

脊髓空洞症(Syringomyelia)으로 인한 兩下肢麻痺 患者에 對한 臨床報告

金慶鎬 · 尹鍾和 · 金甲成*

I. 緒 論

脊髓空洞症(Syringomyelia)은 그 발병 기전은 명확히 알려져 있지 않은 상태이며, 脊髓內에 空洞化의 병리소견을 가지는 만성 진행성소모성 질환으로¹⁾ 脊髓腔內에 空洞(Syringo=Cavitation)이 점차 진행 확대 됨에 따라 해당 脊髓部 이하에 筋肉萎弱(muscle atrophy), 痛覺과 溫覺 消失(loss of pain and temperature sense)이 특징적으로 나타나며²⁾ 불규칙한 증상의 진행양상을 보이므로 그豫後를 豫測하기 힘든 질환이다.³⁾

西洋醫學의으로 특별한 치료 방법은 없으나 患部에 X-선 照射 治療로 痛症抑制과 空洞形成의 進行을 抑制하는 효과를 기대하고, 手術的으로는 空洞의 배액(syringotomy)이 유효하다고 보고되고 있으며 Charcot 關節은 보조기나 手術적으로 關節 보조 또는 고정을 시켜줌으로써 도움이 된다고^{2,17)} 하였다.

韓醫學의으로는 脊髓空洞症(Syringomyelia)과 완전히 일치하는 疾患은 없으나 症狀으로 볼 때 痿病^{5,12,15)}, 脚氣病^{12,15)}, 痺症^{12,15)} 등의 範疇에 屬하는 것으로 思慮 된다.

이에 東國大學校 韓醫科大學 附屬韓方病院 針灸科에 脊髓空洞症(Syringomyelia)으로 인한 兩下肢麻痺 및 萎軟, 腰脊酸軟, 勃起不能, 小便不通을 主症으로 入院 및 外來治療 後 好轉되어 退院한 患者 1例를 通하여 臨床活用に 도움을 주고자 報告하는 바이다.

II. 證 例

1. 患者: 金 **, 男, 滿41歲, 會社員
2. 主訴證(C/C): 兩下肢萎弱不利
3. 發病日(onset): 1993. 1. 21(患者 陳述에 依據)
4. 家族歷(F/H): 특이사항 없음.
5. 生活史: 健壯한 體格(身長: 173cm, 平素 體重: 72~74kg)의 男子 患者로 1952년 慶北 **에서 8男妹(2男6女)중 셋째로 태어 났으며 軍服務後 27歲에 현재의 아내와 結婚하여 그간 夫婦關係는 圓滿 하였으며 國民學校 다니는 아들이 하나 있다. 주위로 부터 性格이 깔끔 銳敏하고 內性的이라는 이야기를 자주 들어 왔고

* 東國大學校 韓醫科大學 針灸學教室

평소 술은 즐기지 않았으며 담배는 하루 1갑반 이상 피우고 가리는 음식 없이 끌고루 잘 먹었으며 **化學에서 機械監視(化學藥品 接觸 事實은 없음)하는 일을 하여 騒音으로 因해 聽力이 좋지 않다는 診斷을 받은 이외 健康한 生活을 해왔다.

6. 既往歷(P/H) : 數年前 會社 정기 檢診에서 聽力 減退 診斷 받았으나 치료하지 않음.

91년 陰莖勃起不利 증상이 조금 나타났으나 치료하지 않음.

92~12월 陰部 接觸性皮膚炎으로 ** 皮膚과 의원에서 18일간 치료

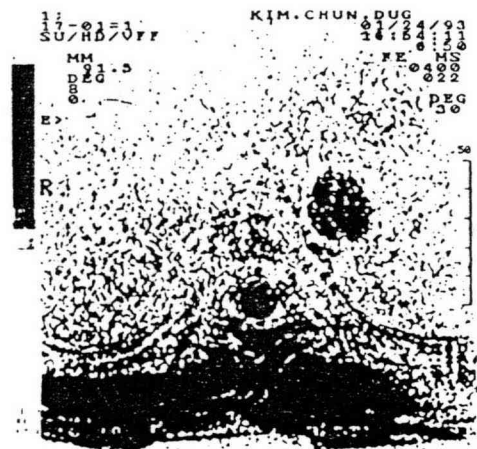
7. 現病歷(P/I) : 93. 1. 16일 회사에서 무거운 물건을 들던중 右脇部에 疼痛 발생 후 1월 17일 腰痛 甚하게 나타남과 동시에 下肢 無力感이 있었다. 1월 19일 ** 약국에서 1일분의 약을 지어 먹었으나 무효, 1월 20~21일 ** 한의원에서 針治療 무효, 21일 오후 소변이 不通하고 步行不可하게 되었다. 1월 21일 울산 ** 병원 Foley-cath. 실시후 C-T(T-L-spine) 촬영 했으나 病名을 알 수 없어 2일 입원 후 부산 ** 병원으로 옮겨 MRI(T-L-spine) 후 脊髓空洞症(Syringomyelia) 진단 받고 치료중 무효하여 1993. 2. 9일 Stretcher-car를 타고 가족과 함께 입원 하였음.

8. 四診所見 : 入院 當時 Mental G1, Vital sign은 血壓 : 120/80, 脈搏數 : 85回/分, 呼吸數 : 21回/分, 體溫 : 36.6度, 體重 70 kg, 左第4趾微動 以外 其他 足趾不隨, 右足5趾微動 以外 足關節 以上不隨, 腰脊酸軟, 背部發疹, 陰莖 勃起 不能, 小便不通으로 Foley-cath. 着用中, 小便色黃赤或膿出(Foley-cath 着用 前에는 없었음),

小便滿感自覺但不知出, 便秘甚(Enema로 排便), 兩下肢 感覺鈍, 兩下肢 按壓時 痺酸痛甚, 夜間疼痛尤甚, 兩下肢 重感甚, 兩下肢萎縮(下肢의 둘레 膝下10cm에서 左右 各30.5cm, 膝下20cm에서 左29cm 右36.0cm, 膝上10cm에서 左35.5cm, 右36.0cm, 膝上20cm에서 좌40cm, 右41.5cm), 양 발목 부위 미세한 浮腫, 消化狀態良好, 陰部皮膚病稍存, 약간의 頭不清感, 舌紅, 舌苔(-), 面色赤(平素에도 있었음), 脈沈微數.

9. 檢査所見 :

- 1) CBC : WNL
- 2) LFT : WNL
- 3) U/A : Urobilinogen(-), Glucose(-), Ketone(-), Bilirubin(-), Protein(-), Nitrite(1+), PH 7.0, Blood(±)
- 4) BST : WNL
- 5) EKG : WNL
- 6) 척수액 검사 : WNL
- 7) X-ray(T-L-spine) : WNL
- 8) C-T(T-L-spine) : WNL
- 9) MRI(T-L-spine) : Syringomyelia(T₈-T₁₁) <圖1 參考>



<圖1>

10. Imp : 1) 痿病
2) 脚氣病
3) 痺症

III. 治療 및 經過

1. 治療

- 1) 針治療 : 肝正格加足三里, 絕骨 또는 腎正格加 足三里, 絕骨
- 2) 灸治療 : 關元, 足三里, 絕骨
- 3) 藥物治療 : 滋血養筋湯
 熟白當麥黃牛杜蒼薏
 地芍歸門栝膝衝朮苡
 黃藥 冬酒酒酒 仁
 16g 炒炒炒 各
 4g
 人川防知羌甘五生大
 蔘芎風母活草味薑棗
 各 各子 3片2個
 3g 2g 9粒
- 4) 物理治療
 - ① 附缸
 - ② I.C.T(Interferential current therapy)
 - ③ E.S.T(Electrical stimulation treatment)
 - ④ Carbon
 - ⑤ Ice pack or Hot pack
- 5) 再活療法
 - ① Cycling
 - ② N-K table
 - ③ Tilt-table
 - ④ 腰脚痛 體操

2. 經過

○ 入院 1일(93. 2. 9)~12일(93. 2. 20) :
 寢臺에는 Magnetic bed를 깔고 針治療는 肝正格加兩足三里, 兩絕骨(2일 1회 오전 刺針) 혹은 腎正格加兩足三里, 兩絕骨(2일 1회 오전 刺針)을 隔日로 시술하고, 약물은 滋血養筋湯(以下 本方이라 稱한다.)에서 熟地黃은 16g으로 증량하고 加鹿角8g, 附子炮2g하여 투여(1회 1첩 1일 3회)하면서 腰部와 下肢部の 疼痛 部位는 I.C.T와 E.S.T를 1일 15분 실시 하였다. 灸治療는 入院 當時 關元에 1일 1회 米粒大 直灸 5壯 실시, 入院 7日(93. 2. 15)부터 關元 10壯으로 올리고, 兩足三里, 左 絕骨 1일 1회 米粒大 直灸 各 10壯을 追加하여 시술하였다. 入院 12日 부터 左足4趾 屈伸 好轉感을 보이고 下肢部の 疼痛이 다소 완화 되었다. 小便 不通으로 入院當時 着用하고 있던 Foley-cath는 入院 3日째 膿이 少量出하여 除去하고 黃栝酒炒를 黃栝으로 바꾸고 本方에 車前子, 澤瀉 各4g, 猪苓2g을 加해도 소변 不通하여 五苓散EX劑는 1일 3회(1회 4g) 투여 하였으나 小便이 나오지 않아 Irrigation 실시 후 다시 Foley-cath 着用하였으며 上記 藥物은 계속하여 투여하였다. 入院 12일째(93. 2. 20)는 下肢部 疼痛등 전반적인 상황이 개선 되는 듯하여 Foley-cath도 제거 하였다. 이후 小便은 조금씩 보게 되었으나 小便의 排出을 自覺하지 못하여 기즈모 着用하였고 膿은 消失되어 黃栝을 黃栝酒炒로 다시 바꾸고, 五苓散EX劑의 投與를 중지하였다. 上記 期間中 大便을 보지 못할 때는 복부에 hot pack을 사용하였고 兼하여 腹部 按摩 및 體位 變動 實施하여 大便을 보지 못하면 加味利氣丸** 1일 3회(1회 4g) 투여

** 加味利氣丸(院內處方) : 大黃 30g, 黑丑 10, 香附子 13g, 黃柏 10g, 良干 5g, 木香, 檳榔, 陳皮, 枳角, 達朮, 青皮 各 3g, 厚朴, 枳實, 肉豆久 各 2g을 粉沫 糊丸, 綠豆大 1回 4g 服用

하였다. 그런 방법으로도 大便을 보지 못하면 enema를 실시하였다. 이후 便秘에는 같은 방법으로 치료하였다. Bed sore 形態의 發疹은 時間마다 體位를 變化 시키면서 해당 부위에 Carbon(탄소 No3002) 1일 1회 10분 조사한 후 입원 5일째 부터 發疹이 서서히 소실되었다. 그후 1시간마다 體位 變化와 該當部位의 皮膚 按摩 및 附缸을 不定期的으로 실시하였다.

○ 入院 13일(93. 2. 21)~20일(93. 2. 28) :

上記 期間中 常用 針治療와 藥物治療 物理治療는 前과 같이 실시하고 灸治療는 入院 15일째(93. 2. 23)부터 足三里와 左絶骨은 灸 20壯으로 올려 실시하였다. 按壓時 下肢의 疼痛, 感覺, 運動狀態는 好轉(右側의 好轉이 빠름)되었으며, 夜間에 疼痛이 甚한 症狀은 있으나 역시 前보다는 完化 되었다. 입원 15일째 체중 71kg, 하지의 둘레 측정 한 결과 膝下 10cm 部位 左右各 31cm(각 +0.5cm), 膝下 20cm 部位 左29cm 右31cm(+0.5cm), 膝上 10cm 部位 左35.8cm(+0.3cm) 右36.8cm(+0.8cm), 膝上 20cm 部位 左41cm(+1cm) 右43cm(+1.5cm)였다. 自力으로 下肢 屈伸 運動 시키면서 1일 수회 下肢 肌肉에 按摩를 실시하였다. 小便排出 狀態는 好轉되어 入院 18일째 부터 小便 排出時 自覺 症狀이 조금씩 나타나기 시작하여 入院 20日째 부터는 완전히 自覺하여 기즈모 제거하였다. 그러나 小便이 시원하게 나오지 않고 힘이 없는 증상은 유지되었다.

○ 入院 21일(93. 3. 1)~52일(93. 3. 31) :

上記 期間中 常用 針灸治療와 物理治療는 前과 같이 실시하였으며 입원 28일째(93. 3. 7) 小便時 障礙가 없어 本方에서 車前子, 澤瀉, 豬苓을 去하였다가 入院 37일째(93. 3. 16) 小便이 시원하게 나오지 않아 다시 加하였다. 입원 49일째(93. 3. 28) 소변시 장애가 없어

車前子, 澤瀉, 豬苓을 去하였다. 단 小便時 自力으로 小便을 멈추지 못하는 상태는 유지되었다. 入院 28일째(93. 3. 7) 체중 71.5kg, 下肢의 둘레를 측정한 결과 膝下 10cm에서 좌측은 31.8(+0.8cm), 우측은 31.4(+0.4cm), 膝下 20cm에서 좌측은 31.2(+2.2cm), 우측은 30.8(-0.2cm), 膝上 10cm에서 좌측은 36.2(+0.4cm), 우측은 38.4(+1.6cm), 膝上 20cm에서 좌측은 43.2(+2.2cm), 우측은 45.8(+2.8cm)로써 膝上部에서 현저한 증가를 나타 내었다. 下肢의 屈伸 상태와 筋力이 好轉되어 入院 39일째(93. 3. 18)는 Tilt table 65度로 하여 1일 1회 10분간 실시 하였다. 이후 환자의 상태에 따라 각도와 시간 연장하여 입원 52일째(93. 3. 31)는 90度로 하였다. 또한 E.M.T를 실시하여 全身의 氣血循環을 促進하였다. 入院 45일째(93. 3. 24) 坐位에서 牛膝屈曲 60度, 左膝屈曲 10度 可能하고 入院 46일째(93. 3. 25)는 腰脚痛 體操圖에 따라 體操를 실시 하여 臥位에서 左下肢 自力 舉上 15度였고 入院 52日째(93. 3. 31)는 30度로 증가 하였다. 그러나 兩下肢 重感과 刺痛 및 肌肉 按壓時 痺酸感이 커지는 症狀은 여전히 있었다.

○ 入院 53일(93. 4. 1)~82일(93. 4. 30)

上記 期間中 常用 針灸治療와 物理治療는 前과 같이 실시하였으며, 入院 53일째(93. 4. 1)는 平行棒에 依支하여 30步 步行이 가능하였고, 입원 54일째(93. 4. 2) 체중 73.5kg, 兩下肢의 둘레를 측정한 결과 膝下 10cm에서 좌측 34.5cm(+3.5cm), 우측 35cm(+4cm), 膝下 20cm에서 좌측 31cm(+2cm), 우측 31.3cm(+0.3cm), 膝上 10cm에서 좌측 41.3(+5.5cm), 우측 42.5cm(+5.7cm), 脛上 20cm에서 좌측 47.5cm(+6.5cm), 우측 48.5cm(+5.5cm)였다.

입원 64일째(93. 4. 12)는 平行棒에 依支하여 계단 보행 가능하였고, 입원 66일째(93. 4. 14)는 한팔을 부축하여 100여 미터 정도 步

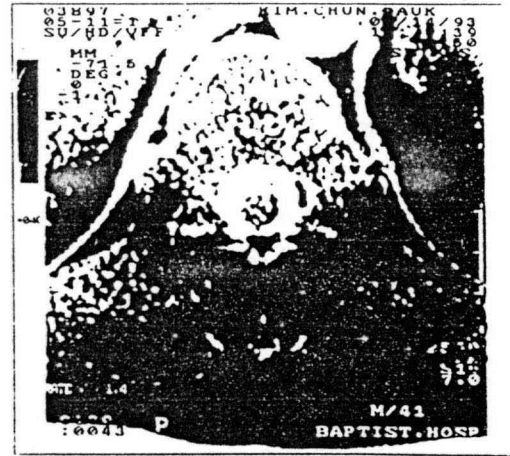
행이 가능 하였으나, 步行時 腰痛 이 發生하였고 步行後 兩臀部 鈍重痛이 있어 熱感이 있으면 Ice pack으로 그렇지 않으면 Hot pack으로 치료하였다. 右下肢 自力으로 90度 舉上, 左下肢 自力으로 50度 舉上 可能 하였다. 입원 70일째(93. 4. 19)는 지팡이에 依支하여 院外 500여 미터 步行하였고, 左下肢 스스로 90度 舉上 可能하게 되었다. 입원 71일째(93. 4. 20)는 自力으로 자전거 페달 밟기가 가능 하였다. 입원 75일째(93. 4. 23)는 傾斜路에서 지팡이에 依支하여 步行 可能하였다. 입원 82일째(93. 4. 30)는 平地에서 自力 步行 可能하고, 모든 關節의 運動 狀態가 好轉中에 있으나 步行時 均衡 感覺 不完全, 腰部 無力感 및 鈍痛, 足底部 搔痒 및 鈍麻感, 間或 下肢 冷感 發生, 或 小便 白濁, 全身 無力感등은 있었다.

○ 入院 83일(93. 5. 1)~99일째 退院(93. 5. 27)

上記 期間中 常用 針灸治療와 物理治療는 前과 같이 실시하였으며, 입원 86일째(93. 5. 4)는 오르막길과 계단 오를 때는 障礙가 없으나 내리막길과 계단 보행에서 내려올 때 몸의 균형 잡는 어려움을 호소 하였다. 입원 96일째(93. 5. 14) MRI결과 Scan상 입원 당시와 비교하여 Syringomyelia(T₈-T₁₁)의 병소 부위가 현저히 감소한 소견을 보였다.(圖2 參考) 입원 98일째(93. 5. 26)는 약 2km 休息 없이 步行하였고 陰莖 勃起가 되었다. 退院時 여전히 腰部의 重感 및 微細한 臀部 疼痛, 下肢 無力, 足底部 感覺鈍, 洗面時 均衡을 잡지 못하여 上體가 앞으로 넘어지려는 感, 若干의 全身 無力感등은 있었다.(圖2參考)

○ 退院 後 外來 治療

外來 治療中 常用 針灸治療, 物理治療 및



(圖 2)

藥物治療는 入院時와 같이 하였다. 外來治療 46일째(93. 7. 12)는 洗面時 上體가 앞으로 넘어지려는 感과 腰部의 疼痛, 全身 無力感은 消失 되었고 약간의 腰部 鈍重感과 微細한 下肢 無力感이 남아 있으나 생활에는 큰 불편이 없었다.

IV. 總括 및 考察

脊髓空洞症(Syringomyelia)은 1546년 Estienne가 脊髓內空洞을 처음으로 기술하였으며 1827년 Charles P Olliver D'Angers가 脊髓空洞症이란 用語를 처음 사용하였다.

흔히 경부 축색에서 발생하고 위로는 뇌간, 아래로는 흉부 혹은 요부 축색으로 까지 낭종성 공동이 생길 수 있는 만성 진행성 소모성 질환이다. 발병시기에 따라서 先天性和 後天性으로 나눌 수 있는데 先天性인 경우에는 Klippel-Feil증후군, 척수축만 혹은 척수의 융합 등 척수의 이상과 편평두개저(platybasia), 두개골 저부의 돌출 등의 기형이있으며, 後天性인 경우에는 外傷이나 腦膜炎 혹은 지주막하 출혈 등에 의한 지주막염에 2차적으로

을 수 있다고 한다.⁷⁾ 병리적으로 頸脊髓部 中央部에 空洞이 생기며 漸進的으로 上下部로 진행 확대되어 下部로는 胸腰髓部 分節, 上部로는 延髓部까지 波及되는 수도 있다. 頸脊髓下部에 가장 흔히 好發하여 脊髓 中央部 灰白柱(gray column)와 前灰白柱에 空洞을 형성함으로써 痛覺과 溫覺을 전달하는 神經 전달회로가 遮斷된다.

초기에는 後柱(posterior column)를 침범하지 않아 輕한 觸覺(light touch), 振動(vibration)과 고유감각(position sense)이 보전되고 痛覺, 溫覺만 장애가 옴으로 解離性 感覺消失(dissociated sensory loss)이라 부른다. 점차 空洞이 커지면서 前角(anterior horn)에 까지 확대 되어 手指의 고유근 위축으로 갈퀴손(claw hand)이 되고 後柱까지 확대 침범하면 진동 및 고유감각(vibration and position sense)도 소실된다.⁸⁾ 臨床症狀의 發現은 대개 慢性的이며 經過는 불규칙하게 진행함이 특징이며¹⁰⁾ 主된 症狀은 頸部, 肩胛部 및 上膊部에 여자 목도리를 걸치는 부위(shawl-like distribution)에 銳利한 痛症과 더불어 痛覺과 溫覺 麻痺가 初期 症狀일 때가 많고 手指의 고유근(intrinsic muscle) 萎縮으로(claw hand, "Main en Griffe") 變形이 初期에 나타나며 前膊, 上膊, 肩胛部에 筋萎縮이 나타나기도 한다.

痛覺 消失로 肩胛關節, 肘關節 또는 腕關節이 Charcot關節로 進行될 수 있다²⁾고 하였다. MRI검사가 가장 유용한 진단방법으로 알려져 있어 척수내의 공동의 위치, 크기 등 병변의 범위를 밝혀 낼 수 있는 잇점이 있다.¹⁶⁾ 脊髓의 X-ray, metrizamide myelography 및 CT로 spinal canal의 확장 정도와 위치를 확인할 수 있다.¹⁶⁾ 電氣生理檢査로는 hypothener muscle의 세동 및 action potential의 감소, 수부 근육의 moter potential이 감소된 소견을 얻을 수 있다.²⁰⁾ 本患者는 T-L-spine MRI상 T₈-T₁₁에 병소가 있으므로 兩下肢不利 및 肌肉萎縮, 痛覺과 溫覺의 減退를 主證으로 하였다.

韓醫學的으로 以上の 症狀과 관련된 疾病으로는 痿病^{5,12,15)}, 脚氣病^{12,15)}, 痺病^{12,15)} 등이 있다. 痿病은 手足痿軟, 不能自主, 대부분 麻木을 兼하고 甚하면 割切不痛하고, 無紅腫, 肌肉瘦削하다. 脚氣病은 下肢에만 겨우 軟弱이 나타나고 行動無力, 或腫或不腫, 대부분 麻木을 兼하고 여름과 가을의 濕한 季節에 多發한다. 痺症은 發病處가 固定되어 있지 않고 疼痛爲主이며 紅腫을 兼할 수도 있고, 麻木感은 痿病 만큼 甚하지 않고 早期에는 肌肉瘦削이 없고 慢性이 되면 關節의 變形이 오고, 四季節 모두 發生하며 陰冷한 氣候를 만나면 더욱 甚해진다.¹²⁾〈表1 參考〉

〈表 1〉 痿病, 脚氣病, 痺病의 症狀 區分

區 分	症 狀	備 考
痿 病	手足痿軟 不能自主 多兼麻木 甚則割切不痛 無紅腫 肌肉瘦削	
脚氣病	僅出現下肢軟弱 行動無力 或腫或不腫 多兼麻木	여름과 가을의 濕한 季節에 多發
痺 病	發病不固定 常爲單一手足 或某一關節 經絡 肌肉 皮膚 并有流走的傾向 疼痛爲主 可兼紅腫 麻木不若痿證嚴重 早期無肌肉瘦削 晚期關節變形	四季節 모두 發生, 陰冷한 氣運을 만나면 더욱 甚.

以上の 症狀과 비교해 볼 때 脊髓空洞症(Syringomyelia)은 그 중에서도 痿病과 가장 類似한 것으로 思慮 된다.

痿證은 枯萎, 萎縮, 萎廢의 뜻이 含有되어 있는 肢體萎弱의 病症인데 主로 下肢의 隨意的運動이 不能하며 步行障礙를 특징으로 하는 病症이다.¹⁵⁾《素問·痿論》⁶⁾에서 陽明은 五臟六腑의 大海格인데 主로 宗筋을 潤滑케 하며 宗筋은 主로 骨을 結束하여 機關을 滑利하게 하는 것이니 陽明이 虛하면 宗筋이 弛緩되어 帶脈을 牽引하지 못하므로 痿證이 되고, 그 主要原因을 肺熱葉焦라 하였다. 張¹³⁾은 元氣가 敗傷하면 精虛하여 灌溉하지 못하고, 血虛하여 營養하지 못하므로 筋骨이 위弱되어 不用한다고 하였고, 그 外의 醫家들은 痿病의 原因을 主로 虛, 濕熱, 熱로 因한 것이라 하였는데, 黃¹⁵⁾은 虛證은 肝腎虧虛^{1,8,15)} 및 脾胃虛弱^{1,8,15)}으로, 實證은 濕熱阻滯^{1,8,10,15)} 및 瘀阻脈絡¹⁵⁾으로, 虛實兼證은 肺熱傷津^{1,11,15)}에 依한 것으로 分類하였다.<表2 參考>

以上の 辨證을 볼 때 本 證例는 濕熱이 肝腎에 侵入하여 濕熱이 除去되지 않아 下焦元氣가 枯竭되어져 肝腎下虛가 되어 發生한 痿病으로 思慮되어 針治療는 肝正格加 足三里 絕骨 或은 腎正格加 足三里 絕骨을 加하여 隔日로 午前 1회 刺針하여 15분간 留針하였다. 足三里는 疏風化濕 通調經絡氣血 有扶正培元의 穴性을 가지며 消化器疾患 脚氣 癱瘓 四肢浮腫 尿不利를 主治하는 胃經의 合穴이며, 絕骨은 清髓熱 驅經絡風濕의 穴性을 가지며 脚氣 小兒麻痺 脊髓炎 筋骨攣痛 足背神經痛 및 麻痺 膝腿痛 下肢風濕痛 五淋을 主治하므로 選穴하였다.³⁾ 灸治療는 關元 兩足三里 左絕骨을 取하여 午後 1일 1회 米粒大 直灸 施術하였으며, 壯數는 환자의 상태에 따라 增減하였다. 關元은 培腎固本 補氣回陽 溫調血室精宮 分清別濁 調元散邪 保健防病之功의 穴性을 가지며 足三陰經과 任脈의 交會處며 小腸經의 募穴이므로 選穴하였다.³⁾ 治方은 《東醫寶鑑》⁹⁾에서 濕熱로 因하여 下肢

<表 2> 痿病의 辨證

區 分	症 狀	治 法	治 方
肝腎虧虛	大概 發病緩慢 漸次下肢萎弱不用 遺精早泄 遺尿 腰脊酸軟 眩暈 目眩 脈細數 舌絳紅 久病으로 陰陽이 損傷되면 精神疲勞 畏寒 舌淡紅 脈沈細無力	滋陰清熱 補益肝腎 氣血溫養 藥物加味	虎潛丸
脾胃虛弱	漸漸下肢萎弱無力 飲食量減少 大便溏薄 面浮足腫 面色萎黃 舌苔薄白 脈濡細	益氣健脾 濡養胃陰	補中益氣湯 參苓白朮散
濕熱阻滯	兩足萎軟, 微浮, 身重面黃, 胸院痞悶, 小便赤澀熱痛, 舌苔黃膩, 脈濡數	清熱利濕	加減二妙散
瘀阻脈絡	四肢萎軟, 手足麻木不仁, 脣紫舌青, 四肢青筋現露, 疼痛, 壓痛, 脈澀不利	益氣養營 活血行瘀	聖愈湯
肺熱傷津	突然手足萎弱無力不用 心煩口渴 咳喘喉乾 無痰 小便短赤熱痛 舌質紅苔黃 脈細數	清肺潤燥 養胃潤肺	清燥救肺湯

痿弱 및 氣血兩虛로 因하여 兩足痿軟不能行動을 治療하는 滋血養筋湯에 滋陰養血의 效果를 높이기 위하여 熟地黃을 16g으로 增量하고 附子 2g, 鹿角 8g을 加하고 小便不通하면 Foley-cath. 혹은 Irrigation 실시하고, 藥物은 本方에 利水之劑인 車前子, 澤瀉各 4g, 豬苓 2g을 加하여 1일 3회(1회 1貼)투여하여도 小便不通하면 五苓散 EX를 1일 3회(1회 4g)追加하여 투여하고 膿이 있으면 黃栢酒炒를 黃栢으로 代置하였다. 長期間 누워 있음으로 因해 發生한 것으로 思慮되는 便秘는 Hot pack과 腹部 按摩 및 體位 變動을 실시해도 大便을 보지 못하면 加味利氣丸** 1일 3회(1회 4g)投與, 그 後에도 大便不得하면 enema를 실시하였다. 物理治療는 筋萎縮 豫防, 痙縮(spasm)의 減少, 癒着 防止 및 關節可動범위 유지, 筋再教育의 效果가 있는 EST⁴⁾와, 筋肉痛, 腰痛, 無用性萎縮, 寢床에서 長期療養 등으로 因한 循環障礙에 效果가 있는 ICT⁴⁾를 실시하였다. 오랫동안 누워있는 寢床 生活로 因하여 發生한 것으로 思慮되는 背部에 있는 Bed sore樣의 發疹은 皮膚病에 效果가 있는 Carbon(탄소No3002)⁴⁾을 1일 1회 10분간 照射하고 氣血의 循行을 돕기 위하여 1시간마다 體位變動을 실시하고 皮膚按摩 및 乾附缸을 不定期的으로 시술하였다.

이상과 같이 治療하여 入院 12일째 下肢의 전반적인 상태와 小便 不通 症狀는 好轉되었으나 小便이 나오는 것을 自覺하지 못하여 기즈모를 착용하였다. 入院 15일째 下肢의 疼痛, 感覺, 運動狀態, 萎縮 등이 好轉되고 小便 排出時 自覺을 조금씩 할 수 있어 기즈모를 除去하였으나 小便이 시원하게 나오지는 않았다. 入院 39일째 下肢의 屈伸과 筋力이 好轉되어 筋力을 더욱 강화 시키기 위하여 Tilt table을 始作하여 患者의 상태에 따라 角度와 時間을 증가시켰다. 또한 全身의

氣血 循環을 돕기 위하여 E.M.T를 실시하였다. 入院 49일째 左下肢의 自力 舉上 20도 가능하고, 小便이 시원하게 나오지 않는 증상은 소실 되었으나 小便中 스스로 小便을 멈추지는 못하였으며 兩下肢 重感과 微細한 刺痛 및 肌肉 按壓時 痺酸感은 있었다. 入院 54일째 體重은 發病 前의 狀態로 回復되었고, 兩下肢의 力도 入院시와 比較하여 현저한 증가를 나타내었으며, 平행봉에 의지하여 보행 가능하게 되었다. 入院 82일째는 平地에서 스스로 歩行이 가능하지만 보행시 均衡 감각 불완전하고, 腰部 無力感 및 微細한 鈍痛, 足底部搔痒 및 鈍麻感, 간혹 下肢 冷感 발생, 全身 無力感등은 있었다. 入院 96일째 MRI 결과 入院 당시와 比較하여 病소의 부위가 현저히 감소한 소견을 보였고 入院 98일째는 휴식없이 약 2km 보행 가능하고 陰莖 勃起가 되었다. 99일째(93. 5. 27)는 퇴원시 腰部의 重感 및 微細한 臀部 疼痛, 약간의 下肢無力感, 足底部 感覺鈍感, 약간의 全身 無力感, 洗面時 均衡을 잡지 못하여 상체가 앞으로 넘어지려는 느낌이 조금 있었다. 외래 치료는 入院시와 같이 실시하여 退院時에 남아 있던 증상들은 外來治療 46일째(93. 7. 12) 消失되고 약간의 腰部 鈍重感과 微細한 下肢 無力感이 있으나 生活에 큰 不便함을 呼訴하지는 않았다.

V. 結 論

東國大學校 附屬韓方病院 針灸科에서 兩下肢痿弱不利, 腰脊酸軟, 兩下肢感覺鈍, 勃起不能, 小便不通을 主證으로 하는 脊髓空洞症(Syringomyelia) 患者 1例를 入院 및 外來治療하여 다음과 같은 結論을 얻었다.

本證例는 痿病과 가장 類似한 것으로 思

慮되어 濕熱이 肝腎에 侵入하여 濕熱이 除去되지 않아 下焦 元氣가 枯竭되어 肝腎下 虛로써 發生한 痿病으로 辨證하여 針治療는 肝, 腎正格 및 足三里 絶骨에, 灸治療는 足三里 絶骨 關元에 시행하였고, 藥物治療는 滋血養筋湯을 主方으로 症狀에 따라 加減하고 액기스劑를 병용하였으며, 物理治療는 ICT, EST를 爲主로 附缸, Tilt table, EMT, Carbon등으로 治療하여 正常生活 可能한 狀態로 好轉되었다.

臨床에서 間或 나타나는 脊髓空洞症(Syringomyelia)은 西洋醫學이 구체적 診斷에도움을 주기는 하나 아직 그 治療效果에 있어서는 구체적으로 보고된 바 많지 않음으로 韓醫學的인 辨證下에서 治療의 效果를 높이고 期間을 短縮시킬 수 있는 多樣한 治療 方法이 試圖되어야 할 것으로 思慮된다.

參 考 文 獻

1. 金定濟：東醫臨床要覽, 서울, 書苑堂, p.132, 1981.
2. 대한정형외과학회：정형외과학, 서울, 최신 의학사, p.157, 1991.
3. 林鐘國：針灸治療學, 서울, 集文堂, pp. 304~306, 454, 490~491, 1986.
4. 林準圭, 申鉉大：東醫物理療法科學, 서울, 高文社, pp.110, 137~139, 140~142, 1990.
5. 許浚：東醫寶鑑, 서울, 南山堂, p.305, 1987.
6. 洪元植：精校黃帝內經, 서울, 東洋醫學研究院, p.88, 1985.
7. 오세욱, 고창준：척수공동증, 서울, 診斷과 治療 第12卷 第12號, pp.1587~1591, 1992.
8. 江蘇新醫學院編：中醫內科學, 中國 江蘇省, 江蘇科學技術出版社, pp.285~288, 1982.
9. 廣州中醫學院附屬醫學院編：中醫臨床診療

- 常規, 中國, 廣西人民衛生出版社, pp.534~535, 1987.
10. 南京中醫學院：中醫學, 中國 江蘇省, 江蘇科學技術出版社, pp.457~459, 1983.
11. 孟景春：中醫學概論, 中國 北京, 人民衛生出版社, pp.415~416, 1987.
12. 吳紹德等整理：陸瘦燕針灸論著醫案選, 北京, 人民衛生出版社, pp.184~185, 1984.
13. 張景岳：景岳全書(上), 서울, 大星文化社, pp.667~671, 1988.
14. 朱丹溪：丹溪心法附餘, 서울, 大星文化社, pp.654~657, 1989.
15. 黃文東：實用中醫內科學, 上海, 上海科學技術出版社, pp.554~578, 584~587, 1986.
16. Bonafe A, Manelfe C, Espagno J, Guirard B, Rascola A : Evaluation of Syringomyelia with metrizamide computed tomographic myelography. J Comput Tomogr 4 : 797~802, 1980.
17. Bryan Jennett/Sam Galbraith : An Introduction to NEUROSURGERY, England, William Heinemann Medical Books, p.322, 1983.
18. Grant R, Hadely DM, MacPerason P, Condon B, J Patterson, Boon I, Teasdale GN. Syringomyelia : cyst measurement by magnetic resonance imaging and comparison with symptoms, signs and disability. J Neurol Neurosurg Psychiatr 50 : 1008~1014, 1987.
19. Shannon N, Symon L, Logue V : Clinical Features, investigation, and treatment of posttraumatic syringomyelia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 44 : 35~42, 1981.
20. Veilleux M, Stevens JC. Syringomyelia : Electrophysiologic aspects. Muscle Nerve 10 : 449~458, 1987.