

## 녹용약침요법을 병행한 다발성 신경염 환자 치험 1례

김세진 · 설재욱 · 김선종 · 신미숙 · 최진봉

동신대학교 한의과대학 한방재활의학과교실

### Clinical Case Report of Polyneuritis : With Cervus Elaphus Herbal-Acupuncture

Se-Jin Kim, O.M.D., Jae-Uk Sul, O.M.D., Sun-Jong Kim, O.M.D., Mi-Suk Shin, O.M.D., Jin-Bong Choi, O.M.D.

*Dept. of Oriental Rehabilitation Medicine, College of Oriental Medicine, DongShin University*

**Objectives :** This study was performed to evaluate the effect of Cervus elaphus herbal-acupuncture on patient with polyneuritis, who shows sensory disorder on both hands, severe pain on left foot and ambulation difficulty due to weakness on left leg.

**Methods :** We treated the patient by Cervus elaphus Herbal-acupuncture. Other treatments were acupuncture, herbal medication, several rehabilitative therapies without western medication. We used evaluation scale including VAS(Visual Analogue Scale), MRC(Medicak Research Council) and Thermological Difference of between hand and foot.

**Results and Conclusions :** In the results, the symptoms were improved gradually, and VAS and MRC were also numerically improved. Thermological Difference of between feet was decreased from 4.40 °C to 0.26 °C. In this case, a patient was treated by oriental medical treatments without western medication, and relatively the result was more effective.

**Key words :** Polyneuritis, Cervus elaphus herbal-acupuncture.

## I. 서 론

다발성 신경염은 말초 신경계의 비특이적 질환으로 다양한 원인에 의해 발병하며 침범된 신경분포 부위의 이상감각, 감각소실 및 근력 약화의 증상을 나타낸다<sup>1,2)</sup>.

다발성 신경염은 환자의 병력 청취 및 하지로부터 상행하는 근위약증, 심부건반사의 감소 또는 소실, 감각장애 등의 특이적인 임상증상, 임상병리학적 소견, 근전도 소견 등을 통해 진단된다<sup>3)</sup>.

Laundry<sup>4)</sup>가 다발성 신경염의 진단 근거 및 증상

에 대해 최초로 기술한 이후 Osler<sup>5)</sup>, Guillaing<sup>6)</sup> 등도 임상적으로 발견되는 다발성 신경염에 대해 고증하였고, Haymaker<sup>7)</sup> 등은 다발성 신경염으로 사망한 50례 환자의 병리학적 조직을 연구 보고하는 등 다발성 신경염에 대한 다각적인 연구가 진행된 바 있다.

한의학에서 다발성 신경염은 痿證, 痺證, 麻木 등의 범주에 해당되며<sup>8)</sup>, 樊<sup>8)</sup>, 高<sup>9)</sup> 등이 다수의 다발성 신경염 환자 치험례를 보고한 바 있으나 국내에서는 이에 대한 임상적 연구가 미비한 실정이다.

본 증례는 양방병원에서 다발성 신경염으로 진단 받은 후 2주간 입원치료 후에도 증상이 별무호전인

■ 교신저자 : 김세진. 광주광역시 남구 월산2동 377-13 동신대학교 한의과대학 부속광주한방병원 한방재활의학과교실.  
Tel : 011-1775-3725 Fax : (062)350-0280 E-mail : sj-moldiv@hanmail.net

상태의 환자에 대해 시행한 침요법, 한약요법, 한방 물리요법, 녹용약침요법 등의 한방적 치료를 통해 비교적 빠른 호전을 보여 이에 보고하는 바이다.

Brain-MRI 상 Cb-inf Dx.받고 10일간 Adm Tx.

3) Hypertension, Diabetes Mellitus, Hyperlipid no remarkable

## II. 증 례

### 1. 환자

이 ○ ○ (M/78)

### 2. 주소증

#### 1) 감각증상

- ① 左側 足部 麻木, 疼痛, 冷感, 鈍感,
- ② 兩側 手指 麻木

#### 2) 운동증상

- ① 左側 下肢 無力(지팡이 보행)

### 3. 발병 동기 및 일시

상기 환자는 농업에 종사하는 사람으로 2005년 3월 초경부터 증상이 나타났음.

### 4. 가족력

없음

### 5. 과거력

- 1) 1990년 appendicitis로 local hospital에서 operation.
- 2) 2004년 10월 경 Dizziness sx.로 광주 Hosp.

### 6. 현병력

78세. 다소 예민한 성격, 마른 체형의 男患으로 平素 別無飲酒, 別無吸煙, 別無嗜好食 해은 자로 2004년 3월 초경부터 좌족부 내측으로 통증, 양수지부 저린감 등의 증상 발하여 광주 Hosp. Brain-MRI 상 별무이상, 다발성 신경염으로 진단 받고 15일간 Adm Tx W-med Tx하였으나 별무호전, 이후 ○○ 한방병원 외래 치료받으면서 W-med Tx 계속 했으나 별무 호전하여 2005년 3월 28일 본원 재활의학과 외래진료실 경유하여 이동의자로 310호에 입원하심.

### 7. 입원기간

2005년 3월 28일 - 2005년 4월 11일(15일간)

### 8. 초진소견

- 1) 일반적인 전신소견 : 無氣力
- 2) 피부 조감 : 左足部爪甲이 전체적으로 두터운 상태 외에 別無異狀
- 3) 두경부 : 간헐적인 頭痛, 頭目眩暈
- 4) 안이비인후 : 별무이상
- 5) 흉복배부 : 중완부 압통
- 6) 비뇨생식기 : 별무이상
- 7) 소화기계 : 식욕감퇴
- 8) 정신상태 : 양호

### 9. 이학적 소견

- 1) 족관절 슬관절 가동범위 : 양측 관절 가동범위

는 동일하며 별무이상.

- 2) 양하지 들레 : Tibial malleolus의 3 cm 상방에서 장단지(calf) 부위를 건측과 비교할 때 별무이상.
- 3) 동통 : 좌측 족내과부와 제 1 중족골 부분에 참을 수 없는 통증을 호소함.
- 4) 감각이상 유무 : 좌측부와 양수지에 저린감, 동통, 먹먹함을 호소하여 다발성 신경염을 시사함. 감각 검사상 온각, 통각, 냉각은 건측과 비교했을 때 별무이상
- 5) 양하지 체표온도 : 적외선 체열진단기(DITI: Digital Infrared Thermographic Image) 상 Tibial malleolus의 3 cm 상방에서 장단지(calf)부위를 건측과 비교할 때 2.15°C의 차이를 보이며 양측저면은湧泉(KII) 부근을 기준으로 4.40°C의 차이를 보임.
- 6) 근위약 : 좌하지는 슬관절 이하 무력감으로 보행시 지팡이 보행만이 가능하며 MRC(Medicak Research Council) GrⅢ로 다발성 신경염을 시사함.
- 7) 심부건 반사 : 좌하지 슬개건 반사상 저하 소견을 보이므로 다발성 신경염을 시사함.

## 10. 검사소견

- 1) 입원당시 생체징후  
Blood Pressure 110/60mmHg, Pulse 108回/min, Body Temperature 36.2°C, Respiration 20回/min
- 2) EKG 검사 - Normal
- 3) chest PA - Bronchitis, Pul.emphysema.  
Inactive tbc in both apices(old healed tbc)
- 4) Abdomen sonograph - Fatty Liver, Hepatitis
- 5) Lab

Table I . Blood Test (2005. 3. 28)

GOT	41.0 H	0.0 - 40.0
GPT	36.0	0.0 - 42.0
ALP	155.0 H	53.0 - 141.0
GGT	51.0 H	7.0 - 35.0
Glucose	120.0 H	55.0 - 115.0
T-Cho	74.0 L	100 - 220
T-BIL	0.9	0.1 - 1.2
WBC	6.9	4.0 - 10.0
	LYM	14.9 L
	MID	7.3
	GRN	77.8 H
RBC	3.50 L	3.8 - 6.2
Hgb	10.1 L	12.0 - 18.0
CRP	+	neg
ESR	100.0 H	0.0 - 20.0
Electro	Na	132.0 L
	K	4.4
	Cl	101.0
HBsAg	-	Neg.
HBsAb	+	Pos.

## 11. 입원 당시 한방사진

面色萎黃, 左下肢冷感疼痛 無力而步行不利, 兩手指麻木, 肌膚乾燥脫屑, 脈微滑數, 舌質紅苔薄黃

## 12. 입원당시 辨證

濕熱阻滯, 氣血虧虛

## 13. 양방치료

(제일제약) N/S 1 / mix with Vitamin B complex 1A

## 14. 한방치료

### 1) 침치료

동방침구제작소 제품인 직경 0.3 mm, 길이 40 mm인 1회용 Stainless 毫針을 사용하여 1일 1회 시술하며, 留針은 20분간 하였으며, 치료 혈위는 초기에는 痿證의 범주에서 太白(SP3) 太淵(LU9) 補少府(HT8) 魚際(LU10) 瀉의 肺正格을, 후기에는 腎陽虛로 변증하여 然谷(KI2) 少府(HT8) 補陰谷(KI10) 少海(HT3) 瀉의 腎熱格을 위주로 하였으며<sup>10)</sup>, 症狀에 따라 加減하였다.

### 2) 한약요법

약물 치료는 濕熱阻滯, 氣滯血虛로 변증하여 疏經活血, 行濕을 위주로 하였다.

2005년 3월 28일 - 2005년 4월 11일 : 疏經活血湯 (白芍藥, 生地黃 各 6g, 當歸 5g, 桃仁, 蒼朮, 川芎, 葶靈仙, 牛膝, 陳皮, 生薑 各 4g, 白茯苓 3g, 防風, 白芷, 草龍膽, 羌活, 甘草 各 2g)

### 3) 한방물리요법

通經絡療法으로 SSP를 左足部에 15분 실시하였으

며, 溫經絡療法으로 Paraffin Bath를 兩手部와 左足部에 10분씩 실시하였다.

### 4) 녹용약침요법

본 증례에서 사용한 녹용약침액은 약침학회에서 제조된 것을 사용하였으며, 시술은 痛症 및 硬結 등을 호소하는 阿是穴 부위와 주위 국부 경혈을 취하여 1ml 일회용 주사기(주사침 29 gage, 녹십자·의료공업사·한국)를 사용하여 피하 자입 하였으며 총 0.4~1.0 ml 정도 시술하였다.

## 15. 환자상태 평가기준

환자 상태의 객관화를 위해 통증의 강도를 측정하는데 사용되고 있는 척도로 시각상사척도(VAS: Visual Analogue Scale)를 사용하였고, 근위약의 정도는 MRC(Medicak Research Council)(Table II)<sup>2)</sup> 등급을 기준으로 하였으며 적외선 체열진단기를 통해 촬영한 양측 상하지 전후면과 족저면의 체표온도의 변화 등 3가지 기준으로 평가하였다. 적외선 체열진단은 환자의 수부와 족부에 감각이상 및 동통, 냉감이 발현 되는 부위를 勞宮(PC8)과 湧泉(KI1)을 기준으로 치료의 초기, 중기, 말기에 체표 온도 및 좌우 차이를 측정하여 비교하였다.

Table II . Medicak Research Council

근위약정도	점수
수축이 전혀 없는 경우(no contraction)	0
움직이는 시늉만이 관찰되는 경우(flicker)	1
능동적 운동은 가능하나 중력(gravity)을 능가해서 움직이지 못하는 경우	2
중력에 대하여 능동적 운동이 가능한 경우	3
중력(gravity) 뿐 아니라 저항에 대하여 능동적 운동이 가능한 경우	4
정상 근력(normal power)인 경우	5

## 16. 치료 및 경과

### 1) 2005년 3월 28일 - 2005년 3월 31일

입원당시는 舌質紅 苔薄黃, 脈微洪數, 食少無味, 양수지의 저림감호소, 좌족부의 배면과 족관절부위에 작열통과 송곳으로 찌르는 듯한 이상감각이 주야로 심하게 나타나는 상태로 야간에는 수면장애증상까지 보이고 있었다. 좌하지 무력과 좌족부 통증으로 좌족부의 외전경향이 보이며 자가보행이 불가하여 주로 이동의자로 화장실 및 물리치료실을 왕래하였으나 지팡이 보행은 가능한 상태였다. 입원당일 적외선체열진단기로 측정된 湧泉(KI1) 부위의 체표온도차는 右側 33.17°C, 左側 28.77°C로 약 4.40°C의 차이를 보였으며 勞宮(PC8) 부위는 右側 34.72°C, 左側 33.69°C로 1.03°C의 차이를 보였다. 입원한지 2 일째는 양수지저림증상이 VAS 9 정도로 좌측수지는 다소 호전경향을 보였으며 좌족부의 이상감각과 작열통이 야간으로 국한되었으며 대신 냉감을 주로 호소하였다.

입원 3 일째에는 좌족부의 통증의 범위가 족내측면으로 국한되어 통증 면적이 감소되었으며 양수지저림증상은 우측 2, 3, 4지, 좌측 2, 3지로 국한되었다. 입원 4 일째에는 좌족부의 통증은 VAS 8로 감소하였다.(VAS:8 / MRC:Gr-3 / 湧泉(KI1)부위  $\Delta T$ : 4.40°C)

### 2) 2005년 4월 1일 - 2005년 4월 3일

2006년 3월 31일부터 녹용약침을 투여하기 시작하였으며 좌족부의 통증이 VAS 6정도로 치료 경과 상 큰 차이로 감소하였으며 MRC scale 또한 변화를 보였다. 작열통은 사라졌으나, 양수지 저림 증상과 좌족부의 시린감은 크게 변화를 보이지 않고 있는 상태였다. 좌족부의 통증은 제 1 중족골 부분에 한정되었

으며 좌하지무력이 다소 호전되어 지팡이 보행으로 물리치료실과 화장실로 왕래하는 것이 가능해졌다. 입원 7일째 적외선체열진단기로 측정된 湧泉(KI1) 부위의 체표온도차는 右側 34.26°C, 左側 32.47°C로 1.79°C의 차이를 보여 현격히 감소하였고, 勞宮(PC8) 부위는 右側 34.01°C, 左側 32.61°C로 차이는 1.40°C였다. (VAS:6 / MRC:3-4 / 湧泉(KI1)부위  $\Delta T$ : 1.79°C)

### 3) 2005년 4월 4일 - 2005년 4월 5일

좌족부 통증이 VAS 3정도로 호전을 보여 야간에 통증에 의한 불면증상은 소실되었으나 양수지저림과 좌족부의 시린감은 큰 변화가 없었다. 보행양상은 지팡이 없이 자가 보행이 가능해졌으나 좌하지 무력감은 여전히 남아 있었다.(VAS:3 MRC:4)

### 4) 2005년 4월 6일- 2005년 4월 11일

입원 10 일째 좌족부의 시린감이 여전히 침구혈위를 腎熱格으로 바꾸었다. 입원 12 일째 좌족부통증은 VAS 1-2로 호전되었고 좌족부시린증상과 양수지저림 증상이 VAS 8로 다소 호전을 보였다. 입원 마지막 날 좌족부 통증은 거의 소실되었으나 좌족부시린증상과 양수지저림증상은 VAS 7정도로 남아 있는 상태였다. 퇴원시 적외선체열진단기로 측정된 湧泉(KI1) 부위의 체표온도는 右側 33.43°C, 左側 33.17°C로 0.26°C의 근소한 차이를 보였고, 勞宮(PC8) 근처는 右側 34.21°C, 左側 33.13°C로 1.08°C의 차이를 보였다.(VAS:1 / MRC:4 / 湧泉(KI1)부위  $\Delta T$ : 0.26°C)(Fig.1.2, Table III)

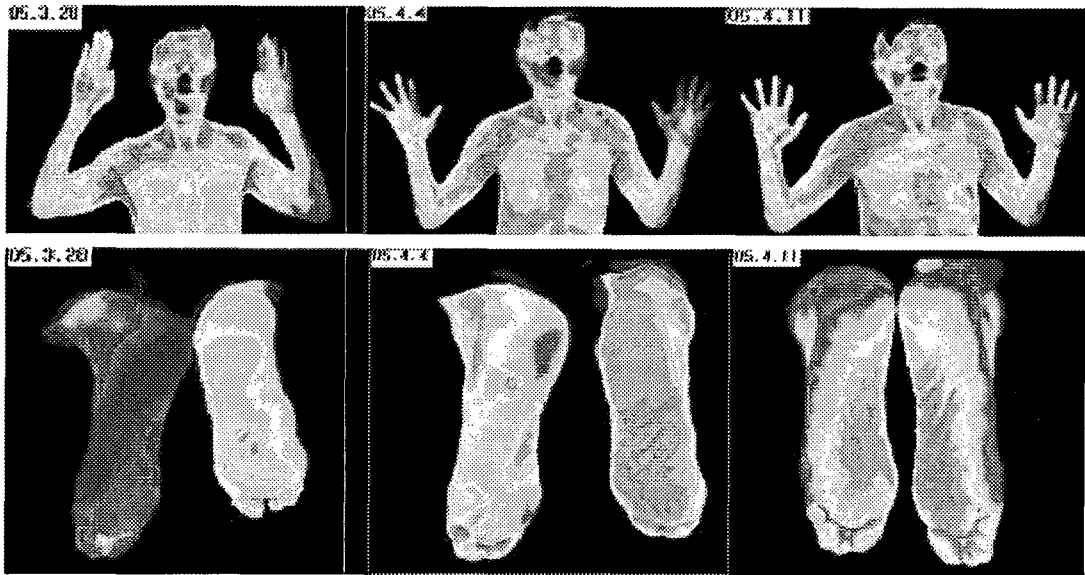


Fig. 1. Change of Digital infrared thermographic image between limbs.

Table III. Thermological Difference of between Hand and Foot (unit : °C)

		Right	Left	ΔT
Hand (勞宮)	Before	34.72	33.69	1.03
	Med.	34.01	32.61	1.40
	After	34.21	33.13	1.08
Foot (湧泉)	Before	33.17	28.77	4.40
	Med.	34.26	32.47	1.79
	After	33.43	33.17	0.26

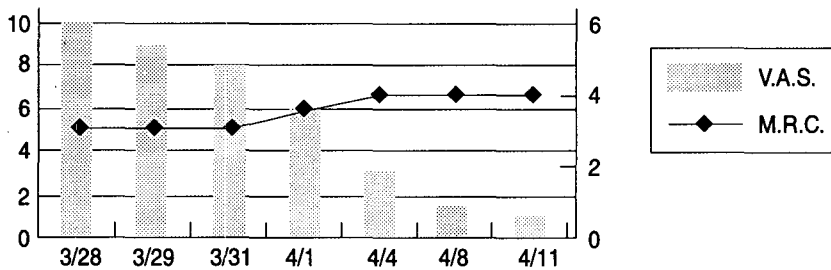


Fig. 2. Change of V.A.S. & M.R.C.

### Ⅲ. 고 찰

다발성 신경염(Multiple neuritis)은 말초신경염 중에서 단발성 신경염과 대립되는 것으로서 주로 척수 신경이 좌우대칭적으로 손상을 받는데 때로는 뇌신경장애도 따른다. 또한 운동마비는 부전마비로부터 전신마비까지 여러 경우가 있으며, 原因으로는 다수의 전염병 병원균 및 그 독소, 당뇨병과 같은 체내독소와 알콜, 납과 같은 체외의 화학적 독소, 비타민 B1의 결핍, 빈혈, 동맥경화, 한랭 등이 있는데, 그 밖에도 원인을 전혀 알 수 없는 것들이 있다<sup>2)</sup>. 다발성 신경염의 분류로는 Laundry<sup>4)</sup>, Guillain<sup>6)</sup> 등이 발표했던 비특이성 다발성 신경염을 비롯하여 당뇨병, 뇨독증, 알콜 등에 의한 대사성 신경병, 결합조직질환과 동반된 다발성 신경병, 약물등에 의한 독성 다발성 신경병, 악성종양에 관계된 다발성 신경병과 이외에 화상에 의한 다발성 신경병 등이 있다<sup>1)</sup>.

다발성 신경염의 발생빈도는 급성의 경우는 인구 100,000 명당 2명 정도이며, 당뇨병으로 인한 경우는 모든 당뇨 환자의 약 5%에서 발현되고 악성종양에 관련된 경우는 기관지암을 가진 환자의 2-5%가량의 발병율을 보인다<sup>2)</sup>.

다발성 신경염의 증상은 대부분 좌우 양측이 침범하여 감각, 운동, 자율신경계와 영양장애 등이 함께 나타나며 둔마, 과민, 이상지각과 같은 감각장애가 관찰되고 심한 통증을 동반하는 경우도 있다. 근긴장 저하, 근위축이나 경직 등과 같은 운동장애 증상이 나타나며 특히 잠장을 낀 부위나 양말을 신은 부위에 많이 나타난다<sup>11)</sup>. 급성의 경우는 발의 이상감각을 비롯하여 근위약이 원위부에서 상승하여 심한경우는 호흡근 및 뇌신경근에 침범하며 20%정도에서는 기관절개(Tracheostomy) 및 인공호흡(ventilation)이 필요할 수도 있으며, 사망률은 10%정도에 달하고 모든 환자의 2-5%정도는 재발성 경과 및 잔류증상이 남는 것으로 보고되고 있다<sup>2)</sup>.

다발성 신경염의 진단에서는 우선 원인적 진단이 중요하다. 만성의 경우 당뇨병, 뇨독증, 결핍상태, 결합조직질환, 악성 질환, 약물 및 독극물 등의 가능성을 반드시 고려하여야 하며 유전성 병변의 가능성이 있을 경우 친지들을 검사한 후 원인불명 또는 원발성 신경병증으로 판단할 수 있다. 급성 및 아급성의 경우는 주로 뇌척수액 검사(뇌척수액 단백 상승과 백혈구 감소 소견)를 통해 진단이 가능하다<sup>2)</sup>. 심부전 반사는 감약 또는 소실되는 소견을 보이며<sup>11)</sup>, 근전도 검사에서 하부 운동 신경원성 손상 증상과 운동, 감각 전도속도의 완만 및 말단 잠복기의 연장 등의 소견이 보이게 되며 이외에 운동신경 전달속도검사(Nerve conduction studies), 감각신경 전달속도(sensory conduction velocity), 신경 생검(Nerve biopsy) 등 광범위한 검사를 실시하게 되나 만성 신경병증의 경우는 환자의 약 30%정도에서만 원인적 진단이 가능하다<sup>2)</sup>.

적외선 체열진단방법은 피부에서 방출되는 적외선을 일정한 온도 차이에 따라 각기 다른 색으로 표현하는 방법으로 혈관의 활동성에 대해 객관적이면서도 양적인 개념으로 설명할 수 있다. 인체는 정상적으로 3~10 $\mu$ m의 파장을 가지는 적외선을 방출하며, 적외선 체열 촬영은 이러한 적외선의 미묘한 온도차를 감지하여 이를 색깔로 나타내어 각 부위의 寒熱差를 시각적으로 나타내 주는 것으로, 韓醫學에서 파악해온 寒熱 개념을 가시화하여 질병의 부위를 진단하고 임상적으로도 寒熱 진단의 객관성 부여에 큰 도움을 줄 수 있는 검사법이다<sup>2)</sup>.

다발성 신경염의 치료법으로는 주로 보존적 치료법으로 마비 환자의 관리와 호흡부전 환자의 인공호흡 관리에 중점을 두고 있고, 당뇨병으로 인한 경우는 당뇨조절을 개선하는 등 원인적 진단을 통해 그 유발원인을 제거하는데 중점을 두고 있다. 약물요법으로 특정한 면역약물을 통한 치료방법과 혈장투석 치료방법이 있으며 통증의 조절을 위해 알파아드레날

린 차단계열의 약물투여 방법 등이 사용되고 있다<sup>2)</sup>. 그러나 혈장투석치료법은 발병 초기에 시행될 경우에 한하여 의미 있는 효과를 거둘 수 있고, 스테로이드 약물요법은 비교연구에서 거의 효과가 없는 것으로 평가<sup>2)</sup>되고 있어 현재 확실한 치료법은 없는 실정이다.

다발성 신경병증은 한의학에서 痿證, 痺證, 麻木 등의 범주에 속하며, 기본 병인은 寒, 濕, 熱, 氣虛, 血虛, 血瘀 등이며, 寒濕阻絡, 濕熱浸淫, 血虛失養, 氣虛血瘀 등을 주요 病因病機로 보고 있다<sup>3)</sup>.

본 증례는 양방병원에서 다발성 신경염으로 진단받고 본원에 내원한 경우로 입원당시 面色萎黃, 左下肢冷感疼痛 無力而步行不利, 兩手指麻木, 肌膚乾燥脫屑, 脈微滑數, 舌質紅苔薄黃 하여 濕熱阻滯, 氣血虧虛로 변증하고 처방은 疏經活血行濕 기준으로 하였다.

침치료는 초기에는 痿證의 범주에서 초기에는 肺正格을 위주로, 후기에는 足部 冷感의 개선을 위해 腎熱格을 위주로 하였으며<sup>10)</sup>, 증상에 따라 가감하였다. 留針시에는 患者로 하여금 患部를 계속 움직이게 하는 動氣療法을 겸하였는데, 動氣療法은 健側을 자침하고 患部를 움직이게 하거나 按摩하는 방법으로 동통을 경감시키며 특히 患部의 운동장애가 있을 경우 疏經通絡하여 運動障礙의 개선을 촉진시키기 위해 시행하도록 하였다<sup>13)</sup>.

약물치료는 足部の 痺症과 冷感, 疼痛, 兩手指 痺症을 氣滯血瘀, 濕熱阻滯로 진단하고 疏經活血行濕을 목적으로 疏經活血湯을 투여하였다. 疏經活血湯은 『萬病回春』<sup>14)</sup>에서 “治遍身走痛如刺 左足痛尤甚 左屬血 多因酒色損傷 筋脈虛空 被風寒濕熱感於內熱 熱包於寒 則痛傷筋絡 是以晝輕夜重 宜以疎經活血行濕 此非白虎歷節風也”라고 하여 理氣疏通시키며 筋絡의 瘀血과 風濕을 제거하여 筋骨疼痛, 특히 腰部 以下에 나타나는 통증의 치료에 주로 사용되는 처방이다<sup>15)</sup>.

녹용약침요법은 녹용의 내용물을 추출, 가공하여 질병과 유관한 부위 및 혈위에 주입함으로써 자침 효

과와 녹용의 생화학적 물질이 인체에 미치는 약리작용을 동시에 이용하여 생체기능을 조정하고 병리 상태를 개선 시켜 질병을 치료하고 예방하는 新針療法의 일종이다<sup>16)</sup>. 녹용은 사슴과에 속한 척추동물인 梅花鹿 또는 馬鹿 및 同屬 근연동물의 雄鹿頭上的 未骨化된 帶毛茸의 幼角으로 性味는 甘鹹, 溫無毒하여 肝腎 二經에 작용한다. 補腎陽, 益精髓, 強筋骨 등의 효능이 있어 腎虛陽痿 遺精 元氣不足 畏寒乏力 崩漏帶下 四肢痿軟 小兒發育不全 등의 병증을 主治한다<sup>17)</sup>. 녹용약침에 대한 연구로는 崔<sup>18)</sup>의 빈혈에 미치는 영향, 朴<sup>19)</sup>의 퇴행성 슬관절염의 치료효과에 대한 보고 등이 있었으나, 사지위연 및 감각장애에 대한 치료보고는 없었다. 이에 저자는 환자의 좌측부 동통점과 양수지의 저림 증상 발현 부위에 녹용약침을 피하 주입하여 피하혈관을 통해 신속히 체내로 흡수되어 순환계를 통해 전신적으로 작용하도록 하였다<sup>20)</sup>.

이상과 같은 치료 후 좌측부 마목, 동통, 좌하지 무력, 보행 장애 증상이 거의 소실되었으며 좌측부의 시림증상과 양수지 저림 증상도 다소 경감된 상태로 적외선체열진단 상의 양측 체표온도차도 거의 줄어들어 비교적 양호한 효과가 있음을 확인할 수 있었다.

다발성 신경염에 대한 연구는 1859년 학계에 보고<sup>4)</sup>된 이후 양의학적 연구는 지속적으로 있어 왔으나 아직까지 한의학계의 연구는 거의 이루어지지 않은 상황이다. 본 증례는 다발성 신경염으로 진단받고 내원하여 양방처치를 배제하고 한방처치만으로 비교적 빠른 호전을 보인 1 레서 뇌척수액 검사와 근전도 검사 등의 추가적인 검사를 통한 질병의 원인분석에 있어서 다소 미비한 점이 있어 이에 대한 보완이 필요하리라 사료된다. 또한 앞으로 신경병증에 대한 한의학적 치료의 영역을 넓혀 나가기 위해 말초 신경병증에 대한 지속적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.



## IV. 結 論

저자는 2005년 3월 28일부터 2005년 4월 11일까지 동신대학교 부속 광주한방병원에 입원한 다발성 신경염으로 진단 받은 환자 1례를 濕熱阻滯, 氣血虧虛, 腎陽虛損로 辨證하고 疏通經絡, 活血行濕, 清化濕熱의 목적으로 疏經活血湯을 투약하고 침요법 및 한약요법, 한방물리요법, 녹용약침요법을 사용하여 유의한 효과를 얻었기에 보고하는 바이다.

### 참고문헌

1. 權希圭, 吳貞姬. 非特異性 多發性 神經炎의 神經傳導 및 筋傳導 所見에 關하여. 高麗大論集. 1982;19(1):369-81.
2. 이광우, 정희원 편저. 임상 신경학. 서울:고려의학. 1997:683-702.
3. 김갑성, 김명동, 김윤범, 김장현, 김중호, 이원철, 임양근, 정찬길. 實用東西醫學 臨床總書(3). 서울:도서출판 정담. 2001:449.
4. Laundry, O. Note sur ola paralysis ascendante sigue. Gaz,hebd. de med. 1869; 6:473.
5. Osled, W. Principles and practice of medicine, New York, D.Applaton and Company. 1892.
6. Guillain, G. Radiculoneuritis with acellular hyperalbuminosis of cerebra-spinal fluid. Arch. 1936.
7. Haymaker, W., and Kernohan, J.W. the Landry Guillain-Barre syndrome. A clinicopathologic report of fifty fatal cases and a critique of the literature. Medicine (Balt) 1949;28:59.
8. 樊祥冲. 急性感染性多發神經炎 91例. 江蘇醫學雜誌(2). 1976.
9. 高文武. 中西醫結合治療多發神經炎. 新醫藥學雜誌(4). 1974.
10. 황연학 원저, 정현영 편저. 실용사암침구정전. 서울:석림출판사. 2001:129-34, 271.
11. 김창환, 김용석역. 실용침구임상. 서울:도서출판 정담. 2003:67.
12. 진재도. 적외선 체열 촬영을 이용한 요통환자의 임상적 관찰. 대한침구학회지. 2001; 18(4):23.
13. 대전대학교 졸업준비위원회. 침구경위해석. 서울:한맥. 1996:124-33.
14. 龔廷賢. 만병회춘. 북경:인민위생출판사. 1984:311.
15. 이재희. 도설한방진료요방. 서울:의학연구사. 1996:437-8.
16. 왕오호. 퇴행성 슬관절염의 봉독약침치료효과에 대한 임상적 관찰. 대한침구학회지. 2001; 18(3):35-47.
17. 신민교. 임상본초학. 서울:영림사. 2000:204-5.
18. 최도영. 녹용수침이 빈혈 가토에 미치는 영향. 경희대학교한의대논문집. 1986;9:501-16.
19. 박은주. 녹용약침의 퇴행성 슬관절염에 대한 임상적 연구. 대한침구학회지. 2004; 21(2): 275-86.
20. 이민화, 구영순. 생물약제학과 약물속도론. 서울:신광출판사. 1992:52-64.