

증례

요천추신경총병증으로 진단된 환자 1례에 대한 증례보고

김정은* · 윤현민* · 안창범* · 장경전* · 김철홍* · 장선희* · 박재홍* ·
구지영* · 이창환* · 최한나**

*동의대학교 부속한방병원 침구과

**삼세한방병원 침구과

Abstract

Clinical Study on the Case of Patient with Lumbosacral Plexitis

Kim Jeong-eun*, Yoon Hyun-min*, Ahn Chang-beohm*, Jang Kyung-jun*, Kim Cheol-hong*,
Jang Sun-hee*, Park Jae-heung*, Ku Ji-young*, Lee Chang-hwan* and Choi Han-na**

*Dept. of Acupuncture & Moxibustion, Oriental Medicine Hospital, Dong-Eui University

**Dept. of Acupuncture & Moxibustion, Samse Oriental Hospital

Objectives : The purpose of this study was to evaluate Oriental Medicine Therapy on the Lumbosacral plexitis patient.

Methods : The patient was treated with dry needle acupuncture, bee venom pharmacupuncture, herb medicine, indirect moxibustion and physical therapy. We estimated 5 kinds of Symptoms by Visual Analog Scale, lower limb motor grade test, gait condition test and sensory examination to evaluate the effect of Oriental conservative treatment.

Results : After treatment, patient's visual analogue scale score were generally decreased 10 to 4 and lower limb muscle power and gait condition were improved.

Conclusions : Oriental Medicine Therapy might be an effective method to treat the Lumbosacral plexitis patient who was diagnosed as Wei Symptom. It is necessary to have more observation and many cases of patients with Lumbosacral plexitis.

Key words : Lumbosacral plexitis, Wei Symptom, Oriental Medicine Therapy

· 접수 : 2009. 9. 10. · 수정 : 2009. 10. 6. · 채택 : 2009. 10. 6.
· 교신저자 : 윤현민, 부산광역시 부산진구 양정 2동 산 45-1번지 동의의료원 침구3과
Tel. 051-850-8934 E-mail : 3rdmed@hanafos.com

I. 서 론

요천골신경총신경병증은 요천골신경총의 신경통근 육위축증, 특별 요천골신경병증, 특별 요천골신경총 병증, 요천골신경염 또는 요천골신경총염으로도 불리는 매우 드문 질환으로서¹⁾ 급작스런 통증의 발현 이후에 근위약, 신장반사의 소실, 감각소실, 그리고 때로는 이환 근육의 위축을 보이는 질환으로 알려져 있다²⁾.

이러한 증상의 원인은 개개인의 신경근 또는 말초 신경의 병변으로 인한 것이 아니며 관통상, 척추 골절, 골반 골절, 수술 시 외상, 골반 내 종양이나 대동맥류 혹은 혈종 등과 같은 복부 종괴의 압박, 산모의 분만 마비나 난산 시 아두의 산모 천추신경총에 대한 압박으로 발생하며 드물게 암종 환자의 방사선 요법 실시로 발생한다. 요천추신경총병증의 증상들은 손상된 부위에 따라 대퇴신경이나 폐쇄신경 및 좌골신경의 이환과 유사한 운동마비와 감각마비를 유발하여 위약감, 감각소실, 반사소실과 때론 심한 타는 듯한 통증이 나타나며, 기침이나 재채기 등으로 증상이 악화되기도 한다³⁾.

요천추신경총병증은 그 발생 빈도가 적고 임상보고 또한 드물다. 이에 저자는 양방에서 요천추신경총 병증으로 진단된 환자를 한방적 치료를 통해 유의한 효과를 경험하였기에 본 증례를 보고하는 바이다.

II. 증 례

1. 환자

권○○, 37세, 여자

2. 주소증

- ① 좌하지 이상 감각
- ② 좌하지 무력

3. 발병일

2009년 1월 5일

4. 과거력

담낭 절제술 : 2008년 12월 12일

5. 가족력

특이 사항 없음

6. 현병력

본 환자는 37세 왜소한 체력의 여자환자로 평상시 흡연, 음주는 안하며 오래 앉아 일하면서 육체적 피로가 축적된 상태에서 상기 O/S경 갑자기 상기 C/C가 나타나 2009년 1월 12일경 서울 소재 종합병원에서 검사상 요천추신경총병증 진단을 받고 스테로이드 치료 중 2009년 2월 21일 본원에 내원하였다.

7. 한방적 초진소견

- ① 睡眠 : 淺眠
- ② 食欲 : 1/2~2/3 공기
- ③ 消化 : 腹滿感, 胃痛, 속쓰림
- ④ 大便 : 1회/일 快便
- ⑤ 小便 : 7~8회/일 양호
- ⑥ 顔面 : 白色, 脣부는 鮮紅色
- ⑦ 口渴 : 少飲
- ⑧ 舌苔 : 淡紅, 齒齦
- ⑨ 脈弦細

8. 이학적 소견 및 검사소견

1) 초진 시 이학적 검사

- ① ROM : normal
- ② Sensory : dysesthesia on Lt
- ③ DTR : decreased on Lt
- ④ Motor Grade : Gr. IV

2) 임상병리소견-혈액 검사 및 요검사 (2009. 2. 24)

특이 소견 없음

3) 심전도 및 방사선 소견(2009. 2. 24)

특이 소견 없음

4) 방사선학적 검사: L-SPINE MRI
(Fig. 1)

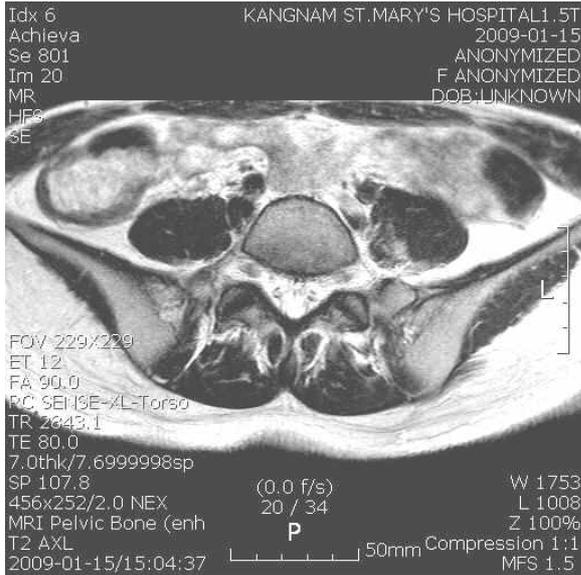


Fig. 1. L-spine MRI
T2 sagittal view(2009. 1. 15).

9. 치료방법

1) 침치료

1회용침(동방사, 0.2 × 30mm stainless steel, 호침)을 사용하여 1일 2회 자침하여 30분간 유침하였다. 오전은 和針의 木實 臟1, 腑1方, 金實 臟1, 腑1方 및 人中, 承漿을 취혈하고 오후는 건측의 脾經, 肝經의 火瀉水補를 취혈하였다.

2) 구치료

간접구(행림서원)를 양측 하지 肝經, 脾經, 腎經 선상을 중심으로 1일 1회 시행하였다.

3) 약침치료

봉독 약침 10,000:1 농도를 격일로 환측인 좌측 대퇴하지 내측 부위의 陰陵泉 · 三陰交 · 復溜 · 商丘 · 中封 · 太衝 穴位에 약 0.06cc씩 총 0.4cc 정도를 주입하였다.

4) 한약치료

2첩 3봉을 기준으로 식후 하루 3번 복용하도록 하였으며, 2월 24일은 三痺湯(杜仲 · 牛膝 · 桂皮 · 細辛 · 人蔘 · 赤茯苓 · 白芍藥 · 防風 · 當歸 · 川芎 · 黃

Table 1. Change of Herb Medication

Date(Month/Day)	Herb Medication
2. 24	三痺湯
2. 24~2. 25	涼膈散火湯
2. 25~2. 28	淸肝湯
2. 28~3. 4	淸肝湯 加味
3. 4~3. 9	祛風湯
3. 9~3. 12	龍膽瀉肝湯
Discharge	龍膽瀉肝湯

芪 · 續斷 · 甘草 각 3g, 獨活 · 秦朮 · 生地黃 각 1.5g, 生薑 5片, 大棗 2개), 2월 24일부터 2월 25일까지는 涼膈散火湯(忍冬 · 連翹 · 生地黃 각 8g, 防風 · 薄荷 · 梔子 · 荊芥 · 知母 · 石膏 각 4g), 2월 25일부터 28일까지는 淸肝湯(白芍藥 9g, 川芎 · 當歸 각 6g, 柴胡 4.8g, 山梔子 · 牡丹皮 각 2.4g), 2월 28일부터 3월 4일까지는 淸肝湯加味(淸肝湯 加 烏藥 · 南星 · 香附子 · 桂枝 각 4g), 3월 4일부터 9일까지는 祛風湯(白何首烏 · 當歸 각 8g, 川芎 · 橘皮 · 香附子 · 烏藥 각 6g, 蒼朮 · 白茯苓 · 桂枝 · 赤芍藥 · 尾參 · 牛膝 · 生薑 각 4g, 木香 3g, 川烏 · 甘草 각 2g), 3월 9일부터 12일까지는 龍膽瀉肝湯(龍膽草 · 柴胡 · 澤瀉 각 4g, 車前子 · 梔子 · 當歸 · 甘草 · 黃芩 · 赤茯苓 · 木通 · 生地黃 각 2g)을 투여하였으며, 퇴원약으로는 龍膽瀉肝湯을 처방하였다 (Table 1).

5) 양방치료

스테로이드제 1,000mg으로 시작하여 3일 투여 이후 감량 중이었으며, 내원 시 15mg 3일 복용, 10mg 하루 복용, 7.5mg 10일 투여하였다.

Prednisolone(Solondo-부신피질호르몬) 5mg 3T qd (3day), 2T qd(1day), 1.5T qd(10day)

Gabapentin(Neurontin-항경련제) 400mg cap bid

Ranitidine HCl(Curan-소화성궤양용제) 1T bid

10. 평가방법

1) Visual analog scale(이하 VAS)

환자가 느끼는 주관적인 통증의 객관화를 위해 현재 가장 많이 쓰이는 방법 중의 하나로서, 통증이 없는 상태를 0으로 하고 입원당시의 통증을 10으로 표시해 놓고 피시술자가 숫자를 선택하도록 하였다. 수집이 편리하고 단기간의 변화에 따른 신뢰성도 비교적 좋다.

2) Motor Grade 측정

운동력은 신경 손상 정도를 알 수 있는 가장 중요한 검사로 근육 운동력의 등급을 6단계로 나누어 측정하는 방법으로 하지 무력감의 정도를 평가하였다 (Table 2).

Table 2. Grade of Motor Power

Gr. V	Normal(100%)
Gr. IV	Full range of movement, but resisted by examiner Grade(75%)
Gr. III	Movement against gravity, but not against resistance Grade(50%)
Gr. II	Movement against gravity, but not against resistance Grade(25%)
Gr. I	Flickering Grade(10%)
Gr. 0	No movement Grade(0%)

3) Gait condition test

계단을 1층에서 9층까지 오르내리기를 시행할 수 있는 횟수와 자전거 타기의 근력운동 가능시간을 측정하여 하지 무력감의 정도를 평가하였다.

4) Sensory examination

하지 감각상태는 침관 같은 도구를 사용하여 피부의 신경구역별로 자극하여 촉각과 통각을 측정할 수 있었다.

11. 치료경과 및 증상변화

① 2009년 2월 24일

좌측 하지의 脾經, 肝經, 腎經선상으로 감각저하, 통증, 무력감을 호소하였으며 건인감과 저린감이 나타났다. 髀 부위의 脾經, 肝經선상에 찌릿한 통증이 있으며 膕 부위의 脾經선상에 남의 살 같은 이상감각이 나타나며 膝部는 감각이 소실되었다. 足踝部, 足底 부위에서는 무력감이 나타나며 계단을 오를 경우 슬관절 굴신 시 뻣뻣하고 무력감이 나타나고 특히 신전 시 더 심한 경향이 나타났다. 초발 시에는 야간통이 심하였으나 당시는 晝夜로 동일한 수준의 통증이 나타났으며 수족의 열감이 발생하였다. Motor grade는 Gr. IV이며 계단 오르내리기는 난간에 의지하여 3회 가능하였고 자전거 근력 운동은 20분 정도 가능한 상태였으나 자세는 비연속적이며 부자연스러운 동작이었다.

② 2009년 2월 24일~25일

탕약 복용 후 안면부 부종, 面紅, 전신 熱感, 心悸, 淺眠, 脈弦 등의 증상이 나타났으며 탕약 교체 이후 증상이 안면부 부종은 반 정도로 완화되었으나 수족 열감은 여전하였다. 붓침을 맞은 후 국소적으로 부종, 열감을 호소하였고 전신반응은 나타나지 않았다. 계단을 오르내릴 때 미세하게 힘이 들어오는 느낌이 있으며 髀 부위 건인감, 찌릿한 통증, 근력은 VAS 7~8 수준으로 호전되었다. 보행 시 무력감이나 불편감은 VAS 7~8 수준으로 완화되었으며 좌하지 마목감은 여전하였고 좌측 하지로 제자리뛰기는 불가능한 상태였다.

③ 2009년 2월 26일~27일

계단을 올라갈 때 근력이 회복되는 느낌은 VAS 5 수준으로 향상되었으며, 양반다리 자세 시 髀 내측 건인감은 완화되는 경향이나 전체적인 건인감은 VAS 7~8 수준이었다. 슬부의 감각이상이나 뻣뻣한 느낌과 피부 표면의 마목감은 변화가 없었으며 슬부의 찌릿한 통증은 VAS 7~8 수준으로 여전하였다. 안면부의 열감은 내원 시 수준으로 회복되었다. 계단 오르내리기 횟수는 6회 가능하였으며, 자전거 근력 운동은 40분으로 증가하였다.

④ 2009년 2월 28일~3월 2일

무릎의 뻣뻣한 정도는 완화되었으며, 근력은 VAS 5~6 정도로 호전되었고, 자전거 근력 운동 시간은 110분으로 증가하였다. 무릎 특히 슬개골 상연은 조이는 느낌과 통증이 여전히 반복되는 상태였다.

⑤ 2009년 3월 3일

입원 후 처음으로 足踝部에서 하지 腓脛部 1/2 부위까지의 촉각은 VAS 7 수준으로 호전되었으며 무릎 통증과 조이는 통각은 변화없이 지속되며 그 외 증상도 특별한 변화는 없었다.

⑥ 2009년 3월 4일~8일

슬부 조이는 느낌이 VAS 4 수준으로 감소되었으며 계단 오르내리기 횟수는 11회로 증가하였으며 난간을 잡지 않고 비교적 안정된 자세가 가능하게 되었다.

⑦ 2009년 3월 9일~11일

전체적 마비감이 VAS 5 수준으로 호전되었으며,

근력도 건축 대비 75% 수준으로 회복되었다. 그 외 무릎의 무감각, 비 부위 견인감 및 통증은 VAS 7 수준이었다. 계단 왕복 시 숨차는 증상도 VAS 5 수준으로 향상되었고 뻣뻣한 자세 또한 교정되었다.

12. 평가결과

1) 일별 호전도 변화(Table 3~5)

Table 3. The Daily Clinical Progress of Symptom(VAS)

Admission Day	2. 24	2. 25	2. 26	2. 27	2. 28	3. 1	3. 2	3. 3
Numbness(limb)	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.5
Stiffness(knee)	2.0	2.0	2.0	2.0	1.5	1.5	1.5	1.5
Traction(thigh)	2.0	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Dysesthesia	2.0	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Muscle power(limb)	2.0	1.5	1.0	1.0	1.0	1.5	1.0	1.0
Total	10.0	8.5	8.0	8.0	7.5	8.0	7.5	7.0
Admission Day	3. 4	3. 5	3. 6	3. 7	3. 8	3. 9	3. 10	3. 11
Numbness(limb)	1.5	1.5	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0
Stiffness(knee)	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Traction(thigh)	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Dysesthesia	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Muscle power(limb)	1.0	1.0	1.0	1.0	0.5	0.5	0.5	0.5
Total	7.0	7.0	6.5	6.5	6.0	6.0	6.0	6.0

Table 4. The Daily Clinical Progress of Symptom(VAS)

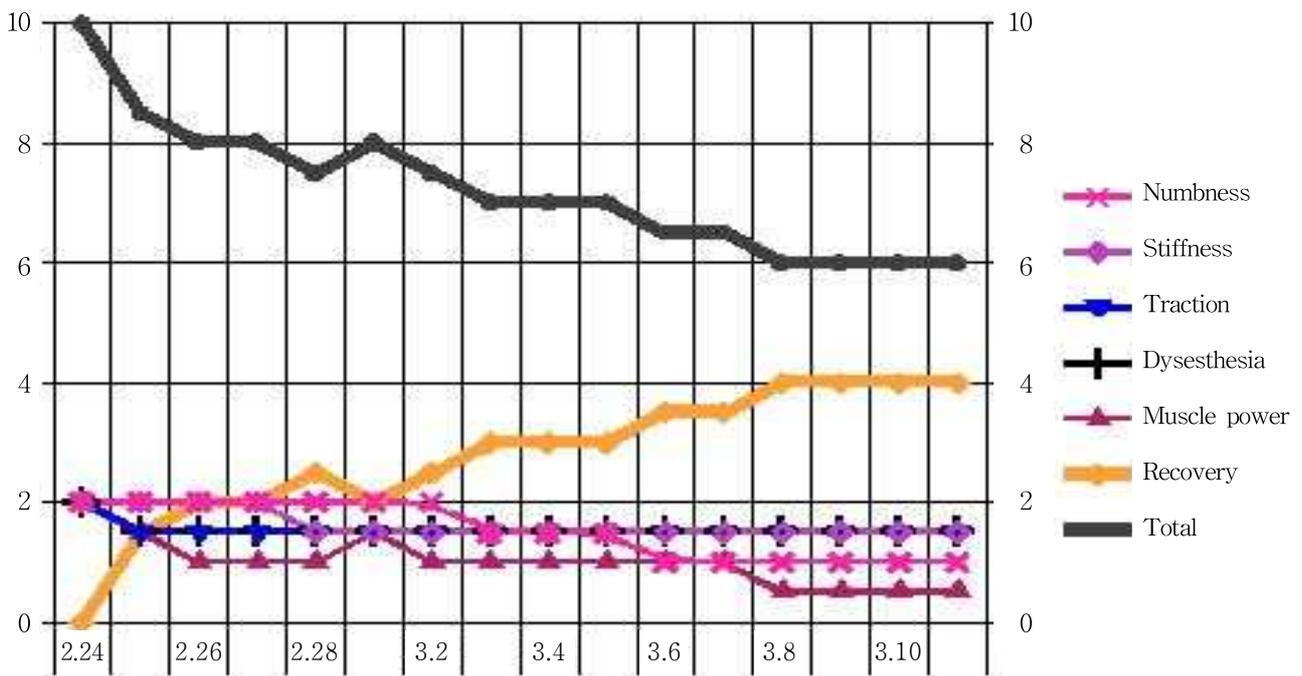


Table 5. Improvement of Muscle Power Condition

Admission day	Gait condition	Muscle exercise time(minute)	Motor power grade
2. 24~2. 25	3	20	IV
2. 26~2. 27	6	40	IV
2. 28~3. 2	7	110	IV~V
3. 3~3. 8	11	110	IV~V
3. 9~3. 11	8	-	IV~V

Gait condition : the number time of going up and down the stairway from 1st floor to 9th floor in 1 day.
Muscle exercise time : daily possible time of the exercise bike(minute).

Table 6. The Clinical Change of Symptom of VAS

Score	Clinical change							
	0	0.5	1.0	1.5	2.0			
Numbness(limb)	[Progression bar from 0 to 1.0]						1.0	2
Stiffness(knee)	[Progression bar from 0 to 0.5]						0.5	2
Traction(thigh)	[Progression bar from 0 to 0.5]						0.5	2
Dysesthesia	[Progression bar from 0 to 0.5]						0.5	2
Muscle power(limb)	[Progression bar from 0 to 1.5]						1.5	2
Total							4.0	10

2) 최종 호전도 변화(Table 6)

- ① 마비감 및 감각이상 : VAS 5
- ② 어깨부위 stiffness : VAS 7
- ③ 허벅지 부위 견인감 : VAS 7
- ④ 하지 내측 통증 : VAS 7
- ⑤ 근육의 무력감 : VAS 2-3

III. 고 찰

요천추신경총병증은 드물게 발생하는 말초신경병증의 하나로 말초신경병증은 침범부위에 따라 신경뿌리 병증, 신경총병증, 단일신경병증, 다발단일신경병증, 다발신경병증으로 분류된다. 그 중 신경총병증은 해부학적 위치에 따라 상완신경총병증과 요천추신경총병증으로 분류할 수 있으며 요천추신경총병증은 아주 드물게 진단되는 질환이다^{4,5)}.

말초성 신경병증의 임상양상은 감각장애, 운동기능장애, 건반사의 감소 또는 소실, 자율신경계 이상 그리고 변형, 영양성 변화 등이 대표적이다. 감각장애의 증상으로는 이상감각, 감각소실, 감각실조 및 진진이 나타날 수 있으며, 양성감각장애가 말초신경병증의 첫 증상인 경우가 많고, tingling, burning, electric sensation 같은 이상감각 등이 있을 수 있다. 그 외 운동기능 장애로는 근위약과 근위축의 증상이 나타날 수 있으며 대부분의 신경병증에서 건반사의 감소 또는 소실이 관찰되며 무한증이나 체위성 저혈압 등 소화기 증상, 생식비뇨기 증상이 나타날 수 있다. 일반적인 말초신경병증의 치료로는 원인에 따른 치료, 대증적 치료, 재활치료가 있다^{4,5)}.

요신경총병증은 하지의 급작스런 감각이상, 근력저하 및 심부건반사의 감소를 특징으로 한다²⁾. 진단을 위해서는 주로 신경학적 검사와 신경생리검사에 의존하였으나 이와 더불어 MRI의 유용성이 제기되고 있다⁶⁻⁸⁾. 요신경총병증의 원인으로는 압박성 질환으로

출혈, 종양, 임신, 외상, 수술 후 손상, 동맥류 등이 있으며 비압박성 질환은 당뇨병성 근위축증, 방사선 치료, 특발성 신경총염, 혈관염, 감염성 질환, 마약독성 등이 있다³⁻⁵⁾.

요천골신경총의 신경통 근육위축증은 상완신경총에 병발하는 신경통근육위축증과 유사한 양상을 보이는 질환이며, 이환 부위를 제외한 진단 기준은 매우 유사하며 이 질환으로 진단을 내리기 위한 기준은 다음과 같다. 갑자기 하지 통증이 발생하고 그 이후에 근위약, 그리고 때로는 근 위축을 보이며, 전기진단학적 검사상 요천골신경총이 불규칙한 양상으로 탈신경된 소견이 관찰되지만 척추 주위근에서는 관찰되지 않고, 요천골신경총병증을 일으킬 수 있는 질환을 배제하고 수 개월 또는 수 년에 걸쳐 회복되는 임상 양상을 갖는다⁹⁾.

요천추신경총병증의 증상은 한 신경근이나 신경영역에 국한되지 않는 편측성 근육마비와 감각 및 반사의 변화를 가져오는데, 손상된 부위에 따라 대퇴신경이나 폐쇄신경 및 좌골신경 이환과 유사한 운동 및 감각마비를 초래할 수 있다. 임상증상은 원인에 따라 단측성 또는 양측성일 수 있으며 위약, 감각소실, 반사소실, 때로 심한 타는 듯한 통증이 나타나고 기침이나 재채기 등으로 증상이 악화되기도 한다. 일반적으로 하부신경총 병소인 경우에는 후대퇴부와 족근의 위약과 다리 뒤쪽 감각소실이 초래되며, 상부신경총 병소인 경우에는 엉덩이 굴곡 및 내전의 위약과 다리 앞쪽의 감각소실이 야기된다¹⁰⁾. 본 증례의 경우 간경, 비경, 신경선상의 주로 앞쪽으로 증상이 나타나는 것으로 보아 하부 신경총보다는 상부 신경총 병소가 주가 되는 것으로 사료된다.

요천추신경총병증은 매우 드문 질환으로 양방병원 뿐만 아니라 한방병원에서도 접하기 힘든 질환이다. 요천추신경총병증에 대한 서양의학적인 접근을 다룬 논문으로는 이¹¹⁾의 증례 3례, 강¹²⁾의 증례 1례, 김⁸⁾의 증례 1례의 논문과 같이 MRI나 전기진단학적 검사에 의한 진단방법에 대한 논문이 주로 많았고, 그 외 예후에 대한 임상증례 등이 소개되고 있으며 한의학적인 견해를 다룬 논문은 이¹³⁾ 등의 증례보고 논문 외에는 찾기 어려웠다.

본 증례에서는 MRI검사 등으로 요천추신경총 병증으로 진단하였는데 원인으로는 환자의 직업으로 인하여 자세 변화없이 오래 앉아 작업을 하던 중 요천추신경총에 장시간의 압박이 가하여져 발생하였을 가능성과 발병 한달 전 시행한 담낭절제술의 수술 시

외상에 의하여 발생했을 가능성이 있을 것으로 사료된다. 그러나 요천추신경총은 해부학적으로 구조상 골반 내 장기와 구조물들에 의해 보호되고 있으므로 첫 번째 제기한 발병기전은 희박하며 담낭 절제술의 수술 시 외상은 해부학적 위치상 연관성이 적어 발병기전에 대한 자세한 연구가 필요한 것으로 보인다.

요천추신경총병증은 한의학적으로 痿證에 해당하며 手足痿弱, 無力으로 인해 四肢의 움직임에 장애를 받는 질환을 말한다. 즉 사지가 무력해지면서 점차 정상적인 활동이 어려워지고 근육이 위축되는 질환을 지칭한다. 痿證의 원인으로는 肺熱傷津, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 濕熱浸淫, 瘀阻脈絡 등이 있으며¹⁴⁾, 가장 흔한 원인은 《黃帝內經·素問·痿論》에서 “有所失忘 所求不得 則發肺鳴 鳴則肺熱葉焦 故曰五臟 因肺熱葉焦 發爲痿癰¹⁵⁾”이라 하였다. 痿證은 많은 경우에서 장부와 경락의 실조로 인하여 발생하기 때문에 장부의 실조된 기능을 조화롭게 하고, 氣血의 疏通을 원활하게 하는 것을 치료의 목표로 하는데¹⁶⁾, 원인에 따라 肺熱傷津에는 清熱潤燥, 肝腎虧虛에는 滋養清熱·補益肝腎하고, 脾胃虛弱에는 健脾益氣하고, 濕熱浸淫에는 清熱化濕하고, 瘀阻脈絡에는 益氣養血·活血行氣시키는 치법을 주로 사용한다¹⁴⁾.

본 증례 환자의 경우 37세 여자 환자로 발병일 이전에 오래 앉아 작업을 한 후 갑작스럽게 좌측 하지의 비경 및 간경선상에서 감각저하 및 무력감이 나타났다. 타 병원 신경과 양방검사서 실시한 MRI 및 여러 가지 검사상 요천추신경총병증으로 진단을 받고 한달 정도 스테로이드 감량 치료를 받던 중 본원 한방 침구3과에 내원하였다. 처음 입원 시에는 좌측 하지 脾經, 肝經, 腎經선상으로 감각저하와 무력감 및 통증이 나타나며 때때로 좌측 하지 건인감과 痺症이 발생하였다. 양측 손발이 따뜻하고 본인이 열감을 느끼는 증상이 나타나 위증으로 진단하고 肝腎虧虛로 변증하였다.

痿證환자를 치료하기 위하여 五行和鍼法(백단 송재훈이 《黃帝內經》 및 《難經》 75難, 69難의 五行의 相生 相克 관계를 집대성하여 만든 침법이다)의 比較脈診法(比較脈診法은 五行和鍼法의 진단방법으로서 환자의 병의 종류를 알아내는 것이 목적이 아니라 五臟六腑 중 어떤 장부가 근원이 되어 현재의 상태를 만들었는지 알아내는 것이 목적이며 《難經》의 寸口脈法을 사용한다)으로 진단한 결과 입원 시부터 弦細한 맥으로 寸脈을 좌우 비교하여 心脈이 크고 肺脈이 작았으며, 關脈을 비교하여 肝脈이 크고 脾脈이 작았

다. 脾脈과 腎脈을 비교한 결과 脾脈이 腎脈보다 커서 환자를 木實金虛人으로 진단하였다. 그리하여 臟方의 陰谷 補·少府 瀉, 腑方의 陽谷 補·通谷 瀉를 선혈하여 치료하였다. 그리고 환자의 감각이상 분포가 脾經, 肝經에서 주로 나타나 平鍼(經絡의 火穴과 水穴을 이용하는 침법으로 환측에는 火補水瀉를 하고 건측에는 火瀉水補의 선혈을 하는 침법)의 원리를 이용하여 때때로 건측의 脾經, 肝經의 火瀉水補의 처방을 사용하였다^{17,18)}.

그리고 입원기간 동안 항염·진통작용 및 순환 촉진을 위하여 격일 주기로 봉독약침 10,000:1 농도를 환측인 좌측 대퇴하지 내측 부위의 陰陵泉·三陰交·復溜·商丘·中封·太衝 穴位에 0.4cc 정도씩 시술하였다.

약물치료로는 첫날 風痺로 보고 氣血凝滯手足拘攣을 다스리는 三痺湯 처방하였으나, 환자의 人蔘에 대한 민감한 반응으로 둘째날부터는 하지의 굴곡보다는 신전이 힘들고 견인 증상이 나타나는 '筋'의 문제로 보고 白芍藥을 君藥으로 하는 淸肝湯으로 처방을 바꾸었다. 입원 9일째부터는 전체적인 기운을 돌려주고 막힌 곳을 뚫어주는 의미로 祛風湯을 사용하였으며 퇴원 3일전부터는 肝經濕熱로 인하여 龍膽瀉肝湯을 처방하였다.

그리고 溫熱작용으로 氣血의 순환을 도와주는 中腕 및 하지의 灸요법과 운동요법으로 자전거타기나 계단 오르내리기 등을 시행하였다.

초기 입원 1일째에 당뇨에 대한 이상반응으로 안면부 부종, 전신 열감, 심계 등의 증상을 보였으나 입원 2일째가 되면서 전신 반응은 사라졌고 봉약침을 주입한 이후 입원 3일째부터는 계단을 오르내릴 때 미세하게 힘이 들어오는 느낌이 있으며 髀 부위 견인감, 찌릿한 통증, 근력은 VAS 7~8 수준으로 호전되었다. 보행 시 무력감이나 불편감은 VAS 7~8 수준으로 완화되었다. 입원 5일째에는 계단을 올라갈 때 근력이 회복되는 느낌은 VAS 5 수준으로 향상되었으며, 양반다리 자세 시 髀 내측 견인감은 완화되는 경향이나 전체적인 견인감은 VAS 7~8 수준이었다. 입원 9일째에는 무릎의 뻣뻣한 정도가 완화되었으며 근력은 VAS 5~6 정도로 호전되었고 입원 후 처음으로 足踝部에서 하지 腓脛部 1/2 부위까지의 촉각은 VAS 7 수준으로 호전되었다. 입원 15일경에는 슬부의 조이는 느낌이 VAS 4 수준으로 감소되었으며 전체적 마비감은 VAS 5 수준으로 호전되었으며, 근력도 건측 대비 75% 수준으로 회복되었다. 그 외 무릎의 무감

각, 髀 부위 견인감 및 통증은 VAS 7 수준이었다. 운동하는 시간이 늘어났으며 계단 왕복 시 숨차는 증상도 VAS 5 수준으로 향상되었다.

최종적으로 호전도의 변화는 근육의 무력감은 VAS 2~3, 마비감과 이상감각은 VAS 5, 슬개부위 stiffness, 허벅지 부위 당김, 하지 내측 통증은 VAS 7로 호전되었다(Table 3, 4). Motor grade는 Gr. IV에서 Gr. IV~V로 호전되었으며 gait condition은 3회에서 11회로 증가되었을 뿐만 아니라 muscle exercise time은 20분에서 110분으로 증가되었다.

상기의 정황으로 보건대 이상감각의 회복정도에 비해 근력의 회복이 더 양호한 결과를 보였으며 입원 후 최초 2, 3일에 걸친 치료에 가장 반응이 좋았고 이후 동일한 VAS 감소를 보이는 데는 5일의 시간이 소요되었다. 초기 1일째 입원 시의 당뇨에 대한 과민반응에도 불구하고 입원 2~3일간 환자의 증상이 VAS 7~8 수준으로 완화되는 것으로 보아 이 기간 동안 살펴보건대 침이나 봉침에 대한 치료효과가 유효했을 가능성을 추정해볼 수 있다.

본 증례 환자의 경우 양방에서 예후 기간을 1년 6개월로 보아 증상 완화가 지연될 것으로 판단한 입원 16일간 VAS 4 수준으로 치료 효과가 좋았음에도 불구하고 환자의 연고지 관계로 추적관찰이 불가능하다는 점이 아쉬운 점으로 남는다. 또한 양방의 스테로이드제의 감량 치료를 병행하였으며 다양한 시술을 동시에 복합적으로 적용하였고 MRI나 전기 생리학적 검사의 추적 관찰을 통한 객관적 평가방법이 결여된 점이 논문의 제한점으로 남았다. 향후 연구에서는 요추신경총병증으로 인한 痿證 치료에 대한 더 많은 증례를 통해서 다양한 임상경험과 축적과 한의학적 치료법들의 개별적인 유의성과 치료효과에 대한 지속적인 임상연구가 필요하다고 사료된다.

IV. 결 론

요추신경총병증은 한방뿐만 아니라 양방적으로도 증례보고가 드물고 경과도 수 개월에서 수 년에 걸쳐 회복되는 양상을 보이는 병증으로 본 증례에서는 요추신경총병증으로 진단 받고 양방에서 스테로이드 치료 후 만족할 만한 호전이 없던 환자 1례를 위증으로 변증하여 한방적 치료를 병행하여 치료한 결과 양호한 효과를 얻었다. 향후 더 많은 증례에 대

해 한방적 임상보고와 연구를 시행함에 있어 본 증례의 한의학적 치료가 참고가 될 수 있으리라 사료된다.

V. 참고문헌

- Hinchey JA, Preston DC, Logigian EL. Idiopathic-lumbosacral neuropathy : a cause of persistent leg pain. *Muscle Nerve*. 1996 ; 19 : 1484-6.
- Yee T. Recurrent idiopathic lumbosacral plexopathy. *Muscle Nerve*. 2000 ; 23 : 1439-42.
- 이광우, 정희원 편저. 임상신경학. 서울 : 고려의학. 1998 : 714-6.
- 서울대학교 의과대학. 신경학. 서울 : 서울대학교 출판부. 2006 : 565-77.
- 김형돈. 신경과 & 신경외과학. 서울 : 군자출판사. 2008 : 252-61.
- McDonald CM, Carter GT, Fritz RC, Anderson MW, Abresch RT, Kilmer DD. Magnetic resonance imaging of denervated muscle: comparison to electromyography. *Muscle Nerve*. 2000 ; 23 : 1431-42.
- Jonas D, Conrad B, Von Einsiedel HG, Bischoff C. Correlation between quantitative EMG and muscle MRI in patients with axonal neuropathy. *Muscle Nerve*. 2000 ; 23 : 1265-9.
- 김호정 외. 자기공명영상술로 진단된 요신경총병증 환자 1예. *대한임상신경생리학회지*. 2006 ; 8(2) : 174-8.
- Tiggs WJ et al. Treatment of idiopathic lumbosacral plexopathy with intravenous immunoglobulin. *Muscle Nerve*. 1997 ; 20 : 244-6.
- 아담스 신경과학 편찬위원회 편. 신경과학. 서울 : 정담. 1998 ; 1257-60.
- 이상암 외. 방사선 요천추 신경총병증 3예. *대한신경과학회지*. 1994 ; 12(1) : 152-8.
- 강보성 외. 요천골신경총의 신경통근육위축증. *대한근전도·전기진단의학회지*. 2006 ; 8(1) : 62-6.
- 이정훈 외. 용력거중과 음주 후 발생한 요천추신경총병증 환자의 증례보고. *한방재활과의과학회지*. 2002 ; 13(1) : 151-60.
- 전국한 의과대학 심계내과학교실. 심계내과학. 서울 : 군자출판사. 2006 : 353, 355-8.
- 전용매 編著. 再編黃帝內經素問. 서울 : 大星文化社. 1998 : 128.
- 대한침구학회 교재편찬위원회. 침구학(下). 파주 : 집문당. 2008 : 198-9.
- 감철우, 박동일. 五行和針法에 대한 연구 - 臟方 중심으로. *동의생리병리학회지*. 2005 ; 19(2) : 363-9.
- 심성흠 외 5인. 五行和針法에 대한 연구-腑方 중심으로. *동의생리병리학회지*. 2008 ; 22(5) : 1119-24.