

清上補下湯으로 호진된 痿證患者 治驗 1例

전귀옥, 송광규, 조동희, 최해운, 김종대
대구한의대학교 한의과 대학 폐계내과학교실

A Case of Wei Symptom Treated with Chungsangboha-tang

Kwi-Ok Jeon, Kwang-Kyu Song, Dong-Hee Cho, Hac-Yun Choi, Jong-Dae Kim

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Daegu Haany University, Daegu, Korea

Wei symptom(痿證) is muscle relaxation to the point of no contraction and occurs in the limbs. Several cases have led to death.

This is a clinical report of a Wei symptom(痿證) patient diagnosed with impairment of body fluid due to lung heat(肺熱傷津). This patient was treated with Chungsangboha-tang(*Qingshangbuxia-tang*) and had significant improvement in Wei symptom(痿證). Results suggest that oriental medicine is an effective treatment for Wei symptom. But more clinical case reports are needed.

Key Words: Wei symptom(痿證), Chungsangboha-tang(*Qingshangbuxia-tang*)

1. 緒 論

痿證은 근맥이 이완되어 수족이 痿軟無力한 것을 말하며 특히 하지의 수의운동 및 보행장애가 많이 나타나므로 “痿躄”이라고도 한다^{1,2}.

痿證은 肺熱傷津, 濕熱浸淫, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 瘀阻脈絡 등으로 변증할 수 있으며 병기는 溫熱病中이나 熱病後期에 邪熱이 陰液을 灼傷하여 筋脈이 濡養을 받지 못하여 발생하고, 濕熱이 筋脈肌肉에 침습하여 弛緩되거나, 신체가 허약한데 久病으로 肝腎虧虛 精血不足되어 肌肉筋骨을 濡養할 수 없거나, 瘀血이 脈絡을 阻礙하여 발생한다¹.

清上補下湯은 龔의 『壽世保元³』에 최초로 수록된

清上補下丸을 당제로 복용 가능하도록 용량을 조절 한 처방으로 補陰之劑의 대표방인 六味地黃湯에 潤肺祛痰시키는 天門冬 麥門冬, 清肺祛痰 鎮咳시키는 桔梗 杏仁, 收斂精氣 止嗽滋補하는 五味子, 清肺熱而消痰시키는 黃芩 黃連, 潤燥祛痰시키는 貝母, 行氣祛痰하는 枳實, 燥濕化痰하는 半夏, 清熱潤肺化痰하는 瓜蒌仁, 調和解毒시키는 甘草를 加하여 補陰, 潤肺化痰, 清熱降氣시키는 효능이 있어 上氣喘急, 咳嗽, 痰涎上壅 등에 응용되고 있다^{4,5}.

痿證에 대한 국내 연구로는 김 등⁶, 곽 등⁷, 김 등⁸의 문헌 고찰 논문과 다발성신경염, 추간관 탈출증, Guillain-Barre syndrome, 근이영양증으로 진단받은 환자의 치험례에 대한 논문⁹⁻¹³이 있으며 중국에서도 중증근무력증과 다발성신경염 등의 치험례에 대한 보고¹⁴⁻⁵가 있으나 한방적 변증을 통한 증례 보고는 부족한 실정이다.

이에 논자는 兩下肢無力으로 인한 步行障礙, 咳嗽

· 접수 : 2005. 7. 20. · 채택 : 2005. 8. 9.
· 교신저자 : 전귀옥, 대구광역시 수성구 상동 165번지
대구한의대학교 폐계내과학교실
(Tel. 053-770-2178, Fax. 053-770-2169
E-mail : 2079272@hanmail.net)

喘鳴, 發熱을 주소로 본원에 입원한 환자에 대해 한 의학적 변증시치료 淸上補下湯을 투여하여 양호한 치료효과를 나타낸 증례가 있어 약간의 지견을 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 研究對象 및 方法

1. 研究對象

兩下肢無力으로 인한 步行障礙, 咳嗽喘鳴, 發熱의 상태로 2004년 1월 2일에서 10일까지 대구한의대 부속 대구한방병원에서 입원 치료한 환자 1인을 대상으로 하였다.

2. 治療方法

1) 약물치료: 다음의 처방 2첩을 하루에 3회 나누어 복용시켰다.

(1) 淸上鑷痛湯¹⁶ 加減(1월 3~4일)

黃芩 8g, 當歸 川芎 羌活 獨活 麥門冬(去心) 天門冬 蒼朮 白芷 防風 4g, 生薑 3g, 蔓荊子 甘菊 2g, 細辛 甘草 1g

(2) 柴梗半夏湯¹⁶ 加減 (1월 5일)

柴胡 黃芩 8g, 半夏(薑拌) 6g, 杏仁 桔梗 桑白皮

瓜蒌仁 枳殼 青皮 4g, 生薑 3g 白芥子1g

(3) 淸上補下湯加味⁵(1월 6~10일)

熟地黃(九蒸) 12g, 山茱萸 山藥 8g, 白茯苓 牡丹皮 澤瀉 6g, 麥門冬(去心) 天門冬 五味子 桔梗 瓜蒌仁 貝母 杏仁 半夏(薑拌) 枳實 黃芩 黃連 4g, 甘草 2g

7일부터는 熟地黃 12g을 8g으로 감량하고 生地黃 8g을 加했으며 9일부터는 款冬花 紫菀 桑白皮 각 4g씩을 가하였다.

2) 鍼治療: 0.3×30mm의 1회용 毫鍼(通氣鍼灸針, TONGKI Corporation)을 사용하여 肺正 格과 足三里, 懸鍾, 太衝 에 1회/일 시술하고 20분 가량 유치하였다.

3) 灸治療: 양측 足三里·懸鍾·丘墟·解谿·中封에 回春灸 3壯, 中腕·關元에 神氣灸 2壯을 시술하였다.

4) 附缸療法: 背部俞穴을 위주로 건식부항을 1회/일 3~5분간 시술하였다.

3. 治療효과 評定

치료에 의한 임상증상의 호전정도는 다음 3가지로 평가하였다.

Table 1. Motor Weakness Stage

Grade	Motor Weakness Stage
Grade0	zero, no movement
Grade I	trace, evidence of muscle contraction but no joint movement
GradeII	poor, complete range of motion with gravity eliminated
GradeIII	fair, complete range of motion against gravity
GradeIV	good, complete range of motion against gravity with moderate resistance
GradeV	normal, complete range of motion against gravity with maximal resistance without evidence of fatigue

Table 2. Hughes Grading Scale

Grade	Health
Grade0	Minor sign and symptoms
Grade I	Able to walk 5M without a walker or equivalent support
GradeII	Able to walk 5M with a walker or support
GradeIII	Bed or chair bound
GradeIV	Requires associated ventilation
GradeV	Death

- 1) Visual Analogue Scale(V.A.S)를 사용하여 무증상(0)부터 자각증상이 가장 심한 정도(10)로 구분하여 표현하게 하였다.
- 2) 근육운동력의 단계¹⁾(Table 1.)
- 3) 보행상태에 대해서는 Hughes Grading Scale을 이용하여 평가하였다(Table 2.).

III. 證 例

1. 환 자: 정○○, 여자, 78세
2. 주소증: 兩下肢無力로 인한 步行障礙, 咳嗽喘鳴, 發熱
3. 발병일: 2004년 1월 2일
4. 과거력: 1) DM: 2년전 local hosp.에서 진단 → 복약 중(Gluconil 1T, Glazid 1/2T QD)
2) Asthma: 30여년전 local hosp.에서 진단 → 복약 중
5. 가족력: 동생이 DM 이환 중임.
6. 사회력: 예민하고 조용한 성격이며 술, 담배는 하지 않으시고 가사일만 약간 하는 분임.
7. 현병력: 평소 천식으로 咳嗽喘鳴 증상 있는 분으로 며칠 전부터 감기로 咳嗽喘鳴 심해지고 發熱 증상으로 해열제 1회 복용하고 지내시다 갑자기 兩下肢無力 상태 발하여 ○○대학병원 응급실에서 뇌척수액 검사와 Brain CT 상 별무소견하여 별무 처치 후 계시다 상태 여전하여 적극적인 한방처치 받고자 2004. 1. 2 오후 본원 응급실 통해 내원하심.

8. 한방진단: 肺熱傷津으로 인한 痿證
9. 입원시 검사소견
 - 1) Vital sign: BP 130/80mmHg, Pulse 96회/min, Respiration 24회/min, BT 36.8℃
 - 2) EKG: Sinus rhythm, Normal ECG
 - 3) Lab-finding: WBC 11200/mm³, Neutro 73, U/C Glucose ++, U/M WBC 5~7, Glucose 131mg%, Homocysteine 12.22
 - 4) Chest AP: 특이소견 없음.
 - 5) CT scan: 특이소견 없음.
 - 6) CVA check: Mental Alert, Pupil ○=○, Babinski -/-, Neckstiffness -, N/V -/-, Headache +, Dizziness -, Dysarthria, Dysphagia -, Chest discomfort -, Arrythmia -
 - 7) R.O.M: 하지거상을 제외한 ROM 정상. 하지 거상 60°정도 가능하며 좌우차이 없음. 하지무력으로 독자적 기립 및 보행 불가하여 부축을 받아 겨우 기립가능함. Muscle power GrIV<III / GrIV<III
 - 8) DTR: 슬개건반사 ++/++, 아킬레스건반사 ++/++
10. 한방초진소견
 - 1) 體格: 肥滿型
 - 2) 性格: 예민하지만 느긋한 편
 - 3) 食慾: 3回/日 全得
 - 4) 消化: 良好
 - 5) 大便: 1回/日 正常便
 - 6) 小便: 7~8回/日 利得
 - 7) 睡眠: 熟眠

Table 3. Change of Symptom

	Hughes's Grading Scale	Muscle power	Both leg weakness(VAS)
1/2~5	Gr III>IV	Gr IV	VAS 10
1/6	Gr IV	Gr IV	VAS 8
1/7	Gr IV>V	Gr III	VAS 5
1/8	Gr V>IV	Gr II>III	VAS 3
1/9	Gr V>IV	Gr II	VAS 1
1/10	Gr V	Gr I	VAS 0

Table 4. Progress of Treatment

	Progress of Treatment	Medication
1/2	하지거상은 45°가량 가능하나 하지무력으로 독자적 기립 및 보행불능. 심한 咳嗽喘鳴, 無痰, 皮膚乾燥, 口乾, 舌紅黃苔	-
1/3	하지무력상태 여전. 咳嗽喘鳴심화. 39°C이상의 高熱과 呼吸急促.(호흡수 28~34회/분) 舌紅絳 黃厚苔 乾燥裂紋	清上蠲痛湯
1/4	하지무력 및 咳嗽喘鳴 여전. 체온 36.6~37.6°C, 호흡수 28~30회/분	"
1/5	하지무력 및 咳嗽喘鳴, 39°C이상의 高熱 및 呼吸急促 증상 여전(호흡수 28~34회/분)	柴梗半夏湯
1/6	독자적 기립 및 보행은 불가하나 하지거상 90°가능. 무력감 20%가량 호전. 咳嗽喘鳴 20%호전. 38.4°C로 發熱 남아 있으나 呼吸急促은 호전.(호흡수 28회/분 이내)	
1/7	하지무력 50% 호전. 부족상태로 기립 및 보행 5~6M가능. 咳嗽喘鳴 30%호전. 發熱 소실(36.6~36.8°C) 呼吸急促별무(호흡수 24~26회/분). 舌紅黃苔	
1/8	하지무력 70% 호전. 독자적 기립가능하며 보행기 이용하여 20M가량 보행가능. 咳嗽喘鳴 50%호전. 發熱 및 呼吸急促 소실. 舌紅黃苔(苔50%剝離)	清上補下湯
1/9	하지무력 90% 호전. 독자보행 가능하며 발병전과 보행상태 비슷해짐. 咳嗽喘鳴 70%호전. 皮膚乾燥 및 口乾 개선. 舌紅黃苔(苔90%剝離)	
1/10	하지무력 소실. 발병전과 보행상태 동일. 咳嗽喘鳴 80%가량 호전되어 발병전과 비슷한 정도임. 舌紅薄黃苔	
1/27	보행 및 일상생활에 지장 없으며 퇴원약 복용 후 咳嗽喘鳴 거의 소실.	

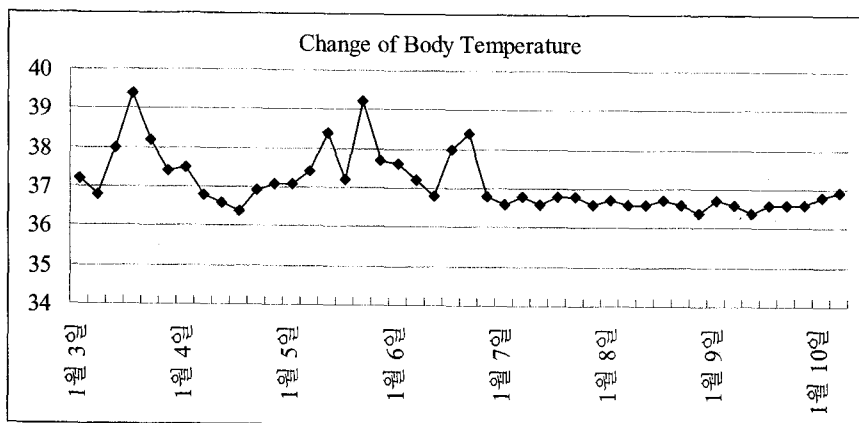


Fig. 1. Change of Body Temperature

- 8) 汗出: 흘리지 않는 편.
 9) 腹診: 軟無力
 10) 脈診: 脈細數
 11) 舌診: 紅黃白苔 乾裂紋
 11. 經過: 입원 치료 후의 경과는 위와 같다(Table 3, 4, Fig. 1.).

IV. 考 察

痿證은 근맥이 이완되어 수족이 痿軟無力한 것인데, 하지의 수의운동 및 보행장애가 많이 나타나므로 “痿躄”이라고도 한다.痿에는 두 가지 함축된 의미가 있다. 하나는 ‘枯萎’의 의미로痿는 萎를 의미

하며 萎縮을 가리키는데 이는 환측의 사지가 枯萎, 瘦削함을 의미하고 들쭉는 ‘無力軟弱’, ‘不能動作’을 의미하며 사지의 근력이 약해지고 수의적 동작을 할 수 없음을 가리킨다¹².

痿證에 대한 최초의 문헌은 『素問·痿論¹⁷』으로 “肺熱葉焦則皮毛虛弱急薄 著則生痿躄也……”이라 하여痿證의 주요 원인을 內熱傷津으로 인해 宗筋이 濡養받지 못하여 痿軟弛縱되는 것으로 보았으며 아울러 肺主皮毛 心主血脈 肝主筋 脾主肌肉 腎主骨髓 등의 소속 장기에 근거하여 痿躄 脈痿 筋痿 肉痿 骨痿 등이 서로 다른 명칭으로 기재되어 있다. 치료법에 대해서도 “治痿者 獨取陽明”의 중요 치법과 “補其榮 通其俞 調其虛實 和其逆順 筋脈骨肉 各而其時受月 則病已矣”의 침구치료 대원칙을 언급하고 있다¹.

痿證의 병리에 대해 많은 의가들은 內經의 說에 기초하여 火熱에 편중하였으며 병위는 주로 肺에 있다고 인식하였다. 임상상痿證은 熱·虛·痰·瘀의 여러 가지 원인으로 인해 형성되는 것이 많으며 그 병위는 肺·胃·肝·腎 등의 장부와 밀접한 관계가 있다.痿證의 병인은 肺熱傷津, 濕熱浸淫, 肝腎虧虛, 脾胃虛弱, 瘀阻脈絡 등으로 변증할 수 있으며 병기는 溫熱病中이나 熱病後期에 邪熱이 陰液을 灼傷하여 筋脈이 濡養을 받지 못하여 발생하거나, 濕熱이 筋脈肌肉에 침습하여 弛緩되거나, 신체가 허약한데 久病으로 肝腎虧虛 精血不足되어 肌肉筋骨을 濡養할 수 없거나, 瘀血이 脈絡을 阻礙하여 발생한다. 치료에 있어 肺熱傷津에는 淸熱潤燥, 濕熱浸淫에는 淸熱化濕하고 肝腎虧虛에는 滋養淸熱 補益肝腎, 脾胃虛弱에는 健脾益氣, 瘀阻絡脈에는 益氣養榮 活血行氣시키는 치법을 주로 사용한다¹.

痿證은 서양의학적 증상으로는 근력약화(weakness, plegia), 근긴장 저하(flaccidity), 근영양 저하(atrophy, dystrophy) 등에서 볼 수 있으며, 서양의학적 질환으로는 少力이나 弛緩이 주증상인 중풍후유증, 다발성신경염, 급성척수염이나 추간관 탈출증, 중증 근무력증, 주기성 마비, 히스테리성 마비, Guillain-Barre syndrome 등과 위축이 주증상인 근

이영양증, 소아마비 등으로 나누어 볼 수 있다. 치법은 질병에 따라 약물치료와 보존치료 등이 있으며 경미한 경우는 결과가 양호하나 신경병증의 예후는 불투명하며 원인적 치료가 어려운 것이 많아 대체로 예후가 불량하다¹¹⁸.

본 증례의 환자는 78세의 여자로 30여년 전부터 천식으로 咳嗽喘鳴 증상 있는 분으로 며칠 전부터 감기로 咳嗽喘鳴 심해지고 發熱 증상으로 해열제 1회 복용하고 지내시다 갑자기 兩下肢無力 상태 발하여 ○○대학병원 응급실에서 뇌척수액 검사와 Lab-finding, BST, Brain CT scan상 별무소견하여 별무 처치 후 계시다 상태 여전하여 본원에 내원한 환자로 내원 당시 兩下肢無力로 인한 步行障礙 외에 喘鳴, 咳嗽無痰, 皮膚枯燥, 口乾 증상이 있었고 舌紅 黃苔에 脈도 細數하였으며 검사 소견으로 WBC 11200/mm³, Neutro 73으로 나타났다. 1월 3일에는 39℃이상의 高熱과 함께 호흡수 28~34회/분 정도의 呼吸急促이 나타나고 咳嗽喘鳴 증상이 심화되었으며 舌도 紅絳 黃厚苔에 乾燥·裂紋이 심해졌다 (Fig. 2). 이에 내원 전 감기로 인한 발열이 있었던 것과 검사소견, 환자의 제반증상을 고려하여 본 증례의 환자를 溫熱病中이나 熱病後期에 邪熱이 陰液을 灼傷하여 筋脈이 濡養을 받지 못해 발생한 肺熱傷津으로 인한痿證으로 변증하였다¹.

『素問·經脈別論¹⁷』에 “脈氣流經 經氣歸於肺 肺朝百脈 輸精於皮毛”라 하였는데 이는 肺가 인체의 氣化를 주관하고 百脈을 朝會하므로 肺가 津氣를 전신에 輸布하여 筋骨經脈을 濡養해야만 인체는 정상적 운동을 유지할 수 있다는 의미이다. 만약 邪熱이 肺를 침범하거나 병후에 邪熱이 완전히 제거되지 않아 肺金이 邪熱의 薰灼을 받으면 津液이 상하여 水虧火旺하게 된다. 그리하여 津氣를 生化하는 근원이 없어진다면 筋脈이 濡養되지 못하므로 手足痿弱不用하게 되어痿證이 발생하게 되는 것이다. 皮膚枯燥, 口乾 역시 熱盛津傷의 증상이며 喘咳無痰도 肺가 熱灼하여 淸肅하지 못하여 나타나게 되고 舌紅苔黃 脈細數도 陰傷津潤 虛熱內熾된 증상이다¹.

처방은 1월 3~4일에는 上部の 氣不暢을 淸解시켜

鎮痛, 發汗, 解熱, 鎮靜의 작용을 발휘하도록 淸上蠲痛湯加減을 투여하였는데 1월 3일 나타났던 39℃이상의 高熱과 呼吸急促(호흡수 28~34회/분)이 1월 4일에는 체온 36.6~37.6℃, 호흡수 28~30회/분으로 안정되는 듯 보였으나 1월 5일 39℃이상의 高熱과 呼吸急促(호흡수 28~34회/분), 咳嗽喘鳴이 여전하여 痰熱이 盛하여 發熱咳嗽, 胸痞脇痛의 증상을 발하는데 다용하는 柴梗半夏湯加減을 투여하여 上焦의 熱을 消除하고자 하였다¹⁶. 1월 3일과 5일에는 高熱로 인해 해열제를 병용 투여하였다. 淸上蠲痛湯加減과 柴梗半夏湯加減 투여 후에도 발열은 완전히 소실되지 않고 1월 6일에도 38.4℃의 발열이 나타났으며 咳嗽喘鳴 여전하고 下肢無力상태는 20%가량 호전되었으나 여전히 독자적 기립 및 보행이 불가능하였다. 이에 肺熱은 어느 정도 소진되었다고 생각되어 肺熱傷津으로 인한 肺腎陰虛에 주안점을 두고 1월 6일부터 補陰之劑의 대표방인 六味地黃湯에 潤肺祛痰시키는 天門冬 麥門冬, 淸肺祛痰 鎮咳시키는 桔梗 杏仁, 收斂精氣 止嗽滋補하는 五味子, 淸肺熱而消痰시키는 黃芩 黃連, 潤燥祛痰시키는 貝母, 行氣祛痰하는 枳實, 燥濕化痰하는 半夏, 淸熱潤肺化痰하는 瓜蒌仁, 調和解毒시키는 甘草를 加하여 補陰, 潤肺化痰, 淸熱降氣시키는 효능으로 上氣喘急, 咳嗽, 痰涎上壅 등에 응용되고 있는 淸上補下湯을 투여하였다⁴⁵. 이후 증상이 점차 호전되어 1월 7일에는 하지무력이 50%가량 호전되어 5~6m 가량 부축보행 가능하였으며 호흡수도 24~26회/분을 유지하고 발열도 소실되었다. 1월 8일에는 하지무력이 70%가량 호전되어 독자적 기립이 가능하며 보행기를 이용하여 20m가량 보행이 가능하게 되었고 咳嗽喘鳴은 50% 호전되었으며 發熱 및 呼吸急促이 소실되고 黃芩도 50% 剝離되었다. 1월 9일에는 하지무력이 90% 호전되어 독자보행이 가능하며 발병 전과 보행상태 비슷해졌고 咳嗽喘鳴은 70% 호전되었으며 皮膚枯燥 및 口乾이 개선되었고 黃芩도 90% 剝離되었다(Fig. 3). 1월 10일 퇴원 시에는 兩下肢無力이 소실되어 독자보행 가능하게 되었고 咳嗽喘鳴도 80%가량 호전되어 입원전과 비슷한 상태

로 회복되었으며 黃厚芩도 90% 이상 剝離되어 紅舌 薄黃芩로 호전되었고 皮膚枯燥, 口乾상태 모두 호전을 보였다. 검사소견도 WBC 6900mm³, Neutro 63으로 나타나 입원시에 비해 호전을 보였다. 호흡수는 24~26회/분 정도로 아직 약간 숨이 가쁜 상태였으나 본인의 자각증상은 별무하였다. 퇴원 후 1월 27일 외래진료 당시에는 독자보행과 일상생활에 지장이 없다고 하시며 咳嗽喘鳴도 거의 소실되어 천식약도 중지하였다.

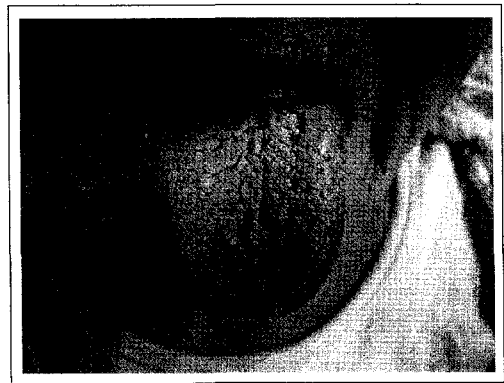


Fig. 2. (2004. 1. 3) Change of Coated Tongue

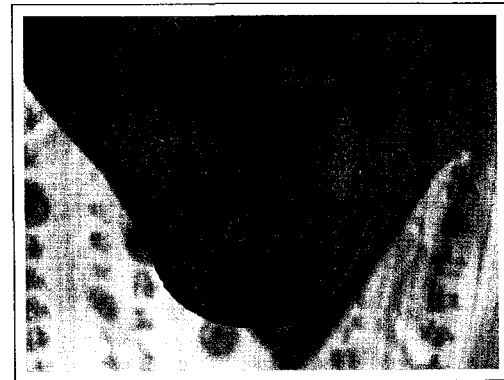


Fig. 3. (2004. 1. 9) Change of Coated Tongue

기존의 연구결과들을 보면 痿證의 경우 內經의 “獨取陽明”의 관점에서 치료 시 脾胃를 중시하였지만 본 증례에서는 肺熱傷津으로 인한 肺腎陰虛에 주안점을 두고 변증하여 처방을 투여한 결과 효과가

있었다. 본 증례에서는 肺熱傷津으로 인한 痿證으로 변증하여 淸上補下湯을 투여해 兩下肢無力으로 인한 步行障礙와 咳嗽喘鳴, 發熱의 주소 증상이 뚜렷한 호전을 나타내었으나 퇴원 시까지 호흡수가 24~26회 정도로 완전히 정상 범위로 회복되지 못해 喘息에 대한 치료 및 관리를 통해 재발을 방지해야 할 것으로 생각되며 痿證에 대한 보다 많은 증례를 통해 다양한 변증을 통한 임상 연구가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

V. 結 論

兩下肢無力으로 인한 步行障礙, 咳嗽喘鳴, 發熱을 주소로 본원에 입원한 환자에 대해 肺熱傷津으로 인한 痿證으로 변증시치하여 淸上補下湯을 투여한 결과 양호한 치료효과를 나타내었다.

參考文獻

1. 전국한의과대학 심계내과학교실편. 心系內科學. 서울: 서원당; 1999, p.327, 451-8.
2. 張佰臸. 中醫內科學. 北京: 人民衛生出版社; 1988, p.638-51.
3. 龔廷賢. 壽世保元. 서울: 의성당; 1993, p.154-9.
4. 전국한의과대학 본초학교실 공편저. 本草學. 서울: 영림사; 1999, p.149-50, 178-81, 350-1, 448, 460-65, 478, 540-1, 588-90, 622-3
5. 정승기, 황우석, 주창엽, 이재성, 조일현, 정희재. 淸上補下湯의 기관지 천식 환자에 대한 임상적 효과. 대한한의학회지. 2002;23(4):151-60.
6. 金容盛, 金哲中. 痿證에 대한 동서의학적 고찰. 대전대학교한의학연구소논문집. 2000;8(2): 211-

- 43.
7. 광중문, 오민석. 痿證에 대한 문헌적 고찰. 대전대학교한의학연구소논문집. 2000;9(1):661-89.
8. 김동열, 이종수, 정석희. 淸代의 문헌을 중심으로 한 痿證에 관한 고찰. 한방재활의학과학회지. 2000;10(2):157-70.
9. 진신영, 이수경, 박성철, 문성원, 송용선. 肉痿 환자 1례에 대한 증례보고. 한방재활의학과학회지. 2002;12(1):167-72.
10. 박기영, 성낙기, 이영재. 痿證환자 3례에 대한 症例報告. 惠和醫學. 1994;1(3):136-46.
11. 이경민, 김태희, 정성엽, 김철수, 윤종화. 痿證 환자 치험1례. 대한침구학회지. 2002;19(6):214-20.
12. 김용기, 김경남, 송영상, 임형호, 윤호준, 송운경. 痿證 治驗 1例. 한방재활의학과학회지. 2001;11(3):165-74.
13. 현민경, 정병무, 신원용, 최은영, 윤철호, 정지천. Guillain-Barre syndrome으로 추정되는 痿證 치험 1例. 한방내과학회. 2004;25(4):450-6.
14. 況時祥. 補脾益腎爲主治療重症肌無力. 湖北中醫雜誌. 2004;26(5):29-30.
15. 王平, 樊永平, 張星虎. 多發性硬化的中西醫研究進展. 中醫醫藥學報. 2004;19(5):303-5.
16. 申載鏞. 方藥合編解說. 서울: 성보사; 1991, p.51-2.
17. 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울: 東洋醫學研究院; 1985, p.14, 16-7, 31-2, 166-7, 248, 263, 293.
18. 이광우 정희원 편저. 임상신경학. 서울: 고려의학; 1996, p.679-769.