

## 급성 Guillain-Barre Syndrome 추정 환자 동서협진 치험 1례

허홍, 소형진, 손윤정, 이범준, 노병완, 류재환  
경희대학교 한의과대학 내과학교실 동서협진실

### A Case Report of Integrative Medicine Therapy about Patient Suspected Acute Guillain-Barre Syndrome

Hong Heo, Hyung-Jin So, Yoon-Jung Son,  
Beom-Joon Lee, Byoung-Wan Rho, Jae-Hwan Lew  
Dept. of Oriental Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Kyunghee University

#### Abstract

Guillain-Barre syndrome (GBS) is a group of autoimmune syndromes consisting of demyelinating and acute axonal degenerating forms of the disease. Typically, Guillain-Barre syndrome can be diagnosed from the patient's symptoms and physical examination such as the rapid onset of weakness, paralysis and loss of reflexes. In most patients, resolution is complete or near complete. Treatment consists of supportive care, ventilatory management (in about one third of patients), and specific therapy with intravenous immunoglobulin or plasmapheresis.

This clinical report is about suspected acute severe Guillain-Barre syndrome patient, 61-year-old man had quadriplegia, facial palsy, dysphasia, respiratory failure. After 5 weeks of East-West integrative medicine therapy - Conventional Conservative therapy(plasmapheresis and intravenous immunoglobulin) and Korean traditional medicine(Sasang medicine and acupuncture treatment) - most symptoms improved.

Key Word: Guillain-Barre Syndrome, Sasang Medicine, Wei symptom(痿證)

## I. 緒 論

Guillain-Barre Syndrome(이하 GBS)은 염증성 탈수초와 축삭 변성을 일으키는 자가면역성 말초성 다발신경병증으로 발병 시 근력저하가 급성 혹은 아급성으로 진행하고 수족에 약간의 이상 감각이나 지각이상을 동반한다. 예후는 호흡부전이 발생하지 않으면 좋은 편이지만 전체 환자의 2% 정도가 호흡근 마비로 인해 사망하게 되며, 호흡부전이 초래되었을 경우 20%정도에서 심한 장애가 남고, 10%정도가 중등도 장애를 가지게 된다<sup>1</sup>.

GBS의 발병기전은 명확하지 않으나, 주로 Virus나 세균 등에 의한 감염성 질환이후 유발되는 자가면역반응에 의한 것으로 알려져 있으나, 특별한 원인 없이 발생하기도 한다.

GBS에 대한 한의학적 임상보고는 있었으나, 급성기 중증 환자에 대한 증례는 부족하여, 필자들이 발병초기 본원 한방병원 응급실을 통해 입원한 환자에 대한 한·양방 협진 치료를 통해 좋은 경과를 얻었으므로 이해 대해 보고하는 바이다.

## II. 證 例

61세 남자 환자가 내원 하루 전부터 발생하여 진행되는 하지 운동 및 감각장애로 입원하였다. 환자는 내원 20일 전부터 심한 스트레스로 인한 불면 증세를 호소하였으며, 내원 이틀 전 가벼운 감기 증세가 있었다고 한다. 내원 전일 환자는 기상 후부터 하지 근력 소실을 느꼈으며, 양하지를 중심으로 사지에 저릿저릿한 감각장애를 호소하였다. 이에 인근 대학 병원을 방문 하여 뇌졸중 및 중추신경계 질환을 의심하여 뇌 자기공명영상을 촬영하였으나, 특이 소견 없어 귀가하였다.

그러나 내원 당일 독자보행이 불가능할 정도로 하지의 근력 약화가 진행되어 본원 한방응급실을 방문하였다. 입원 당시 신경학적 검사상 상지부는 근력의 저하가 없었으나, 하지는 Grade III/III 정도의 위약을 보였으며, 미약한 안면 마비 증세 보였다. 양측 하지의 심부건반사는 Gr I/I 정도로 저하되어 있었으며, 하지부를 중심으로 사지부위에 저릿저릿한 이상 감각을 호소하였으나, 바빈스키 반사는 관찰되지 않았다. 과거력 상 고혈압, 당뇨, 결핵, 수술, 약물복용, 여행 등의 기왕력은 없었으며, 40pack\*yrs 정도의 흡연력이 있으나, 6개월 전부터 금연 상태였다. GBS 의심하에 뇌척수액 검사 및 근전도, 유발전위 검사를 시행 예정이었으며, 입원 당일 면역 글로블린 주사를 시작하였고, 2일간 2회 25g씩 정주하였으며 한약 및 침치료 또한 병행하여 실시하였다. 입원 2일째 근력 저하는 지속되는 양상을 보였으며, 미약한 호흡 곤란을 환자가 호소하였다. 입원 3일째 면역 글로블린 정주는 보류하고 혈장 교환술 시작하였다. 이후 입원 5일째 사지 근력 Grade II정도로 현저히 저하되고 안면마비 및 구음장애 심해졌으며, 연하장애 증세로 비위관 삽관한 후 당일 저녁부터 심한 호흡곤란을 호소하여 중환자실로 옮겨 기관 삽관 실시하여 인공호흡기로 호흡 유지하였다. 그러나 일반적인 뇌졸중 환자와 달리 환자의 의식 상태는 명료하게 유지되어 심리적인 불안감을 많이 호소하였다. 입원 7일째 38.5°로 발열증세 보였고, 가래량 많이 증가하였으며 일반 혈액검사상 백혈구 수치가 11500으로 증가된 양상을 보이며 흉부 X선 촬영 결과 폐부종 및 양측 흉막 삼출액 소견 보여 NPO하면서 항생제 정주 시작하였다. 입원 8일째 전신 피부 및 공막이 황색화 되고 T-bilirubin:2.3mg/dL, AST/ALT:80/70, 소변검사상 Urobilinogen  $\geq$ 12.0mg/dL 으로 증가 되어 있는 등 황달 소견 보였다. 사지 근력은 Grade 0- I 정도로 전신마비 증세 보였으나, 당시에 의식은 자극에 반응하고, 의사 표현도 간접적으로 가능한 정도로 명료하게 유지 되었다. 보존적 치료 지속하였으며 혈장 교환술 간헐적으로 시행하였다. 입원 9일째부터 두면부를 중심으로 發汗 양상 보이면서 환자 상태 호전 보였는데, 입원 10일째 전신으로 현저한

發汗 양상 보이면서 황달 증상도 개선되었으며(T-bilirubin:1.1), 상지의 근력도 Grade II정도로, 특히 원위부 근력 의 호전이 현저하여 필기를 통해 의사표현을 할 수 있을 정도로 좋아졌다. 식사 및 한약 투약 재개하였으며, 이후 지속적인 증상 개선으로 입원 16일째 자가 호흡 가능해졌으며 상하지 운동장애도 Grade III-IV정도로 호전되었다. 입원 22일째 기관 삽관 제거 하였으며, 35일째 자가 보행 도움 받아서 가능한 상태로 타병원으로 전원하였다. 이후 외래 통원 진료 결과 미약한 하지 감각장애 의외에 후유증 거의 없이 정상 생활 중이었다.

Table1. Prescription of Herb Medicine (2PK#3, take 30minutes after each meal)

Date	Prescription
1-4 Hospital days	調胃升清湯: 薏苡仁 12 乾栗 12 蘿菘子 6 麻黃 4 桔梗 4 麥門冬 4 五味子 4 石菖蒲 4 遠志 4 天門冬 4 酸棗仁 4 龍眼肉 4
5-10 Hospital days	NPO
11-15 Hospital days	葛根解肌湯: 葛根 12 升麻 8 黃芩 6 杏仁 6 酸棗仁 4 桔梗 4 大黃 4 白芷 4
16-35 Hospital days	調胃升清湯: 薏苡仁 12 乾栗 12 蘿菘子 6 麻黃 4 桔梗 4 麥門冬 4 五味子 4 石菖蒲 4 遠志 4 天門冬 4 酸棗仁 4 龍眼肉 4

Table2. Progress of Clinical Symptoms

Date	Motor weakness (arm/leg)	GBS group stage*	Extremities numbness (VAS)
1 Hospital days	(III/III)	G1<G2	6
2 Hospital days	(III/II')	G2	7
5 Hospital days	(I/I)	G3	9
10 Hospital days	(III/II)	G3	9
15 Hospital days	(III/III)	G3	8
35 Hospital days	(V/IV)	G2	4

\*GBS Group stage

Group1; Minor sign and symptoms, minor abnormalities on neurological examination such impaired vibration sense or absent tendon reflexs. No definite gait abnormality

Group2; Minor motor disabilities apparent in the activities of daily and more obvious neurological abnormalities such as muscle wasting. Weakness or proprioceptive sensory loss. Able to walk a walker or support

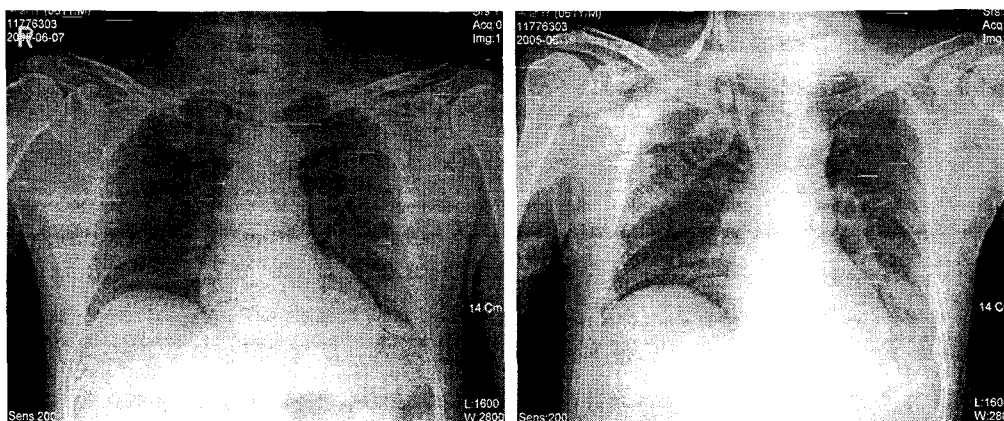
Group3; Substantial limitation in daily activities as a result of weakness. Such as the inability to walk with mechanical aids or being confined to a wheelchair or bed

\*VAS scale; Visual Analogue Scale.(10; the most painful. 0; no pain)

Dates	Critical Progress and Treatment
1 day ago from onset	Common cold 증세, 수 주간 지속된 수면장애, 스트레스
Onset day	Mild Motor weakness, 대학병원 방문 Br-MR상 별무소견 귀가 onset 2일째, Ataxia, leg Numbness, 준중환자실 입원
1 Hospital days	면역글로블린 투여, 조위승청탕 투약
3 Hospital days	Motor Weakness(III/II), 혈장교환술 시행
5 Hospital days	호흡부전(기관삽관), 연하장애, 중환자실 입원, 수액치료 및 인공호흡기
7 Hospital days	Fever(38.8°C), Jaundice, Antibiotics start LAB; AST/ALT: 80/70, Urobilinogen>=12.0 mg/dL, CBC: 11.52/14.7/39.9/247K
9 Hospital days	두면부 및 흉부의 미발한, Fever 감소, Negative I/O
10 Hospital days	Distal motor improve, 전신 발한 증상, 글씨로 의사 표현 가능 미열, Diet 및 葛根解肌湯 투약
17 Hospital days	자가 호흡 재개, 대변 1회/1-2Day, Motor Gr (III/III), 調胃升清湯 투약
23 Hospital days	기관 삽관 제거
35 Hospital days	도움받아 보행가능한 상태로 타병원 전원

Table3. Summary of Clinical progress

Figure 1. 입원 1일째(좌측)와 13일째(우측)의 흉부 X선 비교 사진.



입원시와 비교해 우측 사진에서는 Both pleural effusion 및 LLL에 저음영으로 관찰되는 Pneumonia 소견이 보인다. Rt. clavicle의 도관은 Plasmapheresis를 위해 유치해 놓은 Dual lumen catheter.

### III. 考 察

GBS란 급성으로 발생하여 하지에서 시작하여 상부로 빠르게 진행되는 대칭성의 근위약과 건반사의 저하를 특

으로 하는 질환이다. 발병연령대는 유아부터 고령의 노인까지 다양하며, 후천적으로 생기는 탈수초성 질환 중 가장 흔한 질환이다<sup>2</sup>. 발병 빈도는 인구 100,000명당 2명 정도이며, 전체 환자 중에서 약 2%가 사망하게 된다<sup>1</sup>. 경미한 경우 예후는 좋으나, 약 30%에서 호흡부전이 발생하여 인공호흡이 필요하다고 한다<sup>3</sup>. 또한 호흡부전 환자 중 20%정도가 심한 장애를 남기며, 10%정도는 중등도의 장애를 남긴다. 약 60%의 경우에서 감염성 질환을 뒤따라 발생하고, 바이러스 감염, 특히 Cytomegalovirus 감염 후에 발생할 수 있으며, 그 외 Mycoplasma, Salmonella, Campylobacter 등의 다른 감염과도 연관되어 발생된다. 이외 생균 및 사균의 면역주사, 항독소, 외상, 수술, 악성 질환 및 면역결핍 등과도 어느 정도 상관관계를 맺고 있는 것으로 알려져 있다<sup>4</sup>. 본 환자의 경우에도 감기 증상 이후에 하루만에 증상의 발현을 보였으므로, Virus에 의한 감염이 원인이 되었을 가능성이 있다.

GBS는 여러 가지 다양한 임상 양상을 보일 수 있으나 사지의 근력약화와 감각장애를 동반하는 경우가 흔하다. 통증 또한 동반하는 경우가 있는데, 특히 어깨, 등, 대퇴 후면 등의 부위에서 심하다. 위약은 말단부에서 현저하며, 다리가 팔보다 심하다<sup>5</sup>. 심한 경우에는 호흡근 및 뇌신경근도 침범되며, 위약은 신경학적 증상이 나타난 3주후에 가장 심하다. 심부건반사는 발병 이후 수 주간 저하된다. 30%정도에서는 인공호흡이 필요할 수 있고, 50%의 환자에서 안면근 위약이 발생한다. 빈맥, 혈압 불안정, 요저류 등의 자율신경계 장애가 환자 일부에서 발생한다<sup>7</sup>.

본 환자의 경우도 호흡근관 및 안면근육 마비 등 호흡근 및 뇌신경 근육의 침범소견이 있었고, 인공호흡기를 통한 호흡보조를 실시하였다. 인공호흡기를 사용하는 경우 사망률이 20%정도로 나쁜 예후를 보일 수 있는데<sup>8</sup>, 본 환자의 경우는 별다른 후유증을 남기지 않아 좋은 예후를 보인 편이었다.

자율신경 실조증은 GBS환자의 2/3에서 나타나며, 흔한 형태는 동성 빈맥, 고혈압, 변비나 장마비, 설사, 발한, 동공반사 이상, 안면 홍조 등의 증상을 보인다. 본 환자의 경우 변비와 Tachycardia(100/min내외), 발한 등의 증상을 보이는 등의 증상이 있었다. 위의 자율신경 실조증 중 심혈관계 장애는 근력의 저하와 밀접하게 연관되며, 근력 호전과 함께 1년 이내에 소실된다<sup>6</sup>.

GBS는 이와 감별해야 할 질환으로 급성 뇌척수 질환과의 감별이 중요한데, 척수 병증이 진행함에 따라 발가락에 나타나는 저린감이 GBS와 흡사하게 위를 향하여 상행하기 때문이다. 그러나 GBS는 수족부의 현저한 감각 소실이 발병초기에 흔하지 않다는 것이 차이점이다. 또한 한방병원에서 자주 접할 수 있는 뇌졸중과의 구분도 중요한데, 심부건반사의 저하, 사지의 대칭적 마비, 근력저하가 하지에서 상지 쪽으로 진행된다는 점에서 구분할 수 있다. 본 환자의 경우도 일반적으로 뇌졸중환자에게 흔한 바빈스키 반사가 보이지 않았고, 양하지의 대칭적인 근력 저하, 심부건반사의 저하와 발병 전일 있었던 감기 증세 등으로 미루어 GBS를 의심해볼 수 있었다.

진단에 필수적인 검사로는 뇌척수액 검사와 신경전도 검사인데, 뇌척수액 검사상 단백질량의 증가는 있으나 세포 수가 비례하여 증가하지 않는 단백세포해리(Albuminocytologic dissociation)를 보인다. 경우에 따라서는 2-3주가 지나서야 단백질 상승할 수 있으므로, 연속적인 검사가 필요하다. 보통 발병일로부터 3주 이내에 45mg/dL 이상의 뇌척수액내 단백질 농도 증가를 보인다. 신경전도 검사의 중요 소견은 복합운동 전위 진폭의 감소, 감각신경 전도 장애, H reflex의 소실, 이상 F파와 종말 잠복기가 느려지는 소견을 보인다. 그러나 위의 검사들은 발병 초기에 시행하였을 경우 특징적인 결과를 보이지 않으므로, 증상의 진행 정도를 보아 실시하여야 할 것으로 사료된다<sup>9,10</sup>. 본 환자의 경우에도 입원 이후 환자 상태가 급격히 나빠져 검사를 시행하지 못하여 임상 증상만으로 GBS 의심 하에 그에 준하는 치료를 지속 하게 되었다.

치료는 일반적인 관리와 특징적인 치료법으로 나뉘는데, 보존적 치료는 호흡근 및 뇌신경근 등의 침범 또는 자율신경실조 증상이 심할 경우, 호흡 유지 및 환자의 Vital sign에 대한 관리가 준비되어 있어야함을 의미하므로, 중환자실에 대한 준비가 필수적이라고 할 수 있다<sup>3</sup>. 인공호흡을 고려할 수 있는 예측 인자로는 증상 발현으로부터 7일 이내의 입원, 발목이나 머리를 들지 못하는 경우, 효과적인 기침을 못하는 경우, 상승된 간수치 등이 있다<sup>11</sup>. 본 환자의 경우에는 위의 경우 모두에 일치하는 임상 소견을 보였으며, 입원 5일 만에 인공호흡을 실시하였다. 임상에서 급성 GBS 환자에 대한 한방 치료 시 위 예측 인자를 활용해 중증도를 평가하는데 참고할 수 있을 것이

특정적인 치료법으로는 혈장교환술 또는 정맥내 감마 글로블린 대량 투여, 스테로이드를 이용한 면역 억제 등이 있다<sup>12</sup>. 혈장교환술은 면역학적 발생기전에 기초한 치료법으로 혈액에서 GBS원인 항체를 함유하고 있는 혈장을 제거하고 혈구만 되돌려주는 방법으로, 5-8일간 5회 정도 시행한다. 감마 글로블린 대량 투여 요법은 0.4g/kg/day의 용량으로 연속으로 5일간 정주하는 것으로, 최근 대규모 연구에 의하면 혈장교환술 만큼 효과적이라는 보고가 있다. 그러나 스테로이드의 사용은 최근 임상연구에서 효과가 없다는 보고가 있다<sup>13,14</sup>. 이에 근거하여 본환자의 경우 처음 2일간 글로블린 정주를 시행하였으며, 이후에는 혈장교환술을 5회 실시하였다.

GBS의 회복은 발병 2-4주경부터 차차 호전되어 발병순서의 역방향으로 회복되기 시작하는데, 호흡부전, 상지 마비 등부터 회복되기 시작하여 하지의 심부건반사가 가장 늦게 정상화된다<sup>15</sup>. 본 환자의 경우도 자가 호흡이 먼저 회복된 이후, 상지 마비가 회복되어 글썽 및 식사 등이 가능하였으며, 하지 심부건반사는 퇴원시까지도 미약하게 저하되어 전형적인 회복 양상을 보였다. 85%의 환자가 6-12개월 이내에 완전한 회복을 보이게 되는데, 7-15%의 환자에서 양측 족하수, 손의 내재근 위약, 감각성 보행실조, 이상감각 등의 신경학적인 후유증을 남길 수 있다<sup>5</sup>. 나쁜 예후를 보이는 인자로는 60세 이상, 중증의 빠른 임상경과를 보이는 경우, 축삭 손상을 의미하는 신경전도 장애, 1개월 이상의 인공호흡기 사용 등이 있다<sup>16</sup>.

한의학적으로 볼 때 GBS의 임상양상은痿證과 痺木에 해당한다고 볼 수 있다.痿證은 筋脈이 이완되어 手足이痿軟無力한 것을 말하는데, 특히 下肢의 隨意運動不能 및 步行障礙가 많이 나타나는 것을痿躄이라고 한다. 痺木은 痺木不仁이라고 하는데, 痺는 皮膚나 肌肉이 가렵거나 아프지 않은데 벌레가 기어가는 듯한 이상한 느낌이 있는 것이고, 木은 肌膚의 감각이 둔하여 감각을 알지 못하는 것을 말한다. 일반적으로痿證에 대한 치료는 크게 外感과 內傷으로 구별하고 內傷은 脾虛濕盛證, 肝腎兩虛證 등이 포함되며 外感은 주로 濕邪에 의한 것이 많은데, 肺熱津傷證, 濕熱浸淫證, 寒濕下注證 등으로 구분된다<sup>17</sup>. 痺木은 주로 氣虛로 인한 營衛之氣의 不行에 의해 발생하는 것으로<sup>18</sup>, 氣虛失運, 血虛不榮, 風濕痺阻, 痰瘀阻滯 등으로 辨證하여 구분할 수 있다. 이에 기초하여 심<sup>19</sup> 등은 脾胃氣虛증으로 변증하여 補中益氣湯加味方을 사용하였으며, 현<sup>20</sup> 등은 肺腎陰虛로 변증하여 六味地黃湯加味方을 사용하였으며, 김<sup>21</sup> 등은 초기에는 清熱燥濕으로 보아 清燥湯, 회복기에는 四君子, 四物湯 및 靑娥元 등의 처방을 사용하였다.

본 증례에서는 체질변증을 활용하여 환자에 대한 한방 치료를 시도 하였는데, 환자는 170cm, 75kg 정도에 腹部가 약간 肥大한 편이며 腹角은 둔각이며, 皮膚와 肌肉이 건실하고, 평소 多汗을 호소하였으며, 발병 초기 보호자의 도움을 받아 시행한 QSCC II에서 太陰人의 결과를 얻어 太陰人으로 판단하였다.

四象醫學적으로 太陰人은 肝大肺小라는 臟腑특징을 가지고 있고, 病證은 크게 胃脘受寒表寒病과 肝受熱裏熱病으로 大別되는데, 胃脘受寒表寒病은 太陰人이 肺小한 特徵을 지니므로 그의 腑인 胃脘의 上升하는 힘이 不足하고 肺의 呼散之氣가 부족하여 出表하는 氣運이 적으므로 생기는 病證이다. 이는 크게 太陽寒厥證과 胃脘寒證으로 구분되며, 胃脘寒證이란 太陰人 특유의 呼散之氣 부족에서 오는 病證으로 食滯痞滿·腰脚無力·黃疸·咳嗽 등의 증후로 이때는 太陰調胃湯·調胃升清湯 등으로 發汗 시키는 방법을 사용하였다<sup>22</sup>. 이에 본 증례에서는 발병 초기 調胃升清湯에 麻黃 2g을 증량한 처방을 사용하여, 환자의 潤燥 및 升清을 통해, 呼散之氣를 도와 呼吸困難 및 腰脚無力 증상에 好轉을 기대하였으나, 입원 5일째 呼吸筋 痲痺로 인한 呼吸不全으로 인해 가래가 증가하고, 발열이 있는 등 肺炎 증세의 합병증을 보여 NPO 하면서 保存的 治療에 주력하였다. 이후 發熱이 심해지고 黃疸 증상도 나타나는 등 환자 상태가 惡化 되었으나, 입원 9일째부터 頭面部를 중심으로 發汗 증세를 보인 후 환자 상태가 개선되기 시작하였으며, 익일에는 전신으로 현저한 發汗 증세를 보이면서, 發熱 및 黃疸 징후가 좋아지며 심박동 또한 안정되는 등 환자 상태가 개선되었다. 이는 太陰人 表病에서 ‘大凡太陰人汗 始自耳後高骨 面部髮際 大通於胸臆間 而大解也……’<sup>23</sup>라고 서술된 發汗에 따른 病勢의 好轉度 觀察의 예후와 일치한다. 이에 입원 10일째부터 식사처방과 함께 비위관을 통해 한약투여를 재개 하였다. 입원 10일째 환자는 심하지는 않으나

37.8-37.3도 정도의 微熱이 지속되었으며, 腸運動 또한 阻滯되어 5일 이상 無便상태로 便閉 증상을 보여 太陰人 裏熱症으로 판단하고, 葛根解肌湯을 투여하였다. 葛根解肌湯은 表裏雙解之劑로서 太陰人 外感證에 表裏俱熱 面赤하며, 咽喉痛, 肺熱咳嗽, 大便秘訣한 사람에게 쓰는 처방으로<sup>24</sup> 太陰人 肝受熱裏熱病에 의해 肺氣의 升揚이 阻滯되어 있는 것을 清肝熱 潤肝燥에 의해 肺氣를 升提시키는 의미가 있다<sup>25</sup>. 葛根解肌湯을 1주일 정도 지속 투약한 결과 환자의 大便이 통하고, 裏熱症의 증상이 호전되는 양상을 보였으며, 筋力과 자가 호흡 또한 빠르게 회복되는 경과를 보였다. 肺炎 및 黃疸등의 합병증의 치료 후 回復期에는 太陰人 表證으로 보아 調胃升清湯을 지속 처방하였다. 침치료는 肺正格을 사용하여, 太陰人 呼散之氣를 증강시키는데 도움을 주었다.

본 증례는 사지 근력 저하 및 감각장애, 안면마비, 구음장애 등 뇌졸중과 유사한 증상을 호소하며 한방병원에 내원한 GBS 의증 환자에 대하여 뇌졸중과의 감별진단을 하고, 호흡부전 증상을 보이는 등 급성기 증증의 경과를 보이는 환자에 대해 면역 글로블린 투여 및 혈장 교환술 그리고 체질 진단 및 변증을 통해 太陰人의 대표적인 처방인 調胃升清湯, 葛根解肌湯등을 사용하여 호흡 및 근력의 빠른 회복을 보여 주어 뇌졸중 이외의 신경계 질환에 대한 동서협진 치료를 보여 주었다. 이전의 GBS에 대한 한방 증례들이 양방진료 이후에 回復期의 補虛개념의 치료 위주였다면, 본 증례에서는 발병 초기 중환자실 관리가 필요한 급성 증증의 경과와 예후를 보이는 GBS 의증 환자에 있어서, 양방치료와 동시에 체질 진단을 통한 한약 및 침치료를 통해 병의 악화 방지 및 빠른 호전을 보여 준 경우라 할 수 있다.

## V. 結 論

1. 사지무력 및 감각장애, 안면마비, 연하장애, 호흡부전 등의 증세를 보여 중환자실 관리를 요하는 급성 증증의 GBS 의증 환자를 체질 변증을 통해 調胃升清湯, 葛根解肌湯 등을 처방하여 한·양방 협진 치료로 좋은 경과를 얻어 이에 보고하는 바이다.
2. 태음인으로 추정되는 뇌졸중 이외의 증증 신경계 질환 환자에서 태음인 표증 변증에서의 發汗에 따른 病勢의 好轉度의 문헌을 적용하여 환자의 예후를 예측할 수 있었다.

참고문헌

1. Lindsay KW, Bone lan, 이광우 편. 임상신경학 3 판. 서울: 범문사; 2002, p757-60
2. Alter M. The epidemiology of Guillain-Barre syndrome. *Ann Neurol* 1990; 27(Suppl): S7-S12.
3. Hahn AF. Guillain-Barre syndrome. *Lancet* 1998;352:635-41.
4. Lee Goldman, J. Claude Bennett, Cecil Textbook of Medicine. 21st Edition Vol.2. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000, p2193-2194.
5. Ropper AH. The Guillain-Barre syndrome. *N Engl J Med* 1992;326:1130-6.
6. Ropper AH, Shahani BT. Pain in Guillain-Barré syndrome. *Arch Neurol* 1984;41:511-4.
7. Flachenecker, Wermuth, Hartung, Reiners. Quantitative Assessment of Cardiovascular Autonomic Function in Guillain-Barre syndrome. *Annals of Neurology* 1997;42(8):171-179.
8. Fletcher DD, Lawn ND, Wolter TD, Wijdicks EF. Long-term outcome in patients with Guillain-Barré syndrome requiring mechanical ventilation. *Neurology* 2000;54:2311-5.
9. 노재규, 권오상, 이광호, 이상복, 명호진. Guillain-Barre syndrome 환자에서 정주 면역글로블린의 효과. *대한신경과학회지*. 1994;12(2):289-97.
10. Gordon PH, Wilbourn AJ. Early electrodiagnostic findings in Guillain-Barré syndrome. *Arch Neurol* 2001;58:913-7.
11. Sharshar T, Chevret S, Bourdain F, Raphael JC. Early predictors of mechanical ventilation in Guillain-Barré syndrome. French Cooperative Group on Plasma Exchange in Guillain-Barré Syndrome. *Crit Care Med* 2003;31:278-83.
12. Raymond D Adams, Maurice Victor, Allan H Ropper. Principle of Neurology(Korean Language edition). 서울: 정담출판사; 1998, p1212-8.
13. Van Der Meche FG, Schmitz PI. A randomized trial comparing intravenous immune globulin and plasma exchange in Guillain-Barré syndrome. Dutch Guillain-Barré Study Group. *N Engl J Med* 1992;326:1123-9.
14. Hughes RA, Wijdicks EF, Barohn R, Benson E, Cornblath DR, Hahn AF, et al. Practice parameter: immunotherapy for Guillain-Barré syndrome: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2003;61:736-40.
15. Lyu Rong-kuo, Tang Lok-ming, Cheng Shaw-Yi, Hsu Wen-Chuin, Chen Sien-Tsong. Guillain-Barre syndrome in Taiwan: A Clinical study of 167 patients. *Journal of Neurology, Neurology & Psychiatry*. 1997;63(4):494-500.
16. Fletcher DD, Lawn ND, Wolter TD, Wijdicks EF. Long-term outcome in patients with Guillain-Barré syndrome requiring mechanical ventilation. *Neurology* 2000;54:2311-5.
17. 전국한의학대학교 심계내과학 교실. 심계내과학. 서울:서원당; 1999, p.448-58
18. 長馬合註. 황제내경소문. 서울:성보사; 1975, p.251, p.310-1.
19. 심재철, 김종원, 김민상, 오병열, 유병찬, 조현경 등. Guillain-Barre Syndrome 환자의 한방 치험 1례. *대한한방내과학회지*. 2004;25(4-2): p418-425
20. 현민경, 정병무, 신원용, 최은영, 윤철호, 정지천. Guillain-Barre Syndrome으로 추정되는痿證 치험 1례. *대한한방내과학회지*. 2004;25(4-2): p450-456.
21. 김관식, 김동용, 신선호, 조권일, 신학수, 한명아 등. 자율신경 기능 이상을 동반한 Guillain-Barre 증후군 1례. *대한한방내과학회지*. 2001;22(3): p453-458
22. 전국한의학대학교 사상의학 교실, 사상의학, 집문당, 2000; p.157-8.
23. 전국한의학대학교 사상의학 교실, 사상의학, 집문당, 2000; p.480.
24. 전국한의학대학교 사상의학 교실, 사상의학, 집문당, 2000; p.502.



25. 이준희, 김상복, 박계수, 정용재, 이수경, 이의주 등,  
‘太陰人體熱服滿自利者’를治療한症例. 사상

체질의학회지 2001;13(3):121-125.