을 때에는 탈수초형 Guillain-Barre 증후군(AIDP)로 분류할 수 있다. 축삭형 Guillain-Barre 증후군(AMSAN 또는 AMAN)은 상기한 전기 생리학적인 탈수초의 증거가 없으며, 적어도 2개의 신경에서 복합활동전위나 감각신경활동전위의 크기가 정상 하한치의 80%보다 적을 경우에 해당한다¹⁰.

치료에 있어 스테로이드는 효과가 없는 것으로 증명 되었다. 혈장 교환술은 단 기간 또는 1년후 대조군 보다 좋은 치료 결과를 보여 주었다. 면역 글로블린 주사 또한 혈장 교환술 만큼의 치료 효과가 있다. 그러나 이 두 가지 치료에 대한 지침은 현재 논란이 진행중이다. 현재는 면역 글로블린을 혈장교환술이나 스테로이드제와 병용시키는 방법에 대한 연구가 진행중이다²².

병의 경과를 발병 2-4주경부터 차차 호전되어 발병순서의 역방향으로 회복되기 시작하고 호흡부전, 상지마비 등이 먼저 회복되고 하지의 심부 건반사는 가장 나중에 정상화 되며 2개월에서 18개월 이내에 대부분 회복되지만 18개월에서 24개월이 경과하면 거의 회복을 기대할 수 없다. 예후가 나쁜 경우는 40세 이상, 낮은 복합 활동 전위(CMAP)가 정상 하한치의 10%이하일 때, 인공 호흡기에 의존하는 경우이다¹⁰.

예후는 3-5%의 환자는 호흡부전, 인후두 마비로 사망하며, 10%의 환자는 후유증이 심하게 남는다.

감별진단을 해야할 질환으로는 급성 척수 질환, 추골동맥 혈전증, 척수전각염, 급성중증근무력증, 보툴리눔 중독, 진드기 마비 등이 있다. 가끔 근육마비만을 보고 뇌졸중을 의심할 수도 있으나 뇌졸중의 경우는 보통 편측성으로 나타나게 된다. 가장 중요한 것은 Guillain-Barre 증후군을 급성 척수 질환과 감별하는 것이다. 척수 병증이 진행함에 따라 발가락에 나타나는 저린감이 Guillain-Barre 증후군과 흡사하게 위를 향하여 상행하기 때문이다. 이 두 질환에 대한 감별점은 다음과 같다. Guillain-Barre 증후군은 전신 마비가 있으면서 흔히 안면근 및 호흡근 마비가 수반된다;수지 말단부가 저리며, 감각증상은 종아리 중간위치 까지 상행한다;수부나 족부 근위부에 나타나는 현저한 감각 소실은 발병 초기에 흔치 않다;건반사는 근력약화를 보이거나 증력에 반하는 힘이 부족한 사지에서 거의 예외 없이 24시간 이내에 소실된다. 척수 질환에서는 사지마비를 보이는 환자에서 정상 Vital Capacity를 보인다.

Guillain-Barre 증후군은 한의학적으로는痺症^{6, 24, 25}과痿證^{6, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30}에 속한다고 할 수 있다.痺症은風寒濕熱의邪氣를 받아서 사지, 관절이 아프고, 시리고, 뻣뻣하고, 무거우며, 활동에 장애가 있는 병증으로 임상상 진행성 또는 반복발작 하는 특징이 있다.痿證은 사지 근육과 힘줄이 이완되어 수족이 마르고 연하게 되며 무력해지는 병증으로 흔히 사지의隨意運動과 보행이 불가능하게 되어 이라고 칭하기도 한다.

痺症과痿證은 감별해야 하는 데痺症은邪氣가經絡을 막아氣血運行이

잘 안되어 생기는 것이고,痿證은五臟精血이 부족하고 없어서經脈을 관류하지 못해서 생기는 것이다. 따라서 임상상痺症은 사지와 체간의 통증이主症이고,痿證은 수족이 무력하고, 이완된 사지가 마르고, 심하면 물건을 질 수 없게 되며 서지 못하게 된다고 하였다¹.

본 환자의 경우는 사지의 무력이主症이고 따라서痿證으로 보고 치료를 시행하였다.痿證¹은 크게肺熱津傷, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱浸淫, 瘀阻脈絡의 다섯 가지로 나누어 볼 수 있다. 본 환자의 경우舌苔가黃膩하고,脈은數하며, 소변은赤澀하고, 사지는浮腫이 있었으므로濕熱浸淫으로 보았다.濕熱浸淫의 증상은 지체가 점차로 말라가는데, 하지에서 흔히 볼 수 있고, 간혹 가벼운浮腫을 볼 수 있으며, 손발의 감각이 떨어지고,搔痒症이 있고, 미열이 있으며, 찬 것을 좋아하고 더운 것을 싫어하며, 몸이 무겁고, 면색은 노랗고, 가슴이 답답하고, 소변은 붉고 잘 안 나오며,舌苔는黃膩하고脈濡數하다고 하였다. 처방은 발병후 3주까지는東醫寶鑑의清燥湯을 사용하였다.東醫寶鑑에는東垣의脾胃論에 나오는清燥湯³¹이 수록되어 있는데 늦은 여름에濕熱이 성해서 양다리가 다 여위고 싸늘해지는證을 치료한다고 하였다. 처방구성 내용은黃芪, 白朮 각 6g, 蒼朮 4g, 陳皮, 澤瀉 각 2.8g, 赤茯苓, 人蔘, 升麻 각 2g, 生地黃, 當歸, 猪苓, 麥門冬, 神麩, 甘草 각 1.2g, 黃連, 黃柏, 柴胡 각 0.8g, 五味子 9粒이다.蘭室秘藏에도清燥湯이 있는데,腎臟의 기능이 손상되어濕熱로 인해痿厥이 되고, 허리 이하 부위가 약해져癱瘓이 되고, 움직일 수가 없으며, 보행이 바르지 못하고 양다리가 옆으로 기울어 질 때 사용한다고 되어 있다. 처방 구성은東垣의清燥湯에서人

蔘, 五味子, 生地黃이 없는 것이다³². 발병후 4, 5주에는八物湯에杜冲, 破古紙, 胡桃肉 각 8g으로 구성된靑娥元 제재를 가하였다.石³³은證을 치료하는 데清化濕熱 하고, 회복기에는健脾益氣, 滋補肝腎 한다고 했다. 따라서補氣하는四君子湯, 補肝血하는四物湯, 補腎하는靑娥元 제재를 사용하였다. 또한靑娥元³³은腎虛로 인한腰痛을 치료한다고 하였는데杜冲, 破古紙 각 160g, 胡桃肉 30개를生薑汁과 꿀로梧子大를 만들어 복용한다고 하였다³⁴.

사실 한방병원에서 Guillain-Barre 증후군을 볼 수 있는 경우는 상당히 드물 것으로 사료되며, 진단에도 상당히 어려움이 따른다. 뇌척수액 검사와 근전도 검사를 원활하게 시행할 수 있는 여건이 되는 한방병원이 드물기 때문이다. 또한 양방과의 원활한 협조가 이루어지는 몇몇 곳을 제외하고는 전격적으로 진행되는 호흡기 문제나 심혈관계 문제에 적절한 대처를 하기도 어렵다.

결국 한방병원에서는 임상 의들이 Guillain-Barre 증후군이 의심되는 경우에 주의깊게 환자를 보아야만 한다.

나아가 최근까지 한국인에서 어떤 형의 Guillain-Barre 증후군이 호발하는지에 관한 보고는 없었으므로 Guillain-Barre 증후군의 발생유형을 조사해 보고 유형별로 한방치료를 시도해 보는 연구가 진행되어야 할 것으로 사료된다.

IV. 結 論

저자들은 2001년 4월 14일 사지의 심한 운동장애가 발하여 신경과에서 Guillain-Barre 증후군이라고 진단을 받고 동년 4월 21일 본 원에 입원하여 동년 5월 26일까지 치료한 54세의 Guillain-Barre 증후군 환자의 한방치

로 결과를 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다. 발병 2주째에 환자는 Hughes 척도 4까지 떨어지고, 심혈관계 자율 신경 실조증이 심한 상태였다가 발병 5주째 퇴원시에는 Hughes 척도 2까지 좋아졌으며, 자율 신경 실조증 또한 거의 정상으로 돌아왔다. 처방은 발병 2, 3주에는 淸熱燥濕하는 방법을 4, 5주에는 虛症으로 인한 요통을 치료하기 위해 健脾益氣, 滋補肝腎하는 治法을 사용하고, 더불어 침 치료 및 부항요법을 사용하였다.

參考文獻

1. Lee Goldman, J. Claude Bennett, Cecil Textbook of Medicine. 21st Edition Volume 2. Philadelphia:W.B. Saunders;2000, p2193-2194.
2. Raymond D Adams, Maurice Victor, Allan H Ropper. Prindiples of Neurology(Korean Language Edition). 서울:도서출판 정담;1998, p1212-1218.
3. 이동국, 서상일, 김태일, 광규호, 도진국, 오희중. Guillain-Barre 증후군에서 변종, 동통과 혈청 Creatine Kinase 증가. 계명 의대논문집 1999;18(1):164-170.
4. 이재완, 구은정. 소아 Guillain-Barre 증후군 치험례 보고. 대한한의학회지 1997;18(2):137-147.
5. 김동일, 양병무, 박우근, 이기남, 이용섭 등. 동의학 사전. 서울:도서출판 까치;1990, p278, 424, 777, 781.
6. 김철원. Guillain-Barre 증후군에 대한 동서의학적 고찰. 대한한의학회지. 1992;9:151-156.
7. Hughes RAC, Kadlubowski M, Hufschmidr A, Treatment of acute inflammatory Polyneuropathy. AA Neurol 1981;9:125-133.
8. Ho T.W, Li C.Y, Cornblath D.R, Gao C.Y, Asbury A.K, Griffin J.W, McKhann G.M. Patterns of recovery in the Guillain-

- Barre syndromes. Neurology. 1997;48(3): 695-700.
9. Fisher M. An unusual variant of acute idiopathic polyneuritis (syndrome of ophthalmoplegia, ataxia, and areflexia). N Engl J Med-1956;255:57-65.
10. Lyu Rong-kuo, Tang Lok-Ming, Cheng Shaw-Yi, Hsu Wen-Chuin, Chen Sien-Tsong. Guillain-Barre syndrome in Taiwan: a clinical study of 167 patients. Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry. 1997;63(4):494-500.
11. Mckhann GM, Corn blath DR, Griffin JW, HO TW, Li CY, Jiang Z, et al. Acute Motor Axonal Neuropathy: a frequent cause acute flaccid paralysis in China. Ann Neurol 1993;33 :333-42.
12. Ho TW, Mishu B, Li CY, Bao CY, Cornblath DR, Briffin JW, et al. Guillain- Barre Syndrome in northern China. Relationship to Campylobacter jejuni infection and antiglycolipid antibodies. Brain 1995;118:597-605.
13. Sobue G, Li M, Terao S, Aoki S, Ichimura M, Ieda T, Doyu M, Yasuda T, Hashizume Y, Mitsuma T. Axonal pathology in Japanese Guillain-Barre syndrome: A study of 15 autopsied cases. Neurology 1997;48(6):1694-1700.
14. Visser L.H, Meche, Meulstee, Rothbarth, Jacobs, Schmitz, Doom. Cytomegalovirus Infection and Guillain-Barre syndrome: The clinicl, electrophysiologic, and prognostic features. Neurology 1996;47(3):668-673.
15. Flachenecker, Wermuth, Hartung, Reiners. Quantitative Assessment of Cardiovascular Autonomic Function in Guillain-Barre Syndrome. Annals of Neurology 1997;42(8):171-179.
16. Minahan Robert E Jr, Bhardwaj Anish, Traill Thomas A, Hanley. Stimulation evoked sinus arrest in severe Guillain-barre syndrome:A case report. Neurology 1996;47(5):1239-1242.
17. Sakakibara Ryuji, Hattori Takamichi, Kurwabara Satoshi, Yananishi Tomonori, Yasuda Kosaku. Micturitional disturbance in patients with Guillain-Barre syndrome.

- Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry 1997;63(5):649-653.
18. Moulin D.E, Hagen N, Feasby T.E, Amireh R, Hahn A. Pain in Guillain-Barre syndrome. Neurology 1997;48(2):328-331.
19. MaFarland HR, Heller GL, Guillain-Barre disease complex. A statement of diagnostic criteria and analyis of 100 cases. Arch Neurol 1966;14:196-201.
20. Hinman RC, Magee KR. Guillain-Barre syndrome. AIM 1967;67:1007-1012.
21. Frank H. Netter, M.D. CIBA 한글판. 신경계1(2) 서울:도서출판 정담; 2000, p218-219.
22. Jean-Claude Raphael et al, Appropriate Number of Plasma Exchanges in Guillain-Barre Syndrome. Annals of Neurology 1997;41(3):298-306.
23. 홍창익. 소아과학, 서울:대한 교과서 주식 회사, 1997;p804-805.
24. 金鏡 邵明宇, 岳丹. 針刺夾脊爲主治療下肢多發性神經炎 32예. 중국침구 1997;17(3)
25. 홍유성, 황우준. Guillain-Barre 증후군에 대한 동서의학적 고찰. 대한한의학회지 1995;16(1): 118-119.
26. 石曉平. 小兒百病秘方. 북경:중의고적출판사;1993, p243-246.
27. 石曉軍, 丁晨軍. 中藥配合握脊治療感染性多發性神經炎恢復期 11예. 신중의 1991;1:35-36.
28. 張兆湘. 三妙散加味爲主治療感染性多發性神經筋炎 69예. 절강중의잡지. 1988; 23(2):69.
29. 빙보진. 中西結合治療小兒感染性多發性神經筋炎 46예. 협서중의 1992;13(1):535.
30. 夏煥德, 王國華, 柯新橋. 新編兒科秘方全書. 북경:북경 의과대학출판사;1993, p238-240.
31. 방약중 외 다수. 실용중의내과학. 상해:상해과학기술출판사;1984, p 554-577.
32. 동의보감국역위원회. 대역 동의보감. 서울:법인문화사;1999, p788.
33. 강극명, 포명혜 편저. 교정방제대사전. 서울:의성당;1991, p1058.
34. 동의보감국역위원회. 대역 동의보감. 서울:법인문화사;1999, p711.