

# 진행성 근이영양증(Progressive Muscular Dystrophies) 환자 1例에 대한 證例報告

유창길\* · 이진선\* · 권기록\*

The Clinical Observation on one case of Patient with Progressive Muscular Dystrophies

Chang-Kil Yoo\* · Jin-Seon Lee\* · Gi-Rok Kwon\*

\* Department of Acupuncture and Moxibustion SangJi Oriental Medical College, SangJi University

## ABSTRACT

After observing a patient diagnosed with Progressive Muscular Dystrophies from the August, 31, 2000 to the January, 2001, the following results are obtained.

Method and Result: Under our assumption that the Korean Bee Venom Therapy is a good method to treat Progress Muscular Dystrophies. Korean Bee Venom Therapy was applied on the following acupuncture points: BL23(Shinsu:腎俞), BL26(Guanyuanshu:關元俞), ST36(Chok-Samni:足三里), LI4(Hapkok:合谷), LV3(Taechung:太衝), SP10(Hyolhae:血海), SI9(Sojang-Kyonjong:肩貞). In addition CFC(Carthami Flos:紅花 and Cervi Pantotrichum Cornu:鹿茸) Herbal-Acupuncture is also treated on the other acupuncture points. For herbal medication was given to the patient based on the Sasang Constitution, *Taeyangin Ogapijangchuk-tang*. Following these treatments in this case of Progressive Muscular Dystrophies, the skeletal muscle functions made remarkable improvement.

Conclusion: Based on the clinical results, traditional Korean Medical treatment is believed to be effective for treating Progressive Muscular Dystrophies, and further studies should be conducted to provide more valuable information.

Key Word : Progressive Muscular Dystrophies, Bee Venom, Korean Bee Venom Therapy, Herbal-Acupuncture, *Taeyangin Ogapijangchuk-tang.*

## I. 서론

진행성 근이영양증(Progress Muscular dystrophies)은 임상에서 드물게 볼 수 있는 질환으로, 골격근에 발생하는 진행성, 유전성, 퇴행성 질환이다<sup>1)</sup>. 근이영양증은 말초신경계나 중추신경계의 병적인 변화를 동반하지 않으며, 골격근 기능의 점차적인 퇴행을 특징으로 하는 유전병이다<sup>2)</sup>.

근이영양증의 원인이 근육자체에 있다는 최종적인 증거는 근섬유가 심한 퇴행성 변화를 보이는데도 척수운동신경이나 근육내 신경섬유 및 신경말단이 정상이라는 것을 증명함으로써 가능한 것이다. 근위약과 근위축이 대칭이고, 감각이 정상이며, 피부반사가 유지되고 가족성으로 발생한다는 점은 이 질환의 특징적 소견이며, 임상적인 소견만으로도 구별되는 바가 있다<sup>1)</sup>. 다양한 유전양식이 알려져 있으며 가장 잘 알려진 예로는 성염색체 유전양식을 가진 Duchenne 근이영양증이 있다<sup>2)</sup>.

진행성 근이영양증은 일반적으로 몇 가지 유형이 있는데 가장 잘 알려진 Duchenne

근이영양증과 같은 성염색체 유전질환인 Becker 근이영양증과 상염색체 열성질환인 지대형 근이영양증(Limb-Girdle Muscular Dystrophy), 견갑비골 근이영양증(Scapuloperoneal Muscular Dystrophy), 상염색체 우성유전인 근긴장성 이영양증(Myotonic dystrophy), 안면견갑상완 이영양증(Facioscapulohumeral dystrophy), 안인두 근이영양증(Oculopharyngeal dystrophy) 등으로 나뉘어진다<sup>3)</sup>.

근이영양증은 한의학적으로 痿證<sup>4)5)</sup>, 痿躄<sup>6)7)8)</sup>의 범주에 해당한다고 볼 수 있다. 痿證은 肢體의 筋肉이 弛緩되어 手足이 軟弱無力하고 隨意的 運動이 不可能한 것이며, 痿躄은 痿證에서 下肢痿軟이 많으므로 足痿不用한 病症이다. 이 痿, 痿躄, 痺證 등은 서로 혼재하여 나타나기도 한다<sup>9)10)11)12)</sup>.

痿證에 대해서는 <黃帝內經 素問 痿論>에서 “肺主身之皮毛, 心主身之血脈, 肝主身之筋膜, 脾主身之肌肉, 腎主身之骨髓”의 生理機能에 근거하여 각각 痿躄, 脈痿, 筋痿, 肉痿, 骨痿로 分類하고 治法을 제시하였으며, 그 후 많은 醫家들이 痿證의 病理機轉

과 治法, 治方에 대해 論議함으로써 病因病理와 治法에 대한 인식에 진전이 있었다. 현재로는 火熱, 濕熱, 濕痰, 氣血虧損, 瘀血, 情志失調등이 發病에 중요한 작용을 한다고 보고, 滋陰降火, 清肺潤燥, 補益脾胃, 調補肝腎, 活血化瘀의 治法이 제시되고 있다<sup>13)</sup>.

지금까지 중증근무력증이나 이와 유사한 근무력 증상을 보이는 Gullain-barre syndrome에 관하여는 채<sup>14)</sup>, 김<sup>15)</sup>, 홍 등<sup>16)</sup>에 의하여 증례 보고가 있었으나 근이영양증에 관하여는 아직 보고된 바가 없기에, 2000년 8월 31일부터 현재까지 상지대학교 부속한방병원에 입원 중인 진행성 근이영양증(Duchenne형 근이영양증)으로 진단되는 환자를 침구치료, 약물치료, 봉약침요법, 약침요법 등을 이용한 한방 치료를 시행한 결과 근육 운동기능 및 근무력 증상이 호전되는 유의성을 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

## II. 증례

1. 환자: 황 O O, M/8세
2. 주증상:
  1. 全身筋無力(下肢近位部>上肢部)
  2. 步行障礙( Wadding gait- 발끝으로 뒤뚱 걸음, Lurching gait- 비틀 걸음)
  3. Calf muscle 肥大 및 硬化
  4. 立位시 척추 과전만

3. 발병일(질병인식일) : 1996년도( 4세경)

4. 과거력 : 無

5. 가족력 : 無

6. 현병력 : 상기 患者는 8세된 男患으로 활발하고 밝은 성격이었으나 發病後 조금 예민하고 신경질적인 경향을 나타내며, 발병 전 특별한 이상을 호소하지 않다가 1996년 3월 간염 항체 존재여부 알기 위해 간염항체 혈액검사를 하고난 후 간염수치가 높아 간조직 검사를 서울대병원과 신촌 세브란스 병원에서 시행하여 별무이상 Dx 후, 1996년 5월 다시 서울대병원에 2 주 입원하여 근조직검사, 근전도 검사 후 Duchenne 근이영양증으로 확진되었다.

1996년 8월 영동 세브란스에 2주간 입원하여 부모와 함께 혈액 검사한 후 관절 운동, 호흡운동, 관절과 근육 물리치료를 받았으나 별 다른 치료약이 없다는 조언을 받았다. 이후, 혈액 검사를 수시로 하면서 상황을 관찰하였고(당시 상태는 양호), 퇴원 후 다시 1998년 1월 영동세브란스에 다시 입원하여 보조기를 제작한 후 저녁 수면 시에 장착하여 하지의 기형을 예방하고자 하였다.

그러나, 1999년 1월부터는 상태가 악화되기 시작하여 왼쪽발이 보행시 안쪽으로 들어오며 서서 똑바로 있기가 불편하고, 일어설 때 두 발을 뺏치면서 일어나는 상태

(Gower's sign)가 되고 보행 시 자주 넘어지는 상황으로 진행되었다.

그 후 양방 재활의학과에서 운동 치료만을 받아왔으나 별다른 호전없이 근육의無力 症狀이 더욱 악화되었으며, 2000. 1월경부터는 더욱 빠른 상태로 악화되어 2000. 7월부터 침술원에서 Acup-Tx 받으시다가 계속 상태 악화되어 봉약침요법을 포함한 한방 치료 원하여 2000.8.31일 본원 침구과로 부모의 부축을 받는 보행 상태로 입원하였다.

7. 진단명: Progressive Muscular Dystrophy( 진행성 근이영양증- Duchenne 형)

8. 검사소견

① 입원당시 vital sign: 혈압 100/70 mmHg, 脈搏數 96回/分, 體溫 36.1°, 呼吸數 16回/分

② EKG 소견: 2000. 8. 31. Borderline Abnormal (Mild ST-T Abnormality)

③ 흉부 X-Ray 소견: Non-specific finding

9. 임상병리 검사.

상기 환자의 경우 Creatinine, Alk.phosphatase, GOT, GPT, LDH, Creatinine kinase(CK)수치에 이상 소견을 보였다.(Table 1, Table 2)

Table 1.

일반생화학검사	2000. 8/31	9/15	9/18	10/30	2001. 1/4
Creatinine(0.6-1.4)	0.40 mg/dl			0.44	0.36
Alk.Phosphatase(74-231)	356 U/L		351 U/L	436 U/L	420 U/L
GOT(AST) (8-40)	110 U/L	135 U/L	120 U/L	136 U/L	132 U/L
GPT(ALT) (5-35)	196 U/L	247 U/L	240 U/L	260 U/L	212 U/L
LDH	1668 U/L	2026 U/L	1807 U/L	1831 U/L	1793 U/L

Table 2.

효소활성검사	2000. 9/20	2000. 11/1	2000. 1/5
Creatine kinase (0-195 U/L)	8796 U/L	9513 U/L	10008 U/L

### 10. 약물치료

8/31 - 9/2: 大防風湯<sup>17)</sup> 加 鹿角 6g, 麥芽, 砂仁 4g

9/3 - 현재: 太陽人 五加皮壯脊湯<sup>18)</sup> 加 鹿角 8g

### 11. 침구치료

鍼灸治療는 蜂藥鍼과 藥鍼을 사용하였다.

1:2000 蜂藥鍼을 1혈당 0.1cc 씩 0.4cc/day로 腎俞, 關元俞, 足三里, 曲池, 合谷, 太衝, 血海, 臍俞穴 등에 施術하였으며, 어깨→허리→다리→허리 의 순으로 사용하였고 四關穴을 基本 施術하였다. 藥鍼療法으로는 紅花-鹿茸 藥鍼(CFCC)을 상태 변화에 따라 보조적으로 적절히 시술하였다.

### 12. 운동치료

진행성 근이영양증 환자에게 가장 권장되는 운동인 수영<sup>1)</sup>을 환자 보호자 대동하여 본 한방병원 인근 수영장에서 매일 1회 실시하였으며, 본원 물리치료실 부속 운동 치료실에서 근육 강화 훈련을 매일 실시하였다.

### 13. 임상경과

임상경과를 관찰하기 다음과 같은 사항을 관찰, 기록하였다.

- ① 당일의 체중, 신장, 식사량, 소화상태.
- ② 누운 자세에서 양팔로 1kg의 아령을 들어 올리는 횟수.

③ 누운 자세에서 무릎을 굽힌 상태에서 발밀어 펴기를 한 횟수.

④ 누운 자세에서 허리 들어올리기를 한 횟수.

⑤ 누운 자세에서 머리를 바닥으로 부터 몇 cm를 들어올리는가?

⑥ 누운 자세에서 일어날 때까지의 동작에 걸리는 시간은(Gower's sign)?

⑦ 당일의 총 자력 보행 거리.

⑧ 자력으로 오르내린 총 계단수.

⑨ 발 뒤꿈치를 사용하여 엄지 발가락이 내측으로 말려들지 않도록 걸은 보행거리.

매일 체중과 신장을 측정하였으며, 보행 자세와 기타 누운 자세에서의 변화를 관찰하였다.

보행상태에서는 넘어지지 않고 보행한 총거리, 자력으로 오르내린 계단수, 尖足步行 상태 변화를 주로 기록하였으며, 기타 자세 변화에서는 1kg 아령을 이용하여 양팔로 들어 올린 횟수, 누운 자세에서 허리 들기 횟수, 근이영양증 환자에서 가장 특징적인 바닥에서 일어서고자 할 때 자기 자신을 짚고 힘들게 일어서는 Gower's sign<sup>2)</sup>을 관찰할 수 있는 일어서는 자세를 취하기까지의 걸리는 시간을 매일 기록하였다.

체중은 입원 당시 20.3kg(2000.8.31)에서 22kg(2000.12.28)으로 증가되었으며, 신장은 122.1cm에서 126cm로 4cm의 변화를 보였다. 보행 상태변화는 8/31일 입원 당시 10m 거리 보행 시 1회 넘어지는 상태였으며, 9/4일에는 200m 거리 보행 시 1회 넘

어지는 상태로 보행 시 약간의 호전 보였으며 12/28일에는 300m 거리 보행 시 1회 넘어짐을 보였다.

계단 보행에서는 부축받고 올라 갔던 상태에서 자력으로 난간 잡으며 계단을 올라가는 정도 호전됨을 나타냈다. 입원 당시 아령을 좌측 팔 0번, 우측 팔 3번 들어올리는 상태에서 12월에는 좌우 모두 20회 가량 들 수 있는 상태로 호전되었다.

누운 자세에서 허리 들기 운동은 입원 당시 5회에서 15회로 호전되었으며, Gower's sign<sup>2)</sup>을 나타내는 바닥에서 일어서는 자세까지 걸리는 시간은 입원 당시 18초에서 12월 22일에는 12초로 짧아져 호전되었다.

현재 위에서 언급한 호전 상태에서 더 이상 큰 호전 보이지 않고 있으나 입원 전 급격히 진행되던 근무력증상은 진행되지는 않고 있으며 입원 당시의 상태보다는 호전된 상태 유지하고 있다.

### III. 고 찰

근이영양성 질환을 신경원성 퇴화로 인한 이차적인 경우의 질병들과 구별할 수 있게 된 것은 18세기 후반에 이르러 신경과 의사들에 의하여 이루어졌다<sup>1)</sup>.

근이영양증의 증례는 이전에도 기술이 되었으나 신경병성 질환과 근병성 질환의 구분은 이루어지지 않았었다. 근이영양증의 병인을 이해하는데 가장 중요한 발전은 Kunkel이 이들 질환에 공통되는 유전자 및

그 유전산물을 발견했던 것이다.

Dystrophin은 이환된 유전자에 의해 코딩된 단백질에 붙여진 이름이다. Dystrophin의 생화학적인 분석 및 근초 주위의 조직화학적 소견으로 인해 정확한 진단이 가능해 졌다.

근이영양증의 병리 기전은 다음과 같다. Dystrophin은 정상적으로 골격근과 심근에서 근초의 세포질쪽 면에 국한되어 있으며, 그곳에서 세포골격의 F-actin(근육세포의 실같은 보강구조)과 상호 작용한다.

Dystrophin은 또한 Dystrophin연관 단백질(DAPs)과 당단백(DAGs)으로 알려진 근초-단백질 복합체에 단단히 결합되어 있다.

Dystrophin이 소실되면 DAPs가 소실되고, dystroglycan 단백질 결합체가 해체된다.

이러한 해체로 인해 근초가 근육수축 동안에 깨어지거나 찢어지기 쉽게 된다. 이러한 이론은 Duchenne 이영양증을 특징짓는 미세구조와 잘 부합된다. 괴사하지 않은 유리질화된 근섬유의 많은 부분에서 세포막(근초)의 결함이 있으며, 이로 인해 세포외액과 칼슘의 유입이 초래된다는 것을 보여준다. 칼슘의 유입은 단백 분해 효소를 활성화시키고 단백분해를 증가시키는 것으로 믿어진다.

이는 세포막의 결손과 그 내부에 연관된 변화는 Duchenne 이영양증의 초기의 기본적인 병리학적 변화이며 CK 및 다른 근육 효소가 혈청 내로 빠져나가는 것을 설명해

준다. 상기 환자는 입원 전에 비하여 더 이상 근무력증상이 진행되지 않고 여타의 임상 경과는 양호한 편이라고 할 수 있으나 CK 수치는 입원 후 8796 U/L(9월 20일), 9513 U/L(11월 1일), 10008 U/L(2001년 1월 5일)로 조금씩 증가하고 있어 향후 지속적 검사 및 추적 관찰을 필요로 함을 알 수 있다.

진행성 근이영양증은 일반적으로 몇 가지 유형이 있는데 가장 잘 알려진 Duchenne 근이영양증과 같은 성염색체 유전질환인 Becker 근이영양증과 상염색체 열성질환인 지대형 근이영양증(Limb-Girdle Muscular Dystrophy), 견갑비골 근이영양증(Scapuloperoneal Muscular Dystrophy), 상염색체 우성유전인 근긴장성 이영양증(Myotonic dystrophy), 안면견갑상완 이영양증(Facioscapulohumeral dystrophy), 안인두 근이영양증(Oculopharyngeal dystrophy)등으로 나뉘어진다<sup>3)</sup>.

상기 환자의 경우는 Duchenne형 근이영양증에 해당한다. 소아기의 심한 전신성 근이영양증으로 근이영양증 중 가장 흔한 형태이며 소아 초기에 시작해서 비교적 빠르게 진행되는 경과를 취한다.

발생률은 100,000명당 13-33명이며, 전 세계적으로 3300남아 출생당 1명 꼴이다<sup>18)</sup>. 가족성 경향이 강하며, X 염색체와 관련된 성염색체 열성유전이기 때문에 여자에게서는 잠재성의(보인자 상태) 건강한 상태로 출생한다.

반성열성 유전되므로 남자에게서 주로 발생한다. Turner증후군(XO)여성에서는 여자라 하더라도 보유자(carrier)가 아닌 Duchenne 이영양증으로 발현될 수 있다.

경우에 따라서는 상염색체 열성으로 유전되기 때문이라고 설명되기도 한다. 대략 30%의 환자에게서는 가족력이 없으며, 돌연변이를 의미한다<sup>20)</sup>. 상기 환자의 경우에도 가족력에서는 별 문제가 없음을 알 수 있다.

Duchenne 이영양증 환자의 약 50%에서는 18개월 때에 겨우 걸을 수 있다. 임상 장애는 대개 5세 이전에 뚜렷해진다. 발병 초기에는 근위부 근들이 주로 침범되어 다음 증상을 보인다. 보통의 아이들보다 덜 활동적이고 잘 쓰러지는 경향을 보인다.

점차 걸음걸기, 뛰기, 계단오르기가 힘들어진다. 장요근(iliopsoas), 둔부근(glutei), 사두근(quadiceps)이 가장 먼저 침범되고 이어서 경골전 근육들이 약해져 족하수 및 족지보행을 나타낸다.

즉 오리걸음(Waddling gait-발가락끝으로 걷는 뒤뚱걸음)을 나타내며 또는 비틀걸음(Lurching gait)을 나타낸다. 견대(shoulder girdle) 및 상완(upper arm) 침범이 빈번하다. 일단 골반대퇴부가 침범된 후 견대와 상지의 근육들이 침범되며, 거근(serrati), 흉근의 하부, 광배근, 이두박근, 상완요골근 등이 차례대로 침범된다. 체간근(axial muscles)위약으로 뒤로 젖혀지는 자세를 보인다<sup>1)</sup>. 특히 질환 초기 환자는 계단을 오

르거나 낮은 의자에서 일어서기가 힘들다. 따라서 바닥에서 일어서고자 할 때에는 자기 자신을 짚고 일어서는 특징적 자세인 Gower's 징후<sup>2)</sup>를 보인다.

병이 진행하면 둔부와 척추의 근육이 손상되기 때문에 양손으로 짚는 위치는 점차적으로 땅에서 무릎으로, 그 후에는 대퇴부로 단계적으로 올라간다. 상기 요인들로 인하여 독특한 자세를 나타내는데 복부근과 척추주위 근육의 위약으로 서있을 때는 척추전만증을 보이고 배가 튀어 나오고, 앉았을 때에는 등이 둥글게 된다. 무릎과 엉덩이의 신전근이 양측성으로 약해져서 균형을 유지하는데 장애가 생긴다. 환자는 서거나 걸을 때 지지력을 증가시키기 위해 발을 넓게 벌리게 된다<sup>1)</sup>. 환자의 약 80%에서 calf muscle이 비대해지며 고무처럼 단단해진다. 이것은 환자가 발끝으로 걸을 때 딱딱한 뒷꿈치 인대로 인하여 발생하는 것으로 비교적 일찍 발견된다<sup>20)</sup>.

이와 같은 임상 양상은 상기 환자에게도 그대로 해당하는 사항들이다. 근이영양증 환자 평균 IQ는 85이며 30%에서는 IQ가 75이하이다. 그러나 상기 환자의 경우에 지능 저하의 소견은 보이지 않았다. 예후는 12살이 되면 환아는 더 이상 걷지 못하는 상태가 되며 위약이 사지의 원위부에도 퍼진다.

점차적으로 척추후측만곡(kyphoscoliosis), 호흡곤란(respiratory distress)등이 초래되며 심근도 침범된다. 건반사는 감소되다가

근섬유가 소실되면서 완전히 없어진다. 뼈는 가늘어지고 무기질은 빠져나가게 되며, 골화점의 출현이 지연된다.

평활근은 침범되지 않으나 심근은 침범되는 것이 보통이다. 20세 정도에서는 환아는 심한 근의 구축(contracture)과 함께 폐감염(chest infection), 심부전 및 부정맥을 앓게 되며, 환자는 점차 누워 지내게 된다.

보통 사망의 원인은 폐감염, 호흡부전 등이며 가끔 심장의 대사기능장애로 인하기도 한다. 보통 사춘기 후기에 사망하게 되고, 25년 이상 생존하게 되는 환자는 20-25%를 넘지 않는다.

사망전 수년간 휠체어에 의존하게 되고 결국 자리에서 못 움직이게 된다. 20세 이상 생존하는 경우는 드물다<sup>1)</sup>. 상기 환자의 경우는 근무력 증세가 입원 후 더 이상 진행되지는 않았고, 호전된 상태가 그대로 지속되기는 하나 현재 상태 변화는 더 이상 크게 없이 지속되고 있는 상태이다. 따라서 지속적인 경과 관찰이 필요할 것으로 사료된다.

한의학적으로 근이영양증은 '痿證'에 가깝다<sup>21)</sup>.痿證이란 근육이 이완되고 軟弱無力하여 收縮하지 못하므로 발생하는 四肢痿弱을 지칭하는 것으로 下肢 혹은 上肢에 輕度로 發生하는 것에서부터 심하면 癱瘓까지 이르거나, 혹은 사망에 이를 수도 있는 疾病이다<sup>22)23)</sup>.

사망에 까지 이르는 예후를 언급한 부분에서 진행성 근이영양증과 관련성이 있음



을 알 수 있다.

痿證에 관하여 최초로 기재된 곳은 黃帝內經素問痿論<sup>24)</sup>으로 “五臟肺熱葉焦發爲痿痺”이라 하였고, “夫五臟皆有爲與肺熱爲皮毛痿 心熱爲脈痿 肝熱爲筋痿 脾熱爲肉痿 腎熱爲骨痿”라 하여 五臟에 따른 五痿로 분류하여 설명하고 있다<sup>22)23)24)25)</sup>.

痿證의 원인에 대해 素問에서는 肺熱葉焦와 濕을 주로 다루었고<sup>22)23)</sup>, 巢<sup>24)</sup>는 <諸病源候論.風身不隨候>에서 外로 風邪에 感하고 內로 脾胃虧虛하여痿證이 發한다 하였으며, 張<sup>25)</sup>은 <儒門事親>에서 “弱而不用者, 爲痿”라 하였으며痿證의 원인 중 火熱을 강조하였다<sup>22)26)</sup>.

朱는 <丹溪心法>에서痿痺을 濕熱, 濕痰, 氣虛, 血虛, 瘀血로 분류하였다. 李<sup>27)</sup>는 그 증상에 따라서 痰積, 濕多, 熱多, 濕熱相半, 狹氣로 그 원인을 분류하였고 주로 濕熱을 原因으로 보아 清燥湯등의 方劑에 隨證加減하여 사용하였다<sup>22)</sup>.

張<sup>28)</sup>은 <景岳全書.雜證模.痿證>에서 濕熱, 陰虛兼熱, 水虧於腎, 血虧於肝, 陰虛無濕으로 나누어 治法을 기재하고 있고 元氣敗傷, 精血虧虛가痿證의 한 原因이 된다고 강조하였다<sup>23)</sup>. 李<sup>29)</sup>는 濕熱, 濕痰, 血虛, 氣虛, 氣血俱虛, 食積, 死血, 腎肝虧虛 등으로 나누어 치료했고, 陳<sup>30)</sup>은 胃火之熱이痿證의 主原因이라고 보고 補氣益血, 滋腎水降胃火, 清肺胃之熱 등의 방법으로 치료하였다.

明代 이후는 火熱, 濕熱, 濕痰, 氣血虧虛, 瘀血, 情志失調가 主要病因이라고 보아 滋

陰降火, 清肺潤燥, 補益脾胃, 調補肝腎, 活血化瘀하여 치료하였다<sup>26)</sup>.

이렇듯,痿證의 原因은 歷代醫家와 文獻에 따라 다양하게 표현되고 있으나 그중 많은 수의 文獻에서 肺熱, 濕熱 등의 熱證으로 보았으며, 虛證으로 보는 시각도 많다<sup>23)</sup>.

본 질환의 치료를 위해 크게 鍼灸療法과 藥物療法이 사용되었다.

약물요법은 四象醫學 處方을 사용하였는데, 四象醫學에서는 下肢無力증상에 대해 解休證이라 하여 太陽人 腰脊病으로 구분하고 있다. 이는 <內經>에서 “尺脈緩澁 謂之解休”이라고 언급하는 解休證과는 다소 다른 개념이다<sup>18)</sup>.

李濟馬가 四象醫學의 관점에서 설명한 解休證이란 단순히 下肢無力만을 나타내는 것이 아니라 寒熱虛實로 구별되지 않고 惡寒發熱이나 身體疼痛의 外感症狀이 없으면서 下肢에 힘이 없다고 하였으며, 上體는完건하고 下肢에 힘이 없는데 下肢 힘이 아주 약하지는 않고 보행시 장애만 있다<sup>31)</sup>고 언급되어지는데, 이 부분은 본 증례의 환자와 증상이 유사하다고 볼 수 있다.

그러나 사상설문지조사 QSCCⅡ는 태양인의 경우 감별하기 어렵다는 보고<sup>32)</sup>도 있으며 환자가 8세의 소아라는 점, 여러 가지로 사상체질진단의 문제로 太陽人으로 확진하기는 어려웠으나, 證狀이 특이하다는 점과 발병례가 드물면서 下肢無力 증상이 있는 점을 참작하여 太陽人 解休證으로 간주하고 太陽人 五加皮壯脊湯에 強筋骨 작용을

땀은 鹿角을 8g 加을 投與하였고, 증상의 호전을 나타냈다.

鍼灸療法은 蜂藥鍼療法과 藥鍼療法이 사용되었다. 蜂藥鍼療法은 근육의 위축을 막기 위해 疏通氣血, 扶正益氣, 強健腰膝의 목적으로 合谷, 太衝, 腎俞, 關元俞, 足三里, 曲池, 血海, 膈俞穴 등에 사용되었다. 治療에 사용된 穴들의 穴性으로는 合谷, 太衝의 四關穴은 疏通氣血하며, 腎俞는 滋補腎陰, 強腰脊, 益水壯火등의 穴性을 지녔으며, 關元俞는 通經活絡, 調理下焦, 強健腰膝하며, 足三里는 通調經絡, 調和氣血, 扶正培元, 祛邪防病, 強健脾胃의 穴性을 지닌 強壯穴이며, 曲池는 調氣血, 祛風濕, 利關節하며, 血海는 調血清熱, 宣通下焦의 穴性을 지닌다<sup>33)</sup>.

이들은 元氣를 補하며, 經絡의 鬱滯된 氣를 疏通시켜 주며, 특히 下焦의 氣를 強하게 해주는 공통점을 지니고 있다. 施術은 患者가 小兒임을 감안하여 초기에는 1穴에 0.1cc 씩 2穴을 取하였고, 적응기로 약 2주간을 거친 후에는 1穴에 0.1cc 씩 4穴을 取하였다.

시술부위는 크게 어깨, 허리, 다리로 나누어 어깨에서는 肩井, 膈俞를, 허리에서는 腎俞, 關元俞를, 다리에서는 血海, 足三里를 取하였다. 그리고 氣血宣通을 위해 合谷, 太衝의 四關이 사용되었다. 藥鍼은 紅花와 鹿茸으로 만든 潤劑인 CFC가 사용되었고, 志室, 解谿, 風池, 肩井穴 등에 보조적으로 사용되었다.

#### IV. 結 論

2000년 8월31일부터 2001년 1월 현재까지 진행성 근이영양증(Progressive Muscular dystrophies - Duchenne형), 痿證, 太陽人 解休證으로 진단하고 치료한 환자 1례의 임상경과와 치료과정을 통하여 다음의 결론을 얻었다.

1. 진행성 근이영양증(Progressive Muscular dystrophies)이란 골격근에 발생하는 진행성, 유전성, 퇴행성 질환으로 한방적으로 痿證의 범주에 속한다.
2. 약물치료는 太陽人 解休證과 병증이 유사하여 太陽人 五加皮壯脊湯에 鹿角을 加한 처방을 투여하였다.
3. 鍼灸治療는 蜂藥鍼療法과 藥鍼療法을 사용하였고, 치료의 목표를 氣血宣通하여 壯筋骨하고자 하였다.
4. 본 질환은 서양의학적으로 뚜렷한 치료 방법이 없다고 알려져 있다. 현재 상태에서 治療에 대한 평가를 내리기는 이르지만, 약 4개월간의 치료과정을 통해 육안적으로 위축된 근육이 발달하였고, 근력이 강화되는 것으로 보아 향후 지속적인 치료와 그에 따른 추적 관찰이 필요할 것으로 사료된다.  
또한 이 질환에 대해 보다 다양한 한방적인 임상 증례가 보고되어심도있는 연구가

이루어져야 할 것으로 사료된다.

### 參 考 文 獻

1. 아담스신경과학 편찬위원회: 신경과학, 도서출판 정담, 1998.6 : 1310-1324
2. CIBA원색도해의학총서편찬위원회편: CIBA 원색의학도서총서, 도서출판 정담, 2000 : 228
3. 서울대학교 의과대학편: 신경학원론, 서울대학교출판국, 1998 : 682-683
4. 石效平, 小兒百病秘方, 北京: 中國古籍出版社, 1993 : 243-246
5. 夏煥德, 王國華, 枷新橋, 新編兒科秘方全書, 北京: 北京醫科大學出版社, 1993 : 238-2406
6. 金哲源, Guillain-barre 症候群에 대한 東西醫學的 考察, 大韓韓醫學會誌, 1992 : 9-753
7. 洪儒聖, 黃祐準, Guillain-barre 症候群에 대한 東醫學的 考察, 大韓韓醫學會誌, 1995: 16 : 118-119
8. 王伯岳, 江育仁, 中醫兒科學, 北京: 人民衛生出版社, 1988 : 154-169
9. 王伯岳, 中醫兒科臨床淺解, 北京: 人民衛生出版社, 1976 : 70-75
10. 王伯岳, 董克勤, 中醫兒科臨證備要, 北京: 人民衛生出版社, 1988 : 154-169
11. 劉弼臣, 中醫兒科學, 北京: 學苑出版社, 1995 : 73-77
12. 鄧鐵濤, 中醫診斷學, 北京: 人民衛生出版社, 1987 : 589-591
13. 洪元植, 교합편찬: 精校黃帝內經素問, 서울동양의학연구원 출판부, 1981 : 166-7
14. 蔡炳允, 重症筋無力症에 대한 臨床的 研究, 大韓韓醫學會誌, 1996 : 17-190
15. 金哲源, Guillain-barre 症候群에 대한 東西醫學的 考察, 大韓韓醫學會誌, 1992, 9-753
16. 洪儒聖, 黃祐準, Guillain-barre 症候群에 대한 東醫學的 考察, 大韓韓醫學會誌, 1995: 16:118-119
17. 上지대학교부속한방병원: 한방병원처방집, 원주, 1998 : HM79
18. 李濟馬(譯述 洪淳用, 李乙浩): 四象醫學原論 서울, 杏林出版, 1994 : 361-362, 369-371
19. 해리슨내과학편찬위원회, 해리슨내과학, 서울: 도서출판 정담, 1997: 2572
20. 이광우, 정희원, 임상신경학, 서울: 도서출판 고려의학, 1998: 740-748
21. 진귀정, 양사주, 실용중서의결합진단치료학. 서울: 일증사, 1992 : 776-778
22. 양사주, 장수생, 부경화. 中醫臨床大全. 北京: 북경과학기술출판사, 1991: 560-570
23. 신영일, 이병열,痿證에 관한 문헌적 고찰, 혜화의학, 2000: 9(1) : 102-123
24. 王冰. 新編 黃帝內經 素問. 서울 : 大星文化社, 1994 : 271-274
25. 巢元方, 巢氏諸病源候論. 서울 : 대성문

- 화사, 1992 : 11
26. 박기영, 성낙기, 이영재. 痿證환자 3례에 대한 증례보고. 혜화의학 1994 : 1(3) : 136-146
  27. 朱丹溪. 丹溪心法. 서울 : 大星文化社 : 381
  28. 李東垣. 東垣十種醫書. 서울 : 대성문화사, 1983 : 346-357
  29. 張景岳. 新景岳全書 上. 서울: 아울로스출판사, 1994 : 708-711
  30. 李中梓. 醫宗必讀. 台南 : 綜合出版社, 中華民國 65년 : 356-357
  31. 김수연, 권보형, 송범용. 척수경색으로 진단된 사지마비환자 1례에 대한 임상고찰. 대한침구학회지. 2000 : 17-200
  32. 張子和. 儒門事親 서울 : 대성문화사, 1993 : 卷 六 28
  33. 崔容泰 외 : 針灸學(상), 집문당, 1993, p299-p743