

Guillain-Barre Syndrome으로 진단받은 환자의 痺證 치험 2례

남효익, 김희영, 김진원*, 최은영**

광동한방병원 내과, 국립의료원 한방진료부 내과*, 동국대학교 한의과대학 내과**

Two Cases Reports of Korean Traditional Medical Therapy for Patients with Bi-symptom Diagnosed Guillain-Barre Syndrome

Hyo-Ik Nam, Hoi-Young Kim, Jin-Won Kim*, En-Young Choi**

Department of Internal Medicine, Kwang-Dong Oriental Medicine Hospital,

Department of Internal Medicine, National Medical center Oriental Medicine Hospital*

Department of Oriental Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dongguk University**

ABSTRACT

Guillain-Barre Syndrome is a disorder caused by nerve inflammation. The inflammation damages portions of the nerve cells, resulting in pain, numbness, muscle weakness or paralysis and sensory loss. The damage can also leads to denervation (killing the axon part of the nerve cell), which stops nerve function entirely. Without the axon, messages cannot be transferred from one nerve cell to another, but the causes and mechanism of this syndrome are unknown.

This is a clinical report about two patients diagnosed with Guillain-Barre Syndrome. The patients, a 54-year-old woman and a 37-years-old man, had pain, and weakness in both legs and arms. After about 4 weeks of Korean medicine and acupuncture treatment, most of their symptoms improved. Therefore, Korean traditional therapy has potential for treatment of Guillain-Barre Syndrome..

Key words: Guillain-Barre Syndrome, Bi Symptom, BoJungIkKee-tang, Samul-tang

1. 서 론

痺證이란 人體의 氣血虛弱 營衛不和 등으로 因해, 外邪의 侵入을 받아 氣血의 運行이 沮塞되어 惹起되는 것으로, 肌肉·筋骨·關節 등의 疼痛·麻木·重着·關節腫脹·屈伸不利 등 運動障礙 및 感

覺異常을 나타내는 病證이다.¹ 痺證에 대해 처음 言及된 內經素問의 <痺論>에 “風寒濕三氣雜至合而爲痺也.”라고 하여 各 病因에 따라 行·痛·着的 三痺로 나누었고, 各 季節과 發病部位를 연결시켜 皮·脈·肌·筋·骨의 五痺로 分類하였으며, 五臟의 神이 藏한즉 邪가 侵入치 못하고, 神氣를 消亡시키면 邪가 侵入하여 五臟痺를 이루게 되고, 飲食不節·起居失常 등으로 邪氣의 侵襲을 받기 쉬워져서 六腑痺를 이루게 된다고 하여, 痺證의 發生에 있어 七情 및 飲食·生活環境이 그 本이 된다고

·교신저자: 남효익 서울시 강남구 삼성동 161번지
광동한방병원 의국
Tel: 02-2222-4988
E-mail: medic330831@hanmail.net

하였다.² 實證인 경우에는 行痺(風痺), 痛痺(寒痺), 着痺(濕痺), 熱痺, 瘀血痺 등으로 나누고, 虛證인 경우에는 임상적으로 氣血虛痺, 陽虛痺, 陰虛痺 등으로 나누어 清熱利水, 滋陰清熱, 散風祛濕, 溫通溫散하는 方劑로 치료하고 있다.³

서양의학에서 痺證은 주로 지각장애 및 통증을 느끼는 감각장애로 볼 수 있으며 크게 중추성, 척수성, 말초신경성, 혈관성, 근성질환으로 구분할 수 있다. 이중 Guillain-Barre Syndrome으로 부르는 급성 염증성 다발성 신경병증은 한의학적으로는 痺證, 痿證, 麻木의 범주에 속한다고 볼 수 있다.⁴

Guillain-Barre Syndrome(GBS)는 하지로부터 서서히 상행하는 이완성 운동불능증을 특징으로 하는 급성 염증성 탈수초성 다발성 신경염이다. 임상적 증세로 진행성 사지마비와 함께 감각이상, 심부건반사의 소실, 안면신경, 동안신경, 설인신경, 미주신경 등의 뇌신경 마비증상, 그리고 빠른 맥박이나 발한 등의 자율신경증상이 나타날 수 있고, 심한 경우 호흡부전마비 등이 발생할 수 있다.⁵ Guillain-Barre Syndrome에 대해서는 바이러스나 세균감염이 자가 면역 반응을 유발하여 발생하는 것으로 여겨지고는 있으나, 발병기전이 명확히 밝혀지지 않았고, 임상양상과 병리 소견상 면역조정성 질환으로 여겨진다.⁶ 그러므로 Guillain-Barre Syndrome에 대한 구체적인 치료방법은 정립되지는 않은 상태이며, 일반적으로 대증요법이 많이 이루어지고 있으나 최근 면역학적 발생기전에 근거한 혈장 교환술과 면역글로불린의 대량 투여요법 등이 사용되고 있으나, 예후가 불량한 경우가 많다.⁷

양방에서는 Guillain-Barre Syndrome에 대한 다수의 증례와 치료보고가 이루어지고 있으나, 한의학 적 임상보고는 많지 않은 실정이다. 이에 저자들은 양방신경과에서 Guillain-Barre Syndrome로 추정 진단받고 치료 중 별무 호전하여 전원 한 환자 중 中氣不足과 瘀血로 인한 증상이 뚜렷한 2명의 환자에게 加味補中益氣湯과 四物湯加味方을 투여

하여 뇌척수액, 근전도 검사수치와 자각증상의 유효한 경과의 차이를 확인할 수 있어 그 임상경과 및 결과를 보고하는 바이다.

II. 관찰대상 및 진단기준

1. 관찰대상

2005년 3월13일부터 2005년 8월 19일까지 양방신경과에서 뇌척수액 검사, 근전도 검사, Brain CT, L-spine CT결과 Guillain-Barre Syndrome 진단을 받고 치료 중 별무 호전하여 본원 외래치료 받은 환자 2례를 대상으로 이전치료로 인한 경향을 최소화하기위해 양방치료를 배제하고 순수 한약치료와 침 치료만을 시행하였다.

2. 약물투여

Case 1은 2005년 3월 13일부터 2005년 3월 27일까지 1일 3첩 식후 1시간 3회 분복으로 補中益氣湯 原方에 祛風濕의 蒼朮·升麻·羌活·防風을 加하여 투여하였고, 3월 28일부터 4월 16일까지 補中益氣湯 原方에 牛膝·杜冲·木瓜를 加하여 투여하였고, 2005년 3월 22일부터 24일까지 腹痛, 泄瀉증세로 Extract劑, 藜苓白朮散 9포를 투여하였다.

Case 2는 2005년 7월 21일부터 2005년 7월 27일까지 1일 2첩 식후 1시간 2회 분복으로 四物湯 加 桃仁·紅花을 투여하였고, 7월 28일부터 8월 19일까지 四物湯 加 桃仁·紅花·竹瀝·薑汁을 투여하였다.

3. 침 치료

Case 1은 2005년 3월 13일부터 4월 16일까지 주 6회 足三里, 陽陵泉, 懸鍾, 大杼均灸를 사용하였고, Case 2는 2005년 7월 21일부터 8월 19일까지 주 6회 小腸正格(臨泣 後谿補, 通谷 前谷瀉), 瘀血方(太白 太淵補, 曲池瀉)을 사용하였다.

4. 진단기준 및 검사 시기

검사는 1주 단위로 자각증상의 기준 표를 토대로 점수를 기록 하였다.

Ⅲ. 患者症例

Case 1

1. 성명 : 권 0 0/F/54
2. 주소증 : 수족비감, 양하지무력으로 보행불리
진신무력감, 만성피로
자주 소화 장애 호소
3. 발병일 : 최근 과로 중 2005년 2월 19일 발병
4. 과거력 : 1999년 양방내과에서 위하수 진단.
양약 복용 중단 상태.
2003년 양방내과에서 위궤양 진단.
5. 가족력 : 별무소견
6. 사진 : 2005년 3월 13일 面色萎黃, 舌苔薄白,
脈弱, 심박수 96회/1분, 사지무력증,
대퇴부 통증, 만성적인 피로와 소화장
애로 체중이 3kg 줄어든 상태.
7. 현병력 : 상기환자는 만 54세의 다소 마른 체
형의 여환으로 상기 과거력 있었으
며, 양방종합병원 신경과에서 Guillain-
Barre Syndrome 진단받고 면역글로
불린 투여로 면역억제치료 받으며 2
주간 입원 중 한방치료를 위하여
2005년 3월 13일 본원 입원치료 위
하여 내원하심.
8. 환자 증상 변화 상황
 - 1) 2005년 3월 13일: 얼굴이 창백하면서 광택
이 없고, 수족비감, 양하지무력, 보행불리,
소화장애, 오후에 간헐적 두통감호소, 자주
피로하다고 함. 검사상 뇌척수액 단백
40mm/dL, 혈중 백혈구수 11300/mm³, AST
83U/L, ALT 131U/L로 확인됨. 舌苔薄白,
脈弱, 微口乾
 - 2) 2005년 3월 18일: 피로감이 조금 좋아짐.
소화장애도 아침에만 주로 호소함. 面色萎
黃, 수족비감 여전함. 오후 두통감은 비슷
함, 舌苔微白, 脈弱, 微口乾
 - 3) 2005년 3월 23일: 얼굴빛이 다소 혈색을
땀. 소화장애는 아침에 남아있다고 함. 양
하지무력감 여전. 수족비감은 덜 호소. 경
미한 두통감 없음. 다소 피로함. 복통·설
사로 인하여 다소 예민함. 혈중 백혈구수
9600/mm³, AST 76U/L, ALT 125U/L로 확
인됨. 舌苔薄白, 脈細弱, 微口乾.
 - 4) 2005년 3월 28일: 최근에 자고나서 아침에
소화장애 다소 심해짐. 오후 되면 피로감
다소 호소. 수족비감은 호소하지 않음. 양
하지무력감도 호전. 보행 좋아짐. 舌苔微
白, 脈弱, 口乾
 - 5) 2005년 4월 6일: 기상 후 소화장애 다소 경
미해짐. 다른 제반증상도 전반적으로 호전
됨. 微白苔, 脈弱, 微口乾
 - 6) 2005년 4월 13일: 기상 후 소화장애 소실.
별다른 제반증상 거의 없음. 微白苔, 脈細
弱, 微口乾
 - 7) 2005년 4월 16일: 양하지무력감 조금 호소
함. 白苔, 脈細弱, 口乾, 無熱.
마무리 관리 차원에서 치료 계속 시행함.
특별한 제반사항은 없었음.

Case 2

1. 성명 : 박 0 0/M/37
2. 주소 증 : 수족비감, 양하지무력, 최근 성격이
급해짐, 흥협이 창만하며 양하지대
퇴부통증이 고정적이고 자통호소.
변비
3. 발병일 : 최근 3주전
4. 과거력 : 특이사항 없음.
5. 가족력 : 母 -만성위염.
6. 사진 : 2005년 7월 21일 刺痛, 拒按, 小便이

短赤하고, 舌 暗紫色 瘀斑이 보임. 脈 沈澁

7. 현 병력 : 상기환자는 만 37세의 보통 체형. 약간 큰 키의 남환으로 상기 과거력 있었으며, 양방 신경과에서 Guillain-Barre Syndrome진단받고 면역글로불린 투여로 면역억제 치료받으며 3주간 입원 중 한방적인 치료를 위하여 2005년 7월 21일 본원입원치료 위하여 내원하심.

8. 환자 증상 변화 상황

2005년 7월 21일: 면색 萎黃하고, 수족비증, 대퇴부의 고정적 자통, 하지무력, 복진 상 중완부위 압통호소, 小便頻數 症狀(13-14회/1), 腰痛호소(찌르는 느낌), 검사 상 뇌척수액 단백질 48mm/dl, 혈중 백혈구수 12700/mm³, AST 96U/L, ALT 124U/L로 확인됨. 舌 暗紫, 瘀斑이 보임, 脈 沈澁, 微口乾소견 나타남.

2005년 7월 25일: 面色 다소 蒼白하고, 수족비증 여전, 대퇴부의 자통 다소 해소, 중완부위 압통 경미, 小便頻數 다소완화(10회/1일), 요통다소 완화, 舌 暗紫, 瘀斑이 보임, 脈 沈澁, 微口乾.

2005년 7월 28일: 수족비증 다소 감소, 하지무력감 여전(7월 25일보다 다소 증가), 중완부위 압통 소실, 小便頻數 완화 중(9-10회), 요통 사라짐, 舌 暗紫, 瘀斑사라짐, 脈 沈澁, 微口乾

2005년 8월 6일: 수족비증 소실, 하지무력감 다소 호전, 복진 상 하완혈 압통, 舌 暗紫 연해짐, 脈 沈澁, 微口乾

2005년 8월 11일: 수족비증 제반증상 거의 소실, 때때로 자통 호소, 검사 상 뇌척수액 단백질 41mm/dl, 혈중 백혈구수 6300/mm³, AST 76U/L, ALT 87U/L로 호전. 舌紅, 脈緩, 微口乾호전

2005년 8월 19일: 때때로 자통 호소, 舌紅, 脈緩, 微口乾症狀도 개선(다소 건조한 느낌 정

도라 호소함)

IV. 考察 및 結論

Guillain-Barre Syndrome은 양측 대칭으로 하지에서부터 상부쪽으로 마비를 보이는 다발성 신경염의 일종으로 발병원인은 아직 확실히 알려져 있지는 않으나 감염, 자가면역반응과 관계가 있고, 그 증상은 주로 하지에서 시작하여 상지로 파급된다. 또 뇌신경을 침범하여 안면마비와 연하장애, 성대마비 등을 초래하기도 하며, 심한 경우 호흡근 마비를 유발하여 사망에도 이르게 하는 질환이다.⁸ 모든 연령층에서 발생하며 계절적으로는 여름과 가을에 많고 발병전 1~2주 내에 감염의 과거력이 있는데 상기도감염이나 위장장애가 선행되는 수가 많다. Guillain-Barre Syndrome의 발병빈도는 인구 100,000명당 2명 정도이며, 전체 환자 중에서 약 2%가 사망에 이르게 되고, 약 2%의 환자에서 재발된다.⁹

환자 대다수는 초기에 이상감각을 보이는데 양측 대칭 마비가 특징이며 서서히 진행되어 점차 하지에 동통이 나타나고 근육과 신경에 압통을 보인다. 대개 2~3주에 가장 심해졌다가 차츰 회복되는데 심한 경우 뇌막자극증상과 뇌신경마비를 동반하는 경우도 있다. Guillain-Barre Syndrome에서 통증의 양상은 다리와 등쪽으로 심부의 찌르는 듯한 통증과, 지각부전성 사지통이다. 증상의 경중에 따라 세 가지로 분류하는데 경미한 경우에는 뒤뚱거리는 보행, 저림증상이 나타나며, 중증도의 경우에는 보행불리가 심해져 일상생활이 어려워지고, 중증의 경우는 72시간 이내에 호흡곤란이 일어나고 전신쇠약증세가 심해져 생명이 위험할 경우가 있다.¹⁰

Guillain-Barre Syndrome의 진단은 미국 국립신경계질환 및 뇌졸중연구소에 의하면 전형적인 임상적 증상과, 특징적인 검사소견으로 기준을 삼

고 있다. 임상적 특징으로는 급성 또는 아급성으로 발생한 사지의 대칭적 마비와 원위부의 이상감각, 사지의 반사 감소나 소실이며, 검사소견으로는 뇌척수액 검사상 단백질은 증가되나 세포수는 정상이거나 감소되는 단백세포해리소견을 보이고,⁹ 이것이 진단에서 가장 중요한 소견이다. 단백질의 증가는 대부분 15~200mg%정도이며, 1~2주사이에 최고에 달하는 경우는 임상적 증상의 회복도 빠르나 일반적으로 4~6주 사이에 최고에 달한다.¹¹ 한편 신경전도 검사에서는 신경전도 속도의 감소, 복합운동활동전위 진폭의 감소와 운동신경 전도 속도가 정상속도의 80%이하로 감소되고, 종말 잠복기가 느려지며, F파의 반응이 없어지는 것이다.¹²

Guillain-Barre Syndrome의 치료는 주로 보존적 치료가 위주가 된다. 마비환자의 경우에 관리가 매우 중요하며, 호흡부전 환자의 경우에는 인공호흡 등의 관리가 필요하다. 치료에 있어 스테로이드, 세포독성 약물 등의 특정한 면역약물들의 효과는 뚜렷하지 않아서, 대증요법과 더불어 면역학적 발생기전에 근거를 둔 혈장교환술 및 감마 글로블린의 대량투여요법, 면역억제제요법 등이 치료에 병용되고 있다. 혈장교환술은 발병초기 2주 이내에 시행될 경우 의미있는 것으로 보고되는데, Guillain-Barre Syndrome를 유발한 원인항체를 함유하고 있는 혈장을 체외에서 혈액성분 채집기를 이용하여 제거하는 방법이다. 감마 글로블린의 대량투여요법은 5일에서 14일동안 0.4g/Kg을 사용한다. 이들의 효과를 비교 연구한 결과에 의하면 모두 비슷한 치료효과를 나타내었던 것으로 보고되었다.⁷

Guillain-Barre Syndrome의 예후는 발병 2~4주 경부터 서서히 발병역순으로 호전되어 대부분 수주에서 수개월 사이에 특별한 후유증 없이 회복된다. 2%의 환자에서 재발되며, 사망률은 약 2% 정도이다.⁹ 증상이 경미한 경우에는 예후가 좋지만, 약 25%의 환자에서는 인공호흡이 필요할 정도의 호흡부전까지 악화되기도 한다. 회복순서는 호흡부

전, 상지마비 등이 먼저 회복되고 하지의 심부 건반사는 가장 나중에 정상화된다. 대부분 2개월에서 18개월 이내에 회복되지만 18개월에서 24개월이 경과하면 거의 회복을 기대할 수 없다. 예후가 가장 나쁜 경우는 40세 이상, 낮은 복합 활동 전위, 인공호흡기에 의존하는 경우이다.¹³ 특히 발병한 지 20일이 경과해도 호전의 기미가 보이지 않으면 예후가 불량한 경우가 많다.⁷

한의학적으로 Guillain-Barre Syndrome은痿證과痺證에 속한다고 할 수 있다. 楊¹⁴, 何¹⁵은四肢軟痠이 主要特徵인 것으로 보아 “痿證”의範疇에 속한다고 하였으나 府¹⁶, 劉¹⁷은 本病이 肌肉疼痛과 壓痛針刺感의 症狀도 兼하므로 “痿證”과 “痺證”에 모두 속한다고 하였고, 周¹⁸는痿證에屬하나痺證과도 關聯이 있고, 특히 “着痺”와 “痛痺”에 가깝다고 하였다. 이를 綜合해 보면 本病은 症狀에 있어서四肢麻木, 沈重無力과 함께 肌肉疼痛 및 壓痛針刺感이 同伴하는 것으로 보아 韓醫學의으로 “痿證”과 “痺證”의範疇에 모두屬한다고 할 수 있다. 임상상 痺證은 사지와 체간의 통증이 主症이고,痿證은 수족이 무력하고, 이환된 사지가 마르고, 심하면 물건을 쥌 수 없게 되며 서지 못하게 된다고 하였다.¹⁹ 본 환자들의 경우四肢無力도 있었으나,四肢痛症을 主症으로 보고 痺證으로 治療하였다.

痺란 閉, 즉 막혀서 잘 통하지 않음을 말한다. 風寒濕熱의 邪氣가 인체의 營衛失調 혹은 正氣虛弱한 틈을 타고 침입하거나 關節에 응체됨으로써 氣血運行이 순조롭지 못하여 肌肉, 筋骨, 關節에 痲木, 重着, 酸楚, 腫脹, 屈伸不利, 심하면 關節의 간직성 변형을 초래하는 병증의 하나이다.

痺證이 처음 言及된 皇帝內經〈素問: 痺論篇〉에서 “風寒濕三氣雜至合以爲痺也”라고 하였고, 그 勝한 바에 따라 五痺, 三痺로 分類, 風寒濕에 따라 行痺, 痛痺, 着痺로 季節과 五臟의 配屬에 따라 骨痺, 筋痺, 肌痺, 皮痺, 脈痺, 肝痺, 心痺, 肺痺, 脾痺, 腎痺, 腸痺, 胞痺로 나누었다.¹ 素門今釋에서 張志聰은 痺者 閉也, 邪閉而爲痛也라 하였으며, 이는 邪

氣가 體內에 蓄積되어 氣血이 運行不利해지는 것을 意味한다. 內經으로부터 始作하여 巢元方는 風濕痺, 風不仁, 風痺, 風冷 등으로 分類하였고, 王濤은 白虎病이라는 이름을 지었으며, 陳無擇은 風寒濕 三痺로 分類하였고, 李東垣는 痛風이라는 用語를 使用하였으며, 朱丹溪는 痛風의 原因을 痰風, 熱風, 濕, 血虛라고 하였다. 黃文東은 痺證을 分類함에 있어 實痺와 虛痺로 나누고, 實痺에는 風痺(行痺), 寒痺(痛痺), 濕痺(着痺), 熱痺, 頑痺로 虛痺에서는 氣血虛痺, 陰虛痺, 陽虛痺로 나누고 있다.²⁰

痺證의 誘因은 크게 體質·七情·攝生不良·飲食不節·勞倦及房勞 등으로 나누어 볼 수 있으며, 이들 각 誘因에 의해 氣血虧損·營衛不和 및 臟腑의 虛·實 등 人體의 均衡이 不調하게 되어, 쉽게 風·寒·暑·濕·等 外邪의 侵入을 받아 痺證이 發生하고, 또한 病이 오래되면 氣血의 運行이 不暢함으로 瘀血 및 痰飲을 生成하게 되는데 이 역시 痺證을 誘發시키는 原因이 된다.

痺證의 治療原則은 病의 新久虛實을 구분하여 外感風寒, 脾胃濕熱 또는 脾肺氣虛弱, 脾虛, 腎陽虛로 辨證하여 각각의 임상변증 유형에 따라 清熱利水, 滋陰清熱, 散風祛濕, 溫通溫散, 脾益氣補肺, 溫肺補腎陽氣의 治療법을 선택하며 다용된 처방은 茯苓湯, 五積散, 薏苡仁湯, 人蔘益氣湯, 八珍湯, 補中益氣湯 등이 있다.

補中益氣湯은 元代의 東垣十種醫書에 처음으로 수록된 處方으로 飲食失節이나 寒溫不適으로 脾胃가 상하여 食後倒飽 表熱自汗 少氣倦怠 등 症과 喜怒憂恐과 勞役過度로 元氣가 耗損되어 陰火가 相衝됨으로서 氣高而喘 身熱而煩 脈洪大 頭痛 或渴不止 皮膚不任風寒而生熱 等 證에 사용되었다.

四物湯은 和劑局方에 처음으로 수록된 處方으로 通治血病의 기본방이다. 四物湯은 補血·造血뿐만 아니라 活血과 止血의 기능을 모두 갖추고 있어, 營養不足이나 血液의 滋養不足으로 發生되는 貧血과 이로 인한 수많은 症狀에 사용한다.

治療穴로는 Case 1은 足三里, 陽陵泉, 懸鍾, 大杼均灸를 사용하여 脾氣를 補하고, Case 2는 小腸正格, 瘀血方으로 瘀熱과 血虛를 治療하였다.

본 Case 1례의 경우 1999년 위하수, 2003년 위계양을 진단받은 경력이 있고, 다소 마른체형이며 面色萎黃, 舌苔搏白, 脈弱하였고, 수족비감, 양하지 무력감과 함께 아침에 자고난 후 소화장애를 호소하며, 오후에 간헐적으로 두통을 호소하는 증상으로 脾胃氣虛로 판단하고 補中益氣湯(黃芪 15g, 甘草 5g, 人蔘 10g, 當歸 10g, 陳皮 6g, 升麻, 柴胡, 白朮 각 3g)을 主處方으로 하고, 2005년 3월 13일부터 2005년 3월 27일까지 祛風濕의 蒼朮·升麻·羌活·防風을 加하여 소화장애, 두통증상의 호전이 있었으나, 수족비감은 경미한 호전, 양하지 무력감은 여전히 2005년 3월 28일부터 4월 16일까지는 肝腎을 補하는 牛膝·杜沖·木瓜를 加하여 소화장애, 두통등의 증상뿐만 아니라 수족비감, 양하지 무력의 제반증상도 호전을 나타내었으며 아울러 치료기간 중에 腹痛, 泄瀉을 호소하여 ex. 藜苓白朮散 9包를 투여후 祛濕작용으로 복통, 설사의 소실과 제반증상의 호전도 나타내었다.

또한 자각증상 수치변화에서 3월 13일 보행장애(Ⅲ~Ⅳ), 사지비증(+++), 하지무력(+++), 소화장애(+++)에서 4월 16일 보행장애(Ⅰ~Ⅱ), 사지비증(-), 하지무력(+), 소화장애(-)로 호전을 나타내었다. <Table 1>, <Table 2>, <Table 3>참고

Case 2례의 경우 특별한 과거력이 없고, 보통 체형에 面色萎黃, 舌暗紫 瘀斑이 보이고, 脈沈澁의 形色脈診의 수족비증, 하지무력감, 대퇴부자통, 소변빈삭등의 血虛와 瘀血症을 나타내어, 2005년 7월 21일부터 2005년 7월 27일까지 四物湯(당귀, 천궁, 백작약, 숙지황 각 5g)을 主處方으로 祛瘀血하는 桃仁·紅花를 加하여 加하여 瘀血證에 동반된 증상에 적용을 하였고, 2005년 7월 28일부터 2005년 8월 19일까지는 추가로 痰飲의 증상도 있어 薑汁·竹瀝을 더 加하였다. 8월 19일 치료 종료 후 때때로 刺痛을 호소하는 것 외에 기타 제반증상은 현

저히 감소하였다.

자각증상 수치변화에서는 7월 21일 보행장애(Ⅲ), 사지비증(+++), 하지무력(+++), 소화장애(+)에서 8월 19일 보행장애(Ⅱ), 사지비증(-), 하지무력(±), 소화장애(-)로 감소한 바가 있었다. <Table 1>, <Table 2>, <Table 3>참고

Table 1. Functional Grading Scale by Hughes(보행상태에 대한 평가방법)

Grade	Health
Grade 1.	Minor sign and symptoms.
Grade 2.	Able to walk 5m without a walker or equivalent support.
Grade 3.	Able to walk 5m with a walker or support.
Grade 4.	Bed or chair bound.
Grade 5.	Requires associated ventilation.
Grade 6.	Death.

Table 2. Change of symptom(Severe + + +, Moderate + +, Mild +, Trace ±, Eliminated -)

Case 1	05.3.13	05.3.18	05.3.23	05.3.28	05.4.6	05.4.13	05.4.16
보행장애	Ⅲ ~ Ⅳ	Ⅲ ~ Ⅳ	Ⅲ ~ Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ ~ Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ ~ Ⅱ
사지비증	+++	+++	++	+	±	-	-
하지무력	+++	+++	+++	++	+	±	+
소화장애	+++	+	±	+	±	-	-
Case 2	05.7.21	05.7.25	05.7.28	05.8.6	05.8.11	05.8.19	
보행장애	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅱ ~ Ⅲ	Ⅱ ~ Ⅲ	Ⅱ	
사지비증	+++	+++	++	±	-	-	
하지무력	+++	+++	+++	++	+	±	
소화장애	+	-	-	-	-	-	

Table 3. 한약투여

Date	Case 1
05.3.13-3.27	補中益氣湯 加 蒼朮·升麻·羌活·防風
05.3.28-4.16	補中益氣湯 加 牛膝·杜沖·木瓜
Date	Case 2
05.7.21-7.27	四物湯 加 桃仁·紅花
05.7.28-8.19	四物湯 加 桃仁·紅花·竹瀝·薑汁

본 2 Case는 양방신경과에서 뇌척수액 검사, 근전도 검사, CT등과 임상증상상 Guillain-Barre Syndrome으로 진단받은 환자로써, 변증시치에서 case 1은脾胃氣虛, case 2는 血虛·瘀血에 痰飲症을 동반한 경우로, 補中益氣湯加味方과, 四物湯加味方을 투여하여 치료한 경우이다. 양방적인 치료는 혈장교환술과 면역글로불린의 대량투여요법등이 시행하고 있으나 아직까지 원인치료를 기대하기 힘들기에 보다 많은 case와 진단의 객관성을 통한 한방치료방법에 더욱 많은 연구가 필요하리라

생각된다. 본 환자들의 경우에 보행장애, 하지무력, 사지비증등을 주소로 호소하는 GBS환자를 한방변증별로 변증시치한 결과 양호한 치료효과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

參考文獻

1. 전국한의과대학심계내과학교실. 心系內科學. 서울: 書苑堂: 1999, pp.436.
2. 楊維傑. 黃帝內經素問譯解. 서울: 成輔社: 1980, p.36, pp.95-9, p.209, pp.268-9, pp.328-35.
3. 楊思樹. 中醫臨床大典. 북경: 北京科技出版社: 1991, pp.502-11.
4. 李文鎬. 內科學. 서울: 학림사: 1979, pp43, pp191, pp1054, pp1831, pp1834, pp1851.
5. 新谷太. 최일생 역. Pathophysiology로 이해하는 내과학 part10 신경질환. 서울: 정담출판사: 2002, pp.260-2.
6. 최현숙. 고신옥. 박광원. 김종래. Guillain-Barre Syndrome에 대한 임상적 고찰. 대한마취과학회지. 1987;20(2):182~90.
7. 이광우. 임상신경학. 서울: 고려의학: 1997, pp.651-5, 694-6, 740-2, 761-3.
8. 周紹華. 神經系統常見疾病中醫診療. 北京: 北京醫藥科技術出版社: 1989, pp.158-63.
9. Lindsay KW. Bone I. 이광우 편. 임상신경학 3판. 서울: 범문사: 2002, pp.757-60.
10. Irving Nachamkin. Ban Mishu Allos. Tonyho. Campylobacter Species and Guillain-Barre Syndrome. 1998: pp. 555-67.
11. 노재규. 권오상. 이광호. 이상복. 명호진. Guillain-Barre증후군의 임상적 연구. 대한신경과학회지 Vol.2 No.1. 1984;pp.3-12.
12. 대한신경외과학회. 신경외과학. 서울: 중앙문화사: 2002, pp.58-9.
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 Neurosurg Psychiatry. 1997;63(4):494-500.
14. 楊永璇. 中國鍼灸經驗集. 上海: 上海科學技術出版社: 1984, pp.53-4.
15. 何紹奇. 現代中國內科學. 北京: 中國醫藥科技術出版社: 1991, pp.463-5.
16. 府強主. 實用鍼灸療法臨床大全. 北京: 中國中醫藥出版社: 1991, pp.477-8.
17. 劉冠軍. 中國法集錦. 江西: 江西科學技術出版社: 1988, pp.941-2.
18. 周紹華. 神經系統常見疾病中醫診療. 北京: 北京醫藥科技術出版社: 1989, pp.158-63.
19. 방약중. 實用中醫內科學. 上海: 上海科學技術出版社: 1984, p.554-77.
20. 楊思樹. 中醫臨床大典. 北京: 北京科技出版社: 1991, pp502-11.