

저칼륨혈증성 주기성 사지마비로 진단된 痿證 환자 3례

송왕기·이성환·김나연·강재희·이 현*

Three Cases of Wei symptom diagnosed Hypokalemic Periodic Paralysis

Wang-Gi Song, Sung-Hwan Lee, Na-yeon Kim, Jae-Hee Kang, Hyun Lee
Dept. of Acupuncture and Moxibustion, College of Oriental Medecine, Daejon University

Objective : This is the clinical report about the Wei symptom patient diagnosed as Hypokalemic periodic Paralysis.

Methods and Results : Three Wei symptom patients diagnosed Hypokalemic Periodic Paralysis at Cheonan oriental medical hospital were treated with Oriental-Western therapies.

Conclusion : Hypokalemic Periodic Paralysis is regarded as wei symptom in Oriental Medicine. The treatment of Hypokalemic Periodic Paralysis regarded as wei symptom of Oriental Medicine had favorable effect.

Parallel treatment showed favorable effect on other symptoms caused by Hypokalemic Periodic Paralysis such as nausea, chest discomfort, leg pain besides main symptoms such as weakness and numbness

Key words : Wei symptom, Hypokalemic Periodic Paralysis

I. 서론

痿證은 “手足痿軟而無力, 百節緩縱而不收” 라 하여 筋肉이 弛緩되어 收縮하지 못하므로 발생 하는 四肢痿弱을 특징으로 하며, 輕者는 軟弱無力하나 重者는 痿閉不用하고 심하면 생명이 危險할 수 있는 疾病이다.¹⁾

痿證에 대한 최초의 문헌으로는 『素問·痿論』²⁾에 “肺熱葉焦, 則皮毛虛弱急迫 著則生痿躄也”, “治痿者 獨取陽明”, 『生氣通天論』²⁾에 “因於濕, 淫熱不攘, 大筋軟短, 小根弛長, 軟短爲拘. 弛長

爲痿”, 『靈樞·九癢八風論』³⁾에 “犯其兩溼之地則爲也”, 『邪氣藏府病形』³⁾에 “風痿 四肢不用” 등이라 하여 本證의 原因, 病機, 證候, 治法 등을 언급하고 있으며 이후 역대 의가들은 내경의 내용을 根幹으로 痿證을 연구 발전시켰다.

서양의학적으로는 대마비 혹은 사지마비로 볼 수 있으며 척수질환, 말초신경병증, 신경근 접합부 질환 등 많은 질환들이 포괄될 수 있으나 대표적으로 발병하는 질환으로 저칼륨성 주기성 사지마비, 중증근무력증, guillian-Barre syndrome 등이 있다.⁴⁾

저칼륨혈증성 주기성 마비는 근력약화, 특히 호흡근마비가 올 경우 치명적인 결과를 가져올 수 있는 비교적 드문 질환으로 세포내로의 칼륨 이동 증가에 의해 저칼륨혈증이 유발되고 발작

*대전대학교 한의과대학 침구학교실
· 교신저자 : 이 현 · E-mail : lh2000@hanmir.com
· 채택일 : 2008. 06. 27

사이에는 정상적인 혈청 칼륨 수치이고 반복적으로 발작이 재발 한다는 점에서 다른 원인에 의한 마비와 구분된다.⁵⁾

저칼륨혈증성 주기성 마비는 상염색체 우성의 가족력으로 발현되거나 또는 갑상선 증독증의 환자들에서 후천적으로 발현될 수 있으며 갑상선 기능 항진증 환자에서 일어나는 주기성마비의 빈도는 서구인에서는 극히 드물기 때문에 통계적인 보고가 없으나 동양인에서는 그 발생빈도가 훨씬 많아서 보고자에 따라 차이가 있으나 2% 정도로 알려져 있다.⁶⁾

양방에서 저칼륨혈증성 주기성 마비는 정확한 진단을 하였을 경우, 치료는 매우 쉽고 신속하게 할 수 있으나 재발의 가능성이 있으며 한방 치료만을 시행할 경우 정확한 진단이 어려워 환자가 저칼륨혈증으로 인한 호흡근 마비, 근육의 쇠약 등의 치명적인 부작용을 초래할 수 있다.

저칼륨혈증성 주기성 마비는 한방에서 진단이 어렵고 래원하는 환자가 드물어 손⁷⁾의 양한방 임상보고가 있으나 아직은 미흡한 실정이다.

이에 저자는 저칼륨혈증성 주기성 마비로 대전 대학교 부속 천안한방병원에서 양방치료와 한방 치료를 병행, 치료하여 호전된 환자 3례를 대상으로 하여 약간의 지견을 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 증 례

<증례 1>

1. 환자 : 최 O O (M/50)

2. 발병일

2007년 6월 8일 pm11:00 (자다가 일어난 후)

3. 주소증

양하지무력 Gr 1>2/1>2
보행장애

홍민, 어둔

4. 과거력

2006년 4월 하지무력감 발생하여 한의원 침 치료 후 증상 소실

5. 가족력 : 별무

6. 검사소견

<Lab test>

ALT 62 IU/L BUN 21.5 mg/dl Na 140 mEq/L K 2.4mEq/L Cl 110mEq/L <EKG test> : AF, ST-T change <BRAIN CT> Suggesting nondominating mild hydrocephalus. <CT SCAN OF LUMBAR SPINE : WNL> <X-ray test> CHEST PA AND RIGHT LATERAL CHEST ; Mild cardiomegaly with hypertensive cardiac contour. Otherwise unremarkable. LUMBAR SPINE SERIES : WNL

<갑상선 기능 검사>

Free T4 2.93ng/dl (0.8-2.23) TSH 0.01uIU/ml (0.17-4.05)

7. 한의학적 치료

脈診 : 浮數滑

舌診 : 舌潤, 齒齦, 白苔

腹診 : 腹部膨滿

辨證 : 濕熱

침치료 : 침은 동방침구제작소의 0.25mm, 길이 30mm 1회용 stainless steel 호침을 사용하여 1일 2회 원칙으로 시행하고 20분간 유치하였다. 治爲獨取陽明 先取手, 足陽明經穴爲主. 後取手太陰肺經, 清肺熱, 宣肺氣, 調和陰陽을 근거로 하여 오전에는 手足陽明經을 위주로 合谷, 曲池, 尺澤, 肩髃, 足三里, 列缺를 자침하였고 오후에는 腎俞, 腰陽關, 大腸俞, 陽陵泉, 風市, 環跳, 崑崙을 위주로 腰部와 下肢 阿是穴을 따라 자침하

었다.

처방 : 檳蘇散加味 (蒼朮, 杜沖, 牛膝, 熟地黃, 當歸, 羌活, 蘇葉, 防己, 木香, 檳榔, 貢砂仁, 秦艽, 赤茯苓, 玄胡索, 乳香)

雙和湯加味 (白芍藥, 熟地黃, 黃芪, 當歸, 川芎, 桂皮, 甘草, 牛膝)

Table 1.

*** : sever, ** : moderate, * : mild

	6. 9	6. 10	6. 11
하지무력	Gr1>2/1>2	SI/SI(오후 소실)	SI/SI
하지인통	-	**	*
홍민	***	**	-
어둔	***	-	-
K수치	2.4(1.6)	4.3	4.6

8. 양의학적 치료

9일 : 케이콘틴서방정-600mg 2T#2, N/S 1L
10일 : 케이콘틴서방정-600mg 1T#1

9. 물리치료

ICT, Hot pack, Negative, Tens

10. 치료경과

2007.6.8 오후 11시에 양하지 무력감 발생하여 2007.6.9 오전에 본원 응급실 통하여 래원한 환자임. 하지무력감은 Gr 1>2/1>2 였으며 홍민, 어둔 증상 동반되어 Brain CT 촬영하였으나 별 무진단 받음. 본원 Lab 검사상 저칼륨혈증성 주기성 사지마비 진단되어 2007.6.9부터 케이콘틴서방정 2T#2 복용함. 습열로 변증하여 한약은 檳蘇散加味方을 사용함. 2007.6.10 양하지 무력감은 본인만 자각할 정도 약하게 남아있고 거의 소실됨.

오후부터 쌍화탕가미방을 사용함. 어둔감도 소실되었으나 홍민감은 아직 남아있다고 함.

전날 없었던 하지인통이 생겨 하지부 아시혈 위주로 침치료와 물리치료 병행함. 2008.6.11 칼륨수치가 정상으로 교정되고 제반증상 소실되어 오후에 퇴원함.

<증례 2>

1. 환자 : 주 O O (F/69)

2. 발병일

2006년 8월 14일 야간 (화장실에서 나온던 중)

3. 주소증

양하지무력 Gr 1/3

4. 과거력

Cb-inf : 2002년 평택한방병원에서 2달 adm.Tx.

HTN : 2002년 인지 po-med중

자궁암 : 1996년 op 함

5. 가족력 : 별무

6. 검사소견

<Lab test>

NA 138mEq/L, 1.3KmEq/L 108CLmEq/L

<EKG test> : PVC

<BRAIN CT>

Old infarction in rt temporoparietal

<MRI OF LUMBAR SPINE : WNL>

<X-ray test>

CHEST PA AND RIGHT LATERAL CHEST ; WNL

Table 2.

	8.15	8. 23	9.1
양하지무력	Gr1/3	Gr1/4	Gr1/4
보행장애	***	**	*
홍민	***	*	-
오심	***	**	*
좌하지통	-	**	*
K수치	1.3	2.3	3.6

*** : sever, ** : moderate, * : mild

7. 한의학적 치료

脈診 : 脈沈緩

舌診 : 舌潤黃厚苔

腹診 : 下腹滿

辨證 : 濕痰

환자 오심으로 침치료만 시행함

침치료 : 침은 동방침구제작소의 0.25mm, 길이 30mm 1회용 stainless steel 호침을 사용하여 1일 2회 원칙으로 시행하고 20분간 유침하였다. 足陽明胃經의 虛를 보함과 아울러 脾濕의 개선과 肺氣上逆의 개선에 효능 있을 것으로 사료되어 오전에는 陽谷,

解谿를 보하고 臨泣, 陷谷을 사하여 胃正格을 시술함. 오후에는 腎俞, 腰陽關, 大腸俞,

陽陵泉, 風市, 環跳, 崑崙을 위주로 요부와 하지 아시혈을 따라 자침하였다.

8. 양의학적 치료

케이콘틴서방정-600mg 2T#2, N/S 1L

휴온즈염화칼륨주사액 IV mix/1회

후락시파린주사5700iu SC/2회/약국 이후 아스피린1T#1

Self-med)

Olmesartan medoxomil 10mg 혈압강하제 1T#1

Aspirin enteric coated 혈소판 응집 억제제 1T#1

Atorvastatin calcium 10.85mg 고지혈증치료제 1T#1

Indapamide 1mg 이뇨제 1/2T#1 Amlodipine camsylate 칼슘채널길항제 1T #1

9. 물리치료

Hot pack, Negative, Tens

10. 치료경과

상기 환자 2002년 발생한 뇌경색 후유증으로 재활치료 위해 본원 입원치료 중인 환자로 2006.8.14 오후 9시경 양하지 무력감으로 인한 보행불리 증상 호소함.

평소 좌반신무력감으로 cane 보행을 하였으나

양하지 무력감으로 cane 보행 불가해짐.

환자 오심 증상 심하여 한약 치료 불가하였으며 본원 Lab 검사상 칼륨수치가 낮아 케이콘틴서방정과 휴온즈염화칼륨주사액을 N/S와 mix하여 IV로 투여함. EKG 검사상 PVC

소견보여 T-test 검사하였고 양성반응 나타남. 2006.8.23경 양하지 무력 호전보여 다시cane 보행 가능해짐. 오심 증상도 약간의 호전은 있었으나 한약 복용은 힘들어 위정격 시술함. 2006.9.1 제반 증상 호전되었고 칼륨 수치도 3.6으로 정상 범위로 돌아와 퇴원함.

<중례 3>

1. 환자 : 이 O O (M/44)

2. 발병일

2007년 7월 12일 정오 (자다가 일어나서 갑자기)

3. 주소증

양하지무력 Gr 2>3/2>3

보행장애

4. 과거력

HTN : 2000년경 인지하여 po-med 중

Hypokalemia : 2006년 1월25일-1월 31일 , 2007년 4월23일-4월 26일 본원 adm.Tx.

Cardiac disorder : 1992년경 회사 정기검진에서 심장비대소견이 있다고 들음.

5. 가족력

부친 : 주기성 마비 증상 간헐적 보임, HTN, Myocardial Infarction으로 expire.

친형 : cb-inf 으로 고생하심.

사촌형 : 주기성 마비 증상 간헐적 보임

6. 검사소견

<Lab test>
 r-GTP 255 IU/L H
 K응급 2.0 mEq/L L
 <EKG test> : AF, ST-T change
 <CHEST PA AND RIGHT LATERAL CHEST>
 IMP; cardiomegaly with possible underlying
 heart disease.
 <갑상선 기능검사>
 Free T4 1.38 ng/dl(0.8~2.23)
 TSH 2.14 uIU/ml(0.17~4.05)

케이콘틴서방정-600mg 2T#2, N/S 1L
 아스피린장용정 1T#1
 Self-med)
 칼반정50mg 1#1 Bevantolol HCl 50mg (β
 차단제)
 한미니페디핀연질캡셀 1#1 Nifedipine (칼슘
 채널길항제)

9. 물리치료

ICT, Hot pack, Negative, Tens

Table 3.

	7. 12	7. 13	7. 14
양하지무력	Gr2>3/2>3	Gr4/4	SI/SI
보행장애	***	**	*
양하지통	*	***	**
K수치	2.0	2.2	2.3

*** : sever, ** : moderate, * : mild

7. 한의학적 치료

脈診 : 脈虛無力
 舌診 : 舌淡白
 腹診 : 臍부
 辨證 : 肝腎虛

침치료 : 침은 동방침구제작소의 0.25mm, 길이 30mm 1회용 stainless steel 호침을 사용하여 1일 2회 원칙으로 시행하고 20분간 유치하였다. 상기 환자 평소 야뇨와 이명 증상 호소하였으며 제반 증상으로 보아 肝腎虛로 변증하여 오전에는 肝正格에 자침하였으며 오후에는 腎俞, 腰陽關, 大腸俞, 陽陵泉, 風市, 環跳, 崑崙을 위주로 요부와 하지 아시혈을 따라 자침하였다.

처방 : 雙和湯加味(白芍藥, 熟地黃, 黃芪, 當歸, 川芎, 桂皮, 甘草, 牛膝)

獨活寄生湯(獨活, 白芍藥, 熟地黃, 人蔘, 牛膝, 秦艽, 防風, 甘草, 白茯苓, 杜沖, 細辛, 肉桂)

8. 양의학적 치료

10. 치료경과

2007.7.12 정오 양하지 무력감 발하여 보행장애로 본원 래원한 환자임. 상기 환자 가족력으로 부친, 사촌형 주기성 마비 증상 있다고 하여 본원 Lab 검사 시행한 결과 저칼륨혈증성 주기성 사지마비 진단받음. 칼륨 교정을 위해 케이콘틴서방정을 투여하였으나 2007. 7.13, 2007.7.14 Lab 검사에서는 칼륨수치가 크게 변화를 보이지 않았다. 반면 하지 무력감은 호전되었으며 보행장애도 줄어들었다.

Ⅲ. 고찰

痿證은 肢體의 筋脈이 弛緩되어 手足이 痿軟無力함으로 말미암아 隨意的 運動을 할 수 없는 것을 특징으로 하는 一種의 病症이라고 할 수 있으며 갑자기 突發的으로 發生하거나 혹은 徐徐히 發病하며 輕者는 軟弱無力하나 重者는 痿閉不用하고 심하면 生命이 危險할 수 있는 질환이다.¹⁾

痿證에 대한 최초의 문헌으로는 『素問·痿論』²⁾에 “肺熱葉焦, 則皮毛虛弱急迫 著則生痿躄也”, “治痿者 獨取陽明”, 『生氣通天論』²⁾에 “因於濕, 淫熱不攘, 大筋軟短, 小根弛長, 軟短爲拘. 弛長爲痿”, 『靈樞·九癎八風論』³⁾에 “犯其兩淫之地則爲也”, 『邪氣藏府病形』³⁾에 “風痿 四肢不用” 등이라 하여 本證의 原因, 病機, 證候, 治法 등을

언급하고 있으며 이후 역대 의가들은 내경의 내용을 根幹으로 痿證을 연구 발전시켰다.

서양의학적으로는 대마비 혹은 사지마비로 볼 수 있으며 척수질환, 말초신경병증, 신경근 접합부 질환 등 많은 질환들이 포괄될 수 있으나 대표적으로 발병하는 질환으로 저칼륨성 주기성 사지마비, 중증근무력증, guillian-Barre syndrome 등이 있다.¹⁾

저칼륨혈증성 주기성 마비는 호흡 근육을 침범하여 치명적인 근육의 쇠약과 마비를 일으키는 치명적 발작을 특징으로 하는 원인을 알 수 없는 드문 질환이다.^{8,9)} 저칼륨혈증은 칼륨 농도가 3.5 meq/L 미만으로 저하된 경우로 총체 칼륨 저장량이 결핍되거나 비정상적인 칼륨의 세포내 이동으로 일어난다.¹⁰⁾

갑작스런 칼륨의 세포 내 이동은 혈장 칼륨치를 1.5-2 meq/L 까지 하강시키는데, 이런 급성 발작은 종종 운동후의 휴식, 스트레스 또는 탄수화물 식사 또는 에피네프린이나 인슐린의 분비 증가와 연관되는 일련의 조건들에 의해 초래된다.

저칼륨혈증성의 원인으로 섭취량 부족, 진흙 섭취 등의 감소된 섭취, 세포 외 pH의 상승, 인슐린의 유효성 증가, 가성 저칼륨혈증, 저체온증, 클로르린 중독 등의 세포 안으로 이동의 증가, 이노제, 염류코르티코이드 과다, Liddle's syndrome, Bartter's or Gitelman's syndrome 등의 신손실 증가로 크게 나눌 수 있다.¹¹⁾

칼륨 결핍의 임상증상들은 환자 개인별로 매우 다양하고 그들의 심각도는 저칼륨혈증의 정도에 의존한다. 혈장 칼륨 농도가 3mmol/L 이하가 되지 않으면 증상들은 거의 나타나지 않는다. 피곤, 근육통, 하지토의 근육쇠약 등은 흔한 증세이고 이는 안정시 세포막전위가 낮아지 때문이다. 더욱 심한 저칼륨혈증은 진행되는 쇠약, 저환기, 그리고 결과적으로 완전한 마비를 초래할 수 있다. 근육 대사의 장애와 심각한 칼륨 결핍과 연관되어 운동시의 충혈서 반응의 둔화는 횡문근 용해증의 위험을 증가시킨다.¹¹⁾

치료 목표는 칼륨결핍을 교정하고 진행되는 소실을 최소화하는 것이다. 일반적으로 경구적으로 칼륨 투여를 하는 것이 안정적인데 대개 KCl

60-120meq을 경구 투여함으로써 15-20분 이내에 저칼륨혈증성 주기성 마비 발작을 소실시킬 수 있으나 증상의 호전이 없으면 60meq 더 투여할 수 있으며 과도한 칼륨 투여는 세포 밖으로 이동하여 치료 후 과칼륨혈증을 일으킬 수 있다. 빠른 칼륨의 정맥 내 투여는 신중히 사용되어야 하고 심전도와 신경근육검사 등 저칼륨혈증의 임상적 발현들의 면밀한 관찰이 요구된다.^{12,13)}

저자는 하지무력감으로 인한 보행불능을 주소로 대전대학교 부속 천안한병원에 입원한 환자 중 본원 검사 소견상 저칼륨혈증성 주기성 사지마비로 진단된 3명의 환자를 양방치료와 한방치료를 병행, 치료한 결과 약간의 지견을 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

「증례1」에서는 1년 전에 하지무력감이 발생하여 한의원에서 치료 후 증상이 소실되었으나 다시 하지무력 증상 발생한 환자로 본원 Brain CT 검사 상 별무진단 받고 양하지 인통 증상 호소하여 L-spine MRI 시행하였으나 별무진단 받았다. 본원 생화학적인 검사 상 NA 140mEq/L, K 2.4mEq/L, CL110mEq/L로 저칼륨혈증을 보여 저칼륨혈증성 주기성 사지마비로 진단, 케이콘틴 서방정 600mg 을 경구 투여하여 다음날 오후 증상이 소실되었다. 상기 환자 한의학적으로 진단하였을 때 脈은 浮數滑, 舌은 舌潤, 白苔 腹診은 腹部膨滿하여 濕熱로 변증하고 입원기간 동안 治爲獨取陽明 先取手, 足陽明經穴爲主. 後取手太陰肺經, 清肺熱, 宣肺氣, 調和陰陽을 근거로 하여 오전에는 手足陽明經을 위주로 合谷, 曲池, 尺澤, 肩髃, 足三里, 列缺를 자침하였고 오후에는 腎俞, 腰陽關, 大腸俞, 陽陵泉, 風市, 環跳, 崑崙을 위주로 腰部와 下肢 阿是穴을 따라 자침하였고 檳蘇散 加味를 투여하였다.

이후 시행한 갑상선 기능 검사상 TSH 0.01ulU/ml, Free T4 2.93ng/dl로 갑상선 기능이 항진되어 있었다. 갑상선 기능 항진증 환자에서 일어나는 주기성마비의 빈도는 서구인에서는 극히 드물기 때문에 통계적인 보고가 없으나 동양인에서는 그 발생빈도가 훨씬 많아서 보고자에 따라 차이가 있으나 2%정도로 알려져 있다. 한

의학적으로 갑상선 기능 항진증은 대부분 本虛表實證이며 陰虛가 本이 되고, 火旺이 表가 된다. 그러나 많은 환자에서 氣虛현상을 겸하게 되며¹⁴⁾ 氣陰兩虛, 陰虛胃熱, 肝鬱血虛, 氣鬱痰阻, 痰結血瘀 등으로 변증한다.¹⁵⁾ 상기 환자는 양하지 무력 외에 피로, 상열감, 불면 등의 氣陰兩虛의 증상을 보여 氣陰兩虛 하는 治法으로 외래 치료 기간동안 甲狀腺방가미를 처방하였다.

「증례2」에서는 뇌경색 진단받고 좌반신마비로 cane 보행하던 환자로 뇌경색 치료를 받던 중 보행장애 발생한 환자로 생화학적 검사상 NA 138mEq/L, 1.3KmEq/L 108CLmEq/L으로 저칼륨혈증을 보였으며 심근 손상 증상은 없었으나 EKG 상 PVC 소견보여 T-test 검사 시행한 결과 양성반응이 나타났다. 상기 환자의 경우 원인은 알 수 없었으나, 저칼륨혈증으로 심근의 손상까지 나타난 증례라고 사료되며 칼륨교정을 위해 케이콘터서방정을 투여하였으며 휴온즈염화칼륨 주사액과 휴락시과린주사 투여하였다. 한방적인 치료는 환자 오심 증상 있어 한약 치료는 하지 못하였으며 하루 두 차례 침치료만 시행하였다. 丹溪心法¹⁶⁾에 위증은 “瀉南方則肺金清 而東方不實 何脾傷之有 補北方則心下降 而西方不虛 何肺熱之有 故陽明實則 宗筋潤能束骨而利機關矣.” 이라 하여 침구치료 방법으로 瀉南方, 補北方을 제시하였으며, 瀉南方의 效能이 肺金清 而東方不實로 補北方의 效能이 心火強而西方不虛로 작용됨을 설명하고 있다. 상기 환자 足陽明胃經의 虛를 보함과 아울러 脾濕의 개선과 肺氣上逆의 개선에 효능 있을 것으로 사료되어 胃正格 시술하였으며 오심 증상 호전, 보행가능 상태되어 퇴원하였다.

「증례3」에서는 유전적 요인이 원인으로 사료되는 환자로 과거 두 차례 저칼륨혈증으로 입원치료 경험 있으며 가족력에서 아버지와 사촌형이 주기성 마비 증상 간헐적으로 나타난다고 하였다. 환자 脈은 脈虛無力하고 舌은 淡白하고 간헐적으로 耳鳴이 있고 夜尿가 있어 肝腎虛로 변증하였으며 간정격 시술과 함께 雙和湯加味와 獨活寄生湯을 투여하였다. 상기 환자의 경우 칼륨

수치는 서서히 교정된 것에 비해 하지무력 증상은 빨리 호전되어 한방치료가 유의한 효과를 미친 것으로 사료된다. 이 증례에서는 가족력, 검사실 소견 등으로 보아 진단이 가능하였고 이 질환이 유전적인 소인으로 발현되었음을 확인하기 위해서는 DNA 분석도 필요할 것으로 사료된다.

상기 증례들은 본원에 갑작스런 사지마비를 주소로 하여 내원한 환자들로 중풍이나 척추신경장애의 가능성으로 보았으나 심전도, 병력청취 및 생화학적 검사를 통해 저칼륨 혈증성 주기성 사지마비로 진단한 증례이다. 주기성 사지마비의 경우 정확한 진단을 통한 칼륨투여는 신속히 증상이 호전되는 반면 오진으로 인해 치료 시기가 늦어질 경우 치명적인 결과가 나타날 수 있으므로 주의하여야 할 것으로 사료된다.

증례들을 종합해볼 때 갑상선항진증을 동반한 환자, 유전성으로 의심되는 환자와 저칼륨혈증으로 인해 심근손상이 의심되는 환자를 볼 수 있었다. 양방적인 치료는 대부분 칼륨 수치에 중점을 두었으며 이를 통해 마비감이나 무력감은 빠르게 호전된 것을 볼 수 있다. 한방적인 치료는 저칼륨혈증성 주기성 사지마비를 痿證의 범주로 보아 치료하였으며 하지마비 에 동반된 호소 증상과 동증 소실에 효과가 있었으며 「증례3」에서는 칼륨수치의 상승이 미미하였지만 증상은 빨리 호전되어 한방적인 치료가 유의한 효과를 미친 것으로 사료된다.

양방치료는 칼륨 투여 시 증상이 빠르게 소실되지만 주기적으로 사지마비가 재발되는 경향이 있다. 이에 한방적인 치료와 병행하면 사지마비 감 외의 동반 증상 소실과 함께 재발의 방지에 도움이 될 것으로 사료되나 질환의 특성상 상기 질환으로 한방의료기관에 래원하는 환자가 드물고 입원기간이 짧아 한방치료 병행 치료 시행 시 치료효과를 비교분석하기 어려웠다. 향후 좀 더 많은 환자를 대상으로 비교관찰과 재발의 가능성에 대한 장기간의 추적관찰이 필요할 것으로 사료된다.

IV. 결 론

본 연구는 양하지 무력을 주소로 하여 생화학적인 검사상 저칼륨혈증성 주기성 사지마비로 진단받고 입원한 瘵證 환자 3례를 대상으로 양방과 한방치료를 병행하여 치료한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 저칼륨혈증성 주기성 사지마비로 진단된 환자를 한의학적으로 瘵證으로 보고 변증 치료한 결과 양호한 치료성적을 나타내었다.
2. 「증례1」, 「증례2」 환자에서 칼륨 보충을 한 결과 칼륨수치가 교정되면서 양하지 무력감이 사라지는 것을 볼 수 있었다.
3. 肝腎虛로 변증된 「증례3」 환자에서는 칼륨수치는 크게 변화가 없었으나 양하지 무력감이 빠르게 호전된 것으로 보아 한방적인 치료가 유의한 효과를 나타낸 것으로 사료된다.
4. 기존 저칼륨혈증성 사지마비로 인한 무력감, 마비감 외에 동반되는 오심, 흥민, 하지통 등의 기타 증상에는 한방병행 치료시 양호한 효과를 나타내었다.

참고문헌

1. 中國中醫學研究院 : 實用中醫腦病學, 北京, 學苑出版社, 1993, p. 204-206, 207.
2. 洪元植 : 精校黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學研究院出版部, 1985, p. 14, 16-17, 31-32, 166-167, 248, 262, 293.
3. 洪元植 : 精校黃帝內經靈樞, 서울, 東洋醫學研究院出版部, 1985, p. 36-40, 68-71, 79-96, 274.
4. 楊思樹外 : 中國臨床大田, 北京, 北京科學技術出版社, 1991, p. 564-568.

5. 全北醫大論文集: 저칼륨혈증성 주기성 마비 1例 23:(1) 이식, 이흥, 고정곤 1999, p. 101.
6. Ko GT, Chow CC, Yeung VT, et al : Thyrotoxic periodic paralysis in a Chinese population. QJM 1996, 89 : p. 463-465.
7. 대한한의학회지, 저칼륨혈증성 주기성 사지마비 환자 3例, 2000, 21(2) p. 88.
8. Rose BD : Clinical physiology of acid-Base and Electrolyte Disorders, 4th ed. McGrawHill, New York, 1994, p. 776-799.
9. Fontaine B, Lapie P, Plassart E et al : Periodic paralysis and voltage-gated ion channels Kidney Int 49 : 1996, p. 136-139
10. 강병철, 머크메뉴얼, 서울, 한우리, 2002, p. 144.
11. Harrison's 내과학, 서울, 2006, Vol1 p. 282.
12. Ober KP : Thyrotoxic periodic paralysis in the United States. Report of Seven cases and review of the literature. medicine 71 : 1992, p. 109-112.
13. Ko GT, Chow CC, YEund VT, et al : Thyrotoxic periodic paralysis in a Chinese population. 89: 1996, pp. 463-465.
14. 두호경 : 동의신계학, 서울, 동양의학연구원, 1993, p. 1056-1057.
15. 김철중 : 갑상선 기능 항진증에 관한 문헌적 연구, 대전대학교 한의학 연구소, 1998, 7(1), 807-15.
16. 朱震亨, 丹溪心法 하권 서울 : 대성문화사, 1982, p. 654-6.