

말초신경병증으로 진단된 하지위증환자의 치험 1례

이성균* · 임은경 · 조영기 · 문미현 · 이정섭 · 최성용¹ · 국윤재² · 강성욱³ · 이연정

원광대학교 전주한방병원 내과, 1: 침구과, 2: 한방신경정신과, 3: 원광대학교 광주한방병원 사상체질과

Clinical Study on 1 Case of Patient with the Lower Limb Flaccidity-syndrome Diagnosed as the Peripheral Neuropathy

Seong-Kyun Lee*, Eun-Kyung Rhim, Young-Kee Cho, Mi-Hyun Moon, Jung-Sub Lee, Sung Yong Choi¹, Yun-Jai Gug², Kang-Sung Wook³, Eon-Jeong Lee

Department of internal Medicine, 1: Department of acupuncture & moxibustion,

2: Department of Oriental Neuropsychiatry, Jeonju Oriental Medicine Hospital,

3: Department of Sasang Constitutional Medicine, Kwangju Oriental Medicine Hospital. Wonkwang University

In this case, it is considered that the cause of the lower limb Flaccidity-syndrome is the peripheral neuropathy accompanied with inflammation and in oriental medicine, it is understood that the factors such as lung fluid consumption caused by heat-evil, wetness-heat evil cause the lower limb Flaccidity-syndrome. Because the peripheral neuropathy is regarded as a neuropathy with a series of inflammation reaction producing inflammatory neuropeptides such as substance P, prostaglandin ect., in western medicine, nonsteroidal antiinflammation drug;NASID, lidocaine, capsaicine are prescribed to control this neuropathy. In the view of treatment of the lower limb weakness, Wooseul-tangkami is used to remove the wetness-heat evil and we had a electronic acupuncture on the Yangmyung channel(陽明經) selected in The Yellow Emperor's of internal Medicine and also on Panggwang channel(膀胱經) considered as painful lesion. We experinedced a case of the lower limb Flaccidity-syndrome diagnosed as the peripheral neuropathy the patient was treated by wooseul-tangkami, a acupuncture on Yangmyung channel and also Panggwang channel and had a significant improvement in gait ability and the range of motion.

Key words : Flaccidity-syndrome, Peripheral neuropathy, Wooseul-tangkami(牛膝湯加味)

서 론

痿證이란 지체의 근력감소, 근육의 위축, 수족마목, 수의적 운동곤란 등의 증상을 포괄하는 개념으로 갑자기 돌발적으로 발생하거나 혹은 서서히 발병하며 輕者는 軟弱無力하나 重者는 痿廢不用하고 심하면 생명이 위협할 수 있는 질병이다¹⁾.

痿證은 《素問·痿論》²⁾에서 “五臟肺熱葉焦 發爲痿痺”이라 하여 최초로 언급하고 있으며, 그 이후 역대문헌상에 다양한 형태로 기록되어 있다. 《四氣調神大論》²⁾에서는 “冬三月 此爲肺臟 水冰地折 無優乎陽 … 此冬氣之應 養藏之道也. 逆之則傷腎 春

爲痿厥 奉生者少”라 하였고, 《生氣通天論》²⁾에서는 “因於濕 首如裹 … 綆短爲拘 弛長爲痿”이라 하였고, 《靈樞·邪氣藏府病形》³⁾에서는 “風痿, 四肢不用”이라 하였고, 《靈樞·九宮八風論》³⁾에서는 “犯其雨濕之地則爲痿”라 하였다. 문헌상에痿證은 痿躄, 痿厥, 足痿 등으로 기록되어 있으며²⁾,痿證과 五體와의 관계에서 皮痿, 脈痿, 筋痿, 肉痿, 骨痿 등으로 분류되기도 한다⁴⁾.

痿證의 원인은 다양한 형태로 역대 문헌상에 나타나지만, 肺熱津耗, 濕熱侵襲으로 인해서 발병과 진행이 빠른 實證型和 脾胃虛弱, 肝腎虧虛에 의해서 발병과 진행이 느린 虛證型으로 요약하여 나누어 볼 수 있다. 치료적인 측면에서는 《素問·痿證論》²⁾에서 “帝曰 … 論言治痿者, 獨取陽明何也?”이고 하여 脾胃의 調理에 중점을 두어서 培土固本하였고, 혹은 陽明濕熱을 清火하는 방법을 서술하였는데, 이는痿證에 대한 기본적인 치료의 원칙으로 여겨지고 있다⁵⁾.

* 교신저자 : 이성균, 전주시 덕진구 덕진동 원광대학교 부속 전주한방병원

· E-mail : phenix97@hanmail.net, · Tel : 063-270-1016

· 접수 : 2005/09/22 · 수정 : 2005/10/13 · 채택 : 2005/11/21

西洋醫學의으로 痿證은 주로 감각장애 및 근위축을 동반하거나, 동반하지 않는 對麻痺 혹은 四肢麻痺로 볼 수 있으며, 크게 育椎疾患, 末梢神經病症(多發性神經病症), 筋肉質患, 神經-筋 接合部 疾患 등으로 구분할 수 있다⁶⁾.

이중 育椎疾患은 국소통증, 신경통증 또는 두 가지 모두를 야기한다. 그리고 침범한 피부절 분포의 무감각과 이상감각 또는 부분적 운동 약화를 동반한다. 특히 L5 천수 신경근증은 족부와 족지의 배측 굴곡의 위약을 가져온다. S1 신경근질환은 족부의 외전과 족저굴곡의 약화와 족반사를 감소시킨다. 末梢神經病症은 축삭변성 혹은 절편 혹은 분절성 탈수초를 병리적 양상으로 하는 손상된 신경 영역의 감각, 운동 혹은 혼합결손을 야기하여 사지에 약화나 저림, 때로는 두 가지 모두가 증상으로 생길 수 있으며, 끝면서 걷거나 한쪽 또는 양쪽 다리의 조절이 잘 안 된다는 것에서부터 감각성 또는 실조성 하지부전마비까지 다양하다^{7,8)}.

저자는 LBP, inguinal&ASIS(anterior superior iliac spine) area pain, gait disturbance with foot drop을, Lt leg hypesthesia를 주소증으로 하는 多發性神經病症, 腰椎의 椎間板 脫出症으로 진단된 환자를 經穴鍼, 電氣鍼, 韓藥療法을 시술하여 유의한 효과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

증 례

1. 환자 : 김 ○ ○, 48세, 여자

2. 주소

1) LBP

2) inguinal&ASIS area sever pain

3) gait disturbance with foot drop

4) Lt leg hypesthesia

3. 발병일 : 2004년 12월 20일경

4. 초진일 : 2005년 02월 01일

5. 현병력

2004년 여름 slip down으로 유발된 LBP가 2004년 12월 20일 경 김장을 끝낸 후 무거운 물건을 드는 일을 한 후 심해졌고, LBP, inguinal&ASIS area severe pain, gait disturbance, Lt leg hypesthesia를 주소증으로 하여 2004년 12월 25일부터 2005년 01월 15일까지 전주00병원에 입원하였다. 3주간 입원기간 중에 injection, medication, physical therapy를 받았고, inguinal&ASIS area 부위에 epidural block을 4회 시행하여 inguinal&ASIS area의 severe pain은 호전되었으나, gait disturbance에 대한 호전이 없어 보다 전문적인 한방진료를 원하시어 2005년 02월 01일 원광대 전주 한방병원에 입원하심.

6. 과거력 : non-specific

7. 초진시 환자조건

상기환자는 현 48세의 음주와 흡연 경력이 없고 別無嗜好食하며 예민한 성격의 여자 환자이다. LBP에 있어서는 부위가 L4-5 level이고 膀胱經上으로 묵직한 느낌을 호소하시었다. Inguinal & ASIS area 부위에 쑤시는 통증을 호소하시었고 swelling & redness&heating 소견은 없었다. 보행시 inguinal &

ASIS area부위를 누르면서 걸으면 보행 능력이 개선되는 양상을 나타내었다. Sciatica 증상은 Lt ASIS에서 膽經上으로 4,5st toe까지 나타났는데, 주로 허벅지에서 땡기면서 아픈 양상의 통증을 심하게 호소하시었다. 小腿以下로는 전체적인 hypesthesia를 호소하시었다. 食慾과 消化, 大便, 小便 기능은 정상이었고, 舌苔는 黃苔이고 口乾 증상이 동반되어 나타났으며, 脈狀은 浮數緊했다. 수면은 淺眠증상을 호소하고 腹診時 臍部動悸와 눈을 감을 경우 眼瞼의 痙攣이 있었다.

8. 초진시 검사소견

1) L-spine MRI: L2-3: degenerated&diffuse bulging

L4-5: HNP of L-spine(Lt foraminal stenosis)

2) 임상검사

WBC: 3.4×10³/ul Hb:11.3g/dL RBC:3.6×10⁶/u ESR:15mm/h

LFT:normal RFT:normal Electrolyte:normal Routine

urinalysis(10종):normal

3) 신경학적검사

SLRT(80/80)

MMT(P P)(G G)

(P P)(G G)

Patric sign(-/+)

4) 근전도 검사(EMT)

2005년 02월 02일 femoral nerve: NCV

saphenous nerve: NCV

2005년 07월 23일 femoral nerve: Normal

saphenous nerve: Normal

9. 진단명 : R/O, peripheral neuropathy or HNP of L-spine

10. 치료 및 임상경과

입원기간동안 韓藥處方과 經穴鍼, 電針療法을 시행하였고 입원 15일경부터 심리적인 안정을 유도하기 위해서 본원에서 시행하는 향기치료의 일종인 알파치료와 경혈+네브라이저(경혈)치료를 행하였다. 한약처방은 牛膝湯加味方(木瓜 10g, 白屈菜 10g, 牛膝(酒洗) 10g, 杜冲(元:炒) 8g, 威靈仙 8g, 蠶砂 8g, 海桐皮 8g, 金毛狗脊 6g, 沒藥 4g, 防風(元) 6g, 白茯苓 6g, 白朮·6g, 乳香 4g, 薏苡仁 6g, 破古紙 6g, 甘草 4g, 生薑 4g, 當歸 4g, 陳皮 4g, 玄胡索 4g, 黃連 4g, 黃栢 4g, 全蟲 1g, 蜈蚣 2마리, 白芍藥 8g, 蒲公英 4g, 黑糖 6g, 桃仁 3g, 紅花 3g, 土茯苓 4g, 丹蔘 6g, 玄蔘 6g, 羌活 4g, 獨活 4g, 馬錢子 1g)을 사용하였다.

침구처방은 短針(동방침구침, 0.3×30mm)으로 足三里, 太谿에 刺鍼하였다. 長針(동방침구, 0.3×60mm)으로는 大腸俞, 關元俞, 殿壓에 直刺, 膝部以下 胃經과 膀胱經上에 橫刺하고 鍼柄에 電針(출력전압:DC 12V, 850mA/시간:20min/2Hz&120Hz mixed form)을 걸었다. 통증의 정도를 객관화하기 위해서 재현성이 인정되며 신뢰성이 비교적 높은 시각적 상사 척도(Visual Analog Scale:VAS)를 이용하였다. 상기증례 환자의 치료경과는 Table 1, Table 2에 정리했다.

Foot drop은 足下垂 된 상태에서 dorsiflexion할 때 측정된 각도를 표시하였고, '+'의 개수로서 운동속의 정도를 나타내었다. Gait disturbance의 정도는 달리기/계단보행/평지보행 순으로

표기하고 달리는 빠리 달리기를 2점, 가볍게 달리기를 1점, 달리기불가능을 0점으로 하고, 계단보행은 난간을 붙잡지 않고 기능을 2점, 난간을 잡고 기능을 1점, 난간을 잡고도 불가능을 0점으로 하고, 평지보행은 30분 이상 기능을 3점, 30분 이상 불가능을 2점, 보장구 없이 보행 기능을 1점, 보행불능을 0점으로 해서 표기했다.

Table 1. VAS scale for pain and hypesthesia in passage of time

| | 02/01 | 02/03 | 02/07 | 02/11 | 02/15 | 02/21 | 02/25 | 03/01 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| LBP | 10 | 9 | 8 | 7 | 7 | 5 | 4 | 4 |
| Sciatica | 10 | 10 | 7 | 8 | 5 | 4 | 4 | 3 |
| Inguinal& ASIS pain | 10 | 10 | 10 | 9 | 9 | 7 | 6 | 6 |
| Hypesthesia | 10 | 10 | 7 | 5 | 4 | 0 | 0 | 0 |

Table 2. Assessment for range of motion in passage of time

| | 02/01 | 02/03 | 02/07 | 02/11 | 02/15 | 02/21 | 02/25 | 03/01 |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Foot drop | 15° | 30° | 45° | 65° | 65° (+) | 65° (+) | 65° (++) | 65° (++) |
| Lt leg self elevation | 30° | 30° | 40° | 80° | 80° (+) | 80° (++) | 80° (++) | 80° (++) |
| Gait disturbance | 0/0/0 | 0/0/1 | 0/0/1 | 0/1/2 | 0/1/2 | 1/1/3 | 1/2/3 | 1/2/3 |
| SLRT | (80°/80°) | (80°/80°) | (80°/80°) | (80°/80°) | (80°/80°) | (80°/80°) | (80°/80°) | (80°/80°) |

고찰

西洋醫學에서 痿證은 주로 감각장애와 및 근위축을 동반하거나, 동반하지 않은 對麻痺, 혹은 四肢麻痺로 볼 수 있으며 크게 脊髓疾患, 末梢神經病(多發性神經病), 筋肉質患, 神經-筋 接合部 疾患 등으로 구분할 수 있다⁶⁾.

脊椎疾患은 국소 통증, 신경근통 또는 두 가지 모두를 야기한다. 그리고 침범한 피부절의 다른 부위에 전이된 통증을 야기하기도 한다. 국소통증은 보호적 반사 근육 경련을 야기하고 그것은 순차적으로 다른 통증을 야기하여 결국 비정상적 자세와 활동 제한이 나타나기도 한다. 신경통증은 신경근의 압박, 신전 또는 자극에 의해 야기되어 항상 등에서 시작하여 침범된 신경근을 따라 방사되는데 이것은 기침, 복압, 또는 끈게 다리 올리기 등에 의한 신경섬유들의 신전에 의해 심해진다. 신경근 침범은 피부절 분포를 따라 이상감각과 무감각을 야기하고 국소 지역의 위약을 가져온다. 반사 변화가 운동 또는 감각섬유 침범과 동행하기도 한다. 일반적으로 L4-5 또는 L5-S1 신경근통을 야기하며, L4 신경근도 때때로 침범되지만 상 요추근의 침범은 근 압박의 다른 요인을 의심해야한다. 피부절 분포의 무감각과 이상 감각 또는 부분적 운동약화를 주로 동반한다. L5척수 신경근증은 족부와 족지의 배측굴곡의 위약을 가져온다. S1근질환은 족부의 외전과 족저굴곡의 약화와 족반사를 감소시킨다. 원인으로는 선천적인 천추관 협착, 돌출된 골기와 비후된 인대들에 의한 척수 압박, 손상 및 척수동맥의 압박에 의한 부분적 허혈적 괴사 등이 가설로 거론되고 있다⁷⁾.

치료에 있어서는 보존적인 치료와 수술적인 치료로 구분되는데 보존적인 치료는 진통제, 견인치료 등이 있으며, 신경학적 결손이 진행되거나 불인성 통증으로 보존적 치료에 거의 반응하

지 않을 경우 척추와 추간판의 중심을 갈아내거나 추궁절제술을 시행한다⁸⁻¹⁰⁾.

末梢神經病은 일차적으로 손상되는 구조물에 기초하여 분류될 수 있고, 증후적 측면에서는 크게 운동, 감각, 반사, 자율신경 및 영양성(tropic) 증상으로 구분지어 볼 수 있다. 주된 병리학적 양상은 축삭변성(축삭성 혹은 뉴루론성 신경병증) 혹은 절변(paranodal) 혹은 분절성 탈수초이다. 이 구분은 신경병리학적 결과에 기초하여 가능하다. 운동과 감각 신경전도 속도를 말초신경들의 분절에서 측정할 수 있는 데, 축삭성 신경병증의 경우 전도 속도는 정상 혹은 약간 감소된 정도이고 침 근전도 검사상 침범된 근육들에서 탈신경 소견이 보인다. 탈수초성 신경병증의 경우에는 손상된 섬유에서 전도속도가 상당히 감소하고 더 심한 경우에는 탈신경의 근전도 소견의 동반없이 전도가 완전히 차단되어 진다⁷⁻¹⁰⁾.

신경주위의 결체 조직 혹은 신경 등에 공급되는 혈관의 손상에 의한 결과일 수도 있지만 다른 요인들에 비해 훨씬 드물다. 신경들은 그들의 경로를 따라 어느 지점에서든지 주변 해부학적 구조물 등에 의해 손상되거나 눌릴 수가 있고, 염증반응으로 말초신경의 손상을 받을 수 있다. 손상된 신경은 손상된 영역에 국한되는 감각, 운동 혹은 혼합결손을 야기한다⁷⁻¹⁰⁾. 특히, 말초신경을 손상시키는 염증은 신경손상에 대해 일련의 염증반응이 발생하는 것으로, substance P나 prostaglandin 등의 염증성 신경 펩타이드가 침해성 구심섬유와 교감신경성 절후 신경세포에서 분비되어 인접한 침해 수용기를 활성화시키게 된다. 이것은 신경병증성 통증 환자의 일부에서 비스테로이드성 소염진통제(nonsteroidal antiinflammatory drug;NSAID), lidocaine, capsaicin과 같은 국소도포용 약제를 사용할 수 있는 이론적인 근거가 된다¹¹⁾.

末梢神經病은 축삭변성 혹은 절변 혹은 분절성 탈수초를 병리적 양상으로 하는 손상된 신경 영역의 감각, 운동 혹은 혼합결손을 야기하여 사지에 약화나 저립, 때로는 두 가지 모두가 증상으로 생기며, 끝면서 건너나 한쪽 또는 양쪽 다리의 조절이 잘 안된다는 것에서부터 강직성 또는 실조성 하지부전마비까지 다양한 형태로 임상증상이 나타난다^{7,8)}.

상기증례 환자는 48세의 여자 환자로 LBP, inguinal&ASIS area sever pain, gait disturbance with foot drop, Lt leg hypesthesia를 주소증으로 오신 환자분으로 발병당시에는 inguinal pain&ASIS area pain이 극심하여 잠을 못 이룰 정도였고, 전주양방00병원에 입원하여 epidural block을 Local ASIS부위에 4차례 시행한 후에 inguinal&ASIS area pain증상이 호전되었으나 하지무력감으로 인한 보행장애는 호전이 없었다. L-spine MRI를 촬영한 결과 L2-3에 퇴행성을 동반한 diffuse bulging 형태의 disk type과 L4-5에 HNP로 인한 Lt foraminal stenosis 소견이 나왔으며, 근전도 검사상에 Lt femoral&saphenous nerve에 이상이 발견되었다. 환자의 주소증이 급격하게 발병하였고, 임상 증상, 방사선학적인 소견을 고려해볼 때 末梢神經病 혹은 HNP of L-spine으로 진단할 수 있으나, 이학적인검사, 신경화학적 검사, 근전도 검사를 종합해 볼 때 末梢神經病으로 진단하는 것이 더 타당하다.

韓醫學으로 痿證이란 肢體의 筋力減少, 筋肉의 萎縮, 手足

痲木, 隨意的 運動困難 등의 증상을 포괄하는 개념으로 갑자기 돌발적으로 발생하거나 혹은 서서히 발병하며 輕者는 軟弱無力하나 重者는 痿廢不用하고 심하면 생명이 위험할 수 있는 疾病이다¹⁾.

歷代文獻上에 나타난 痿證에 대한 표현은 다양하게 기술되는데, 《素問·痿論》²⁾에서 “五臟肺熱葉焦 發爲痿躄”이라 하였고, 《四氣調神大論》²⁾에서는 “冬三月 此爲肺臟 水冰地折 無憂乎陽 … 此冬氣之應養藏之道也. 逆之則傷腎 春爲痿厥 奉生者少”라 했으며, 《生氣通天論》²⁾에서는 “因於濕 首如裹 … 綆短爲拘 弛張爲痿”, 《靈樞·九宮八風論》³⁾에서는 “犯其雨濕之地則爲痿” 등 歷代文獻上에 나타난 표현은 다양하지만 文獻上에 나타난 痿證은 ‘痿²⁾’, ‘痿厥²⁾’, ‘足痿²⁾’ 등으로 칭하기도 한다.

또한 《素問·痿論》²⁾에서 “五臟使人痿何也?”라 하여 痿證과 五臟 병변과 밀접한 관련되었고, 五體와의 관계에서 肺主皮毛, 心主血脈, 肝主筋脈, 脾主肌肉, 腎主骨髓 등의 이론에 근거하여 痿證을 痿躄, 脈痿, 筋痿, 肉痿, 骨痿 등의 五痿로 분류하기도 한다⁴⁾.

그 원인에 대해서 歷代文獻上의 표현을 살펴보면, 크게 肺熱과 濕熱의 實證型和 脾胃虛弱, 肝腎虧虛의 虛證型으로 나누어 볼 수 있다. 《素問·痿論》²⁾에서 “思想無窮, 所願不得…發爲筋痿”. “肺熱葉焦, 則皮毛虛弱急薄, 著則生痿躄也”. “有漸於濕, 以水爲事 … 居處相濕, 肌肉濡漬, 痺而不仁, 發爲肉痿”, 《素問·生氣通天論》²⁾에서 “因於濕 首如裹 濕熱不攘 … 弛長爲痿”라 하여 思慮過多와 入房太甚에 의한 腎精의 損傷과 肺熱傷津과 濕에 의한 損傷을 제시하였다. 또 《素問·太陰陽明論》²⁾에서는 “脾病而四肢不用 … 今脾病不能爲胃行其津液, 四肢不得稟受穀氣, 氣日以衰, 脈度不利, 筋骨肌肉, 皆無氣以生, 故不用焉.” 이라고 하여 脾胃虛弱에 의한 痿證의 발생기전을 언급하였다⁵⁾. 歷代文獻上에 나타난 병인과 병리기전은 크게 濕熱, 肺熱, 肝腎虛, 脾胃虛弱등으로 요약할 수 있다.

痿證의 治法을 살펴보면 《素問·痿論》²⁾에서는 “獨取陽明何也? 岐伯曰, 陽明者, 五臟六腑之海, 主潤宗筋, … 故陽明虛, 則宗筋縱, 帶脈不仁, 故足痿不用也.”하여 痿證 治療에 있어서 足陽明胃經을 중시하였다. “獨取陽明”이라는 것은 脾胃의 調理에 중점을 두어 培土固本하라는 것이며, 이는 《素問·痿論》²⁾에서 “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 … 陽明爲之長, 皆屬於帶脈, 而絡於督脈, 故陽明虛, 則宗筋縱, 帶脈不仁, 故足痿不用也.”에 표현되어 있다. 脾는 주로 水穀精微를 운화하여 後天之本이며 氣血津液의 生化之源이 된다. 脾胃의 기능이 건전하면 氣血津液의 生化가 충족되고 臟腑經絡과 皮肉筋骨이 濡養되므로 痿證의 회복에 크게 도움이 된다¹²⁾. 또한 《素問·痿論》²⁾에서 “帝曰, 治之奈何? 岐伯曰, 各補其榮, 而通其俞, 調氣虛實, 和其逆順, 筋脈骨肉, 各而其時受月, 則病已矣.”라 하여 鍼灸治療의 원칙을 제시하였지만, 구체적인 穴名과 經絡에 대해서는 언급하지 않았다¹³⁾.

《丹溪心法》¹⁴⁾에서 “瀉南方則 清肺金 而冬方不實 何脾傷之有補北方則心火降 而西方不虛 何肺熱之有 故陽明實即宗筋潤能束骨而利機關矣.”이라고 하여 肺金이 熱을 받아서 자기 기능을 다하지 못하게 되어 肝木을 억제하는 힘이 적어지면 脾가 木의 邪氣를 받아서 상하게 되고 脾가 상하면 팔다리를 쓰지 못하게

되고 여러가지 痿證이 생긴다고 하여 “瀉南方 補北方”이라는 치료원칙을 말하였는데, 결국은 瀉南方으로 肺清金 而東方不實하고 補北方으로 心火降 而西方不虛으로 작용됨을 설명하여 結胸脾의 邪氣를 제거하고 肺의 熱을 해소하기 위한 치료 원칙이다¹³⁾. 이후의 역대 의가의 痿證 치료에 대한 문헌적 기술은 補中祛濕, 養陰清熱의 범주를 크게 벗어나고 있지 않다.

본 증례에서 저자들은 환자의 임상증상과 병력에 근거하여 實症型 痿症으로 구분하여 肺熱傷津, 濕熱의 관점에서 湯藥處方을 응용하였다. 처방은 원광대학교 전주한방병원 腎系內科에서 急性 坐骨神經痛症에 多用하는 加味牛膝湯을 加減하여 사용하였다. 加味牛膝湯은 최근에 임상에서 주로 腰痛 및 下肢放射痛에 응용되고 있는 經驗方으로 木果 白屈菜 牛膝 杜冲 威靈仙 蠶砂 海桐皮 金毛狗脊 沒藥 防風 白茯苓 白朮 乳香 薏苡仁 破古紙 甘草 生薑 當歸 陳皮 玄胡索 黃連 黃柏으로 구성되어진 處方이다. 加味牛膝湯은 補肝腎, 祛風濕, 止痛, 活血, 清熱解毒하는 藥物로 구성되는데¹⁵⁾, 이¹⁶⁾ 등은 加味牛膝湯을 사용하여 腰椎椎間板 脫出症으로 인한 腰痛 및 坐骨神經痛의 보존적 치료 효과에 대해 보고하였다. 또한 김¹⁵⁾ 등은 加味牛膝湯으로 동물실험을 행하여 加味牛膝湯이 진통 작용에 있어서 Aspirin보다 우수하고 Morphine과 대등한 효과를 나타낸다고 보고하였다. 본 저자들은 加味牛膝湯에 全蟲 蜈蚣 白芍藥 蒲公英 黑糖 桃仁 紅花 土茯苓 丹蔘 玄蔘 羌活 獨活 馬錢子를 加味하여 舒筋活絡, 清熱去風濕, 活血祛瘀하는 효과를 더 강화한 牛膝湯加味를 사용하였다.

또한 鍼灸療法은 “獨取陽明”에 근거하여 足三里, 太谿를 患側에 短針(동방침구침, 0.3×30mm)으로 시술하였고, 大腸俞, 關元俞, 殿壓에 長針(동방침구, 0.3×60mm)으로 直刺하고 下肢의 筋力弱化和 感覺 障礙가 있는 胃經과 膀胱經上에 長針을 橫刺하여 電針을 거는 방식을 사용하여 해당 神經과 筋肉에 지속적인 자극을 주었다.

한의학에서는 痛症이 不通則痛, 不榮則痛으로 발생한다고 간주하고 있으며 經絡氣血의 運行이 阻滯되거나 經脈의 營養作用이 失調됨으로서 痛症과 麻木의 증상이 발생한다고 보고 있으며¹⁷⁾, 특히 痿證의 경우에는 氣血 循行의 阻滯과 그로 인한 營養 障礙가 심하다고 볼 수 있으며, 따라서 鍼灸治療에 있어서 지속적인 刺戟量이 주어져야 한다고 사료된다.

電針療法은 新針療法 중의 하나로 穴位에 자침하여 감응이 있는 후, 鍼柄에 전류를 통하여 기계적 자극과 전기적 자극을 결합시킨 것으로 프랑스의 Sarlandiere가 1825년 神經계통 疾患에 처음 사용하였다¹⁸⁾. 電針은 지속적으로 運針이 가능하고, 入力를 절약할 수 있으며, 비교적 刺戟量을 조절할 수 있다는 장점으로 疼痛疾患, 消化器疾患, 麻痺疾患 등 일반적인 자극요법의 適應症에는 모두 응용되고 일부 神經痛과 麻痺疾患 등 機械性 疾患에는 더욱 효과적인 것으로 알려져 있다¹⁹⁾.

多發性 硬化症에 침구치료를 한 강²⁰⁾의 임상보고와 약물과 침술치료를 병행한 황²¹⁾ 등의 임상보고가 있었으나, 末梢神經病 症으로 인한 足下垂를 동반한 痿證에 대한 치료에 대해서 보고된 바가 없었다. 이에 저자들은 末梢神經病 症에 대한 病理를 炎症의 개념으로 인한 神經의 損傷으로 보았고, 한방적으로 濕熱

肺熱 개념의 實症 概念으로 보아 牛膝湯加味를 처방하였다. 침구 치료는 獨取陽明에 근거한 經血鍼術과 電針療法을 병행하여 양호한 효과를 보았기에 이에 보고하는 바이며 향후 더 많은 임상 증례에 대한 연구가 필요하리라고 사료된다.

결 론

末梢神經病症으로 인한 足下垂를 동반한 痿證 환자에 牛膝湯加味와 經穴鍼術, 電針療法을 시행하여 좋은 효과를 얻었다. 肺熱과 濕熱의 實證型으로 보고 韓藥治療를 시행하였고, 經絡氣血의 순환의 阻滯로 인한 痛症과 經絡營養作用 失調로 인한 麻木症狀를 개선시키기 위해서 經穴鍼術과 電針療法을 병행하여 시행하여 좋은 효과를 얻었다. 앞으로 객관적인 평가를 위해서 많은 임상실험과 통계적인 접근이 필요하다고 사료된다.

참고문헌

1. 中醫研究院. 中醫症狀鑑別診斷學. 北京, 人民衛生出版社. pp 191-192, 1987.
2. 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울, 東洋醫學研究院出版部. pp 16, 112, 166-168, 1975.
3. 楊維傑. 黃帝內經釋解. 서울, 成輔社. pp 39-57, 562-573, 1980.
4. 方藥中等. 實用中醫內科學. 上海, 上海科學技術出版社. p 256, 1986.
5. 곽중문, 오문석. 위증에 대한 문헌적 고찰. 대전대학교한의약연구소 논문집 9(1):662-663, 681-683, 2000.
6. 江蘇新醫學院第一附屬醫院編. 常見病中醫臨床手冊. 北京, 人民衛生出版社. pp 127-129, 1979.
7. Lawrence, M., Tierney, Jr., Stephen, J., McPhee, Maxine, A., Papadakis. Current Medical Diagnosis & Treatment. 서울, 한우리. p 1086, 1096, 1999.
8. 아담스신경과학 편찬위원회. PRINCIPLE OF NEUROLOGY 신경과학. 서울, 정담. pp 827, 833, 1157-1159, 1998.
9. 이광우, 정희원. 임상신경학. 서울, 고려의학. pp 651-655, 694-696, 740-742, 761-763, 1997.
10. 김영석. 임상중풍학. 서울, 서원당. pp 267-271, 275-276, 1997.
11. Levine, J.D., Fields, H.L., Basbaum, A. Peptides and the primary afferent nociceptor. Neuroscience 13, 2273, 2286, 1993.
12. 전국한의과대학 재활의학교실 편저. 동의재활의학과학. 서울, 서원당. p 152, 1995.
13. 이경민, 김태희, 정성엽, 김철수, 윤종화. 위증환자 치험 1례. 대한침구학회지 19(6):219-220, 2002.
14. 朱震享. 丹溪心法下卷. 서울, 大成文化社. pp 654-656, 1982.
15. 김형균, 이연정, 권문현, 오로사, 김성재, 송봉근. 가미우슬탕이 실험동물의 진통에 미치는 영향. 원광한의학 6(1):230-237, 1996.
16. 이연정. 요추간판 탈출증에 있어서 좌골신경통을 수반한 요통에 대한 임상적연구. 원광대학교 한의대 논문집 2, 107-118, 1988
17. 최관순, 윤여충, 채우석, 나창수, 송형근. 침법에 따른 합곡혈 자극이 동통억제에 미치는 영향. 대한침구학회지 15(2):319-330, 1988.
18. 전국한의과대학 침구경혈연구실. 침구학(하). 서울, 집문당. pp 1447-145, 1988.
19. 이선화, 김지훈, 민병일, 이해정. 단법이 병행된 전침자극이 진통효과에 미치는 영향. 대한침구학회지 16(3):1-13, 1999.
20. 강계성, 권기록. 다발성 경화증 환자 5례에 대한 임상보고. 대한침구학회지 20(1):209-217, 2003.
21. 황상일, 백동기, 임은경, 이윤재, 정현애, 조영기, 문미현, 이성균, 김동웅, 신선호. 다발성 경화증 환자 치험 1례. 한방내과학회지 25(3):609-614, 2004.