

증례

말초신경병증으로 진단된 편측 족하수 환자의 치험 1례

이승현* · 최성용* · 이성균** · 국윤재*** · 김대중****

*원광대학교 전주한방병원 침구과

**원광대학교 전주한방병원 한방내과

***원광대학교 전주한방병원 한방신경정신과

****원광대학교 익산한방병원 침구과

Abstract

Clinical Study on 1 Case of Patient with the Foot Drop Diagnosed as Peripheral Neuropathy

Lee Seung-hyun*, Choi Sung-yong*, Lee Seong-kyun**, Gug Yun-jai*** and Kim Dae-joong****

*Dept. of Acupuncture & Moxibustion, Jeonju Oriental Medicine Hospital, Wonkwang University

**Dept. of Internal Medicine, Jeonju Oriental Medicine Hospital, Wonkwang University

***Dept. of Oriental Neuropsychiatry, Jeonju Oriental Medicine Hospital, Wonkwang University

****Dept. of Acupuncture & Moxibustion, Iksan Oriental Medicine Hospital, Wonkwang University

Objectives : To see if Clinical study on 1 Case of patient with the foot drop diagnosed as peripheral neuropathy suggest further treatment plan for more effective cure.

Methods : To heal foot drop diagnosed as peripheral neuropathy using herbal medicine wooseul-tangkami and electronic acupuncture on the Yangmyung channel(陽明經) selected in The Yellow Emperor's of internal Medicine and on Panggwang channel(膀胱經) considered as painful lesion.

Results : we experineced a case of foot drop diagnosed as the peripheral neuropathy the patient was treated by wooseul-tangkami, and electric acupuncture on Yangmyung channel and also Panggwang channel and had a significant improvement in gait ability and the range of motion.

Conclusion : Herbal medicine wooseul-tangkami, and electric acupuncture on Yangmyung channel and also Panggwang channel was prescribed in the perspective of oriental medicine when treating foot drop, Wooseul-tangkami is used to remove the wetness-heat evil and had shown significant improvement in gait ability and the range of motion.

· 접수 : 2005년 11월 11일 · 수정 : 2006년 1월 13일 · 채택 : 2006년 1월 13일
· 교신저자 : 이승현, 전라북도 전주시 덕진구 덕진동 원광대학교 전주한방병원
Tel. 063-270-1022 E-mail : lsh130489@hanmail.net

Key words : foot drop, Peripheral neuropathy, Wooseul-tangkami(牛膝湯加味)

I. 서론

다양한 원인에 의해서든 족관절의 배굴근이 선택적으로 마비되는 것을 족하수라 하며 이는 이차적으로 족부의 변형을 초래하기도 하며 기립 및 보행에 장애를 가져오게 된다¹⁾.

한의학적으로는 족하수를 위증의 개념으로 생각할 수 있으며 위증이란 근육이 이완되어 수축하지 못하므로 발생하는 사지위약을 지칭하는 것으로 하지 혹은 상지에 경도로 발생하는 것에서부터 심하면 탄탄에까지 이르거나 혹은 사망에 이를 수도 있는 질병이다²⁾.

痿證의 원인에 대하여 「소문·痿論」에서는 중 원인을 肺熱葉焦로 지적하였고 張景岳은 元氣가 敗傷하고 精虛하여 灌溉치 못하고 血虛하여 영양치 못하므로 筋骨이 痿弱되어 不用하게 된다고 하였으며³⁾, 五臟이 모두 痿證을 발생시키는데 肝에 熱이 있으면 筋痿가 되고 心에 熱이 있으면 脈痿가 되고 脾에 熱이 있으면 肉痿가 되고 腎에 熱이 있으면 骨痿가 되고 肺에 熱이 있으면 痿躄이 된다고 하였다⁴⁾.

서양의학에서는 위증은 주로 감각 장애 및 근위축을 동반하거나 동반하지 않는 대마비(paraplegia) 혹은 사지마비(tetraplegia)로 볼 수 있으며 크게 척수 질환, 말초신경병증(다발성 신경병증), 근육 질환, 신경근 접합 질환 등으로 구분할 수가 있다⁵⁾.

서양의학에서는 족하수의 주원인을 비골신경의 압박될 경우 전경골근, 비골근, 그리고 족지신근 등의 마비로 발생하거나 중심성 추간판 탈출증에서 운동 소실에 의해서 발생하는 것으로 보고 있다⁶⁾.

본 논문에 대하여 조사하면서 저자는 위증 내지 족하수에 대한 문헌적 고찰을 다룬 저작은 많았으나 이에 치험례에 대하여 논한 연구는 드물었으며 또한 비척수 질환에 의한 족하수의 임상례는 더욱 드물었음을 확인 할 수가 있었다. Lt. foot weakness, dorsiflexion 및 외번운동 기능 저하 및 감각 저하, anorexia, 보행장애(gait disturbance), 계상보행을 주소로 하며 진단방사선 소견상(Lumbar CT-non contrast, X-ray L spine series) 별무 소견을 보인

환자 일례를 침구, 전침, 한약요법, 물리치료요법을 시술하여 유의한 호전을 보였기에 보고하는 바이다.

II. 증례

1. 환자 : 김 O O, M/21세

2. 치료기간 : 2005년 5월 16일~2005년 6월 11일

3. 주소증

- 1) Lt. foot weakness, dorsiflexion 및 eversion 기능 저하 및 감각 저하
- 2) anorexia(1/2~1bowl/day)
- 3) 보행장애(gait disturbance), 계상보행

4. 과거력 및 가족력

가족력 특이사항 없음. 학생으로 장시간 구부정한 자세로 다리를 꼬고 앉아있는 습관 있음.

5. 현병력

상기환자는 현 21세의 마른 체격의 남환으로 평소 건강 상태는 양호하였으며, 별무음주, 1일 1갑 이하의 흡연을 해온 것 이외는 특이사항은 없었습니다. 다만 평소 학생으로 앉아있는 시간이 길었으며, 자세 또한 불량하였습니다. 그러던 중 2005. 2-3월경부터 상기 C/C를 발하였으나 별무처치 없이 지내다가 경과 호전을 보이지 않는 관계로 2005. 5. 12일경 본원 외래에 상담 및 검진을 위하여 내원하였다가 2005.5.16 본원에 보다 전문적인 한방치료 위하여 입원하게 되었습니다.

6. 초진소견

- 1) Lt. foot weakness, dorsiflexion 및 eversion 기능 저하(ROM으로 측정) 및 감각 저하(족배면의 기타 체간, 두 경부 피부 감각은 정상)

- 2) anorexia(1/2~1bowl/day)
- 3) 보행장애(gait disturbance), 계상보행

7. 이학적 소견 및 검사소견

- 1) DTR(deep tendon reflex)
PTR(+/+)ATR(+/+)
+(저하), ++(정상), +++(항진)
- 2) babinski(-/-)
- 3) EMG(electromyogram)

판독소견: 감각신경전도검사상 좌측 superficial peroneal nerve는 SNAP(sensory nerve action potential)의 amplitude가 작은 소견 보이며 운동신경전도검사상 deep peroneal nerve는 CMAP(compound motor action potential)의 amplitude가 작은소견을 보였고 침근전도 검사상 tibialis anterior, peroneous, longus, , EDB muscle에서 비정상에서 비정상 자발전위가 관찰되고 voluntary contraction 시 recruitment가 감소된 소견을 보임

conclusion: incomplete left common peroneal nerve lesion at or around knee level

Table 1. Sensory NCS

Nerve/site	Rec. site	Latency ms	Amp Pk-Pk μ V	Duration ms	Distance cm	Velocity m/s
R.sural-Lat Malleolus						
1.		0.05	23.0	4.60		
2.		2.95	23.3	1.70	12	41.4
L sural-Lat Malleolus						
1.calf	Lat.malleolus	0.10	50.3	4.45		
2.		2.80	48.8	1.70	13	48.1
R SUP PERONEAL-foot						
1.Lat. leg	foot	3.50	5.3	1.85	14	40.0
2.		0.90	5.9	1.35		
L SUP PERONEAL-foot						
1.Lat. leg	foot	4.60	2.1	2.30	15	32.6
2.		11.00	2.9	1.50		

Table 2. Motor NCS

Nerve/Sites	Latency ms	Amp.2-4 mV	Dur ms	Distance cm	Velocity m/s
R.COMM PERONEAL-EDB					
1.Ankle	3.75	9.1	7.40		
2.Fib Head	12.20	9.0	7.75	35	41.4
L.COMM PERONEAL-EDB					
1.Ankle	5.80	3.0	9.55		
2.Fib Head	14.40	1.5	8.00	32	37.2
3.Knee	16.40	1.5	8.40	8	40.0
4.					
R.TIBIAL(KNEE)-AH					
1.	3.35	18.1	6.90		
2.	12.20	16.3	7.30	42	47.5
L.TIBIAL(KNEE)-AH					
1.	7.05	27.8	5.80		
2.	16.40	24.6	5.80	43	46.0

Table 3. Hreflex

EMG Summary Table	spontaneous					MUAP			Recruitment
	IA	Fib	PSW	FASC	H.F.	Amp	Dur.	PPP	pattern
LLUMB PSP(L)	N	None	None	None	None	N	N	N	N
L.BIC FEM	N	None	None	None	None	N	N	N	N
L.BIC FEM	N	None	None	None	None	N	N	N	N
L.SOLEUS	N	None	None	None	None	N	N	N	N
L.QUADRICEPS	N	None	None	None	None	N	N	N	N
L.PER LONGUS	N	2+	2+	None	None	N	N	N	Reduced
L.TIB ANTERIOR	N	2+	2+	None	None	N	N	N	Reduced
L.EXT DIG BREVIS	N	2+	2+	None	None	N	N	N	Reduced

SNAP : 감각신경 활동 전위 CMAP : 복합운동 MUAP : 운동신경활동전위

4) 방사선 소견

X-ray(L-spine serieschest abdomen spine)

Lumbar CT(non-contrast)

관독소견: mild straightening of L-spine curvature, non-specific findings in bone and disc space, non-specific in abdomen, no active lung lesion

8. 입원 당시 한방사진 및 변증

편측하지무력(좌측) 및 위약감, 족하수, 수족한, 식욕부진, 편측 족과(좌측)

9. 치료

1) 한약처방

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. 횡수는 2첩3포로 매일 투여하였다.

2) 침구처방

短針(동방침구침, 0.3×30mm)으로 足三里, 太谿에 刺鍼하였다. 長針(동방침구, 0.3×60mm)으로는 大陽俞, 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. 횡수는 1일 1회 자침하였다.

3) 운동요법

족관절 배측굴근(dorsiflexor), 내반근 (invertor)인 전경골근,(tibialis anterior), 족저굴근(plantar flexor)과 외반근(evertor)인 장비골근(peroneous longus)과 단비골근(peroneous brevis)의 등척성 운동과 탄성물질을 이용한 저항운동을 지시하여 매일 자가 시행하도록 하였다.

4) 물리치료

EST(electrical stimulation treatment)

대상 근육에 주 6회 실시

10. 평가

통증의 정도를 객관화하기 위해서 재현성이 인정되며 신뢰성이 비교적 높은 시각적 상사 척도 (Visual Analog Scale:VAS)를 이용하였다.

Foot drop은 足下垂 된 상태에서 dorsiflexion할 때 측정된 각도를 표시하였고, '+'의 개수로서 운동 속의 정도를 나타내었다. Gait disturbance의 정도는 달리기/계단보행/평지보행 순으로 표기하고 달리는 빨리 달리기를 2점, 가볍게 달리기를 1점, 달리기 불가능을 0점으로 하고, 계단보행은 난간을 붙잡지 않고 가능을 2점, 난간을 잡고 가능을 1점, 난간을 잡고도 불가능을 0점으로 하고, 평지보행은 30분 이상 가능을 3점, 30분 이상 불가능을 2점, 보장구없이 보행 가능을 1점, 보행불능을 0점으로 해서 표기했다.

11. 치료경과

Table 4. VAS scale for pain and hypesthesia in passage of time

	05/17	05/24	05/25	05/30	05/31	06/02	06/10	06/11
LBP	10	9	8-9	8	7	6	4	4
Hypesthesia	10	10	7	8	4	0	0	0

Table 5. 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°)

III. 고찰

韓醫學的으로 痿證이란 肢體의 筋力減少, 筋肉의 萎縮, 手足麻木, 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이다²⁾.

이는 痿躄이라고도 한다. 痿는 肢體가 痿弱하여 쓰지 못하는 것이고 躄은 하지가 軟弱無力하여 걸어 다닐 수 없는 것을 말한다.

歷代文獻上에 나타난 痿證에 대한 표현은 다양하게 기술되며 다음과 같다.

《素問·痿論》⁷⁾에서 “五臟肺熱葉焦 發爲痿躄”이라 하였고, 《四氣調神大論》⁷⁾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》⁷⁾에서는 “因於濕 首如裹 … 綆短爲拘 弛張爲痿”, 《靈樞·九宮八風論》⁸⁾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’⁷⁾, ‘痿厥’⁷⁾, ‘足痿’⁷⁾ 등으로 칭하기도 한다.

또한 《素問·痿論》⁷⁾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, 肝主筋膜, 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 한다⁹⁾.

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》⁷⁾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》⁷⁾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》⁷⁾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 언급하였다¹⁰⁾.

內經 및 內經 이후 歷代文獻上에 나타난 병인과 병리기전 등은 크게 요약하면 다음과 같다.

痿證의 원인에 대하여 《素問·痿論》⁴⁾에서는 熱傷肺津, 悲哀太甚, 思想無窮, 所願不得, 入房太甚, 留漸於濕,, 遠行勞倦이라 하였고⁴⁾, 이후 內經의 이론을 바탕으로 원인 病機를 인식하며 肺熱傷津, 濕熱阻滯, 脾胃虛弱, 肝腎俱虛로 요약되었고¹¹⁾, 外感과 內傷으로 나눈다면 脾胃虛弱, 肝腎虧虛에 의한 것은 內傷에 속하고 濕熱과 濕地에 오래 거주하여 일어나는

것은 外感에 속한다고 볼 수 있다¹²⁾.

痿證의 病機에 대하여는 外因은 濕邪와 濕熱이 主가 되어 津液耗傷을 일으키며 內因은 精虛 또는 久病致虛 또는 勞倦過度로서 氣血陰精이 虧損되는 것으로 病변이 肝·心·脾·肺·腎의 諸臟에 관계하면서 肝腎肺胃 氣血津液의 부족을 초래하여 肌肉筋脈이 失養하여 筋骨痿廢不用을 일으키는 것이다¹²⁾.

痿證의 治法을 살펴보면 《素問·痿論》⁷⁾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》⁷⁾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 된다¹³⁾. 또한 《素問·痿論》⁷⁾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 않았다¹⁴⁾.

《丹溪心法》¹⁵⁾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 여러 가지 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 결국 脾의 邪氣를 제거하고 肺의 熱을 해소하기 위한 치료 원칙이다¹⁴⁾.

이후의 역대 의가의 痿證 치료에 대한 文獻的 記述은 補中祛濕, 養陰清熱의 범주를 크게 벗어나고 있지 않다.

서양의학에서는 위증은 주로 감각 장애 및 근위축을 동반하거나 동반하지 않는 대마비(paraplegia) 혹은 사지마비(tetraplegia)로 볼 수 있으며 크게 척수 질환, 말초신경병증(다발성 신경병증), 근육 질환,

신경근 접합 질환 등으로 구분할 수가 있다⁵⁾.

서양의학에서는 족하수의 주원인을 비골신경의 마비시 전경골근, 비골근, 그리고 족지신근 등의 마비로 발생하거나 중심성 추간판 탈출증에서 운동 소실에 의해서 발생하는 것으로 보고 있다⁶⁾.

이러한 압박성 신경병증은 신경압박증후군 또는 신경 포착 증후군이라 하는데 이것은 신경 주행 경로 중 어느 곳에서 해부학적인 특성이나 다른 원인들에 의해서 신경이 압박받아 발생하는 것이며 넓게는 추간판탈출증 및 척추관협착증 또한 이 범주에 묶어서 볼 수가 있다¹⁶⁾.

총비골신경마비는 임상적으로 비교적 흔히 볼 수 있는 하지신경마비 질환의 하나로 신경의 해부학적 구조상 피부가 얇은 비골두 부위에서 분지되어 주행하므로 쉽게 발생한다. 손상은 주로 외상에 의한 골절 내지 자상에 동반하여 발생하나 골절과는 무관하게 신경에 직접적인 외상, 연부조직의 부종, 혈종 및 종양 등에 의한 압박, 슬관절 굴곡 구축의 교정시 신경 손상, 장시간 책상 다리자세와 긴장화 등에 의한 압박 손상 등 많은 경우에 비골신경 마비가 올 수 있다¹⁷⁾.

치료에 있어서는 보존적인 치료와 수술적인 치료로 구분되는데 보존적인 치료는 진통제, 견인치료 등이 있으며, 신경학적 결손이 진행되거나 불인성 통증으로 보존적 치료에 거의 반응하지 않을 경우 척추와 추간판의 중심을 갈아내거나 추궁절제술을 시행한다¹⁸⁾.

단순히 압박에 의해 발생한 경우, Togrol¹⁹⁾은 자연 치료되는 경우도 있으므로 3개월까지 보존적 치료를 시행하되 손상의 정도가 심하고 초기에 처치하였음에도 호전이 없는 경우 수술요법을 하는 것이 좋다고 하였다.

본 증례의 저자들은 환자의 임상증상과 병력에 근거하여 痿證의 實症型으로 구분하여 肺熱傷津, 濕熱의 관점에서 湯藥處方을 응용하였다. 처방은 본병원에서 急性 坐骨神經痛증에 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 下肢放散痛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 구성되었던 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 구성되는데²⁰⁾, 이²⁰⁾ 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 김²⁰⁾ 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.

IV. 결 론

1. 장기간의 다리를 꼬고 웅크린 자세로 인한 총비골신경의 압박에 의한 족하수 환자 1례에 대하여 痿, ‘痿厥’, ‘足痿, 痿躄의 범주에서 舒經脈 疏經絡濕滯 強健腰腿를 목표로 辨證施治하여 우수한 증상의 호전을 볼 수 있었다.
2. 이에 肺熱과 濕熱의 實證型으로 보고 牛膝湯加味를 투여하였고, 經絡氣血의 순행의 阻滯로 인한 痛症과 經絡營養作用 失調로 보아 經穴鍼術, 電針療法을 시행하여 좋은 효과를 얻었다.
3. 향후 이에 대한 다양한 임상 보고와 연구가 지속되어 비골신경 마비에 의한 족하수의 진단과 치료에 있어 보다 정확한 임상적 평가가 이루어져야 한다고 사료된다.

V. 참고문헌

1. 임종선의, 후경골근을 이용한 족하수교정, 서울 대한정형외과학회잡지 제7권 4호 1972 pp.415-420.
2. 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.
3. 과학백과사전종합출판사 재편집동의학사전 서울 도서출판 까치 1990 p.781.
4. 楊維傑 黃帝內經素問譯解 서울 一中社 1991 pp.337-341
5. 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.
6. 대한정형외과학회, 정형외과학 제5판 서울 최신의학사 1999 pp.304-305.
7. 洪元植: 精校黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學研究院出版部, p.16, 112, pp.166-168, 1975.
8. 楊維傑: 黃帝內經釋解, 서울, 成輔社, pp.39-57, 562-573, 1980.
9. 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.
10. 광중문 오문석: 痿證에 대한 文獻的 고찰, 대전대학교한의학연구소 논문집 9(1), pp.662-663, 681-683, 2000.
11. 전국한의과대학 침구경혈학교실, 침구학(하) 서울 집문당 1994 p.1271
12. 손숙영, 問答式 한의내과학 서울 정보사 1991 p.329
13. 전국한의과대학 재활의학교실 편저: 동의재활의학과학, 서울, 서원당, p.152, 1995.
14. 이경민, 김태희, 정성엽, 김철수, 윤종화: 위증 환자 치험 1례, 대한침구학회지 19(6), pp.219-220, 2002.
15. 朱震亨: 丹溪心法下卷, 서울, 大成文化社, pp.654-656, 1982.
16. 정문상, 김희중, 빈성일, 여봉구, 김용민. 상지에서의 신경압박 증후군. 대한정형외과학회지 1990 25(3) : 899-907.
17. 김선중, 임양의, 권영달, 송용선. 자연분만 후 비골신경마비(족하수)에 대한 증례보고 한방재활의학학지 2000 ; 10(2) : 27-36.
18. 아담스 신경과학 편찬위원회, PRINCIPLE OF NEROLOGY 신경과학, 서울, 정담, p.827, 833, pp.1157-1159, 1998.
19. Togrol E., Bilateral peroneal nerve palsy induced by prolonged squatting. Mil Med 2000 Mar ; 165(3) : 240-2.
20. 김형균, 이연정, 권문현, 오로사, 김성재, 송봉근 : 가미우슬탕이 실험동물의 진통에 미치는 영향, 원광한의학 6(1), pp.230-237, 1996.