

# Guillain-Barre Syndrome 환자의 한방 치험 1례

심재철, 김종원, 김민상, 오병열, 유병찬, 조현경, 김윤식, 설인찬

대전대학교부속한방병원 내과학교실

## A Case Report of Korean Traditional Medical Therapy about Patient with Guillain-Barre Syndrome

Jae-chul Shim, Jong-won Kim, Min-sang Kim, Byeong-yeol Oh, Byeong-chan Yu,  
Hyun-kyung Jo, Yoon-sik Kim, In-chan Seol

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Daejeon University, Taejon, Korea

The Guillain-Barre Syndrome(GBS), also called acute inflammatory demyelinating polyneuropathy and Landry's ascending paralysis, is an inflammatory disorder of the peripheral nerves - those outside the brain and spinal cord. It is characterized by the rapid onset of weakness and, often, paralysis of the legs, arms, breathing muscles and face. Finally, it leads to respiratory embarrassment and death. There is often a history of antecedent respiratory or gastrointestinal infection.

Recently one patient was admitted with GBS. This patient was a 30 year-old man with quadriplegia, both facial palsy, numbness of hands and feet, and gait disturbance. After two weeks of oriental medicine and acupuncture treatment most symptoms improved. Therefore, this application of oriental medicine is reported with a plea for further investigation.

**Key Words:** Guillain-Barre Syndrome, Quadriplegia, Facial Palsy, Gait Disturbance

### 1. 緒 論

Guillain-Barre Syndrome(GBS)은 하지로부터 서서히 상행하는 이완성 운동불능증을 특징으로 하는 급성 염증성 탈수초성 다발성 신경염이다. 임상적 증세로 진행성 사지마비와 함께 감각이상, 심부건 반사의 소실, 안면신경, 동안신경, 설인신경, 미주신경 등의 뇌신경 마비 증상, 그리고 빠른 맥박이나 발한 등의 자율신경 증상이 나타날 수 있다<sup>1</sup>. 예후는 호흡부전이 발생하지 않으면 좋은 편이지만 전체 환자의 2% 정도가 호흡근 마비로 인해 사망하게 되며, 호흡부전이 초래되었을 경우 20% 정도에서

심한 장애가 남고, 10% 정도가 중등도의 장애를 가지게 된다<sup>2</sup>.

GBS의 발병기전에 대해서는 명확히 밝혀져 있지 않지만 바이러스나 세균감염이 자가면역 반응을 유발하여 발생하는 것으로 여겨지며, 다수의 환자에서 상기도 감염이나 위장관염, 원인불명열 등이 선행한 후 발병하는 것으로 보고되고 있다<sup>3-5</sup>. 이에 대한 치료로 호흡부전 환자의 경우 기도유지, 인공호흡 등의 방법으로 호흡을 유지해 주는 것이 중요하며, 일반적으로 대증요법이 많이 이루어지고 있으나 최근 면역학적 발생기전에 근거한 혈장 교환술과 면역억제 로블린의 대량 투여요법 등이 사용되고 있다.

양의학에서는 GBS에 대한 다수의 증례와 치료성적 보고가 이루어지고 있으나, 이에 대한 한의학적인 임상 보고는 많지 않은 실정이다. 이에 저자들은 양방병원에서 GBS로 진단받고 대전대부속한방병원에

· 접수 : 2004. 10. 11 · 채택 : 2004. 11. 2  
· 교신저자 : 심재철, 대전광역시 중구 대흥동 22-5번지  
대전대학교부속한방병원 순환기내과  
(Tel. 042-229-6756 Fax. 042-254-3403  
E-mail : calvaria0714@hanmail.net)

입원한 환자에 대해 한의학적 변증시치를 한 결과 유의한 치료 효과를 얻었기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

## II. 症 例

- 환 자 : 홍 ○ ○
- 성별 및 나이 : 남자 30세
- 주소증 : 양하지무력으로 인한 기립불능 및 보행 불리, 수족비감, 양측 안면마비 및 안검하수, 전신무력감, 식욕부진, 이후통
- 발병일 및 발병동기 : 4~5일 전 독감 예방주사를 맞고 몸살을 앓고 있던 중 2003년 10월 16일 기상 후 발병
- 과거력 및 가족력 : 특이사항 없음
- 현병력 : 발병 당시 30세의 소음인형 남자 환자로 평소 성격은 내성적이고, 별무기호식 하였으며 신체적으로도 비교적 건강하였음. 발병 3개월 전부터 과도한 업무와 스트레스로 피로가 누적되어 체력이 급격하게 저하되었다 하며, 불규칙적인 식사로 체중이 7kg 가량 줄어든 상태였음. 이런 상황에서 발병 4~5일 전 독감예방주사 접종 후 3일 정도 감기증상을 앓고 난 뒤, 2003년 10월 16일 기상 후 양 수족이 저린 증상과 함께 양쪽 이후통이 처음 나타나기 시작하였고, 발병 4일째 부터는 양하지무력이 발생하면서 점점 상체 및 상지 쪽으로 파급되어 갔으며, 발병 5일째부터는 양측 안면마비 증상도 나타났음. 증상이 점점 악화되어 기립불능 및 보행불리 증상이 심해지던 중 발병 6일째부터 열흘 동안 모 종합병원에서 GBS 진단 하에 입원치료를 하면서 면역글로불린

을 투여받던 중, 보다 적극적인 한방치료 위해 2003년 11월 3일 본원에 입원함.

- 이학적 소견 및 신경학적 검사 : 입원 당시 환자 혈압은 130/80mmHg, 맥박은 74회/분, 호흡수는 20회/분, 체온은 36.2℃, 혈당은 127mg/dL였고, 의식은 명료하였으며, 신경학적 검사상 정상이었다. 환자는 전신적인 무기력감과 함께 심한 양하지무력으로 인한 기립불능 및 보행장애를 호소하였고, 부축을 받아 간신히 기립자세를 유지하는 정도였으며, 양측 수족의 저린감을 특히 호소하였다. 양측성 안면마비가 심하여 얼굴 근육의 움직임이 거의 없는 정도였고, 안검 근육의 수의적 운동이 불가능하여 안검의 개합 자체가 불가능했으며, 구순 주위의 근육 또한 움직임이 불가능하여 음식을 잘 씹지 못하면서 계속 양쪽 입술 옆으로 음식이 흐르면서 턱을 손으로 받치고 식사를 해야 하는 상태였으며 말도 어눌한 상태였다. 환자는 늑골궁이 협소한 소음인의 체형을 지녔으며 최근 3~4개월간의 과로와 불규칙한 식사로 체중이 7kg정도 감소하여 전반적인 외형이 왜소한 편이었다. 더불어 語聲이 低하고 面白하였으며 경미한 眩暈과 함께 舌質은 淡紅하고 苔는 薄白하였으며 齒痕이 관찰되었다. 脈은 양수 모두 細弱했다.
- 기타 검사 : 종합병원에서 입원치료 당시 검사 결과상 이상 소견을 보였던 AST, ALT, r-GTP와 EKG만을 검사 하였다. 본원 입원 당시 AST 53 IU/L, ALT 99 IU/L, r-GTP 38 IU/L이었으나, 2주 후 퇴원시에는 AST 27 IU/L, ALT 37 IU/L, r-GTP 21 IU/L로 호전된 수치를 보였다. 심전도 검사상 특이 소견은 관찰되지 않았다(Table 1).

Table 1. Lab Finding

	남자	11/3	11/16
Liver Function Test	AST (IU/L)	53	27
	ALT (IU/L)	99	37
	r-GTP (IU/L)	38	21

9. 진단 : GBS의 진단은 병력, 뇌척수액 검사소견 및 신경 생리학적 검사 소견을 종합적으로 검토한 후 판단한다. 뇌척수액 검사상 단백 세포 해리(albuminocytologic dissociation)가 진단에 가장 중요한 소견이며, 신경전도 검사상 신경전도 속도의 감소가 주요 진단 근거가 된다. 본 증례 환자의 경우 양방종합병원에서 뇌척수액 검사 및 근전도 검사상 GBS를 시사하는 결과 및 여러 임상적 증상을 바탕으로 GBS로 진단을 받았다. 이에 저자들은 한의학적으로 筋脈弛緩, 手足痿軟無力, 보행장애, 감각이상 등의 증상으로 미루어 痿證과 麻木으로 진단하였다.

10. 치료방법

1) 약물치료

Table 2.의 처방을 하루 3첩 달여 120cc씩 세 번 투여하였다.

2) 침치료

1일 1회 사암침을 사용하였는데 脾正格을 취혈하였다.

3) 물리치료

1일 1회 양안면 SSP, 사지 FES, 양수족 paraffin bath 및 안면부 수기치료를 하였다.

11. 증상의 평가

본 환자의 증상을 각각 보행장애, 수족비감, 안면마비, 전신무력감, 식욕부진 등 5가지 주스로 나누어 평가하였다.

보행 상태에 대해서는 Hughes Grading Scale을 이용하여 평가하였고(Table 3), 안면 근육의 움직임 정도에 대해서는 Yanagihara's Unweighted Grading System을 사용하여 평가하였는데, 이 때 좌우를 구분하지 않고 각 항목당 5단계로 나누어 점수를 매긴 후 모두 더하여 그 총점을 산출하였으며, 정상을 의미하는 최고점수는 40점으로 설정하였다(Table 4).

나머지 수족비감의 정도와 전신무력감에 대해서는 Severe(+++), Moderate(++), Mild(+), Trace(±), Eliminated(-) 등 다섯 단계로 나누어 평가하였으며, 식욕부진 정도에 대해서는 하루 섭취량을 그대로 적용하여 평가하였다.

12. 증상의 변화 및 치료경과(Table 5, 6)

Table 2. Herb Medicines (1p; 120cc, 3p #3 tid po)

기간	처방	구성약물
입원 1일-8일까지 (11/3-11/10)	補中益氣湯加味方	黃芪蜜炙 18g 人蔘 白朮 甘草 12g 當歸 陳皮 木瓜 烏藥 香附子 青皮 防風 川芎 荊芥 紫蘇葉 薄荷4g 柴胡 升麻 3g
입원 9일-14일까지 (11/11-11/16)	補中益氣湯加味方	上記 補中益氣湯加味方 加 鹿茸 4g

Table 3. Grading Scale by Hughes

Grade	Health
Grade I	Minor sign and symptoms
Grade II	Able to walk 5M without a walker or equivalent support
Grade III	Able to walk 5M with a walker or support
Grade IV	Bed or chair bound
Grade V	Requires associated ventilation
Grade VI	Death

Table 4. Yanagihara's unweighted grading system

	Scale of five rating	Scale of three rating
At rest	0 1 2 3 4	0 2 4
Wrinkle forehead	0 1 2 3 4	0 2 4
Blink	0 1 2 3 4	0 2 4
Closure of eye lightly	0 1 2 3 4	0 2 4
Closure of eye tightly	0 1 2 3 4	0 2 4
Closure of eye on involved side only	0 1 2 3 4	0 2 4
Wrinkle nose	0 1 2 3 4	0 2 4
Whistle	0 1 2 3 4	0 2 4
Grin	0 1 2 3 4	0 2 4
Depress lower lip	0 1 2 3 4	0 2 4
Score	4-normal 3-slight paresis 2-moderate 1-severe 0-total	4-normal 2-partial paralysis 0-no motility

Table 5. Change of symptom

	입원1일째	4일째	7일째	9일째	11일째	14일째
보행장애	IV>III	III	III	III>II	II	II>I
안면마비	8	10	13	15	18	23
상지비감	+++	+++	++	++	++	+
하지비감	++	+	±	-	-	-
전신무력감	+++	+++	+++	++	+	±
1일 섭취량(cc)	1070	1370	1740	2160	2500	2450
치료	탕약 침법	補中益氣湯加味方		補中益氣湯加味方 加 鹿茸 脾正格		

Table 6. Progress of Treatment

날짜	치료경과
입원 1일째	중등도의 하지무력으로 인한 기립불능 및 보행불능(IV>III). 중등도의 양쪽 안면마비(8점)로 인한 무표정한 얼굴, 안검개합불리, 구음장애, 구각연 등의 증상. 양수족비감(+++/++) 및 전반적인 전신탈력감. 식욕부진 및 소화불량감. 간수치 상승된 상태. 보중의기탕 및 비정격 치료 시작
입원 4일째	조금씩 하지무력감 호전(III)되어 부축시 5M 이상 보행 가능. 양상지비감은 여전히나 양하지비감은 조금씩 호전 중(+++/+). 이마부분에 주름 잡히기 시작(10점). 물리치료 병행 시작
입원 7일째	혼자 기립 가능 및 부축시 10M 이상 보행 가능할 정도로 호전(III). 입술 및 코 주변부 안면근육의 움직임 보이기 시작(13점). 양하지비감 소실(++/±). 식욕부진 및 소화불량감 개선 중
입원 9일째	부축시 자연스러운 보행 가능해졌으며, 부축 없이도 화장실 출입 가능해짐(III>II). 안검의 개합 1/2 이상 호전 및 구각연과 발음 부정확도 호전(15점). 양상지비감 호전 중(++/-). 녹용 4g 가하기 시작
입원 11일째	부축 없이 완전 보행 가능 및 계단 부축보행 호전(II). 웃을 때 얼굴의 표정이 많이 자연스러워질 정도로 안면마비 호전 중(18점)이나 전반적으로 여전히 중등도의 마비 상태. 식욕부진 및 소화불량감 소실. 전신 무력감 계속 호전
입원 14일째	별 불편한 없이 자가보행 가능하나 하지무력감은 조금 남은 상태(II>I). 안검의 개합 3/4 이상 호전 및 침흘리는 증상 소실(23점). 간수치 정상으로 회복. 양상지 비감 호전 중(+/-)
퇴원 후	2개월간의 통원 치료 후 하지무력감, 전신무력감, 수족비감 완전 소실. 안면마비 증상도 조금씩 호전되어 우안검 불완전 개합 증상만 남고 나머지 증상은 완전 소실

### III. 考 察

Guillain Barre Syndrome(GBS)이란 대칭적으로 진행되는 사지의 마비를 특징으로 하는 급성 염증성 탈수초성 다발성 신경염이다<sup>6</sup>. 이는 말초 신경에서 발생하는 것으로 다발성 경화증, 급성 파종성 뇌수막염, 시신경염 등과 같은 중추신경성 질환과 구분된다<sup>7</sup>. 임상적인 특징으로 사지의 대칭적 마비, 원위부의 이상감각, 사지의 무반사증 및 저반사증 등이 나타나며, 그 증상은 주로 하지에서 시작하여 상지로 파급된다. 또 뇌신경을 침범하여 안면마비와 연하장애, 성대마비 등을 초래하기도 하며, 심한 경우 호흡근 마비를 유발하여 사망에도 이르게 하는 무서운 질환이다<sup>1,3</sup>.

검사소견으로 뇌척수액 검사상 단백질량의 증가는 현저한데 비해 세포수는 이에 비례하여 증가하지 않는 현상, 즉 단백 세포 해리(albuminocytologic dissociation)가 진단상 가장 중요한 소견이다. 질병 초기에는 뇌척수액내 단백질농도가 정상일 수 있으나, 발병일로부터 3주 이내에 45mg/dL 이상의 뇌척수액내 단백질 농도의 증가를 보이므로 연속적인 검사가 필요하다. 한편 신경전도 검사의 가장 중요한 소견은 복합운동활동전위 진폭의 감소, 신경전도 속도의 감소, 또는 운동신경의 전도 속도의 감소 등이며, 또 다른 중요한 소견으로는 종말 잠복기가 느려지고, F-파의 반응이 없어지는 것이다. 감각신경의 전도 속도는 정상이거나 약간 저하된다<sup>6,8-11</sup>.

GBS는 바이러스 감염, 특히 cytomegalovirus 감염 후에 발생할 수 있으며, 그 외 mycoplasma, salmonella, campylobacter 등 다른 감염과도 연관되어 발생된다. 이외 생균 및 사균의 면역주사, 항독소, 외상, 수술, 악성질환, 면역결핍 등과도 어느 정도 상관 관계를 맺고 있는 것으로 알려져 있다. 임상적으로는 환자의 다수에서 발병 수일 전에 상기도감염이나 위장염을 앓은 과거력이 있다. 병리학적으로는 분절성 탈수초 현상이 뚜렷하며 심한 경우 축삭 손상까지 초래한다. 혈관주위에 림프구 침윤이 신경근 주변부부터 일어나고, 이 림프구는 세포 독

성물질을 유리하여 슈반세포 및 수초를 손상시키는 것으로 추정되며, 대식구가 침윤되면서 수초의 제거가 진행되는 것으로 알려져 있다<sup>1,2</sup>.

치료는 주로 보존적인 치료법이 위주가 되는데, 마비환자의 경우 그 관리가 매우 중요하며, 호흡부전 환자의 경우 인공호흡 관리 등이 필요하다. 일반적인 대증요법과 더불어 면역학적 발생기전에 근거를 둔 혈장교환술 및 감마 글로불린의 대량투여요법, 면역억제제요법 등이 있다. 혈장교환술은 GBS를 유발하는 원인항체를 함유하고 있는 혈장을 체외에서 혈액성분 채집기를 이용하여 제거하고 혈구는 되돌려 주는 방법으로서, 격일 또는 더 짧은 기간에 4회에서 6회로 200~250mL/Kg의 혈장을 5%의 알부민과 생리 식염수를 수액으로 사용하여 제거하는 방법인데, 질병발생 2주 이내에 사용할 경우 병의 경과에 일정한 효과가 있다. 감마 글로불린의 대량투여요법은 혈장 교환술만큼 효과가 좋은 치료 방법으로서, 5일에서 2주 동안 0.4g/Kg을 사용한다<sup>6,10,11</sup>.

GBS의 발병빈도는 인구 100,000명당 2명 정도이며, 전체 환자 중에서 약 2%가 사망하게 되고, 약 2%의 환자가 재발성의 경과를 밟는다<sup>2</sup>. 증상이 경미한 경우에는 예후가 좋은 편이지만, 약 25%의 환자에게는 인공호흡이 필요할 정도로 악화된다는 보고가 있다<sup>12</sup>. 발병 2~4주경부터 차차 호전되어 발병순서의 역방향으로 회복되기 시작하는데, 호흡부전, 상지마비 등이 먼저 회복되고 하지의 심부건 반사는 가장 나중에 정상화되며, 2개월에서 18개월 이내에 대부분 회복되지만 18개월에서 24개월이 경과하면 거의 회복을 기대할 수 없다고 한다<sup>13</sup>.

GBS의 임상양상은 한의학적으로는 痿證과 麻木에 해당한다고 볼 수 있다. 痿證은 筋脈이 이완되어 手足이 痿軟無力한 것을 말하는데, 특히 下肢의 隨意運動不能 및 步行障礙가 많이 나타나는 것을 痿躄이라고 한다. 麻木은 麻木不仁이라고도 하는데, 麻는 皮膚나 肌肉이 가렵거나 아프지는 않는데 벌레가 기어가는 듯한 이상한 느낌이 있는 것이고, 木은 肌膚의 감각이 둔하여 감각을 알지 못하는 것을

말한다<sup>14</sup>.

痿證에 대해서 漢代 張仲景이 <傷寒論>에서 傷寒吐下後에 다시 發汗으로 陰陽氣血이 모두 虛하여 筋脈을 濡養하지 못하는 상태가 오래되면 痿證이 발생한다고 했으며<sup>15</sup>, 隋代 巢元方은 <諸病源候論>에서 外感 內傷의 두 가지로 병인을 분석하였는데 外因으로는 風邪感受, 內因으로는 脾胃虧虛한 것을 제시하였다<sup>16</sup>. 이 외의 많은 의가들이 痿證의 발병에 있어 火熱, 濕熱, 濕痰, 氣血虧損, 情志失調 등이 중요한 작용을 한다고 논술하고 있으며 이에 따른 滋陰清火, 清肺潤燥, 補益脾胃, 調補肝腎, 活血化瘀시키는 치료법을 제시하고 있다. 그러므로 일반적으로 痿證은 肺熱傷津, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱浸淫, 瘀阻脈絡 등으로 변증하여 치료한다<sup>14</sup>. 麻木은 <內經>에 不仁이라고 표현되어 있는데 이는 營衛之氣의 不行으로 인해 발생한다고 했으며<sup>17</sup>, 明代의 虞博은 <醫學正傳>에서 麻는 氣血俱虛해서 발생하며 여기에 濕이 感하여 麻木이 발생한다고 하여 體虛와 外感濕邪의 관점에서 麻木을 파악했다<sup>18</sup>. 李東垣은 <東垣十種醫書·蘭室秘藏>에서 麻木은 주로 氣虛해서 나타난다고 하여 ‘補氣肺中之氣 則麻木自去矣’라고 하였다<sup>19</sup>. 그러므로 일반적으로 麻木은 氣虛失運, 血虛不榮, 風濕痺阻, 痰瘀阻滯 등으로 변증하여 치료한다. 이처럼 痿證과 麻木이 발생하는 데 있어서 氣虛한데 風濕, 濕熱 등이 感하는 것이 그 근본 원인이 됨을 알 수가 있다.

본 증례의 환자는 내원 초진 당시 앞에서 기술한 증상 외에 面白, 語聲無力, 倦怠, 舌淡紅, 薄白苔, 脈細弱 등의 부증상이 있었고, 복진상 복부가 전반적으로 軟弱無力하여 저항감이 거의 없었다. 발병 전에 과로와 불규칙적인 식사로 인해 기력이 쇠하여 있었으며, 특히 독감 예방 접종 후 感冒를 앓아 체력이 바닥난 상태였다. 식사량은 평소의 절반에도 못미치는 정도로 감소한 상태였고 간헐적인 소화불량 및 복통을 호소하였다. 이에 과도한 勞倦傷으로 인한 內傷으로 脾胃의 氣가 虛해지고 여기에 外感을 겸하여 痿證과 麻木이 발생한 것으로 판단하였다. 즉 四末을 主하는 脾의 運化機能이 失調되고 氣

血生化之源이 부족하게 되어 四肢가 水穀의 精氣를 얻지 못하여 筋脈이 失榮하게 된 것이라 사료되었다. <東醫寶鑑·內傷篇>에서 ‘喜怒不節 起居不時 有所勞倦 皆損其氣 氣衰則火旺 火旺則乘脾土 脾主四肢 故困熱 無氣以動 懶於言語’이라 하여 勞倦傷에 의한 四肢無力을 설명하고 있으며, ‘飲食失時 勞役過度 脾胃虛弱 中氣不足 以補中益氣湯爲主’라 하여 補中益氣湯을 그 처방으로 제시하고 있다<sup>20</sup>. 따라서 中氣不足을 치료하기 위해 湯약으로는 補中益氣湯을 가감하여 투여하고, 針法으로는 脾正格을 사용하였다.

본 증례의 환자에게 투여한 補中益氣湯加減方은 각 약물이 증량된 원방에 수족저림 증상을 고려하여 理氣之劑인 烏藥 香附子 青皮와 木瓜 防風을 가하였으며, 外感을 고려하여 川芎 紫蘇葉 荊芥 薄荷 등을 가하여 사용하였다. 그리고 입원 9일째부터는 壯元陽, 補氣血, 益精髓, 強筋骨 작용이 있는 鹿茸을 가하여 투여하였다.

입원 당시 본 증례의 환자는 발병 후 약 2주가 경과한 상태였으며, 양방종합병원에서 4일간 면역글로블린 투여를 받은 상태였다. 환자의 상태는 전신적인 무력감과 양하지의 심한 탈력감으로 인해 기립과 보행 자체가 거의 불가능한 정도였으며, 특히 양하지의 수평운동은 가능하였으나 중력에 저항하는 상하 운동은 불가능하였다. 부축한 상태에서 가까스로 기립자세를 유지하였으나 발걸음 떼는 것이 어려워 보행 시도시 약 1~2M 정도의 거리도 상당히 힘들어하는 상태였다. 그러나 상지의 무력감은 하지보다 덜하여 수저질은 어느 정도 가능하였으나 양수족비감을 많이 호소하였다. 또 양측 안면의 근육 운동이 전혀 이뤄지지 않아 무표정한 상태였으며, 안검의 개합이 불가능하여 눈꺼풀을 고정하여야만 야간에 수면을 취할 수 있었다. 입 주변 근육의 움직임도 거의 없어 음식 섭취시 입가로 음식물을 많이 흘려 손으로 턱을 받쳐야만 음식을 먹을 수 있는 상태였고, 이에 따른 발음도 부정확한 상태였다. 앞에서 기술한 바와 같이 脾氣虛로 변증하고 補中益氣湯加味方을 투여하면서 脾正格을 施針하였다.

입원 4일째부터는 기립하는 자세가 좀 더 자연스러워졌으며 서 있는 시간이 연장되었다. 부축을 받으면 5M 이상 보행이 가능해졌다. 안면 근육의 무력감 정도는 양쪽 뺨 및 안검에 대해서는 별다른 진전이 없었지만, 이마 부분에서는 어느 정도 주름이 생기기 시작하였으며, 양수의 저린감은 여전하였으나 양 하지의 비감은 조금씩 호전되고 있었다. 또 식사량은 어느 정도 늘고 있었으나 간헐적으로 소화불량감을 호소하였다. 계속 치료 방법을 동일하게 유지하면서, 1일 1회 안면부에 SSP, 사지부에 FES, 양수족부에 paraffin bath, 그리고 안면부에 수기치료를 시작하였다.

입원 1주일째부터는 혼자 서기 시작하였으며, 부축을 받으면 10M 이상 보행이 가능해졌다. 부축 없이도 비록 불안정하였지만 약 3~4M 정도 걷는 상태로 경과가 호전되기 시작하였다. 또 코 주변부와 입술 주변 얼굴 근육에 씹물거리는 움직임이 생기기 시작하였으며, 양하지의 저린 감각은 완전 소실되었다. 전신무력감 및 식욕부진 상태도 상당히 호전된 상태였다.

입원 9일째부터는 부축해서 보행하는 자세가 많이 자연스러워졌으며, 보행거리는 약 30M 정도 되는 병동 복도를 왕복할 수 있는 정도까지 가능해졌다. 화장실 정도는 혼자서 출입이 가능해졌으며, 계단부축보행도 시도할 정도까지 하지무력감이 호전되었다. 안면마비의 정도도 입술 주변의 근육 움직임이 눈에 띄게 호전되면서 흘리는 음식의 양이 줄기 시작하였고, 안검의 움직임도 조금씩 호전을 보여 약 1/2 정도 개합이 가능하였고, 이마의 주름도 본인이 원하는 만큼 지을 수 있게 되었다. 양수의 저린 정도도 반감된 상태로 호전되었다. 이 때부터 보다 빨리 元氣를 회복시키기 위해 계속 사용하던 補中益氣湯加味方に 鹿茸을 加하여 투여하기 시작하였다.

입원 11일째부터는 부축 없이도 완전 보행이 가능해졌으며, 하지무력감은 VAS 5 이상 호전되었다. 얼굴 근육의 움직임이 조금씩 자연스러워지면서 무표정한 얼굴에 주름이 양호하게 잡히기 시작하였고,

안검의 개합이 더욱 자연스러워졌다. 전신탈력감 또한 상당히 호전되었다.

입원 14일째부터는 아직 계단 보행은 힘들어하는 상태였으나, 별 불편함 없이 자가 보행이 가능하였고, 입술 주변의 얼굴 근육의 움직임이 자연스러워짐에 따라 발음 또한 명확해졌으며, 양수의 저린 감도 거의 소실되었다. 완전하지는 않지만 전반적으로 얼굴에 자연스러운 표정이 나타나기 시작하였다. 그리고 양방병원에서 면역글로블린 투여 후 본원 입원 당시 간기능 검사상 AST 53IU/L, ALT 99IU/L, r-GTP 38IU/L이었던 수치가 AST 27IU/L, ALT 37IU/L, r-GTP 21IU/L로 호전된 결과를 보였다. 내원 당시 가지고 있던 여러 증상 중 정도의 무력감 및 중등도의 안면마비만을 남긴 상태에서 가장 힘들게 호소하던 보행불리 증상이 소실된 상태에서 통원치료를 결정하고 퇴원하였다.

2주간의 한방 치료를 통하여 본 증례의 환자는 부축해서 간신히 기립자세를 유지하는 정도에서 자연스러운 자가보행이 가능한 상태로까지 호전되었으며, 얼굴 근육의 움직임이 전혀 없어 식사와 수면에 지장을 초래할 정도까지 중증의 경과를 보이던 안면마비의 증상도 어느정도 眼合이 가능하고 표정도 다시 회복되는 수준까지 호전되어 Yanagihara 점수가 40점 만점 중 8점에서 23점으로 상승된 상태에서 퇴원하였다. 또한 수족비감과 전신무력감은 입원 당시 severe한 상태에서 mild한 상태로까지 호전되었으며, 전반적인 식사량도 평소 수준을 회복하였다. 그 후 지속된 본원에서의 한방 치료를 통하여 퇴원 후 약 2개월 뒤에는 모든 안면마비 증상도 소실되어 일상생활로 복귀하였다.

본 증례는 사지무력감과 수족비감 및 안면마비 등을 주소로 양방병원에서 GBS로 진단되어 면역글로블린 투여를 받았음에도 별다른 증상의 호전이 없던 환자를 대상으로 한방적으로 痿證과 麻木의 관점에서 勞倦傷과 外感 후 나타난 脾胃氣虛證으로 변증하고 補中益氣湯加味方을 투여하면서 脾正格을 사용하고 여러 물리치료 등을 시행하여 치료 2주만에 보행이 가능할 정도로 하지무력감이 회복 되었

고, 안면마비 증상도 기대 이상으로 호전된 경우다.

다만 GBS가 증후가 경미할 경우 발병 후 약 2~4주째부터 회복기에 접어들면서 자연치유적인 경과를 밟는다는 점을 고려할 때, 증례가 부족하여 GBS의 자연경과에 따른 호전 속도와 양방 및 한방 치료를 실시할 경우의 호전 속도를 상호 비교 연구할 수 없었던 것은 커다란 아쉬움으로 남는다. 그러므로 향후 GBS에 대한 한방적 치료 효과를 양방치료 및 자연 경과에 의한 호전 속도와 상호 비교 분석하는 연구가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

#### IV. 結 論

양하지무력으로 인한 기립불능 및 보행불리, 양측 안면마비 및 안검하수, 수족비감, 전신무력감, 식욕부진 등을 주소로 하는 GBS 환자를 脾胃氣虛證으로 변증하고 補中益氣湯加味方を 투여하면서 脾正格 사용 및 다양한 물리치료를 시행하여 양호한 치료효과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

#### 參考文獻

1. 新谷太, 최일생 역. Pathophygiology로 이해하는 내과학 part10 신경질환. 서울:정담출판사; 2002, pp.260-2.
2. Lindsay KW, Bone lan, 이광우 편. 임상신경학 3판. 서울:법문사; 2002, pp.757-60.
3. 최현숙, 고신옥, 김종래, 박광원. Guillain-Barre 증후군에 대한 임상적 고찰. 대한마취과학회지. 1987;20(2):182-90.
4. 이정규, 김문섭, 이용재, 서정규, 박영춘. Guillain-Barre 증후군 71례의 임상적 관찰. 대한내과학회잡지. 1982;25(2):164-73.
5. 서광용, 김헌남, 공광찬, 허진득, 김명원. Guillain-Barre 증후군 24례의 임상적 관찰. 대한내과학회잡지. 1976;19(6):536-44.
6. 조기현, 김명규. 리켓치아 감염 후 속발된

- Guillain-Barre 증후군 2례. 대한신경과학회지. 1993;11:112-6.
7. 김동현, 윤영철, 이강진, 권오상. 시신경염이 동반된 Guillain-Barre 증후군. 대한신경과학회지. 1997;15:1199-202.
8. 대한신경외과학회. 신경외과학. 서울:중앙문화사; 2002, pp.58-9.
9. 홍창의. 소아과학. 서울:대한교과서(주); 2002, pp.1096-7.
10. Raymond D Adams, Maurice Victor, Allan H Ropper. Principles of Neurology(Korean Language Edition). 서울:정담출판사; 1998, pp.1212-8.
11. 김재환, 김기훈, 제인수, 김태희, 김양욱, 김영훈 등. Guillain-Barre Syndrome 환자에서 발생한 항이노 호르몬 분비 이상 증후군(SIADH) 1례. 대한내과학회지. 2004;66(4):404-7.
12. 이춘택, 김준우, 권오정, 심영수. Guillain-Barre 증후군에서의 호흡부전증. 결핵 및 호흡기질환. 1985;32(4):266-70.
13. 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.
14. 전국한의과대학 심계내과학 교실. 심계내과학. 서울:서원당; 1999, pp.448-58.
15. 張仲景. 仲景全書. 서울:대성문화사; 1984, p.207
16. 巢元方. 巢氏諸病源候論. 서울:대성문화사; 1992, p.11.
17. 張馬合註. 黃帝內經素問. 서울:성보사; 1975, p.251, pp.310-1.
18. 虞天民. 醫學正傳. 서울:의약사; 1973, pp.419-23.
19. 李東垣. 東垣十種醫書. 서울:대성문화사; 1983, pp.232-4.
20. 許浚, 東醫寶鑑國譯委員會 譯. 對譯東醫寶鑑. 서울:법인문화사; 1999, pp.1139-43.