

원 개

## Guillain-Barré 증후군 환자의 치험 2례

장조웅\* · 구범모\* · 이경윤\* · 양재철\*\* · 문경숙\*\*\*

\*동수원한방병원 한방침구과교실

\*\*동수원한방병원 한방재활의학과교실

\*\*\*안양샘한방병원 한방침구과교실

### Abstract

#### Clinical Observation on 2 Case of Guillain-Barré Syndrome

Jang Jo-ung\*, Koo Beom-mo\*, Lee Kyung-yun\*, Yang Jae-chul\*\* and Mun Kyung-suk\*\*\*

\*Department of Acupuncture & Moxibustion, Dongsuwon Oriental Medical Hospital

\*\*Department of Oriental Rehabilitation Medicine, Dongsuwon Oriental Medical Hospital

\*\*\*Department of Acupuncture & Moxibustion, Anyang SAM Oriental Medical Hospital

*Objectives* : The purpose of this case is to report the improvement after the acupuncture therapy, and herbal medicine about two patients with Guillain-Barré Syndrome.

*Methods* : We treated the patients with acupuncture, moxibustion and herbal medication.

*Results* : We have experienced two case of Guillain-Barré Syndrome. One case improved significantly through treatment, but one case had lingering symptoms..

*Conclusion* : In Guillain-Barre Syndrome, the initial diagnosis is important, and through a collaboration of Western and Korean medicine, We were able to achieve meaningful treatment results.

*Key words* : Guillain-Barré Syndrome, Acupuncture, Initial diagnosis

## I. 緒 論

Guillain-Barré 증후군(급성 염증성 감염후성 다발성 신경병증(Acute Inflammatory Postinfectious Polyneuropathy ; GBS)은 말초신경에 급성 염증성 탈수초를 일으켜 사지마비, 감각저하, 운동실조 등의 말초신경기능의 부전을 일으키는 질환이며 세균이나 바이러스 감염에 의해 유발되는 것으로 알려져 있다<sup>1)</sup>. 예후는 호흡부전이 발생하지 않으면 좋은 편이지만 전체 환자의 2% 내지 5% 정도가 사망하게 되고, 호흡부전이 초래되었을 경우 20% 정도가 심한 장애를 남기며, 모든 환자 중 5%에서는 만성 재발성 결과를 밟는다<sup>2)</sup>.

Guillain-Barré 증후군은 한방에서는 위(痿), 위벽(痿躄), 비(痺), 마목(麻木) 등으로 볼 수 있으며, 현재까지 洪과 黃의 병인병기와 변증시치를 중심으로 한 동의학적 고찰<sup>3)</sup>, 李와 具의 소아 Guillain-Barré 증후군 환자의 치험례<sup>4)</sup>, 金 등은 자율신경 기능 이상을 동반한 경우의 증례 보고<sup>5)</sup>를 하였으나 한방병원에서는 자주 접할 수 없는 한계로 인하여 현재까지도 많은 예가 보고되지는 않았다. 이에 저자는 상기도 감염후 속발된 Guillain-Barré 증후군 환자에 대하여 경미한 경과를 보인 양호한 경우와 호흡부전을 겪은 중증의 경우의 2례에 대하여 한·양방협진을 통한 치료에 대한 증례보고를 아래와 같이 하고자 한다.

## II. 症 例

### 1. 症例

#### 1) 환자

차OO, 여자 64세

#### 2) 주증상

四肢少力 및 步行障礙, 神疲乏力

#### 3) 발병일 및 발병상황

2006년 3월 10일 상기도감염 증상 앓은 이후 3월 17일 진행

#### 4) 과거력 및 가족력

특이사항 없음

#### 5) 현병력

2006년 3월 10일 惡寒, 發熱, 咳嗽 등의 상기도감염 증상 앓은 후, 3월 17일 兩下肢에 무력감이 발생하여 본원 내원하여 입원하여 GBS로 진단받음

#### 6) 주요 검사 소견

##### (1) 방사선 소견

Cervical&Lumbar spine X-ray : Degenerative spondylosis

Ankles X-ray : Degenerative Osteoarthritis

Brain-MRA : Lacunar infarctions, Both periventricular white matter

##### (2) 혈액 및 면역학적 검사

ANCA(항호중구세포질항체) : negative

FANA : weakly positive. speckled pattern

Immunoelectrophoresis : Normal

TFT : Normal

CSF study : Protein 77 mg/dL (정상치 ; 15-45)

ESR : 44 mm/h(정상치 ; 20미만)

##### (3) 신경전도검사

Table 1. Electrodiagnostic Examination of Case 1

Motor conduction	Latency(m/sec)	Amplitude(mV)	Conduction velocity(m/sec)
Rt.median wrist/APB	9.1	2.5	46.3
Rt.ulnar wrist/ADQ	4.7	1.2	60.4
Rt.peroneal leg/Ankle	9.1	1.2	
Rt.tibial ankle/EDB	N-E		
Sensory conduction	Latency(m/sec)	Amplitude(mV)	Conduction velocity(m/sec)
Rt. median wrist/III digit	N-E		
Rt. ulnar wrist/V digit	N-E		
Rt. peroneal ankle/EDB	3.9	7.1	31.4
Rt. sural calf/ankle	N-E		
Needle Electromyogram	At rest	On Volition	Recruitment pattern
Rt. biceps brachii	silent	normal	full
Rt. triceps brachii	silent	normal	full
Rt. flexor carpi ulnaris	silent	normal&poly	full
Rt. flexor carpi radialis	silent	normal	full
Rt. abd. pollicis brevis	silent	normal	full
Lt. tibialis anterior	p(++)	poly	reduced
Lt. peroneus longus	p(++)	poly	reduced
Lt. vastus medialis	silent	poly	reduced
Lt. biceps femoris long.	silent	poly	reduced
Lt. extensor hallucis longus	silent	poly	reduced
Lt. iliopsoas	silent	poly	reduced
Lt. gastrocnemius medial head	p(+)	poly	reduced
Rt. tibialis anterior	p(+)	poly	reduced
Rt. peroneus longus	p(+)	poly	reduced
Rt. vastus medialis	silent	poly	reduced
Rt. biceps femoris long.	silent	poly	reduced
Rt. iliopsoas	silent	poly	reduced
Rt. gastrocnemius medial head	p(+)	poly	reduced

APB : abductor pollicis brevis, ADQ : abductor digity quinti.

EDB : extensor digitorum brevis.

p : positive sharp wave, poly : polyphasic motor unit potentials.

N-E : not evoked.

## 7) 치료 평가

Guillain-Barré syndrome에 대한 종합 평가는 Brown과 Feasby의 평가<sup>6)</sup>를 사용하였고, 근력 평가<sup>7)</sup>

를 병용하였다.

## 8) 치료경과

Table 2. Progress of Symptom and Treatment of Case 1

Date	GBS Group stage*	Motor weakness†	Symptom and treatment
3/17	1	Normal	피로, 해수, 오한, 발열, 보행상태 양호하나 주관적 무력감 호소함. 침구치료 : 中風七處穴 한약처방 : 雙和湯 合 敗毒散
3/24	2	Fair	식욕감소, 야뇨, 빈뇨, 痺症(발바닥 앞쪽이 쭈시고 아프며 발에 양말을 씌어 놓은 듯한 이상감각호소, 손끝도 이상 감각 호소). 침구치료 : 脾正格 + 陽陵泉, 懸鍾, 大杼. 腎俞, 志室灸 한약처방 : 六味地黃元
3/25	2	Fair	단독보행불가. 정주 면역글로불린 사용.
3/30	2	Fair	해수, 오한, 발열 감소함. 대변비결.
4/01	2	Fair	손발바닥에 한포진 발생. 대변비결. 오심 및 소화장애.
4/04	2	Fair	痺症 호전(정상대비 75%), 한포진과 함께 수포와 소양증.
4/12	2	Good	한포진에 가피 생기며 호전, 근력 회복되어 보행상태 양호해짐.
4/14	2	Good	한포진 소실.
4/25	1	Normal	보행 양호. 痺症 소실됨.

\* : GBS Group Stage.

Group 1 : Minor signs and symptom. Minor abnormalities on neurological examination such impaired vibration sense or absent tendon reflexs. No definite gait abnormality.

Group 2 : Minor motor disability apparent in the activities of daily living. More obvious neurological abnormalities such as muscle wasting, weakness or sensory loss. able to walk with a walker or support.

Group 3 : Substantial limitation in daily activities as a result of weakness such as the inability to walk with mechanical aids or being confined to a wheelchair or bed.

† : 근력평가(하지평가).

Normal(100%) : 중력과 충분한 저항하에서 능동적 정상 관절운동.

Good(75%) : 중력과 어느 정도의 저항하에서 능동적 정상 관절운동.

Fair(50%) : 중력을 이기고 능동적 관절운동.

Poor(25%) : 무중력 상태에서 능동적 관절운동.

Trace(10%) : 수축은 가능하나 능동적 관절운동이 불가능.

Zero(0 %) : 근육수축의 증거가 없음.

## 2. 症例

특이사항 없음

### 1) 환자

박OO, 여자 77세

### 5) 현병력

2006년 5월 초에 상기도감염 증상 있는 후 兩下肢 少力 발생하여 양방 병원 외래에서 r/o 하지 정맥류, r/o 뇌경색으로 검사 시행하였으나 이상 없었음. 이 후 한의원 외래로 1주일 간 치료하다가 하지 무력감 진행하여 본원 입원하여 검사 후 GBS로 진단받음

### 2) 주증상

四肢少力, 下肢部 熱感 및 痛症, 步行障礙, 構音障礙, 경미한 顔面麻痺, 嚥下障礙

### 3) 발병일 및 발병상황

2006년 5월 초 상기도감염 증상 있는 후 발병

### 6) 주요 검사 소견

(1) 방사선 소견

Lumbar spine X-ray : Diffuse osteoporosis

### 4) 과거력 및 가족력

Grade III. Multiple compression fracture. L-spine

Spondylosis of L-spine

Abdomen-sono : Fatty liver

Small pancreatic cyst, body, about 2cm

Mild Gallbladder edema

Bence-Jones protein : Negative

Immunoelectrophoresis : Monoclonal gammopathy negative

CSF study : Protein 79 mg/dL(상승)

CRP : 18.18 mg/dL(상승)RF

ASO : Normal

(2) 혈액 및 면역학적 검사

(3) 신경전도검사

Table 3. Electrodiagnostic Examination of Case 2

Motor conduction	Latency (m/sec)	Amplitude(mV)	Conduction velocity(m/sec)
Rt.median wrist/APB	9.7	0.7	20.0
Rt.ulnar wrist/ADQ	9.9	0.1	25.7
Rt.peroneal leg/Ankle	N-E		
Rt.tibial ankle/EDB	N-E		
Sensory conduction	Latency (m/sec)	Amplitude(mV)	Conduction velocity(m/sec)
Rt. median wrist/III digit	N-E		
Rt. ulnar wrist/V digit	N-E		
Rt. peroneal ankle/EDB	N-E		
Rt. sural calf/ankle	N-E		
Needle Electromyogram	At rest	On Volition	Recruitment pattern
Rt. biceps brachii	p(+)	short, complex poly	marked reduced
Rt. triceps brachii	p(+)	short, complex poly	
Rt. flexor carpi ulnaris	p(++)	poor volition	marked reduced
Rt. flexor carpi radialis	p(+)	short, complex poly	marked reduced
Rt. abd. pollicis brevis	p(+)	poor volition	
Lt. tibialis anterior	p(+++)	poor volition	
Lt. peroneus longus	p(+++)	poor volition	
Lt. vastus medialis	p(++)	poor volition	
Lt. biceps femoris long.	p(++)	poor volition	
Lt. extensor hallucis longus	p(++)	poor volition	
Lt. iliopsoas	p(++)	poor volition	
Lt. gastrocnemius medial head	p(++)	poor volition	
Rt. tibialis anterior	p(+++)	poor volition	
Rt. peroneus longus	p(+++)	poor volition	
Rt. vastus medialis	p(+)	poor volition	
Rt. biceps femoris long.	p(+)	poor volition	
Rt. iliopsoas	p(+)	poor volition	
Rt. gastrocnemius medial head	p(+)	poor volition	

7) 치료평가

상기 1례와 동일한 평가방법을 사용하였다.

8) 치료경과

Table 4. Progress of Symptom and Treatment of case 2

Date	GBS Group stage	Motor weakness	Symptom and treatment
5/22	3	Trace	사지소력, 하지부 열감 및 통증, 보행장애, 구음장애, 경미한 안면마비, 연하장애.
5/31	3	Zero	연하장애 심해짐. 호흡곤란으로 간혹 산소포화도 90% 이하로 떨어짐. 산소마스크 사용. 발열(38도 이상), 오한, 자한출, Levin-tube를 통한 식이.
6/05	3	Zero	발열 지속(38.7도)되었고, 흉부 X선 검사상 폐렴 소견으로 항생제 투여.
6/06	3	Zero	정주 면역글로불린 사용(5일간)
6/08	3	Zero	전신 부종 발생. AST, ALT 상승.
6/19	3	Zero	호흡곤란 심해져 기관삽관 후 중환자실로 옮겨 nebulizer 사용. 복통을 동반한 오심, 토혈로 Levin-tube irrigation 시행.
6/21	3	Zero	혈액검사(Lipase level 210.2U/L로 상승)와 복부초음파상 급성 췌장염 소견. 복통, 구건 증상. 미음으로 식이 변경.
6/22	3	Zero	해수, 하지냉, 소변소, 외한, 한열왕래, 오심, 구토.
6/24	3	Trace	소량 구토, 복부 비만감. 소변소. 운동력 미약하게 호전.
6/26	3	Trace	구갈 심함. 식소. 호흡곤란 감소. 건구. 소변량 다소 많아짐. 외한, 전신통. 복부압통.
6/30	3	Poor	운동력 호전(침상 운동). 식사량 증가. 소변적삼하나 양은 점점 증가.
7/05	3	Poor	호흡곤란 호전되어 Nebulizer제거. 구갈, 외한, 사지냉, 전신통은 남아 있음.
7/10	3	Poor	한방으로 전과. 구치료 시작.
7/20	3	Poor	식이 호전되고, 외한, 사지냉 감소. 한약치료 시작. 한약처방 : 十全大補湯
8/02	2	Fair	외한, 전신통. 복냉, 보행연습(walker보행)시작.
8/21	2	Fair	외한, 전신통 호전됨. 한약처방 : 補中益氣湯 加 川芎, 防風, 柴胡, 荊芥, 薄荷, 蘇葉
8/28	2	Fair	외한, 전신통은 거의 사라짐. 근력 향상되었으나 walker보행 단계.
9/04	2	Good	근력 향상되어 지팡이로 보행 시작. 약간 부축해야 함.
9/11	2	Good	부축하지 않고도 지팡이로 보행 가능하나 보행 속도는 매우 느림.
9/16	2	Good	상태 호전되어 퇴원함. 이 후 외래 치료.

### III. 고 찰

신경계를 침범하는 면역학적 질환에는 다발성경화증, 길랑-바레증후군(Guillain-Barré syndrome, GBS), 만성염증성 탈수초성 다발신경병증, 중증근무력증, 근무력증후군, anti MAG(myelin associated glycoprotein) IgM 탈수초성 말초신경염 등이 있다.

이 가운데 길랑-바레증후군(Guillain-Barré syndrome)은 세계적으로 유아부터 고령의 노인까지 다양한 연령에서 발병하는, 후천적으로 생기는 탈수초성 질환 중 가장 흔한 질환이다<sup>8)</sup>.

이 질환의 원인은 아직 확실히 알려져 있지 않으나, 세균 감염 후에 잘 발생하므로 감염 후 다발성신경염(postinfectious polyneuritis)이라고도 부른다. 선행하는 감염으로 가장 많이 알려진 것은 *Campylobacter jejuni*인데 특히 이 중에서도 Penner O:19 균주가 관계가 있다. *Campylobacter* 감염은 동서양에 차이가 있어서 서양에서는 GBS 환자의 15-30%에서 선행 감염이 관찰되지만, 동양, 특히 북부 중국에서의 전향적 연구에서는 70% 이상의 높은 선행 감염률을 보였고<sup>13)</sup>, 대만의 연구에서도 67%의 높은 비율을 보였다. 이 외에도 Cytomegalovirus(CMV), Epstein-Barr virus (EBV), 그리고 *Mycoplasma pneumoniae*의 감염도 GBS환자에서 선행감염으로 유의한 연관성이 보고되어 있다<sup>14)</sup>.

발병초기에 이상 감각과 하지에 통증 및 근육과 신경에 압통이 발견된다. 증세는 양측에 동시에 발생하는 경우가 많다. 감각 소실은 운동 마비보다는 경미한 것이 특징으로써 운동마비도 또한 하지의 원위 부위부터 시작되어 서서히 근위부로 확산되는 역행성 변성(retrograde degeneration)을 보인다. 심하면 호흡 근육의 마비까지 초래되며 뇌막자극 증세를 나타나는 일도 있다<sup>9)</sup>.

자율신경계 이상도 자주 동반되고 때로는 심각한 상황에 이를 수 있다. 예를 들어 빈맥, 심부정맥, 저혈압, 고혈압, 안면홍조, 발한장애, 호흡부진, 팔약근 운동마비 등이 있을 수 있다<sup>5,10)</sup>.

사지의 건반사가 소실되고 뇌척수액 검사에서 염증 세포의 증가는 뚜렷하지 않으나 ① 단백 증가(50~100mg/dL) : 신경근의 광범위한 염증을 반영한다. 단백질증가는 신경 증상이 나타난 20일 후에 출현하여 4~6주 후에 최고 농도로 된다. 단백질 증가는 임상적인 중증도와 거의 평행하게 움직인다. ② 세포수 :

정상(90%). 10%의 증례에서는 단백구가 경도로 증가한다.

③ 단백 증가와 세포수가 정상인 것이 이 질환의 특징으로 이것을 단백 세포 해리라 한다<sup>11)</sup>. 전기생리학적 검사에서 전도장애 등 특징적인 소견을 보이는 경우가 많다. 그러나 어떤 경우에는 뚜렷한 전도장애 없이 복합 근육활동전위가 감소하는 소견을 보이는 수도 있다<sup>8)</sup>.

임상경과를 보면 발병 후 약 1주일 정도에 가장 심해지고 발병 2-4주경부터 차차 호전되어 발병순서의 역방향으로 회복되기 시작하고, 호흡부전, 상지마비 등이 먼저 회복되고 하지의 심부 건반사는 가장 나중에 정상화되며 2개월에서 18개월 이내에 대부분 회복되지만 18개월에서 24개월이 경과하면 거의 회복을 기대할 수 없다. 대개의 경우 예후는 양호하다. 근육 약화가 후유증으로 남기도 하며, 약 20-30%에서 호흡 부전으로 인한 사망의 가능성도 있다고 한다. 예후가 나쁜 경우는 40세 이상, 낮은 복합활동전위, 인공 호흡기에 의존하는 경우이다<sup>5,12)</sup>.

병리학적으로는 뇌신경, 전근(anterior root), 후근 양쪽의 척수신경근(spinal nerve root), 척수후근 신경절 및 말초신경 전체 길이에 걸쳐서 광범위한 염증과 수초탈락(demyelinating)이 일어난다<sup>11)</sup>, 이는 쥐와 토끼에서 실험적으로 유발시킨 GBS 유사 질환인 실험적자가면역신경염(experimental autoimmune neuritis, EAN)의 병리 소견과 같아 GBS의 자가면역 기전이 제기되었다. GBS는 임상 및 병리학적으로 몇 가지 유형으로 분류될 수 있다. 가장 흔하고 널리 알려진 유형은 급성 염증성 탈수초성 다발성신경염(acute inflammatory demyelinating polyneuropathy ; AIDP) 이지만 최근에는 병리학적으로 탈수초성 변화는 미미하고 광범위한 축삭의 변성을 보이는 몇몇 유형들이 보고되었다. 이는 또한 감각신경의 침범 여부에 따라서 급성운동축삭성다발성신경염(acute motor axonal neuropathy ; AMAN)과 급성운동감각축삭성다발성신경염(acute motor sensory axonal neuropathy ; AMSAN)으로 구분될 수 있고, 그 밖에 동안근육, 안면근육의 마비, 운동실조를 주로 보이는 밀러-피셔 증후군 등으로 나눌 수 있다<sup>8)</sup>.

축삭형 Guillain-Barré 증후군(AMSAN or AMAN)은 전기 생리학적 탈수초의 증거가 없으며, 적어도 2개의 신경에서 복합활동전위나 감각신경활동 전위의 크기가 정상 하한치의 80%보다 적을 경우에 해당한다<sup>5)</sup>.

스테로이드 치료는 비효과적이고 회복기간이 길어져 결국 결과에 역효과를 나타낸다. 혈장교환술은 효과적이다. 병의 첫 수일 내에 많이 시행되고 임상적으로 중하거나 혹은 급속히 진행되는 경우 혹은 호흡장애를 가진 환자에게서 많이 시행된다. 정맥내 면역글로불린(5일간 매일 kg당 400mg) 투여는 또한 도움이 많이 되며 혈장교환술보다 심혈관계에 덜 스트레스를 준다. 강제폐활량이 감소하는 경우에는 중환자실에 입원해야 하며, 강제폐활량이 15mL/kg에 도달하거나, 명백한 호흡곤란 혹은 산소포화도 저하시 기관지삽관을 고려해야 한다. 심한 저혈압은 수액 보충 혹은 혈압상승제에 반응을 한다.

진단시 감별질환으로는 포르피린성, 디프테리아 혹은 독성(중금속, 핵사카본, 유기인산염) 신경병증의 가능성을 배제하여야 한다. 다발성 구염, 보툴리눔 그리고 틱 마비도 반드시 고려되어야 한다. 피라미드 징후, 현저한 비대칭의 운동장애, 명백한 감각 레벨, 혹은 초기의 팔약근 침범은 국소성 척수 병변을 시사한다<sup>10)</sup>.

가장 중요한 것은 Guillain-Barré 증후군을 급성 척수 질환과 감별하는 것이다. 척수 병증이 진행함에 따라 발가락에 나타나는 저림감이 Guillain-Barré 증후군과 흡사하게 위를 향하여 상행하기 때문이다. 이 두 질환의 감별점은 Guillain-Barré 증후군에 있어서는 전신마비가 있으면서 흔히 안면근 및 호흡근 마비가 수반된다. 수지 말단부가 저리며, 감각증상은 종아리 중간위치까지 상행한다. 수부나 족부 근위부에 나타나는 현저한 감각 소실은 발병 초기에 흔치 않다. 건반사는 근력약화를 보이거나 중력에 반하는 힘이 부족한 사지에서 거의 예외 없이 24시간 내에 소실된다. 척수 질환에서는 사지마비를 보이는 환자에서 정상 Vital Capacity를 보인다<sup>5)</sup>.

韓醫學적으로 Guillain-Barré 증후군을 辨證하면 痿痺 痲木 痿躄의 범주에서 살펴볼 수 있다<sup>3,4)</sup>. 痺證은 風寒濕熱의 邪氣를 받아서 사지, 관절의 酸麻重脹으로 활동에 장애가 있는 병증으로 임상상 진행성 또는 반복발작하는 특징이 있다. 痿證은 사지 근육과 힘줄이 이완되어 手足이 萎軟無力해지는 병증으로 흔히 사지의 隨意運動과 보행이 불가능하게 되어 痿躄이라 칭하기도 한다. 痲木은 痲木不仁이라고 하는데, 痲는 피부나 肌肉이 가렵거나 아픈지는 않은데 벌레가 기어가는 듯한 이상한 느낌이 있는 것이고, 木은 肌膚의 감각이 둔하여 감각을 알지 못하는 것을 말한다<sup>15,16)</sup>.

黃帝內經에서는 痺證과 痿證에 관해 나누어 설명하였는데, 痺證의 경우는 五臟의 痺證에 관해 論하였고, 痿證의 증상에 관해 痛과 不痛不仁을 나누어 설명하였다. 痿證에 관해서는 五臟의 痿證에 관해 論하였고, 원인으로서는 五臟肺熱葉焦, 悲哀太甚, 思想無窮, 入房太甚, 遠行勞倦, 濕과 熱을 원인으로 말하였으며 또한 脾主四末에 의한 四肢不用을 말하면서 脾胃虛弱에 의한 痿證의 발생기전을 언급하였다<sup>17)</sup>.

洪 등은 Guillain-Barré 증후군에 대한 동의학적 고찰에서 'Guillain-Barré 증후군은 증상에 있어서 四肢痲木, 沈重無力과 함께 肌肉疼痛 및 壓痛鍼刺感이 동반하는 것으로 보아 한의학적으로 痺證과 痿證의 범주에 모두 속한다고 할 수 있으며, 병인병기는 外因과 內因으로 양분하고, 外因은 주로 "濕"과 관계가 되며, 溫熱·暑濕·濕熱·寒濕之邪의 浸淫이며, 內因은 脾胃虛弱과 肝腎陰虛이다' 라고 하였다<sup>3)</sup>.

본 증례 1의 환자의 경우는 내원당시 兩下肢少力을 主訴로 내원하였으며 보행은 원활한 상태였으나 주관적인 무력감이 위주가 되었고, 극심한 피로감과 무력감, 상기도 감염에 의한 咳嗽, 惡寒, 發熱이 있었다. 입원당시 실시한 신경학적 검사상 심부건반사는 양측 상하지 모두 저하되어 있는 상태였으며, 보행시 좌측의 무력감이 다소 심한 상태로써 뇌전산화 단층촬영에서 뚜렷한 이상 소견은 보이지 않았다. 입원 당시 傷寒을 원인으로 보고, 환자의 正氣가 약해져 있음을 고려하여 雙和湯 合 敗毒散(雙敗湯)을 2貼 분량으로 1일 3회 調服토록 하였으며, 鍼은 <素問·痿論> "治痿獨取陽明"에 근거하여 脾正格과 筋會인 陽陵泉, 髓會인 懸鍾, 骨會인 大杼를 위주로 刺鍼하였다<sup>18)</sup>.

입원 후부터 상기 증상들이 진행하면서 입원 1주일 후에는 단독보행이 불가능한 상태가 되었고, 양하지의 저림증상과 함께 발에 양말을 씌어놓은 듯한 이상 감각을 호소하였다. 食慾低下와 無力感, 夜尿, 頻尿, 腰膝酸軟, 脈沈細微弱, 舌質紅苔少의 四診所見을 보였다. 이에 따라 <東醫寶鑑·虛勞門>의 人四肢痿弱無力에 응용하는 六味地黃元으로 처방을 바뀌어 투여하였다. 입원 9일째부터 동수원병원 신경과와 협진하여 정주 면역글로불린을 kg당 400mg의 용량으로 5일간 정주하였다<sup>19)</sup>.

입원 2주째에 咳嗽, 惡寒, 發熱, 등의 상기도 감염 증상은 감소하였으나 大便秘結 증상이 나타나서 調胃承氣湯 Ex제를 병용 투여하고 大腸俞와 天樞穴에 刺鍼하였다. 입원 16일째부터 정주 면역글로불린 투



여의 부작용<sup>20)</sup>으로 손발바다에 소양감만을 동반한 한포진이 발생하였고, 한포진 발생후 4일째부터 수포가 생겼다. 한포진이 발생한 후 12일째부터 가피가 생기며 호전되었고 보행상태도 양호해져 약간의 부축만으로도 보행이 가능해졌다. 한포진 발생 후 약 2주 후 피부 증상은 완전히 사라졌으며, 입원 40일 후에는 痺症도 소실되고 단독 보행이 가능해져 퇴원하였다.

증례 2의 환자의 경우는 5월 초부터 감기 증상이 있는 후로 兩下肢少力이 발생하여 타병원에서 검사 시행하였으나 이상을 발견하지 못하였고, 이후 하지 무력감이 진행하여 본원에 입원하였다. 입원 당시에 도 보행은 불가능한 상태였으며, 경미한 안면마비, 구음장애, 연하장애, 상지부 무력감, 발목아래의 부종을 동반한 하지부의 열감 및 통증 등을 호소하였다. 심부건반사는 저하되어 있었고, 뇌전산화단층촬영에서도 특이한 소견은 보이지 않았으나 뇌척수액 검사상 단백 증가 소견을 보였다. 입원 후 약 10일 후부터 연하장애가 심해지고, 호흡곤란으로 산소포화도가 저하되어 간헐적으로 산소를 공급하였으며 38도 이상의 高熱과 惡寒, 自汗出의 증상을 보이며 운동력이 저하되어 움직일 수 없었다. 또한 자발적인 식이가 불가능한 상태로 Levin-tube를 통한 식이 공급을 하였으며, Foley-catheter를 통한 소변배출이 시행되었다. 2주 후까지도 38.5도에서 38.7도의 발열이 지속되었고, 흉부 X선 검사상 폐렴 소견을 보여서 항생제를 투여하였다. 동시에 정주 면역글로불린을 Kg당 400mg의 용량으로 5일간 투여하였으나 상태는 호전되지 않았다. 19일째부터는 전신에 부종이 발생하며 혈액검사상 AST, ALT 수치가 상승하였다. 4주째부터는 호흡곤란이 심해져 산소마스크를 통한 산소공급으로도 산소포화도가 유지되지 않아서 기관삽관 후 신경과 중환자실로 옮겨 nebulizer를 사용해야만 했고, 복통을 동반한 오심, 토혈로 Levin-tube irrigation도 시행하였다. 위상복부의 압통이 있으므로 실시한 혈액검사에서 Lipase level이 상승하였고, 복부초음파도 시행하여 급성췌장염 진단을 받았다. 畏寒과 寒熱往來, 咳嗽, 惡心, 嘔吐 증상이 4일간 지속된 후 嘔吐 증세는 진정기미를 보였으나 복부의 불편감을 호소하였다. 6주째에 惡心, 嘔吐는 소실하였으나 口渴 증상이 심하고 畏寒과 全身痛, 腹部壓痛은 지속되었으며, 식사량은 늘지 않았다. 6주째 말에 식사량이 다소 증가하면서 침상운동이 가능할 정도로 운동력이 호전되었다. 7주째에 호

흡곤란 증세가 호전되어 Nebulizer를 제거하였으나 口渴, 畏寒, 四肢冷, 全身痛 등의 증상은 호전이 없었다. 8주째에 한방병동으로 다시 옮겼으며, 이때부터 침구치료를 시작하였다. 鍼은 脾正格과 筋會인 陽陵泉, 髓會인 懸鍾, 骨會인 大杼를 위주로 刺鍼하였고, 關元和 中脘, 三陰交 등에 艾灸를 시술하였다. 침구치료를 시행하고 10일 후에 畏寒, 四肢冷 등 환자 상태 호전되어 한약치료를 시작하였다. 환자는 大病을 오래도록 앓고 氣血이 모두 쇠약해진 상태로 全身少力, 神疲乏力, 身重, 四肢冷, 胃脘疼痛 兼 食少難化, 面白, 舌乾, 二便難 등의 증상이 있었으므로 《東醫寶鑑·虛勞門》의 “氣血俱衰, 陰陽俱弱”에 사용하는 十全大補湯을 2貼 분량으로 농축하여 1일 3회 調服토록 하였다. 입원 12주째에 walker로 보행 연습을 시작할 정도로 운동력이 개선되었다. 14주째부터 畏寒, 全身痛 증세는 호전되었고, 식사량도 다소 증가하였으나 神疲乏力이 심하였고 外感 증상도 있으므로 補氣할 목적으로 補中益氣湯에 川芎, 防風, 柴胡, 荊芥, 薄荷, 蘇葉을 加하여 처방하였다. 15주째에는 畏寒, 全身痛은 거의 사라졌고, 근력이 향상되었으나 아직은 walker보행 연습을 하였다. 16주째부터 근력이 향상되어 지팡이로 보행 시작하였으나 약간은 부축해야 하였다. 17주째는 보행 속도는 매우 느리나 부축하지 않고도 지팡이로 보행이 가능할 정도로 근력이 상당히 많이 개선되었고, 17주차 말에 퇴원하여 이후로는 외래로 통원치료 하였다.

상기한 환자 둘의 경우 모두 상기도 감염 증상으로 시작해서 근력약화를 동반한 Guillain-Barré Syndrome으로 진행한 경우이나 병의 경과나 예후는 극명하게 구분됨을 알 수 있다. 환자 1의 경우는 초기의 경미한 증상으로 시작하여 서서히 진행되는 양상을 보였으나 침구치료와 한약치료, 그리고 면역글로불린 요법을 병행하여 진행이 멈추고 회복되기 시작하여 약 1개월만에 완전한 회복을 보였다. 그러나 환자 2의 경우는 약 3주간 병이 진행하였으나 타병원에서 명확한 진단을 받지 못한 상태로 본원에 내원하여 호흡곤 마비가 진행하면서 치명적 상황까지 이르렀으나 양방 중환자실 처치로 응급상황을 면한 경우이다. 환자는 신경학적 손상이 심하여 상당한 후유증이 기대되는 상태였으나 침구치료와 한약치료를 병행하면서 보행 및 운동능력, 전신상황의 호전이 뚜렷하였다. 이 두 경우만 보더라도 Guillain-Barré Syndrome은 발병초기의 감별이 중요할 뿐만 아니라 처치에 있어서도 신중을 기해야 되며, 한양

방 협진이 더 좋은 결과를 가져올 것으로 사료되나 현재는 부족함이 있다. 향후 더 많은 보고를 통한 발전이 있기를 기대해 본다.

#### IV. 요약

Guillain-Barré Syndrome 은 하지로부터 서서히 상행하는 이완성 운동불능증을 특징으로 하는 급성 염증후성 탈수초성 다발성 신경염으로, 자율신경계를 침범하는 예에서는 사망까지도 이를 수 있으므로 발병 초기의 감별이 중요하다. 두 증례에서 각각 虛勞와 脾胃氣虛로 辨證하여 六味地黃元과 補中益氣湯을 처방하고, 脾正格의 刺鍼, 灸治療를 통하여 객관적인 평가를 통한 주증상의 호전 등 유의한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

#### V. 참고문헌

1. Ropper AH, Wijdicks EFM, Truax BT. Guillain-Barré Syndrome. 1st ed. Philadelphia: F.A. Davis. 1991 : 43-54.
2. Lindsay KW, Bone Ian, 이광우 편. 임상신경학3판. 서울 : 범문사. 2002 : 757-760.
3. 洪儒聖, 黃祐準. Guillain-Barré 症候群에 대한 東醫學的 考察. 대한한의학회지. 1995 ; 16권:118-131.
4. 李在媛, 具恩貞. 소아 Guillain-Barre 症候群 治驗例 報告. 대한한의학회지. 1997 ; 18권 : 137-147.
5. 김관식, 김동웅, 신선호, 조권일, 신학수, 한명아, 최진영, 최우정, 양재훈, 정용준. 자율신경 기능 이상을 동반한 Guillain-Barre 증후군 1례. 대한한방내과학회지. 2001 ; 22권 : 453-458.
6. Brown WF, Feasby TE. Conduction block and denervation in Guillain-Barré polyneuropathy. Brain. 1984 ; 107 : 219-237.
7. 의학교육연수원. 임상진단학 제5판. 서울: 서

- 울대학교출판부. 1998 : 229.
8. 박재현. 신경면역학의 이해 : 다발성경화증과 길랑-바레증후군을 중심으로. 대한신경과학회지. 2003 ; 21(6) : 563-572.
9. 대한정형외과학회. 정형외과학. 제5판. 서울: 최신의학사. 2000 : 301-308.
10. Tierney Jr LM, McPhee SJ, Papadakis MA. 전국의과대학교수 역. 오늘의 진단 및 치료. 서울 : 한우리. 1999 : 1092-1093.
11. 이귀녕, 이종순. 임상병리과필 제2판. 서울 : 의학문화사. 1996 : 1359-1360.
12. Lyu RK, Tamg LM, Cheng SY, Hsu WC, Chen ST. Guillain-Barré Syndrome in Taiwan : a clinical study of 167 patients. Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry. 1997 ; 63(4) : 494-500.
13. Ho TW, Willison HJ, Nachamkin I, Li CY, Veich J, Ung H, et al. Anti-GD1 antibody is associated with axonal but not demyelinating forms of Guillain-Barré Syndrome. Ann Neurol. 1999 ; 45 : 168-173.
14. 강지훈, 배희준, 김병건, 구자성, 박종무, 김형재, 권오현. 대상포진 감염에 속발한 길랑-바레 증후군. 대한신경과학회지 ; 24(3) : 270-273.
15. 전국한외과대학 심계내과학교실. 심계내과학. 서울 : 서원당. 1999 : 448-458.
16. 김용기, 김경남, 송영호, 임형호, 윤호준, 송윤경. 위증 치험 1례. 한방재활의학과과학회지. 2001 ; 11(3) : 165-173.
17. 李慶雨. 編註譯解 黃帝內經素問3卷. 서울 : 여강출판사. 1997 : 71-115.
18. 전국한외과대학 침구·경혈학교실 편저. 침구학(하). 서울 : 집문당. 1998 : 1271-1272.
19. 임주혁, 이한보, 박성호, 이상수, 안무영, 이광호, 이상복, 명호진, 이광우. 급성기 Guillain-Barré Syndrome 환자에서 정주 면역글로불린의 효과. 대한신경과학회지. 1994 ; 12(2) : 289-297.
20. 이지현, 문지수, 민지원, 김민정, 유봉구, 김광수. 길랑-바레증후군에서 면역글로불린 정주 치료 후 발생한 한포진 1례. 대한신경과학회지. 2005 ; 23(4) : 581-583.