

痿證에 대한 東西醫學的 考察

金容盛 · 金哲中*

Abstract

The Literatual Study on the Wea symptom(痿證) in the View of Western and Oriental Medicine.

Kim Yong Seong · Kim Chul Jung

Dept. of Oriental Medicine Graduate School, Taejon University

(Directed by Prof. Kim Chul Jung O.M.D., Ph. D.)

This study was performed to investigate the cause, symptom, treatment, medicine of Wei symptom(痿證) through the literature of oriental and western medicine.

The results obtained were as follows:

1. Wei symptom(痿證) is the symptom that reveals muscle relaxation without contraction and muscle relaxation occurs in the lower limb or upper limb, in severe case, leads to death.
2. Since the pathology and etiology of Wei symptom(痿證) was first described as "pe-yeol-yeop-cho"(肺熱葉焦) in Hung Ti Nei Ching(黃帝內經), for generations most doctors had have accepted it. but after Dan Ge(丹溪), it had been classified into seven causes, damp-heat(濕熱), phlegm-damp(濕痰), deficiency of qi(氣虛), deficiency of blood(血虛), deficiency of yin(陰虛), stagnant blood(死血), stagnant food(食積). Chang Gyeng Ag(張景岳) added the cause of deficiency of source qi(元氣).
3. The concept of "To treat Yangming, most of all"(獨治陽明) was emphasized in the treatment of Wei symptom and contains nourishment of middle warmer energy(補益中氣), clearance of yangming-damp-heat(清化陽明濕熱).
4. Since Nei-ching era(內經時代), Wei and Bi symptom(痺症) is differentiated according to the existence of pain. After Ming era(明代) appeared theory of co-existence of Wei symptom and pain or numbness but they were accepted as a sign of Wei symptom caused by the pathological factor phelgm(痰), damp(濕), stagnancy(瘀).

* 大田大學校 韓醫科大學 腎系內科學教室

5. In the western medical point of view, Wei symptom is like paraplegia, or tetraplegia. and according to the causative disease, it is accompanied by dysesthesia, paresthsia, pain. thus it is more recommended to use hwal-hyel-hwa-ae(活血化癆) method considering damp-heat(濕熱), qi deficiency of spleen and stomach(脾胃氣虛) as pathological basis than to simply differentiate Wei and Bi symptom according to the existence of pain.

6. The cause of Gullian-Barre syndrome(GBS) is consist of two factors, internal and external. Internal factors include asthenia of spleen and stomach, and of liver and kidney. External factors include summur-damp(暑濕), damp-heat(濕熱), cold-damp(寒濕) and on the basis of "classification and treatment according to the symptom of Zang-Fu"(臟腑辨證論治), the cause of GBS is classified into injury of body fluid by lung heat(肺熱傷津), infiltration of damp-heat(濕熱浸淫), asthenia of spleen and kidney(脾腎兩虛), asthenia of spleen and stomach(脾胃虛弱), asthenia of liver and kidney(肝腎兩虛).

7. The cause of GBS is divided by according to the disease developing stage:

Early stage include dryness-heat(燥熱), damp(濕邪), phlegm(痰濁), stagnant blood(瘀血), and major treatment is reducing of excess(瀉實). Late stage include deficiency of essence(精虛), deficiency with excess(虛中挾實), and essential deficiency of liver and kidney(肝腎精不足) is major point of treatment.

8. Following is the herbal medicine of GBS according to the stage.

In case of summur-damp(暑濕), chung-seu-iki-tang(清暑益氣湯) is used which helps cooling and drainage of summer-damp(清利暑濕), reinforcement of qi and passage of collateral channels(補氣通絡). In case of damp-heat, used kun-bo-hwan(健步丸), In case of cool-damp(寒濕), used 'Mahwang-buja-sesin-tang with sam-chul-tang'(麻黃附子細辛湯合參朮湯). In case of asthenia of spleen and kidney, used 'Sam-lyeng-baik-chul san'(參苓白朮散), In case of asthenia of liver and kidney, used 'Ho-iam-hwan'(虎潛丸).

9. Following is the herbal medicine of GBS according to the "classification and treatment according to the symptom of Zang-Fu"(臟腑辨證論治).

In the case of injury of body fluid by lung heat(肺熱傷津), 'Chung-jo-gu-pae-tang'(清燥救肺湯) is used. In case of 'infiltration of damp-heat'(濕熱浸淫), us-ed 'Yi-myo-hwan'(二妙丸), In case of 'infiltration of cool-damp'(寒濕浸淫), us-ed 'Yui-lyung-tang'(胃苓湯), In case of asthenia of spleen, used 'Sam-lyung-bak-chul-san'(參苓白朮散). In case of yin-deficiency of liver and kidney(肝腎陰虛), used 'Ji-bak-ji-hwang-hwan'(知柏地黃丸), or 'Ho-iam-hwan'(虎潛丸).

10. Cervical spondylosis with myelopathy is occuered by compression or ischemia of spinal cord.

11. The cause of cervical spondylosis with myelopathy consist of 'flow disturbance of the channel points of tai-yang'(太陽經俞不利), 'stagnancy of cool-damp'(寒濕凝聚), 'congestion of phlegm-damp stagnant substances'(痰濕膠阻), 'impairment of liver and kidney'(肝腎虛損).

12. In treatment of cervical spondylosis with myelopathy, are used 'Ge-ji-ga-gal-geun-tang-gagam'(桂枝加葛根湯加減), 'So-hwal-lack-dan-hap-do-hong-eum-gagam(小活絡丹合桃紅飲加減), 'Sin-tong-chuck-ue-tang-gagam(身痛逐瘀湯加減), 'Do-dam-tang-hap-sa-mul-tang-gagam'(導痰湯合四物湯加減), 'Ik-sin-yang-hyel-guen-bo-tang'(益腎養血健步湯加減), 'Nok-gakyo-hwan-gagam'(鹿角膠丸加減).

13. The cause of muscle dystrophy is related with 'the impairment of vital qi'(元氣損傷), and 'impairment of five Zang organ'(五臟敗傷). Symptoms and signs are classified into asthenia of spleen and stomach, deficiency with excess, 'deficiency of liver and kidney'(肝腎不足), infiltration of damp-heat, 'deficiency of qi and blood'(氣血兩虛), 'yang deficiency of spleen and kidney'(脾腎陽虛).

14. 'Bo-jung-ik-gi-tang'(補中益氣湯), 'Gum-gang-hwan'(金剛丸), 'Yi-gong-san-hap-sam-myo-hwan'(異功散合三妙丸), 'Ja-hyel-yang-gun-tang'(滋血養筋湯), 'Ho-jam-hwan'(虎潛丸) are used for muscle dystrophy.

15. The causes of myasthenia gravis are classified into 'insufficiency of middle warmer energy'(中氣不足), 'deficiency of qi and yin of spleen and kidney'(脾腎兩虛), 'asthenia of qi of spleen'(脾氣虛弱), 'deficiency of qi and blood'(氣血兩虛), 'yang deficiency of spleen and kidney'(脾腎陽虛).

16. 'Bo-jung-ik-gi-tang-gagam'(補中益氣湯加減), 'Sa-gun-ja-tang-hap-gi-guk-yang-hyel-tang'(四君子湯合杞菊地黃湯), 'Sa-gun-ja-tang-hap-u-gyi-eum-gagam'(四君子湯合右歸飲加減), 'Pal-jin-tang'(八珍湯), 'U-gyi-eum'(右歸飲) are used for myasthenia gravis.

I. 緒 論

痿症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 特徵으로 하는 一種의 病證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 甚하면 生命이 危險할 수 있는 疾病이다.^{1,2)}

痿에 관한 내용이 최초로記載되어 있는 곳은 黃帝內經 素問 痿論篇⁴⁾으로, “五臟肺熱葉焦 發爲痿躄”이라 하여 痿症의 原因을 肺熱로 보았으며 “大五臟皆有爲與肺熱爲皮毛痿 心熱爲脈位 肝熱爲筋痿 脾熱爲肉胃 腎熱爲骨痿”라 하여 五臟에 따른 五痿로 分類하여 설명하고 있다.

痿症의 原因은 文獻에 따라 多樣하게 표현되고 있으나 많은 醫書에서 肺熱^{1,2, 4-7, 11-27)} 등의 熱症으로 보고 있으며, 治法上에 있어서는 內經에서 獨取陽明이라한 이래 주로 陽明濕熱을 爲主로 治法이 論議되어져 왔으며 丹溪以後로 濕熱, 濕痰, 氣虛, 血虛, 陰虛, 死血, 食積 등으로 區分되었다.^{1,2, 5-7)}

西洋醫學的으로는 痿症은 주로 感覺障礙 및 筋痿縮을 同伴하거나, 同伴하지 않는 對麻痺(paraplegia), 혹은 四肢麻痺(tetraplegia)로 볼 수 있으며 크게 脊髓疾患, 末梢神經病證(多發性神經病

症), 筋肉疾患, 神經-筋 接合部 疾患 등으로 區分할 수 있으며^{1-3, 8-10)} 많은 疾患들이 包含될 수 있으나 代表的으로 多發하는 疾患만을 舉論하면 頸椎脊椎症, Gullian-Barre syndrome, 筋異營養證, 週期性四肢麻痺, 重證筋無力症 등이 이에 속하며 程度와 部位의 差異는 있지만 肢體 및 四肢의 筋肉弛緩, 麻痺 및 感覺障礙, 痛症 등의 症狀을 보이는 疾病으로 痿症의 範疇에 包含된다고 볼 수 있다.^{1,2,11)}

이에 著者는 痿症과 西洋醫學的으로 痿症의 範疇에 該當하는 一部 疾患을 比較考察하여 若干의 知見을 얻었기에 이에 報告하는 바이다.

II. 本 論

1. 精校黃帝內經素問⁴⁾

痿論篇第四十四

黃帝問曰,五臟使人痿何也?

岐伯對曰,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.故肺熱葉焦,則皮毛虛弱,急薄,著則生痿躄也.心氣熱,則下脈蹶而上,上則下脈虛,虛則生脈痿,樞折攣,脛縱而不任地也.肝氣熱,則膽泄口苦,筋膜乾,筋膜乾則筋急而攣,發爲筋痿.脾氣熱,則胃乾而渴,肌肉不仁,發爲肉痿.腎氣熱,則腰脊不舉,骨枯而隨減,發爲骨痿.

帝曰，何而得之？

岐伯曰，肺者臟之長也，為心之蓋也，有所失亡，所求不得，則發肺鳴，鳴則肺熱葉焦，故曰，五臟因肺熱葉焦，發為痿躄，此之為也。悲哀太甚，則胞絡絕，胞絡絕，則陽氣內動，發則心下崩數洩血也。故本病曰，大經空虛，發為氣痺，傳為脈痿。思想無窮，所願不得，意淫於外，入方太甚，宗筋弛縱，發為筋痿，及為白淫。故下經曰，筋痿者，生於肝使內也。有漸於濕，以水為事，若有所留，居處相濕，肌肉濡漬，痺而不仁，發為肉痿。故下經曰，肉痿者，得之濕地也。有所遠行勞倦，逢大熱而渴，渴則陽氣內伐，內伐則熱舍於腎，腎者水臟也，今水不勝火，則骨枯而髓虛。故足不任身，發為骨痿。故下經曰，骨痿者，生於大熱也。

……岐伯曰，陽明者，五臟六腑之海，主潤宗筋，宗筋主束骨，而利機關也。衝脈者，經脈之海也，主滲灌谿谷，與陽明合於宗筋，陰陽總宗筋之會，會於氣街，而陽明為之長，皆屬於帶脈，而絡於督脈，故陽明虛，則宗筋縱，帶脈不仁，故足痿不用也。

太陰陽明論

帝曰脾病而四肢不用何也？

岐伯曰，四肢皆稟氣於胃而不得至經，必因於脾乃得稟也。今脾病不能為胃行其津液，四肢不得稟受穀氣，氣日以衰，脈道不利，筋骨肌肉，皆無氣以生，故不用焉。

2. 三因極一病證方論¹⁴⁾

五痿絞論

夫人身有皮毛 血脈 筋膜 肌肉 骨髓以成形 內則有肝 心 脾 肺 腎以主之。若髓情忘用 喜怒不節 勞秩兼併 致內藏精氣虛耗 營衛失度 發為寒熱 使氣血筋骨 肌肉 痿弱無力以運動 故致痿躄。狀與柔風脚氣皆相類以脈證并所因治之 不可相混。柔風脚氣皆外所因。痿躄則屬內 臟氣不足之所為也。

3. 儒門事親¹²⁾

指風痺痿厥近世差玄說二

風者，必風熱相兼；痺者，必風濕寒相合；痿者，必火勝金；厥者，或寒或熱，皆從下起

……痿之為狀，兩足痿弱，不能行用。由腎水不能勝心火，心火上煉肺金。肺金受火制，六葉皆焦，皮毛虛弱，急而薄著，則生痿躄。躄者，足不能申而行也。腎

水者，乃肺金之子也。令腎水衰少，隨火相炎。腎主兩足，故骨髓衰竭，由使內太過而致。然《至真要大論》云諸痿喘嘔皆屬於上者，上焦也。三焦者，手少陽相火也。痿，喘，嘔三病，皆在膈上，屬肺金之部分也，故肌痺傳為肺痿；濕痺不仁，傳為肉痿；水渴足躄，傳為骨痿；房室太過為筋痿，傳為白淫。大抵痿之為病，皆因客熱而成。好以貪食，強力過極，漸盛痿疾。故痿躄屬肺，肺痿屬心，筋痿屬肝，肉痿屬脾，骨痿屬腎，總因肺受火熱，葉焦之故。相傳于四藏，痿病盛矣。直斷曰痿病無寒。故痿之作也，五月，六月，七月，皆其時也。午者，少陰君火之位；未者，濕土庚金伏火之地；申者，少陽相火之分。故痿發此三月之內，以為熱也。故病痿之人，其脈浮而大。

4. 脾胃論·濕熱盛為肺金受邪論¹¹⁾

六七月之間，昏令大行，子能令母實而熱旺，濕熱相合，而刑金大腸，故寒涼以救之。燥金濕熱之邪，絕寒水生化之源，源絕則腎虧，痿厥之病大作。腰以下，痿軟癱瘓不能動，行走不定，兩足欹側，以清燥湯主。

清燥湯 黃連去鬚，酒黃蘗，柴胡 以上各一分 麥門冬 當歸身 生地黃 炙甘草 豬苓 麴 以上各二分 人參 白茯苓 升麻 以上各三分 橘皮 白朮 澤瀉 以上各五分 蒼朮 錢 黃耆 一錢五分 五味子 九枚 右咬咀，如麻豆大，每服半兩。水二盞半煎至一盞，去滓，稍熱，空心服

5. 丹溪心法附餘¹³⁾

痿症。斷不可作風治。而用風藥。有濕熱濕痰氣虛血虛。癆血濕熱。東垣健步丸。加燥濕。降陰火。蒼朮黃芩黃柏牛膝之類。濕痰。二陳湯加蒼朮白朮黃芩黃柏竹瀝薑汁。氣虛。四君子湯加黃芩黃柏蒼朮之類。血虛。四物湯加黃柏蒼朮煎。送補陰丸亦有死積死血。妨碍不得不降者。大率屬熱。用參朮四物湯黃柏之類。

附諸賢論

或曰手陽明大腸經。肺之附也。足陽明胃經。脾之腑也。治痿之法。取陽明一經。何也。願明以告我。丹溪先生曰。內經云。諸痿。生於肺熱。只此一句。便見治法大意。經曰。東方實。西方虛。瀉南方。補北方。此固是就生就。言補瀉。而大經大法。不外於此。東方。木肝也。西方。金肺也。南方。火心也。北方。水腎也。五行之中。惟火有二。腎雖有二。水

居其一.陽常有餘.陰常不足.故經曰一水.不勝二火.理之必然.肺金體燥而居上.主氣畏火者也.脾土.性濕而居中.主四肢.畏水者也.火性炎上.若嗜欲無節即水失所養.火寡于畏.而侮所勝.肺得火邪.而熱矣.木性強急.肺受熱.即金失所養.木寡于畏.而侮所勝.脾得木邪.而傷矣.肺熱.即不能管攝一身.脾傷.即四肢不能爲用.而諸痿之病.作矣.瀉南方.即肺金清.而東方不實.何脾傷之有.補北方.即心火降而西方不虛.何肺熱之有.故陽明實.即宗筋潤.能束骨而利機關矣.治痿之法.無出於此.駱龍吉.亦曰.風火概熾.當滋腎水.東垣先生.取黃柏爲君.黃芪等補藥之輔佐.以治諸痿.而無一定之方.有兼痰積者.有濕多者.有濕熱相半者.有挾氣者.臨病製方.其善於治痿者乎.雖然.藥中肯綮矣.若將理失宜.聖靈不治也.天產作陽.厚味發熱.先哲格言.但是患痿之人.若不淡薄食味.吾知其必不能安全也.

6. 醫學綱目²²⁾

痿症

痿者.手足痿軟而無力.百節緩縱而不收也.

[丹] 痿屬濕熱.有濕痰者.有氣虛者.有血虛者.有食積妨.礙不降者.有瀉血者.

[素] 黃帝問曰.五臟使人痿.何也.岐伯曰.肺主身之皮毛.心主身之血脈.肝主身之筋脈.脾主身之肌肉.腎主身之骨髓.故肺熱葉焦.則皮毛虛弱急薄.著則生痿躄也.心氣熱.則下脈厥而上.上則下脈虛.虛則生脈痿.樞折攣.脛縱而不任地也.肝氣熱.則膽洩.口苦.筋膜乾.筋膜乾則筋急而攣.發爲筋痿.脾氣熱.則胃乾而渴.肌肉不仁.發爲肉痿.腎氣熱.則腰脊不舉.骨枯而隨滅.發爲骨痿.帝曰.何以得之.岐伯曰.肺者臟之長也.爲心之蓋也.有所失亡.所具不得.則發肺鳴.鳴則肺熱葉焦.故曰.五臟因肺熱葉焦.發爲痿躄.此之謂也.悲哀太甚.則胞絡絕.胞絡絕則陽氣內動.發則心下崩.數叟血也.故本病日.大經空虛.發爲肌痺.傳爲脈痿.思想無窮.所原不得.意淫於外.入方太甚.宗筋弛終.發爲筋痿.及爲白淫.故下經曰.筋痿者.生於肝使內也.有漸於濕.以水爲事.若有所留.居處相濕.肌肉濡賁.痺而不仁.發爲肉痿.故下經曰.肉痿者.得之濕地也.有所遠行勞倦.奉大熱而渴.渴則陽氣內伐.內伐則熱金於腎.腎者.水臟也.今水不勝火.則骨枯而水虛.故足不任身.發爲骨痿.故下經曰.骨痿者.

生於大熱也.帝曰.何以別之.岐伯曰.肺熱者.色白而毛敗.心熱者.色赤而絡脈溢.肝熱者.色蒼而爪枯.脾熱者.色黃而肉濡動.腎熱者.色黑而齒枯.....

或問曰.治痿之法.取陽明之一經.此引而未發之言.願明以告我.予曰.諸痿生於肺熱.只此一句.便見治法大意.經曰.東方實.則西方虛.瀉南方.補北方.此固就生剋言補瀉.而大經大法.不外於此.東方木肝也.西方金肺也.南方火心也.北方水腎也.五方之中.惟火有二.腎水雖兩.水居其一.陽常有餘.陰常不足.故經曰.一水不勝二火.理之必然.金體燥而居上.主氣.畏火者也.土性溫而居中.主四肢畏火者也.火性炎上.若嗜欲無節.則水失所養.火寡於外.而侮所勝.肺得火邪則熱矣.木性剛急.肺受熱則失所養.本寡於外.而侮所勝.脾得木邪而傷矣.肺熱則不能管攝一身.脾傷則四肢不能爲用.而諸痿之病作.瀉南方.則肺金清.而東方不實.何脾傷之有.補北方.則心火降.而西方不虛.何肺熱之有.故陽明實.則宗筋潤.能束骨而理機關矣.治痿之法.無出於此.駱龍吉亦曰.風火概熾.當滋腎水.東垣先生取栝皮爲君.黃芪等補藥輔佐.以治諸痿.而無一定之方.有兼痰積者.有濕多者.有熱多者.有濕熱相半者.有挾氣者.臨病制方.其先於治痿者乎.雖然.藥中肯綮矣.若將理失矣.醫不治也.天產作陽.氣厚發熱.先哲格言.但是患痿之人.若不淡薄食味.吾知其必不能安也.

7. 證治準繩²³⁾

痿者 手足痿軟而無力 百節緩縱而不收也. 聖人以痿病在諸證爲切要 故特著篇目 分五臟之熱病名 其所屬皮脈筋肉骨之痿 致足不任於地 及敍五臟得熱之邪 則以一臟因一邪所傷 觀其微旨 是用五志五勞六淫 從臟氣所要者 各舉其一以爲例耳

8. 張氏景岳全書¹⁵⁾

痿症

痿論帝曰五臟使人痿何也岐伯曰肺主身之皮毛心主身之血脈肝主身之筋脈脾主身之肌肉腎主身之骨髓故肺熱葉焦即皮毛虛弱急薄暑則生痿躄也心氣熱則下脈急而上上則下脈虛虛則生脈痿樞折攣脛縱而不任地也肝氣熱則膽泄口苦筋膜乾筋膜乾則筋急而攣發爲筋痿脾氣熱則胃乾而渴肌肉不仁發爲肉痿腎氣熱則腰脊不舉骨枯而隨滅發爲骨痿.....

論證

痿症之義內經言之詳矣觀所列五臟之證皆言爲熱而五藏之證又總於肺熱葉焦以致金燥水虧乃成痿證如丹溪之論治誠得之矣然細察經文又曰悲哀太甚則胞絡絕傳爲脈痿思想無窮所願不得發爲筋痿有漸於濕而水爲邪發爲肉痿之類則又非盡爲火證此其有餘不盡之意猶有可知故因此而生火者有之因此而敗傷元氣者亦有之元氣敗傷則精虛不能灌溉血虛不能營養者亦不少矣若概從火論則恐眞陽虧敗及土衰水瀦者有不能堪故當酌寒熱之淺甚審虛實之緩急以施治療庶得治療之全矣...

論治

一凡痿由濕熱脈洪滑而證多煩熱者必當先去其火宜二妙散隨證加減用之若陰虛兼熱者宜正傳加味四物湯虎脛骨丸或丹溪補陰丸滋陰八味丸之類主之若絕無火證而止因水虧於腎血虧於肝者則不宜兼用涼藥以伐生氣惟鹿角膠丸爲最善或加味四斤丸八味地黃丸金剛丸之類俱可擇用若陰虛無濕或多汗者俱不宜輕用蒼朮蓋痿證最忌散表亦恐傷陰也一東垣取黃柏爲君黃芪等補藥輔佐以治諸痿無一定之方有兼痰積者有濕多熱多者有濕熱相半者有挾氣者臨病製方其亦治痿之良法也。

9. 張氏醫通¹⁷⁾

痿

.....凡人自覺兩足熱如火炙自足踝上下衝膝腿具痿弱軟痛能行而不能久立脈濡而數乃陰虛而挾濕熱也虎潛丸不應少加附子骨痿不能起於壯者金剛丸經言骨痿者生於大熱也有所遠行勞勞逢大熱而渴渴則陽氣內伐內伐則熱舍於腎腎者水臟也今水不乘火則骨枯而受虛足不任身發爲骨痿此濕熱成痿多發於夏令人骨乏無力故治痿獨取陽明東垣獨得其秘而用清燥之劑主以清暑益氣湯屬濕痰者手足軟弱脈沈滑兼腰膝麻木或腫二陳湯加二朮羌活黃柏竹瀝薑汁黑瘦人脈虛弱惑左脈大而無力行步歎難或兼盜汗陰虛等證者是血虛有火四物加牛膝肉桂黃柏蒼朮陰血衰弱不能養筋筋緩不能自收持故痿弱無力補血榮筋丸氣虛痿弱無力四君子加蒼朮黃柏肉桂黃芪肥

白人脈沈緩或滑惡心胸膈不利屬氣虛有痰六君子加蒼朮黃柏竹瀝薑汁兼食積則氣口弦滑腹脹惡食是食積妨礙脾氣不得運於四肢導痰湯加查麴木瓜防己挾死血者脈沈澁或弦而按之則扎爲惡血流於腰膝或因產後或跌撲傷損而得者不可作虛治。

10. 臨證指南醫案¹⁶⁾

痿

耕耘肺熱葉焦則生痿躄又云치위獨위陽明以及맥위筋痿肉痿骨痿之論內經어위症一門可謂상심精密矣奈後學不解病情이제痿一症후早錄於虛勞或散見於風濕대실經旨賴丹溪先生特表而出之석호其言지미備也부위중지旨不外乎肝腎肺胃四經旨病蓋肝主筋肝傷則四肢不爲人用而筋骨拘攣腎藏精精血相生精虛則不能灌溉諸末血虛則不能營養筋骨肺主氣爲高潔之藏肺虛則高源化絕化絕則髓涸髓涸則不能濡潤筋骨陽明爲宗筋之長陽明虛則宗筋縱宗筋縱則不能束筋骨而流利機關此不能步履痿弱筋縮之症作矣故先生治痿無一定之法用力無獨執之見如衝任虛寒而成痿者通陽攝陰兼實奇脈爲主濕熱沈着下焦而成痿者用苦辛寒燥爲主腎陽奇脈兼虛者用通納八脈收拾散越之陰陽爲主如下焦陰虛及肝腎虛而成痿者用河間飲子虎潛諸法鎮納下焦和肝熄風爲主陽明脈空厥陰風動而成痿者用統攝爲主肝腎虛而兼濕熱及濕熱蒸灼筋骨而成痿者益下佐以溫通脈絡兼清熱利濕爲主胃虛壅塞筋骨不利以成痿者用流通胃氣及通利小腸火腑爲主胃陽腎督皆虛者兩固中下爲主陽明虛營絡熱及內風動而成痿者以清營熱熄內風爲主肺熱葉焦而成痿者用甘寒清上熱爲主邪風入絡而成痿者以解毒宣行爲主精血內脫奇脈少氣而成痿者以鎮補精髓爲主先生立法精詳眞可垂諸不朽矣。

11. 醫門寶鑑²⁴⁾

痿病

痿者手足之痿弱而不痛之謂蓋不能舉持也又名軟風此因陰血虛而生內熱肺傷而不能管攝一身脾傷而不能運用四肢乃成痿躄矣古方雖有皮肉筋脈骨諸痿之名都不過氣血內虛風濕外感之致也宜治瀉南補北其類六條

詳陳于下. 通用清燥湯鹿角膠丸虎潛丸.

一日虛痿之證其治有五. 血虛者宜四物湯合生脈散. 加蒼朮黃柏牛膝下補陰丸. 氣虛者宜四君子湯加蒼朮黃柏黃芩下鹿茸四斤丸. 氣血兩虛者宜滋血養筋湯下養血壯筋健步丸. 腎虛者宜起痿丹. 肝腎俱虛者宜五獸三賈丸.

一日濕熱多而成痿者宜健步丸三妙丸加味二妙丸.

一日痰火起於手足之內而痿者宜二陳湯加兩朮芩柏竹瀝薑汁.

一日瘀血妨碍而成痿者宜四物湯加參朮黃柏紅花.

一日食積滯於陽明升降有碍而痿者宜減味清燥湯白朮膏.

一日外邪侵身成痿者其治有二. 挾寒者宜五積散合獨活寄生湯. 挾風者宜大秦芩湯何首烏丸.

12. 懸吐醫學入門²⁶⁾

痿

.....瀉南則肺金이 淸而東方이 不旺하야 脾不傷而宗筋이 潤矣요 補北則心火降而西方이 不虛하야 肺不焦而榮衛가 通矣리니 清燥湯, 虎潛丸, 腎氣丸으로 調和命水二臟이 治痿之大經也니라.

血虛者면 四物湯合生脈散에 加 蒼朮, 黃柏, 牛膝로 下 補陰丸이오 氣虛者면 四君子湯에 加 蒼朮, 黃柏, 黃芩으로 下 鹿茸四斤丸에 加 五味子거나 或 五獸三賈丸이니라. 又有瘀血이 妨碍者하니 四物湯에 加 參, 朮, 黃柏, 紅花니라.

有濕多者하고 有熱多者하며 有濕熱이 相半者하니 健補丸, 四製蒼栢丸이오 痰火가 起於手足之內者면 二陳湯에 加 蒼朮, 黃柏, 白朮, 黃芩, 竹瀝, 薑汁이니라.

又恐食積은 陽明滯니 加味清燥湯이니라. 如食이 全少者면 白朮膏니라.

隨各臟의 旺月하야 調補則易니라. 間有挾寒者하니 五積散 合 獨活寄生湯이오 挾風者면 大秦芩湯, 何首烏丸이니라.

助火發熱 故也라. 素不能淡薄者면 搜風順氣丸이니라.

13. 醫宗金鑿²⁵⁾

痿病總括

五痿皆因肺熱生陽明無病不能成肺熱葉焦皮毛痺發爲痿躄不能行心熱脈痿經節縱骨腰脊不能與肝筋拘攣失所養脾肉不仁燥渴煩[註]五痿心肝脾肺腎之痿也痿屬燥病故皆因肺熱而生也陽明者五臟六腑之海主潤宗筋陽明無病即宗筋潤能束骨而利機關雖有肺熱不能成痿也肺熱葉焦陽明虛弱津液不化筋骨失養皮毛痺痿發爲痿躄不能行也因而心氣熱爲脈痿即經節縱而不任地肺兼心病也因而腎氣熱爲骨痿即腰脊不能與舉肺兼腎病也因而肝氣熱爲筋痿即筋失所養拘攣不伸肺兼肝病也因而脾氣熱爲肉痿即胃燥而渴肌肉不仁肺兼脾病也

痿病治法

痿燥因何治濕熱避經獨取陽明陽明無故惟肺脾胃壯能食審證攻控延小胃濕痰熱陽明積熱法三承胃弱食少先養胃久虛按證始收功[註]痿屬燥病因何而用治濕熱苦燥之藥蓋奠內經之治法獨取於陽明胃也故胃家無病雖有肺熱惟病肺而不病痿也是知病痿者胃家必有故也或濕熱或積熱或濕痰不論新久若胃壯能食當先審證攻之胃有濕痰用控涎丹攻之有濕熱者用小胃丹攻之有積熱者用三承氣湯攻之治胃壯能食之法也若胃弱飲食減少氣血津液不足當先以補養脾胃爲主其有久病留連諸虛燥熱或攻下之後調理當審證治之始收全功也

加味二妙湯

加味二妙濕熱痿病足痿軟熱難當防已當歸川萆薢黃柏龜板膝秦蒼

清燥湯 虎潛丸 十全大補湯 加味金剛丸

時令濕熱清燥效陰虛濕熱虎潛靈久虛痿軟全金主草瓜牛菟杜菴蓉

14. 醫學心悟¹⁹⁾

痿

痿, 大症也, 諸痿生於肺熱. 經曰. <五臟因肺熱葉焦, 發爲痿躄.> 肺氣熱, 則皮毛先痿, 而爲肺鳴. 心氣熱, 則脈痿經縱, 不任地. 肝氣熱, 則筋痿, 口舌而經攣. 脾氣熱, 則肉痿, 肌膚不仁. 腎氣熱, 則骨痿, 腰脊不舉. 丹溪治法瀉南方, 補北方. 瀉南方, 則肺金不受刑. 補北方, 則心火自下降. 俾西方清肅之令下行, 庶肺氣轉清, 筋脈骨肉之間, 濕熱漸消, 而痿可愈也. 然經云: <治痿獨取陽明> 何也? 蓋陽明爲臟腑之海, 主潤宗筋, 宗筋主束骨而利機關也. 陽明虛, 則宗筋縱, 帶脈不引, 故足痿不用也. 由前論

之,則曰五臟有熱;由後論之,則曰陽明之虛.二設似異而實同.皆陽明胃屬濕土,土虛而成濕熱之化,則母病傳子,肺金受傷,而痿症作矣.是以治痿,獨取陽明也.取陽明者,所以祛其濕;瀉南補北者,所以清其熱.治痿之法,不外補中去濕,養陰清熱而已矣.

15. 國譯萬病回春²⁷⁾

二十四, 痿躄

<脈> 痿는 肺燥로 因한 것이니 脈은 浮, 弱한 것이 많다. 寸口脈이 만약 沈하면 發汗하는 것은 錯法이다. 足痛 혹은 足軟한 것에는 오로지 尺脈을 審査하는데 滑痰하고 緩하며 혹은 沈하고 弱하다.

痿란 것은 上盛, 下虛하여 能히 食하지만 行步하지 못하는 것이다. 痿는 內傷으로 血氣의 虛損이 主인이다. 治療로는 參歸養榮湯, 加減虎潛丸, 消痰降火藥 등을 쓴다. 風으로 잘못 알고 치료해서는 안된다. 風은 外感이요 痿는 內傷인 것이다. 사람이 만약 언제나 足이 熱하다면 후에 반드시 痿가 된다. 다년간 일어나지 못하는 자는 이것이 있는 것이다.

參歸養榮湯: 痿症을 다스린다. 뚱뚱한 사람은 氣虛에 속하고 痰이 있다. 半夏를 加하고 白芍을 버린다. 깡마른 사람은 血虛에 속하고 火가 있다. 當歸, 熟地黃을 倍加한다.

虎潛丸: 만약 夢遺를 한다면 鎖陽을 酒洗하여 加한다.

鹿角霜丸: 四時의 虛弱으로 兩足이 痿軟하여 행동을 하지 못하고 오랫동안 床褥에 누워있는 症을 다스린다.

蒸法: 腎氣의 虛弱으로 脾胃腑의 二經이 風, 寒, 濕을 받아서 腿膝에 정체되어 經絡이 凝滯되어 流行하지 못하며 變하여 脚痿가 된다. 그러므로 疼痛을 發하는 것이다. 이것은 能히 營衛를 和하고 經絡을 通하게 한다. 川椒, 葱, 塩, 大麥麩, 酒. 右를 醋에 和하여 濕潤하게 되었으면 銀器에서 炒하여 極熱하게 하여 가지고 臥褥上에 就하고 患部인 脚腿를 臥褥上에 就하여 薰蒸하되 얇은 이불로 덮어서 汗이 고루 나게 하고 約 半個時辰에 절거하고 炒麩를 止한다. 薰褥中에는 兩個時辰을 누워서

汗이 약간 解함을 느끼게 되기를 기다린다. 汗을 쏘이지 않도록 하라. 效가 나타나게 된다.

清燥湯: 六-七月間에 濕이 大行하여 子가 能히 母를 實하고 熱旺케 하고 濕, 熱이 相合하면 太陽을 傷하게 된다. 그러므로 寒涼한 藥으로써 이것을 救하는 것이다. 燥한 金이 濕熱의 邪를 받으면 寒을 拒하여 水가 生하되 源源하여 끊어지지 않은 즉 腎이 虧하고 痿厥의 病이 크게 일어나며 腰下가 痿軟하고 癱瘓하여 움직이지를 못하게 되는 것이다.

16. 醫學正傳⁷⁾

痿症

<內經>曰:肺熱葉焦,五臟因而受之,發爲痿躄.心氣熱爲脈痿,則脛縱而不任地.肝氣熱爲筋痿,故筋急而攣.脾氣熱爲肉痿,則胃乾而渴,肌肉不引.腎氣熱爲骨痿,則腰膝不舉,骨枯而隨滅. 又曰:治痿者獨取陽明一經,陽明者五臟六腑之海,主潤宗筋,能束骨而利機關也.沖脈者經脈之海也,主滲灌溪谷,如陽明合于宗筋,陽明總宗筋之會,會于氣衝,而陽明爲之長,皆屬於帶脈,而絡于督脈.故陽明虛則宗筋弛縱,帶脈不引,故足痿不用也.治法各補其營而通其脈,調其虛實,和其逆順,筋脈骨肉,各以其時受月,則病已矣.言治諸痿宜組補各臟,以待其旺月而病安也.

方法

丹溪曰: 有濕熱,有痰,有血虛,有氣虛,亦有瀉血者,有食積妨碍升降者.

聲氏曰: 上文論痿起于肺熱,實痿之本論,治法之大要也.而此云然者,蓋以其發而爲病,所因所挾或有不同,而主治亦當各著其重也.

東垣取黃栢爲君,黃芪等補藥爲輔佐,以治諸痿,無一定之方,有兼痰積者,有濕多者,有熱多者,有濕熱相半者,有挾氣者,臨病制方,其善于治痿者乎.

濕熱,用東垣健補丸,加燥濕降火之劑-黃栢,黃芩,蒼朮之類.

濕痰,用二陣湯,加蒼朮,白朮,黃芩,黃栢之類,入竹瀝,薑汁.

血虛,用四物湯,加蒼朮,黃栢,下補陰丸.

氣虛,用四君子湯,加蒼朮,黃芩,黃栢.

黃栢,蒼朮,治痿之要藥也.

虎潛丸補腎丸皆加治痿。

17. 醫林改錯¹⁶⁾

癱痿論

奈古人論痿症之源，因足陽明胃經濕熱，上蒸於肺，肺熱葉焦，皮毛憔悴，發為痿症，概用清涼攻下之方。余論以清涼攻下之藥，治濕熱腿疼痺病則可，治痿症則不相宜。豈知痺症疼痛，日久能令腿癱，癱後仍然腿疼。痿症是忽然兩腿不疼，始終無疼痛之苦。상 標本不清，虛實混淆，豈不遺禍後人。

18. 證治彙補⁵⁾

痿挾標症

內熱成痿。此論病之本也。若有感發，必因所挾而致。有濕熱者，有濕痰者，有氣虛者，有血虛者，有陰虛者，有邪血者，有食積防碍升降道路者，當明辨之。

痿症總辨

痿與柔風脚氣相似，但彼因邪實而痛，痿屬內虛而不痛。其痿症亦有作痛者，必挾火挾痰挾濕挾瘀而起，切不可混同風治。

19. 醫學衷中參西錄²⁰⁾

治肢體痿廢方

振顏湯

痿症之大旨，當分為三端。有肌肉痺木，抑搔不知疼痒者，其人或風寒濕入經絡；或痰涎鬱塞經絡；或風寒痰涎，互相凝結經絡之間，而致血脈閉塞，而其原因，實由于胸中大氣虛損。蓋大氣旺，則金體充盛，氣化流通，風寒痰涎，蓋不能為恙。大氣虛，則腠理不固，而風寒易受，脈管澀淤，而痰涎易鬱矣。有周身之筋拘攣，而不能申者。蓋人身之筋以宗筋為主，而能營養宗筋者，陽明也。其人脾胃素弱，不能化穀生液，以營養宗筋，更兼內有蘊熱而鍊耗之。或更為風寒所襲，致宗筋之伸縮自由者，更有縮無申，沈成拘攣矣。有筋非拘攣，肌肉非痺木，惟覺骨軟不能履地者。內骨髓枯涸，腎虛不能作強也。故方重用黃耆而補大氣，白朮以健脾胃。當歸，乳香，沒藥以疏通血脈。靈仙以祛風消痰，恐其性偏走泄，而以人參之氣血兼補者佐之。乾薑以開氣血之痺。知母以解乾薑，人參之熱。則

藥性和平，可久服而無弊。...

20. 中醫症狀鑑別診斷學²⁾

146 肢體痿癱

鑑別分析

肺熱傷津痿癱與濕熱侵淫痿癱：二者都是熱邪為患。肺熱傷津痿癱多見於急性熱病之後，因肺為嬌臟，不耐邪侵，尤以溫熱犯肺，肺熱傷津，津液不足以敷布，筋脈失其潤養所致。其鑑別要點為：熱病後漸見四肢痿癱，伴有發熱咳嗽，咽乾口燥等肺熱津虧等症。或過食肥甘厚味，久者辛辣酒醴，生濕化熱，濕郁熱蒸，筋脈痺阻所致，伴見手足下垂，身熱胸痞。前者治宜養肺生津，清熱潤燥，方選清燥救肺湯合益胃湯加減。後者治當清熱利濕，方選加味二妙散化裁。

脾胃氣虛痿癱和肝腎虧損痿癱：脾胃為後天之本，氣血生化之源。先天稟賦不足，或後天飲食失調，或久病失養，或久瀉久痢，脾胃運化機能衰退，氣血生化無源，百骸溪谷皆失所養，宗筋弛緩，及致四肢痿癱不用，伴見神疲氣怯，面浮肢腫等氣虛症狀。治宜健脾益氣，方選補中益氣湯或參苓白朮散加減。由氣虛進而發展為陽虛的，治宜溫中益氣，用附子湯加味。若兼見脾胃陰虛，可加沙參，麥冬，玉竹之類。肝腎虧損痿癱，多有久病體虛，肝腎之陰血內耗，或縱欲無度，肝陰腎精枯竭，皆可致痿。肝主筋為藏血之臟，腎主骨，乃藏精之所，真陰真陽所居，是以肝腎精血虧損，筋骨經脈失養，可致四肢痿癱，其伴見腰脊痠軟，頭暈耳鳴等症，治宜補益肝腎，滋陰清熱，方用虎潛丸或鹿角膠丸加味。

瘀血阻滯痿癱：跌打損傷或寒凝血脈，或氣虛血滯，血液循行遲緩滯塞，留滯經絡筋脈，以致四肢枯萎不用，其鑑別要點在於：舌見青紫或藍色斑點，肌膚枯燥，甚即甲錯，脈遲而澀，治宜活血化癥：紅花四物湯加黃芪，培牛膝。

痿癱一症，虛症為多。雖有實證，但亦為本虛表實。歷代醫家論痿，多主陰虛，治重滋陰為主，然據臨床所見，陽虛者亦有之，故治痿不能固執一端。

21. 實用中西醫結合診斷治療學²¹⁾

急性感染性多發性神經炎

二. 辨證

(一)本病常見證候及表現特點

1. 肺熱傷津 初期發病咽痛，鼻塞流涕，突然出現癱瘓(多先下肢無力)，筋脈弛緩，麻木不仁，心煩口渴，皮膚乾燥或手足出汗，小便黃，大便秘結，舌質淡，苔黃，脈數

2. 濕熱浸淫 四肢酸沈無力，進而癱軟痿廢或四肢麻木，酸痛，胸悶，或口眼歪斜，口渴不欲飲水，大便溏稀，小便短赤，舌體胖嫩，舌質暗，苔黃膩，脈弦滑數。

3. 脾腎兩虛，寒濕下注，突然四肢軟癱，常先雙下肢癱或下肢癱重，或四肢麻木，手足發涼，甚至肢體冷汗頻出或胸部束帶感，進而吞嚥困難，痰液滯留，呼吸急促，脣甲青紫，或瞬目不能，舌質淡，苔薄白或舌質紫，苔白膩，脈沈遲或沈伏。

4. 脾胃虛弱，四肢癱瘓，下肢痿重，筋脈弛緩，手足腫脹，食少腹脹，肌肉握痛，病久可有肌肉消瘦，面色萎黃無華，大便溏稀，舌質淡，舌苔薄白，脈細無力

5. 肝腎兩虛，肢體癱瘓，筋脈遲緩，腰酸膝軟，肢體麻木，蟻走感或針刺感，兩目乾澀，頭暈，耳鳴，舌紅少苔，脈細數。

(二)辨證요점 本病以四肢軟癱為主症，夏秋兩季發病較多，中醫認為夏秋時節氣候炎熱潮濕，故濕熱是導致本病發生的主要原因，濕熱浸淫型是最常見的辨證類型。脾腎陽虛，寒濕下注型可出現呼吸困難，甚至亡陽亡陰的危險證候，故對此型患者應急予足芻重視。病久可見脾虛，肝腎陰虛之候。

二. 中藥治療

(一)肺熱傷津 治以清熱潤肺，甘寒滋陰。方選清燥救肺湯加減：桑葉10g，北沙參12g，炙枇杷葉 10g，生石膏30g，桔梗10g，麥冬12g，炒杏仁12g，銀花15g，連翹12g，桑枝30g，蘆根30g，下肢癱瘓加牛膝15g，木瓜12g，強筋壯骨；上肢癱瘓加秦艽12g，威靈仙12g，赤芍12g，鷄血藤30g等活血通絡；肢體疼痛加乳香30g，生牡蠣30g，沒藥10g，活血止痛；汗多加生黃芪30g，生牡蠣30g，浮小麥30g益氣固表；大便秘結加大黃6g清熱通腑

(二)濕熱浸淫 治以清熱利濕。方選三妙丸加減：蒼朮12g，黃柏10g，煨牛膝15g，生薏仁12g，萆薢10g，茯苓15g，獨活12g，木瓜12g，桑枝30g，威靈仙12g，丹參30g，鷄血藤30g。肌肉疼痛加乳香，沒藥活血止

痛；胸滿痞悶加厚朴12g，枳殼12g，青皮10g等寬胸理氣；口眼歪斜加白附子12g，白殭蠶15g，全蝎6g等熄風通絡。

(三)脾腎不足，寒濕下注 治以去寒濕，溫脾腎。方選麻黃附子細辛湯合參朮湯加減：製附子30g(先煎半h) 麻黃10g 細辛3g 人參30g 白朮10g。寒濕重加蒼朮12g健脾燥濕，肢冷汗多去麻黃，重用黃芪。臨床上無寒濕而下元虛虧治瘵可用二仙湯合四物湯治療。

(四)脾虛 治以益氣健脾。方選參苓白朮散加減：黨參15g 茯苓12g 山藥12g 陳皮10g 桂枝10g 羌活12g 懷牛膝15g 川續斷12g 木瓜12g 丹參30g。肌肉握痛時加乳香，沒藥，細辛等活血溫陽，通絡止痛；手足腫脹加絡石藤，川草薢宣濕通絡；若出現舌質紅少苔或苔薄黃而乾，口乾渴等陰虛有熱之狀，則去陳皮，桂枝，羌活等，加生地黃30g，麥冬12g，沙參12g，生石膏30g，桑枝30g，秦艽10g等滋陰清胃熱，通絡

(五)肝腎兩虛 治以補益肝腎，滋陰清熱。方選虎潛丸加減：炒龜板30g 鹽黃柏10g，知母10g，熟地30g 當歸12g 生黃芪30g 阿膠10g 製首烏12g 赤芍12g 羌活12g 桑枝30g 川牛膝15g。出現針刺感覺加乳香沒藥活血止痛；若面色無華，頭暈心悸的加黃芪20g，黨參15g，製首烏12g，阿膠10g等益氣養血；若久病陰及陽，出現肢冷陽痿，舌質淡，苔白，脈沈細等腎陽虛症狀時，酌加鹿角鎊，補骨脂，製附子，肉桂等溫補腎陽之品

22. 實用中醫腦病學¹⁾

〔概述〕

痿症是因臟腑內傷，腦海空虛，肢體的皮、肉、筋、骨，脈感受外邪的侵淫，失于榮養，引起肢體筋脈弛緩，手足痿軟無力，不能隨意運動為特徵的一種病症。本病可突然起病，亦可緩慢發病，輕者軟弱無力，重者四肢廢痿不用，甚則危及生命。

.....近代醫家運用中醫診治痿症的經驗，來治療現代醫家的多發性神經炎，進行性肌萎縮，重症肌無力，側索硬化症，脊髓炎，週期性麻痺等疾病，取得了較好療效。

〔病因病機〕

一. 髓海空虛，先天不足，久病體弱，或貪飲好色，房室過度，陰精暗耗，或陰虛火旺，遺精早泄，善傷腎

精。如《素問·痿論》所指出：“思想無窮，所願不得，意淫于外，入房太甚，宗筋弛縱，發為痿癱”。肝藏血，主筋，為罷極之本；腎藏精，柱骨，為強壯之官，并生髓充于腦，腦為髓海，精足髓充，則筋骨堅強，活動自如；若腎精不足，髓海空虛，筋骨肌肉失養，而致本病。誠如《景岳全書·雜症謨·痿症》中云：“痿症之義……元氣敗傷則精虛不能灌溉，血虛不能營養者亦不少矣”。

二. 熱傷肺津：感受溫熱之邪，每致肺熱熏灼，如《素問·痿論》指出：“肺熱葉焦，則皮毛虛弱急薄，着則生痿癱也”。別一方面，五臟之火熱熏蒸，則金彼克而肺熱葉焦，說明五臟病熱亦可累及于肺。熱之因多由精血不足，髓海空虛，因虛而致。此流痿症，多發生于溫熱病中或病後。

燥邪傷肺也是津枯成痿的原因之一。肺主一身之氣化，朝會百脈，藏真氣傳受于全身，筋骨經脈得其濡養，維持正常運動。若邪熱傷肺，或病候邪熱未清，肺金受邪熱熏灼，則津液受損，水虧火旺，高源真氣生化無源，而致筋脈失其濡潤，故手足痿弱不用，痿症乃成。

三. 脾胃損傷：脾主四支，肌肉。《素問·太陰陽明論》指出：“脾病而四肢不用”，今“脾病不能為胃行其津液，四肢不得稟受穀氣，氣日以衰，脈道不利，筋骨肌肉皆無以生，故不用焉。”素本脾弱或因病致虛，使脾胃受納運化失常，氣血生化不足而致。別一方面若過食肥甘厚味，飲食不節，損傷脾胃，而致濕熱蘊積，壅滯脈絡，影響氣血運行，亦可致痿。

四. 濕熱浸淫：久處濕地，或冒雨涉水，感受外來地濕邪，積漸不去，鬱而生熱，浸淫經脈，而致筋脈弛緩不用，成為痿症。《素問·生氣通天論》說：“因于濕，首如裹，濕熱不攘，大筋軟短，小筋弛長，軟短為拘，弛長為痿”，《素問·痿論》又說：“有漸于濕，以水為事，若有所留，居處相濕，肌肉濡漬，痺而不仁，發為肉痿”。時令之濕熱加臨，或濕熱中于皮膚，傳舍經絡，濕熱傷筋，絡道不利，均可導致本病之發生。

五. 瘀血阻絡：久病入絡，血脈瘀阻，或產後惡露不盡，流于腰膝，或跌仆損傷，血液瘀滯，以致四肢失氣運養而致病痿。《丹溪心法》將“瘀血”作為痿症的成因之一。《醫林改錯》論痿廢用黃耆五物湯，亦以氣虛瘀血論治。

總之，痿症多由熱，虛，痰，瘀諸因形成，其病位則與腦，腎，肝，脾，胃，肺等臟腑關係最為密切。《臨証指南醫案·痿》說：“夫痿症之旨，不外乎肝腎脾胃四經之病，蓋肝主筋，肝傷則四肢不為人用，而筋骨拘攣；腎藏精，精血相生，精虛不能灌溉諸末，血虛不能營養筋骨；肺主氣，為高源之藏，肺虛則高源化絕，化絕則髓涸，髓涸則不能濡潤筋骨；陽明為宗筋之長，陽明虛則宗筋縱，宗筋縱則不能束骨而利機關，此不能步履，痿弱筋縮之症作矣”。對其病機作了詳盡的論述，實有指導意義。

〔辨證論治〕

痿症日久，可導致氣血不行。故治療時配合通經活血之品；氣虛血瘀者，可益氣活血。本病用風藥，表藥當慎用，如《丹溪心法》說：“痿症斷不可作風治而用風藥”。《景岳全書》說：“痿症最忌發表，亦恐傷陰”。

23. 急性多發性神經根炎

〔概術〕

該病屬於中醫腦病“痿證”的範圍，其主要臨床表現在謀些階段與中醫的“痿證”，“厥證”，“痞證”等有相似之處，可相參辨治。

二. 祖國醫學的認識

本病屬祖國醫學的“痿證”，其病因病機大體有下列凡方面：

(一)肺胃津傷 感受溫熱或暑熱之邪，每致肺胃津液受灼。肺朝百脈而為嬌藏，胃為水穀之海，津液之化源；熱邪客于肺胃，中焦化源不足，上焦無以宣散，百脈空虛，肌筋失養，致手足痿弱，甚至癱瘓。正如張子和所云“大抵痿之為病，皆因客熱而成”

(二)濕熱浸淫 《素問·生氣通天論》云：“濕熱不攘，大筋軟短，小筋弛長，軟短為拘，弛長為痿”。外感濕熱病邪，或久居濕地，汗出入水，遇雨澆涉，以致濕鬱化熱，濕熱互結，浸淫筋脈，治四肢弛緩不用；濕熱鬱阻，絡脈壅塞，氣血不能達于肢端而四肢麻木；或因醇酒厚味，飲食失節，生濕化熱，蘊結筋脈，氣血無以濡養四肢，故手足軟癱。

(三)寒濕浸淫 腠理疏松，風寒之邪挾濕外襲，經脈失榮，氣血不和，可致手足㮎㮎；氣血閉阻不通則可見四肢疼痛；或久居濕地，感受寒濕之邪，以致寒濕浸淫筋脈，積漸而成手足癱疾；或飲食生冷，飢飽

無度，脾失健運以寒濕內停，濕邪沈漬肌肉以致四肢癱瘓。正如《素問·痿論》所云：“有漸于濕，以水爲事，若有所留，居處相濕，肌肉濡漬，痺而不仁，發爲肉痿。”

(四)肝腎不足 肝主筋爲藏血之藏，腎主骨乃藏精之所，真陰真陽所居，是以肝腎精血虧損，筋骨經脈失養，可致四肢痿廢。《素問·痿論》設：“思想無窮，所願不得，意淫于外，入房太甚，宗筋弛縱，發爲筋痿……有所遠行勞倦，逢大熱而渴，渴則陽氣內伐，內伐則熱邪于腎，腎者水藏也，金水不勝火，則骨枯髓虛，故足不任身，發爲骨痿。”

本病急性期以邪實爲主，風，暑，濕，熱爲患，恢復期以氣血不足，肝腎虧虛爲重點。

[主證分析]

本病以四肢對稱性無力，弛緩性癱瘓，面癱(口眼歪斜)，感覺異常(疼痛，麻木，蚊行感)，構音障礙，吞嚥困難爲主要臨床表現。《溫病條辨》云：“溫熱，陽邪也，陽盛傷人之陰也”，外感暑，熱，燥，火等溫熱病邪，直接燒灼津液，或逼迫津液外泄以致肺胃津傷，肺氣清肅宣降失司，胃陰不足，燥熱內生，咽喉爲肺胃之門戶，故見咽喉乾燥，吞嚥不利，聲嘶或失音，甚則肌肉消削，廢痿不用；濕阻經絡，痺着筋骨，或濕濁蒙閉，清陽不能宣發敷布，以致肢體失于溫照，出現肌膚麻木不仁，或肢體重滯疼痛，困倦不舉；風邪中絡，或左或右，邪氣反緩，正氣反急，正氣引邪，出現口眼歪斜；肝腎不足或氣血虧虛，肢體筋骨皮肉失于滋養，故四肢軟弱無力，皮薄肉羸，甚則不能行走。

[辨證論治]

一. 辨證分型

本病起病急劇，患者除發熱等症狀外，多呈弛緩性或對稱性癱瘓，嚴重的可在一日之內死亡，多發于夏秋季，氣溫高及多雨季節易于流行。本病急性期以風熱，濕熱，暑熱，寒濕等邪氣侵襲人體爲主，耗氣傷津，阻遏陽氣，壅塞經絡；恢復期以氣血不足，肝腎虧虛爲病辨重點。急性期治療以祛風除濕，清熱生津，散寒通絡爲主，恢復期以補益氣血，滋補肝腎爲治療大法。

(一)肺胃津傷

[症狀] 外感發熱期，或發熱後，見上肢或下肢軟

弱無力，手不能持物，足不能任地，甚則癱瘓，漸至肌肉瘦削，皮膚乾枯，感覺異常，咽乾唇燥，聲音嘶啞，心煩口渴，尿短赤熱痛，舌紅而少津，苔黃，脈細數。

[治法] 清熱生津潤燥

[方藥] 清燥救肺湯 (《醫門法律》)合益胃湯(《溫病條辨》)加減

桑葉12g 枇杷葉12g 石膏30g 麻仁9g 太子參12g 生地15g 山藥12g 麥冬15g 沙蔘15g 甘草9g

若胃津受傷較甚，可加石斛，玉竹，花粉；若熱邪甚，見手足心熱，身體灼熱，可加蘆根，竹葉泄熱生津若口渴引飲，脈洪大而虛或芤，爲暑熱傷氣陰，以白虎加人參湯(《傷寒論》)清熱益氣生津，方重石膏，知母清熱瀉火，人蔘益氣生津，佐甘草，粳米養胃和中。

(二)濕熱浸淫

[症狀] 四肢或雙下肢痿軟無力及至癱瘓，肢體灼熱，得涼稍舒，身熱不揚，可有肌膚麻木不仁，感覺減退，顏面口眼歪斜，伴脛悶納呆，泛惡欲吐，女子帶下，或肌膚瘙癢，足跗微腫，口乾苦而粘，小便赤澀熱痛，舌紅苔黃膩，脈濡數或滑數。

[治法] 清熱利濕，和營通絡

[方藥] 二妙散(《丹溪心法》)加味

蒼朮12g 黃柏12g 牛膝15g 木瓜15g 防己15g 秦艽15g 桑枝15g 滑石15g

若濕重于熱，選三仁湯(《溫病條辨》)宣暢氣機，清熱利濕。若濕熱病重，以連朴飲(《霍亂論》)清熱化濕，利氣和中，方中黃連苦寒清熱，兼能燥濕；厚朴，半夏理氣燥濕，和胃降逆；菖蒲開鬱泄濁 梔子，豆豉清宣鬱熱，蘆根清熱生津。若熱重于濕，以白虎湯(《傷寒論》)加蒼朮，山梔，清熱爲主，兼化濕邪。若濕熱疫毒爲患，先甘露消毒丹(《溫熱經緯》)利濕化濁，清熱解毒。如濕熱蒸成痰濁，上蒙清竅，壅塞經絡，見口眼歪斜者，選菖蒲鬱金湯(《溫病全書》)加地龍，蜈蚣，殭蠶等品清熱通絡，豁痰開竅。

(三)寒濕浸淫

[症狀] 四肢困重，行動笨拙，乃至癱瘓，顏面虛浮晦滯，手足發麻，感覺減退，胸脘痞悶，泛惡欲吐，口淡無味，大便粘滯不爽，舌體胖大，有齒痕，苔白膩，脈緩滑。

[治法] 健脾和胃，溫寒濕

[方藥] 胃苓湯(《丹溪心法》)加減

桂枝12g 茯苓24g 豬苓15g 白朮12g 澤瀉9g 蒼朮15g 厚朴12g 陳皮12g 生薑9g

若脾虛甚，加黨參，黃芪補益脾氣；若脾陽不足，見肢冷外寒，大便糖薄者，加乾薑，附子，叩仁等溫運脾陽；若納呆食少者，加穀麥芽，扁豆等和中運脾；若寒濕阻絡，見四肢疼痛，口眼歪斜者，以獨痺湯(《醫學心悟》)散寒除濕，溫通經脈。加酌加防風，荊芥，薑黃，桑枝，地龍，蜈蚣等增強祛風通絡之功；寒甚者可酌加麻黃，細辛，附子，川烏等溫通之品。

(四)肝腎陰虛

[症狀] 病熱緩慢，逐漸下肢或上肢痿弱不用，腰酸腿軟，久則骨肉瘦削，手足麻木，感覺減退，頭暈耳鳴，兩目昏花，潮熱盜汗，兩觀潮紅，口燥咽乾，聲音嘶啞，舌紅絳少津，舌有裂紋，脈細數或沈細弦小數。

[治法] 滋補肝腎，育陰清熱

[方藥] 知柏地黃丸(《醫宗金鑑》)加減

熟地15g 山茱萸12g 山藥12g 茯苓15g 澤瀉9g 知母12g 黃柏6g 枸杞15g 牛膝15g

若肝腎陰虛甚者，可選大補陰丸(《丹溪心法》)，藥用龜板，熟地，黃柏，知母滋陰降火；若日久陰陽兩虛，可用虎潛丸(《丹溪心法》)加減調補陰陽；此外，還可加入石斛，木瓜，阿膠，枸杞，桑寄生，杜沖，續斷，沙苑，薏苡，桑枝，絡石藤，何首烏等補益肝腎，強壯筋骨；別酌加丹參，紅花，鷄血藤活血通絡。

23. 常見病中醫臨床手冊³⁾

十九, 痿症

痿症尤名痿躄，指肢體筋脈弛縱，手足痿軟無力，不能運動的一流病症。類似現代醫學中運動神經和肌肉損害所因起的某些弛緩性癱瘓，常見的如：多發性神經炎，小兒麻痺後遺症，走氣性麻痺，重症肌無力及進行性肌萎縮等疾病。中醫認為發病原因有二：一因外邪引起，多見于蘊熱病中或病後，邪熱灼傷肺胃之陰，不能輸布津液，濡養筋脈，或人感受濕熱，浸淫筋脈肌肉，而致弛縱不用；二因內傷，多見于體虛久病以後，肝腎虧虛，精血不足，不能濡養肌肉筋骨而成。

[治療方法]

一, 辯證施治

辨證應分清虛實。虛症有肺胃津傷，肝腎虧虛二類，實證為濕熱浸淫。臨床一般以陰虛和濕熱為多見，陰虛者治以甘潤滋養；濕熱者治以清熱化濕。由于標本虛實相互為錯雜，所以養陰清熱每多并顧。倘久延正虛，則補益陰血正氣，尤為重要

24. 漢醫學臨床病理⁶⁾

25. 신경과학⁹⁾

대마비(Paraplegia)

양측 하지의 마비는 척수, 신경근 또는 말초신경의 질환에서 나타난다. 만약 발생이 급성이라면

	辨證		論治	
	特點	症狀	治則	例方
肺熱灼陰	下肢痿弱不用, 突然發病	心煩口渴, 嗆咳咽乾, 小便短而熱, 舌紅苔黃, 脈細數	清熱潤燥, 養陰榮筋	清燥救肺湯
濕熱蘊阻	下肢痿軟, 按之微腫, 捫之微熱	身重面黃, 喜涼惡熱, 胸脘痞悶, 小便赤澀, 熱痛, 苔黃膩, 脈濡數	清熱利濕, 舒利筋脈	三妙散加味
肝腎虧損	下肢痿弱不用, 逐漸加重	腰脊痠軟, 遺精早泄, 頭目昏眩, 或二便失禁, 病肢寒涼, 舌暗紅或淡潤, 脈沈細	補益肝腎, 強壯筋骨	虎潛丸加減, 鹿角膠丸

반사가 완전히 소실되고 이완성을 나타내는 척수 속의 구성 성분 때문에 신경성 마비와 척추성 마비를 구분하기 어렵다. 피질 척수로 침범하는 급성 척수질환에서는 주어진 레벨 이하의 모든 근육이 침범되어 근마비를 일으킨다. 흔히 백질이 상당히 손상된다면 특정한 레벨 이하의 감각소실이 연합되어(척수 시상로의 손상에 의한 통각 및 온도각의 소실과 후주의 손상에 의한 진동각과 위치각의 소실) 나타난다. 이런 이상소견은 척수의 내인성 병변이나 척추관을 좁게 하는 외인성 종괴로 인하여 나타날 수 있으며 MRI 또는 CT로 증명된다. 요추천자를 해보면 가끔 역동성 폐쇄와 뇌척수액의 단백질이 증가한다.

말초신경질환의 운동소실은 하지의 근위근보다 원위근이 침범되는 경향이 있고 예외적으로는 길랑-바레 증후군, 당뇨병성 신경병증이 있다. 팔각근 기능은 대개 보존되거나 단지 일시적으로 손상을 받는다. 만약 감각소실이 있다면 사지의 원위 분절에서 훨씬 심하고 감각소실의 정도가 흔히 다른 양식에 비해 한 양식에서 더 심하다. 임상적 목적을 위하여 급성 대마비와 만성 대마비를 분리하고 만성 대마비를 발병시기에 따라 성인기와 영아기로 세분하는 것이 도움이 될 것이다.

급성 대마비(또는 경수가 침범된다면 사지마비)의 가장 흔한 원인은 척수 외상이며 주로 척추의 골절과 전위와 관련된다. 덜 흔한 원인으로는 혈관 기형으로 인한 척수내 출혈, 전척수동맥의 혈전증 또는 대동맥 분지의 폐쇄(박리성 동맥류, 죽종, 혈관염, 수핵색전) 등이 있다.

대마비 또는 사지마비는 감염후 척수염, 탈수초성 또는 피사성 척수 병증 그리고 경막외 농양 또는 종양이 척수를 압박함으로써 수 시간, 수 일, 또는 그 이상 서서히 진행되는 경향을 취한다. 출혈성 질환 또는 와파린 치료시의 경막외 또는 경막하 출혈은 급성 또는 아급성 대마비를 일으킨다. 드문 예에서는 요추천자 후 출혈이 따른다. 마비성 소아마비 그리고 급성 다발성 신경염(길랑-바레 증후군)은 반드시 급성 및 아급성 척수 병증과 구별되어야 하고 이들 양자도 구별되어야 한다. 마비성 소아마비는 현재는 드물며 경미한 뇌

막염을 동반하는 순수한 운동장애이며 급성 다발성 신경염은 운동장애가 현저하나 가끔 감각장애도 동반된다.

성인기에는 다발성 경화증과 종양이 대부분의 만성 척수성 대마비를 차지하나 다양한 내인성, 외인성 병적 과정이 똑같은 효과를 나타낸다. 즉 아급성 연합성 변성(비타민 B₁₂ 부족), 경추원판의 돌출 그리고 경추 척추증(흔히 선천적으로 좁아진 척추관을 가짐), 매독성 수막척수염, 경막외 농양, 그리고 다른 감염(결핵성, 진균성 그리고 다른 육아종성 질환), 운동계 질환, 척수 공동증과 원인 미상의 외측과 후측주의 퇴행성 질환 등이 있다. 여러 다양한 다발성 신경병증과 다발성 근염은 반드시 대마비나 대부분마비와 감별진단해야 한다. 소아의 임상에서는 보행의 시작이 지연되고 보행의 어려움이 흔한 문제이다. 이런 질환으로는 구루병과 같은 전신성 질환, 정신 결핍, 더욱 흔하게는 어떤 근육병이나 신경질환 등이 있다. 뇌실주위의 백색 연화증으로 인한 선천성 대뇌질환은 상당수의 영아성 양측마비(하지의 근쇠약이 현저하고 상지는 덜 심함)를 설명해 준다. 출생시 존재한다면 증상은 첫 수 개월 내에 나타나서 진행하지만 실제적으로는 정체되어 있고 운동계가 발달함에 따라 단지 진행될 뿐이다. 나중에는 소아의 정상 성숙과정의 결과로써 서서히 호전을 부이게 된다. 척수의 선천성 기형이나 출생시 손상은 또 다른 원인이 된다. Friedreich 운동실조증과 가족성 대마비, 진행성 근이영양증, 종양, 그리고 다발성 신경병증의 다양한 만성 질환이 소아기와 사춘기에 나타나서 서서히 진행된다. 급성 횡단성(탈수초성) 척수염은 소아기에서는 드물게 나타난다.

사지마비(Quadriplegia, Tetraplegia)

대마비를 일으키는 척추성 원인 질환은 모두가 사지마비에 적용되며 척수의 흉추 또는 요추 분절보다는 오히려 경추 분절의 병변에서 볼 수 있다. 만약 병변이 하부 경추 분절에 있고 전척추 동맥 증후군의 전형적인 모습과 같이 척수의 전반부 반을 침범하지만 척수염과 경추의 골절과 전위의 어떤 예에서 나타날 때는 팔은 이완성이고 반사는

소실되며 다리는 연속성을 띄게 된다. 대개 목과 어깨의 통증이 있고 양손이 저리다. 척수의 후주 병변에 의한 운동실조가 대부분마비를 동반한다. 류마티스양 관절염과 Morquio씨 병에서 치상돌기의 전위로 제1, 2 경수분절이 압박을 받게 된다. 또한 Morquio씨 병에서는 경막이 현저하게 두꺼워져 있다. 대후두공과 상부 경수의 종양과 다양한 압박성 병변이 있을 때는 단부전마비에서 양측 부전마비, 삼중부전마비로 진행되는 임상증상을 보인다. 척추 동맥이나 전척추 동맥분지의 폐색으로 양측 연수 피라미트의 경색이 아주 드문 사지마비의 원인이 된다. 반복되는 뇌혈관 사고로 양측성 편마비가 초래되고대개는 가성 구마비가 동반된다. 영아나 어린 소아에서 발달이상과 출생시 무산소증을 제외한 어떤 대뇌질환(이염성 백질뇌병증을 비롯한 여러 형태의 백질뇌병증, 지질축척증)이 사지부전마비나 사지마비를 일으키지만 항상 심한 정신운동지연이 따른다. 선천성 근이영양증과 근위축증(베르드니히-호프만씨병)이 출생 후 바로 또는 나중에 발견된다.

신경이나 근육에 가시적인 변화가 없는 근마비와 근연축

근쇠약이 심하나 운동신경세포나 신경섬유에 뚜렷한 구조적 변화가 없는 일련의 질환군에 대한 참고서가 없이 운동마비를 논의하여서는 않된다. 이런 군에는 중증 근무력증, 선천성 근긴장증(Thomsen씨 병), 가족성 주기성마비, 칼륨, 나트륨, 칼슘, 마그네슘의 대사장애, 강축증, 과상풍, clostridium botulinum 중독, 검은 과부 거미 물림, 갑상선을 비롯한 그리고 다른 내분비성 근육병증 등이 있다. 이런 질환에서 각각의 장애는 뚜렷한 임상양상을 갖고 근본적으로 생화학적 이상이 있으므로 이를 조사하기 위해서 특수한 생화학적 그리고 조직화학적 검사 및 전자현미경적 검사가 필요하다.

척수병증을 동반한 경부 척추증 (Cervical Spondylosis with Myelopathy)

저자들의 견해로는 종합병원에서 가장 많이 관

찰된 병이 이 병이다. 기본적으로 하부경추 척추를 침범하는 척추의 퇴행성 질환은 척추관과 추간공을 협착시키며 척수 및 근 혹은 둘다에 진행성 손상을 일으킨다.

증후학(Symptomatology) 가장 특징적인 증후군은 다음 3가지의 여러 가지 조합으로 구성된다: (1) 통증을 동반한, 굳어진 목; (2) 상완통과 감각이 무딘 손; (3) 보행의 불안정을 동반한 연속성 하지 근력약화. 앞에서 보인 증상들에 덧붙여 원위 사지나 몸통의 이상감각이 있을 수 있으나 가장 초기증상으로는 드물다. 이러한 증상들의 각각은 분리해서 나타날 수도 있고 여러개가 조합으로 나타날 수도 있다.

단지 어깨와 팔에 증상이 있는 환자들은 다리의 병이 동반된 환자들과서와 마찬가지로 통증이 가장 흔한 증상이다. 경부의 뒤쪽에 그 중심이 있으며 가끔은 견갑골위의 부위까지 방사된다.

전형적 증후의 3번째 부분, 즉 압박성 척수병증으로 인해 발생한 연속성 하지는 한쪽 하지의 근력약화와 보행이 약간 불안정하다고 호소하는 것으로 가장 많이 나타난다.

감각성 질병들에 대해서(때론 없을 수도 있다.) 발바닥과 발목주위에 무딘감, 얼얼한 느낌, 쭈시는 느낌이 가장 흔한 호소이다.

척수병증이 진행됨에 따라 때론 간헐적으로 양하지의 근력이 더욱 약화되고 더욱 연속된다. 팔약근 조절이 또한 변하게 된다; 배뇨시 약간의 주저나 다급함이 일반적인 주증상이다; 실제 실금은 심하지 않다. 이러한 상황이 좀더 진행된 경우 보행시 지팡이나 워커(walker) 등의 도움이 필요하다.

치료(Treatment) 척수와 신경근 손상의 기전에 대한 확실한 의경이 정확하다면 경부의 전후 운동을 제한하는 부드러운 칼라(collar)의 사용이 합리적으로 보인다.

만약 후골돌기가 여러 사이공간에 걸쳐 척수관을 협소하게 하고 있다면 치상인대의 절단과 함께 후감압 추궁절제술(laminectomy)을 하는 것이 더

이상의 손상을 막는데 도움이 된다.

근이영양증

근위약과 근위축이 대칭이고, 감각이 정상이며, 피부반사가 유지되고 가족성으로 발생한다는 점은 이런 질환군의 특징적 소견이며, 임상적인 소견만으로도 구별되는 바가 있다.

분류 및 임상양상

(Classification and Clinical Presentation)

Duchenne 근이영양증(소아기의 심한 전신성 근이영양증)

골반대, 요추천부, 어깨의 근육은 위축되고, 위약이 발생하며 이로 인해 독특한 임상양상이 나타난다. 복부근과 척추주위(perivertebral) 근육의 위약으로 인해 서있을 때는 척추전만증을 보이고 배가 튀어나오며, 앉아 있을 때는 등이 둥글게 된다. 무릎과 엉덩이의 신전근이 양측성으로 약해져서 균형을 유지하는데 장애가 생기며, 계단을 오르거나 의자에서 일어서거나 웅크린 자세에서 일어나는 동작에 장애가 생기게 된다.

진행되면 위약과 위축이 하지와 전완부까지 퍼지게 된다. 선택적으로 침범되는 근육들은 목의 굴근, 손목의 신전근, 상완요굴근, 대흉근의 늑골부, 광배근, 이두근, 삼두근, 전경골근, 비골근 등이다. 안구근, 안면근, 구상근(bulbar muscle), 수부근 등은 보통 침범되지 않으나, 안면근, 흉쇄유돌근, 횡격막근은 squd의 말기에 침범된다.

사지는 보통 늘어져 이완되어 있지만 병이 진행되면서 사지가 한위치에 고정되어 있고, 운동근과 길항근 사이의 불균형으로 인해 섬유성 구축이 초래된다. 병의 보행기 초기에 장단지 뒤쪽 근육(posterior calf muscle)이 짧아져서 발은 침족의 형태가 되는데 이것은 길항근의 정상적인 작용이 없이 전경골근과 비골근이 작용하기 때문이다. 이런 구축의 결과로서 Duchenne 이영양증 환자의 평상시 자세를 설명할 수 있다; 요추전만증, 고관절 굴곡 및 외향, 슬관절 굴곡, 족저 굴곡, 이런

증상이 심해지면서 결과적으로 보행능력이 초래된다.

중증근무력증 및 기타 신경-근 접합부 질환

신경-근 접합부 질환의 가장 특징적인 임상소견은 근력약화가 변동성을 보인다는 점과 근육이 쉽게 피로해 진다는 점이다. 항상 근력약화는 어느 정도 있으나 육체적인 활동을 하고난 후에는 더 심해진다는 특징이 있다.

중증근무력증(MYASTHENIA GRAVIS)

임상소견

일단 증상이 발현하게 되면 서서히 진행되는 경향을 보이며 가장 먼저 침범되는 근육은 안구운동근이며 그외에 안면표정근, 저작근, 인두근 및 경부근육도 초기에 침범되지만 드물게는 사지의 근력약화가 초기 증상으로 발현하기도 한다. 일단 위의 근육이 침범되면 질환이 진행함에 따라 전신적으로 퍼져 나간다.

중증근무력증의 임상적 양상중 또 하나의 특징은 특정 근육들이 먼저 침범된다는 사실인데, 중증근무력증 초기 증상중 반 이상이 안검거근(levator palpebrae)과 외안근(extraocular muscle)의 약화에 의해 나타나며 결국은 90% 이상의 환자에서 안검하수 및 안구운동 장애를 보이게 된다.

임상경과(Clinical Course) 이 질환의 임상경과는 환자마다 매우 다양하여 한마디로 언급하기는 어렵다. Simpson의 견해로는 중증근무력증으로 인한 사망의 위험은 질병발병 후 첫 일년 내에 가장 높다는 것이며 두 번째 위험한 시기는 발병후 4~7년 사이이다. 이 시기 이후엔 질병이 안정화되는 경향이 있고 재발의 위험은 감소한다.

치료의 임상단계와 예후는 Osserman에 의해 소개된 다음과 같은 분류가 가장 널리 이용되고 있으며 괄호안에 각형의 상대적 발병율을 표시하였

다.

I 형: 안구형 중증근무력증(ocular myesthesia 15 20%)

II 형A: 경증 전신형 중증근무력증(mild generalized myesthesia 30%)

: 서서히 진행하며 중증근무력 위기는 없고 약물에 반응이 좋다.

B: 중증 전신형 근무력증(moderately severe generalized myesthesia 25%)

: 골격근과 구근이 심하게 침범되나 중증근무력 위기는 동반되지 않는다. 그러나 약물에 대한 반응은 만족할 만한 정도는 아니다.

III 형: 급성 범발성 근무력증(acute fulminating myesthesia 15%)

: 호흡마비를 포함한 중증근무력 위기가 나타나며 약에 대한 반응이 거의 없는 상태이고, 흡선 중 동반이 흔히 있으며 높은 사망률을 보인다.

IV 형: 말기 중증근무력증(late severe myesthesia 10%)

: 제III형과 동일하지만 제I형에서 제II형으로 진행할 때 2년이상 걸쳐 진행한 경우.

다양한 감각 및 자율신경 기능 이상을 보이는 급성 운동마비 증후군(SYNDROME OF ACUTE MOTOR PARALYSIS WITH VARIABLE DISTURBANCE OF SENSORY AND AUTONOMIC FUNCTION)

Gullian-Barre syndrome (Landry-Gullian-Barre-Strohl syndrome. 급성 염증성 다발신경병증)

일반적으로 Gullian-Barre 증후군 또는 GBS라고 불리워지는 이 급성 다발신경병증은 전 세계에 걸쳐 모든 계절에 나타난다. 소아와 모든 연령에서 발생되며, 또한 성별의 구분은 없다. 대략 60%의 환자에서, 경도의 상기도 혹은 위장관 감염후 1 내지 3주 후(때론 더 지나서), 신경병증 증세가 나타난다. 최근 Campylobacter jejuni가 선행하는 감염병 중에서 가장 흔히 동정되는데, 혈청학적 진단이 가능하다. 다른 덜 흔한 선행 질환이나 선행 조건으로 수술적 조작, 혈전

용해제에 노출, viral exanthem 및 다른 바이러스 질환들 [cytomealovirus(CMV), Epstein-Barr virus(EMV), human immunodeficiency virus(HIV), Campylobacter 이회의 세균감염(Mycoplasma pneumonia, Lyme disease), 임파종(특히 Hodgkin disease) 등을 꼽을 수 있다.

증후학(Symptomatology) 일상적 임상형태는 쉽게 진단이 된다. 지각이상(tingling, burning), numbness 등이 흔한 초기 증세로 1-2주 지나서까지도 진행하기도 한다. 종종 질병의 전과정 중 나타나기도 한다. 주된 임상증세는 근력약화로 다소 대칭적이며, 수 일에서 일 주 내지 이 주에 걸쳐 서서히 진행함이 보통이나 드물게 더 오래 진행이 될 수 있다. 환자의 과반수 이상에서 통증을 호소하며, 주로 둔부, 대퇴부, 허리에서 통증이 나타난다.

자율신경기능이상(빈맥, 서맥, 안면홍조, 자주 변하는 고혈압이나 저혈압, 발한의 감소나 아주 심한 간헐적 과한증이 흔하며, 드물게 이런 변화가 2주 넘어서까지 지속된다고 한다. 소변의 retention이 15%의 환자에서 보이므로 하루 여러 번 도관을 요한다.

대부분의 환자에서 마비는 하지에서 체간부, 상지 및 뇌신경 마비로 이어지며(Landry's ascending paralysis), 90% 이상의 환자에서 마비는 10 내지 14일 경에 최고도로 높아지나 간혹 인후-경부-상완 근육이 처음부터 침범되거나 하지와 동시에 발현되기도 한다.

병태생리 및 원인(Pathogenesis and Etiology)

대부분의 경우 이 질환의 임상양상은 말초신경에 대항하는 세포매개성 면역반응의 결과라고 알려져 있다.

몇몇의 자가항체가 GBS 환자에서 단편적으로 검출되었는데. 이 중 가장 뚜렷한 것으로 anti-GM1이 있고 이것의 유도체인 anti-GQ1은 Fisher 증후군의 거의 모든 환자에서 검출된다. 거의 15% 환자에서 발병 초기에 anti-GM1 antibody가 검출되는데 고역가는 주로

Campylobacter 감염과 연루된 예에서 뚜렷하다.

신경으로부터 미생물이나 바이러스를 검출하기 위한 모든 시도 및 전자현미경 검색도 실패하였다. 따라서 다양한 종류의 원인-바이러스, 세균(특히 C. jejuni), 어떤 vaccine, 아마도 신경손상 그 자체-들이 민감한 개체에서 말초수초에 자가면역적으로 대항하는 면역반응을 유도하는 것 같다.

감별진단(Differential Diagnosis) 경부 척수병증으로부터 GBS를 감별하는 몇 가지 원칙이 있다: GBS에서는 전신 마비가 있으면 흔히 안면근 및 호흡근 마비가 수반된다; 수부나 족부 근위부에 나타나는 현저한 감각소실은 발병 초기에 흔치 않다; 건반사는 근력약화를 보이거나 증력에 반하는 힘이 부족한 사지에서 거의 예외 없이 24시간 이내에 소실된다. 사지마비를 보이는 환자에서 정상 vital capacity를 나타내면 척수 질환을 시사한다.

안검하수와 안구운동약화는 일부 GBS환자에서 보일 수 있는데, 급성 중증근무력증과 혼동을 일으킨다. 그러나 후자에서 감각이상이나 건반사 소실은 관찰되지 않는다. 하악근은 GBS 경우 정상이나 근무력증에서는 약하여 입을 벌리고 있는 양상을 취한다.

26. 임상 신경학¹⁰⁾

113. 경부척수증

[1] 병인론

-선천적(congenital)으로 좁아진 경우가 있다.

-정상 디스크가 연령의 증가(aging) 및 외상(trauma) 등에 연관되어, 디스크의 퇴행성(degeneration) 변화, 와해(collapse), 또는 판륜탈출(annulus protrusion) 등에 따라 골증식성 성장(osteophytic outgrowth)이 초래됨으로써 척추관이 협착될 수 있다.

-골극성 성장에 의해 골단관절(apophyseal joint) 손상이 초래되며 이에 따라 척추의 불안정 및 관절 과성장(joint hypertrophy) 등이 유도되고 척추관이 협착된다.

-그외 황색인대(ligamentum flavum)의 비후현

상에 의해서 척추관 협착이 초래된다.

-추간판탈출 및 골증식성(osteophytic) 탈출(protrusion)에 의해 척수가 압박됨으로써 척수증(myelopathy)이 유발되기도 하며, 인접 신경근들이 압박되어 신경근병증(radikulopathy)이 초래되기도 한다.

-이때 척수증은 물론 직접적 압박에 의해서 유도될 수도 있으나, 혈관성 장애에 의해서도 초래될 수 있다. 대부분 발병양상은 매우 점진적 과정을 밟는다. 외상은 이들 척수증이 더 쉽게 일어나게 유발요인으로 작용할 수도 있으며 그렇지 않을 수도 있다.

[2] 임상양상(CLINICAL FEATURES)

1) 신경병증

-하지(legs): 상부 운동뉴론성 이상에 따라 강직(stiffness)성 보행장애, 추체로(pyramidal)성 위약, 근긴장도의 증가, 간대반사(clonus) 및 신전족저반사(extensor plantar response) 등이 나타나며 감각 증상 및 징후는 불확실하다.

[4] 치료(MANAGEMENT)

1)보존적(conservative)치료

-진통제(analgesics)

-경부 칼라착용(cervical collar)

-견인(traction)

2)수술적용증(indications)

-신경학적 결손(defect)이 진행되는 경우: 척수병증 또는 신경근병증

-불인성 통증(intractable pain)으로 보존적 치료에 거의 반응하지 않을 경우: 불인성 통증이라고 해서 모두 수술적용증에 무조건 포함되지는 않는다. 대개 만성 신경근병증 보다는 급성 추간판탈출증일 때에 수술치료법이 적용될 수 있다.

3)수술방법(Techniques)

전방접근법(Cloward's anterior fusion)

-척추와 추간판을 중심으로 갈아내는 방법으로 골근의 돌출을 제거할 수 있다.

후방접근법(posterior approach)

-추궁절제술(laminectomy): 광범위한 감압술(decompression)로서, 보통 C3~C7까지 시행될 수 있다. 여러위치에 척수가 압박된 병변인 경우 적

당하며, 특히 선천적으로 척수강이 좁아진 경우 널리 적용된다.

118. 다발성신경병증

[1] 급성 염증성 감염후성 다발성 신경병증
(ACUTE INFLAMMATORY POSTINFECTIOUS
POLYNEUROPATHY ; GULLIAN-BARRE SYNDROME)

1) 임상적 특징(Clinical features)

-발병 빈도(incidence)는 인구 100,000명당 2명 정도이며, 특히 이 질환에서는 발병 1~3주전 바이러스 등의 감염(infection)이나 면역접종(immunisation)의 병력이 있는 경우가 많다.

-감각증상(sensory symptoms)은 발의 이상감각(apresthesia)이 뚜렷하며 차차 손 위로 진행된다. 간혹 통증, 특히 배부통(back pain)이 초기 증상일 수 있다. 위약(weakness)발생은 초기부터 전신화되어 주로 근위부에 분포하거나 원위부(distally)에서 시작되어 점차 상승할 수 있다. 심한 경우에는 호흡근 및 뇌신경근이 치범되며, 위약은 신경학적 증상이 나타난후 3주 정도에 가장 심하다. 20% 정도에서는 기관절개(trachostomy) 및 인공호흡(ventilation)이 요구된다. 50% 환자에서는 어느 정도의 안면근 위약이 발생한다. 뇌척수액 단백질 심하게 상승되면 지주막 용모가 차단되어 유두부종(papilloedema)이 초래될 수 있다. 빈맥(tachycardia), 혈압불안정(fluctuating), 뇨저류(urine retention)등의 자율신경장애가 환자의 일부에서 발생한다. 감각징후도 드물게 발생한다.

2) 원인(Aetiology) 및 병리소견(Pathology)

-바이러스 감염, 특히 시토크마로 바이러스(cytomegalovirus) 감염 후에 발생할 수 있으며, 그외 마이코플라즈마(mycoplasma), 살모넬라(salmonella), 캄피로박터(campylobacter) 등의 다른 감염과도 연관되어 발생된다. 이외 생균(live) 및 사균(dead)의 면역주사, 항독소(antitoxins), 외상(trauma), 수술(surgery) 및 악성 질환(malignant disease) 등과도 어느 정도 상관관계를 맺고 있는 것으로 알려져 있다.

-억제성 T-림프구(suppressor T-cell)의 반응이 감소되어 있는 소견은 말초신경에 대한 세포면역 체계가 어느 정도 항진되어 있음을 시사한다. 때

에 따라서는 이 질환에서 말초신경의 구성성분에 대한 항체(antibodies)도 발견된다.

-병리학적으로 분절성 탈수초(segmental demyelination) 현상이 뚜렷하며 심한 경우 축삭손상(axonal damage)을 초래한다. 혈관주위(perivascular)에 림프구 침윤(lymphocyte infiltration)이 신경근(roofs) 주위에서 일어난다. 림프구는 아마도 세포독성 물질을 유리하여 슈반세포(schwann cell) 및 수초(myelin)를 손상시키는 것으로 추정되고 있다. 대식구(macrophage)가 침윤되면서 수초(myelin)의 제거가 진행된다.

-축삭이 손상되고 신경세포(nerve cell)가 완전 파괴될 경우 재생(regeneration)은 일어나지 않는다.

3) 검사(Investigation)

-대부분의 환자에서 뇌척수액 단백질(protein)이 상승하나 경우에 따라서는 2내지 3주가 지나서야 뇌척수액 단백질이 상승할 수도 있다. 이때 감마글로부린(γ -globulin fraction)이 주로 증가된다.

-뇌척수액내에 흔히 세포수는 증가하지 않으나 환자의 20%정도에서는 40/mm³까지 상승할 수 있다.

-신경전도검사(nerve conduction studies)상 병의 초기에 시행했을 경우에는 정상 소견을 나타낼 수 있다. 이는 병의 초기에는 주로 신경근(nerve root)이 침범되고 원위부(distal)손상은 적다는 것을 반영한다. 물론 발병 후기에는 전도속도가 연장된다.

-바이러스 검사상 간혹 엡스타인-바르 바이러스(Epstein-Barr), 시토크마로 바이러스(cytomegalovirus), 볼거리(mumps), 풍진(rubella), 장바이러스(enteroviruses) 등의 특정 바이러스에 대한 항체 역가가 상승되는 수도 있다.

4) 치료(Treatment)

- 치료는 주로 보존적(supportive)치료법으로 마비 환자의 관리가 매우 중요하다. 간혹 호흡부전 환자의 인공호흡 관리 등이 필요하다.

-스테로이드(steroid), 세포독성 약물(cytotoxic drugs) 등의 특정한 면역약물들의 치료 효과는 뚜렷하지 않다. 실제 스테로이드(steroid) 약물은 비교연구(controlled trial)에서 거의 효과가 없는 것

으로 평가되었으며, 그의 혈장투석(plasmapheresis)치료법은 발병 초기에 시행될 경우 의미있는 효과를 나타내는 것으로 보고되고 있다.

122. 근이영양증

근이영양증은 유전학적으로 결정된 근병증으로 근섬유의 점진적인 퇴행과 위축을 특징으로 한다. 대부분의 근이영양증 질환의 병태생리는 아직도 잘 알려지지 않고 있으며, 따라서 이들 질환의 분류도 임상적 양상에 따른다.

● 상염색체(X-linked) 열성(recessive)

-Duchenne 이영양증

-Becker 이영양증

-Emery-Dreifuss 이영양증

● 상염색체 우성(autosomal dominant)

-안면견갑상완(fascioscapulohumoral) 이영양증

-견갑비골(scapuloperoneal) 근이영양증

-근긴장성(myotonic)이영양증

-안인두근(oculopharyngeal)이영양증

● 상염색체 열성(autosomal recessive)

-지대형(limb-girdle)이영양증

[1] DUCHENNE 이영양증(DUCHENNE DYSTROPHY)

1) 임상양상

-Duchenne 이영양증의 발생빈도는 남자 신생아 4,000명당 1명 정도이다.

-운동발달은 많은 경우 비교적 늦다. 예를 들어 Duchenne 이영양증은 환자의 약 50%는 18개월 때에 겨우 걸을 수 있다. 임상 장애는 대개 5세 이전에 뚜렷해진다.

-발병초기에는 근위부근들이 주로 침범되어 다 음 증상을 보인다.

● 둔부근(glutei), 사두고근(quadriceps): 오리걸음을 나타낸다.

● 견대(shoulder girdle) 및 상완침범이 빈번하다.

● 체간근(axial muscls) 위약: 뒤로 젖혀지는 자세(sway back posture)를 보인다.

-특히 질환 초기 환자는 계단을 오르거나 낮은 의자에서 일어서기가 힘들다. 따라서 바닥에서 일

어서고자 할 때에는 “자기 자신을 짚고 일어서는 (climb up himself) 특징적 자세”인 Gower 징후를 보인다. 하지만 이와 같은 증후는 Duchenne 이영양증 질환에 특징적인 소견은 아니며 단순히 골반 근육에 위약이 있음을 의미한다고 하겠다.

-가성비대(pseudohypertrophy): 환자의 약 80%에서 넵치근(gastrocnemius)이 비대해지며 고무처럼 단단해진다. 그의 사두고근(quadriceps), 삼각근(deltoid) 및 허 등도 침범될 수 있다.

-지능지수가 정상인에 비해 약 15~20점 감소하며, 경우에 따라서는 심한 지능장애를 나타낼 수도 있다.

2) 진행(Progression)

-12살이 되면 환아는 더 이상 걷지 못하는 상태가 되며 위약이 사지의 원위부에도 퍼진다.

-20세 정도에서 환아는 심한 근의구축(contracture)와 함께 폐감염, 심부전 및 부정맥을 앓게 되며 환자는 점차 누워지내게 된다. 20세 이상 생존하는 경우는 드물다.

4) 치료(Treatment)

효과적인 치료 방법은 없다. 건 절제술과 같은 정형외과적 시술은 이환(mobility)을 연장시킬 수 있을 것이다. 스테로이드는 별 치료효과가 없으며 보유자의 발견과 상담 등 예방적 치료가 필수적이다.

126. 중증근무력증

[1] 서론(INTRODUCTION)

(4) 중증근무력증 환자들은 특정한 조직적합항원(histocompatibility antigen, HLA)을 갖는 경향을 보이며, 중증근무력증 환자의 친척들 사이에 자가면역질환의 발생율이 높다는 사실 등은 이 질환이 면역적 기초(immunological basis)에 긴밀히 연관되어 있음을 시사한다고 하겠다.

[4] 임상양상(CLINICAL FEATURES)

-중증근무력증 환자의 약 90% 정도는 40세 이전인 초기 성인(early adult)시기에 발생된다.

-중증근무력증에서는 선택적으로 특정한 근만이 침범받을 수도 있다.

-임상적으로 다음과 같은 여러 부류로 분류된다.

(1) Group I -안구근(ocular muscles)에 국한된 경우(20%)

(2) Group II A-경미한 전신(mild generalized) 위약을 나타내는 경우(30%)

(3) Group II B-중증도 전신(moderate generalized) 위약을 나타내는 경우(30%)

(4) Group III-급성 전격성(acute fluminating)인 경우

(5) Group IV-발병 당시에는 경증 내지 중증도 이나 심해진 경우

1) 뇌신경 징후 및 증상(cranial nerve signs and symptoms)

-안구 침범에 따라 안검하수(ptosis) 및 근부전(paresis) 등을 야기한다.

-턱근육(jaw muscles)의 약화로 입이 벌어져 열리게 된다.

-안면근의 위약으로 표정없는 얼굴 모습을 나타낸다.

-웃을 때, 협근(buccinator)의 위약으로 특징적인 "근무력증 미소(myasthenic snarl)"을 보인다.

-연수(bulbar) 침범으로 다음과 같은 증세를 초래한다.

● 발음부전성(dysarthric)언어, 성음부전성(dyphonic)언어, 연하장애(dysphagia)

● 수액의 비강역류(narsal regurgitation), 콧소리(narsal speech)

2) 사지와 체간의 증상 및 징후(Limb and trunk symptoms and signs)

-목근육의 약화로 환자는 목을 지탱하지 못하고 고개를 끄덕거리게 되며, 사지근육은 주로 근위부가 침범되는 경향이 있다.

-피로현상은 지속적인 저항에 반해 운동하게 함으로써 유발될 수 있다.

-사지반사(limb reflexes)는 흔히 과반사(hyperactive) 상태이나 반복 검사로 피로현상을 나타낸다.

-근위축은 환자의 15%에서 관찰된다

-스트레스, 감염, 임신 등에 의해 근위약이 악화된다.

3) 중증근무력증의 자연경과(natural history)

-10%는 장기간의 관해기(remission)로 들어간다.

-20%는 수개월 정도의 단기간 관해기(remission)를 경험한다.

-30%는 점차 진행하여 사망에 이른다.

-나머지는 운동에 의하여 악화되는 등 다양한 정도의 장애를 나타낸다.

[7] 중증근무력증의 치료(TREATMENT OF MYASTHENIA GRAVIS)

1) 항-콜린에스터라제 약물(Anticholinesterase drugs)

2) 스테로이드(Steroids)

3) 면역억제제(Immunosuppressants)

4) 흉선절제술(Thymectomy)

5) 혈장교환법(Plasmapheresis)

27. 임상중풍학⁸⁾

운동마비

4. 운동마비의 부위와 그 원인

3) 대마비(對麻痺, Paraplegia)

양측하지의 마비를 말한다. 대마비는 병소의 위치로 보아 뇌성 대마비, 척수성 대마비, 말초성 대마비로 나누는데 척수장애에 의한 것이 가장 많다.

(1) 뇌성(腦性)대마비

양측 대뇌반구의 하지로의 운동중추가 장애를 받을 때 일어난다. 假性球麻痺, 뇌종양(특히 parasagittal의 수막종), Little 病 등에서도 볼 수 있다.

(2) 척수성 대마비

병소의 높이에 따라 사지마비 또는 하지대마비가 된다. 대부분 痙性마비를 나타내고 하지는 伸展位, 또는 屈曲位가 되는데 신전위를 취할 때에는 paraplegia-in-ension, 굴곡위를 취할 때에는 paraplegia-in-flexion이라고 한다. 대부분은 知覺脫失, 방광직장장애, 근위축 등을 수반한다. 원인은 척수압박성질환(척수종양, 카리에스, 악성종양의 전이, 경부척추증 등)과 척수내부의 질환이다. 척수내부 질환에서 급성으로 대마비가 나타나는 것으로는 급성척수염, 척수출혈, 前척수동맥 중후군 등이 있다. 초기에는 이완성마비를 나타내다가

차차 痙性마비로 이해한다. 서서히 대마비를 가져오는 것에는 근위축성 측색경화증, 痙性척수마비, 索性척수증, 다발성경화증의 만성기 등이다.

대마비시에는 우선 척수전각세포를 핵이라고 생각하고, 상위운동뉴런 장애인가, 하위운동뉴런 장애인가를 판정한다. 상위운동뉴런 장애에서는 경성대마비가 되고, 하위운동뉴런 장애에서는 이완성 대마비가 된다. 척수장애에서는 일반적으로상위운동 뉴런 장애로 일으키지만, 급성기에는 척수 shock을 수반하기 때문에 이완성대마비를 보인다. 그러나 이때에는 척수횡단증후군, 방광직장 장애가 있으므로 진단에 어려움을 겪는 일은 적다. 대개 척수전각염으로 요선부가 침해받을 때, 馬尾의 손상, 다발신경염 등에서는 이완성대마비가 된다.

다음에 진단상 참고가 되는 경과이다. 갑자기 일어나는 것은 외상에 의한 척수손상, 척수혈관장애. 예를 들면 전(前)척수동맥폐색, 척수출혈, 척수동정맥기형 등이다. 수시간~수일에 걸쳐 급성으로 일어나는 것은 다발신경염(多發神經炎, Gullian-Barre 증후군), 감염성 척수염, 탈수초 질환 특히 다발성경화증이나 Devic's syndrome, 급성 산재성(散在性)뇌척수염(ADEM)등 경막외농양 또는 종양에 의한 척수압박이다. 이중 회백수염(灰白髓炎, poliomyelitis)은 운동장애만을 보이고, 감각장애를 수반하지 않기 때문에 진단에 어려움은 없다.

만성의 경과로 대마비를 보이는 것은, 소아기에 일어나는 것과 성인에게 일어나는 것으로 나누어서 생각한다. 소아기의 것은 선천성, 혹은 생후 얼마 안되어 뇌질환으로 일어나는 소위 뇌성소아마비로, 사지마비를 보이지만, 상지보다도 하지가 분명하게 장애받아 대마비를 주장후로 한다. 소아기에서 사춘기에 걸쳐 발증하는 유전성질환은 유전성 경성대마비(遺傳性痙性對麻痺, hereditary spastic paraplegia)이다. 성인에게는 척수종양, 추간판 헤르니아, 매독성 수막척수염, 에르프 경성대마비(Erb's spastic paraplegia), 만성 경막외 감염증(chronic epidural infection), 척수공동증(脊髓空洞症, syringomyelitis), 근위축성 측색경화증, 악성

빈혈에 따른 아급성연합성 척수변성증(亞急性聯合性 脊髓變性症, subacute combined degeneration of the spinal cord)등이 원인이 된다.

(3) 말초성 대마비

다발성신경염(특히 급성의 것으로 Gullian-Barre 증후군), 외상 등으로 인하여 이완성 대마비가 된다.

4) 사지마비(四肢麻痺, Quadriplegia or Tetraplegia)

상하지가 양측성으로 운동마비를 보이는 경우를 말한다. 상해부위는 대뇌, 뇌간, 경수, 척수말초신경, 근육, 긴성근접합부 등의 여러 부위에서 발생할 수 있다.

(1) 양측대뇌반구의 장애

성인에서는 양측성의 뇌혈관장애, 소아에서는 뇌성마비, Schilder 병, 지질대사이상에 의한 뇌증 등의 뇌질환이 있다. 마비는 痙性이고 상지는 굴곡위, 하지는 신전위가 되어 소위 제피질경직(decorticate rigidity)을 나타낸다.

(2) 뇌간부 장애

두드러진 의식장애를 가져오며 뇌신경마비와 함께 사지는 痙性伸展位를 나타낸다. 원인으로서는 혈관성장애, 종양, 염증 등을 볼 수 있다.

(3) 경수부 장애

원인질환으로는 종양, 경추의 손상, 추간판 헤르니아. 경부척추증이 있다. 경수하부 손상에서의 상지는 이완성, 하지는 경성마비를 나타낸다.

(4)말초신경장애

다발성신경염, 특히 Gullian-Barre 증후군에서는 이완성 사지마비가 나타난다.

(5) 신경근접합부 및 근육의 장애

신경근 접합부의 이상으로는 중중근무력증, 중독이나 화학물질의 영향을 둘 수 있고, 근육에서는 주기성 사지마비. 근디스크로피증 등이 있다. 어느 것이나 사지마비를 나타낸다. 운동뉴런 질환중에서 특히 근위근군(近位筋郡)이 침범되는 병형(Kugelberg-Welander 병, Werding-Hoffmann 병 등)은 현저한 사지의 이완성마비를 나타낸다.

이 중에서 완전한 사지마비는 경수장애, 다발신경염(Gullian-Barre 증후군 등)에 의한 것이 많다.

경수장애는 종양, 추간판 헤르니아, 후종인대골화증(後縱靱帶骨化症), 외상 경수관협착증, 두개저합입증, 염증, 혈관장애 등으로 일어난다. 대뇌의 양측성 장애에서는 경성(痙性)이 되고 상지는 굴곡, 하지는 신전위를 취하고제피질경직(除皮質硬直, decorticate rigidity)을 보인다. 뇌간장애 특히 중뇌의 장애에서는 사지전체가 경성이 되고, 상하지 모두 신전위를 취하며, 소위 제뇌경직(除腦硬直, decerebrate rigidity)을 보이는 일이 많다. 척수장애중 전척수동맥중후군에서는 척수의 전반이 침해받고, 경수 부분의 장애에서 상지는 이완성마비를, 하지는 경성마비를 보인다. 유, 유아(乳, 幼兒)에서 신경손상으로 사지마비의 원인이 되는 것은 뇌성 소아마비외에 범발성 경화증(汎發性 硬化症, diffuse sclerosis), 백질디스트로피(leukodystrophy), 유아형 진행성 척수성 근위축증(Werdnig-Hoffmann disease)등 특수한 것이다.

노인에서는 뇌혈관장애가 반복되고, 양측성의 대뇌장애에 의하여사지마비를 초래하는 수도 있다. 이때는 발어(發語) 및 嚥下연하)장애가 나타나고, 소위 가성구마비(假性球麻痺, pseudobulbar palsy)를 수반한다. 또한 여러가지 근증(筋症 혹 筋障礙, myopathy)도 사지의 탈력 내지 마비를 일으킨다.

6. 운동장애를 유발하는 특이 질환

2) Gullian-Barre 증후군

이 증후군은 특징적인 경과와 증상을 가지는 다발성신경근염(多發性神經根炎, polyradiculoneuritis) 중의 하나이다.

진단기준은 다음과 같다.

(1) 전구증상으로서 인두발적, 편도염, 급성결막염, 위장장애, 미열등 감기와 유사한 증상이 1/2~1/3의 빈도로 나타나지만 반드시 발생하지는 않는다.

(2) 신경증상의 발현은 급성이다.

(3) 운동마비의 대부분은 양하지 말초에서 시작하여 양상지, 안면, 더욱 심하면 호흡근으로 진행하고 마비도 심해진다. 사지의 마비는 원위근에 심한 것이 원칙이다. 양측의 말초성 안면신경마비는 본증의 특징적 소견이다.

(4) 감각장애는 운동마비에 비해 가볍다. 그 중에서도 자각적 감각장애에 비해, 타각적 감각장애가 가볍다.

(5) 근압통, 신경신전통을 볼 수 있다.

(6) 심부건반사는 감약 내지 소실한다. 그러나 표재반사는 종종 유지된다.

(7) 뇌척수액은 단백증가를 보인다. 이것은 임상증상과 대체로 비례하고, 시일이 경과함에 따라 명료해지며 10~20일에 절정에 달한다.

(8) 경과는 처음에급속히 심해져서 10~20일에 정점에 달한 후 호전되기 시작한다. 그러면 대체로 예후가 양호하나 20일 이후에도 호전의 기미가 보이지 않으면, 예후 불량한 경우가 많다.

(9) 2차적인 다발성 신경근염(多發性 神經根炎, polyradiculonepritis), 가령 약물 중독, 세균감염, 비세균성 감염(바이러스, 리켓차, 아베바, 렙토스피라 등), vaccine 접종, 항혈청주사, 대사이상(당뇨병, 포르피린증), 임신, 영양불량, 골수종, 악성종양 및 백혈병 등에 의한 것은 제외할 수 있다.

Gullian-Barre 증후군은 원인불명의 다발성 신경근염 중에 위와 같은 조건을 보이는 것을 말하는데, 다음 몇가지의 변형이 있다.

① 척수신경(근)형

② 척수 및 뇌신경(안면신경, 동안신경)형

③ 뇌신경(III, IV, VI, VII, IX, X, XI, XII의 대칭적 마비)형

④ 가성 마이오파치형(사지 근위부에 우위인 근력저하, 근위축 수반)

⑤ 운동실조형(대개는 척수로형이지만 소뇌형도 있다.)

⑥ Fisher 증후군(외안근 마비와 운동실조가 주 증상)등으로 나누어진다.

III. 考 察

痿症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 特徵으로 하는 一種의 病證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 甚하면 生命이 危險할 수 있는 疾病이다.¹⁻³⁾

痿症은 洋醫學的 區分으로 볼 때 大痲痺나 四肢麻痺의 範疇에 屬한다고 볼 수 있으며^{1-3,7)} 各各의 原因 疾患에 따라 感覺障礙나 痛症, 異常感覺 등을 同伴할 수 있다. 그러나 韓醫學的으로는 대체로 感覺障礙나 痛症이 있으면 痺證으로, 없으면 痿症으로 區分하는 傾向을 보이고 있는데 治療方法도 다르게 提示하고 있다.

痿에 관하여 最初로 詳細히 論述하고 있는 곳은 黃帝內經 素問 痿論篇이며⁴⁾ 그 原因에 대해서는 여러 篇에 걸쳐 散在되어 있는데 《素問·痿論》에서는 “思想無窮, 所願不得, 意淫于外, 入房太甚, 宗筋弛縱, 發爲痿躄.”이라 하여 思慮過度나 入房太甚에 의한 腎精의 損傷에 의하여 痿症이 發生할 수 있다고 하였으며 역시 《素問·痿論》에서 “肺熱葉焦, 則皮毛虛弱急迫, 著則生痿躄也”라고 하여 熱傷肺津에 의한 原因을 提示하였다. 또한 《素問·太陰陽明論》에서는 “脾病而四肢不用”이라 하여 脾胃損傷이 原因이 됨을 說明하였다. 한편 《素問·痿論》에서는 “肺主身之皮毛, 心主身之血脈, 肝主身之筋脈, 脾主身之筋肉, 腎主身之骨髓, 故肺熱葉焦, 則皮毛虛弱急薄, 著則生痿躄也; 心氣熱, 則下脈厥而上, 上則下脈虛, 虛則生脈痿, 樞折擊脛縱而不任地也; 肝氣熱則膽泄口苦, 筋脈乾, 筋脈乾則筋急而攣, 發爲筋痿; 脾氣熱則痿躄而渴, 肌肉不仁, 發爲肉痿; 腎氣熱則腰背不舉, 骨枯而髓成發爲骨痿.”라 하여 痿를 五種의 類型으로 區分하고 病理를 說明하였으며 “陽明者, 五臟六腑之海, 主潤宗筋, 宗筋主束骨而利機關也. 衝脈者, 經脈之海也, 主滲灌溪谷, 與陽明合于宗筋, 陽明宗筋之會, 會于氣衝, 而陽明爲之長, 皆屬於帶脈, 而絡于督脈, 故陽明虛則宗筋縱, 帶脈不仁, 故足痿不用也”라고 하여 治療上 獨取陽明이라는 重要한 法則을 提示하고 있다. 즉 內經에서는 痿症에 對하여 病因病機, 證候分類, 鑑別, 治療原則 등에 對하여 詳細히 論述하고 있다.

內經中の 痿病에 관한 內容은 後世 醫家들에게 깊은 影響을 미쳐서 代개의 醫家들이 內經中の 病因, 治法에 依據하여 論述하고 있는데 金元時代의

李¹¹⁾는 時令의 特性상 濕熱이 旺盛한 六七月間에 肺受濕熱로 因하여 腎水를 生化하지 못하여 痿症이 發生한다고 보았으며 張¹²⁾도 역시 “痿者, 必火勝金”이라하여 痿의 病理로서 肺金이 火制를 받아 腎水를 生하지 못하므로 發生한다고 보았으며 原因으로는 客熱, 房勞過度 등을 들고 있다. 朱¹³⁾는 內經의 基礎上에서 五行學說로서 痿症의 病機를 說明하였다. 卽 五行中 火二水一이므로 陽常有餘, 陰常不足하여 嗜欲이 無節하면 水虧하여 火王刑金하면 木來克土하여 四肢不用한다고 說明하였으며 痿症을 濕熱, 濕痰, 氣血虛, 瘀血 등으로 區分하였다.

陳¹⁴⁾은 痿症을 內傷으로 區分하고 隨情妄用, 喜怒不節, 勞力兼併 등으로 因해 正氣가 消耗되고 營衛가 損傷되면 發生할 수 있다고 보았다.

明清以來로 본 病의 辨證論治가 더욱 複雜해지고 있는데 朱¹³⁾는 內經의 獨取陽明을 治法의 大要로 삼고, 끼고 있는 素因의 差異에 따라 濕熱, 濕痰, 血虛, 氣虛, 瀉血, 食積防碍昇降 등으로 原因을 區分하였다. 張¹⁵⁾은 從來 醫家들이 主張하던 從火論以外에 內經中の ‘悲哀太甚則胞絡絕傳爲脈痿思想無窮所願不得發爲筋痿有漸於濕而水爲邪發爲肉痿’ 條文을 들어 오히려 元氣가 敗傷하여 精血이 不養하여 痿症이 發生하는 경우도 있음을 主張하였다. 葉¹⁶⁾은 辨證論治面에서 더욱 精密을 起하여 痿症은 肝腎脾胃 四經의 病이라고 하였으며 各各 12個의 病因病理로 區分하였는데 治法과 함께 定理하면 다음과 같다.

張¹⁷⁾ 및 李⁵⁾는 朱¹³⁾와 마찬가지로 內熱을 病本으로 보고 挾症에 따라 原因을 濕熱, 濕痰, 氣虛, 血虛, 陰虛, 死血, 食積 등으로 區分하였다. 王¹⁸⁾은 病機로서 起病於上半身, 不能行於下하면 痿症이 發生한다고 보았으며 從來의 說과는 달리 清涼攻下之方은 濕熱腿疼痺病에 使用할 수 있는 것이지 痿病에는 쓸 수 없다고 主張하였다.

近來에 와서 痿症을 辨證上 虛實로 區分하고 虛症에는 肺胃傷津, 肝腎虧虛와 實證에는 濕熱浸淫, 濕痰阻隔, 血瘀經絡을 配屬하고 있으며 臨床上 陰虛와 濕熱症狀이 많이 나타난다고 하였다.^{1,3)} 또

病因病機	治法
衝任虛寒	通陽攝陰兼實奇脈
濕熱沈着下焦	用苦辛寒燥爲主
腎陽奇脈兼虛者	通納八脈 收拾散越之陰陽
下焦陰虛及肝腎虛	鎮納下焦 和肝熄風
陽明脈空 厥陰風動	統攝爲主
肝腎虛而兼濕熱及濕熱熏灼筋骨	益下佐以溫通脈絡 兼清熱利濕
胃虛窒塞筋骨不利	流通胃氣 及通利小腸火府
胃陽腎督皆虛	兩固中下
陽明虛營絡熱 及內風動	清營熱息內風
肺熱葉焦	用甘寒清上熱
邪風入絡	解毒宣行
精血內脫奇脈少氣	鎮補精髓

한 病情의 緩急에 따라 突發的인 樣相을 取하는 것은 肺熱傷津, 瘀血阻絡, 濕熱內盛인 境遇이며 緩慢하게 發病하는 것은 脾胃虛弱, 肝腎不足, 氣血虧損인 境遇로 區分하였다.¹¹⁾

이로써 보면 諸家들의 痿病에 대한 認識은 內經의 '肺熱葉焦'의 病理에서 크게 벗어나지 않았음을 알 수 있으며 丹溪以後 그 機轉에 대해 陰陽五行의 理論을 援用하여 病理를 說明하고 있다. 또한 濕熱을 中心病因으로 삼아 挾症으로서 濕熱, 濕痰, 氣虛, 血虛, 陰虛, 死血, 食積 등으로 病因을 區分하고 있다.

韓方的인 治法을 살펴보면 內經에서는 '獨取陽明'이라하여⁴⁾ 重要한 治法을 提示하였다. 이는 後代로 오면서 治療의 基本概念이 되었으며 이것을 中心으로 挾症의 형태로 辨證論治가 展開되었다.

獨取陽明은 2가지 意味로 把握되는데 첫째는 補益後天의 意味와 둘째는 清火陽明濕熱의 意味이다.¹¹⁾ 補益後天의 意味는 《素問·痿論》中에서 "衝脈者, 經脈之海, 主滲灌溪谷, 與陽明合于宗筋, 陽明虛則宗筋緩"라고하여 病理를 說明하고 있으며 清火陽明濕熱의 意味는 《脾胃論·濕熱盛爲肺金受邪論》에서 濕令이 大行하는 六七月間에 濕

鬱化火하여 濕熱相合으로 刑庚大腸하여 燥金이 濕熱을 받아 寒水生化之源이 切하면 發生할 수 있다고 한데서 根據를 들 수 있다. 또한 朱단계는 肺金이 熱을 받아서 自己 機能을 다하지 못하게 되어 肝木을 抑制하는 힘이 적어지면 脾가 木의 邪氣를 받아서 傷하게 되고 脾가 傷하면 팔다리를 잘 쓰지 못하게 되고 여러가지 痿症이 생긴다고 하여 治療方面은 '瀉南補北'의 原理에 基本을 두지만 결국 脾의 邪氣를 除去하기 위한 것임을 알 수 있다. 李¹¹⁾는 濕令이 大行하는 六七月에 痿症이 發하면 寒涼한 藥으로 治療한다고 하였는데 清燥湯을 創案하였다. 清燥湯은 黃耆를 君으로 삼아 元氣를 補하고 燥濕健脾藥으로 燥濕理氣補土하고 生津養血하며 黃柏, 黃連으로 燥濕清熱하며 豬苓, 澤瀉로서 濕熱을 小便으로 導하고 있다. 程¹⁰⁾은 陽明胃土가 虛한데 濕熱之化를 받아 肺金이 損傷을 받아서 痿病이 일어난다고 하였다. 卽 이로써 살펴 보면 濕熱을 除去하는데 그치지 않고 中土의 元氣를 補하여 津液과 陰血의 生成을 誘導하고 있다.

張¹²⁾은 "直斷曰痿病無寒"이라 하여 少陰君火地位인 午月, 濕土庚金伏火之地인 未月, 少陽相火之分인 申月에 痿病이 發生하는 것으로 보아 痿病의

發生은 熱에 의한 것이며 脈도 浮大하다고 하였으며 鹹寒味로 治療하여 많은 效果를 보았다고 하였다.

朱¹³⁾는 痿症과 痰積이 겹쳤을 때에도 濕이 많은 患者가 있고 熱이 많은 患者가 있으며 濕과 熱이 相伴되어 있는 患者도 있고 氣를 낀 患者도 있으므로 病狀態에 따라 處方을 내는 것이 좋은 治療法이라고 하였으며 “濕熱.東垣健步丸.加燥濕.降陰火.蒼朮黃芩黃柏牛膝之類.濕痰.二陳湯加蒼朮白朮黃芩黃柏竹瀝薑汁.氣虛.四君子湯加黃芩黃柏蒼朮之類.血虛.四物湯加黃柏蒼朮.煎.送補陰丸亦有死積死血.妨碍不得不降者.大率屬熱.用參朮四物湯黃柏之類.”라 하여 痿症을 濕熱, 濕痰, 氣虛, 血虛, 瘀血로 분류하여 각각의 治法을 논하고 있다.

張¹⁵⁾은 痿症治方을 陰虛와 濕熱의 정도에 따라 크게 세 가지 部類로 區分하고 있다. 첫째 濕熱에 起因되어 煩熱이 甚한자는 二妙散(蒼朮, 黃柏)에 隨症加減하고, 陰虛挾熱者는 正傳加味四物湯, 虎脛骨丸, 補陰丸, 滋陰八味丸 등으로 主治하고 火症은 전혀 없고 精血이 虧損된 者는 涼藥으로 生機를 伐하면 損된다고 하여 鹿角膠丸이 제일 適當하고 或은 加味四斤丸이나 八味丸, 金剛丸類에서 選擇하면 된다고 하였다.

李⁵⁾는 “內熱盛痿, 此論病之本也. 若有感發, 必因所挾以致. 有濕熱者, 有濕痰者, 有氣虛者, 有血虛者, 有陰虛者, 有死血者, 有食積妨碍昇降道路者”라 하여 基本病理는 內熱에 두고 있으나 각각 끼고 있는 病因들이 다르므로 區分하여 治療하여야 한다고 主張하였다.

歷代에 痿症은 弱而不用하면서 不痛이라고 하여 痛症의 有無로 痺症과 구분짓고 있으나¹²⁾ 17) 後代로 오면서 李⁵⁾는 痿症에도 痛症이 發生할 수 있으며 이때는 반드시 火, 痰, 濕, 瘀 등을 끼고 있으므로 風病으로 誤治하지 말 것을 注意시키고 있으며 이것은 위에서 張景岳이 言及한 痿病에 絶대로 發表시키지 말 것을 當付한 內容과 相通한다. 閻¹⁾은 痿症이 오래되면 氣血不行이 招來될 수 있으므로 治療時 通經活血之品을 配合해야 한다고 하였으며 張²⁰⁾은 痿症에 “肌肉痺木, 抑搔不知疼痒者”는 風寒濕入經絡, 痰涎壅塞經絡, 風寒痰涎互相

凝結經絡之間 등으로 因하여 血脈이 閉塞된 것으로 그 原因은 胸中大氣의 虛損에 있다고 보았으며 中心되는 病理로는 脾胃虛弱으로 宗筋을 營養하지 못하는 것이며 筋肉의 拘縮이 오는 것은 體內的 蘊熱이나 風寒濕의 侵犯에 依한 것이라고 하였다. 또한 筋肉의 拘縮이나 痺木症狀이 없이 無力感만 있는 것은 骨髓枯涸한 것으로 腎虛不能作強이 原因이라고 하였다. 다만 處方中에도 威靈仙을 加하여 祛風消痰시킨다고 하였으나 主된 藥劑는 黃耆, 人蔘, 白朮 등으로 健脾補氣를 爲主로 삼았다. 陳輝은 痺病이 오래되어 關節活動이 制限되고 氣血이 大虛하여 肌肉이 萎縮되면 痿痺同病으로 看做하여 活血通絡宣痺之劑를 加하여 治療效果를 높일 수 있다고 하였으며 痿症에 肌膚麻木症狀이 발생하면 皮痺가 兼發하는 것으로 보아 溫陽益氣, 活血通絡之劑를 加하여 治療한다고 하였다. 이로써 보면 明代以後로 오면서 痿症에도 痺證과 有似하게 痛症과 麻木등이 發生할 수 있다고 敘述하고 있으며 治療時에도 朱丹溪나 張景岳 등은 風藥을 사용하지 말 것을 警告하고 있으나 痿症의 基本病理를 지키는 가운데 祛風藥을 症狀에 따라 加減하는 傾向이 있음을 알 수 있다.

痿症의 攝生面을 살펴보면 기름기가 있고 맛이 좋은 飲食은 熱이 나게하고 痿症을 생기게 하므로 심심하고 기름기가 없는 飲食을 먹어야 한다고 하였으며 精不足者 補之以味라고 하여 五穀, 五果, 五肉 등의 飲食으로 偏勝되지 않게 할 것이며 金石草木 등으로 補하면 氣積化火하여 夭死할 것이라고 하였다.¹²⁾

西洋醫學的으로 痿症은 주로 感覺障碍 및 筋痿縮을 동반하거나, 동반하지 않는 對麻痺(paraplegia), 或은 四肢麻痺(tetraplegia)로 볼 수 있으며 크게 脊髓疾患, 末梢神經病證(多發性神經病證), 筋肉疾患, 神經-筋 接合部 疾患 등으로 區分할 수 있다.¹⁻³⁾

脊髓疾患으로는 脊髓의 外傷이나 炎症, 感染 및 脊髓血管 疾患 등을 除外하고는 頸部 脊椎證을 흔히 접할 수 있다고 하는데 脊椎病證을 同伴한 頸部 脊椎證의 가장 重要한 症候群으로는 (1) 痛症을 同伴한 굳어진 목, (2) 上腕痛과 感覺이 무던

손, (3) 歩行의 不安定을 同伴한 攣縮性 下肢 筋力 弱화 等이며 壓迫性 脊髓病症으로 인해 發生한 攣縮性 下肢는 한쪽 下肢의 筋力弱화와 歩行이 약간 不安定하다고 呼訴하는 것으로 가장 많이 나타난다고 한다. 下肢 症狀으로 上部 運動뉴론성 異常에 따라 強直性 步行障碼, 錐體路性 痿弱, 筋緊張度의 增加, 간대반사(clonus) 및 伸展足底反射(extensor plantar response) 등이 나타난다. 感覺障碼로는 발바닥과 발목주위에 무딘감, 얼얼한 느낌, 쭈시는 느낌이 가장 흔한 呼訴이다. 脊髓病症이 進行됨에 따라 때로는 間歇的으로 兩下肢의 筋力이 더욱 弱화되고 더욱 攣縮된다. 또한 排尿시 약간의 躊躇나 다급함이 나타날 수 있다. 이러한 狀況이 좀더 進行된 경우 歩行時 지팡이나 워커(walker)의 도움이 必要하다.

頸部 脊椎證의 脊髓傷害의 機轉은 單純한 壓迫과 虛血의 一種으로 보고 있다. 즉, 先天의인 脊椎管 狹窄, 脊椎間 디스크의 退行性 變化, 瓦解, 또는 板輪脫出(annulus protrusion) 등에 따라 骨增殖性 成長이 招來됨으로써 發生하는 脊椎管 狹窄, 骨棘性 成長에 의해 骨端關節(apophyseal joint) 損傷이 招來되며 이에 따라 脊椎의 不安定 및 關節 過盛長(joint hypertrophy) 등이 誘導되고 이에 의한 脊椎管의 狹窄, 黃色靱帶의 肥厚에 의한 脊椎管 狹窄 등과 血管性 障碼 등이 原因으로 看做되고 있다.

治療로는 保存的 治療와 手術的 治療로 區分되며 保存的 治療로는 鎮痛劑, 頸部 칼라착용(cervical collar), 牽引(traction) 등이 있으며 神經學的 缺損이 進行되거나 不仁性 痛症(intractable pain)으로 保存的 治療에 거의 反應하지 않을 경우 脊椎와 椎間板의 中心을 갈아내거나 椎弓切除術(laminectomy)을 施行한다^{9,10)}.

陳²¹⁾ 등은 本 疾患을 太陽經俞不利, 寒濕凝聚, 氣滯血瘀, 痰瘀膠阻, 肝腎虛損 등으로 辨證하였으며 疾病의 推移에 따라 風寒濕外邪가 初期에 太陽經을 侵入하면 頸項, 肩背, 上肢疼痛麻木 등의 症狀을 發生하며 더 進行하여 寒濕이 凝滯되어 經脈을 閉阻하면 項背拘急, 冷痛 등이 兼發하게 되며 만약 氣血凝滯되면 疼痛이 심해지게 되며, 病久精

血耗傷하여 肝腎不足하게 되면 頭昏眼花, 耳鳴耳聾, 肢體癱瘓 등의 症狀이 發生한다고 하였다.

太陽經俞不利에는 祛風散寒, 調和營衛를 목표로 桂枝加葛根湯加減을, 寒濕凝聚에는 溫經祛濕시키고 活血止痛하는 小活絡丹合桃紅飲加減을, 氣滯血瘀에는 活血行氣하고 祛痰通絡할 目的으로 身痛逐瘀湯加減을, 痰瘀交阻에는 祛濕化痰, 散瘀通絡하기 위하여 導痰湯合四物湯加減을, 肝腎虛損에는 滋腎柔肝, 強筋壯骨하기 위하여 益腎養血健步湯이나 鹿角膠丸加減을 使用해야 한다고 하였다.

筋肉疾患으로는 筋異營養證, 炎症性 筋病證, 內分泌性 筋病證, 代謝性 筋病證, 重證筋無力證 등으로 區分할 수 있으며 이중 重證筋無力證은 특히 神經-筋 接合部 疾患에 속한다.

Gullian-Barre syndrome(GBS)은 多發性 末梢神經病證 中 急性 炎症性 脫髓有性 或은 軸索型에 屬하는 病證으로서 發生 頻도와 病의 危重함에 있어서 가장 臨床家의 注意를 要하는 疾患이다.

本 疾患은 모든 季節에 걸쳐서 나타나며 小兒와 모든 年齡에서 發生되며 性別의 區分은 없다. 大略 60%의 患者에서 輕度의 上氣道 或은 胃腸管 感染後 1 乃至 3週 後(때론 더 지나서), 神經病證 症勢가 나타난다.

최근 Campylobacter jejuni가 先行하는 感染病 中에서 가장 흔히 동정되며 다른 덜 흔한 先行 疾患이나 先行 條件으로 手術的 操作, 血栓溶解劑에 露出, viral exanthem 및 다른 바이러스 疾患들(cytomegalovirus), Epstein-Barr virus, HIV virus, Campylobacter 이외에 細菌感染(Mycoplasma pneumonia, Lyme disease), 淋巴腫(특히 Hodgkin disease) 등을 꼽을 수 있다.

大部分의 경우 이 疾患의 臨床樣相은 末梢神經에 對抗하는 細胞媒介性 免疫反應의 結果라고 알려져 있다. 몇몇의 自家抗體가 GBS 患者에서 短篇的으로 檢出되었는데, 이 중 가장 뚜렷한 것으로 anti-GQ1은 Fisher 症候群의 거의 모든 患者에서 檢出된다. 거의 15%의 患者에서 發病 初期에 anti-GM1 antibody가 檢出되는데 고역가는 主로 Campylobacter 感染과 連累된 例에서 뚜렷하다. 그러나 神經으로부터 微生物이나 바이러스를 檢出

하기 위한 모든 試圖 및 電子顯微鏡 檢索도 失敗하였으므로 多樣한 種類의 原因-바이러스, 細菌(특히 C. jejuni), 어떤 vaccine, 아마도 神經損傷 그 자체-들이 敏感한 個體에서 末梢髓肖에 自家免疫의으로 對抗하는 免役反應을 誘導하는 것 같다.

知覺異常(tingling, burning), numbness 등이 흔한 初期 症勢로 1-2주 지나서까지도 進行하기도 한다. 主된 臨床症勢는 主로 下肢部位에서 始作되는 筋力弱화로 다소 對稱의이며 過半數 以上の患者에서 主로 臀部, 大腿部, 허리의 痛症을 呼訴한다. 腱反射의 減少나 消失은 항상 觀察되는 所見이며 自律神經異常(頻脈, 徐脈, 顔面紅潮, 자주 變하는 高血壓이나 低血壓, 發汗의 減少나 아주 甚한 間歇的 過汗症)이 흔하며, 약 15%의 患者에서 小便의 貯留가 보인다.

大部分의 患者에서 麻痺는 下肢에서 體幹部, 上肢 및 腦神經 麻痺로 이어지며 90% 以上の患者에서 麻痺는 10 乃至 14日 頃에 最高度로 높아 지나 間或 咽喉-頸部-上腕 筋肉이 처음부터 侵犯되거나 下肢와 同時에 發現되기도 한다. 20% 정도에서는 氣管切開(tracheostomy) 및 人工呼吸(ventilation)이 必要할 수 있다. 50% 患者에서는 어느 정도의 顔面筋 痿弱이 發生한다.

他 末梢神經病證들과의 鑑別點으로 우선 頸部 脊髓病證과의 症狀的 差異點은 GBS에서는 全身麻痺가 있으면 흔히 顔面筋 및 呼吸筋 麻痺가 隨伴된다. 手指 末端部가 저리며, 感覺症狀은 종아리 中間位置까지 上行한다. 手部나 足部 近位部에 나타나는 顯著的 感覺消失은 發病 初期에 흔치 않다. 腱反射는 筋力弱화를 보이거나 重力에 反하는 힘이 不足한 四肢에서 거의 例外 없이 24時間 以內에 消失된다. 四肢麻痺를 보이는 患者에서 정상 vital capacity를 나타내면 脊髓 疾患을 시사한다.

眼瞼下垂와 眼球運動弱화는 一部 GBS 患者에서 보일 수 있는데, 急性 重證筋無力證과 混同을 일으킨다. 그러나 患者에서 感覺異常이나 腱反射消失은 觀察되지 않는다. 下顎筋은 GBS 경우 正常이나 筋無力證에서는 弱하여 입을 벌리고 있는 樣相을 取한다.

檢査上 大部分의 患者에서 腦脊髓液 蛋白質이 上

升하나 경우에 따라서는 2 內至 3주가 지나서야 腦脊髓液 蛋白質이 上升할 수도 있다. 이때 γ -globulin이 主로 增加된다. 神經傳導 檢査(nerve conduction studies)上 病의 初期에 施行했을 경우에는 正常 所見을 나타낼 수 있다. 즉 病의 初期에는 主로 神經根(nerve root)이 侵犯되고 遠位部(distal)損傷은 적다는 것을 反映한다. 물론 發病 後期에는 傳導速度가 延長된다. 바이러스 檢査上 間或 Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, 볼거리(mumps), 風疹(rubella), 腸바이러스(enteroviruses) 등의 特定 바이러스에 對한 抗體 역가가 上升되는 수도 있다.

時間이 지나면 이 病은 自然的으로 回復되어 大多數 患者에서 完全 回復이 可能하기 때문에 急性 發病을 보이는 甚한 程度의 患者에서 治療 主眼點은 呼吸補助와 纖細한 看護이다.

스테로이드, 細胞毒性 藥物(cytotoxic drugs) 등의 特定한 免役藥物들의 治療 效果는 뚜렷하지 않다. 症狀 發現 後 2週 以內에 血漿交換術(plasma exchange)을 施行하였을 때 入院 期間의 明白한 短縮과 함께 患者가 機械呼吸에 依支하는 時期가 短縮되고 患者가 걷기 시작하는 데 걸리는 時間이 짧아진다는 報告가 있다. 또한 靜脈通路로 免役글로불린을 投與하는 方法도 血漿交換術만큼 有效하다고 하였다.

豫後를 살펴보면 大概 5% 乃至 10% 정도의 患者가 死亡하며 疾病初期의 死亡原因으로 自律神經不調에 聯關된 心臟麻痺, 成人型 呼吸停止 症候群, 어떤 形態의 突發的 機械 機能 異常으로 死亡하게 된다. 疾病 末期에는 肺 栓塞證 및 長期間의 運動 不足으로 나타나는 다른 合併症(흔히 細菌感染)이 主 死亡 原因이 된다. 大部分의 患者는 完全히 或은 거의 完全히 回復되지만 約 10%의 患者에서 殘存하는 機能不全이 甚하게 된다.⁸⁻¹⁰⁾

本疾患은 四肢末端의 運動障礙 및 感覺障礙 등이 發生하므로 痿症의 範疇에 包含될 수 있으며 轉變단계에 나타나는 臨床症狀에 따라 痙證, 厥證, 痺證 등과 類似性を 보인다.

四肢軟癱이 主된 症狀이 되며 夏秋 兩季節이 發病함이 主로 많으므로 濕熱이 主된 原因이 된다고

보고 있으며 濕熱浸淫型이 가장 常見되는 形證이라고 하였다.

四肢 軟弱無力한 症狀은 肝腎不足 或은 氣血虧損하여 肢體筋骨皮肉이 營養을 받지 못하여 나타난다고 하였다.

四肢軟癱症 以外에 面癱(口眼歪斜), 感覺異常(疼痛, 麻木 等), 構音障礙, 吞嚥困難 等도 發生될 수 있는데 暑, 熱, 燥, 火 等의 溫熱病邪가 津液을 燒灼하거나 逼迫津液하여 外泄되면 肺胃의 津液이 損傷을 받아 肺失肅降하고 胃陰不足으로 燥熱이 内生되어 咽喉乾燥, 吞嚥不利, 聲嘶 或은 失音 等이 發生한다고 보고 있으며 濕阻經絡하면 清陽이 宣發敷布되지 못하여 肌膚麻木不仁이나 肢體重滯疼痛, 困倦不舉 等의 症狀이 發生한다고 보았다.^{1, 21)}

주로 四肢 遠端部(특히 下肢)의 感覺異常(tingling, burning) 및 numbness 等이 發生하며 腰腿部 等に 痛症이 發生하는 境遇가 흔하므로 痺證과도 症狀이 類似한데, 近來에 와서 痿證에 痛症이 發生할 수 있으며 火, 痰, 濕, 瘀 等を 끼고 있으므로 各各 症狀에 따라 治療해야 한다는 點^{5, 20)}과 一致한다.

病因은 크게 內傷과 外感으로 大別할 수 있는데 內傷은 脾胃虛弱, 肝腎不足 등이 包含되며 外感은 주로 濕邪에 의한 것이 많은데 暑濕, 濕熱, 寒濕 等으로 區分된다. 暑濕에 의한 症狀으로는 四肢軟癱, 麻木, 胸部束帶感, 精神倦怠, 氣短, 胸悶, 汗出不暢, 口渴不欲飲, 舌苔白膩 或은 黃膩, 脈濡滑數 等이며 治法은 清暑利濕 益氣通絡하는 清暑益氣湯을 使用하며 濕熱阻絡한 症狀으로는 四肢痿浸乏力, 四肢麻木疼痛, 胸部束帶感, 面癱, 口苦粘膩不爽, 口渴不欲飲, 腹脹食慾不振, 小便短赤, 舌苔黃膩, 脈弦滑 等이 屬하며 治法으로는 清熱利濕하는 健步丸을 使用한다고 하였다. 脾腎不足, 寒濕下注에 依한 症狀으로는 四肢軟癱, 四肢麻木, 手足發涼, 甚하면 肢體冷汗頻出, 胸部束帶感 等이 發生하고 進行되면 吞嚥困難, 痰涎滯留, 呼吸促迫, 脣甲青紫, 舌質淡苔薄白, 脈沈遲而沈伏 等이 나타난다고 하였다. 治法으로는 去寒濕하고 溫脾腎하는 麻黃附子細辛湯合 參朮湯類를 使用한다고 하였다.^{1, 21)}

病期の 早晚에 따라 原因을 구분해보면 早期는 篤實爲主로 燥熱, 濕邪, 痰濁, 瘀血을 原因으로 볼 수 있으며 晚期에는 精虛 및 虛中挾實로 判斷하며 肝腎精不足을 爲主로 辨證할 수 있다. 臟腑辨證論治상 肺熱傷津, 濕熱浸淫, 脾腎兩虛, 脾胃虛弱, 肝腎兩虛 等으로 辨證할 수 있으며 辨證時 濕熱을 本證의 主要原因으로 보며 脾腎兩虛나 寒濕下注型은 呼吸困難을 招來할 수 있다. 이 中 肺熱傷津, 濕熱浸淫 등은 早期 邪盛한 症狀으로 볼 수 있으며 病이 오래되면 脾虛, 肝腎陰虛의 證候를 보이게 된다. 肺熱傷津 時 清熱生津潤燥하는 清燥救肺湯을 使用하며, 濕熱浸淫證에는 清熱利濕시키는 二妙丸, 三妙丸 등을 使用하며 寒濕浸淫에는 健脾和胃, 溫和寒濕하는 治法으로 胃苓湯 等を 使用하며 或은 脾虛症狀時에는 參苓白朮散類를 使用한다. 肝腎陰虛證에는 滋補肝腎, 滋陰清熱하는 知柏地黃丸이나 虎潛丸類를 使用한다.^{1, 21)}

筋異營養證은 遺傳的 疾病으로 筋纖維의 漸進的인 退行과 痿縮을 特徵으로 한다. 筋萎弱과 筋萎縮이 對稱이고, 感覺이 正常이며, 皮膚反射가 維持되고 家族性으로 發生한다는 점은 이런 疾患群의 特徵의 所見이며, 臨牀的인 所見만으로도 區別되는 바가 있다. 性染色體(X-linked) 劣性 疾患으로 Duchenne 異營養證, Becker 異營養證, Emery-Dreifuss 異營養證 등이 속하며, 常染色體 優性(autosomal dominant)에 속하는 顏面肩胛上腕 異營養證, 肩胛腓骨 筋異營養證, 眼咽頭筋 異營養證 등이 있으며 常染色體 劣性 疾患으로 肢帶型(limb-girdle) 異營養證이 속한다.

이 中 Duchenne 異營養證은 筋異營養證 中 가장 흔한 형태로, 臨牀樣相을 살펴보면 運動發達이 비교적 늦어서 약 50% 정도는 18개월 때에 겨우 걸을 수 있다. 發病初期에는 近位部 筋들이 주로 侵犯되어 侵犯되는 筋肉들에 따라 臀部筋(glutei), 四頭股筋(quadriceps)등이 侵犯되어 오리걸음을 나타내며, 肩帶(shoulder girdle) 및 上腕(upper arm) 등의 侵犯이 빈번하며, 體幹筋(axial muscle) 痿弱으로 인해 뒤로 젖혀지는 자세(sway back posture)를 보인다. 骨盤帶, 腰薦椎部, 어깨의 筋肉은 萎縮되고 萎弱이 發生하며 이로 인해 서있을

때는 脊椎前彎證을 보이고 배가 튀어 나오며, 앉아 있을 때는 등이 둥글게 된다. 무릎과 엉덩이의 伸展筋이 兩側性으로 약해져서 均衡을 維持하는데 障礙가 생기며, 階段을 오르거나 의자에서 일어서거나 웅크린 자세에서 일어나는 動作에 障礙가 생기게 된다. 특히 疾患初期에는 階段을 오르거나 낮은 의자에서 일어서기가 힘들므로 自己自身을 짊고 일어서는 Gower 徵候를 보인다. 病이 進行되면 萎弱과 萎縮이 下肢와 前腕部까지 퍼지게 된다. 選擇的으로 侵犯되는 筋肉들은 목의 屈筋, 손목의 伸展筋, 上腕橈骨筋, 大胸筋의 肋骨部, 廣背筋, 二頭筋, 三頭筋, 前脛骨筋, 腓骨筋 등이다. 眼球筋, 顔面筋, 구상근(bulbar muscle), 手部筋 등은 보통 侵犯되지 않으나 顔面筋, 胸鎖乳突筋, 횡경막은 病의 末期에 侵犯된다. 運動筋과 拮抗筋 사이의 不均衡으로 인해 纖維性 拘縮이 招來되므로 腰椎前彎證, 股關節 屈曲 및 外向, 膝關節 屈曲, 足底 屈曲 등이 發生하게 된다. 이 외에 넙치근(gastrocnemius m.) 肥大가 患者의 80%에서 보일 수 있으며 知能低下가 보이게 된다.

豫後로는 12살이 되면 더 이상 걷지 못하는 상태가 되며 四肢 遠位部에도 痿弱이 퍼지게 된다. 漸次的으로 脊椎後側彎曲, 呼吸困難 등이 發生하며 20세 이상 生存하는 경우는 드물다고 한다.

效果的인 治療方法은 없으며 保有者의 發見과 相談 등 豫防的 治療가 必須的이다^{9,10)}.

本 疾患은 遺傳的 素因에 의한 筋肉變成 疾患이며 臨床上 兩側 對稱性 筋肉萎縮 및 無力을 나타내므로 《內經》중의 ‘肉脫’, ‘肌肉消’, ‘大肉陷下’, ‘風消’ 등의 範疇에 該當한다¹⁾.

閻¹⁾ 등은 本 病의 發生이 元氣 및 五臟敗傷과 有關하며 그 중 脾胃腎 三臟과 關係가 密接하다고 보았다. 發病의 主要 原因으로 脾胃虛弱이나 虛中 挾濕挾熱로 인하여 肌肉이 失養하거나, 腎精不足으로 腦髓空虛하고 骨枯髓空하여 骨痿乏力하게 된다고 보았는데 脾胃虛弱, 肝腎不足, 濕熱內侵의 三型으로 辨證分類하였다. 脾胃虛弱 時 上肢乏力, 下肢行走如鴨步, 面色蒼白, 身疲倦怠, 少氣懶言, 聲音無力, 舌淡肥胖, 脈細軟無力 등의 症狀이 나타날 수 있으며 補中益氣湯을 使用한다. 肝腎不足 時

四肢無力顫抖, 步履踉蹌, 筋惕肉瞤, 甚則言語蹇澀 腰痛腿軟, 舌紅少苔, 脈細數或弦細數 등의 症狀이 나타나며 滋補肝腎, 強筋壯骨시키는 金剛丸을 使用하였으며 濕熱內侵 時 步履困難, 肌肉萎縮, 倦怠乏力, 食少便溏, 舌肥嫩, 苔黃膩, 脈濡數 등의 症狀이 보일 수 있으며 健脾 清熱利濕을 目標로 異功散合三妙丸을 使用하였다. 陳²¹⁾ 등은 주로 病因을 先天稟賦不足으로 보고 있다. 腎精不足으로 不能 養骨하고 腎元陽不足으로 脾陽虛하게 되면 運化失司하여 四肢肌肉을 水穀精微가 濡養하지 못하는 것으로 생각되며 辨證上 氣血不足에는 肢體軟弱, 手不持重物, 步履緩慢, 面色無華, 食少不化, 唇色淡, 舌質淡, 苔少, 脈沈無力 등의 症狀을 包含시켰으며 益氣養血, 壯腰健步하는 滋血養筋湯을 使用한다고 하였다. 脾腎陽虛에는 頭頸軟弱, 不能擡舉, 起蹲困難, 手臂無力難而握之, 咀嚼乏力, 四肢不溫, 大便糖薄, 舌質淡胖, 苔少, 脈沈遲 등의 症狀이 該當되며 補腎健脾, 強筋壯骨하는 虎潛丸 등을 應用하였다.

神經-筋 接合部 疾患으로 代表的인 疾患이 重症筋無力證이다. 神經-筋 接合部 疾患의 가장 特徵的인 臨床所見은 筋力弱화가 變動性을 보인다는 점과 筋肉이 쉽게 疲勞해 진다는 점이다. 恒常 筋力弱화는 어느 정도 있으나 肉體的인 活動을 하고 난 후에는 더 심해진다는 特徵이 있다.

發病原因으로는 神經-筋 接合部 部位에서 發生하는 免疫學的 機轉이 提示되고 있으며 아세틸콜린 受容體 抗體가 神經 終板에 拮抗的으로 作用함으로써 症狀이 發現된다고 한다. 自家免役反應의 供給源은 確立되지 않았으나 大部分의 患者에서 胸腺에 異常이 있고 胸腺切除術에 좋은 反應을 보이므로 病理機轉에 胸腺을 聯關시켜야 한다고 하였다.

患者의 90% 정도는 40세 以前에 症狀이 發生하며, 初期 症狀 중 半 以上이 眼瞼舉筋(levator palpebre)과 外眼筋(extraocular muscle)의 弱화가 나타나며 90% 以上이 眼瞼下垂 및 眼球運動 障礙를 보이게 된다.

顔面表情筋과 함께 咀嚼, 嚥下 및 發聲에 關與하는 筋肉들은 흔히 侵犯되는 筋肉이나 初期 症狀

으로 侵犯되는 경우는 5~10%에 달할 뿐이다. 腦神經 證候 및 症狀으로 眼瞼下垂 및 筋不全(paresis), 표정없는 얼굴, 特徵적인 筋無力證 미스(myasthenic snarl)를 나타낸다. 延髓(bulbar) 症狀으로는 發音不全性(dysarthric) 言語, 聲音不全性(dyphonic) 言語, 嚥下障礙, 콧소리 등이 發生한다.

四肢와 體幹의 症狀 및 徵候로는 筋肉의 弱화로 목을 지탱하지 못하고 끄덕거리게 되며, 스트레스, 感染, 妊娠 등에 의해 筋痿弱이 惡化된다.

臨床經過는 患者마다 매우 多樣한데, 死亡의 危險은 疾病發病 후 첫 一年 내에 가장 높으며 두번째 危險한 時期는 發病 후 4~7년이라는 報告가 있다. 發病 후 첫 一年 동안의 死亡率은 5% 以下이다. 10%는 長期間의 寛解期에 들어가며, 20%는 수개월 정도의 短期間 寛解期를 經驗하게 된다. 30%는 점차 進行하여 死亡에 이르게 되며 나머지는 運動에 의하여 惡化되는 등 多樣的한 症候의 障礙를 나타낸다.

治療의 臨床段階와 豫後는 Osserman에 의한 다음과 같은 分類가 가장 널리 사용되고 있다.

I형: 안구형 중증근무력증(ocular myesthesia 15 20%)

II형 A: 경증 전신형 중증근무력증(mild generalized myesthesia 30%)

: 서서히 진행하며 중증근무력 위기는 없고 약물에 반응이 좋다.

B: 중증 전신형 근무력증(moderately severe generalized myesthesia 25%)

: 골격근과 구근이 심하게 침범되나 중증근무력 위기는 동반되지 않는다. 그러나 약물에 대한 반응은 만족할 만한 정도는 아니다.

III형: 급성 범발성 근무력증(acute fulminating myesthesia 15%)

: 호흡마비를 포함한 중증근무력 위기가 나타나며 약에 대한 반응이 거의 없는 상태이고, 흡선중동반이 흔히 있으며 높은 사망률을 보인다.

IV형: 말기 중증근무력증(late severe myesthesia 10%)

: 제III형과 동일하지만 제I형에서 제II형으로 진행할 때 2년이상 걸쳐 진행한 경우.

治療로는 항-콜린에스터라제, 스테로이드, 면역억제제 등을 使用하며 胸腺切除術, 血漿交換術 등이 使用된다^{9,10}.

重症筋無力證은 韓醫學의 痿證, 肉痿의 範疇에 該當하며 侵犯하는 筋肉에 따른 症狀에 따라 眼瞼閉(眼瞼下垂), 歧視(復視), 聲音(聲音低嘶), 頭頰(咀嚼, 吞咽 및 擡頭困難) 등에 該當한다.

病理學的 機轉上 脾能運化水穀精微하여 中氣를 生하고 肌肉을 主하고 開竅于口하고 眼瞼을 主管하므로 飲食勞倦, 久病, 大病으로 損傷中氣하여 清陽이 上升하지 못하면 眼瞼下垂에 이를 수 있고, 脾虛失運으로 水濕留滯하면 肢體가 困倦乏力하게 된다. 또한 腎臟精, 生髓, 通于腦하므로 만약 體質이 平素에 虛弱하거나 縱慾傷精, 久病腎虧, 正氣不足하면 머리를 가누기가 힘들게 된다. 이 외에도 疾病이 오래되면 脾病及腎하여 氣不足이 陽虛로 이어져 脾不能運化津液하게 되므로 津液이 肌肉筋骨을 滋養하지 못하게 되므로 肌肉軟弱無力하게 된다¹¹.

辨證上 陳²¹은 中氣不足, 脾腎氣陰兩虛, 脾腎兩虛 등으로 區分하였으며 中氣不足에는 補中益氣湯加減, 脾腎氣陰兩虛에는 四君子湯合杞菊地黃湯, 脾腎陽虛에는 四君子湯合右歸飲加減을 使用하였다. 閻¹²은 脾氣虛弱, 氣血兩虛, 脾腎陽虛 등으로 區分하였으며 脾氣虛弱에는 益氣升陽, 調補脾胃하는 補中益氣湯을, 氣血兩虛에는 八珍湯을, 脾腎陽虛에는 溫補脾腎하는 右歸飲을 使用하였다.

IV. 結 論

1. 痿證이란 筋肉이 弛緩되어 收縮하지 못하므로 發生하는 四肢痿弱을 指稱하는 것으로 下肢, 혹은 上肢에 輕度로 發生하는 것에서부터 甚하면 癱瘓에까지 이 르거나, 혹은 死亡에 이를 수도 있는 疾病이다.

2. 痿症의 原因病機는 黃帝內經 중에 肺熱葉焦가 提示된 이래 諸家들은 이를 追從하였으며 丹溪 이후 濕熱, 濕痰, 氣虛, 血虛, 陰虛, 死血, 食積 등으로 區分되는 傾向이 있었으며 張景岳에 이르러

元氣虛弱에 의한 原因도 있음을指摘하였다.

3. 痿病의 治法上 獨治陽明이 強調되었으며 獨治陽明은 크게 補益後天 및 清化陽明濕熱의 意味로 解釋될 수 있다.

4. 內經時代 以後로 痿症과 痺證은 痛症의 有無에 따라 區分되고 있었으나 明代以後에 오면서 痿症에 痛症이나 麻木등을 兼發할 수 있다는 主張이 보이고 있다. 그러나 痺證의 症狀으로 보기보다는 痿症의 基本病理위에 痰, 濕, 瘀 등을 兼하여 發生된 것으로 認識하고 있다.

5. 西洋醫學的 區分으로 볼 때 痿症은 大痺나 四肢麻痺의 範疇에 屬한다고 볼 수 있으며 또한 各各의 原因 疾患에 따라 感覺障礙나 痛症, 異常感覺등을 同伴할 수 있다. 따라서 單純히 痛症의 有無에 따라 痿症과 痺證으로 區分 治療할 것이 아니라 濕熱 및 脾胃氣虛 등의 基本 病因病機 위에서 活血化痰藥을 加減해야 할 것이다.

6. Gullian-Barre syndrome(GBS)은 脾胃虛弱, 肝腎不足 등에 의한 內傷과 暑濕, 濕熱, 寒濕 등에 의한 外感으로 크게 原因을 나눌 수 있으며, 臟腑辨證論治上 肺熱傷津, 濕熱浸淫, 脾腎兩虛, 脾胃虛弱, 肝腎兩虛 등으로 原因을 區分할 수 있다.

7. GBS는 病期의 早晚에 따라 早期는 瀉實爲主로 燥熱, 濕邪, 痰濁, 瘀血을 原因으로 볼 수 있으며 晚期에는 精虛 및 虛中挾實로 判斷하며 肝腎精不足을 爲主로 辨證施治할 수 있다.

8. GBS는 暑濕에 의한 症狀에는 清暑利濕, 益氣通絡하는 清暑益氣湯을 使用하며, 濕熱로 인한 症狀에는 健步丸을, 寒濕에 의한 症狀에는 麻黃附子細辛湯合參朮湯類를 使用한다. 脾腎陽虛에는 麻黃附子細辛湯合參朮湯, 脾胃虛弱에는 參苓白朮散加減, 肝腎兩虛에는 虎潛丸 등을 使用할 수 있다.

9. GBS는 臟腑辨證論治上 肺熱傷津에는 清燥救肺湯, 濕熱浸淫證에는 二妙丸, 三妙丸 등을 使用하며 寒濕浸淫에는 胃苓湯을, 脾虛症狀時에는 參苓白朮散類를 使用한다. 肝腎陰虛證에는 知柏地黃丸이나 虎潛丸類를 使用한다.

10. 頸椎脊椎證은 척수의 壓迫과 虛血에 의하여 發生한다.

11. 頸椎脊椎證의 韓醫學的 原因은 太陽經俞不

利, 寒濕凝聚, 氣滯血瘀, 痰瘀膠阻, 肝腎虛損 등으로 區分하였다.

12. 頸椎脊椎證은 桂枝加葛根湯加減, 小活絡丹合桃紅飲加減, 身痛逐瘀湯加減, 導痰湯合四物湯加減, 益腎養血健步湯, 鹿角膠丸加減을 使用하였다.

13. 筋異營養證의 原因은 元氣 및 五臟敗傷과 有關하며, 脾胃虛弱이나 虛中挾濕挾熱, 肝腎不足, 濕熱內侵, 氣血虛弱, 脾腎陽虛 등으로 辨證分類하였다.

14. 筋異營養證에는 補中益氣湯, 金剛丸, 異功散合三妙丸, 滋血養筋湯, 虎潛丸 등을 應用하였다.

15. 重症筋無力證의 原因은 中氣不足, 脾腎氣陰兩虛, 脾腎兩虛, 脾氣虛弱, 氣血兩虛, 脾腎陽虛 등으로 분류하였다.

16. 重症筋無力證에는 補中益氣湯加減, 四君子湯合杞菊地黃湯, 四君子湯合右歸飲加減, 八珍湯, 右歸飲을 使用하였다.

V. 參考文獻

1. 中國中醫研究院廣安門醫院: 實用中醫腦病學, 北京, 學苑出版社, 1993. pp.204-206, p.207, pp.691-694.
2. 中醫研究院: 中醫症狀鑑別診斷學, 北京, 人民衛生出版社, 1987, pp.191-192.
3. 江蘇新醫學院第一附屬醫院編: 常見病中醫臨床手冊, 北京, 衛生出版社, 1979. pp.127-129.
4. 洪元植: 精校黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學研究院 出版部, 1981, pp.166-168.
5. 李用粹: 證治彙補, 台北, 旋風出版社, 中華民國六十五年, pp.380-384.
6. 北京中醫院: 漢醫學臨床病理, 서울, 成輔社, 1982, pp.303-304.
7. 虞搏: 醫學正傳, 서울, 成輔社, 1986, pp.218-220.
8. 김영석: 임상중풍학, 서울, 서원당, 1997, pp.267-271, 275-276.
9. 아담스신경과학 편찬위원회: PRINCIPALS OF NEUROLOGY 신경과학II, 서울, 정담, 1998,

pp.57-58, pp.1157-1159, p.1161, pp.1212-1214, pp.1310-1316, pp.1353-1355.

10. 이광우, 정희원 편저: 임상 신경학, 서울, 고려의학, 1997, pp.651-655, p.694, pp.651-655, 694-696, 740-742, 761-763.

11. 李東垣: 東垣十種醫書, 臺北, 五洲出版社, 1918, p.44, 116.

12. 張子和: 儒門事親, 河南省, 科學技術出版社, 1984, p.16, 17, 25

13. 朱震亨: 丹溪心法附餘, 서울, 大星文化社, 1982, pp.654-657.

14. 陳無擇: 三因極一病證方論, 北京, 人民衛生出版社, 1957, p.112.

15. 張介賓: 張氏景岳全書, 서울, 翰成社, 1978, pp.590-591.

16. 葉桂: 臨證指南醫案, 臺北, 新文豐出版公司, 1914, p.525.

17. 張璠: 張氏醫通, 서울, 一中社, 1992, pp.270-272.

18. 王清任: 醫林改錯, 台北, 國風出版社, 中華民國六十四年, pp.48-49.

19. 程國彭: 批吳醫學心悟, 臺北, 新文豐出版公司, 1978, pp.174-175.

20. 張錫純: 醫學衷中參書錄, 서울, 大星文化社, pp.334-335.

21. 陳貴廷, 楊思澍: 實用中西醫結合診斷治療學, 서울, 一中社, 1991, pp.789-791.

22. 樓善全: 醫學綱目, 台南, 全國各大書局, 1981, pp.62-66.

23. 王肯堂: 證治準繩, 上海, 上海科學技術出版社, 1959, p.261.

24. 周命新: 醫門寶鑑, 서울, 一中社, 1991, pp.293-296.

25. 清太醫院御醫: 醫宗金鑒, 서울, 醫道韓國社, 1976, pp.87-89.

26. 李梴: 懸吐醫學入門, 서울, 翰成社, 1983, pp.513-514.

27. 龔廷賢: 國譯萬病回春, 서울, 癸丑文化社, 1977, pp.148-150.